

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Untersuchung der Harninkontinenzentwicklung im Rahmen
des Heimeintritts
- Risiko- und Schutzfaktoren -

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Katja Boguth

aus Berlin

Gutachter: 1. Prof. Dr. A. Kuhlmei

2. Prof. Dr. B. Bethke

3. Prof. Dr. R. Brennecke

Datum der Promotion: 29.09.2008.....

Danksagung

Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier und Frau Prof. Dr. Bedriska Bethke für die intensive und konstruktive Betreuung,

der Marseille-Kliniken AG für die vertrauensvolle Bereitstellung der Mittel und der Robert Bosch Stiftung für die hervorragenden Rahmenbedingungen,

Frau Dr. Liane Schenk und Herrn Prof. Dr. Peter Martus für die wertvolle statistische und methodische Beratung,

Frau Katja Kummer und Frau Silke Mathes für den Gedankenaustausch und das offene Ohr,

den Korrektoren Frau Elfriede Knaak und Herrn Willi Knaak für ihre – wie üblich! – schnelle und gute Arbeit und einen schönen Nachmittag in Basdorf,

Frau Dr. Patricia Hübner, Frau Dr. Elke Zippel und Herrn Dr. Stefan Klatt für die inhaltlichen Anregungen,

allen Kollegiaten des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ für die gemeinsame Zeit und die multidisziplinäre Auseinandersetzung,

und meiner Familie Paula, Maja und Christian Wagner für ihre Geduld, ihre Unterstützung, ihren Zuspruch.

INHALTSVERZEICHNIS

1 Einleitung	7
2 Die Institution Pflegeheim	10
2.1 HISTORIE DER PFLEGEHEIME.....	10
2.2 HEIMLANDSCHAFT IN DEUTSCHLAND SEIT EINFÜHRUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG	13
2.3 DERZEITIGE UND ZUKÜNFTIGE INANSPRUCHNAHME STATIONÄRER PFLEGEEINRICHTUNGEN.....	14
2.4 SITUATION IN DEN PFLEGEHEIMEN	16
2.4.1 Träger, Größe und Zimmerkategorie.....	16
2.4.2 Personalstruktur in Pflegeheimen	17
2.4.3 Merkmale der Heimbewohner	19
2.4.4 Dauer des Heimaufenthaltes.....	20
2.5 DAS ANSEHEN DER PFLEGEHEIME.....	20
3 Der Heimeintritt	22
3.1 KRITISCHE LEBENSEREIGNISSE	22
3.2 AUSLÖSER.....	23
3.2.1 Prädiktoren.....	23
3.2.2 Gründe.....	24
3.2.3 Inkontinenz als Heimeintrittsgrund	26
3.3 DER VERLAUF DER HEIMÜBERSIEDLUNG	27
3.4 MODALITÄTEN	30
3.4.1 Vorbereitung.....	30
3.4.2 Freiwilligkeit	31
3.5 CHANCEN UND RISIKEN	32
3.5.1 Positive Auswirkungen	33
3.5.2 Negative Auswirkungen	34
4 Harninkontinenz im Alter	36
4.1 BEDINGUNGEN DER KONTINENZFÄHIGKEIT	36
4.2 ALTERUNGSPROZESSE DER AUSSCHIEDUNGSORGANE.....	37
4.3 ÄTIOLOGIE UND FORMEN DER HARNINKONTINENZ IM ALTER.....	38
4.3.1 Etablierte Inkontinenz.....	38
4.3.2 Temporäre Inkontinenz.....	40
5 Harninkontinenz im Pflegeheim	42
5.1 PRÄVALENZ DER HARNINKONTINENZ IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN	42
5.2 INKONTINENZVERLÄUFE IN PFLEGEHEIMEN	44
5.3 RISIKOFAKTOREN DER HARNINKONTINENZ.....	45
5.3.1 Risikofaktoren, bezogen auf Bewohner.....	45
5.3.2 Risikofaktoren, bezogen auf die Heimumgebung.....	48
5.4 BEHANDLUNG DER HARNINKONTINENZ IM PFLEGEHEIM	49
6 Herleitung der Zielstellung dieser Arbeit	52
6.1 ZUSAMMENFASSUNG DES THEORIETEILS	52
6.2 FORSCHUNGSDEFIZITE	53
6.3 ZIELE DER ARBEIT.....	54
7 Methodik	55
7.1 STUDIENPLANUNG.....	55
7.1.1 Literaturrecherche.....	55
7.1.2 Hypothesenbildung	55
7.1.3 Methodenwahl und ihre Begründung	58
7.1.4 Einschlusskriterien für die Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen	59
7.1.5 Beurteilung der Sekundärdaten und Entwicklung eines Instruments zur Datenerhebung.....	59

7.1.6 Beschreibung des partizipierenden Trägers, der Stichprobe und des Erfassungszeitraumes.....	61
7.1.7 Beschreibung des Assessmentinstruments „erweiterte Nortonskala“	61
7.2 DATENMATERIAL, DATENAUFBEREITUNG UND VARIABLENTRANSFORMATION.....	62
7.2.1 Beschreibung der Rohdaten und ihre Aufbereitung.....	62
7.2.2 Bildung kategorialer Variablen und Typologiebildung von Verläufen.....	66
7.3 DATENAUSWERTUNG	68
7.4 REPRÄSENTATIVITÄT DER STICHPROBE – DATENVERGLEICH MIT AMTLICHER STATISTIK	69
7.4.1 Alter und Geschlecht	70
7.4.2 Pflegestufe	72
7.4.3 Heimgröße und Unterbringung	72
7.5 VERGLEICH RESPONDER UND NONRESPONDER.....	73
8 Ergebnisse	78
8.1. BESCHREIBUNG DER EINRICHTUNGEN.....	78
8.1.1 Größe und Lokalisation der Heime	78
8.1.2 Mitarbeiter.....	79
8.2 BESCHREIBUNG DER HEIMPOPULATION	79
8.2.1 Alter und Geschlecht der Bewohner.....	79
8.2.2 Pflegestufe	81
8.2.3 Medizinische Diagnosen.....	83
8.2.4 Überleben nach der Heimaufnahme.....	85
8.2.5 Schwerbehinderungsgrad.....	86
8.2.6 Körperliche und geistige Fähigkeiten durch Parameter der Nortonskala	87
8.2.6.1 Körperlicher Zustand.....	87
8.2.6.2 Beweglichkeit	89
8.2.6.3 Aktivität.....	90
8.2.6.4 Geistiger Zustand.....	92
8.2.6.5 Bereitschaft zur Kooperation.....	93
8.3 HEIMUMGEBUNG.....	95
8.3.1 Vergleich alte und neue Bundesländer und Heimgröße	95
8.3.2 Zugang ins Heim.....	96
8.3.3 Unterbringung im Heim.....	97
8.3.4 Umzug im Heim	98
8.3.5 Abwesenheit.....	98
8.4 KONTINENZSITUATION IM HEIM.....	98
8.4.1 Punkt- und Gesamtprävalenz der Harninkontinenz.....	98
8.4.2 Verlaufsformen der Harninkontinenz	100
8.5 RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN	101
8.5.1 Bivariate Analyse möglicher personenbezogener Faktoren.....	101
8.5.1.1 Alter und Geschlecht	101
8.5.1.2 Pflegebedarf.....	105
8.5.1.3 Medizinische Diagnosen.....	107
8.5.1.4 Schwerbehinderung	110
8.5.1.5 Überleben	111
8.5.1.6 Körperliche Fähigkeiten	112
8.5.1.7 Geistige Fähigkeiten	118
8.5.2 Bivariate Analyse möglicher Umgebungsfaktoren	123
8.5.2.1 Heimgröße und Lokalisation	123
8.5.2.2 Zugang.....	125
8.5.2.3 Unterbringung und Umzug.....	126
8.5.2.4 Abwesenheiten	127
8.5.2.5 Speisesaal	128
8.5.2.6 Mitarbeiter.....	129
8.5.3 Zusammenfassung der bivariaten Analyse: Kennzeichen der Verlaufsgruppen.....	131
8.5.3.1 Dauerhafte Kontinenz.....	131
8.5.3.2 Heilungen	132
8.5.3.3 Neuerkrankungen.....	132
8.5.3.4 Inkontinenz.....	133
8.5.4 Multivariate Analyse personenbezogener und umgebungsbezogener Faktoren.....	134
8.5.4.1 Prädiktoren und Einflussfaktoren der Inkontinenzentwicklung.....	134
8.5.4.2 Prädiktoren und Einflussfaktoren der wiederhergestellten Kontinenz.....	138
8.5.4.3 Einflussfaktoren der dauerhaften Kontinenz.....	142

9 Diskussion	148
9.1 VERGLEICH UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	148
9.1.1 Gesamt- und Punktprävalenz der Harninkontinenz.....	148
9.1.2 Verlaufsformen der Harninkontinenz	149
9.1.3 Personenbezogene Faktoren und ihr Zusammenhang zu den Verlaufsformen der Harninkontinenz.....	150
9.1.4 Umgebungsbezogene Faktoren und ihr Zusammenhang zu den Verlaufsformen der Harninkontinenz.....	153
9.1.5 Der Einfluss mehrerer Faktoren auf die Verlaufsformen der Inkontinenz	157
9.2 IMPLIKATIONEN.....	160
9.2.1 Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI	160
9.2.2 Rehabilitation im Pflegeheim	162
9.2.3 Neue Wohn- und Pflegekonzepte in der stationären Langzeitpflege	164
9.2.4 Inkontinenz als Qualitätsindikator stationärer Langzeitpflege	166
9.2.5 Inkontinenz doch ein Aufnahmegrund?	167
9.2.6 Handlungsempfehlungen	167
9.3 METHODISCHE GRENZEN	169
9.4 OFFENE FRAGEN UND AUSBLICK	170
10 Zusammenfassung	172
11 Abbildungsverzeichnis	174
12 Tabellenverzeichnis.....	176
13 Literaturverzeichnis.....	177

1 Einleitung

„Die Inkontinenz, das ist auch so ein Problem, die wird im Heim doch flugs hergestellt“ (Koch-Straube, 2003, S. 220), so kommentiert eine Pflegende in der Monografie „Fremde Welt Pflegeheim“ scheinbar hilflos und resigniert den Verlauf der Heimeingewöhnung eines Bewohners. „Herr Merck, der hat ganz schön abgebaut hier. Als er zu uns kam, hat er sich noch gemeldet, wenn er zur Toilette musste. Jetzt tut er es nicht mehr, [...]“ (ebd.).

Pflegeheime übernehmen nach § 11 SGB XI eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe: „Sie pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (Klie, 2005, S. 158). Durch die Zunahme pflegebedürftiger Menschen stieg auch die Anzahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren kontinuierlich an (Statistisches Bundesamt, 2007).

Im Jahr 2020 wird sich den Vorausberechnungen zu Folge die Anzahl der Personen, die pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 14 SGB XI) sind, um 50 % erhöhen (Deutscher Bundestag, 2002). Für die Versorgung der Pflegebedürftigen wird der stationären Pflege zukünftig ein dynamischeres Wachstum zugesprochen als dem ambulanten Sektor. Dies begründet sich nicht allein durch den Anstieg der Pflegebedürftigkeit, sondern auch durch Veränderungen der Familien- und Haushaltsstrukturen, der weiterhin steigenden Erwerbsbeteiligung der Frauen sowie der Alterung der familiären Pflegekraft. Diese Entwicklungen erschweren eine Versorgung des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit (Baumann et al., 2002; Schulz et al., 2001).

Das gesellschaftliche Ansehen der Pflegeheime ist umstritten. Skandalmeldungen, die von geringer Pflegequalität in den Heimen und von desolaten Zuständen berichten, lassen sich immer häufiger in der Presse finden. Letztendlich wird sogar die Abschaffung dieser Institutionen gefordert (Urban, 2001). Damit besteht also ein Spannungsfeld zwischen einem wachsenden Bedarf an stationärer Versorgung und einer Versorgungsform, die in ihrer bestehenden Weise grundsätzlich in Frage gestellt wird.

Neben der gesellschaftspolitischen Diskussion um die stationären Pflegeeinrichtungen stellt der Einzug in ein Pflegeheim für den Betroffenen ein kritisches Lebensereignis dar. Kritische Lebensereignisse sind Wendepunkte im Lebenslauf eines Menschen und erfordern eine Anpassungsleistung der betroffenen Person. Sie können sich körperlich und/oder seelisch auswirken, und ihre Folgen können positiv oder negativ sein (Fooken, 1991). Auch der Einzug in ein Pflegeheim kann derartige Konsequenzen auslösen (Fooken, 1991; Lehr, 2003; Saup, 1984).

Ob die Eingewöhnung in ein Pflegeheim gelingt und der Heimübergang retrospektiv positiv oder negativ bewertet wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Einerseits sollte der Betroffene über möglichst viele interne (z. B. Eigenaktivität, Selbstständigkeit) und externe (z. B. soziale Kontakte) Ressourcen verfügen. Andererseits sind für eine gelungene Eingewöhnung die Auseinandersetzung mit dem Thema und die Beteiligung des Heimübersiedelnden an der Entscheidung für ein Pflegeheim und der Umzugsplanung wichtige Voraussetzungen. Die frühzeitige Anmeldung in einer geeigneten, den eigenen Vorstellungen und Wünschen entsprechenden Einrichtung ist aber eher die Ausnahme. Denn die Möglichkeit, die letzte Lebensphase in einer solchen Institution zu verbringen, wird von vielen Menschen nicht in Erwägung gezogen. Pflegeheime gelten als Endstation (Klingensiefel, 1999), und Heimbewohnern haftet das Image an, Abgeschobene zu sein (Lehr, 2003)

Menschen, die in Pflegeheimen leben, sind meistens weiblich. Ungefähr die Hälfte aller Heimbewohner ist 85 Jahre alt und älter und schwerpflegebedürftig (Statistisches Bundesamt, 2007). Die vier geriatrischen „Is“ -- intellektueller Abbau, Inkontinenz, Immobilität und Instabilität – sind für die meisten Pflegeheimbewohner kennzeichnend (Welz-Barth et al., 1998) und stehen miteinander oft in engem Zusammenhang. Harninkontinenz wird dabei als einer der wichtigsten Gründe angegeben, warum Menschen in ein Pflegeheim übersiedeln (Fix et al., 1986; Melchior H., 2003; Piechowiak & Schewe, 1996; Welz-Barth et al., 1998; Wetterling & Schürmann, 1997).

Harninkontinenz, die bei alten Menschen auftritt, kann häufig auf den Verlust körperlicher und geistiger Fähigkeiten zurückgeführt werden. Harninkontinenz hat meist schwerwiegende somatische und psychosoziale Folgen für den Betroffenen. Zudem entstehen durch den Gebrauch von Inkontinenzhilfsmitteln und Folgeerkrankungen wie Harnwegsinfektionen und Hautirritationen bis hin zu Dekubitalgeschwüren dem Gesundheitswesen hohe Kosten (Niederstadt et al., 2007).

In Pflegeheimen ist Harninkontinenz weit verbreitet. International weisen die Forschungsergebnisse eine Prävalenz zwischen 40 % und 74 % auf (Boyington et al., 2007; Peet et al., 1995) Für Deutschland konnten Werte von 74 % ermittelt werden (Dassen, 2006b). Die Anzahl harninkontinenter Pflegeheimbewohner wird vermutlich zukünftig weiter ansteigen, da eine Verschiebung des Schweregrads der Pflegebedürftigkeit hin zu immer mehr Schwerstpflegebedürftigen (Stufe III) zu erwarten ist (Schulz et al., 2001; Statistisches Bundesamt, 2003).

Bei einer differenzierten Betrachtung der Harninkontinenz in zwei Langzeitstudien in den USA und der Schweiz konnte nachgewiesen werden, dass die Häufigkeit der Harninkontinenz mit der Dauer des Heimaufenthaltes ansteigt. Die Aufnahmeprävalenz war in diesen Untersuchungen

deutlich niedriger als die Prävalenz nach zwölf Monaten Heimaufenthalt (Palmer et al., 1991; Saxer et al., 2005). Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, nach der Aufnahme in ein Pflegeheim inkontinent zu werden, sind laut Studienergebnissen kognitive Einschränkungen und Immobilität. Uneinheitliche Befunde existieren hinsichtlich der Inkontinenzentwicklung differenziert nach Frauen und Männern (Borrie et al., 1992; Palmer et al., 1991; Saxer et al., 2005).

Für Deutschland liegen keine Studien vor, die Veränderungen der Kontinenzsituation der Bewohner nach dem Eintritt in eine vollstationäre Einrichtung betrachten. Es wurden bislang keine Analysen durchgeführt, die aufzeigen, welche Faktoren eine Inkontinenzentwicklung beeinflussen. National und international fehlen Studien, die auch Umgebungsfaktoren als mögliche Risikofaktoren der Inkontinenz in Betracht ziehen. Weiterhin fehlen Untersuchungen, die Faktoren zur Wiederherstellung der Kontinenzfähigkeit bzw. des Kontinenzverlustes identifizieren.

Die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren jedoch ist die Voraussetzung für die Prävention von Harninkontinenz, da diese so verhindert oder verringert werden könnte. Die Suche nach Faktoren, die die Chance erhöhen, nach der Aufnahme in ein Pflegeheim wieder kontinent zu werden, liefert wichtige Hinweise für eine pflegerische Rehabilitation der Harninkontinenz. Pflegefachkräfte müssen um diese Aspekte wissen, um sie bei der Versorgung der Bewohner berücksichtigen zu können. Ein präventiver, rehabilitativer und somit kontinenzfördernder Ansatz fehlt bislang in Deutschland bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern (Müller & Müller, 2004a).

In dieser Arbeit sollen am Beispiel der Harninkontinenz körperliche Veränderungen der Bewohner, die nach dem Einzug in ein Pflegeheim auftreten, untersucht werden. So wird hinterfragt, ob das eingangs zitierte Beispiel von Herrn Merck und seiner Entwicklung einer Harninkontinenz beim Heimeintritt eine Ausnahme ist oder häufig auftritt.

Vorliegend wird als Zeitrahmen das erste halbe Jahr nach dem Einzugstag betrachtet, da diese Zeit als Phase der kritischen Eingewöhnung gilt (Baumann et al., 2002; Thiele, 2000). Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

- Wie hoch ist die Gesamtprävalenz der Harninkontinenz in Pflegeheimen in Deutschland?
- Wie hoch ist die Prävalenz der Harninkontinenz zum Aufnahmezeitpunkt und nach sechs Monaten Heimaufenthalt?
- Welchen Einfluss haben ausgewählte Faktoren, die bei dem Bewohner selbst und in der Heimumgebung liegen,
 - auf die Entstehung einer Harninkontinenz nach dem Heimeinzug?
 - auf die Wiederherstellung der Kontinenz nach dem Heimeinzug?

2 Die Institution Pflegeheim

Heime werden in zwei unterschiedlichen Gesetzbüchern definiert. Zum einen im Heimgesetz¹ des Bundes von 1975 unter § 1 HEIMG als Einrichtungen, „die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.“

Zum anderen werden im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes des Bundes von 1994 stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) nach § 71 II als „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige (1) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und (2) ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können“ (Klie, 2005, S. 336) definiert.

Während das Heimgesetz die Zweckbeschreibung dieser Institutionen beinhaltet (älteren und behinderten Erwachsenen Wohnraum zu überlassen, sie zu betreuen und zu verpflegen), zielt die Definition des SGB XI eher auf handelsrechtliche Aspekte (selbstständig wirtschaftende Einrichtung) ab und klärt die Verantwortung der pflegerischen Versorgung.

Unabhängig von der rechtlichen Einbettung der Pflegeheime in Deutschland scheint die Betrachtung ihrer Entstehungsgeschichte bedeutsam, um die heutige Debatte um das schlechte Image und einer möglichen Abschaffung dieser Institutionen einordnen und ggf. relativieren zu können.

2.1 HISTORIE DER PFLEGEHEIME

Heime als Asyle für Hilflose und Kranke waren bereits in der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Stadt als letzter Zufluchtsort etabliert (Labisch & Spree, 1996). In den Fremdenherbergen, den Xenodochien, wurde Pilgern, Reisenden und anderen Bedürftigen Unterkunft und Fürsorge gewährt (Murken, 1986). Oft befand sich diese frühe Form der Hospitäler in der Nähe bedeutsamer Pilger- und Wohlfahrtsorte (Jetter, 1986). Mit der Entfaltung des monastischen Christentums bekamen diese Gasthäuser zunehmend den Charakter von sozial-karitativen Institutionen, in denen auch dem Kranken Hilfe und Fürsorge geboten wurde (Jetter, 1986; Murken, 1986). Der Ursprung zahlreicher Klöster ist auf diese frühe Form des Hospitals zurückzuführen (Jetter, 1973). Wohlhabende Bürgerinnen und Bürger konnten sich durch die Sicherung von „Pfründen“ einen Ruheplatz im Hospital erkaufen

¹ Das Heimgesetz des Bundes ist im Jahr 2006 im Rahmen einer Föderalismusreform in die Verantwortung der Länder übergegangen. Bis zur Verabschiedung neuer Heimgesetze bleibt jedoch das Heimgesetz des Bundes weiter wirksam (Deutscher Bundestag, 2006).

(Sowinski & Maciejewski, 2000) Dadurch entwickelten sich Hospitäler, die sich auf ältere Menschen spezialisierten. Für die ärmeren Bevölkerungsschichten blieben jedoch die Siechen- und Armenhäuser, insbesondere im Falle der Pflegebedürftigkeit (ebd.). In Frankreich verwandelte sich um 1800 das Hospital der Armen und Hilfsbedürftigen in eine Stätte, die heilbaren Kranken oder zumindest behandlungsfähigen Kranken vorbehalten war – dem Krankenhaus.

Durch die Entstehung der Krankenhäuser spitzte sich die Situation der Alten zu, da im Krankenhaus ausschließlich Kranke mit Prognose auf Heilung versorgt wurden. Unheilbare, „Sieche“ oder lediglich pflegebedürftige Alte sind in Krankenhäusern versehentlich und nur vorübergehend akzeptiert worden (Jetter, 1977). Sieche und altersschwache Personen wurden so durch die Krankenhäuser nicht länger dauerhaft versorgt und zusammen mit „Züchtlingen“, „Staatsgefangenen“ „Kindern fremder Herkunft“ und „Geisteskranken“ in Armen- oder Siechenhäusern institutionalisiert (Irmak, 1998).

Eine patientendifferenzierte Pflege und Behandlung alter, chronisch kranker Menschen entwickelte sich aufgrund neu entstandener Erfordernisse des Sozial- und Gesundheitswesens erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts (Irmak, 1998). In Medizin, Strafrecht, Psychiatrie und Jugendfürsorge entstanden neue Professionen, die sich nun ihrer speziellen Klientel widmeten. In den Armenhäusern blieben alte Kranke und „Sieche“ als Restgruppe übrig (Irmak, 1998). Die Altenpflegeheime als gesonderte Institution entwickelten sich erst in der Weimarer Republik mit der Implementierung des Fürsorgerechts, das bis zu seiner Ablösung durch das Bundessozialhilfegesetz 1961/62 die sozialpolitische Grundlage bildete. Interessenvereinigungen der Kleinrentner konnten eine Altersheimdifferenzierung bewirken, da für Kleinrentner und Kleinrentnerinnen der Armenhauscharakter indiskutabel war (ebd.). So entstanden Rentner- und Altersheime für den „rüstigen“ alten Menschen. Alterssiechende verblieben in den Siechenhäusern und waren den Folgen der Armut weiterhin ausgesetzt. Im Nationalsozialismus verschärfte sich die Situation der Siechenden nochmals aufgrund von „Verlegungstransporten“ in die durch Euthanasie leerstehenden Heil- und Pflegeanstalten, Tötungen (besonders in der Phase der „wilden Euthanasie“) und durch Kürzungen der staatlichen Zuwendungen (ebd.). Erst nach dem Zweiten Weltkrieg entstand auch in den Siechenhäusern das Leitbild eines Heimes der zwanziger Jahre, sodass seitdem vier Generationen von Altenheimen unterschieden werden können:

Altenheime der ersten Generation (1945-1960) waren Verwahranstalten, in denen die Bewohner in großen Schlafsälen und kargen Aufenthaltsräumen lebten (Dibelius & Uzarewicz, 2006). Es gab keine Möglichkeit der Selbstmöblierung. Das Heranziehen der Bewohner zur Arbeit war damals üblich (Dibelius & Uzarewicz, 2006; Dieck, 1994). Erving Goffman nannte diese Form des Altenheimes, ebenso wie Gefängnisse, Kasernen, Internate, Klöster,

Irrenhäuser u.a., „totale Institutionen“ (Goffman, 1973). Das zentrale Merkmal „totaler Institutionen“ ist die Aufhebung der sozialen Ordnung, die darin besteht, dass eine Person an verschiedenen Orten schläft, spielt und arbeitet. „1. Alle Angelegenheiten des Lebens finden an einem Ort und unter einer Autorität statt. 2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen der täglichen Arbeit (oder des täglichen Lebens – Anm. der Verfasserin) in unmittelbarer Gesellschaft von Schicksalsgenossen aus. 3. Der Tagesablauf ist exakt geplant, und die ganze Folge der Tätigkeiten wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben. 4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen“ (Goffman, 1973, S. 17).

Klare Krankenhausstrukturen wiesen die Altenheime der zweiten Generation (1960-1970) auf (Sowinski & Maciejewski, 2000). Dies machte sich in funktionsgerechten Arbeitsabläufen, in einer Zimmerausstattung, die einem Krankenzimmer glich, und der Einrichtung von Funktions- und Therapieräumen bemerkbar. Gleichzeitig entstand ein Angebot an Aufenthalts- und Speiseräumen mit zunehmendem Komfort (Dibelius & Uzarewicz, 2006; Dieck, 1994), um den Kommunikationsbedürfnis der Bewohner formal Rechnung zu tragen (Sowinski & Maciejewski, 2000). Das Krankenhaus als Leitbild der Pflegeheime hatte zur Folge, dass „pflegebedürftige Patienten“ quasi wie Kranke behandelt wurden und das Wohnbedürfnis der Betagten ausgeklammert wurde (Sowinski & Maciejewski, 2000). Die Pflege war reaktiv; Rehabilitation erfolgte außerhalb der Einrichtungen (ebd.).

Heime der dritten Generation (ab 1980) gingen auf den allmählich gewachsenen Anspruch an Individualität und Privatheit mit gehobener Raum- und Sanitärausstattung ein. Zugleich wurde den Bewohnern ein bedarfsgerechtes Pflegeangebot unterbreitet, was bis dahin durch Baukonzepte und Finanzierungsprogramme der sechziger und siebziger Jahre verhindert wurde (Dieck, 1994) Um der undifferenzierten Versorgung entgegenzuwirken (BMFSFJ, 1998), die in den Altenheimen der ersten und zweiten Generation vorlag, sind die Formen des Altenwohnheimes und des Altenpflegeheimes hervorgegangen. (Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 2005). In Altenwohnheimen werden den besonderen Wohnbedürfnissen Älterer in Form einer altersgerechten Wohnraumausstattung Rechnung getragen. In Altenheimen werden neben dem geeigneten Wohnraum auch Verpflegung und Betreuung gewährt. Ein Pflegeheim diente in erster Linie der Pflege und Versorgung von Menschen mit erheblichem Pflegebedarf (Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 2005). Diese Terminologie differenzierte die Heime nach dem Versorgungsbedarf der Bewohner, ob dieser im Bereich des selbstständigen, jedoch altersgerechten Wohnens mit wenig Betreuungsangeboten lag, oder ob der Bedarf an Betreuung hoch und der individuelle Wohnraumananspruch relativ gering war. Entsprechend

kategorisiert Schneekloth Heime als „wohntorientiert“, „wohn- und pflegeorientiert“ oder als „pflegeorientiert“ (Heinemann-Knoch et al., 1999; Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 2005; Schneekloth & Müller, 1998).

Heime der vierten Generationen (seit 1991) verlieren immer mehr ihren klassischen Heimcharakter und zeichnen sich durch neue Wohnformen wie Wohn- oder Hausgemeinschaften aus. Darüber hinaus wurden mit Einführung der Pflegeversicherung teilstationäre Pflegeeinrichtungen wie beispielsweise die Tagespflege entwickelt (Dibelius & Uzarewicz, 2006).

In der vorliegenden Arbeit werden Pflegeheime untersucht, die durchweg der „dritten Generation“ entstammen, da die ältesten der untersuchten Heime vor etwa 20 Jahren eröffnet wurden. Dennoch ist davon auszugehen, dass in den untersuchten Heimen sowohl Merkmale der „totalen Institution“, aber auch Krankenhausstrukturen, wenn auch in abgeschwächter Form, anzutreffen sind. Neue Wohnformen werden in dieser Arbeit nicht untersucht.

2.2 HEIMLANDSCHAFT IN DEUTSCHLAND SEIT EINFÜHRUNG DER PFLEGEVERSICHERUNG

Betrachtet man in der Heimstatistik nach § 1 Abs. 1 und 1a (HeimG) den Zeitraum 1991 bis 2001 (Statistisches Bundesamt, 2002), ist ein Zuwachs an Heimplätzen zu verzeichnen: Während im Jahr 1991 652.956 Plätze in Alteneinrichtungen in der Heimstatistik nachgewiesen waren, waren es im Jahr 2001 716.984 Plätze. Dies ist ein Zuwachs um 64.028 Plätze. Differenziert man die Heimplätze nach Art der Einrichtung² von 1991 bis 2000 (siehe Abbildung 1), zeigt sich, dass seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 1995 eine deutliche Veränderung der Heimlandschaft zu verzeichnen ist: So hat sich der Anteil der Altenpflegeheime um 36,9 Prozentpunkte erhöht, und der Anteil der Altenheimplätze ist um 24,7 Prozentpunkte gesunken. In einem geringen Umfang (2,5 Prozentpunkte) hat sich auch das Angebot an Altenwohnheimplätzen reduziert. Gleichzeitig ist eine Zunahme an privatgewerblichen Heimplätzen und eine Abnahme der Plätze in öffentlicher Trägerschaft zu verzeichnen (BMFSFJ, 2001a):

² Die Heimstatistik schließt in ihrer Gesamtplatzangabe auch die Heimplätze ein, die nicht nach Art der Plätze nachgewiesen sind. Deshalb summieren sich die Anteile nach Alten-, Altenwohn- und Altenpflegeheim in Abbildung 1 nicht auf 100 Prozent.

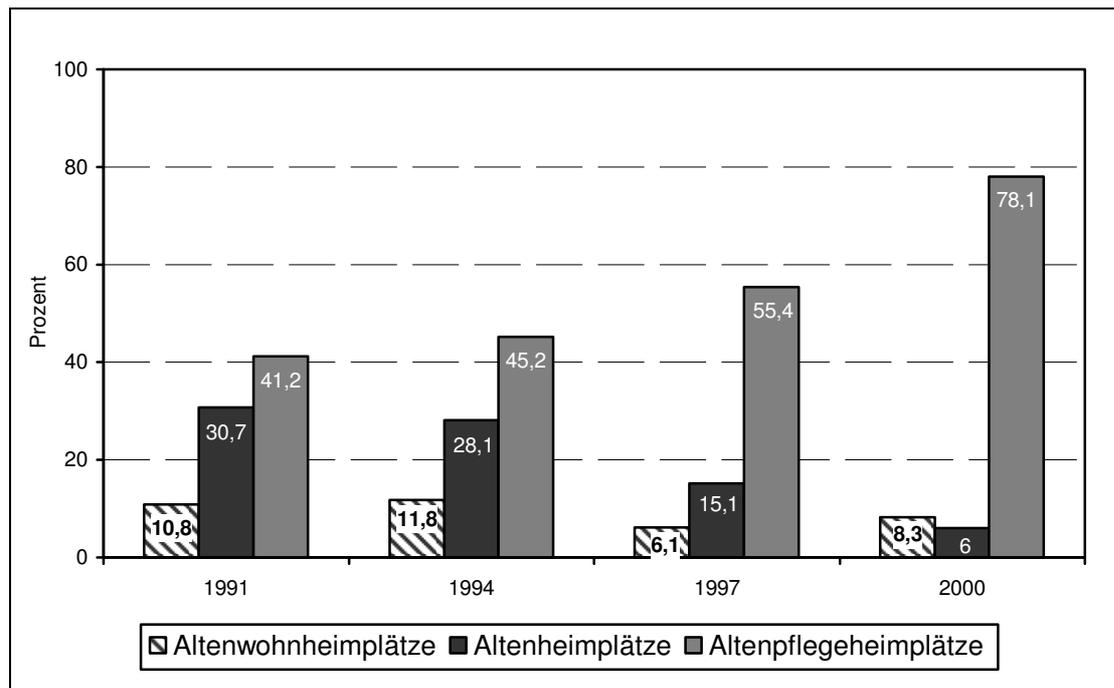


Abbildung 1: Entwicklung der Einrichtungen der Altenhilfe von 1991 bis 2001 (Statistisches Bundesamt, 2002, eigener Entwurf)

Die aktuelle Situation der Heime lässt sich dem ersten Heimericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ, 2006) entnehmen. Hier wird die Anzahl der Altenheime und Altenwohnheime bundesweit auf insgesamt nur noch 300 Einrichtungen geschätzt. Damit sind 97 % der Heime für ältere Menschen Pflegeheime (ebd.). Anstelle der traditionellen Altenheime und Altenwohnheime sind neue Wohnformen wie z.B. das betreute Wohnen getreten, welche eine selbstständige Haushaltsführung ermöglichen. Diese Versorgungsform ist jedoch kein Heim im Sinne des Heimgesetzes oder Pflegeversicherungsgesetzes (ebd.).

2.3 DERZEITIGE UND ZUKÜNFTIGE INANSPRUCHNAHME STATIONÄRER PFLEGEEINRICHTUNGEN

Eine Untersuchung aller Verstorbenen der Stadt Mannheim in den 80er Jahren offenbarte, dass jeder fünfte Ältere die letzte Zeit seines Lebens in einem Heim verbrachte (Bickel & Jaeger, 1986).

2005 waren 2,13 Mio. Menschen im Sinne des § 14 SGB XI pflegebedürftig. Die Mehrheit waren Frauen (68 %), 82 % der Pflegebedürftigen waren älter als 65 Jahre, 33 % waren 85 Jahre und älter. 32 % dieser Pflegebedürftigen werden in Pflegeheimen betreut, das sind 677.000.

Seit dem Jahr 1999 ist die Anzahl der in Heimen Versorgten um 18 % gestiegen, das entspricht 103.000 Personen (Statistisches Bundesamt, 2007). Pflegeheime spielen also schon heute eine bedeutende Rolle bei der Versorgung älterer Menschen, und ihre Bedeutung wächst aufgrund demographischer und gesellschaftlicher Entwicklungen.

Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) errechnet einen Anstieg der Anzahl Pflegebedürftiger bis zum Jahr 2020 um 52 % und bis zum Jahr 2050 um 145 %³. So werden laut dieser Berechnungen im Jahr 2050 4,72 Mio. Menschen pflegebedürftig sein (Schulz et al., 2001). Gleichzeitig wird sich auch der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit verändern: Die Anzahl der Pflegebedürftigen der Pflegestufe II wird ansteigen und für die Pflegestufe I abnehmen, während die Anzahl der Schwerstpflegebedürftigen (Stufe III) fast unverändert bleibt (Schulz et al., 2001). Die Hauptursache für diese Entwicklung sehen die Autoren in der Alterung der Bevölkerung. Im Alter und insbesondere im hohen Alter entsteht die Pflegebedürftigkeit nicht allein krankheitsbedingt, sondern auch durch altersbedingte Funktionseinschränkungen im körperlichen und psychischen Bereich (ebd.).

Es ist fraglich, ob eine Verkürzung der Morbiditätsphase durch medizinische Fortschritte im gleichen Maße zu einer Verkürzung der Pflegebedürftigkeit führt. Der Umstand, dass im Alter durch Kumulation von chronisch degenerativen Erkrankungen Multimorbidität entsteht, ist ebenfalls ein entscheidender Faktor (ebd.). Das Statistische Bundesamt ermittelte bei seinen Vorausberechnungen der Zahl Pflegebedürftiger bis zum Jahr 2020 eine Zunahme um 39 % (2,83 Mill. Pflegebedürftige). Im Heimbericht des BMFSFJ (2006) wird ebenfalls von einer verstärkten Inanspruchnahme von stationären Pflegeleistungen ausgegangen. Hier wird ein Zuwachs von knapp 40 % bis zum Jahr 2020 prognostiziert.

Der stationären Pflege wird zukünftig ein dynamischeres Wachstum zugesprochen als der ambulanten. Dies begründet sich nicht allein durch den Anstieg der Pflegebedürftigkeit, sondern auch durch Veränderungen der Familien- und Haushaltsstrukturen, die weiterhin steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen sowie der Alterung der familiären Pflegekraft, was eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erschwert (Baumann et al., 2002; BMFSFJ, 2006; Bundesministerium für Familien, 2006; Schulz et al., 2001). Schon heute ist in der amtlichen Pflegestatistik ein Trend zur professionellen Pflege erkennbar, und die Zuwächse in der stationären Pflege liegen deutlich über denen der ambulanten Pflege (Statistisches Bundesamt, 2007).

In der aktuellen Pflegestatistik wurden für das Jahr 2005 bundesweit 10.400 Pflegeheime aufgelistet (Statistisches Bundesamt, 2005). Gegenüber den Jahren 2003, 2001 und 1999 ist dies ein Anstieg um 6,3 % bzw. 10,0 % (Statistisches Bundesamt, 2001; Statistisches

³ Das DIW geht bei seiner Berechnung von einer steigenden Lebenserwartung und von zunehmenden Prävalenzraten von Pflegehäufigkeiten aus (Deutscher Bundestag, 2002).

Bundesamt, 2003). Im Jahr 2005 standen Pflegebedürftigen bundesweit 757.000 Pflegeplätze zur Verfügung. Im Vergleich mit den früheren Erhebungen ist ein Anstieg um 5,8 % gegenüber 2001 und gegenüber 1999 um 10,5 % zu verzeichnen.

2.4 SITUATION IN DEN PFLEGEHEIMEN

2.4.1 Träger, Größe und Zimmerkategorie

Die meisten Pflegeheime mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI liegen heute unter einer freigemeinnützigen (55 %) oder privaten (38 %) Trägerschaft. Nur 7 % der Heime werden von einem öffentlichen Träger verantwortet (Statistisches Bundesamt, 2007). Seit Einführung der Pflegeversicherung ist die Anzahl der privaten Heime um 18 Prozentpunkte gestiegen, die der freigemeinnützigen Träger um 8 Prozentpunkte. Eine Abnahme der Heime mit öffentlichem Träger fand um 4 Prozentpunkte statt (Statistisches Bundesamt, 2001; Statistisches Bundesamt, 2007).

Die Größe eines Heimes zeigt sich in der Anzahl der Pflegeplätze, die ein Pflegeheim im Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen festlegt. Im Jahr 2005 versorgte ein Pflegeheim im Durchschnitt 65 Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt, 2007) und weist damit den gleichen Wert auf wie die Pflegestatistik des Jahres 1999 (Statistisches Bundesamt, 2001).

In Pflegeheimen stehen den Bewohnern neben Einzelzimmern auch Doppel- und Mehrbettzimmer zur Verfügung. In den Berichten der Pflegestatistik ist seit der Ersterhebung eine Verschiebung der Zimmerkategorien zugunsten der Einzelzimmer feststellbar (siehe Tabelle 1). Im Jahr 1999 hielten die Pflegeheime 44,7 % Einzelzimmer, 48,2 % Doppelzimmer und 4,9 % Mehrbettzimmer bereit (Statistisches Bundesamt, 2001). Bei der zweiten Erhebung im Jahr 2001 ist ein Anstieg der Einzelzimmer um 2,1 Prozentpunkte zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt, 2003). Im Jahr 2003 stieg der Anteil der Einzelzimmer erneut bis auf 49,1 % (Statistisches Bundesamt, 2003) und lag 2005 bei 53 %. Innerhalb dieser Zeitspanne sind 80.544 neue Pflegeplätze entstanden. Die Auslastung des Platzangebotes lag bei 89 % bzw 90 %.

Der Pflegestatistik ist hier ein Bemühen der Heimträger zu entnehmen, den Bedürfnissen der Bewohner nach mehr Privatsphäre nachzukommen.

Tabelle 1: Veränderung der Zimmerkategorien seit Einführung der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2001; Statistisches Bundesamt, 2003; Statistisches Bundesamt, 2005; Statistisches Bundesamt, 2007, eigener Entwurf)

	Pflegestatistik 1999	Pflegestatistik 2001	Pflegestatistik 2003	Pflegestatistik 2005
Verfügbare Plätze	645 456	674.292	713.195	726.000
Einzelzimmer	44, / %	46;8 %	49,1 %	51,7 %
Doppelzimmer	48,2 %	47,5 %	45,9 %	44,1 %
Mehrbettzimmer	4,9 %	3,4 %	2,4 %	1,7 %.

2.4.2 Personalstruktur in Pflegeheimen

Laut Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes waren im Jahr 2005 bundesweit 546.397 Personen in den Pflegeheimen beschäftigt. Damit war die Anzahl der Beschäftigten im Vergleich zum Jahr 2003 um 7,0 % größer. Von den Beschäftigten in Pflegeheimen haben 68,5 % (374.116) ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich „Pflege und Betreuung“, 18,4 % arbeiteten im Bereich der „Hauswirtschaft“ und 3,7 % im Bereich „soziale Betreuung“. Für die Bereiche „Verwaltung“, „Haustechnik“, „Geschäftsführung“ und „sonstige Bereiche“ entfielen zusammen 9,4 % der Beschäftigten. Der Frauenanteil betrug insgesamt 85 % (Statistisches Bundesamt, 2007).

22,4 % der im Pflegeheim beschäftigten Personen hatten eine Berufsausbildung in der Altenpflege abgeschlossen, 11,2 % waren Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und –pfleger, 0,7 % Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und –pfleger (ebd.).

Betrachtet man nur den Bereich „Pflege und Betreuung“, so liegt der Anteil an Pflegefachkräften⁴ bei 48,1 %. Dabei war die Berufsgruppe Altenpflege mit 31,7 % fast doppelt so häufig vertreten, wie die Gesundheits- und Krankenpflege (16,4 %). Personen, die keinen Berufsabschluss in der Pflege oder in der Hauswirtschaft aufwiesen bzw. gar keinen Berufsabschluss hatten oder sich noch in der Ausbildung befanden, bildeten im Bereich Pflege und Betreuung zusammen einen Anteil von 40,5 %. Die Berufsgruppen Alten- bzw. Krankenpflegehilfe nahm einen Anteil von 9,2 % ein, heilpädagogische bzw. therapeutische Berufe einen Anteil von 3,1 % (ebd.).

⁴ Pflegefachkräfte müssen im Sinne des § 6 HeimPersV eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, die Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Wahrnehmung der von ihnen ausgeübten Funktion und Tätigkeit vermittelt. Personen mit dem Beruf der Alten- und Krankenpflegehilfe sowie vergleichbare Hilfskräfte sind keine Fachkräfte im Sinne dieser Verordnung.

Die Heimpersonalverordnung aus dem Jahr 1990 verpflichtet die Heime, die Versorgung Pflegebedürftiger mit einem Fachkräfteanteil von 50 % abzudecken (§ 5 HeimPersV). Diese gesetzliche Norm regelt den Bedarf an qualifiziertem Personal jedoch unabhängig von der tatsächlichen Pflegeintensität der Bewohner und wird im bundesdeutschen Durchschnitt noch immer nicht erreicht. So lag die Fachkraftquote am 15.12.2005 bundesweit nur bei 48 % (Statistisches Bundesamt, 2007). Winter et al. beklagen einen bestehenden folgenreichen Personalmangel in der stationären Pflege (Winter et al., 2005).

Die Heime unterliegen außerdem der gesetzlichen Auflage, in der Nacht mindestens eine Fachkraft einzusetzen (§5 Abs 1 HeimPersV). Somit ist ein Anteil der Fachkräfte an den Nachtdienst gebunden, bei dem eher administrative Aufgaben ohne direkten Bewohnerkontakt zu leisten sind.

Gleichzeitig werden an die pflegerische Leistung höhere Anforderungen gestellt. Zum einen wird ein Anstieg an spezifischen Versorgungsdienstleistungen erwartet. Die Altenpflege wird sich zunehmend zur gerontopsychiatrischen Spezialpflege entwickeln (Weidner et al., 2003), da bereits heute in den Einrichtungen beispielsweise ein Anteil von 50 % Demenzkranken zu verzeichnen ist. Zum anderen müssen gesetzliche Qualitätsforderungen erfüllt werden (§ 80 SGB XI), beispielsweise hinsichtlich der Dokumentation, der Entwicklung und Einführung von Standards, der Durchführung von Pflegevisiten und Teilnahme an Qualitätszirkeln. Auch die medizinische Behandlungspflege in den Pflegeheimen wird durch die in den Krankenhäusern eingeführten Fallpauschalen in Zukunft steigen (Weidner 2003). Somit ist anzunehmen, dass Pflegefachkräfte für andere pflegfachliche Leistungen immer weniger zur Verfügung stehen werden. Insgesamt leiden die Beschäftigten in den stationären Pflegeeinrichtungen unter einer Arbeitsverdichtung (Weidner et al., 2003).

Dass die obengenannten Forderungen mit gering oder gar nicht qualifiziertem Personal nicht erreicht werden können, bestätigen die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Im ersten Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI wird die hohe Bedeutung der Qualifikation der Pflegekräfte und der leitenden Pflegefachkraft für die Qualität in der Pflege hervorgehoben (Brüggemann et al., 2004). Die hier geschilderte Situation in den Pflegeheimen führt letztendlich dazu, dass die Mitarbeiter unter starkem Zeitdruck leiden, der aus Personalmangel und mangelnder Zeit für den Bewohner resultiert (Heinemann-Knoch et al., 1999).

2.4.3 Merkmale der Heimbewohner

Bislang findet in Deutschland kein strukturiertes Assessment von Pflegeheimbewohnern statt⁵ (Becker et al., 2003; BMFSFJ, 2001b), das eine längsschnittliche Untersuchung ermöglicht. Die Daten der Pflegestatistik treffen nur zu wenigen Merkmalen der Bewohner wie Pflegestufe, Alter und Geschlecht Aussagen. In einem Vergleich der nicht institutionalisierten Senioren wird jedoch deutlich, dass die Pflegeheimpopulation spezielle Kennzeichen aufweist: Der Frauenanteil aller Leistungsempfänger der Pflegeversicherung war im Heim mit 77 % deutlich höher als im ambulanten Bereich (63 %). Die pflegebedürftigen Heimbewohner waren zudem älter als die ambulant betreuten. Bei den stationär betreuten Menschen betrug der Anteil der 85-Jährigen und älteren 46 %. Im Bereich der häuslichen Versorgung lag der Anteil dieser Altersgruppe bei 27 %. Der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen war im Heim mit 21 % doppelt so hoch wie im häuslichen Bereich mit 10 %, (Statistisches Bundesamt, 2007). Dies bedeutet, dass im Heim überwiegend hochaltrige Frauen mit höherem Grad der Pflegebedürftigkeit zu versorgen sind. Inwieweit diese Klientel spezielle pflegfachliche Anforderungen stellt, ist derzeit nicht untersucht.

Fenchel und Brandenburg (1999) beschreiben Unterschiede zwischen Heimbewohnern und der nicht im Heim lebenden Alterspopulation und benennen weitere soziodemographische Merkmale wie Familienstand und soziale Schichtzugehörigkeit. So lebten in den Heimen auffallend wenig Verheiratete, jedoch waren 67,2 % der Heimbewohner verwitwet. Heimbewohner wiesen eine geringere Schulbildung als die nicht institutionalisierten Älteren auf (Fenchel & Brandenburg, 1999).

Die Infratest-Studie identifizierte ebenfalls die Hochaltrigkeit als das prägende Strukturmerkmal der Heimbewohner⁶. Das Durchschnittsalter der Stichprobe aus der Untersuchung im Jahre 2006 betrug 81,8 Jahre, der Frauenanteil lag bei 73 % (Schneekloth, 2006). Schneekloth konstatiert aufgrund seiner Ergebnisse: „Insbesondere im hohen Lebensalter stellt ein Leben in einer stationären Einrichtung [...] eine nicht zu verachtende Lebensform dar.“ (S. 12)

Eine weitere Querschnittsstudie konnte durch eine Sekundärdatenanalyse Probleme und Ressourcen anhand einer nicht selektierten Heimbewohnerpopulation beschreiben (Becker et al., 2003). Das Durchschnittsalter dieser Stichprobe von 769 Heimbewohnern betrug 84,2 Jahre und war damit höher als in der Infratest-Studie. Der Frauenanteil lag bei 79 %, Demenz und

⁵ Eine Beschreibung der Heimpopulation könnte in den Berichten des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI vermutet werden. Leider sind diese jedoch nicht repräsentativ. Außerdem zielen sie in erster Linie darauf ab, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und zur Qualitätssicherung zu veröffentlichen. Dabei erfolgt keine systematische Einschätzung der Heimpopulation. Die vom BMSFSFJ in Auftrag gegebenen MUG II- und MUG III-Untersuchungen sind ebenfalls Querschnittstudien.

⁶ Die Infrateststudie untersuchte alle Wohneinrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe (Schneekloth, 2006; Schneekloth & Müller, 1998).

Schlaganfall waren die häufigsten medizinischen Diagnosen. Besonders häufig traten Einschränkungen in der Geh- und Transferfähigkeit auf. So benutzten 69,9 % der Bewohner eine Geh- oder Bewegungshilfe, 26,1 % der Bewohner waren ständig auf einen Rollstuhl angewiesen. Das Heim selbstständig verlassen konnten 38,4 % der Bewohner, 63,7 % konnten im Zimmer selbstständig gehen. Merkfähigkeitsstörungen wiesen 56,4 % dieser Stichprobe auf, bei 46,4 % waren diese so ausgeprägt, dass die Bewohner nicht mehr in der Lage waren, die Jahreszeit anzugeben oder das eigene Zimmer zu finden. In einer Gesamteinschätzung kommen Becker et al. (2003) zu dem Schluss, dass sich 72 % der Bewohner nicht wesentlich in ihrem Allgemeinzustand im letzten Monat bzw. seit der Aufnahme verändert haben, eine Verschlechterung war bei 20,0 % der Bewohner zu beobachten und eine Verbesserung bei 7,9 %.

2.4.4 Dauer des Heimaufenthaltes

Pflegeheime stellen heutzutage keine Stätten der Intensivpflege oder Sterbebegleitung dar (BMFSFJ, 2001c). Der dritte Altenbericht konstatiert sogar einen Trend zu einer Verlängerung der durchschnittlichen Verweildauer (ebd.).

In einer Situationsanalyse zur Mortalität im Pflegeheim wurde eine durchschnittliche Überlebensdauer von 2,7 Jahren ermittelt (Mautner et al., 1993). In den Untersuchungen von Schneekloth und Meier (1998) und Schneekloth (2006) lag die Überlebensdauer in allen stationären Alteneinrichtungen im Durchschnitt bei 41,3 Monaten (Schneekloth, 2006). Eine differenzierte Betrachtung nach der Art der Einrichtung zeigte, dass in pflegeorientierten Einrichtungen die Dauer des Aufenthaltes mit 36 Monaten deutlich geringer war. Auch wenn ein Anteil von 18 % der Bewohner länger als fünf Jahre in einem Pflegeheim lebte, so zeigte sich gleichzeitig, dass jeder fünfte Bewohner einer pflegeorientierten Einrichtung innerhalb von 6 Monaten verstarb (ebd.).

Saup kommt nach seiner Recherche über eine erhöhte Sterblichkeit nach dem Heimeintritt zu dem Schluss, dass hohe Sterblichkeitsraten nach dem Heimeintritt eine Realität sind, ihre Ursache jedoch nicht auf das Ereignis Heimübersiedlung zurückzuführen ist (Saup, 1984).

2.5 DAS ANSEHEN DER PFLEGEHEIME

Pflegeheime stehen heute in der öffentlichen Kritik. Dabei geht es um die Aufdeckung „haltloser Zustände“ in der stationären Pflege und um eine grundsätzliche Debatte über das Fortbestehen dieser Institutionen. Es werden in den Medien unzumutbare Zustände in den Heimen beklagt⁷.

⁷ Zum Beispiel zeigte die ARD in den letzten Jahren Talk-Shows, die sich dem Thema widmeten: „Sabine Christiansen“ am 12.11.2006 mit „Daheim oder ins Heim – wohin mit Oma?“ und „Menschen bei Maischberger“ am 15.03.2005 mit „Altwerden ist nichts für Feiglinge!“

Bauliche Mängel, entwürdigende Behandlungen, wie beispielsweise die Aufforderung, sich in die „Windel“ zu entleeren, wenn Bewohner um Unterstützung bei dem Toilettengang bitten, und schwere Pflegefehler werden in diesem Zusammenhang beschrieben (Fussek & Loerzer, 2005). Dörner stellt aufgrund dieser Missstände öffentlich die Forderung nach mehr Kontrolle und Qualität bis hin zur Abschaffung der Pflegeheime zugunsten „betreuter Wohngruppen“ (Dörner, 2003; Grefe & von Thadden, 2003; Urban, 1 A.D.; Urban, 2001). Der Sozialverband Deutschland (SoVD) stellt zwölf Forderungen für eine würdevolle Pflege auf und benennt im Schwerpunkt die Wahrung der Selbstbestimmung und Individualität des einzelnen Bewohners, höhere Qualifikationsanforderungen an die Pflegenden und Stärkung der häuslichen Pflege, um stationäre Pflege zu vermeiden (SoVD, 2004). Die Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ der Universität Bielefeld hat die Abgeordneten des Deutschen Bundestages aufgefordert, eine Heim-Enquête-Kommission einzurichten. Die Forschungsgemeinschaft wirft dabei die grundlegende Frage auf, „ob das Heimsystem in seiner jetzigen Form den Persönlichkeitsrechten und dem Anspruch auf Individualisierung noch genügen kann“ (Röttger-Liepmann & Hopfmüller, 2002).

Das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung sowie das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend haben im Jahre 2003 aufgrund dieser Diskussionen den „Runden Tisch Pflege“ initiiert, um die Lebenssituation hilfs- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern. In diesem Zusammenhang sind die „Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität der Stationären Betreuung und Pflege“ (Arbeitsgruppe II Runder Tisch Pflege, 2005) und die „Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen“ (Arbeitsgruppe IV Runder Tisch Pflege, 2006) entstanden.

Im ersten amtlichen Heimbericht des Bundesministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Senioren wird die Aussage getroffen, dass Pflegeheime erheblich besser sind, als es die öffentlich geführten Debatten und einzelne Berichte vermuten lassen, und dass grundsätzlich gute Pflege in den Heimen geleistet wird (Bundesministerium für Familien, 2006). Im ersten Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) wird auf eine Bewegung in der Entwicklung der Pflegequalität hingewiesen, aber gleichzeitig auch der weiterhin bestehende Handlungsbedarf betont (Brüggemann et al., 2004).

Eine Versachlichung der Diskussion über die Qualität in der stationären Pflege und mehr Informationen über den Heimalltag in Deutschland wäre für ein besseres Image der Heime wichtig. Im Bereich der Altenhilfe wird Heimen in der traditionellen Organisationsform des Pflegeheims weiterhin eine wichtige Rolle bescheinigt (BMFSFJ, 2006). Entsprechend folgt die Autorin den Aussagen des BMFSFJ (2006), dass sich die Institutionen jedoch zeitgemäß weiterentwickeln müssten und Abläufe sich dem Leitbild privaten Wohnens anpassen sollten.

3 Der Heimeintritt

Ältere Menschen halten sich überwiegend in ihrem persönlichen Wohnumfeld auf (Saup, 1993). Sie verleben hier ihren Alltag und gestalten auch von hier aus ihre sozialen Beziehungen (Wingenfeld K. et al., 2006). Der eigene Wohnraum stellt eine vertraute und sichere Umgebung dar, ist ein Ort der Erinnerung und darüber hinaus bedeutend für die Konstituierung der eigenen Identität (ebd.). Die Heimübersiedlung ist für ältere Menschen mehr als nur ein Umzug (Klingensfeld, 1999), sie stellt ein kritisches Lebensereignis dar (Wingenfeld K. et al., 2006).

Im Folgenden werden kritische Lebensereignisse im Allgemeinen und ihre möglichen Folgen beschrieben, Danach werden die Faktoren genannt, die zu einem Heimübergang führen können. Ferner werden ein idealtypischer Heimübergang dargestellt, und parallel die Modalitäten genannt, die den Übergang in ein Pflegeheim tatsächlich kennzeichnen. Abschließend werden die Chancen und Risiken einer Heimübersiedlung aufgezeigt.

3.1 KRITISCHE LEBENSEREIGNISSE

Der Heimeintritt wird als ein kritisches Lebensereignis für den Betroffenen, aber auch für die Ehepartner und andere Angehörigen betrachtet (Thiele, 2000). Filipp definiert kritische Lebensereignisse als Widersprüche in der Person-Umwelt-Beziehung, die einer Lösung bedürfen bzw. die Herstellung eines neuen Gleichgewichts verlangen (Filipp, 1981). Sie stellen somit einen Wendepunkt im Lebenslauf einer Person dar und fordern von dem Betroffenen eine Anpassungsleistung (ebd.). Weitere Kennzeichen kritischer Lebensereignisse sind, dass sie heftige Gefühle auslösen und bisherige Verhaltensweisen plötzlich unangemessen werden (Neumann, 1997). Generell können positive und negative kritische Lebensereignisse sowie normative und nicht normative unterschieden werden (Neumann, 1997). Ein Beispiel für ein negatives kritisches Lebensereignis ist eine schwere Krankheit; ein positives kritisches Lebensereignis kann die Geburt eines Kindes darstellen. Normativ wäre beispielsweise der Einstieg in das Berufsleben oder – ab einem bestimmten Alter – der Tod der eigenen Eltern. Als ein nicht normatives – da nicht für alle Menschen zutreffendes – kritisches Lebensereignis wäre ein Lottogewinn, eine Ehescheidung oder ein Heimeintritt zu bewerten (ebd.).

Kritische Lebensereignisse können sich körperlich und/oder seelisch mit positiven oder negativen Folgen auswirken (Filipp, 1981; Fooker, 1986; Fooker, 1991). Für eine positive Bewältigung kritischer Lebensereignisse ist die vorherige Auseinandersetzung mit dem Thema sehr bedeutsam (Chenitz, 1983; Filipp, 1981; Saup, 1984). Dem Individuum wird damit die Möglichkeit gegeben, die neue und zunächst beängstigende Situation zu kontrollieren. Dem Ereignis kann möglicherweise eine Sinnhaftigkeit gegeben, und es kann unter Umständen als

Herausforderung gedeutet werden (Fooker, 1986). Die Verfügbarkeit von internen und externen Ressourcen (Klein, 1998; Zank & Baltes, 1998) ist für eine positive Bewältigung ebenfalls wichtig. Hier nennt Saup (1984) explizit die soziale Unterstützung und Fooker (1991) die Eigenaktivität als zentrales und quasi-therapeutisch notwendiges Moment.

„Zur Krise wird das kritische Ereignis vor allem dann, wenn weder die individuellen Kapazitäten noch die sozial zugänglichen Unterstützungsangebote ausreichen, um eine Neuorientierung unter veränderten Handlungsbedingungen zu ermöglichen (Klade, 1992, S. 96).

3.2 AUSLÖSER

Baumann et al. stellen in ihren Arbeiten zur Heimübersiedlung heraus, dass immer ein Auslöser in der Biografie einer Person zu finden ist, der letztendlich die Entscheidung für die Heimübersiedlung herbeiführt (Baumann et al., 2002). Die Situation, die die Entscheidung, in ein Pflegeheim zu ziehen, herbeiführt, kann sehr komplex sein. Einen entscheidenden Einfluss hat der gesundheitliche Zustand der Person in Verbindung mit der Leistungsfähigkeit und Stabilität ihres sozialen Versorgungsnetzes (Heinemann-Knoch et al., 1999; Piechowiak & Schewe, 1996). Überwiegend existieren epidemiologische Forschungsarbeiten, die Prädiktoren für den Heimeintritt fokussieren. Studien, die nach subjektiven Gründen für den Heimeinzug forschten, sind eher seltener.

3.2.1 Prädiktoren

In ihrem Review konnten Gaugler et al. (2007) zwölf Studien berücksichtigen und identifizierten als wichtigste Prädiktoren des Heimeintritts in den USA Einschränkungen bei drei oder mehr ADLs (Activities of Daily Living), kognitive Einschränkungen und frühere Heimaufenthalte (Gaugler et al., 2007). Das Risiko der Heimaufnahme erhöhte sich leicht mit ansteigendem Lebensalter, und die Wahrscheinlichkeit des Heimeintritts war bei dem Vorhandensein der chronischen Krankheiten Diabetes mellitus, Hypertonie, Karzinom und Apoplex ebenfalls erhöht. Auch Stürze konnten als signifikanter, jedoch moderater Risikofaktor der Heimaufnahme ermittelt werden. Die Heimeintrittswahrscheinlichkeit war bei Frauen im Vergleich mit Männern reduziert. Bei Älteren, deren Ehepartner noch lebte und bei Hausbesitzern verzögerte sich der Heimübergang (ebd.).

Psychische Erkrankungen erhöhen – so die Befundlage – die Wahrscheinlichkeit der Heimübersiedlung. Als Prädiktor werden eine ausgeprägte Depression bei Menschen mit Demenz (Dorenlot et al., 2005) bzw. selbstberichtete Depression (Harris & Cooper, 2006) genannt.

Die Wahrscheinlichkeit des Heimeintritts war bei weiblichen Personen mit Demenz und fehlender sozialer Unterstützung höher. Zu diesem Schluss kommt eine Langzeitstudie, die Daten des Survey of the Asset and Health Dynamic Among the Oldest Old (AHEAD) analysierte (Banaszak-Holl et al., 2004).

Die Münchner Hochbetagtenstudie untersuchte die relative Häufigkeit einer Heimversorgung in verschiedenen Risikogruppen in Deutschland. 28,2 % der untersuchten Personen lebten 1990 in Einrichtungen der Altenhilfe. Das Risiko einer Versorgung in einer Einrichtung der Altenhilfe stieg mit zunehmendem Alter und war - im Gegensatz zur us-amerikanischen Studie von Gaugler et al (2007) - bei Frauen sowie Alleinstehenden und kinderlosen Personen erhöht. In Abhängigkeit einer psychischen Erkrankung erhöhte sich das Risiko der Heimunterbringung bei Frauen mit Demenz und Männern mit Depression. Bei somatischen Erkrankungen zeigte sich ein erhöhtes Risiko bei Erkrankungen der Verdauungsorgane und Kreislauferkrankungen. Der weitaus stärkste Effekt zeigte sich bei einer erhöhten Pflegebedürftigkeit (Meller et al., 2000).

Eine Analyse des Altenheimsurvey und des sozioökonomischen Panels nach Ursachen des Heimeintritts und damit verbunden die Chancen seiner Vermeidung legte den Fokus auf die Verflechtung von Sozialbeziehungen und Gesundheitszustand. Es wurden Personen, die 60 Jahre oder älter waren, untersucht (Klein, 1998). Die Befunde dieser Studie sind noch differenzierter als die Ergebnisse der Münchner Untersuchung. Mit einer Interaktionsanalyse konnte die höhere Eintrittsrate von Frauen durch die häufigere Verwitwung erklärt werden. Damit konstatieren die Autoren, dass die höhere Eintrittsrate der Frauen nicht mit einer größeren Bereitwilligkeit, in einem Pflegeheim zu leben, zu begründen ist. Der Anstieg der Heimeintrittsrate mit zunehmendem Alter erklärte sich nur zum Teil mit einem verminderten Gesundheitszustand und dem Überleben von Familien- und Sozialbeziehungen. Die Untersuchung zeigte auch, dass sich die Erhöhung der Heimeintrittsrate infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen bei der Erfüllung täglicher Aufgaben reduzierte, wenn weitere Personen im Haushalt lebten. Variablen wie Bildungsniveau und Konfessions- und Kirchenbindung hatten keinen Einfluss (Klein, 1998). Eine zunehmende Wahrscheinlichkeit einer Heimübersiedlung konstatieren Wahl und Reichert (1994), wenn ein hohes Lebensalter erreicht worden, die Person weiblich sowie verwitwet, ledig oder geschieden ist (Wahl & Reichert, 1994).

3.2.2 Gründe

In zwei Repräsentativerhebungen in den Jahren 1994 (Schneekloth & Müller, 1998) und 2005 (Schneekloth, 2006) wurden durch eine Befragung des zuständigen Pflegepersonals Auskünfte über 3.015 Bewohnerinnen und Bewohner aus 377 Alteneinrichtungen (1994) bzw. über 4.229 Bewohnerinnen und Bewohner aus 609 Alteneinrichtungen (2005) bezüglich der Gründe

eingeholt, die zum Heimeintritt führten. Abbildung 2⁸ stellt die Häufigkeiten der Nennungen der Gründe für den Heimeintritt (Mehrfachnennungen waren möglich) der beiden Jahre einander gegenüber.

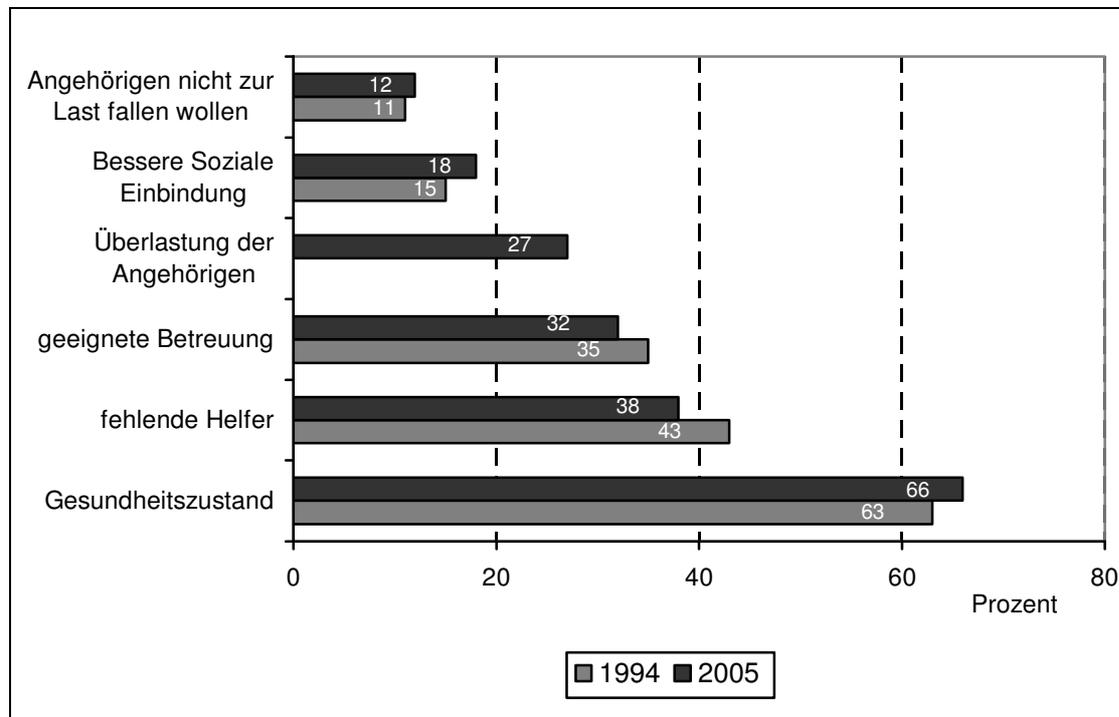


Abbildung 2 Gegenüberstellung der Gründe für den Heimeintritt (nach Schneekloth et al. 1998 und Schneekloth 2006, eigener Entwurf)

Es fällt auf, dass sich die Bedeutung der verschiedenen Gründe für den Heimeintritt im Laufe der elf Jahre nicht veränderte. Ein schlechter Gesundheitszustand war in beiden Befragungen der am häufigsten genannte. Für das Jahr 2005 ist sogar eine leichte Zunahme um 3 Prozentpunkte erkennbar. Am zweithäufigsten wurden fehlende private Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige oder Bekannte als Eintrittsgrund genannt, wobei diese Nennung im Jahr 2005 etwas seltener vorkam als im Jahr 1994. Die Gewährleistung einer geeigneten Betreuung und eine bessere soziale Einbindung im Pflegeheim waren ebenfalls wichtige Gründe, um in eine solche Institution zu ziehen. Immerhin 10 % bzw. 11 % der Nennungen entfiel auf das Item, „den Angehörigen nicht zur Last fallen wollen“.

Da es sich bei diesen Angaben um Fremdauskünfte handelt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass durch diese Untersuchung die subjektiven Heimeintrittsgründe der Bewohner vollständig erfasst wurden. Heinemann-Knoch et al. (1999) befragten in ihrer Untersuchung Heimbewohner nach ihren Umzugsmotiven. Der Umzug wurde von vielen Befragten als

⁸ Das Item „Überlastung der Angehörigen“ wurde in der Befragung des Jahres 1994 noch nicht aufgeführt.

unumgänglicher Schritt bewertet, der aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes vollzogen werden musste. Die alten Menschen entschieden sich für den Umzug, um eine kompetente und jederzeit abrufbare Unterstützung zu erhalten. Ein weiteres wichtiges Motiv bestand darin, den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen.

Im dritten Altenbericht des Bundesministeriums für Frauen, Soziales, Jugend und Senioren werden als Heimeinzugsgründe Demenz und Herz-Kreislauf-Erkrankungen genannt (BMFSFJ, 2001b). Und auch Wetterling und Schürmann (1997) konnten als Heimeinweisungsgründe Beeinträchtigungen in der Selbstversorgung und Körperpflege, die im Wesentlichen durch kognitive Störungen hervorgerufen waren, identifizieren.

3.2.3 Inkontinenz als Heimeintrittsgrund

Harninkontinenz wird in der Gerontologie und Geriatrie zu den wichtigsten Heimeinweisungsgründen gezählt. Es besteht die Annahme, dass durch das Auftreten einer Inkontinenz das häusliche Pflegemanagement überfordert und eine Versorgung in einer vollstationären Einrichtung der Altenhilfe oft als Ausweg gesucht wird (Lehr, 1989; Melchior H., 2003; Scholz, 1993; Welz-Barth et al., 1998; Wetterling & Schürmann, 1997). Auch unabhängig von einer Überforderung pflegender Angehöriger wird von Welz-Barth (2007) eine Kausalitätskette beschrieben, an deren Ende der Heimeintritt steht: Da Inkontinenz mit Schamerleben verbunden ist, vermeiden Betroffene soziale Kontakte und isolieren sich. Dies kann zu einer Depression führen, die wiederum einen Abbau von körperlichen und geistigen Fähigkeiten zur Folge hat. Durch den Verlust dieser wichtigen Ressourcen wird der Heimeintritt unausweichlich (Welz-Barth, 2007).

Studien, die diesen Zusammenhang untersuchen, sind jedoch rar und die Ergebnisse gekennzeichnet von Widersprüchen; die Aussagen reichen von einem nachgewiesenen Zusammenhang (Thom et al., 1997) bis hin zu keiner Kausalität (Holroyd-Leduc et al., 2004;).

Das Vorhandensein einer Harninkontinenz als Prädiktor für eine Heimeinweisung wird von Hunskaar (1998) identifiziert. In einer finnischen Studie, die ebenfalls nach Prädiktoren für eine Heimaufnahme sucht, konnte festgestellt werden, dass Dranginkontinenz, Depressionen und das Alleinleben bei Männern sowie kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen Vorhersagevariablen für einen Heimeintritt darstellen (Nuotio et al., 2003). In der - in Absatz 3.2.1 - genannten Übersichtsarbeit zu den Vorhersagevariablen des Heimeintritts lag für Inkontinenz kein signifikanter Wert vor (Gaugler et al., 2007).

3.3 DER VERLAUF DER HEIMÜBERSIEDLUNG

„Für den älteren Menschen stellt die Altenheimübersiedlung eine Ereignisabfolge von Aufgabe der vertrauten Wohnung, Umzugsgeschehen und Eingewöhnungsversuchen in eine bislang nicht vertraute Altenheimumwelt dar; sie bedeutet für ihn eine Zäsur in seiner Biographie“ (Saup, 1984, S. 1).

Anhand dieser Definition können drei verschiedene Phasen des Heimüberganges unterschieden werden: Die erste Phase umfasst die Situation vor dem Übergang, in welcher der ältere Mensch noch in seiner eigenen Häuslichkeit lebt, sich für den Einzug entscheidet und auf das Leben im Heim vorbereitet. In der zweiten Phase findet der eigentliche Übergang statt: Der Umzug wird vollzogen. In der dritten Phase handelt es sich um die Situation nach dem Übergang. Hier findet eine Eingewöhnung an die neue Umgebung statt. Diese Phasen differenziert Saup (1993) weiter aus (siehe Abbildung 3) und leitet Konsequenzen ab.

	Phase	Merkmale
Situation vor Übergang	Phase des bestehenden bzw. antizipierten Unterstützungsbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> • Verschlechterung des Gesundheitszustandes, vermehrte Inanspruchnahme von Hilfe • Beginn der gedanklichen Auseinandersetzung
	Entscheidungs- und Wartephase	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig Notfallreaktion • Möglichkeit zur Information und Vorbereitung • „Wartelisteneffekt“
Situation bei Übergang	Umsiedlungsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle und organisatorische Maßnahmen des Heimumzugs • Reorganisation des sozialen Umfelds
Situation nach Übergang	Phase der kurzfristigen Adaptation ⁹	<ul style="list-style-type: none"> • „First-Month-Syndrom“ • Erste Bewältigungsversuche
	Phase der langfristigen Adaptation	<ul style="list-style-type: none"> • Ab dem sechsten Monat nach Umzug • Gelungene bzw. misslungene Adaptation

Abbildung 3: Prozessmodell des Übergangs ins Altenheim (Quelle Thiele, 2003)

⁹ Die graue Hinterlegung dieser Phase dient der Hervorhebung des Untersuchungszeitraumes der vorliegenden Arbeit.

In der Situation vor dem Umzug entwickeln sich in der Lebenssituation des Pflegebedürftigen die Auslöser für den späteren Heimeintritt. Das kann z. B. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine Veränderung der Familiensituation sein (vgl. vorherigen Abschnitt). Kennzeichen dieser Phase ist, dass die Option des Heimeintritts noch nicht als zukünftiges Ereignis betrachtet, durch die eingetretenen Veränderungen der Heimübergang jedoch unausweichlich wird (Baumann et al., 2002; Mitmanngruber et al., 2002; Thiele, 2000).

Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Inanspruchnahme familiärer und/oder professioneller Hilfe sind charakteristisch für die Phase des *antizipierten bzw. bestehenden Unterstützungsbedarfs*. Der zukünftige Heimbewohner setzt sich im Idealfall nun in der *Entscheidungs- und Wartephase* mit dem Thema „Pflegeheim“ auseinander. Er oder sie wird die Vor- und Nachteile des Umzugs abwägen. Erst in dieser Phase wird das Pflegeheim als möglicher zukünftiger Wohnort erstmals richtig bewusst (ebd.). Im Rahmen dieser Phase finden die Suche nach dem richtigen Heim und die Anmeldung in einer oder mehreren Institutionen statt. In vielen Fällen schließt sich eine kürzere oder längere Wartezeit an (ebd.). Ob sich durch eine lange Wartezeit Wartelisteneffekte wie geringe Lebenszufriedenheit, negieren von Zukunftsperspektiven und depressive Verstimmungen einstellen, ist in der gerontologischen Forschung umstritten (Thiele, 2000). Da die Wartezeiten häufig nicht länger als acht Wochen andauern, ist zu bedenken, dass bei der Heimübersiedlung eher die kurzen Wartezeiten für die Betroffenen belastend sein können (Klingefeld, 1999). Kruse et al. (1992) beschreiben 7 charakteristische Verlaufsformen erlebter gesundheitlicher Belastungen im Rahmen der Heimübersiedlung. Die Probanden wurden zu vier Messzeitpunkten nach ihrer subjektiven Einschätzung ihrer gesundheitlichen Situation befragt: Zusammenfassend wird festgehalten, dass bei zwei Drittel der Befragten die Heimübersiedlung in Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen stand und bei einem Drittel eine Verbesserung der gesundheitlichen Belastungen durch den Heimeintritt stattfand (Kruse et al., 1992).

Steht ein Pflegeplatz zur Verfügung, beginnt die Umsiedlungsphase. Der Umzug wird organisiert und durchgeführt, es kommt zur Auflösung der Wohnung. In diesem Abschnitt der Heimübersiedlung können heftige Trauerreaktionen auftreten, da sich der zukünftige Heimbewohner von der vertrauten Umgebung und vielen persönlichen Gegenständen trennen muss (Baumann et al., 2002; Wahl & Reichert, 1994).

In der Situation nach dem Übergang muss sich der neue Heimbewohner an die Situation im Pflegeheim gewöhnen; es kommt zu der Phase einer *kurzfristigen Adaptation*, die ca. sechs Monate andauert und in die *langfristige Adaptationsphase übergeht*, welche bis zu einem Jahr und länger fortwähren kann (Baumann et al., 2002). Gerade die ersten Wochen nach der Aufnahme in ein Pflegeheim gelten als besonders kritisch (Thiele, 2000). Der neue Bewohner muss sich – obwohl er aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen sehr geschwächt ist

(Klingensfeld, 1999) –, an drastische Veränderungen im Bereich der sozialen, ökologischen, körperlichen und geistigen Ebene anpassen (Thiele, 2000).

In einer qualitativen Studie interviewte Wilson (1997) neue Bewohner zwei Wochen und einen Monat nach dem Einzug in ein Pflegeheim bezüglich ihrer ersten Erfahrungen nach dem Heimeintritt. Nach dem Eintritt durchliefen die Bewohner typischerweise zunächst eine Phase der Überforderung, die gekennzeichnet war von emotionalen Eingewöhnungsreaktionen wie Weinen und Heimweh sowie einer starken Fokussierung auf die eigene Person. Daran schloss sich die Phase der Eingewöhnung an, die sich dadurch auszeichnete, dass die Heimaufnahme verinnerlicht und eine positive Einstellung entwickelt, neue soziale Kontakte hergestellt und neue Zukunftspläne geschmiedet wurden. In der dritten Phase, der Phase der ersten Akzeptanz, richtete sich der Fokus über die eigene Person hinaus, soziale Kontakte wurden weiterentwickelt, ein Wohlbefinden stellte sich ein, und der neue Bewohner begann die Situation zu kontrollieren (Wilson, 1997).

Klingensfeld beschreibt in seiner Monografie folgende Aspekte, die für eine gelungene Anpassung von zentraler Bedeutung sind: Ein guter Gesundheitszustand, da sich fortschreitende Verluste geistiger und körperlicher Fähigkeiten verstärken und die Anpassung an die neue Umwelt erschweren, eine hohe körperliche Mobilität, angemessene Erwartungen, hohe kognitive Fähigkeiten, ausgeprägtes Aktivitätsniveau und umfangreiche Sozialkontakte (Klingensfeld, 1999).

Eine negative Anpassung wird wahrscheinlich, wenn folgende Bedingungen auftreten: fehlende Vorbereitung auf den Heimübergang, Unfreiwilligkeit der Heimübersiedlung, passiv erdulender Copingstil, eine restriktive Umwelt, welche die Privatsphäre des Bewohners einschränkt und ihm kaum Einflussmöglichkeiten zugesteht, psychische und/oder physische Störungen, Depression und soziale Isolation (ebd.).

In der hier vorliegenden Arbeit wird nicht die Heimübersiedlung älterer Menschen in allen ihren Phasen untersucht. Im Rahmen dieser Untersuchung stehen die Kontinenzsituation und ihre Veränderungen bei Pflegeheimbewohnern im Fokus, die sich in der Phase der kurzfristigen Adaptation befinden (siehe farbliche Hinterlegung in Abbildung 3). Der Untersuchungszeitraum beginnt also mit der Aufnahme des Bewohners und endet nach sechs Monaten. Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit dieser Zeitraum „Heimeintritt“ genannt.

3.4 MODALITÄTEN

Der beschriebene Idealverlauf eines Heimüberganges nach Saup 1993 (REF) findet nur in seltenen Fällen statt. Der Übergang in ein Pflegeheim ist ein Prozess, der in seinem zeitlichen Verlauf von Individuum zu Individuum variiert (Wilson, 1997). Ebenso variieren die jeweiligen Bedingungen und Situationen vor dem eigentlichen Umzug in ein Pflegeheim von Fall zu Fall und wirken sich auf die spätere Anpassung aus. Im Rahmen der Anpassung muss sich der Heimbewohner an viele Veränderungen des bisherigen Alltags gewöhnen, die sich auf sozialer, ökologischer, körperlicher und geistiger Ebene abspielen (Baumann et al., 2002). Dabei ist von besonderer Bedeutung, ob es sich bei dem Umzug in ein Pflegeheim um ein erwünschtes, freiwilliges Ereignis handelt, bei dem der Betroffene aktiv und informiert beteiligt war, oder ob der Umzug überstürzt erfolgte und durch äußere Einflüsse erzwungen wurde (Lee et al., 2002).

Im Folgenden werden Studien vorgestellt, die den Zugangsweg Älterer in ein Heim betrachteten. Es konnte beschrieben werden, inwieweit Pflegeheimbewohner tatsächlich bei der Übersiedlung beteiligt werden.

3.4.1 Vorbereitung

Ältere Menschen setzen sich nur selten mit der Möglichkeit, zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens in ein Pflegeheim zu ziehen, auseinander (Baumann et al., 2002; Lundh et al., 2000). Eine Befragung nicht institutionalisierter Senioren in Österreich zeigte, dass sich 50 % der Befragten noch nie mit dem Thema „Pflegeheim“ beschäftigt haben (Feichtinger et al., 2002). Es muss also davon ausgegangen werden, dass eine große Uninformiertheit sowohl in Bezug auf Alternativen zum Pflegeheim¹⁰, als auch über konkrete Schritte, die einem Heimeinzug vorausgehen sollten,¹¹ und über den tatsächlichen Alltag in diesen Institutionen besteht (Feichtinger et al., 2002; Lundh et al., 2000).

Schneekloth (2006) zeigte in seiner Studie, dass 24 % der Bewohner direkt aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim übersiedelten. Weitere 14 % zogen nach einem Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik, Rehabilitationseinrichtung oder sonstigen Übergangseinrichtung in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege (Schneekloth, 2006).

Heinemann Knoch et al. (1999) konstatieren, dass die Angehörigen eine bedeutsame Rolle spielen und dass sie diejenigen sind, die zum Umzug motivieren und die Heimsuche in die Wege leiten. Jedoch konnte auch eine Gruppe von „Selbstmeldern“ ermittelt werden, die meist noch in guter seelischer und körperlicher Verfassung waren. Diese kamen entweder aus den

¹⁰ Da sich diese Arbeit ausschließlich mit Pflegeheimen befasst, werden neue Wohnformen im Alter nicht beschrieben..

¹¹ Ein empfehlenswerter Ratgeber zu dem Thema wurden von der Stiftung Warentest in Zusammenarbeit mit dem KDA und der Bertelsmannstiftung publiziert (Keller, 2006). Auch das Bundesministerium für Frauen, Jugend, Familie und Senioren hat Informationsbroschüren auf ihrer Website bereitgestellt.

neuen Bundesländern, da sie sich in der DDR frühzeitig in einem Feierabendheim anmelden mussten, oder es waren Personen aus der Mittelschicht, „denen die Vorbereitung des Lebensabschnitts Alter als natürliche Folge einer gewohnten rationalen Lebensplanung gelang“ (Heinemann-Knoch et al., 1999, S. 76).

3.4.2 Freiwilligkeit

Pflegeheime erfahren eine generelle Ablehnung (Lehr, 2003). Einerseits wird sie auf den schlechten Ruf dieser Institutionen zurückgeführt (Lundh et al., 2000). Andererseits werden Heime als letzte Lebensstation angesehen, und Bewohnern haftet das Image an, „abgeschoben worden zu sein“ (Lehr, 2003; Morgan et al., 1997). So erscheint die Freiwilligkeit im Zusammenhang mit einem Heimeintritt zunächst als ein Paradox, da immer äußere Umstände den älteren Menschen „zwingen“, den Eintritt in eine solche Institution zu erwägen. Welche Dramatik zum Teil mit einem drohenden Heimeintritt für die Betroffenen verbunden sein kann, zeigte eine Studie, die Hintergründe und Motive von Suiziden älterer Menschen untersuchte: Es dominierten in den Abschiedsbriefen Ängste und Befürchtungen, das Lebensende in einem Pflegeheim verbringen zu müssen (Klostermann et al., 2004).

Freiwillig kann in diesem Zusammenhang also nur bedeuten, inwieweit der ältere Mensch seine Einwilligung zu der Heimübersiedlung geben konnte, oder ob die Entscheidung über seinen Kopf hinweg – von Angehörigen, Ärzten, Sozialarbeitern oder Pflegenden – getroffen wurde.

Je nach Dimension der Kategorien „Antizipation“, „Partizipation“, „Exploration“ und „Information“ wurde eine Typologie des Heimeintrittsprozesses entwickelt (Nolan et al., 1996). So kann der Heimeintritt entweder als „positive choice“ (positive Wahl), „rationalized alternative“ (Vernünftige Alternative), „discredited option“ (verruftene Option) oder „fait accompli“ (vollendete Tatsache) typisiert werden. Der Übergangstyp „positive choice“ war dadurch charakterisiert, dass der Übersiedelnde den Zeitpunkt, die Versorgungsform und die eigentliche Institution in Abwägung mit anderen Möglichkeiten, auswählen konnte. Als „rationalized alternative“ wurden die Übergänge typisiert, bei denen die älteren Menschen auch im Nachhinein die Einsicht hatten, dass der Umzug unausweichlich und richtig war. Als „discredited option“ galten die Übersiedlungen, bei denen die Erwartungen und Vorstellungen des Lebens im Heim nicht erfüllt wurden. Der Heimeintritt als „fait accompli“ ist durch fehlende Beteiligung des älteren Menschen gekennzeichnet. Die Entscheidung für den Umzug haben andere getroffen. Ein weiteres Kennzeichen liegt darin, dass es keine Gelegenheit gab, nach alternativen Wohnformen zu suchen oder ein Heim zu wählen, dass den Wünschen des Übersiedelnden am ehesten entsprochen hätte. In diesen Fällen wurde die Zeit der Heimaufnahme als sehr negative Erfahrung von den Betroffenen erlebt (ebd.).

Wilson (1997) stellte in der oben erwähnten qualitativen Studie einen Zusammenhang zwischen einem geplanten Heimeintritt und einer kürzeren Dauer der Phase der Überforderung fest. Bewohner, deren Eintritt ungeplant verlief, weinten häufiger und empfanden Heimweh (Wilson, 1997). Auch Heinemann-Knoch et al. (1999) weisen auf die Bedeutung der subjektiven Überzeugung, die Situation selbst planen und kontrollieren zu können, für eine erfolgreiche Bewältigung der neuen Lebenssituation hin.

3.5 CHANCEN UND RISIKEN

Aufgrund der dargestellten Befunde ist davon auszugehen, dass Pflegeheimbewohner für die Bewältigung des kritischen Lebensereignisses „Heimübergang“ einer besonderen Unterstützung bedürfen, da sie sich oftmals nicht mit dem Thema auseinandergesetzt haben und eher unfreiwillig in ein Pflegeheim einziehen. Somit sind die Voraussetzungen für die Anpassungs- und Eingewöhnungsphase eher ungünstig. In der Pflegewissenschaft existieren Theorien, die sich mit Übergängen bzw. Transitionen beschäftigen¹². Meleis et al. konstatieren, dass Übergänge den Hauptschwerpunkt pflegerischer Arbeit darstellen (Meleis et al., 2000). Jedoch werden Implikationen (Morgan et al., 1997), die aufgrund von Forschungsergebnissen oder Theorien entwickelt werden, in der Pflegepraxis nur selten angewendet¹³ (Nolan et al., 1996). Auch Heinemann et al. (1999) beobachteten, dass der Einzug in das Pflegeheim durch die Einrichtung nur selten durch ein geregeltes Aufnahmeverfahren und Begrüßungsrituale unterstützt wurde. Einige Häuser öffneten sich jedoch vermehrt der Öffentlichkeit, um Interessenten zu gewinnen. Diese Möglichkeit zur Besichtigung hatte gleichzeitig einen positiven präventiven Effekt, da psychische Belastungen so verringert werden konnten (ebd.).

Somit ist zu konstatieren, dass viele Personen unvorbereitet und unfreiwillig in ein Pflegeheim übersiedeln und dadurch für negative Auswirkungen des kritischen Lebensereignisses besonders gefährdet sind. Den Professionellen vor Ort fehlt zum Teil das entsprechende Problembewusstsein und Verständnis für die belastende Situation. Pflegekonzepte, die die Unterstützungsbedarfe eines Menschen in kritischen Lebensphasen systematisieren¹⁴, werden nur selten in den stationären Einrichtungen angewendet.

¹² Z .B. die Transitionstheorie von Meleis et al. (2000)

¹³ Wingenfeld beschreibt in seiner Monografie die Anwendung der Transitionstheorie und der Trajekttheorie auf die Entlassung aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich (vgl. (Wingenfeld, 2005)

¹⁴ Mitmanngruber et al (2002) entwickelten im Rahmen ihres Projektes ein psychologisches Interventionsprogramm mit dem Ziel Senioren beim Heimeintritt zu unterstützen. Aus pflegfachlicher Sicht der Autorin ist eine psychologische Unterstützung sicherlich in einigen Fällen von großer Bedeutung. Doch sollte der Heimübergang in erster Linie ein Handlungsfeld der Pflegeprofession sein, die im Rahmen der Überleitungspflege durch entsprechende Interventionen den Heimübergang gezielt unterstützt und begleitet.

Betrachtet man nun die Ausführungen „Heimeintritt als kritisches Lebensereignis“ und gleichzeitig die Gründe, die zum Heimeintritt führten, so fällt auf, dass der Eintritt in ein Pflegeheim eine Folge oder eine Auswirkung eines anderen kritischen Lebensereignisses ist. Ob diese Kumulation kritischer Lebensereignisse besonders schwer bewältigt wird, ist bislang nicht untersucht. Auf die Bedeutung eines möglichen Zusammenhanges von kritischen Ereignissen die parallel oder aufeinander folgend verlaufen, wird in der Transitionstheorie¹⁵ hingewiesen (Meleis et al., 2000; Meleis & Trangenstein, 1994; Schumacher & Meleis, 1994).

Werden die Folgen des Heimüberganges beschrieben, so werden in erster Linie die möglichen negativen Auswirkungen benannt und die positiven Effekte deutlich seltener aufgeführt.

3.5.1 Positive Auswirkungen

Als positiven Aspekt des Heimeintritts werden einerseits die Möglichkeit der sozialen Kontaktaufnahme für ältere Menschen angegeben, die zu Hause einsam und isoliert waren, und andererseits die Entlastung der Angehörigen, die durch eine Heimaufnahme entsteht (Brandenburg, 1994; Kruse et al., 1992; Wahl & Reichert, 1994). Die positive Bedeutung dieser Entlastung wird umso deutlicher, führt man sich den Aspekt vor Augen, dass einige ältere Menschen in ein Pflegeheim einziehen, weil sie den Angehörigen nicht zur Last fallen wollen (Heinemann-Knoch et al., 1999). Somit hätte der Heimeinzug den erwünschten Erfolg herbeigeführt.

In Studien wurde als positive Folge des Heimeintritts die Bereicherung des Lebens durch Veranstaltungen genannt, die im Heim angeboten wurden (Kruse et al., 1992; Morgan et al., 1997). Neumann (1997) führt den Erhalt und die Rehabilitation der Selbstständigkeit und Autonomie, die durch gut ausgebildete Fachkräfte im Heim erreicht werden kann, als Chancen des Heimeintritts an, da sich dadurch das Wohlbefinden der Bewohner erhöht.

Durch die ständige Anwesenheit des Pflegepersonals empfinden Pflegeheimbewohner ein Gefühl der Sicherheit und profitieren so von dem Heimübergang (Morgan et al., 1997). Auch die Hotelleistungen und die Verpflegung im Heim können positiv gewertet werden, da die Reinigung des Hauses, Einkaufen und Kochen nun von der Institution übernommen werden (Kuhlmey & Oehlert, 1986). Werden Bewohner aber mit kleineren Aufgaben betreut (z.B. Gartenpflege, Vorbereitung des Gottesdienstes), so wird auch dies positiv empfunden (Kruse et al., 1992). Weiterhin könnten nach Ansicht der Autorin Aspekte wie Komfort, altersgerechte Wohnraumanpassung, regelmäßige Hausarztbesuche, Beschaffung und Bereitstellung der

¹⁵ Die Transitionstheorie liefert Typen und Bedingungen von Übergängen. Somit können unterschiedliche Transitionen analysiert werden. Gleichzeitig werden fördernde und hemmende Faktoren einer gesunden Transition aufgeführt sowie Prozess- und Ergebnisindikatoren, die auf ein positives bzw. negatives Übergangserleben hindeuten, beschrieben. Nähere Beschreibungen der Theorie finden sich in (Meleis et al., 2000; Schumacher et al., 1999).

Medikamente und Gewährleistung einer Behandlungspflege eine Bereicherung für den älteren Menschen darstellen.

3.5.2 Negative Auswirkungen

Die negativen Folgen des Heimeintritts werden auch als „Relocation Stress Syndrom“ bezeichnet. Relocation Stress Syndrom ist eine von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) erarbeitete Pflegediagnose, deren Definition lautet: „physiologic and / or psychosozial disturbances as a result of transfer from one environment to another“ (zit. in (Manion & Rantz, 1995). In Studien werden als körperliche Folgen eines Umzugs negative Gesundheitseffekte (z.B. Fieber, Atemwegsentzündungen und Pneumonien) und erhöhte Sterblichkeit kontrovers diskutiert (Morgan et al., 1997). Die Untersuchung von (Walker et al., 2007) bezüglich der Bedeutung des Relocation Stress Syndroms lässt jedoch die Vermutung aufkommen, dass die Häufigkeit dieses Phänomens überschätzt wird.

Körperliche Veränderungen nach dem Heimeintritt untersuchten Capezuti et al. (2006). Sie zeigten, dass der Heimeintritt ein belastungsreiches Ereignis darstellt, das jedoch zu keinen signifikanten Veränderungen des körperlichen und kognitiven Zustandes führte. Signifikant war das Ergebnis bezüglich der Sturzhäufigkeit. Nach dem Heimeintritt stürzten die Bewohner häufiger (Capezuti et al., 2006). An dieser Stelle ist es interessant, die in Deutschland durchgeführte Untersuchung von Becker et al. (2003) zu betrachten. Der größte Anteil der Bewohner (72 %), wies keine gravierenden Veränderungen des Allgemeinzustandes nach der Aufnahme auf. Allerdings verschlechterten sich 20 % der Bewohner, und 7,9 % verbesserten sich (Becker et al., 2003).

Deutlich mehr Befunde liegen zu den psychosozialen Auswirkungen vor. Es konnten Angst, Verlustgefühle bezogen auf materielle Dinge, aber auch Verlust der sozialen Rolle, Verlust der Identität (Neumann, 1997) und sozialen Kontakte zusammengetragen werden (Morgan et al., 1997). Dabei kann der Verlust von Besitztümern – so die theoretische Annahme – die Rollen- und Identitätsverluste auslösen (ebd.).

Ebenso werden als negative Folgen der Heimübersiedlung ein verändertes Selbstgefühl in Form einer negativen Selbsteinschätzung, nachlassende Anpassungsfähigkeit durch Veränderung der sozialen Rolle und damit verbundene Funktionsverluste, Abnahme der Sozialkontakte und nachlassende Aktivität beschrieben (Lehr, 2003).

Saup (1984) stellte in seiner Studie zum Heimeintritt nicht pflegebedürftiger Personen in ein Altenheim fest, dass die negative Bewältigung – gekennzeichnet unter anderem durch Depression – durch Autonomiereduktion und Kontrollverlust beeinflusst wurde.

Negative Auswirkungen, die sich in den ersten Wochen nach dem Heimeintritt zeigen können, sind ausgeprägte Hoffnungslosigkeit, starke psychosomatische Beschwerden und verminderte Lebenszufriedenheit bis hin zu Depression, Desorientierung und Selbstaufgabe (Klingefeld, 1999).

Die hier zusammengetragenen Folgen eines Heimeintritts können jedoch nicht verallgemeinert werden, da sich die Heime hinsichtlich ihrer Struktur unterscheiden¹⁶. Zudem kann oft nicht ermittelt werden, ob veränderte Verhaltensweisen nun Folgen des Heimaufenthaltes sind oder ob ihre Ursache nicht in den Gründen liegen, die zu dem Heimeintritt geführt haben (Lehr, 2003).

¹⁶ Die hier beschriebenen Studien wurden sowohl in Altenwohnheimen und Altenheimen als auch in Pflegeheimen durchgeführt.

4 Harninkontinenz im Alter

Die International Continence Society (ICS) definiert Harninkontinenz als jeglichen unwillkürlichen Harnverlust¹⁷ (Abrams et al., 2002). Harninkontinenz ist ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem. Die Prävalenz der Harninkontinenz liegt in der erwachsenen Bevölkerung Nordamerikas und Mitteleuropas bei ca. 6 % (Niederstadt & Doering, 2004). Untersuchungen, die das Vorkommen der Harninkontinenz in der älteren Bevölkerung untersuchten, ermittelten Prävalenzraten zwischen 12 bis 50 % (Hunskaar et al., 2002). Noch häufiger tritt sie in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege auf (ebd.). Harninkontinenz im Alter ist meist multifaktoriell begründet (Jünemann, 2002), und somit ist ihre Entstehung komplex. Deshalb erscheint es zunächst bedeutsam, die Bedingungen der Kontinenz sowie die altersphysiologischen Veränderungen der Ausscheidungsorgane zu betrachten.

4.1 BEDINGUNGEN DER KONTINENZFÄHIGKEIT

Die Kontinenz, also die Fähigkeit, die Blase willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort zu entleeren (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007), ist an verschiedene körperliche und geistige Fähigkeiten gebunden: Die normale Blasenfunktion setzt voraus, den Harndrang zu fühlen, der durch die gefüllte Blase entsteht, die Kontraktion der Blase hinauszuzögern, die Miktion willentlich zu starten und eine vollständige Blasenentleerung herbeizuführen (Sökeland, 1997). Darüber hinaus müssen weitere körperliche Fähigkeiten wie beispielsweise Geh-, Steh- und Balancefähigkeit sowie Arm-, Hand- und Fingerfertigkeiten vorliegen, um die Blasenentleerung durchführen zu können (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007).

Die Bedeutung dieser Aspekte für die Kontinenzfähigkeit konnte in einer Studie verdeutlicht werden, die bei 100 Bewohnern eine Zeitmessung des selbstständigen Toilettenganges unter Beachtung einzelner Teilbereiche wie Aufstehen, Gehen einer festgelegten Strecke, Öffnen eines Hakens und eines Reißverschlusses, Herabziehen der Kleidung vornahm. Inkontinente Bewohner benötigten für die Lösung dieser Aufgaben signifikant mehr Zeit als kontinente Bewohner (Mean = 90,24 Sek./59,32 Sek.) (Ouslander et al., 1987).

Kognitive Fähigkeiten wie das Erkennen einer Toilette als geeigneten Ort, um die Körperausscheidung vorzunehmen, sind für die Kontinenz unerlässlich. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege weist zusätzlich auf die Bedeutung kommunikativer Fähigkeiten hin wie z. B. die Fähigkeit, um Hilfestellungen bitten zu können,

¹⁷ ICS Definition der Harninkontinenz: „Urinary incontinence is the complaint of any involuntary leakage of urine“ (Abrams 2002, S. 168).

wenn Einschränkungen beim selbstständigen Toilettengang bestehen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007).

4.2 ALTERUNGSPROZESSE DER AUSSCHIEDUNGSORGANE

Durch den Alterungsprozess kommt es zu Veränderungen in allen körperlichen Bereichen, und damit sind Verluste der für die Kontinenz wichtigen Fähigkeiten verbunden. Bisher ist der Alterungsprozess der Harnblase, des Schließmuskelapparates und der übergeordneten zentralen Steuerung des Ausscheidungsvorganges wenig untersucht (Jünemann, 2002). Bestehende Untersuchungen zeigen jedoch, dass im Alter eine Durchsetzung der Submucosa und der Muskelzellen mit kollagenen Fasern stattfindet, was einen Elastizitätsverlust des Detrusor vesicae (Harnblasenwandmuskulatur) bewirken kann (Goepel et al., 2002; Jünemann, 2002). Es kann einerseits eine Tonusminderung folgen (ebd.), andererseits können kaum unterdrückbare ungewollte Detrusorkontraktionen auftreten (Primus & Heidler, 2003). Die Tonusminderung der Blase bewirkt eine Verschlechterung der Blasenentleerung und fördert damit die Bildung von Restharn; gleichzeitig kann es zu verkürzten Entleerungsintervallen kommen. Die Detrusorhyperaktivität ist häufig durch einen imperativen Harndrang gekennzeichnet¹⁸.

Gleichzeitig kann es durch den Abbau von Hirnzellen und Synapsen zu einer verzögerten Reaktionszeit kommen und zu dem Unvermögen, den Harndrang auszuhalten (Coppola et al., 2002; Fonda et al., 2002; Goepel et al., 2002; Jünemann, 2002; Sökeland, 1997).

Der Alterungsprozess bewirkt zudem in einigen Fällen eine Tonusminderung des Sphinkters und des Beckenbodens, besonders bei Frauen (Jünemann, 2002). Bei Männern kann durch die Vergrößerung der Prostata die Kontinenzsituation zusätzlich beeinflusst werden (Coppola et al., 2002).

Diese altersphysiologischen Veränderungen des Urogenitalbereichs stellen jedoch nicht immer eine direkte Ursache einer Harninkontinenz dar, da sie auch bei kontinenten alten Menschen auftreten (Fonda et al., 2002). Sie führen jedoch dazu, dass im Alter eine Prädisposition für eine Harninkontinenz besteht (Coppola et al., 2002; Fonda et al., 2002; Jünemann, 2002). Altersbedingte Veränderungen der Ausscheidungsorgane rufen zunächst kontinenzerhaltende Verhaltensweisen hervor, wie z. B. häufige Toilettengänge, Reduktion der Trinkmenge, Aufenthalte in der Nähe einer Toilette, und kompensieren so die nachlassende Funktionsfähigkeit des Körpers (Resnick, 1996).

¹⁸ Die Detrusorhyperaktivität wird auch als Syndrom der Dysfunktion des unteren Harntraktes (LUTD = Lower Urinary Tract Dysfunktion) beschrieben (Primus & Heidler, 2003).

4.3 ÄTIOLOGIE UND FORMEN DER HARNINKONTINENZ IM ALTER

Isaak und Walkey forderten schon 1964 den Terminus „Senile Inkontinenz“ fallenzulassen, da Inkontinenz eher im Zusammenhang mit schwerem organischem Leiden als mit dem Lebensalter auftritt (Isaacs & Walkey, 1964). Die soeben beschriebenen kontinenzhaltenden Strategien werden dann überfordert, wenn andere Faktoren wie z. B. chronische Erkrankungen, Einnahme verschiedener Medikamente und Funktionsverluste körperlicher und geistiger Fähigkeiten auftreten (Fonda et al., 2002; Resnick, 1996). Kennzeichnend – insbesondere für Pflegeheimbewohner – sind die geriatrischen „Is“ wie Intellektueller Abbau, Immobilität, Inkontinenz und Isolation. Diese Alterserscheinungen führen zu Pflegebedürftigkeit und stehen durch eine Wechselwirkung miteinander in direkter Assoziation (Füsgen, 1991; Melchior, 2003). Chronische Erkrankungen führen oftmals zu einer Einschränkung körperlicher und geistiger Fähigkeiten, die auch für die Kontinenzfähigkeit unerlässlich sind (Lekan-Rutledge & Colling, 2003; Sampson et al., 2004). Füsgen empfiehlt deshalb, die Harninkontinenz eines alten Menschen immer im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und funktionellen Einschränkungen zu sehen (2005). Insbesondere Multimorbidität, also das Vorhandensein mehrerer chronischer Erkrankungen gleichzeitig, kann einen wichtigen Einfluss auf die Inkontinenzentwicklung haben (Welz-Barth et al., 1998). Fonda et al. (2002) weisen darauf hin, dass die Nichtberücksichtigung von Komorbiditäten alter gebrechlicher Menschen den Erfolg einer Inkontinenztherapie mindern würde.

Aufgrund der hohen Prävalenz der Harninkontinenz bei alten Menschen ist es erforderlich, reversible Faktoren zu suchen, die den Schweregrad der Inkontinenz vermindern oder zu einer Besserung der Symptome führen. Daher muss der Versuch einer Klassifikation unternommen werden. Im angelsächsischen Raum wurde eine Differenzierung der Harninkontinenz in „temporäre (*transient*) Inkontinenz“ und in „etablierte (*established*) Inkontinenz“ getroffen (Cheater & Castleden, 2000; Niederstadt et al., 2007; Resnick N, 1995; Resnick, 1996; Resnick, 1984). Füsgen (2005) und Goepel (2002) differenzieren Inkontinenz nach der Entstehungsursache. Liegt sie in einer Erkrankung der an der Ausscheidung beteiligten Organe, spricht man von einer primären Inkontinenz. Eine sekundäre Inkontinenz liegt vor, wenn die Inkontinenz eine Auswirkung einer anderen Störung ist (Füsgen, 2005; Goepel et al., 2002). Im Folgenden werden die möglichen Ursachen einer Harninkontinenz nach etablierter bzw. temporärer Inkontinenz unterschieden und näher beschrieben.

4.3.1 Etablierte Inkontinenz

Blasentumore und -steine, Überaktivität des Blasenmuskels, Blaseninnervationsstörungen, urethrale Schließmuskelschwäche oder Fisteln, aber auch Schädigungen des zentralen Nervensystems können die Ursache einer Harninkontinenz sein (Melchior, 2003).

Harninkontinenz liegt also in vielen Ursachen begründet, sodass mehrere Formen der etablierten Harninkontinenz differenziert werden können. Grundsätzlich kann eine Speicherstörung (hervorgerufen z.B. durch Detrusorüberaktivität oder Sphinkterdysfunktion) von einer Entleerungsstörung (durch Obstruktion oder Detrusorschwäche) unterschieden werden.

In der Terminologie der International Continence Society (ICS) wurden die Formen der Harninkontinenz definiert (vgl. Abrams et al. 2002). Je nach Beschreibungsebene kann es sich dabei um ein Symptom, einen klinischen Hinweis oder eine Erkrankung handeln (Niederstadt & Doering, 2004). Tabelle 2 liefert eine Übersicht über die Formen der Harninkontinenz, die aufgrund veränderter Speicher- und Entleerungsstörungen entstehen, und beruft sich auf die Kategorisierung, die dem Expertenstandard „Förderung der Kontinenz in der Pflege“ zugrunde liegt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007)

Tabelle 2: Formen der Harninkontinenz (Ahnis, 2005; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007; Niederstadt & Doering, 2004, eigener Entwurf)

Bezeichnung	Anzeichen und Ätiologie
Stress (Belastungs-) Inkontinenz	Unfreiwilliger Harnverlust synchron mit körperlicher Belastung einhergehend (z. B. Hustenstoß, Niesen). Ursachen sind: z.B. Schwächung der Beckenbodenmuskulatur, hormonelle Defizite oder Prostataoperationen.
Drang-Inkontinenz	Unfreiwilliger Harnverlust, der mit plötzlich auftretendem, schwer unterdrückbarem Harndrang einhergeht oder unmittelbar vorausgeht. Es wird eine neurogene und nicht neurogene Detrusorhyperaktivität unterschieden. Ursachen neurogen: Störungen/Schädigung der neuralen Kontrollmechanismen (z.B. multiple Sklerose, Apoplex oder Rückenmarkverletzungen). Ursachen nicht neurogen: Noch unbekannt (evtl. Altersdegeneration).
Misch-Inkontinenz	Mischform aus Stress- und Dranginkontinenz
Inkontinenz bei chronischer Harnretention	Unvollständige Blasenentleerung (Restharnbildung) mit und ohne unfreiwilligem Harnverlust. Ursachen sind z.B. Vergrößerte Prostata, Kontraktionsstörung des Detrusors.
Extraurethrale Inkontinenz	Beobachtbarer, ständiger Harnverlust über andere Kanäle als die Harnröhre. Ursachen können urogenitale Fisteln, angeborene Anomalien oder Verletzungen sein.
Unkategorisierbare Inkontinenz:	Beobachtbarer unfreiwilliger Harnverlust, der auf Basis von Symptomen oder Befunden nicht eindeutig zuzuordnen ist.

In der Geriatrie ist auch die Form der Funktionellen Inkontinenz bedeutungsvoll (Fonda et al., 2002; Niederstadt & Doering, 2004). Die von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definierte Pflegediagnose der Funktionellen Inkontinenz ist die Unfähigkeit eines

normalerweise kontinenten Menschen, die Toilette rechtzeitig zu erreichen, um einen unwillkürlichen Harnverlust zu vermeiden (NANDA 2003). Resnick (1995) spricht von Funktioneller Inkontinenz, wenn die Kognition und/oder die Mobilität eingeschränkt sind, jedoch keine Störung des Urogenitaltrakts vorliegt. Ouslander und Schnelle (1995) definieren außerdem als Ursachen einer Funktionellen Inkontinenz Widerwillen seitens des Bewohners die Toilette zu benutzen, und Umgebungsbarrieren. Fonda und Kollegen (2002) betrachten dieses Konzept der Funktionellen Harninkontinenz aus mehreren Gründen kritisch. Sie geben zu bedenken, dass eine normale Ausscheidungsfunktion bei kontinenten alten Menschen eine Ausnahme ist; Inkontinenz tritt nicht zwangsläufig bei Demenz und Immobilität auf. Menschen mit einer Einschränkung ihrer Körperfunktionen sind häufig gleichzeitig Faktoren ausgesetzt, die eine vorübergehende (transiente) Inkontinenz verursachen. Trotzdem sprechen Fonda und Kollegen funktionellen Beeinträchtigungen einen hohen Stellenwert zu, da Kontinenz durch Kognition, Fingerfertigkeiten, Motivation, Mobilität und räumliche Gegebenheiten beeinflusst wird.

4.3.2. Temporäre Inkontinenz

Studien geben den Hinweis, dass die Harninkontinenz alter Menschen zu einem Drittel bis zu 50 % vorübergehend ist (Brandeis G et al., 1997; Ouslander et al., 1993). Als Ursachen einer vorübergehenden Harninkontinenz wurden in einigen Fallstudien folgende Faktoren identifiziert:

- Delirante Zustände, die durch Medikamente und akute Krankheiten (z.B. Infektionen, kongestive Herzattacke) ausgelöst werden
- Infektion des unteren Harntraktes
- Atrophie der Vagina und Urethra, die bei 80 % der älteren Frauen auftritt und gelegentlich Inkontinenz beinhaltet
- Pharmakologische Einflüsse von z.B. Diuretika und Psychopharmaka
- Psychologische Einflüsse wie Depressionen und Angstzustände
- Exzessive Urinausscheidung, hervorgerufen durch hohe Flüssigkeitszufuhr oder starke Ausscheidung bei Stoffwechselstörungen wie Hyperglykämie oder Hypercalzämie
- Restringierte Beweglichkeit, hervorgerufen z.B. durch Hypotension nach dem Aufstehen oder Essen, körperliche Schwäche, Angst vor Stürzen, unpassendes Schuhwerk
- Stuhl-Obstipation (Böhmer, 2000; Fonda et al., 2002; Mink, 1998; Resnick N, 1995; Resnick, 1984)

Mit ihren Anfangsbuchstaben ergeben diese Ursachen das Akronym „DIAPPERS“, was im Englischen die gleiche diskriminierende Bedeutung wie das deutsche Wort „Windel“ hat. Die

Beachtung und Reduzierung bzw. Eliminierung dieser genannten Faktoren kann die Kontinenz wiederherstellen bzw. bewahren. Werden diese Ursachen nicht eliminiert, so kann die vorübergehende Inkontinenz in eine etablierte Form übergehen (Fonda et al., 2002). Beispielsweise kann eine Harnwegsinfektion Auslöser einer etablierten Drang- oder Stressinkontinenz sein (Böhmer, 2000). Brandeis und Kollegen untersuchten 270 Heime im Design einer Querschnittsanalyse. Sie identifizierten mehrere beeinflussbare Gründe der Inkontinenz: Die Einnahme von Medikamenten wie Psychopharmaka und Diuretika, chronische Erkrankungen wie koronare Herzkrankheiten, Diabetes mellitus, Unterschenkelödeme, Delirium, Depression und Abhängigkeiten im Bereich der ADL (Activity of Daily Living), (Brandeis G et al., 1997).

5 Harninkontinenz im Pflegeheim

5.1 PRÄVALENZ DER HARNINKONTINENZ IN STATIONÄREN PFLEGEEINRICHTUNGEN

Harninkontinenz ist in Pflegeheimen allgegenwärtig. Die Prävalenz von Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohnern liegt international zwischen 50 und 75 %. Betrachtet man die vorliegenden Studien seit 1990, so lässt sich insgesamt ein Anstieg in der Häufigkeit des Auftretens dieses Symptoms in den letzten 10 Jahren beobachten. Die Studien sind nicht uneingeschränkt vergleichbar, da es im Design, in der Definition von Harninkontinenz und in der Stichprobengröße relevante Unterschiede gibt (vgl. Tabelle 3).

In Deutschland untersuchten mehrere Studien Harninkontinenz bei Heimbewohnern. Studien, die mittels Fragebogen die Daten zur Harninkontinenz erheben, stammen aus Großbritannien, Italien, Deutschland und Österreich. Die Häufigkeitsangaben in den Definitionen der Inkontinenz variiert von monatlichen bis täglichen unfreiwilligen Harnverlusten (Aggazzotti et al., 2000; Borrie et al., 1992; Georgiou et al., 2001; Pointner & Madersbacher H., 1993; Welz-Barth et al., 1998). Das Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité Berlin führt seit 2003 jährlich eine Befragung von Krankenhäusern und Pflegeheimen durch. Es wird dabei mittels einer Fragebogenerhebung, die sich an die Mitarbeiter der Einrichtungen richtet, auch die Prävalenz der Harninkontinenz erhoben. Die Studien 2003–2005 unterscheiden zwischen einer vorübergehenden und einer dauerhaften Harninkontinenz, ohne diese zu definieren. Die Erhebung des Jahres 2006 verzichtet auf diese Differenzierung und definiert im Leitfaden der Studie Harninkontinenz als „alle Zustände unfreiwilligen Harnabgangs“ (Dassen, 2006a). Die Werte der vorübergehenden und dauerhaften Inkontinenz der ersten Untersuchungen werden im Folgenden nicht einzeln ausgewiesen, sondern addiert. Es zeigt sich über die Jahre (2003–2007) ein relativ stabiler Wert von 71,6 % bis 74,2 %.

Andere Studien betrachten die Harninkontinenz im Pflegeheim retrospektiv und benutzen Sekundärdaten wie beispielsweise die Pflegedokumentation. Eine wichtige Datenbasis liefert das – durch RAI (Resident Assessment Instrument) Daten gespeiste – MDS (Minimum Data Set). Da diese MDS-Daten international auf derselben Grundlage beruhen, sind internationale Vergleiche möglich, und so ist zu konstatieren, dass in den USA der Anteil harninkontinenter Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen um fast 15 Prozentpunkte größer ist als in der Schweiz (DuBeau et al., 2006; Saxer et al., 2005).

Tabelle 3: Synopse der Prävalenzstudien zur Harninkontinenz in Pflegeheimen (eigener Entwurf)

Autor, Jahr, Land	Alter	Anzahl Einrichtungen und Bewohner	Methode	Definition Harninkontinenz	Prävalenz Harninkontinenz
Boyington et al., (2007), USA	65+	Region Atlanta 1.444.912 Bewohner	Datenanalyse MDS Längsschnitt	Usually continent/episodes once a week or less	Aufnahme 65,4% Nach Aufnahme 74,3%
Dassen,(2006b), BRD	k. A.	24 Heime, 2061 Bewohner	Fragebogenbefragung Querschnitt	Alle Zustände unfreiwilligen Harnabgangs	73,4
Anger et al., (2006), USA	k. A.	Keine Angaben	Analyse des National Nursing home Survey 1995-1999	Difficulty controlling urination	58,6% (nur Frauen)
DuBeau et al., (2006), USA	65+	Alle medicare – medicaid zugelassenen Pflegeheime in fünf Staaten 90.538 Bewohner	Datenanalyse MDS Längsschnitt	Leakage at least twice weekly	65%
Dassen, (2005) BRD	k. A.	39 Heime 3550 Bewohner	Fragebogenbefragung Querschnitt	k. A.	73,4%
Dassen, (2004), BRD	k. A.	29 Heime 2531 Bewohner	Fragebogenbefragung Querschnitt	k. A.	74,2%%
Dassen.(2003), BRD			Fragebogenbefragung Querschnitt	k. A.	71,6%
Georgiou et al., (2001), UK	k. A.	17 Wohnheime, 14 Pflegeheime, 5 Langzeitpflege 1125 Bewohner	Fragebogenbefragung des Personals Querschnitt	k. A.	Wohnheime: 34%, Pflegeheime: 70% long-stay wards 71%
Aggazzotti et al., (2000), I	65+	14 Wohn- und Pflegeheime	Fragebogenbefragung Dokumentenanalyse Querschnitt	Involuntary loss of urine occurring at least twice a month	54,5%
Welz-Barth et al., (1998), BRD	k. A.	4 Alten- und Pflegeheime 153 Bewohner	Fragebogenbefragung Querschnitt	k. A.	54%
Peet et al., (1995), UK	65+	241 Pflegeheime und Krankenhäuser 6079 Bewohner/Patienten	k.A. Querschnitt	At least one incontinent episode weekly	44%
Pointner & Madersbacher (1993), A	k. A.	o.n.A. 386 Bewohner	Fragebogenbefragung Querschnitt	k. A.	63,5%
Borrie et al., (1992), UK	k. A.	1 Long-term care hospital 447 Patienten	Fragebogenbefragung Querschnitt	1-2 incontinent events per week	62%
Palmer et al., (1991), USA	65+	8 Pflegeheime 434 Bewohner	Sekundär Datenanalyse Längsschnitt	Presence or absence of daytime incontinence	37% bei Aufnahme 43.8% nach 12 Monaten

Um einschätzen zu können, ob es sich bei den hier ermittelten Prävalenzen um erwartbare oder hohe bzw. niedrige Werte handelt, ist ein Vergleich der institutionalisierten mit nicht institutionalisierten älteren Menschen nötig. Prävalenzstudien, die Harninkontinenzhäufigkeiten in der allgemeinen älteren Bevölkerung untersuchen, schwanken in ihren Angaben zwischen 6 % bis 45,5 % (Maggi et al., 2001; Teunissen et al., 2004). Deutsche Schätzungen zur Prävalenz der Harninkontinenz bei den 80-jährigen Männern und Frauen in der allgemeinen deutschen Bevölkerung gehen von einem Wert zwischen 30–40 % aus (Füsgen, 1991; Melchior H., 2003). Eine Untersuchung in Kanada von Hunskaar (1998) vergleicht die Anzahl der Inkontinenzereignisse zwischen Heimbewohnern und der allgemeinen älteren Bevölkerung: Die Prävalenz der Harninkontinenz bei im Heim lebenden Menschen ist im Hinblick auf tägliche Inkontinenzereignisse neun- bis zehnfach höher als bei denen, die noch in der eigenen Häuslichkeit wohnen (Hunskaar et al., 1998). Somit ist zu konstatieren, dass die Harninkontinenz in Pflegeheimen deutlich häufiger und in einem höheren Schweregrad auftritt als in der Population der nicht institutionalisierten älteren Menschen.

5.2 INKONTINENZVERLÄUFE IN PFLEGEHEIMEN

Palmer et al. stellte 1991 in einer Langzeitstudie die Inkontinenzentwicklung zwei und zwölf Monate nach der Aufnahme in acht Pflegeheimen dar. Die Prävalenz der Harninkontinenz betrug zur Heimaufnahme 39 % und stieg nach zwei Monaten auf 47 % an. Nach einem Jahr lag sie bei 45 % (Palmer M.H. et al., 1991). Auch in einer Schweizer Langzeitstudie, die die Häufigkeit von Inkontinenz in Pflegeheimen untersucht, nahm die Anzahl der harninkontinenten Bewohner von 37 % zum Zeitpunkt der Aufnahme auf 51,5 % nach 24 Monaten zu (Saxer, 2004; Saxer et al., 2005).

Die Anzahl der Neuerkrankungen und Remissionen von Harninkontinenz nach der Aufnahme untersuchten Ouslander und Kollegen im Rahmen einer prospektiven Kohortenstudie (1993). Dabei zeigte sich, dass der Kontinenzstatus bei Zweidrittel der Bewohner ein Jahr nach der Aufnahme stabil blieb. Der Kontinenzstatus wurde zum Aufnahmezeitpunkt, zwei Monate und ein Jahr nach der Aufnahme gemessen. Die Entwicklung einer Inkontinenz trat bei Männern häufiger als bei Frauen auf (nach zwei Monaten 51 % zu 21 %, nach einem Jahr 46 % zu 16 %). Frauen konnten nach der Aufnahme in ein Pflegeheim ihre Kontinenz häufiger zurückerlangen als männliche Pflegeheimbewohner (nach zwei Monaten 24 % zu 20 %, nach einem Jahr 23 % zu 14 %), (Ouslander et al., 1993). Das Risiko einer Harninkontinenzentwicklung war für Männer, für Personen mit Demenz, für Personen, die eine Stuhlinkontinenz aufwiesen, für Personen, die in Ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt waren und für Personen deren Fähigkeit einen Transfer selbstständig durchzuführen, erhöht. Die

Wahrscheinlichkeit der Wiedererlangung der Kontinenz stieg bei Personen, die diese Faktoren nicht aufwiesen.

In einer Langzeitstudie (1994-1996), die sämtliche Medicare und Medicaid zugelassenen Pflegeheime der Staaten Kansas, Maine, Mississippi, New York und South Dakota untersuchte, konnte der Kontinenzstatus von 90.538 Bewohnern retrospektiv zu drei Zeitpunkten innerhalb der ersten sechs Monate nach der Aufnahme auf Veränderungen betrachtet werden. Den Ergebnissen zufolge behielten 83 % innerhalb dieses Zeitraums einen unveränderten Kontinenzstatus, 12 % wurden harninkontinent oder entwickelten einen höheren Grad an Inkontinenz, und 5 % verbesserten ihre Kontinenzsituation (DuBeau et al., 2006; Teunissen et al., 2004). In einer aktuellen Studie, welche die Harninkontinenz im Südosten der USA betrachtet, wird ein Anstieg der Inkontinenz nach der Aufnahme um 8,9 Prozentpunkte konstatiert (Boyington et al., 2007). Diese Untersuchungen machen deutlich, dass sich bereits in den ersten Monaten nach dem Heimeintritt die Kontinenzsituation der Bewohner verändern kann und die Bewohner tendenziell eher an Inkontinenz neu erkranken, als dass sie ihre Kontinenzfähigkeit zurückerlangen. Die Prävalenz der Harninkontinenz gilt in den USA als Qualitätsindikator der stationären Altenhilfe (Boyington et al., 2007). Die Ergebnisse dieser Studien zeigen Personengruppen auf, für die eine gezielte Inkontinenzprävention noch zu entwickeln ist. Um wirksame präventive Maßnahmen ableiten zu können, müssen Faktoren identifiziert werden, die mit Harninkontinenz im Alter assoziiert sind, damit diese eliminiert, verringert oder ggf. kompensiert werden können.

5.3 RISIKOFAKTOREN DER HARNINKONTINENZ

„Von Risikofaktoren sprechen wir, wenn diese Faktoren (mit-) verursachend für das Auftreten des unerwünschten Ereignisses sind.“ (Trojan, 2004, S. 110). Risikofaktoren, die das unerwünschte Ereignis Harninkontinenz auslösen können, wurden in mehreren Studien identifiziert. Den meisten Studien lag dabei ein Querschnittsdesign zugrunde. Ein Mangel besteht international an prospektiven Langzeit- und Fall-Kontroll-Studien, die einzelne Faktoren oder einzelne Risikogruppen gezielter betrachten. Insgesamt wurde die Harninkontinenz bei Frauen weltweit gründlicher und häufiger untersucht als die Harninkontinenz bei Männern (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007).

5.3.1 Risikofaktoren, bezogen auf Bewohner

Elf Studien fokussieren speziell Risikofaktoren im Setting der vollstationären Pflege. Da auch bei diesen Untersuchungen verschiedene Designs, Stichproben (Anzahl der untersuchten Personen oder Unterschiede in relevanten Charakteristika, wie Mobilität, Kognition,

Komorbiditäten) und Definitionen von Harninkontinenz vorliegen, ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich (Borrie, 1992).

Harninkontinenz, untersucht in der allgemeinen Bevölkerung, tritt mit zunehmendem Lebensalter häufiger auf (Niederstadt et al., 2007). Eine differenzierte Betrachtung der Heimbewohner, bezogen auf den Zusammenhang zwischen ansteigendem Lebensalter und der Prävalenz der Harninkontinenz, zeigten interessanterweise uneinheitliche Ergebnisse. Aggazotti (2000) beschreibt einen stetigen Anstieg: Die Prävalenz der Harninkontinenz war in der Gruppe der 95-jährigen Bewohner höher als in der Gruppe der 65-Jährigen (Aggazzotti, 2000). Saxer (2005) zeigt, dass die Gruppe der hochaltrigen Bewohner seltener von einer Inzidenz der Harninkontinenz betroffen sind als jüngere Bewohner (Saxer et al. 2005). Welz-Barth und Kollegen (1998) konnten keinen Zusammenhang zwischen Lebensalter und der Häufigkeit der Inkontinenz identifizieren (Welz-Barth et al., 1998).

Studien, die bei nicht institutionalisierten Menschen Risikofaktoren analysieren, identifizieren die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht (Hunskaar et al., 2004; Sgadari et al., 1997; Stenzelius et al., 2004). Bei einer Betrachtung der Heimpopulation zeigt sich jedoch, dass Frauen in Pflegeheimen nicht immer häufiger von einer Harninkontinenz betroffen sind. Borrie et al. (1992) und Aggazzotti et al. (2000) stellen auch bei Heimbewohnern den Zusammenhang zwischen Harninkontinenz und dem weiblichen Geschlecht fest. Saxer et al. (2005) weisen jedoch keine Geschlechterspezifität nach, und Palmer et al. (1991) zeigten in ihrer Stichprobe eine häufigere Betroffenheit bei Männern auf.

Die Ergebnisse aller Studien stimmen dahingehend überein, dass Immobilität und Demenz zu den wichtigsten Risikofaktoren gezählt werden müssen. Der immobile, alte Mensch ist nicht mehr in der Lage, unabhängig von Hilfe den Weg zur Toilette zu gehen (Brandeis G et al., 1997; Welz-Barth et al., 1998; Hunskaar et al., 1998; Landi et al., 2003; Ouslander et al., 1987; Resnick, 1984; Stenzelius et al., 2004). Wenn die Toilette aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen nicht mehr gefunden wird und Kommunikationseinschränkungen ein Bitten um Hilfe unmöglich machen, führt dies zur Harninkontinenz (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007); Landi et al., 2003; Stenzelius et al., 2004).

Anfang der 90er Jahre lieferte die Studie von Yu und Kollegen (1990) im Rahmen einer Langzeitstudie eine Beschreibung der harninkontinenten Heimbewohner. Bei 133 älteren harninkontinenten Bewohnern wurde unter anderem eine umfangreiche urologische Diagnostik durchgeführt. Es zeigte sich, dass Harninkontinenz bei älteren Menschen häufig nicht primär ein Problem der Blasenfunktion ist, sondern eher auf kognitiven und körperlichen Einschränkungen beruht: 55 Bewohner (41 %) hatten einen normalen Cystometriebefund (Blasendruckmessung) ohne Hinweise einer Stressinkontinenz. Im Bereich der körperlichen Funktionsfähigkeit, beurteilt

nach dem ADL Score nach Katz, lagen bei 63 % der inkontinenten Bewohner jedoch Unselbstständigkeits in sechs Bereichen vor (Yu et al., 1990).

Auch in einer Studie, die inkontinente und kontinente Bewohner vergleicht, zeigte sich, dass die inkontinenten Bewohner signifikant stärkere Beeinträchtigungen in ihren körperlichen Fähigkeiten aufwiesen als die kontinenten Bewohner. In anderen Bereichen, wie z.B. chronische Erkrankungen und Medikation, gab es keine signifikanten Ergebnisse (Ouslander et al., 1987).

Die folgende Tabelle 4 stellt die in der internationalen Literatur diskutierten begünstigenden Faktoren der Harninkontinenz dar. Dabei wird nach intrinsischen Faktoren, die in der Person selbst liegen, und extrinsischen Faktoren, die von außen herangetragen, differenziert. Bei den intrinsischen Faktoren erfolgt eine Unterscheidung nach Geschlecht.

Tabelle 4: Risikofaktoren der Harninkontinenz (eigener Entwurf)

Intrinsische Faktoren	Frauen	Männer	Frauen und Männer	Quelle
Hochaltrigkeit			X	Hunskaar et al. (2004) Sgadari et al. (1997) Stenzelius et al. (2004)
Pflegebedürftigkeit			X	Welz-Barth et al. (1998)
Einschränkungen in körperlichen Fähigkeiten <ul style="list-style-type: none"> • Immobilität • Unfähigkeit, zu gehen • Unfähigkeit, schwere Gegenstände zu verschieben • Unfähigkeit, Treppen zu steigen • Einschränkungen in den Sinneswahrnehmungen • Einschränkung in der Fingerbeweglichkeit • Bettlägerigkeit • Rollstuhl 			X	Sgadari et al. (1997) Borrie et al. (1992) Brandeis et al. (1997) Hunskaar et al. (1998) Landi et al. (2003) Peet et al. (1995) Palmer et al. (1991) Saxer et al. (2005)
Einschränkungen in geistigen Fähigkeiten <ul style="list-style-type: none"> • Delirante Zustände • Demenz 			X	Sgadari et al. (1997) Aggazzotti et al. (2000) Borrie et al. (1992) Hunskaar et al. (2004); Welz-Barth et al. (1998)
Abhängigkeit in ADL (nach Katz) <ul style="list-style-type: none"> • Unfähigkeit, sich zu kleiden • Unfähigkeit, das Haus zu verlassen 			X	Brandeis et al. (1997) Resnick et al. (1988)
Chronische Erkrankungen <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Obstipation • Stuhlinkontinenz • Parkinson • Depression 			X	Lifford et al. (2005) McGrother et al. (1998); Resnick et al. (1988)

Intrinsische Faktoren	Frauen	Männer	Frauen und Männer	Quelle
<ul style="list-style-type: none"> • Schlaganfall • Koronare Herzkrankheit • Multiple Sklerose • Atemwegserkrankungen 				
Unterschenkelödeme			X	Brandeis et al. (1997)
Harnwegsinfekte			X	Brandeis et al. (1997) Ouslander et al. (1987)
Flüssigkeitseinschränkungen			X	Brandeis et al. (1997) Colling et al. (2003)
Atrophie der Vaginalschleimhaut	X			Resnick, (1995)
Schwangerschaft/Geburten	X			Parazzini et al. (2000) Grodstein et al. (2003)
Obstipation		X		McGrother et al. (1998) Resnick, (1995)
Menopause	X			Hunskaar, et al.(2002)
Hysterektomie	X			Brown et al. (1996) Parazzini et al. (2000)
Veränderungen, Operationen der Prostata		X		McGrother et al. (1998)
Adipositas	X			Brown et al. (1996)
Extrinsische Faktoren				
Medikamente Diuretika, Psychopharmaka, Calciumantagonisten				Resnick et al. (1988)
Koffein				Bryant et al. (2002) Tomlinson et al. (1999)
Nikotin				Bump & McClish (1992) Fonda et al. (2002)

5.3.2 Risikofaktoren, bezogen auf die Heimumgebung

Es könnte angenommen werden, dass sich die Prävalenz der Harninkontinenz mit der Aufnahme in ein Pflegeheim reduziert, da im Heim professionell Pflegende tätig sind, die aufgrund ihres gesellschaftlichen Auftrags eine aktivierende und unterstützende Pflege zur Verfügung stellen (vgl. § 11 SGB XI). Allerdings zeigen Studien, dass das Wissen der Pflegekräfte um kontinenzhaltende und -fördernde Maßnahmen gering ist (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2005; Harke & Richgels, 1992; Müller & Müller, 2004b; Roe et al., 2004).

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) hat in seinem ersten Bericht nach § 118 Abs. 4 SGB XI, in dem die Qualität in Pflegeeinrichtungen beschrieben wird, konstatiert, dass die Inkontinenzversorgung bei 20 % der untersuchten Fälle unzureichend war. Jedoch stellt sich bei einer Betrachtung der diesem Bericht zugrunde liegenden Annahmen, anhand derer die Qualität bewertet wird, heraus, dass der vom MDK geforderte „sachgerechte

Umgang¹⁹ nicht den aktuellen Empfehlungen medizinischer und pflegerischer Leitlinien und Standards entspricht. Folglich kann der im o.g. Gutachten genannte Prozentwert einer unzureichenden Versorgung nur unter Vorbehalt zur Beschreibung der Inkontinenzversorgung in Pflegeheimen herangezogen werden.

Eine kontinenzfördernde Umgebung im Sinne von stufenlosen Eingängen, Handläufen in den Fluren, Haltegriffen im Sanitärbereich, behindertengerechten Bädern und WCs, Rufanlagen, höhenverstellbaren Betten, rutschfesten Fußböden, Nachtbeleuchtungen und allgemeinen Orientierungshilfen wurde nur in 64 % der untersuchten Einrichtungen vorgefunden (Brüggemann et al., 2004). Die Entfernung zur Toilette und Barrierefreiheit haben für den Erhalt der Kontinenz jedoch eine hohe Bedeutung. Für Bewohner, die sehbehindert oder kognitiv beeinträchtigt sind, ist die Orientierungsmöglichkeit von entscheidender Relevanz, damit die Toilette überhaupt gefunden wird.

Unangemessene, schwer zu öffnende Kleidung kann ebenfalls eine entscheidende Rolle spielen (Bühlmann, 2002; Corr & Corr, 1992; Hoogers, 1993; Sachsenmaier, 1991). Ebenso könnte nach Expertenmeinung von Bedeutung sein, ob ein Bewohner in einem Einzelzimmer untergebracht ist oder ob er sich das Zimmer mit einem oder mehreren Bewohnern teilt. Die Aspekte wie Schutz der Privatsphäre und Wahrung der Intimität bei der Ausscheidung werden zu wichtigen Faktoren gezählt (ebd.).

In Bezug auf die Personal-/Bewohnerquote, die Qualifikation der Mitarbeiter, den Wissensstand über kontinenzfördernde Maßnahmen und die Einstellung des Personals gegenüber harninkontinenten Bewohnern werden mögliche Zusammenhänge geäußert (Bienstein, 1989; Patterson Robinson J., 2000).

Die Liste der Risikofaktoren ist damit um diejenigen zu erweitern, die in der Heimumgebung liegen. So sind architektonische Bedingungen, aber auch das Pflegepersonal vermutlich wichtige Einflussgrößen.

5.4 BEHANDLUNG DER HARNINKONTINENZ IM PFLEGEHEIM

¹⁹ Wie die Inkontinenz nach Auffassung des MDS sachgerecht zu versorgen ist, wird in den Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen dargestellt: „Vor dem Hintergrund der vom Pflegeversicherungsgesetz geforderten aktivierenden und individuellen Pflege sollte das Kontinenztraining nach dem individuellen Rhythmus des Bewohners durchgeführt werden“ (Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege, 2005, S. 173). Würde man in den Pflegeheimen dieser Forderung nachkommen, so könnte dies bedeuten, dass Bewohner mit einer Drang-Inkontinenz bis zu 30-mal am Tag aufgrund der Drangsymptomatik auf die Toilette begleitet werden müssten. Damit ist die Deskription des sachgerechten Umgangs unkorrekt. Bei einer symptomatischen Drang-Inkontinenz liegt eine gute Evidenz für eine mäßige Wirksamkeit des Blasen Trainings vor, welches darauf abzielt, die Entleerungsintervalle zu verlängern und damit das Fassungsvermögen der Blase zu steigern (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2005c; Niederstadt & Doering, 2004).

Behandlungsempfehlungen einer Harninkontinenz geben internationale und nationale Leitlinien (z.B. für Deutschland: Niederstadt & Doering, 2004, AWMF, 2005, USA: Fantl et al., 1996), die auch die Besonderheiten der Inkontinenz im Alter berücksichtigen. So empfiehlt der österreichische Arbeitskreis Blasenfunktionsstörung, sich bei der Behandlung der Harninkontinenz alter Menschen nach den Ergebnissen der Diagnostik zu richten und stufenweise vorzugehen. Zunächst sollte eine Beseitigung ursächlicher Faktoren wie Harnwegsinfekte, Medikamente und obstruktiver Komponenten (z.B. chirurgische Prostataresektionen) erfolgen. Ein Verhaltenstraining, das Erstellen und Führen eines Miktionsprotokolls, Blasen- und Toilettentraining, eine Physiotherapie zur Stärkung bzw. Entspannung des Beckenbodens, eine Pharmakotherapie und Elektro-Stimulation können je nach Form der Inkontinenz indiziert sein. Zur Unterstützung dieser Behandlungsmethoden wird der Einsatz von Hilfsmitteln empfohlen (Primus & Heidler, 2003).

Der 5. Expertenstandard des DNQP „Kontinenzförderung in der Pflege“ zeigt pflegerische Interventionsmöglichkeiten für die vollstationäre Pflege auf. Die Standardaussage lautet: „Bei jedem Patienten und Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harninkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert“ (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007, S. 27). Den einzelnen Ebenen des Standards läßt sich folgendes Vorgehen entnehmen: Im Rahmen des Erstgesprächs soll eine Initialbefragung erfolgen, um alle von Harninkontinenz betroffenen oder bedrohten Bewohner zu identifizieren. So erkannte harninkontinente Bewohner oder Risikobewohner werden einem ausführlichen Assessment unterzogen, um ein differenziertes Bild über die Form der vorliegenden Harninkontinenz und die Kontinenzsituation zu erhalten. Bei einer Beratung findet eine Aufklärung über Ursachen und Entstehung der Inkontinenz statt, außerdem werden mögliche Interventionen vorgeschlagen und das Ziel der Behandlung festgelegt. Auf dieser Grundlage wird ein Maßnahmenplan erstellt, kontinuierlich umgesetzt und zu gegebener Zeit evaluiert (ebd.).

Neben den ärztlich verordneten medikamentösen oder operativen Behandlungsmöglichkeiten sind besonders Verhaltenstrainings wie Blasen- und Toilettentrainings für die Kontinenzförderung harninkontinenter Pflegeheimbewohner relevant. Ziel dieser Verhaltenstherapien ist es, ein normales Ausscheidungsmuster und die Kontinenzfähigkeit wieder herzustellen, vorausgesetzt, der Bewohner ist zu einem Verhaltenstraining bereit und körperlich sowie geistig in der Lage (Ouslander & Schnelle, 1995).

Die Effektivität dieser Therapien konnte durch mehrere Interventionsstudien, die in Pflegeheimen stattfanden, bewiesen werden (Colling et al., 1992; Durrant & Snape, 2003; Engel et al., 1990; Johnson, 2002; Ouslander et al., 1988).

Obwohl es wirksame pflegerische Interventionsmöglichkeiten bei Harninkontinenz gibt, wird in der Fachliteratur eine Unterversorgung der Bewohner im Hinblick auf Kontinenzförderung beklagt (Bienstein, 1988; Bienstein, 1989; Müller & Müller, 2004a; Müller & Müller, 2004b). Das Pflegepersonal verbringt einen großen Teil der Arbeitszeit mit der Versorgung der inkontinenten Bewohner – in vielen Heimen richtet sich sogar der Tagesablauf auf diese „Pflegerunden“ aus (Bienstein, 1988). Die Prävention der Inkontinenz und die Kontinenzförderung spielen in der stationären Pflege jedoch kaum eine Rolle (Sachsenmaier, 1991). Pflegende hegen oftmals die falsche Vorstellung, dass der professionelle Umgang mit harninkontinenten Menschen in erster Linie darauf ausgerichtet sein muss, die Bewohner möglichst trocken und geruchsfrei zu halten (Johnson, 2002), indem Inkontinenzvorlagen oder -hosen angelegt und gewechselt werden (Vinsnes et al., 2001). Eine Überversorgung der Bewohner mit Inkontinenzhilfsmitteln beobachteten Müller & Müller. Sie beschreiben das Ausstatten von neu aufgenommenen Bewohnern mit Inkontinenzhilfsmitteln ohne vorherige pflegerische Befunderhebung als „Initiationsritus zur Aufnahme in eine Standes- und Altersgemeinschaft“ (Müller & Müller, 2004a, S. 105). Ein weiterer Befund dieser Interventionsstudie war, dass Bewohner, die bei einem Toilettengang auf Hilfe der Pflegenden angewiesen waren, mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln versorgt wurden, weil die Hilfe nicht garantiert werden konnte (Kuno et al., 2005). Aufgrund dieser scheinbar hoffnungslosen Situation wird die Pflege Inkontinenter als frustrierend, ermüdend und lästig beschrieben, und die Pflegenden selbst fühlen sich hilflos und schuldig (Yu & Kaltreider, 1987).

In Pflegeheimen wird die direkte Körperpflege zum größten Teil von nicht dreijährig examinierten Pflegekräften ausgeführt. So fehlten auch bei schwierigen pflegerischen Problemlagen die kompetentesten Pflegefachkräfte, da sie mit der Durchführung der medizinischen Behandlungspflege ausgelastet waren (Kuno et al., 2005). Durch diese Aufgabenverteilung werden die Anzeichen einer beginnenden Inkontinenz unter Umständen nicht wahrgenommen, und Kontinenzprobleme können nicht rechtzeitig erkannt und einer adäquaten Behandlung zugeführt werden (Wells, 2000).

6 Herleitung der Zielstellung dieser Arbeit

6.1 ZUSAMMENFASSUNG DES THEORIETEILS

Pflegeheime sind Einrichtungen, denen ein schlechtes Image anhaftet, die aber dennoch in ihrer Anzahl stetig wachsen, da der Bedarf an vollstationärer Pflege aufgrund demographischer Entwicklungen zunimmt. Das schlechte Image der Heime führt dazu, dass der Heimeintritt ein gesellschaftliches Tabu darstellt und sich deshalb nur wenige Menschen mit dem Leben in einer solchen Institution auseinandersetzen. Deshalb siedelt ca. ein Drittel der Betroffenen völlig unvorbereitet in ein Pflegeheim über. Der Übergang in ein Pflegeheim wird zu den typischen „Live Events“ oder „kritischen Lebensereignissen“ gezählt. Kritische Lebensereignisse stellen Wendepunkte im Leben eines Menschen dar und können sich positiv oder negativ auswirken. Ob ein Übersiedelnder den Heimeintritt positiv oder negativ erlebt, ist davon abhängig, inwieweit die Faktoren Antizipation, Partizipation, Exploration und Information beim Heimübergang eine Rolle spielten. Außerdem sind interne und externe Ressourcen von Bedeutung. Mobilität, uneingeschränkte Kognition, Aktivität und Kontaktfreude sind Eigenschaften, die eine positive Anpassung wahrscheinlich machen. Gleichzeitig ist aber gerade ihr Fehlen für die Heimpopulation kennzeichnend. Negative Auswirkungen des Heimeintritts werden als Relocation Stress Syndrom zusammengefasst und können sich körperlich und / oder psychosozial auswirken. Die Häufigkeit des Relocation Stress Syndroms wird – so die aktuelle Debatte – eher überschätzt.

Im Hinblick auf den Heimübergang muss davon ausgegangen werden, dass die Übersiedelnden eher ungünstige Voraussetzungen für eine positive Bewältigung mitbringen, da sie einerseits nur noch auf wenige eigene interne und externe Ressourcen zurückgreifen können. Andererseits erfolgt der Eintritt in ein Pflegeheim oft akut und damit ungeplant und nicht selten unfreiwillig. Gerade die ersten sechs Monate nach dem Einzug gelten als die kritische Phase, in welcher sich zeigen wird, ob der Heimeintritt von dem Betroffenen positiv oder negativ gemeistert wurde. Der Übergang in ein Pflegeheim – begonnen mit der auslösenden Situation bis zur kompletten Gewöhnung an den Heimalltag – stellt an den Betroffenen hohe Anforderungen, für deren Bewältigung er jedoch meist nur noch wenige Ressourcen hat. Umso wichtiger ist es, dass er von Pflegefachkräften unterstützt wird. Jedoch fehlen der Pflegepraxis bislang die entsprechenden Konzepte.

Es konnte eine hohe Übereinstimmung zwischen den Befunden konstatiert werden, die Prädiktoren des Heimeintritts untersuchten, und den Studien, die den subjektiven Gründen für eine Heimübersiedlung nachgingen. Neben gesundheitlichen Aspekten ist es insbesondere das fehlende soziale Netz, das einen Heimeintritt unausweichlich macht. Dabei blieb die explizite

Bedeutung der Harninkontinenz auf den Heimeintritt weiter fraglich, da die Ergebnisse der spezifischen Studien kontrovers waren. Die Untersuchungen, die allgemein nach Heimeinweisungsursachen forschten, führten Harninkontinenz als Einweisungsgrund nicht auf. Das Fehlen der Harninkontinenz als Einzugsgrund bei diesen Untersuchungen könnte jedoch darin begründet sein, dass Inkontinenz tabuisiert wird und Betroffene aus Schamgefühl dieses Leiden möglicherweise nicht als Grund angeben, wenn sie nicht explizit danach gefragt werden. Es könnte auch darin begründet sein, dass Harninkontinenz unter „gesundheitliche Beeinträchtigungen“ subsumiert wurde.

Harninkontinenz ist in Pflegeheimen weit verbreitet. Sie ist bei alten Menschen oftmals auf mehrere Ursachen zurückzuführen, und sie ist dann oft das Resultat eines Ungleichgewichts, welches durch schwindende Funktionsfähigkeit der Ausscheidungsorgane einerseits und nachlassender körperlicher und kognitiver Fähigkeiten andererseits entsteht. Die Prävalenz der Harninkontinenz liegt in den Pflegeheimen zwischen 50 % und 77 %. Dabei konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit der Harninkontinenz mit der Dauer des Heimaufenthaltes zunimmt. Als wichtigste Risikofaktoren der Harninkontinenzentwicklung in der stationären Pflege konnten in wenigen Studien Immobilität und kognitive Einschränkungen identifiziert werden. Risikofaktoren, die in der Umgebung des Bewohners liegen, können nach Expertenmeinung ebenfalls die Harninkontinenz beeinflussen.

6.2 FORSCHUNGSDEFIZITE

Studien, die Harninkontinenz im Zusammenhang mit dem Relocation Stress Syndrom untersuchen, liegen bislang nicht vor.

Es fehlen Untersuchungen in Deutschland, die die Prävalenz der Harninkontinenz zum Aufnahmezeitpunkt und in unterschiedlichen Zeitabständen nach der Aufnahme fokussieren. Palmer et al. (1991) wies einen Anstieg der Prävalenz schon nach 8 Wochen Heimaufenthalt nach. Saxer stellte eine Zunahme nach zwölf Monaten fest. Weitere Studien, welche die ersten Monate des Heimaufenthalts und damit die kritische Phase der Anpassung an die neue Umgebung untersuchen, liegen nicht vor.

Es gibt kaum internationale Studien und keine Studien im deutschsprachigen Raum, die die Häufigkeit der Remissionen von Harninkontinenz nach der Aufnahme in ein Pflegeheim ermitteln.

Untersuchungen, die geschlechterspezifische Unterschiede fokussieren, zeigen widersprüchliche Ergebnisse und somit weiteren Forschungsbedarf.

Untersuchungen, die explizit nach Risikofaktoren für eine Inkontinenzentwicklung nach der Aufnahme in ein Pflegeheim suchen, sind selten. Mögliche umgebungsbezogene Risikofaktoren sind national und international selten betrachtet worden.

Personen, die nach der Heimaufnahme ihre Kontinenzfähigkeit nicht verloren haben, wurden bisher nicht untersucht. Weitere Vergleiche zwischen den Gruppen der kontinenten und inkontinenten Bewohner stehen aus.

6.3 ZIELE DER ARBEIT

Auch in dieser Arbeit wird nicht nach einer direkten Kausalität zwischen dem Heimeintritt als kritischem Lebensereignis und der Neuentstehung einer Harninkontinenz geforscht. Vielmehr soll hier eine erste Beschreibung der möglichen Veränderungen des Gesundheitszustandes am Beispiel der Harninkontinenz erfolgen. Dabei wird die Kontinenzsituation der Personen, die sich in der Heimeintrittsphase befinden, wie folgt betrachtet:

- Bestimmung der Gesamtprävalenz der Harninkontinenz.
- Bestimmung der Häufigkeit von Harninkontinenz zum Zeitpunkt der Heimaufnahme.
- Bestimmung der Anzahl an Neuerkrankungen und Heilungen der Harninkontinenz innerhalb der ersten sechs Monaten nach der Aufnahme in ein Pflegeheim.
- Ermittlung von Zusammenhängen zwischen der Entwicklung einer Inkontinenz und Faktoren, die eine Inkontinenz determinieren. Diese Faktoren werden sowohl im gesundheitlichen Zustand der Bewohner, als auch in den Verhältnissen der Heimumgebung gesucht.
- Ermittlung von Zusammenhängen zwischen der Wiederherstellung der Kontinenz und Faktoren, die eine Kontinenz determinieren. Diese Faktoren werden sowohl im gesundheitlichen Zustand der Bewohner, als auch in den Verhältnissen der Heimumgebung gesucht.

Die Ergebnisse der Studie sollen Möglichkeiten präventiver pflegerischer Interventionen aufdecken, die der Entstehung einer funktionellen bzw. unkategorisierbaren Harninkontinenz (siehe Abschnitt 4.3) in Pflegeheimen vorbeugen können.

7 Methodik

7.1 STUDIENPLANUNG

7.1.1 Literaturrecherche

Um auf dem aktuellen Forschungsstand aufbauend eine Studie zu entwickeln, wurden in einem ersten Schritt nationale und internationale Studien und Metaanalysen gesichtet, die sich mit Prävalenzen, Inzidenzen und Remissionen der Harninkontinenz im Pflegeheim auseinandersetzen, und Untersuchungen, die sich mit Risikofaktoren der Harninkontinenz befassen. Die berücksichtigten Arbeiten thematisieren überwiegend Harninkontinenz im Alter im Bereich der vollstationären Pflege. Einschlägige (in anderen Quellen oft zitierte) Studien aus dem häuslichen Bereich und aus geriatrischen Kliniken wurden einbezogen, um die Erkrankungshäufigkeit zu vergleichen. Aus den Literaturangaben der gesichteten Literatur wurden weitere Arbeiten recherchiert.

Für die Recherche wurden die Literaturdatenbanken Carelit, Cinahl, Embase, Gerolit, Heclinet, Medline, PsycINFO, PSYINDEX und SOMED systematisch mit Schlagwortabfragen untersucht. Hierfür wurden die Schlagworte „urinary incontinence“, „prevalence“, „incidence“, „remission“, „risk factor“, „continence“ and „nursing home“, sowie „nursing home admission“ für alle Suchfelder einzeln und in Kombination verwendet. Bei der Auswertung der recherchierten Literatur wurde ein Schwerpunkt auf die Arbeiten der letzten 20 Jahre gelegt. Ebenso fand mit denselben Schlagworten eine Recherche im Internet mit den Suchmaschinen GOOGLE und GOOGLE SCHOLAR statt.

7.1.2 Hypothesenbildung

Für diese Arbeit werden folgende Hypothesen auf Grundlage der aktuellen Literatur formuliert

Hypothese 1: Die Häufigkeit der Harninkontinenz steigt mit der Dauer des Aufenthaltes im Pflegeheim.

Hypothese 2: Die Inzidenz der Harninkontinenz ist in den ersten sechs Monaten nach der Aufnahme in ein Pflegeheim höher als die Remission.

Hypothese 3: Die Inzidenz ist bei männlichen Heimbewohnern höher als bei weiblichen.

Hypothese 4: Einflussfaktoren für die Entwicklung einer Harninkontinenz sind

A) Personenbezogene Faktoren, die je nach Ausprägung Risiko oder Schutzfaktoren darstellen.
Demzufolge leitet sich ab:

A1) Hochaltrigkeit erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.

A2) Die Altersspanne 60–79 Jahre erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.

- A3) Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- A4) Geringe und erhebliche Pflegebedürftigkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- A5) Das Vorliegen einer Erkrankung (Demenz, Apoplex, Diabetes mellitus, COLD, Erkrankungen der Prostata, Erkrankungen der Gebärmutter, Herzinsuffizienz, Depression, Parkinson, Multiple Sklerose, Obstipation, Adipositas, Harnwegsinfekte) erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- A6) Die Abwesenheit einer Erkrankung (Demenz, Apoplex, Diabetes mellitus, COLD, Erkrankungen der Prostata, Erkrankungen der Gebärmutter, Herzinsuffizienz, Depression, Parkinson, Multiple Sklerose, Obstipation, Adipositas, Harnwegsinfekte) erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- A7) Eine Schwerbehinderung erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- A8) Die Abwesenheit einer Schwerbehinderung erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- A9) Ein schlechter körperlicher Allgemeinzustand erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- A10) Ein guter körperlicher Allgemeinzustand erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- A11) Eingeschränkte Beweglichkeit erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- A12) Uneingeschränkte Beweglichkeit erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- A13) Ein getrübler geistiger Zustand erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- A14) Ein klarer geistiger Zustand erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- A15) Verminderte Kooperationsbereitschaft erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- A16) Hohe Kooperationsbereitschaft erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B) Umgebungsbezogene Faktoren, die je nach Ausprägung Risiko oder Schutzfaktoren darstellen. Demzufolge leitet sich ab:
- B1) Der Einzug in ein Pflegeheim mit einer hohen Bettenzahl erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.

- B2) Der Einzug in ein Pflegeheim mit einer niedrigen Bettenzahl erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B3) Der Zugang in ein Pflegeheim über ein Krankenhaus erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- B4) Der Zugang in ein Pflegeheim durch einen Angehörigen erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B5) Die Unterbringung in einem Doppelzimmer erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- B6) Die Unterbringung in ein Einzelzimmer erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B7) Umzüge innerhalb des Heimes erhöhen das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- B8) Kontinuierliches Bewohnen eines Zimmers erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B9) Abwesenheiten, bedingt durch einen Krankenhausaufenthalt, erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- B10) Das Fehlen von Abwesenheiten erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B11) Das Fernbleiben vom Speisesaal erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- B12) Der Besuch des Speisesaals erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B13) Ein niedriger Betreuungsschlüssel erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- B14) Ein hoher Betreuungsschlüssel erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B15) Eine Pflegefachkraftquote unter 50 % erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- B16) Eine Pflegefachkraftquote von 50 % und darüber erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.
- B17) Ein fehlender Professionen-Mix erhöht das Risiko, eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt zu entwickeln.
- B18) Ein Professionen-Mix erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Kontinenzfähigkeit nach dem Heimeintritt zurückzuerlangen.

7.1.3 Methodenwahl und ihre Begründung

Bisher wurde in Deutschland noch keine Studie durchgeführt, welche die Bedeutung unterschiedlicher Faktoren für die Entwicklung einer Harninkontinenz nach der Heimaufnahme untersucht. Die zugrunde liegende Zielstellung dieser Arbeit erfordert ein querschnittliches, aber auch längsschnittliches Design. Die Risikofaktorenanalyse setzt zusätzlich eine relativ große Stichprobe voraus, da die Wahrscheinlichkeit, dass lediglich ein Risikofaktor zu einer Krankheit führt, häufig nur gering ist (Bortz & Lienert, 2003). Um diesen Ansprüchen – unter Berücksichtigung der zeitlichen und personellen Ressourcen – zu genügen, wurde eine retrospektive Analyse eines bereits vorhandenen Datensatzes gewählt. Darüber hinaus bestand die Absicht, mit einer großen Stichprobe eine Ausgangsbasis für weitere Studien zu schaffen (LoBiondo-Wood & Haber, 1996).

In deutschen Heimen finden vermehrt elektronische Pflegedokumentationssysteme Anwendung, mit denen täglich bewohnerbezogene Daten erhoben werden. Die Analyse solcher Daten bietet die Vorteile der Kostengünstigkeit und ermöglicht einen Zugriff auf eine große Datenmenge. Daten, die über einen längeren Zeitraum erhoben werden, lassen auch die Betrachtung von Trends zu (Kreienbrock & Schach, 2000).

Sekundärdaten können dadurch definiert werden, „dass ihre Erhebung nicht eigens zum Zwecke einer konkreten epidemiologischen Fragestellung erfolgt ist“ (Kreienbrock & Schach, 2000, S. 22). Die Nachteile einer Sekundärstatistik liegen also unter anderem darin, dass die vom Primärnutzer verwendeten Begriffsdefinitionen nicht immer nachvollziehbar sind und für die eigene Analyse übernommen werden müssen (ebd.). Obwohl die Nutzung von Sekundärdaten der Untersuchung Grenzen setzt, scheinen sich die Pflegedokumentationen prinzipiell für die Untersuchung der Fragestellung zu eignen.

Die Qualität der Pflegedokumentationen in stationären Pflegeeinrichtungen wurde mehrfach untersucht (z.B. (Bartholomeyczik & Morgenstern, 2004; Brüggemann et al., 2004). Die Qualität der Pflegedokumentation, bezogen auf das inhaltliche, pflegfachliche Verständnis, ist den Studienergebnissen zufolge eher schlecht. Auch eine Vollständigkeit der Dokumentationen ist nicht immer vorauszusetzen. Jedoch werden die Bereiche, die für diese Arbeit relevant sind – wie der Assessment-Teil –, am sorgfältigsten ausgefüllt (ebd.). Für die Interpretation der Ergebnisse muss dieser Qualitätsaspekt jedoch berücksichtigt werden.

Es wird geschlussfolgert, dass durch die gewählte Methode der Sekundärdatenanalyse elektronischer Pflegedokumentationssysteme die Ziele der Studie erreicht werden können. Ein eindeutiger Vorteil der Methode ist die hohe Fallzahl, die durch dieses Verfahren für eine Analyse zur Verfügung steht, und die Kostengünstigkeit der Datenerhebung. Nachteile sind,

dass die Auswahl, Operationalisierung sowie die Qualität der dokumentierten Daten nicht beeinflusst werden können.

7.1.4 Einschlusskriterien für die Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen

Für diese Arbeit wurden aus elektronischen Pflegedokumentationen bewohnerbezogene Daten selektiert und ausgewertet. Die Leitlinien und Empfehlungen „Gute Praxis Sekundäranalyse“ (GPS) der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention fanden bei der Studienplanung, der Datenaufbereitung und -analyse Anwendung (Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS), 2005). Zunächst waren Qualitätskriterien an eine potentiell geeignete Pflegedokumentation zu formulieren:

- Etabliertes elektronisches Pflegedokumentationssystem
- Mitarbeiter sind im Umgang mit der Pflegesoftware geschult und eingearbeitet
- Einheitliche Verfahrensvorschriften im Umgang mit der Pflegedokumentation
- Die Anzahl an Pflegeplätzen sollte mindestens 2000 Pflegeplätze betragen
- Überregionalität
- Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Gewährleistung von Qualitätsmindeststandards
- Anwendung von einheitlichen Assessmentinstrumenten (wie z.B. die Nortonskala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos) in allen Einrichtungen

Assessmentinstrumente dienen dem Zweck, den Zustand eines Bewohners systematisch in festgelegten Abständen mithilfe eines kriterienorientierten und strukturierten Instruments zu erfassen. Diese Einschätzung wird von einer Pflegefachkraft durchgeführt. Über die im § 80 SGB XI festgelegten Qualitätsmaßstäbe wird den Einrichtungen empfohlen, ein Assessmentinstrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos für jeden Bewohner zu führen. Es existieren unterschiedliche Instrumente, die jeweils unterschiedliche Aspekte untersuchen. Die Reliabilität und die Validität dieser Instrumente sind umstritten (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2004).

7.1.5 Beurteilung der Sekundärdaten und Entwicklung eines Instruments zur Datenerhebung

Für die Beurteilung, ob sich die bewohnerbezogenen Daten, die über die Pflegesoftware erhoben werden, überhaupt für die Untersuchung eignen, wurde folgendes Vorgehen initiiert:

1. Zustimmung des Trägers, an der Untersuchung teilzunehmen.
2. Besichtigung einer Einrichtung des Trägers. Es konnten Einblicke in das Pflegeleitbild und erste Eindrücke über die Einrichtungen gewonnen werden. Gleichzeitig wurde die Pflegesoftware von der Qualitätsbeauftragten vorgestellt und Erklärungen geliefert, wie

die Software in der täglichen Pflege eingesetzt wird. Das Software-Handbuch wurde der Antragstellerin für die Planung der Untersuchung zur Verfügung gestellt.

3. Überprüfung des Handbuchs: Das Handbuch wurde nach möglichen Anhaltspunkten und Quellen für eine Datenselektion überprüft. Dabei standen besonders die Aspekte „Risikofaktoren für Inkontinenz“ und „andere mögliche begünstigenden Faktoren“ im Fokus. Die Bereiche, die interessante Daten liefern könnten, wurden markiert.
4. Erarbeitung einer Variablenliste: Anhand der Auswertung des Software-Handbuchs und der Ergebnisse der Literaturrecherche wurde eine vorläufige Variablenliste erarbeitet.
5. Besuch des Schulungs- und Trainingszentrums: Der Träger der Einrichtungen arbeitete eng mit einem Schulungs- und Trainingszentrum zusammen, in dem Mitarbeiterschulungen für den Umgang mit der Software und anderen pflegerrelevanten Themen durchgeführt wurden. Mit einem Mitarbeiter dieses Trainingszentrums, der auch an der Entwicklung der Software beteiligt war, wurde die Variablenliste auf Selektierbarkeit überprüft. Gleichzeitig fand eine passive Teilnahme der Antragstellerin an der Fortbildungsveranstaltung „Pflegeplanung-Dokumentation nach dem AEDL-Pflegemodell“ statt.
6. Überarbeitung der Variablenliste.
7. Prüfung des Vorhabens durch externen Gutachter des Trägers. Das Exposé mit der Beschreibung des geplanten Forschungsdesigns und der überarbeiteten Variablenliste wurde an einen externen Gutachter des Unternehmens gegeben. Dieser befürwortete die Durchführung dieser Untersuchung.
8. Beauftragung der Softwarefirma zur Selektion der in der Variablenliste beschriebenen Daten: Die Softwarefirma, die mit der Entwicklung und Pflege des Softwareprogramms beauftragt war, war auch für die Selektion der Daten zuständig. Es fand eine letzte Abstimmung mit dem zuständigen EDV-Mitarbeiter statt. Die Daten wurden in allen Einrichtungen anhand der Variablenliste selektiert.
9. Datenschutzvereinbarung und datenschutzrechtliche Prüfung.
10. Datenlieferung, Prüfung der Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität.
11. Parallel wurde die Studie der Ethikkommission der Charité- Universitätsmedizin Berlin vorgestellt. Am 03.09.2006 lag die Zustimmung der Ethikkommission zum Forschungsvorhaben vor.

7.1.6 Beschreibung des partizipierenden Trägers, der Stichprobe und des Erfassungszeitraumes

Für die Teilnahme an dieser Untersuchung konnte ein Träger²⁰ gewonnen werden, der die oben beschriebenen Voraussetzungen erfüllte. Zum Zeitpunkt der Datenselektion verfügte der Träger über fast 50 Pflegeheime mit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB IX. Die Pflegeheime waren über die gesamte Bundesrepublik Deutschland verteilt. Die Anzahl der Pflegeplätze lag insgesamt bei ca. 4000. In allen Einrichtungen wurde mit derselben Software und nach den gleichen Verfahrensregeln gearbeitet. Die Pflegesoftware wurde seit dem Jahr 2002 in allen Einrichtungen etabliert. Gleichzeitig fanden umfangreiche Schulungen der Mitarbeiter im Umgang mit der Software und zum Verständnis für das der Software zugrunde liegende Pflegekonzept statt. Zur Einschätzung des Dekubitusrisikos wurde in allen Einrichtungen mit der „Erweiterten Nortonskala nach Bienstein“ gearbeitet. Die erweiterte Nortonskala bietet den Vorteil, dass Inkontinenz als Parameter geführt wird.

Definierte Zielpopulation waren alle Bewohner aller Pflegeheime dieses Trägers, die im Zeitraum 01.01.2003 bis 1.11.2004 aufgenommen wurden. Die Datenerfassung pro Bewohner begann mit dem Tag der Aufnahme und endete sechs Monate nach Aufnahme. Der Erfassungszeitraum belief sich somit vom 01.01.2003 bis zum 30.04.2005. Aus dem so selektierten Datensatz wurden alle Bewohner berücksichtigt, die 60 Jahre und älter waren. Es musste davon ausgegangen werden, dass nicht alle Bewohner ein halbes Jahr in der Einrichtung verweilten, da einige wahrscheinlich in diesem Zeitraum verstorben oder auch wieder ausgezogen waren.

7.1.7 Beschreibung des Assessmentinstruments „erweiterte Nortonskala“

Die Nortonskala wurde 1962 entwickelt und hatte ursprünglich das Ziel, den Allgemeinzustand geriatrischer Patienten einschätzen zu können (Halek, 2004). Sie beinhaltet die Items „Körperlicher Zustand“, „Geistiger Zustand“, „Aktivität“, „Beweglichkeit“ und „Inkontinenz“. Die erweiterte Nortonskala führt darüber hinaus die Aspekte „Alter“, „Hautzustand“, „Zusatzerkrankungen“ und „Bereitschaft zur Kooperation/Motivation“ (ebd.). Die erweiterte Nortonskala wird heute in vielen Einrichtungen der Altenhilfe zur Einschätzung des Dekubitusrisikos eingesetzt. Die Validität der originalen und der erweiterten Nortonskala, bezogen auf das Dekubitusrisiko, wurde in unterschiedlichen Studien untersucht. Insgesamt kann jedoch keine allgemeingültige Aussage über die Validität der Skala getroffen werden, da die Studien nicht vergleichbar sind (Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, 2004; Halek, 2004; Halek & Mayer, 2002). Die Reliabilität der übersetzten originalen Nortonskala wurde bisher in einer Studie untersucht und als mittelmäßig bis beträchtlich

²⁰ Da der Träger in dieser Arbeit anonym behandelt werden möchte, werden keine Angaben, die eventuelle Rückschlüsse auf den Träger ermöglichen, getroffen.

eingeschätzt. Die erweiterte Nortonskala weist in den Items „Bereitschaft der Kooperation“ und „Zusatzerkrankungen“ minimale Übereinstimmungsgrade auf (Ganz, 2004).

Wie die Items der erweiterten Nortonskala in der Einrichtung definiert waren, zeigt Tabelle 5.

Tabelle 5: Auszug aus der erweiterte Nortonskala nach Bienstein (Bienstein & Schröder, 1993)

Score	Inkontinenz	Körperlicher Zustand	Aktivität	Beweglichkeit	Geistiger Zustand	Bereitschaft zur Kooperation
4	Keine	Gut	geht ohne Hilfe (völlige Unabhängigkeit)	voll	klar	voll
3	manchmal (1-2 mal pro Woche)	Leidlich	geht mit Hilfe (benötigt leichte personale Unterstützung)	kaum eingeschränkt (z.B. durch Rheuma, Arthrose)	apathisch/ teilnahmslos	wenig
2	meistens (täglich)	schlecht (z.B. Kachexie, Adipositas)	Rollstuhl	sehr eingeschränkt (z.B durch starke Schmerzen, Hüft-OP, Gips)	verwirrt	teilweise
1	Stuhl und Urin	sehr schlecht (z.B. extreme Kachexie)	bettlägerig	voll eingeschränkt	stuporös	keine

Entsprechend dieser Definition ist Harninkontinenz in dieser Arbeit als unwillkürlicher Harnverlust, der ein- bis zweimal pro Woche, täglich oder in Verbindung mit einer Stuhlinkontinenz auftrat, definiert. Kontinenz ist dadurch definiert, dass keine unwillkürlichen Harnverluste auftraten.

7.2 DATENMATERIAL, DATENAUFBEREITUNG UND VARIABLENTRANSFORMATION

7.2.1 Beschreibung der Rohdaten und ihre Aufbereitung

Die Daten wurden in zwei Excel-Dateien geliefert, von denen die eine 10 Arbeitsblätter enthielt (siehe Tabelle 6). Die andere Excel-Tabelle beinhaltete die Fachkraftquote pro Einrichtung zu sechs unterschiedlichen Stichtagen.

Tabelle 6: Übersicht über die gelieferten Rohdaten

Arbeitsblatt	Anzahl Fälle	Anzahl Variablen	davon relevant
Personendaten	3738	13	13
Nortonskala	12625	38	10
Unterbringung	5229	5	5
Pflegestufe	3498	4	4

Arbeitsblatt	Anzahl Fälle	Anzahl Variablen	davon relevant
Abwesenheiten	2243	4	4
Verwaltungseckdaten	2764	20	9
Mitarbeiter	16709	6	6
Med. Diagnosen	20158	4	4
Einrichtung Allg. II	94	4	4

Die gelieferten Daten mussten vor der Analyse zu einem Datensatz zusammengeführt werden. Als problematisch erwies sich dabei, dass die für die einzelnen Bewohner zu unterschiedlichen Zeitpunkten vorgenommenen Datenerfassungen routinemäßig in jeweils derselben Datenmaske erfolgte. Somit unterschieden sich die Variablennamen nicht nach erhobenen Zeitpunkten, und dieselbe Variable lag mehrmals für eine Person vor. Teilweise waren wichtige Bezugsvariablen wie das Aufnahmedatum nur in einer Tabelle vorhanden. Für die Bildung neuer zeitpunktbezogener Variablen musste auf die Zeitangaben in anderen Tabellen zurückgegriffen werden. Diese anspruchsvolle Umstrukturierung des Datenmaterials in einen einheitlichen und für Längsschnittbetrachtungen geeigneten Datensatz wurde per Auftrag vergeben²¹.

Die aufbereiteten Daten enthielten nun teilweise zeitpunktbezogene Variablen. Im Vorfeld wurden vier Zeitpunkte definiert:

t0 = (Aufnahmezeitpunkt) wurde aus der ersten Eintragung nach der Aufnahme gebildet, die vor dem Zeitpunkt „ein Monat nach der Aufnahme“ lag.

t1 = (zwei Monate nach Aufnahme) wurde aus der Eintragung gebildet, die am dichtesten vor dem Zeitpunkt „zwei Monate nach der Aufnahme“ lag (alle anderen Eintragungen waren zu ignorieren).

t2 = (vier Monate nach Aufnahme) wurde aus der Eintragung gebildet, die am dichtesten vor dem Zeitpunkt „vier Monate nach der Aufnahme“ lag (alle anderen Eintragungen waren zu ignorieren).

t3 = (sechs Monate nach Aufnahme) wurde aus der Eintragung gebildet, die am dichtesten vor dem Zeitpunkt „sechs Monate“ nach der Aufnahme lag (alle anderen Eintragungen waren zu ignorieren).

Für den Fall, dass zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten keine Eintragungen vorlagen, war der Zeitpunkt als Missing zu kennzeichnen.

Durch diese Datenaufbereitung wurde deutlich, dass nicht für jeden Bewohner ein vollständiger Datensatz zur Verfügung stand. Für 1002 Bewohner (28,9%) lagen gar keine Einträge in der Nortonskala vor, Da das Item der Nortonskala „Inkontinenz“ für diese Untersuchung die

²¹ Durchgeführt im Institut für medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin

abhängige Variable bilden soll, mussten folglich alle Bewohner aus der Studie ausgeschlossen werden, für die keine Eintragung im Assessmentinstrument Nortonskala vorlag. Ob durch dieses Vorgehen ein Selections-Bias entstand, wird in Kapitel 7.5 beschrieben.

Zur Bestimmung der Aufnahme- und Gesamtprävalenz wurden nur Bewohner untersucht, deren Ausscheidungssituation mindestens zu zwei Zeitpunkten oder zum Zeitpunkt t0 in der Nortonskala beschrieben vorlag. Der Datenpool betrug nach dieser Datenaufbereitung 2466 Bewohner.

Um die weiteren Zielstellungen der Arbeit („Bestimmung von Neuerkrankungen und Heilungen“, „Zusammenhangsanalysen zwischen Neuerkrankungen und ausgewählten Faktoren“ und „Zusammenhangsanalysen zwischen der wiederhergestellten Kontinenzfähigkeit und ausgewählten Faktoren“) zu erreichen, konnten nur die Fälle in die Analyse aufgenommen werden, für die zu mindestens zwei Zeitpunkten eine Einschätzung ihrer Kontinenzsituation vorlag. Dies traf für 2000 Fälle zu.

Wie häufig die Nortonskala angewendet wurde, zeigt Abbildung 4: Zum Zeitpunkt t0, also bis zu vier Wochen nach der Aufnahme, erhielten von den 2466 Bewohnern 85,9 % (2118 Bewohner) eine Einschätzung und für 14,1 % (348 Bewohner) lag keine Einschätzung vor. Zum Zeitpunkt t1 wurden nur etwa die Hälfte aller hier untersuchten Bewohner eingeschätzt (1292 Bewohner). Für t2 und t3 existierten jeweils lediglich für ca. zwei Drittel der Bewohner Angaben der Nortonskala und für ein Drittel nicht.

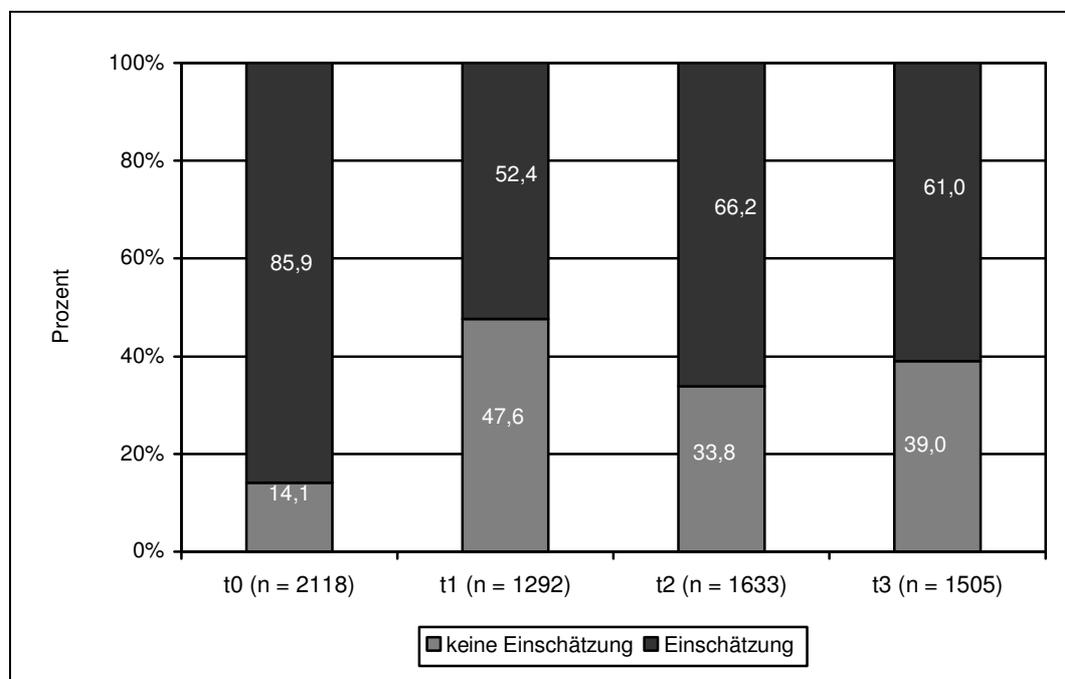


Abbildung 4: Anwendung der Nortonskala zu allen Zeitpunkten, Querschnitte

Eintragungen zu den Items der Nortonskala über alle vier Zeitpunkte lagen lediglich für 723 Bewohner vor, zu nur drei Zeitpunkten waren Eintragungen von 636 Bewohnern im Datensatz vorhanden, 641 Bewohner wurden nur zweimal in der Nortonskala eingeschätzt und für 466 Bewohner lag nur eine Einschätzung zum Zeitpunkt t0 vor.

Für eine längsschnittliche Verlaufsbeschreibung waren dieser unvollständige Datensatz und die daraus resultierenden variierenden Teildatensätze²² ungeeignet. Eine Transformation der Variablen in Gruppenvariablen, anhand derer die verschiedenen Verläufe dargestellt wurden, war unumgänglich. Wie die Transformation der Verlaufs-Variablen vorgenommen wurde, ist in Abschnitt 7.2.2 dargestellt.

Neben dieser zeitpunktbezogenen Umstrukturierung waren weitere Variablen zu transformieren, wie medizinische Diagnosen und alle Variablen, die Aussagen über die einzelnen Einrichtungen machten (z. B. Fachkraftquote, Mitarbeiter, Größe und Lokalisation des Heims).

Die Herkunft der dokumentierten medizinischen Diagnosen war nicht nachvollziehbar. Es war nicht erkennbar, ob es sich bei den dokumentierten Diagnosen um Selbstauskünfte des Bewohners, um Auskünfte der Angehörigen oder um Angaben des behandelnden Arztes handelte. Teilweise fehlte die Angabe, wann die Erkrankung diagnostiziert worden war. Die Diagnosen waren keiner einheitlichen Dokumentationslogik unterworfen. So fanden sich in den Daten

- ICD 10 Nummern (z.B. ICD - 10F20.01)
- Verdachtsdiagnosen (z.B. Verdacht auf Bradycardie)
- akute Erkrankungen (Gürtelrose)
- chronische Erkrankungen (chronische Niereninsuffizienz)
- Fachtermini (Chronisch cerebrale Ischämie)
- umgangssprachliche Bezeichnungen einer Krankheit (Schlaganfall)
- nicht nachvollziehbare Abkürzungen (z. B. CVI)
- Hilfsmittel (DK PEG)

Um den Einfluss einer Erkrankung auf die Entstehung der Harninkontinenz zu untersuchen, hätten die Erkrankungen in eine einheitliche Systematik überführt werden müssen; dieser Schritt setzt ein umfangreiches medizinisches Fachwissen voraus und erfordert eine entsprechende Bearbeitung des Datenmaterials durch eine ausgewiesene Fachperson. Aufgrund mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen wurde von dieser Überarbeitung abgesehen. Unter pragmatischen Gesichtspunkten erfolgte eine Reduktion des Datenmaterials

²² Im Grunde wurde eine Vollerhebung aller Bewohner vorgenommen, die den Einschlusskriterien entsprachen. Da man diese Erhebung aber auch als Stichprobe der Grundgesamtheit der BRD auffassen kann, wird im Folgenden der Begriff Teilstichprobe bzw. Stichprobe verwendet.

auf die Erkrankungen, deren Einfluss auf die Inkontinenzentwicklung bereits in vorherigen Studien nachgewiesen wurde. In einem ersten Schritt fand eine Bereinigung aller Doppel- und Mehrfachnennungen statt. Die so reduzierte Anzahl an Diagnosen konnte „per Hand“ den infrage kommenden Diagnosen zugewiesen werden. Die so zugewiesenen Diagnosen wurden danach von zwei weiteren, medizinisch ausgebildeten Personen validiert.

Die Mitarbeiterdatei erwies sich ebenfalls als unsystematisch strukturiert. Es war nicht nachvollziehbar, für welche Tätigkeiten (Administration, Hauswirtschaft oder Pflege) die einzelnen Mitarbeiter zuständig waren. Teilweise fehlten eindeutige Berufsangaben oder die Angaben zur Fachkraft bzw. Hilfskraft. Die Aufbereitung dieser Datei erfolgte nach einem ähnlichen Vorgehen, wie es bei den medizinischen Diagnosen angewendet wurde. Zunächst fand eine Reduktion um alle Doppel- und Mehrfachnennungen statt. Danach wurden Berufskategorien gebildet und die einzelnen Berufsangaben der Datei diesen Kategorien zugeordnet.

7.2.2 Bildung kategorialer Variablen und Typologiebildung von Verläufen

Für die Bildung kategorialer Variablen wurden abhängig vom Skalenniveau der Variablen unterschiedliche Methoden angewendet:

Intervallskalierte Variablen wurden in Gruppenvariablen umcodiert. Dies traf auf die Variable Alter, Sterbedatum, Einrichtungsgröße, Abwesenheit in Tagen, Behinderung, Fachkraftquote, Betreuungsschlüssel und Fachkraftschlüssel zu. Die Definition der einzelnen Gruppen erfolgte durch Häufigkeitsanalysen und die Bildung gleichgroßer Gruppen.

Bei nominal- oder ordinalskalierten Variablen wurden Umcodierungen vorgenommen, wenn einzelne Ausprägungen nur bei wenigen Fällen auftraten. So wurden in der Variable „Pflegestufe“ die Ausprägung „Stufe 0“ mit „Stufe I“ und „Härtefälle“ mit der Ausprägung „Stufe III“ zusammengefasst. Bei der Variablen „Zugangsweg“ bot es sich an, Angaben wie „über Hausarzt“, „über Pflegedienst“, „über Pflegekasse“ in einer Gruppe „Akteure des Gesundheitswesens“ zusammenzufassen.

Die Darstellung von Verläufen konnte immer dann vorgenommen werden, wenn für einen Fall zu mindestens zwei der definierten Zeitpunkte (t_0 , t_1 , t_2 , oder t_3) Angaben vorlagen. Inhaltlich war von Interesse, ob bestimmte Ereignisse im Laufe des Aufenthaltes (z.B. Neuerkrankung und Heilung von Harninkontinenz) auftraten und ob sich ein bestimmter (körperlicher und geistiger) Zustand oder eine Fähigkeit (z. B. Gehfähigkeit) verbesserte oder verschlechterte. Diese individuellen Verläufe wurden für die weitere Auswertung der Daten in verschiedene Typologien zusammengefasst: „Verlaufsformen der Harninkontinenz²³“, „Körperliche Zustand im Verlauf“, „Aktivität im Verlauf“, „Bewegung im Verlauf“, „geistiger Zustand im Verlauf“ und

²³ Diese Typologie wurde in Anlehnung an Ouslander et al. (1993) entwickelt.

„Kooperation im Verlauf“. Für die Bildung dieser Typologien spielten die Angaben der Nortonskala eine wichtige Rolle.

Verlaufsformen der Harninkontinenz

Die vier möglichen Ausprägung der Variable „Inkontinenz“ der Nortonskala wurde in eine binäre Variable umcodiert (4 = 0 [kontinent] und 3, 2 und 1 = 1 [inkontinent]). Fehlende Werte wurden mit der Ziffer „9“ codiert. Für die Bildung der Verlaufsvariablen wurden die jeweiligen Eintragungen zu t0, t1, t2 und t3 in eine neue Variable transformiert. Die so entstandenen Kombinationsvarianten wurden im einzelnen von der Autorin betrachtet und als dauerhaft kontinent, geheilt²⁴, neuerkrankt oder dauerhaft inkontinent bewertet. Im Anschluss fand eine Validierung dieser Zuordnung durch zwei weitere Personen statt.

- Kontinent: Zu allen (mindestens zwei) dokumentierten Einstufungszeitpunkten lag der Wert 0 [kontinent] bzw 9 [keine Angabe] vor (z.B. 0000, 0090, 9000, 9900, 0009, 0909, 9090²⁵)
- Geheilt: Der/die erste(n) dokumentierte(n) Einstufungszeitpunkt(e) war(en) 1 [inkontinent]; spätere (mindestens ein weiterer) wiesen die Ausprägung 0 [kontinent] auf (z.B. 1900, 9100, 1109, 1009, 1090, 9910, 1110, 1100)
- Neu erkrankt: Der/die erste(n) dokumentierte(n) Einstufungszeitpunkt(e) war(en) 0; spätere (mindestens ein weiterer) wiesen die Ausprägung 1 auf (z.B. 0001, 0011, 0111, 0901, 0911, 9011, 9001, 0991)
- Inkontinent: Zu allen dokumentierten Einstufungszeitpunkten (mindestens zwei) lag der Wert 1 bzw. 9 vor (z.B. 1111, 1119, 1199, 1919, 9911, 9191 etc.).
- Inkonsistente Verläufe: Von den 2000 Fällen war lediglich bei 2,4 % ein inkonsistenter Verlauf erkennbar. Um die Bildung von zu kleinen Teilstichproben zu vermeiden, wurden die inkonsistenten Fälle wie folgt den vier Verlaufsformen zugeteilt: Wenn drei von vier Angaben bzw. zwei von drei Angaben identisch waren, wurde dies als Tendenz bewertet (z.B. 1011 = inkontinent; 1901 = inkontinent). Wenn zwei von vier Angaben identisch waren, so wurde die erste und die letzte Angabe bewertet (z.B. 1010 = geheilt).

Körperlicher Zustand im Verlauf

²⁴ Inkontinenz ist in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) als Stressinkontinenz (N39.3), Überlaufinkontinenz (N39.41), Dranginkontinenz (N39.42), Extraurethrale Harninkontinenz (N39.43) oder Sonstige, näher bezeichnete Harninkontinenz (N39.48) aufgeführt (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2007). Es erscheint der Verfasserin deshalb gerechtfertigt, die Entstehung einer Inkontinenz als Neuerkrankung und das Verschwinden der Symptome als Heilung zu bezeichnen.

²⁵ Auf eine Darstellung aller möglichen Kombinationsvarianten wird an dieser Stelle verzichtet.

Um eine VerlaufsvARIABLE zu erstellen, die eine Aussage über die körperliche Konstitution der Bewohner im ersten halben Jahr trifft, wurde die Variable Körperlicher Zustand im Verlauf mit den Ausprägungen „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“ gebildet. Für die Bildung dieser VerlaufsvARIABLEN wurden die jeweiligen Eintragungen der Variable „Körperliche Zustand“ zu t0, t1, t2 und t3 in eine neue Variable transformiert. Fehlende Werte wurden mit der Ziffer „9“ codiert. Die so entstandenen Kombinationsvarianten wurden im einzelnen von der Autorin betrachtet und bewertet.

Verbessert: Der erste Eintrag wies einen niedrigeren Wert auf, als die Eintragungen zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. 3334, 2334, 1112, 1223, 3934, 3994, etc.)

Unverändert: Den Eintragungen war keine eindeutige Tendenz zu entnehmen (z. B. 3393, 2929, 9119, 3333, 2332, 3433)

Verschlechtert: Der erste Eintrag wies einen höheren Wert auf, als die Eintragungen zu einem späteren Zeitpunkt (z. B. 9433, 3921, 4432, etc.)

Waren Schwankungen in einzelnen Bereichen erkennbar, die eine eindeutige Zuordnung nicht zuließen, wurden entweder erkennbare Trends bewertet, oder es fand eine Zuordnung in die Kategorie „unverändert“ statt.

Nach diesem Prinzip wurden auch die VerlaufsvARIABLEN „Aktivität im Verlauf“, „Beweglichkeit im Verlauf“, „Geistiger Zustand im Verlauf“ und „Kooperation im Verlauf“ gebildet.

7.3 DATENAUSWERTUNG

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden uni-, bi- und multivariate Auswertungsmethoden angewandt, die sich nach den Skalenniveaus der Variablen richteten. Bei der univariaten Analyse lag der Fokus einerseits auf der Beschreibung der Stichprobe. Andererseits wurden die Prävalenz, Inzidenz und Remission der Harninkontinenz bestimmt.

Bei Variablen, die nominale oder ordinale Skalierungen aufwiesen, erfolgte eine Betrachtung der absoluten Häufigkeitsverteilung in Prozentwerten der einzelnen Kategorien (Bortz, 1999). Intervallskalierte Variablen konnten darüber hinaus nach weiteren statistischen Kennwerten wie den Maßen der zentralen Tendenz und den Dispersionsmaßen beschrieben werden (ebd.).

Mit der bivariaten Analyse zweier Variablen durch eine Kreuztabelle wurde das Ziel verfolgt, mögliche Merkmale zu identifizieren, die in ihrer Verteilung zu einer abhängigen Variablen – also die Verlaufsformen der Harninkontinenz – statistisch signifikante Unterschiede aufweisen. Für diese bivariate Analyse mussten Verfahren für nicht parametrische Tests angewendet werden, da fast alle Variablen nominal- bzw. ordinalskaliert waren (Bortz & Lienert, 2003). Intervallskalen wurden ebenfalls in kategoriale Variablen (s.o.) umgerechnet (LoBiondo-Wood &

Haber, 1996). Dabei wurde auf die generelle Regel Bezug genommen, „dass Daten von einem höheren Skalenniveau auf ein niedrigeres transformiert werden können, aber niemals umgekehrt“ (Bortz & Lienert, 2003)(S. 29). Da mit 2644 Bewohnern eine große Stichprobe vorlag und die abhängige Variable vier Kategorien beinhaltet, wurde für die Signifikanzprüfung der Unterschiede zwischen beobachteten und erwarteten Häufigkeiten der Mehrfelder Chi-Quadrat-Test benutzt (Bortz & Lienert, 2003). Das Signifikanzniveau, mit dem die Nullhypothese abzulehnen war, wurde auf $p = <0,05$ festgelegt. Für die Interpretation der Kreuztabellen wurden die standardisierten Residuen zugrunde gelegt und ein signifikanter Unterschied angenommen, wenn die standardisierten Residuen ≤ -2 bzw. ≥ 2 waren (Bühl & Zöfel, 2005).

Mit einer multivariaten Analyse soll der gemeinsame Einfluss mehrerer Variablen auf die Zielvariable „Verlaufsformen der Harninkontinenz“ untersucht werden. Hierfür sind multivariate Regressionsmodelle geeignet, da ihre Bedeutung genau in diesem Zweck liegt (Bender et al., 2002). Mithilfe der logistischen Regression kann die Wahrscheinlichkeit bestimmt werden, mit der ein bestimmtes Ereignis bei Auftreten eines bzw. mehrerer Risikofaktoren zu erwarten ist (Backhaus et al., 2006). Die logistische Regression kann als Auswertungsverfahren benutzt werden, wenn die Zielvariable ein binäres Messniveau besitzt (z.B. Krankheit ja/nein). Im Falle dieser Untersuchung lautete die Zielvariable für die Benennung der Risikofaktoren Kontinent/Neuerkrankt und für die Analyse der Schutzfaktoren Inkontinent/Geheilt und wies ein binäres Skalenniveau auf. Logistische Regressionsrechnungen sind sowohl für prospektive als auch für retrospektive Studien geeignet (Bender et al., 2002).

Die Anforderungen, die diese Methode an das Datenmaterial stellt, wurden erfüllt. So war die Fallzahl für eine Ausprägung der abhängigen Variablen nicht kleiner als 25 (Backhaus et al., 2006).

Bei der Durchführung der logistischen Regression wurde sich nach der empfohlenen Vorgehensweise von Backhaus et al. (2006) gerichtet. Zunächst fand eine Modellformulierung statt. Dabei wurden sachlogische Überlegungen angestellt, welche Einflussgrößen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit der abhängigen Modellvariablen zu bestimmen sind. Hierfür wurden die Ergebnisse der bivariaten Analyse zugrunde gelegt. Im Anschluss erfolgte die Schätzung der logistischen Regressionsfunktion. Einerseits wurden die Regressionskoeffizienten interpretiert, andererseits fand eine Interpretation des Gesamtmodells statt.

Für die statistische Auswertung wurde das Programm SPSS 13 benutzt.

7.4 REPRÄSENTATIVITÄT DER STICHPROBE – DATENVERGLEICH MIT AMTLICHER STATISTIK

Seit 1999 werden durch die statistischen Ämter des Bundes und der Länder im Abstand von zwei Jahren Erhebungen für die Pflegestatistik durchgeführt. Dabei werden Angaben sowohl über Anbieter als auch Empfänger pflegerischer Leistungen gesammelt. Neben einer stichtagsbezogenen Befragung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen werden über die Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbands der privaten Krankenversicherung auch Informationen über die Empfänger von Pflegegeldleistungen geliefert (Statistisches Bundesamt, 2005). Somit liegen Durchschnittswerte aller Pflegeheime und Pflegeheimbewohner vor, die einen Repräsentativitätsvergleich mit der Bruttostichprobe (N = 3648) zulassen²⁶. Für diesen Vergleich wurde die Pflegestatistik aus dem Jahr 2003 verwendet, da die vorliegenden Daten zum Großteil aus diesem Jahr stammen und der Erhebungstichtag der Pflegestatistik 2005 nicht mehr im Untersuchungszeitraum lag. Zum Erhebungstichtag der Pflegestatistik des Jahres 2003 wurden im Bereich der vollstationären Pflege 640.289 Bewohner in Deutschland versorgt. Als Vergleichsparameter dienten Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Heimgröße sowie die Unterbringung der Bewohner.

7.4.1 Alter und Geschlecht

Die Altersspanne der zu untersuchenden Bewohner lag bei 85 Jahren; der jüngste Bewohner war 18 Jahre alt, der älteste 103 Jahre. Das Durchschnittsalter betrug 80 Jahre. Die meisten Bewohner waren 83 Jahre alt. Die Standardabweichung lag bei 10,6 Jahren.

Differenzierte Angaben zu Altersspanne, Durchschnittsalter, Modalwert und Standardabweichung macht die Pflegestatistik nicht. Es werden jedoch insgesamt 10 Altersgruppen mit Häufigkeitsangaben in absoluten Werten dargestellt. Für den Vergleich wurden die relativen Häufigkeiten berechnet.

Der Vergleich der Stichprobe mit den Daten des Statistischen Bundesamtes zeigte, dass die Bewohner der in dieser Studie untersuchten Heime eine eher junge Altersstruktur aufwiesen. Der Anteil der eher jungen Bewohner (60-74 Jahre) lag in der Pflegestatistik bei ca. 15 % und war in der hier untersuchten Stichprobe mit 18 % überrepräsentiert. Die Gruppe der 76-90-Jährigen wies in der Pflegestatistik einen Anteil von ca. 55 % aus. Sie waren in den vorliegenden Daten mit 63 % ebenfalls überrepräsentiert. Die hochaltrigen (90 Jahre und älter) Bewohner nahmen in der Pflegestatistik einen Anteil von 25 % (Statistisches Bundesamt, 2005) ein und waren in der untersuchten Stichprobe mit einem Anteil von ca. 18 % unterrepräsentiert (siehe Abbildung 5).

²⁶ Der Repräsentativvergleich wurde mit der nicht altersbereinigten Bruttostichprobe vorgenommen.

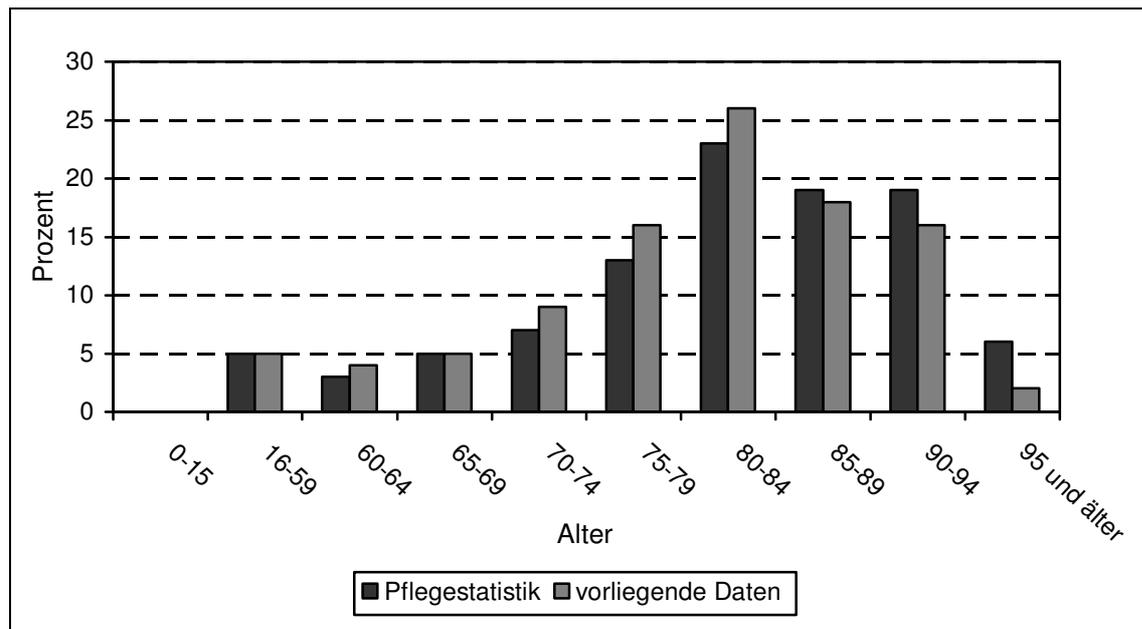


Abbildung 5: Altersstruktur der Bewohner (N = 3648) im Vergleich mit Pflegestatistik des Jahres 2003

In der gesamtdeutschen Heimpopulation war der Frauenanteil seit 1999 stabil und betrug 79 % (Statistisches Bundesamt, 2001; Statistisches Bundesamt, 2003; Statistisches Bundesamt, 2005). Eine Differenzierung der hier untersuchten Klientel nach Geschlecht zeigte einen Anteil weiblicher Bewohner von 67,6 % und männlicher von 32,4 %, d.h., in der Stichprobe waren die männlichen Bewohner überrepräsentiert. In Abbildung 6 wird die Differenz zwischen den beiden Datensätzen veranschaulicht.

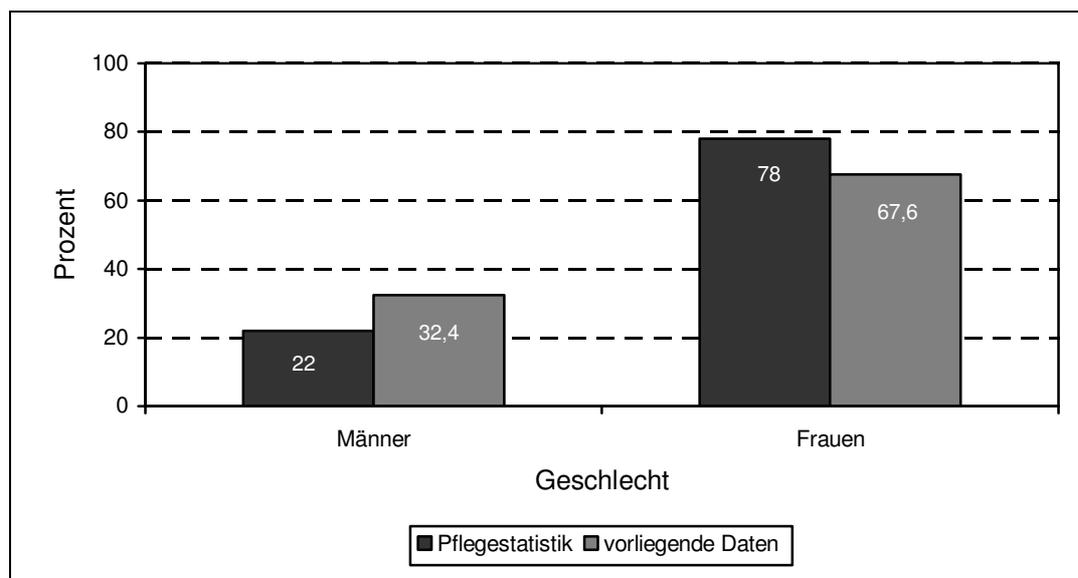


Abbildung 6: Geschlechtervergleich (N = 3648) mit Pflegestatistik des Jahres 2003

7.4.2 Pflegestufe

Die meisten Bewohner (46 %) der vorliegenden Studie wiesen zum Aufnahmezeitpunkt die Pflegestufe I auf. Zusammen mit der Anzahl der Bewohner, die bisher keiner Pflegestufe zugeordnet wurden, hatte die Hälfte der Bewohner keinen bzw. einen erheblichen Pflegebedarf (Pflegestufe I). Die anderen 50 % der Bewohner waren schwer (Pflegestufe II) bzw. schwerstpflegebedürftig (Pflegestufe III).

Im Vergleich zu der in der Pflegestatistik 2003 dokumentierten gesamtBundesdeutschen Heimpopulation haben die Untersuchungspersonen dieser Stichprobe einen eher geringen Pflegebedarf (siehe Abbildung 7). Am deutlichsten sind die Unterschiede in den Pflegestufen 1 und 3 erkennbar. Während in der untersuchten Stichprobe die Gruppe der Bewohner mit erheblichem Pflegebedarf um 12 Prozentpunkte über dem amtlichen Wert liegt, ist der Anteil der Schwerstpflegebedürftigen entsprechend geringer.

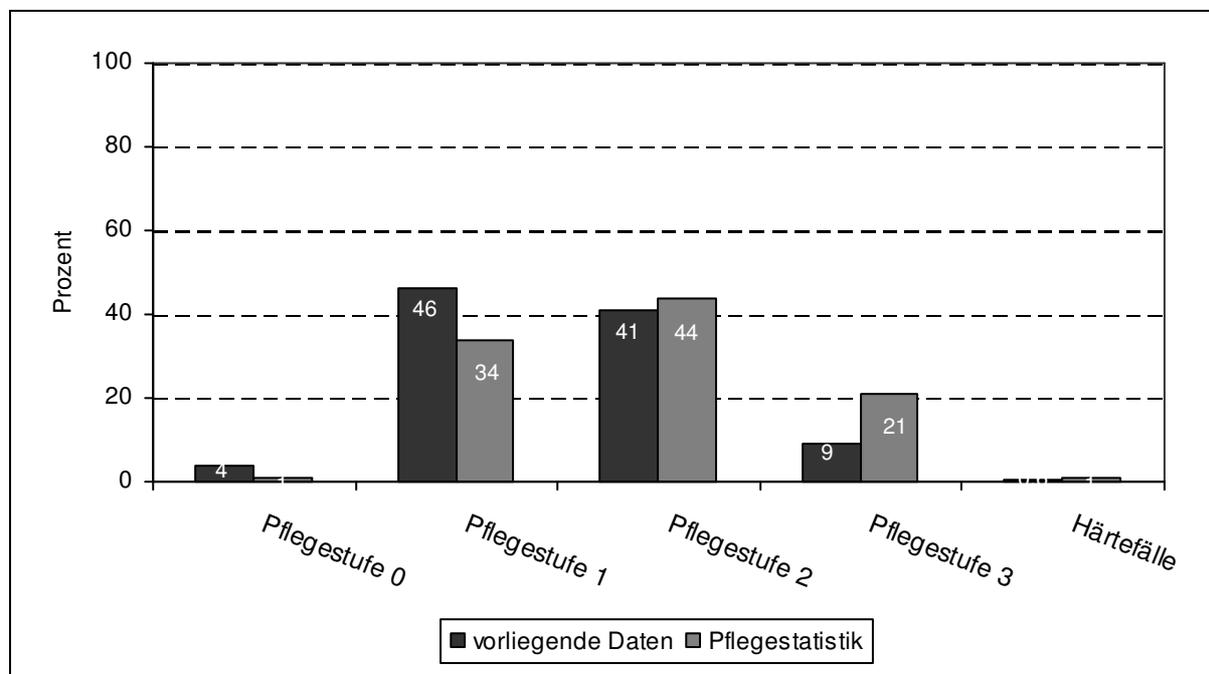


Abbildung 7: Pflegestufen der Bewohner (N = 3648) im Vergleich mit Pflegestatistik des Jahres 2003

7.4.3 Heimgröße und Unterbringung

Die Größe eines Heimes zeigt sich in der Anzahl der Pflegeplätze, die ein Pflegeheim im Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen festgelegt hat. Die hier untersuchten Heime variierten in der Anzahl der verfügbaren Pflegeplätze erheblich. So bot das kleinste Heim 22 Bewohnern einen Pflegeplatz, das größte Heim konnte 334 pflegebedürftige Menschen versorgen. Die durchschnittliche Pflegeplatzzahl der hier untersuchten Heime lag bei 119 Pflegeplätzen und war damit deutlich höher als die durchschnittliche Bettenzahl in der Pflegestatistik, die bei 66 Betten pro Einrichtung lag.

In den untersuchten Einrichtungen war der Anteil von Einzel- (46 %) und Doppelzimmern (47 %) fast gleich. Nur 17 Bewohner waren in einem Mehrbettzimmer untergebracht. Die hier untersuchten Pflegeheime wiesen demnach die Zimmerkategorieverteilung des Erhebungsjahres 2001 auf. Im Vergleich mit der neuesten Statistik von 2003 waren die untersuchten Heime hinsichtlich des Angebots von Einzelzimmern schlechter als der deutsche Durchschnitt ausgestattet.

Der Vergleich machte Unterschiede zwischen dem hier untersuchten Klientel und den Durchschnittswerten aller deutschen Pflegeheimbewohner erkennbar, die in den einzelnen Parametern unterschiedlich deutlich waren: In Hinblick auf das Alter wies die untersuchte Stichprobe eine eher jüngere Altersstruktur auf. Der Männeranteil in den untersuchten Heimen war größer. In Bezug auf die Pflegebedürftigkeit war der Pflegebedarf in der vorliegenden Untersuchungsgruppe insgesamt geringer als in der allgemeinen Heimpopulation. Somit kann eine Übertragung der Ergebnisse auf die deutschen Pflegeheimbewohner nur eingeschränkt und unter Berücksichtigung dieser Differenzen vorgenommen werden.

Da in dieser Arbeit Harninkontinenz bei alten multimorbiden Menschen betrachtet wird, erfolgte eine Bereinigung der Stichprobe um alle Bewohner, die jünger als 60 Jahre waren. Somit mussten 180 Fälle aus der Datei gelöscht werden. Die bereinigte Bruttostichprobe umfasste damit 3.468 Bewohner.

7.5 VERGLEICH RESPONDER²⁷ UND NONRESPONDER

Im Datensatz der erweiterten Nortonskala ist die abhängige Variable dieser Untersuchung „Kontinenz bzw. Inkontinenz“ enthalten. Bei der erweiterten Nortonskala handelt es sich um ein Assessmentinstrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos. Durch eine Verfahrensweisung des Trägers wurde eine Einschätzung des Bewohners zum Aufnahmezeitpunkt und – bei vorliegendem Risiko – in vierwöchigen Abständen vorgeschrieben. Lag zum Aufnahmezeitpunkt kein Dekubitusrisiko vor, so war eine erneute Einschätzung nach 3 Monaten vorgesehen.

Insgesamt erhielten 2466 (71,1 %) Bewohner eine Bewertung ihres Dekubitusrisikos mit der erweiterten Nortonskala; bei 1002 Bewohnern (28,9 %) wurde das Dekubitusrisiko in den ersten sechs Monaten nicht in der elektronischen Patientendokumentation beschrieben. Somit liegt auch keine Angabe über die Kontinenzsituation dieser Bewohner vor.

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob durch einen Ausschluss der Bewohner ohne Nortoneinschätzung ein Selektions-Bias die Ergebnisse dieser Untersuchung beeinflussen

²⁷ Unter Responder wird hier nicht wie z. B. in der Psychologie „die Antwort oder Reaktion auf eine Intervention“ (Wenninger, 2006) verstanden, sondern das Vorhandensein von Angaben zur Nortonskala.

könnte. Anhand der Parameter Geschlecht, Alter, Pflegestufe und Einrichtung werden etwaige Unterschiede der Bewohner mit und ohne Nortoneinschätzung untersucht.

Eine Geschlechterdifferenzierung zeigte (siehe Abbildung 8), dass sowohl in der Gruppe der Bewohner mit Einschätzung als auch ohne der Männeranteil jeweils bei 30 % lag. Der Frauenanteil lag in beiden Gruppen bei 70 %. In Hinblick auf die Geschlechterverteilung ist kein bedeutsamer Unterschied feststellbar.

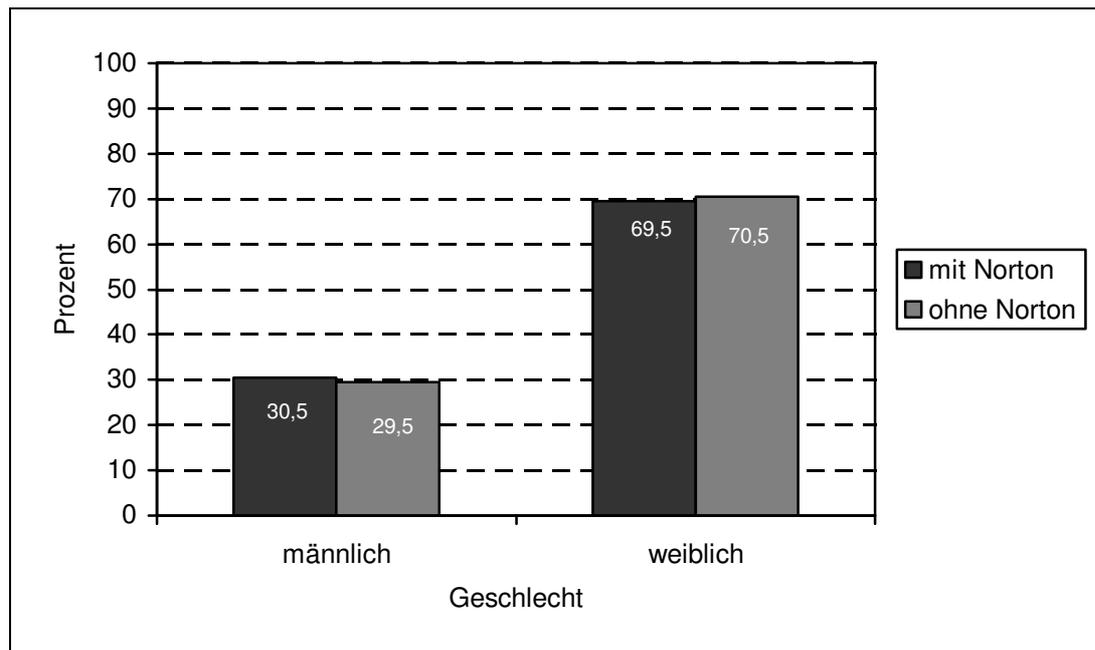


Abbildung 8: Geschlechtervergleich mit und ohne Nortoneinschätzung (N = 3468)

Bezogen auf die in der Stichprobe verdeutlichte Altersstruktur zeigten sich ebenfalls keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Bewohnergruppen „mit Nortoneinschätzung“ und „ohne Nortoneinschätzung“. Wie Abbildung 9 zeigt, lag in beiden Gruppen der Anteil der 75-89-jährigen Bewohner jeweils bei 63 %. Die Verteilung der jungen Alten (60-74 Jahre) wich nur geringfügig voneinander ab und war in der Bewohnergruppe mit Nortoneinschätzung bei 19 % und in der Gruppe ohne Nortoneinschätzung bei 17 %. Der Anteil der Hochaltrigen unterschied sich in beiden Gruppen mit 18 % bzw. 20 % ebenfalls nicht signifikant voneinander.

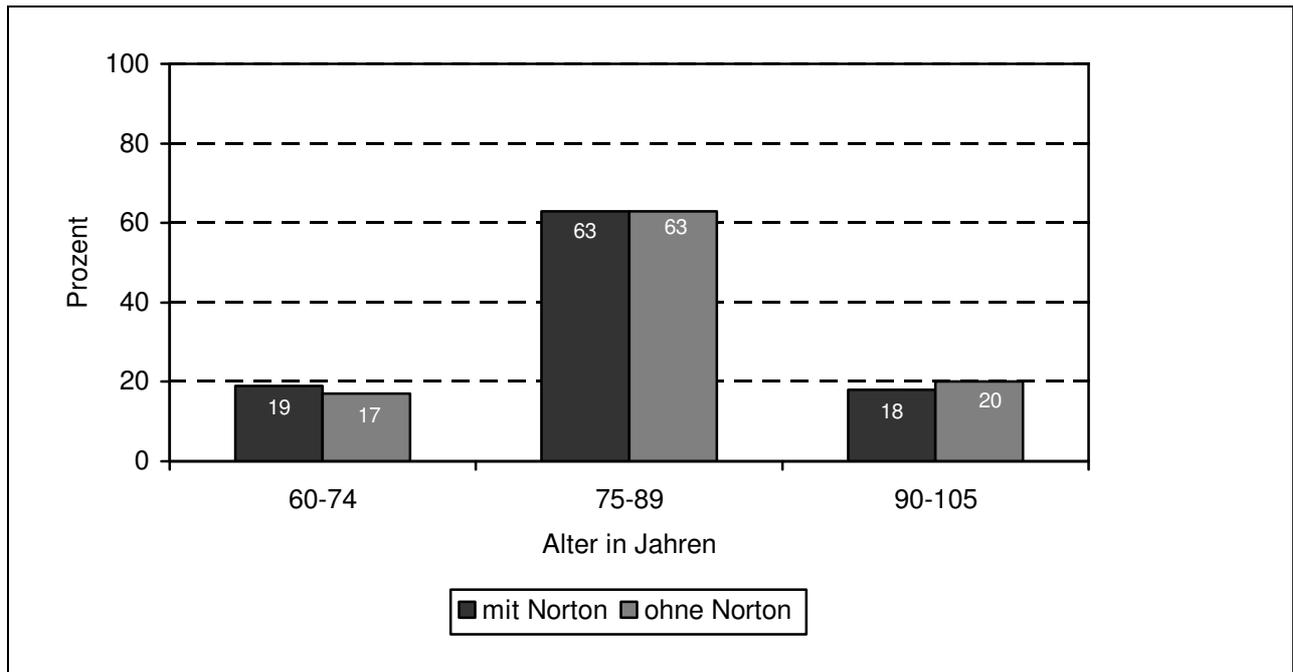


Abbildung 9: Vergleich der Altersgruppen mit und ohne Nortoneinschätzung (N = 3468)

Beim Vergleich der Pflegestufe – als wesentlichem Gesundheitsindikator – zeigten sich signifikante Unterschiede ($p=0,001$; $\chi^2=17,935$) zwischen den Bewohnergruppen mit einer Einschätzung und ohne eine solche. 43 % der Bewohnergruppe mit einer Einschätzung wiesen die Pflegestufe II auf, und nur 37 % der Bewohner ohne Nortoneinschätzung waren schwerpflegebedürftig. Damit waren die Bewohner mit Pflegestufe II ohne Nortoneinschätzung unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -1,9). Auch in dem Merkmal der Pflegestufe I gab es einen bemerkbaren Unterschied. Hier ist der Anteil der Bewohner ohne eine Nortoneinschätzung um 5 Prozentpunkte größer, während es bei Bewohnern ohne Pflegestufe und mit höchster Pflegestufe keine nennenswerten Unterschiede gab. Es zeigte sich also insbesondere eine Verschiebung zwischen erster und zweiter Pflegestufe, wobei die Bewohnergruppe mit Nortoneinschätzung einen insgesamt höheren Pflegebedarf als die Bewohnergruppe ohne Nortoneinschätzung aufwies. Diese Differenzen sind in der Abbildung 10 grafisch dargestellt.

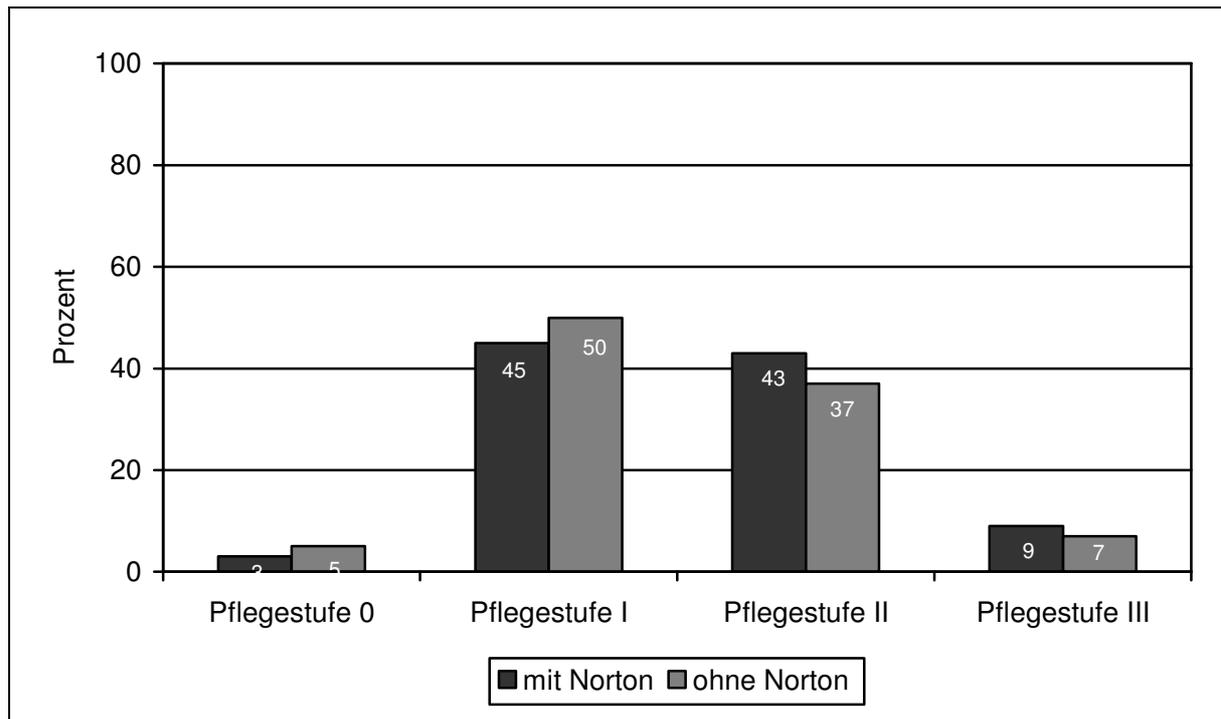


Abbildung 10: Vergleich der Pflegestufen mit und ohne Nortoneinschätzung (N = 3468)

In zwölf Einrichtungen wurden weniger als 60 % der Bewohner bezüglich ihres Dekubitusrisikos eingeschätzt. In 5 Einrichtungen lag der Anteil der Bewohner mit einer Nortoneinschätzung sogar unter 40 %. Der niedrigste Wert lag bei 18,6 %, der höchste bei 96,4 %. Diese starken Schwankungen lassen die Vermutung zu, dass die Kontinuität bei der Führung der Pflegedokumentation in den Einrichtungen sehr unterschiedlich war. Zur Überprüfung, ob die Einschätzung eines Bewohners aufgrund von Versäumnissen nicht vorgenommen wurde oder von definierten Kriterien abhängig ist, wurde mit sechs Pflegedienstleitungen der Einrichtungen Kontakt aufgenommen. Es wurde mit den Einrichtungsleitern der Heime, die weniger als 40 % ihrer Bewohner einschätzten, und mit einigen Pflegedienstleitungen der Einrichtungen, die ein sehr gutes Dokumentationsverhalten (über 90 % der Bewohner erhielten eine Einschätzung) aufwiesen, gesprochen. Dabei stellte sich heraus, dass die Verfahrensanweisung des Trägers in allen Einrichtungen bekannt war. Auf die Frage, aus welchen Gründen ein Bewohner während der ersten sechs Monate seines Heimaufenthalts keine Nortoneinschätzung erhalten haben könnte, wurde dies durchgängig mit einem Fehlverhalten der Pflegenden begründet.

Zusammenfassend konnte festgestellt werden: Beim Vergleich der Responder- mit der Non-responder-Gruppe wiesen die Parameter Alter und Geschlecht keine Unterschiede auf. Jedoch war ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung in den Pflegestufen erkennbar. Bewohner mit einer Nortoneinschätzung waren um 6 Prozentpunkte häufiger schwerpflegebedürftig. Bewohner ohne Nortoneinschätzung waren um 5 Prozentpunkte häufiger mit einem erheblichen Pflegebedarf eingestuft. Dieser Umstand konnte in einer Befragung der Pflegedienstleitungen auf ein fehlerhaftes Dokumentationsverhalten der

Pflegenden zurückgeführt werden. Die Interpretation der Ergebnisse muss vor diesem Hintergrund erfolgen.

8 Ergebnisse

Die folgende Ergebnisdarstellung dient dem Ziel, die Gruppe der Heimbewohner differenziert zum Aufnahmezeitpunkt und innerhalb des ersten halben Jahres nach der Aufnahme in ein Pflegeheim abzubilden und zu analysieren. Der Schwerpunkt richtet sich dabei auf die Kontinenzsituation der neu eingezogenen Bewohner, auf die Häufigkeit des Auftretens dieses Symptoms sowie auf Verläufe und Faktoren, die eine Harninkontinenz begünstigen können.

8.1. BESCHREIBUNG DER EINRICHTUNGEN

Die hier untersuchten Einrichtungen lagen alle unter einer gemeinsamen privaten Trägerschaft. Das Unternehmen existiert seit über 20 Jahren und hat sich im Laufe dieser Zeit kontinuierlich vergrößert. Alle vollstationären Pflegeeinrichtungen verfügten über einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI und mussten somit gesetzliche Vorgaben und Mindestqualitätsanforderungen, die durch Heimgesetz und Pflegeversicherungsgesetz vorgeschrieben sind, erfüllen. In allen Heimen wurde ein internes Qualitätsmanagement umgesetzt, welches durch ein übergeordnetes zentrales Qualitätsmanagementsystem gesteuert wurde. Im Folgenden werden die Einrichtungen unter Berücksichtigung der Aspekte „Größe“, „Lokalisation der Heime“ sowie „Mitarbeiter“ beschrieben.

Da einige Einrichtungen erst im Auswertungszeitraum in Betrieb genommen wurden, waren die stichtagsbezogenen Auswertungen nicht immer vollständig, was sich in einer variierenden Stichprobengröße bemerkbar machte.

8.1.1 Größe und Lokalisation der Heime

Insgesamt konnten die Daten aus 47 Pflegeheimen eines Trägers betrachtet werden. Die Pflegeheime des Trägers waren überregional verortet. Bis auf Hessen und Saarland war in jedem Bundesland der Bundesrepublik Deutschland mindestens ein Pflegeheim lokalisiert. Jedoch zeigte sich in einem Vergleich zwischen alten und neuen Bundesländern, dass deutlich mehr Heime in den neuen Bundesländern (31 Heime) als in den alten Ländern der Bundesrepublik (16 Heime) lagen. Insgesamt verfügte der Träger über 5624 Pflegeplätze in Deutschland. Davon lagen 1856 (33 %) in den alten und 3768 (67 %) in den neuen Bundesländern. Die durchschnittliche Bettenzahl betrug 119,6 Betten pro Einrichtung. Das kleinste Heim des Trägers konnte 22 Bewohner versorgen, das größte Heim 334 Bewohner. Der Vergleich der durchschnittlichen Bettenzahl in den alten und neuen Bundesländern zeigte keinen nennenswerten Unterschied (116 zu 117,75 Betten pro Einrichtung).

8.1.2 Mitarbeiter

Im § 5 Abs. 2 HeimPersV (Heimpersonalverordnung vom 22.06.1998) ist die Fachkraftquote geregelt und beschreibt den erforderlichen Anteil der Pflegefachkräfte in betreuenden Tätigkeiten. Für die vorliegende Untersuchung stellte der Träger der Einrichtung die aus der internen Statistik stammende Fachkraftquote zur Verfügung.

Im Durchschnitt lag die Fachkraftquote bei 49,8 %, der Median war bei 51 %, und der häufigste Wert lag ebenfalls bei 51 %. Die niedrigste Fachkraftquote lag bei 38 %, die höchste bei 64 %.

Durch die Aufbereitung der Mitarbeiterdatei (siehe Abschnitt 7.2.2) konnten darüber hinaus Aussagen über den Betreuungsschlüssel und den Pflegefachkraftschlüssel getroffen werden. Der Betreuungsschlüssel berechnet das Verhältnis zwischen den im Heim beschäftigten Personen zu der Anzahl der Pflegeplätze. Berechnete man alle im Heim beschäftigten Personen, so lag der Betreuungsschlüssel im Durchschnitt bei 4,7 Pflegeplätzen pro Mitarbeiter. Der Pflegefachkraftschlüssel (Anzahl der vollen Pflegefachkraft-Stellen/Bewohner) lag im Durchschnitt bei 7,9 Pflegeplätzen.

8.2 BESCHREIBUNG DER HEIMPOPULATION

Zunächst erfolgte eine Beschreibung der Bewohner anhand demographischer Daten wie Alter und Geschlecht. Im Anschluss wurden die medizinischen Diagnosen, die Pflegestufe, die Sterberate sowie körperliche und geistige Fähigkeiten der Bewohner dargestellt. Darüber hinaus erfolgte eine Betrachtung der Bewohner nach ihrem Zugangsweg ins Pflegeheim, nach der Unterbringung im Heim und nach etwaigen Abwesenheitszeiten während des ersten halben Jahres Heimaufenthalt.

8.2.1 Alter und Geschlecht der Bewohner

Für alle 2466 Bewohner lagen Angaben über ihr Geschlecht und ihr Lebensalter vor. Fast Dreiviertel der Bewohner waren weiblich (69,5 %), ein Drittel war männlichen Geschlechts (30,5 %).

Das Durchschnittsalter der Bewohner betrug 81,4 Jahre, der Median lag bei 82,0 Jahren und der Modalwert bei 83 Jahren. Da die Stichprobe um alle Bewohner bereinigt wurde, die jünger als 60 Jahre waren, lag die Altersspanne insgesamt bei 43 Jahren. (Der jüngste hier untersuchte Bewohner war 60 Jahre alt, der älteste Bewohner 103 Jahre.) Die Standardabweichung betrug 8,1 Jahre. Eine Normalverteilung der Altersvariable – getestet mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest – lag nicht vor.

Bei einer Differenzierung der Bewohner in 5 Jahresgruppen (vgl. Abbildung 11) stellte sich die Altersverteilung wie folgt dar: Die Bewohnergruppe der 60-69-Jährigen nahm einen Anteil von

9,4 % ein. Somit waren mehr als 90 % der Bewohner 70 Jahre und älter. Die Gruppe der 80- bis 84-Jährigen war mit knapp 27 % am größten. 17,8 % der Bewohner waren 90 Jahre und älter.

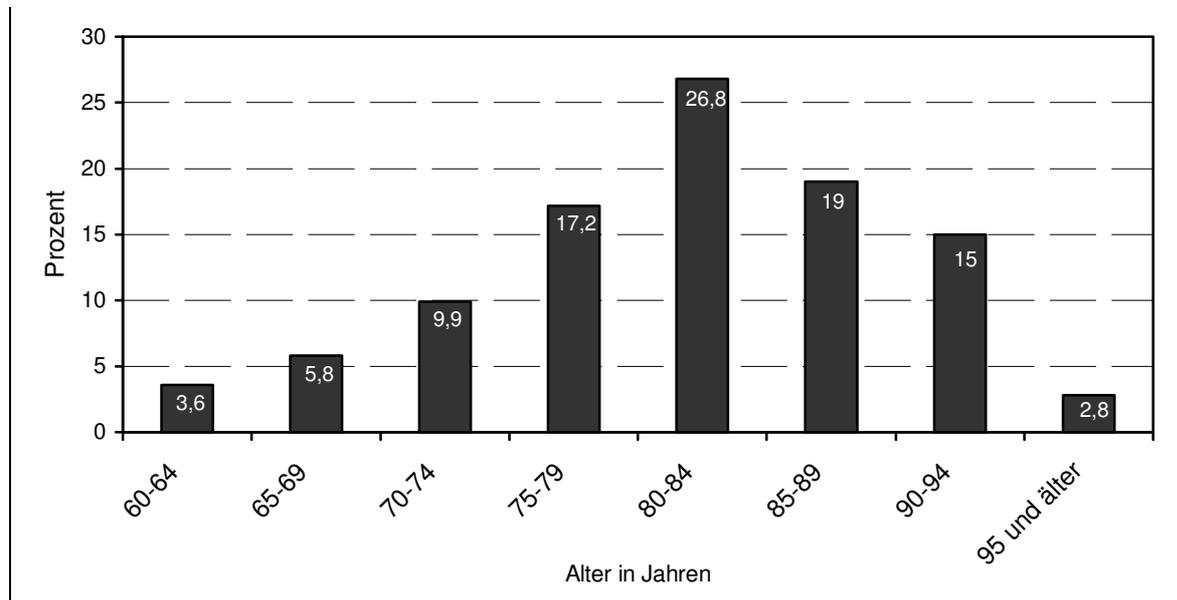


Abbildung 11: Altersverteilung der Stichprobe (N = 2466)

Da aufgrund der Studienlage angenommen werden kann, dass ein sehr hohes Lebensalter die Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Harninkontinenz stark erhöht, erwies sich für die Bearbeitung der Fragestellung die Altersverteilung der vorliegenden Stichprobe als günstig.

Ein Vergleich der Mittelwerte in Bezug auf das Alter beider Geschlechter stellte sich im Mann-Whitney-U-Test als signifikant dar [$p = < 0,001$]. Die Frauen waren im Durchschnitt 87,45 Jahre alt, die Männer 82,79 Jahre.

Im Folgenden erfolgte aufgrund einer besseren Übersichtlichkeit eine Einteilung der Stichprobe in drei Altersgruppen, die eine Altersspanne von jeweils 15 Jahren umfasste. So wurden 60-74 Jahre alte Bewohner als „eher junge Bewohner“, 75-89 Jahre alte Bewohner als „alte Bewohner“ und 90-105 Jahre alte Bewohner als „hochaltrige Bewohner“²⁸ zusammengefasst.

Die Differenzierung der Altersgruppen nach Geschlecht zeigte signifikante Unterschiede ($p < 0,001$). Der Männeranteil in der jüngsten Gruppe überwog mit 51,8 % leicht, nahm jedoch mit zunehmendem Alter der Bewohner stark ab, sodass er in der Gruppe der 90-105-Jährigen nur noch einen Anteil von 19,8 % ausmachte (vgl. Abbildung 12). Es ist zu konstatieren, dass die Geschlechterverteilung der Stichprobe in den unterschiedlichen Altersgruppen stark

²⁸ In der Berliner Altersstudie gilt als das hohe Alter die Altersspanne zwischen 70 bis 100 Jahren (Mayer & Baltes, 1996 S. 7). In dieser Untersuchung wurde aufgrund der besseren Lesbarkeit das Alter der Bewohner in drei Alterstufen „eher junge“, „alte“ und „hochaltrige“ begrifflich differenziert.

differierte und dass die Männer beim Heimeintritt im Durchschnitt um 4,66 Jahre jünger als die weiblichen Bewohner waren.

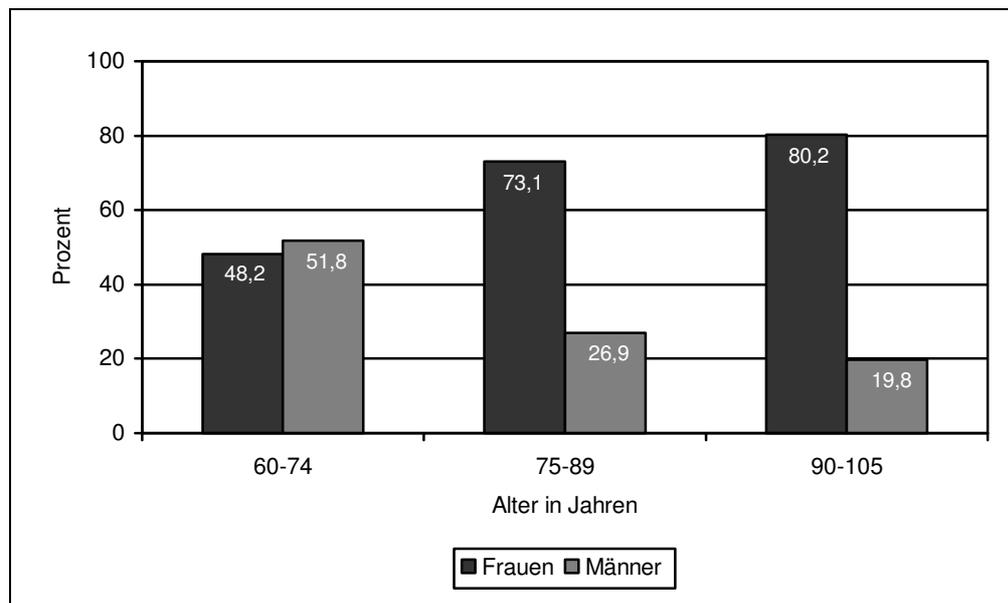


Abbildung 12 : Geschlechterverteilung der Stichprobe in drei Altersstufen (N = 2466)

8.2.2 Pflegestufe

Die Verteilung der Pflegestufe in der Stichprobe zum Aufnahmezeitpunkt wurde bereits in Abschnitt 7.4.2 beschrieben. An dieser Stelle erfolgte eine Betrachtung der Pflegestufe der Bewohner zum Aufnahmezeitpunkt zunächst differenziert nach Geschlecht (siehe Abbildung 13). Für 617 Bewohner lag keine Eintragung der Pflegestufe zum Aufnahmezeitpunkt in den Sekundärdaten vor. Bei den 1849 Bewohnern, für die Eintragungen vorlagen, waren in Hinblick der Geschlechterdifferenzierung schwach signifikante Unterschiede erkennbar ($p = 0,031$; $\chi^2 = 10,6$). In den Pflegestufen 0 bis II war die Anzahl männlicher und weiblicher annähernd paritätisch mit einem geringfügig größeren Frauenanteil in den Stufen I und II vertreten. In der Pflegestufe III waren die Männer mit fast 4 % jedoch deutlich häufiger vertreten.

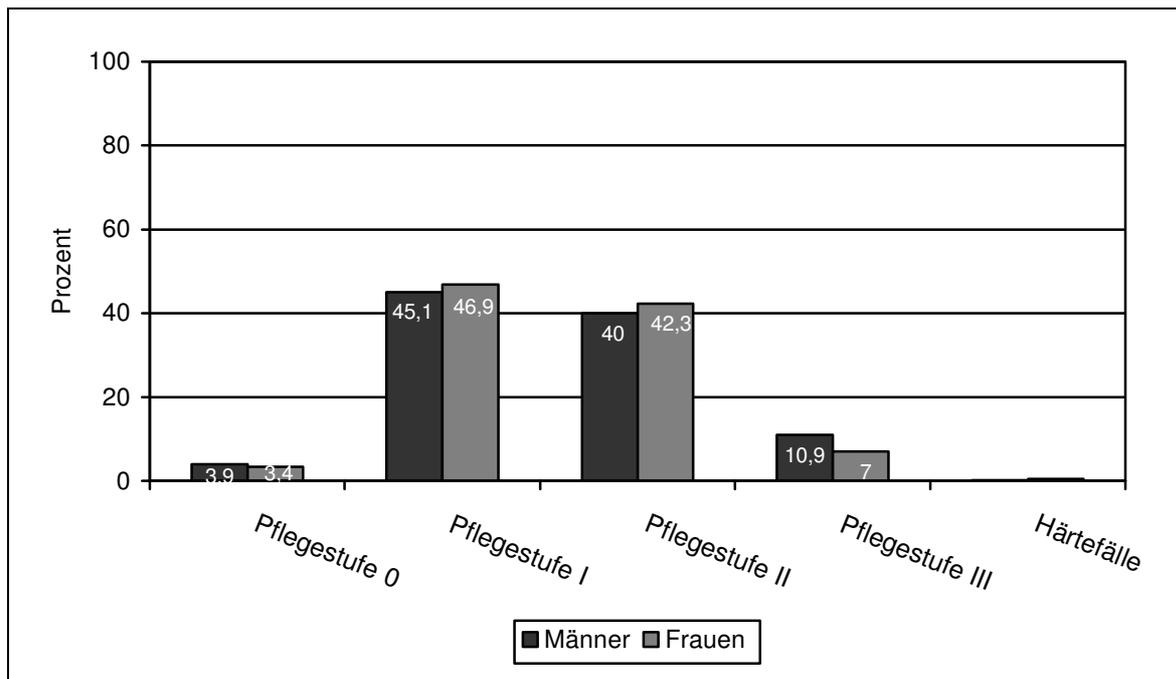


Abbildung 13: Verteilung der Pflegestufe der Stichprobe zum Aufnahmezeitpunkt, unterschieden nach Geschlecht (n = 1849)

Die Abbildung 14 zeigt die Altersgruppen in 15 Jahren Abständen und ihre Verteilung auf die jeweiligen Pflegestufen. Interessanterweise war ein positiver Zusammenhang ($\chi^2 = 42,0$; $p < 0,0005$) zwischen zunehmendem Alter und ansteigendem Pflegebedarf nur in den Pflegestufen 0-II erkennbar. In der Pflegestufe III überwiegt der Anteil der jüngsten, also der 60-75-jährigen Bewohner. Es kann vermutet werden, dass Menschen, die 90 Jahre und älter wurden, einen eher stabilen Allgemeinzustand aufwiesen. Die Einstufung in die Schwerstpflegebedürftigkeit schien weniger mit dem Alter eines Bewohners, sondern eher mit dem männlichen Geschlecht assoziiert zu sein. Da nur eine geringe Fallzahl in der Gruppe der Härtefälle vorlag, werden Bewohner dieser Gruppe im weiteren Verlauf der Analyse nicht im Einzelnen ausgewiesen, sondern der Bewohnergruppe mit Pflegestufe III zugeteilt.

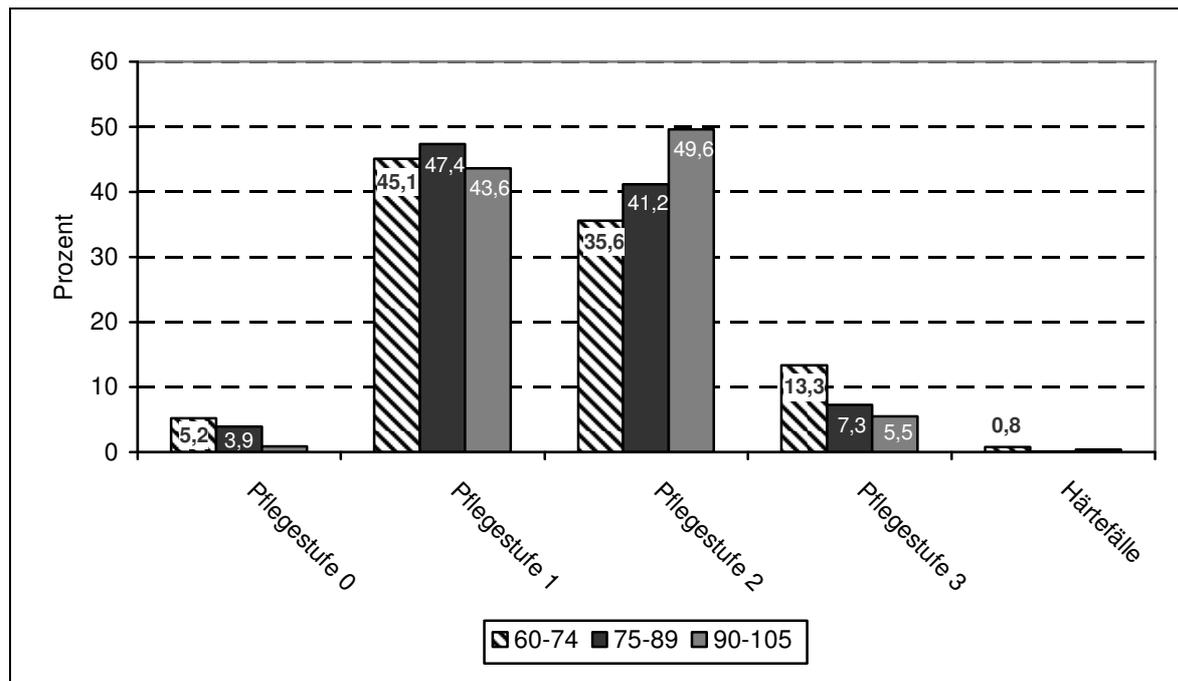


Abbildung 14: Verteilung der Pflegestufe zum Aufnahmezeitpunkt, unterschieden nach drei Altersgruppen (n = 1849)

8.2.3 Medizinische Diagnosen

Aus der elektronischen Pflegedokumentation konnten für 77,8 % Prozent dieser Stichprobe (1921 Bewohner) medizinische Diagnosen selektiert werden. Demnach liegen für 545 Bewohner (22,2 %) keinerlei Angaben über ihre möglichen Erkrankungen vor. Im Rahmen dieser Untersuchung werden nur medizinische Diagnosen untersucht, die in vorherigen Studien bereits als Risikofaktoren der Harninkontinenz identifiziert wurden. Tabelle 7 zeigt den prozentualen Anteil der selektierten Diagnose auf alle Bewohner, für die Diagnosen vorlagen, und bezogen auf die Gesamtstichprobe.

Es zeigte sich, dass Demenz²⁹ die – von den hier untersuchten Diagnosen – am häufigsten auftretende chronische Erkrankung war: Bei 54,7 % der Bewohner, für die medizinische Diagnosen selektiert werden konnten, lag diese Diagnose vor. Mehr als ein Drittel der Bewohner (37,3 %) litten unter Diabetes mellitus. Knapp über 20 % der Bewohner hatten Herzinsuffizienz oder einen Schlaganfall erlitten. Die Diagnose „Depression“ wurde bei 11 % der Bewohner geführt, 8,7 % litten unter chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COLD). Für 8,5 % der Bewohner wurde akuter Harnwegsinfekt als Diagnose in der Pflegedokumentation gelistet, bei 6,7 % war Morbus Parkinson diagnostiziert.

²⁹ Es wurden alle Demenzformen zusammengefasst, da noch keine Studien vorliegen, die unterschiedliche Formen dieser Erkrankung - differenziert auf ihren möglichen Einfluss der Harninkontinenz - untersuchten.

Eher selten traten Erkrankungen der Prostata (4,6 %), Adipositas (3,3 %) und Obstipation (2,9 %) auf; sehr selten kamen Hysterektomien (0,8 %), Multiple Sklerose (0,3 %) und ein Prolaps der Gebärmutter (0,3 %) vor.

Tabelle 7: Häufigkeiten der medizinischen Diagnosen (n = 1921)

Diagnose	Anzahl Bewohner	Prozent (n=1921)	Prozent (N=2466)
Demenz	1051	54,7	42,6
Diabetes	717	37,3	29,1
Herzinsuffizienz	414	21,6	16,8
Apoplex	403	21,0	16,3
Depression	216	11,2	8,8
COLD	167	8,7	6,8
Harnwegsinfekte	164	8,5	6,7
Parkinson	128	6,7	5,2
Erkrankungen der Prostata	88	4,6	3,6
Adipositas	63	3,3	2,6
Obstipation	56	2,9	2,3
Hysterektomie	15	0,8	0,6
Multiple Sklerose	6	0,3	0,2
Gebärmutterprolaps	5	0,3	0,2

Kennzeichnend für Pflegeheimbewohner ist das Vorhandensein einer Multimorbidität. Ob sich die in dieser Stichprobe erfassten Bewohner ebenfalls durch das Auftreten mehrerer Erkrankungen auszeichnen, kann nicht geschlussfolgert werden. Da hier nur insgesamt 14 Diagnosen codiert und im Rahmen dieser Untersuchung ausgewertet wurden, ist das gesamte Spektrum an chronischen Erkrankungen stark eingeschränkt. Dennoch zeigt sich, dass bei immerhin 35 % der Bewohner zwei dieser hier beschriebenen 14 Diagnosen gleichzeitig auftraten, bei 14,0 % drei Diagnosen (siehe Abbildung 15).

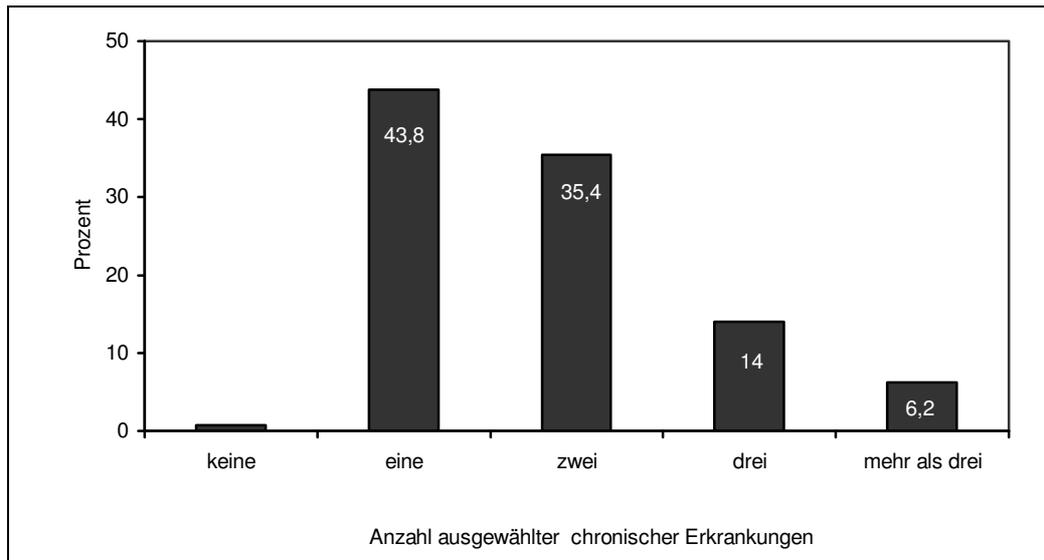


Abbildung 15: Anzahl ausgewählter chronischer Erkrankungen (n = 1921)

8.2.4 Überleben nach der Heimaufnahme

Von den untersuchten Bewohnern sind 19 % (469 Bewohner) im Laufe des Untersuchungszeitraums verstorben. Entsprechend überlebten 81 % der Stichprobe die ersten sechs Monate nach der Aufnahme. Bei einem Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Bewohnern und ihrem Ableben ist ein signifikanter Unterschied [$\chi^2 = 22,94$; $p < 0,001$] zwischen Männern und Frauen zu konstatieren. 16,5 % der Frauen verstarben während der ersten sechs Monate im Pflegeheim; bei den männlichen Bewohnern waren es hingegen mit 24,7 % deutlich mehr (siehe Abbildung 16).

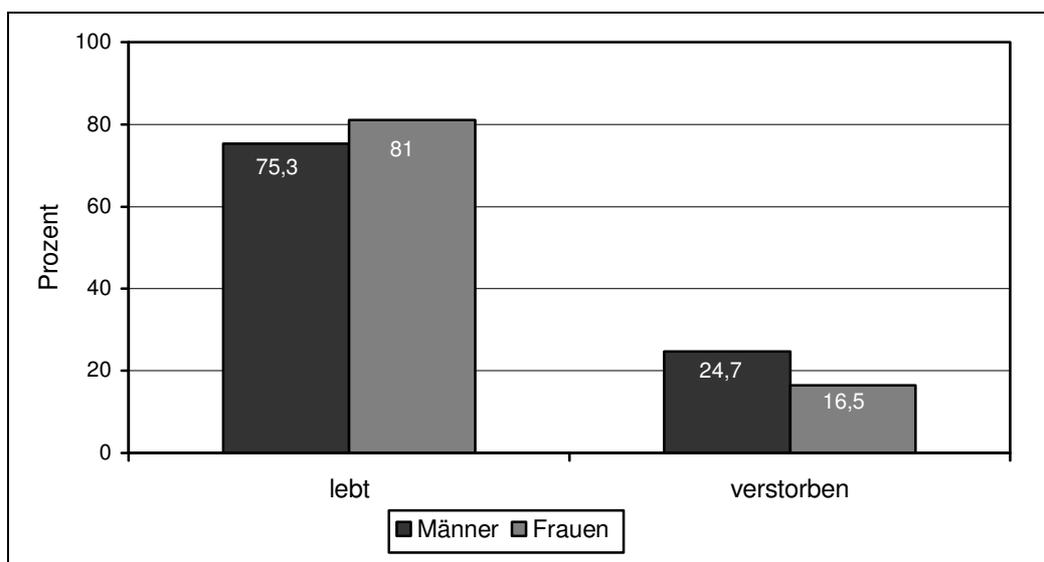


Abbildung 16: Anteil der verstorbenen Bewohner, unterschieden nach Geschlecht (N = 2466)

Erwartungsgemäß zeigte sich eine starke Assoziation zwischen dem Grad der Pflegebedürftigkeit und dem Ableben nach dem ersten halben Jahr nach der Aufnahme: Bewohner mit Pflegestufe 0 überlebten zu fast 100 % das erste halbe Jahr nach der Aufnahme.

Bei vorliegender Pflegebedürftigkeit nach Einstufungskriterien des § 15 SGB XI konnte bei Bewohnern Pflegestufe I eine Sterberate von 14,2 % beobachtet werden. Der Anteil der Verstorbenen lag bei Bewohnern mit Pflegestufe II bei fast 24 %, die Bewohner mit Pflegestufe III überlebten zu einem Drittel das erste halbe Jahr nicht (vgl. Abbildung 17).

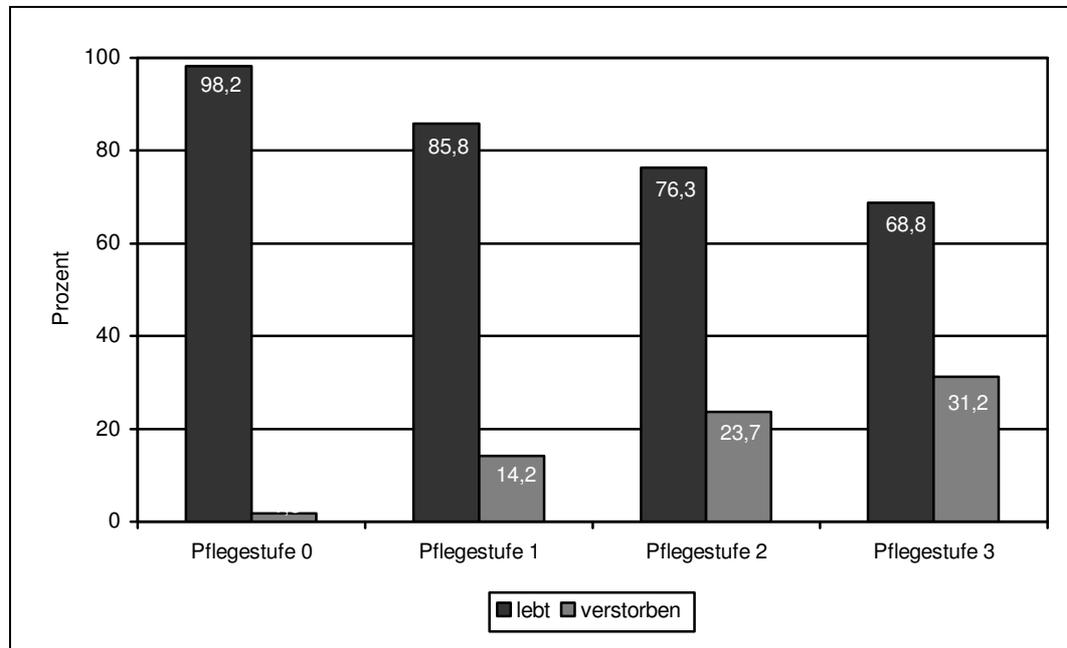


Abbildung 17: Anteil der verstorbenen Bewohner, differenziert nach Pflegestufe

Bei einer Betrachtung des Sterbezeitpunkts zeigte sich, dass von den 469 verstorbenen Bewohnern bereits 25 % innerhalb der ersten vier Wochen, 50 % nach den ersten zwei Monaten und 75 % nach 14 Wochen verstorben waren.

8.2.5 Schwerbehinderungsgrad

Eine Behinderung nach § 2 SGB IX hatten 203 (8,2 %) der hier untersuchten Bewohner. 106 (4,3 %) Bewohner waren zu 100 % schwerbehindert. Tabelle 8 stellt die Häufigkeit der einzelnen Behinderungs- und Schwerbehinderungsgrade in der Studienpopulation dar.

Tabelle 8: Grad der Schwerbehinderung (N = 2466)

Grad der Schwerbehinderung	Anzahl	Prozent
0	2263	91,8
30	1	0,0
50	18	0,7
60	21	0,9
70	16	0,6

Grad der Schwerbehinderung	Anzahl	Prozent
80	24	1,0
90	17	0,7
100	106	4,3
Gesamt	2466	100

8.2.6 Körperliche und geistige Fähigkeiten durch Parameter der Nortonskala

Die Nortonskala beschreibt zur Einschätzung des Dekubitusrisikos neben der Inkontinenz auch weitere Parameter, wie den allgemeinen körperlichen Zustand, die Beweglichkeit und Aktivität des Bewohners, seinen geistigen Zustand sowie die Bereitschaft zur Kooperation, das Alter, den Hautzustand und Zusatzerkrankungen (vgl. Abschnitt 7.1.7). Für diese Studie waren die Parameter Alter, Hautzustand und Zusatzerkrankungen entweder unbedeutend oder bereits in einer anderen Variablen abgebildet, sodass hier auf eine Beschreibung dieser drei Bereiche verzichtet werden konnte. Wie die Bewohner in den für diese Arbeit relevanten Bereichen der Nortonskala zu den Zeitpunkten t0, t1, t2 und t3 durch das Pflegepersonal eingestuft wurden, wird im Folgenden dargestellt.

8.2.6.1 Körperlicher Zustand

In der Nortonskala wird unter anderem die körperliche Konstitution der Bewohner beurteilt. Die Abbildung 18 stellt die jeweilige Verteilung der Ausprägungen zu allen vier Ermittlungszeitpunkten dar. Am häufigsten wurde zu allen Zeitpunkten der körperliche Zustand der Bewohner als „leidlich“ eingeschätzt, danach folgten die Ausprägungen in der Reihenfolge „gut“, „schlecht“ und „sehr schlecht“. Obwohl die Größe der Teilstichprobe stark variiert, fällt eine Verschiebung der Ausprägungen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten auf: Im Zeitraum zwischen t0 und t1 zeigte sich eine Zunahme für die Ausprägung „leidlich“ um fast 5 Prozentpunkte, die über den weiteren Untersuchungszeitraum gehalten wurde. Gleichzeitig nahm die Häufigkeit in den Ausprägungen „sehr schlecht“ und „schlecht“ ab. Die Anzahl der Bewohner, deren körperlicher Zustand mit „gut“ eingeschätzt wurde, nahm zwischen t0 und t1 um vier Prozentpunkte ab, stieg aber zum Zeitpunkt t3 wieder auf 35,0 % an (siehe Abbildung 18). Für die weiteren Berechnungen wurden die Ausprägungen „sehr schlecht“ und „schlecht“ zusammengefasst.

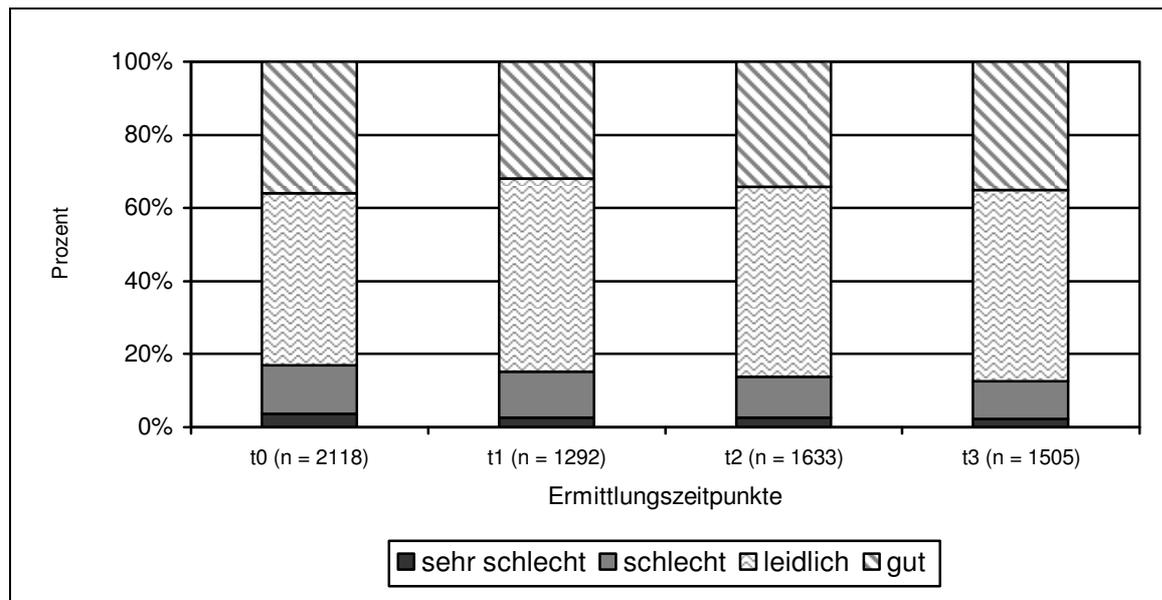


Abbildung 18: Körperlicher Zustand des Bewohners zu allen Zeitpunkten

Um etwaige Veränderungen der Bewohner im Laufe des Untersuchungszeitraumes darzustellen, wurde eine Variable gebildet, die Bewohner nach Verbesserungen und Verschlechterungen ihrer körperlichen Konstitution und unverändertem körperlichem Gesamtzustand differenziert (siehe Abschnitt 7.2.2). Es konnte konstatiert werden, dass sich der körperliche Zustand der Bewohner im ersten halben Jahr nach der Aufnahme bei 15,6 % der Bewohner verbesserte, bei 22,0 % der Bewohner verschlechterte, und bei 62,5 % wurden keine Veränderungen des körperlichen Zustands dokumentiert (siehe Abbildung 19).

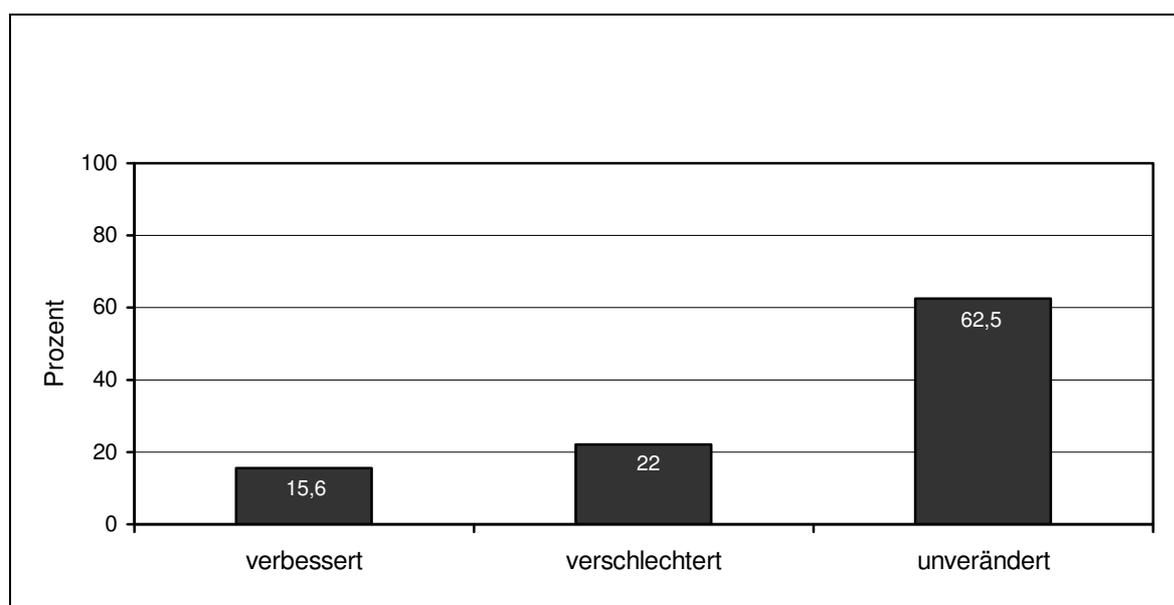


Abbildung 19: Veränderungen des körperlichen Zustands (N = 2000)

8.2.6.2 Beweglichkeit

Unter dem Parameter Beweglichkeit erfasst die Nortonskala die Fähigkeit eines Bewohners, selbstständig Bewegungen auszuführen. In der untersuchten Stichprobe lag der Anteil der Bewohner mit einer uneingeschränkten Bewegungsfähigkeit - dargestellt in Abbildung 20) zwischen 12,2 % und 13,4 % und wies nur geringfügige Schwankungen auf. Für die Ausprägung „kaum eingeschränkt“ war im zeitlichen Verlauf ein leichter Zuwachs um 2,9 Prozentpunkte zu erkennen. Zum Zeitpunkt t0 waren 39,8 % der Bewohner in ihrer Bewegungsfähigkeit kaum eingeschränkt, zu den Zeitpunkten t1 und t2 waren es jeweils 40,7 % und zum Zeitpunkt t3 42,7 %. Die Häufigkeit der Ausprägung „sehr eingeschränkt“ war wiederum stabil und nahm zu allen Zeitpunkten einen Anteil um 40 % ein. Die Anzahl der Bewohner, deren Bewegungsfähigkeit als „vollständig eingeschränkt“ eingestuft wurde, war insgesamt am geringsten und nahm im ersten halben Jahr nach der Aufnahme um 2 Prozentpunkte ab. Insgesamt war ein sehr ausgewogenes Verhältnis zwischen Bewohnern mit eher geringfügigen Bewegungseinschränkungen und erheblichen erkennbar. Für die weiteren Analysen (siehe Abschnitt 7.2.2) wurden die Ausprägungen „voll eingeschränkt“ und „sehr eingeschränkt“ zusammengefasst, um die statistischen Berechnungen zu ermöglichen.

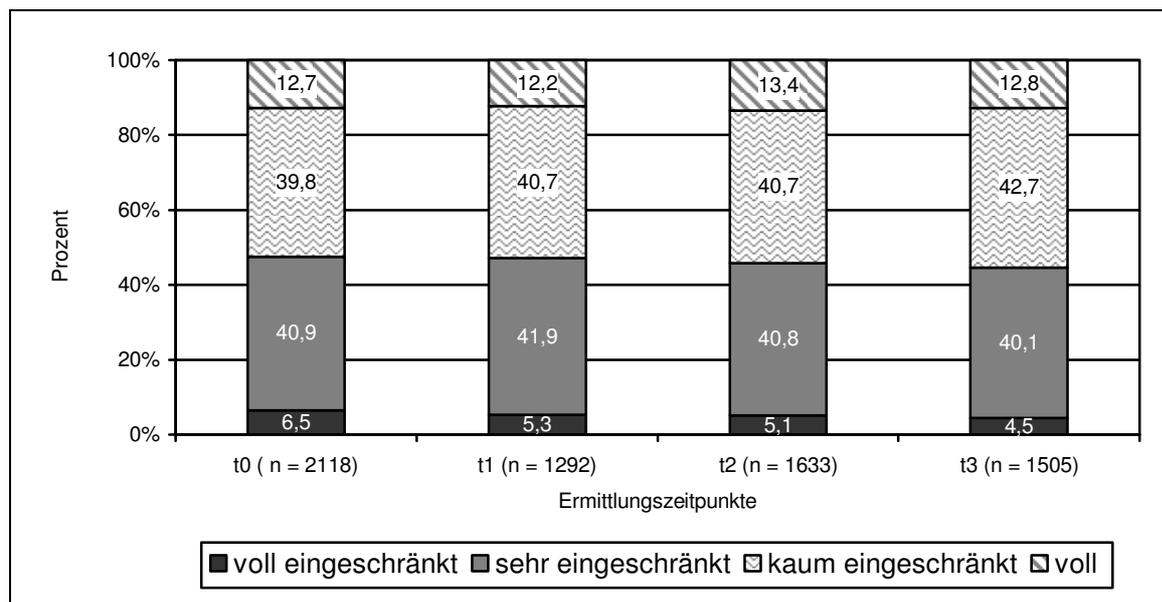


Abbildung 20: Beweglichkeit der Bewohner zu allen Zeitpunkten

Da die Betrachtung der einzelnen Ermittlungszeitpunkte keine Hinweise auf Zustandsveränderungen im Bereich der Beweglichkeit lieferte, wurde eine Laufvariable gebildet (siehe Abschnitt 7.2.2) mit der die Anzahl der Bewohner mit einer Verbesserung, Verschlechterung und keiner Veränderung aufgezeigt wird (siehe Abbildung 21):

Ein Großteil der Bewohner (67,0 %) blieb über den Untersuchungszeitraum hinweg in seiner Bewegungsfähigkeit stabil. Bewohner mit einer Verschlechterung der Beweglichkeit traten

insgesamt geringfügig häufiger auf als Bewohner, die sich insgesamt verbesserten (17,2 % zu 15,9 %).

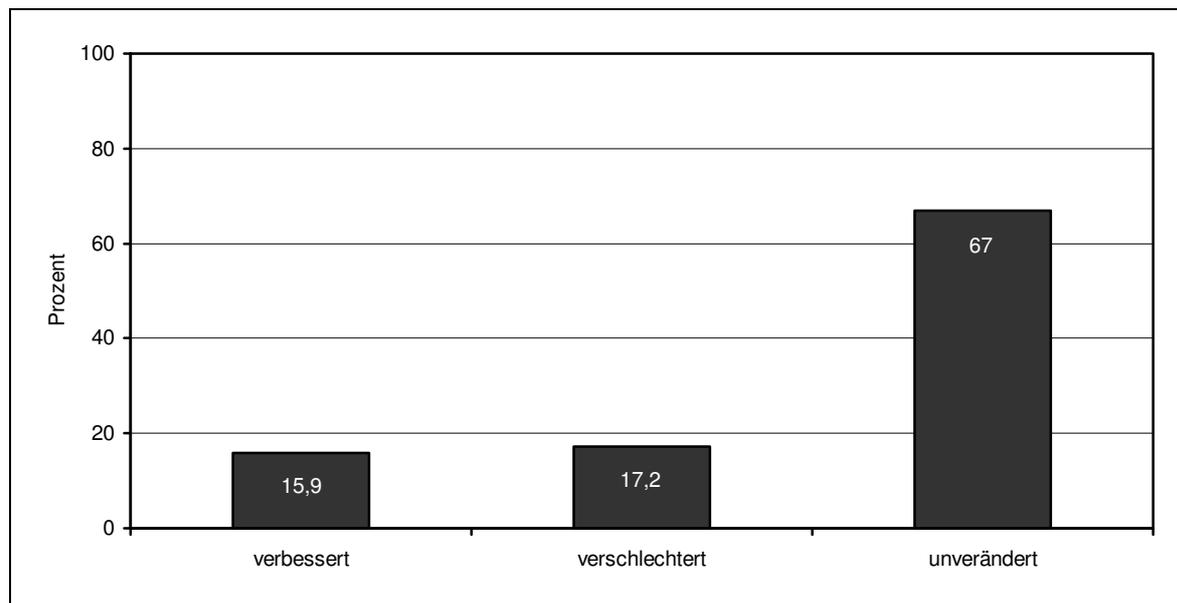


Abbildung 21: Veränderungen der Beweglichkeit (N = 2466)

8.2.6.3 Aktivität

In der Nortonskala wird die Mobilität der Bewohner unter dem Parameter „Aktivität“ beschrieben. Mit den Ausprägungen „geht ohne Hilfe“, „geht mit Hilfe“, Rollstuhl“ und „bettlägerig“ wird die körperliche Fähigkeit des selbstständigen Fortbewegens beschrieben. In der untersuchten Stichprobe waren ca. $\frac{3}{4}$ der Bewohner in ihrer Gehfähigkeit eingeschränkt, und nur $\frac{1}{4}$ konnte sich uneingeschränkt fortbewegen (vgl. Abbildung 22). Über die vier Erhebungszeitpunkte zeigte sich, dass es eine leichte Zunahme der Bewohner gab, die ohne Hilfe gehen konnten (zwischen t0 und t3 um knapp 3 Prozentpunkte), und ein leichter Anstieg in der Rollstuhlgruppe (um 2,5 Prozentpunkte zwischen t0 und t3, wobei ein höherer Anstieg zwischen t0 und t1 zu beobachten war). Entsprechend verringerten sich die Häufigkeiten in den Ausprägungen „geht mit Hilfe“ und „bettlägerig“. Für die weitere Analyse wurden die Bewohnergruppen „Rollstuhl“ und „bettlägerig“ zusammengeführt.

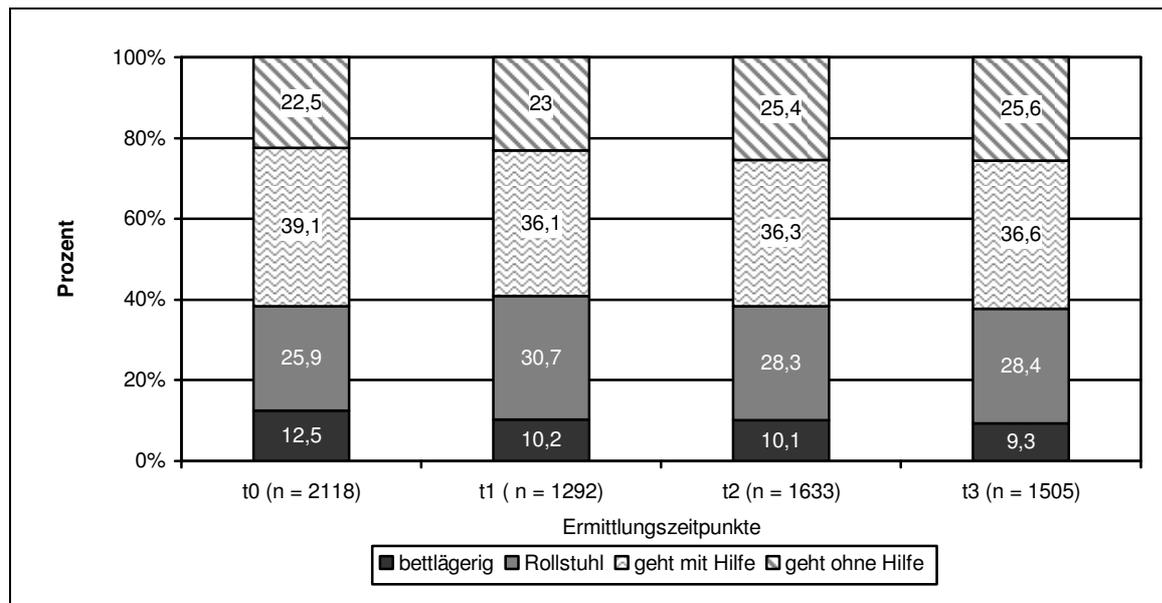


Abbildung 22 Aktivität der Bewohner zu allen Zeitpunkten

Da sich bei der Querschnittsbetrachtung leichte Verschiebungen zwischen den Ausprägungen der Aktivität abzeichneten, war von Interesse, wie sich die Aktivität der Bewohner bei einer längsschnittlichen Betrachtung veränderte. Fast $\frac{3}{4}$ der Bewohner wiesen keine Veränderung in ihrer Gehfähigkeit auf. Bei den Bewohnern, bei denen sich eine Veränderung zeigte, kann konstatiert werden, dass sich deutlich mehr Bewohner in den ersten sechs Monaten nach der Heimaufnahme in ihrer Gehfähigkeit verschlechtert als verbessert haben. Die Differenz beträgt 4,4 Prozentpunkte (siehe Abbildung 23).

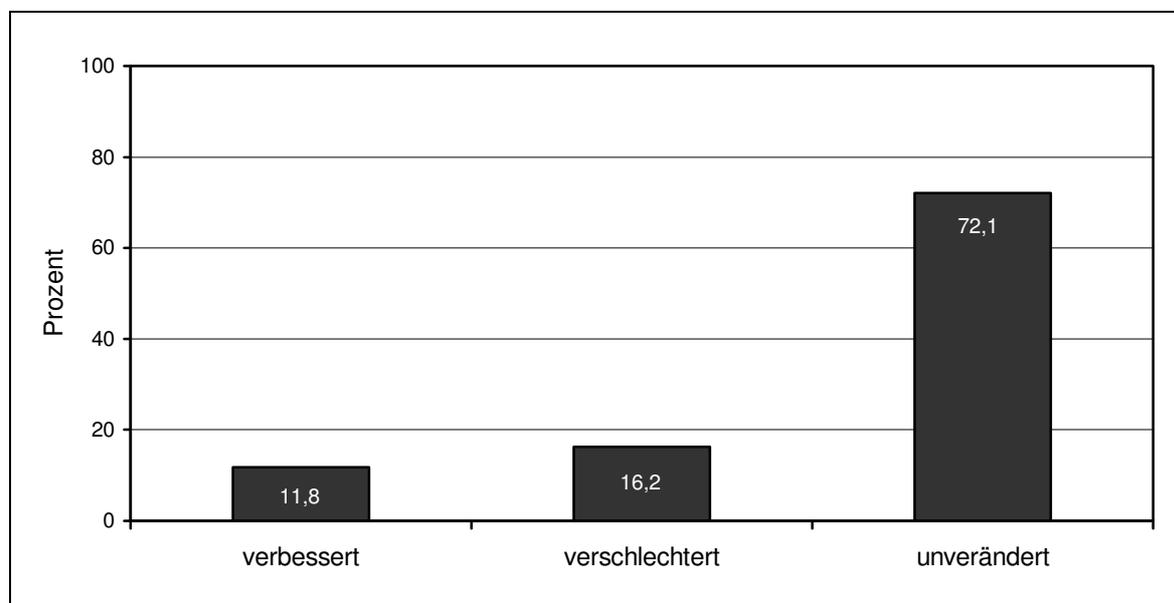


Abbildung 23: Veränderungen der Aktivität der Bewohner (N = 2000)

8.2.6.4 Geistiger Zustand

Bei Betrachtung des geistigen Zustands der Bewohner zeigte sich, dass der größte Anteil der Bewohner als verwirrt eingeschätzt wurde. Am zweithäufigsten war der geistige Zustand „klar“ vertreten. Ungefähr 10 % der Bewohner erschienen dem Pflegepersonal als apathisch/teilnahmslos, und ein geringer Anteil der Bewohner war stuporös. Für die weitere Analyse wurde die Kategorie „stuporös“ der Kategorie „apathisch/teilnahmslos“ zugeordnet, um kleine Teilstichproben zu vermeiden.

Betrachtete man die vier Erhebungszeitpunkte (siehe Abbildung 24), zeigte sich eine geringe Verschiebung der Häufigkeiten in den einzelnen Ausprägungen. Es war ein Zuwachs an verwirrten Bewohnern zwischen t0 und t1 um 3 Prozentpunkte zu erkennen. Gleichzeitig zeigt sich eine Abnahme der Bewohner, deren Zustand als „klar“ eingeschätzt wurde, um 1,8 Prozentpunkte und eine Abnahme in der Häufigkeit der apathischen und teilnahmslosen Bewohner.

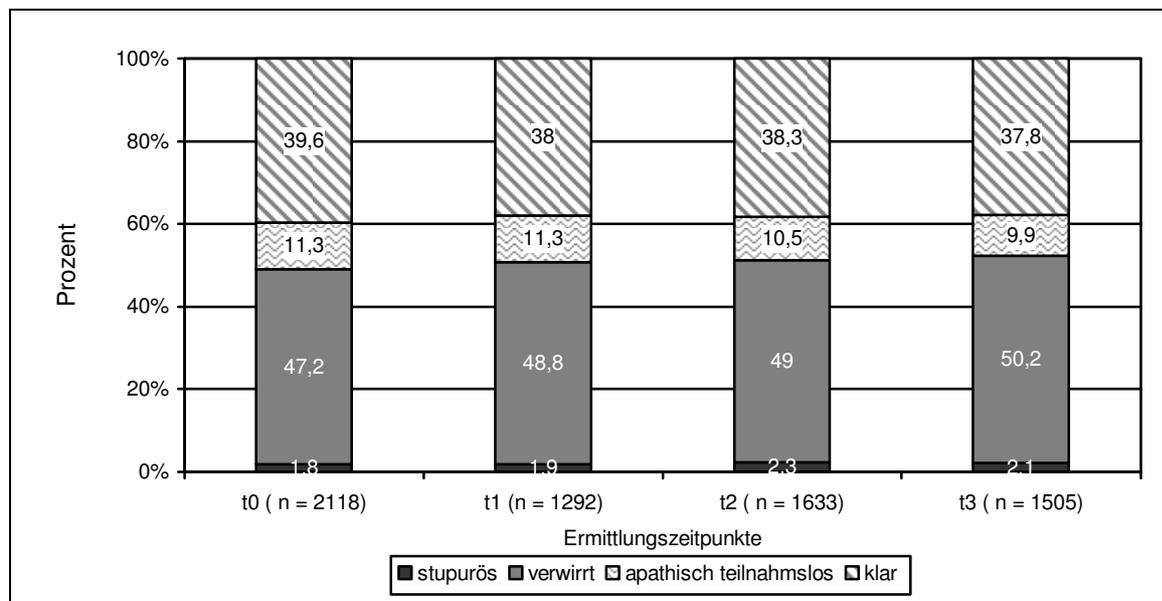


Abbildung 24: Geistiger Zustand der Bewohner zu allen Zeitpunkten

Wie viele Bewohner sich in ihrem geistigen Zustand verbesserten oder verschlechterten, wird in Abbildung 25 dargestellt: Wie bei den vorherigen Parametern der Nortonskala auch schon beobachtet werden konnte, ist der Anteil der Bewohner mit einer Verschlechterung größer als der Anteil der Verbesserungen. Im Falle der geistigen Fähigkeiten beträgt die Differenz 2,9 Prozentpunkte. Der größte Teil der Bewohner wies in seinen geistigen Fähigkeiten jedoch keine Veränderungen auf.

Im Gegensatz zu den körperlichen Fähigkeiten der Bewohner ist an dieser Stelle festzustellen, dass sich im Bereich der geistigen Fähigkeiten weniger Veränderungen zeigten.

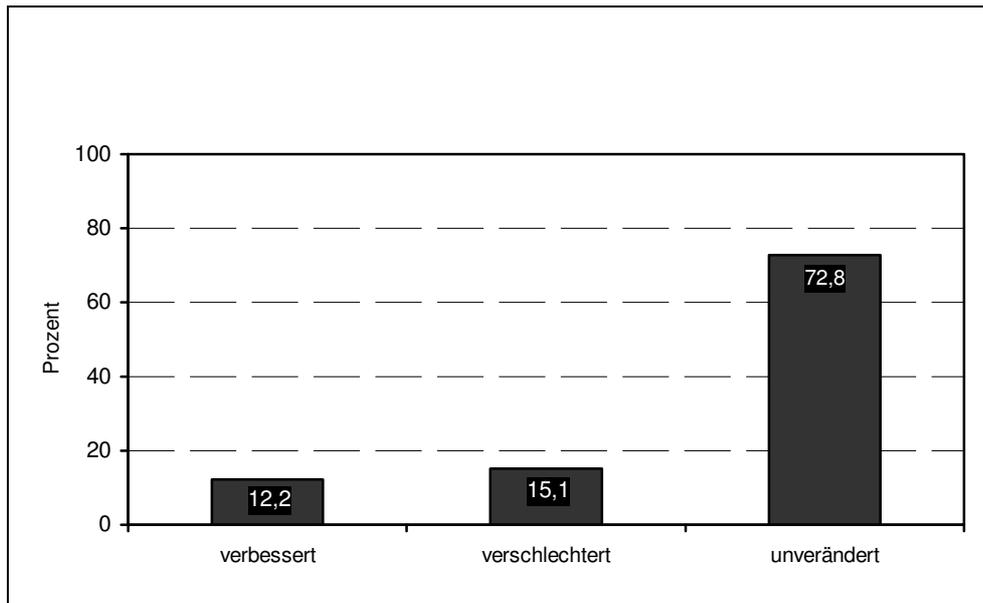


Abbildung 25: Veränderung des geistigen Zustands (N = 2000)

8.2.6.5 Bereitschaft zur Kooperation

Bei allen Ermittlungszeitpunkten war der Anteil der Bewohner ohne Kooperationsbereitschaft am geringsten. So zeigten 15 % der Bewohner zum Zeitpunkt t0 keine Bereitschaft zur Kooperation, zu t1 waren es 15,4 %, zu t2 14,4 %, zum Zeitpunkt t3 lag der Anteil bei 13,6 %. Am zweitgeringsten war der Anteil der Bewohner, die eine volle Kooperationsbereitschaft aufwiesen. Auch hier waren zwischen den Erhebungszeitpunkten t0 bis t3 kaum Schwankungen erkennbar (t0 27,6 %, t1 25,3 %, t2 25,5 % und t3 26,5 %). Am zweithäufigsten wurde die Kooperationsbereitschaft der Bewohner mit „teilweise“ eingestuft, wobei „teilweise“ eine niedrigere Bereitschaft meint als „wenig“ (t0 28,1 %, t1 28,3 %, t2 26,6 % und t3 26,5 %). Die Ausprägung „wenig Kooperationsbereitschaft“ wurde zu allen Erhebungszeitpunkten am häufigsten angegeben. Im Gegensatz zu den drei anderen Ausprägungen war hier ein leichter Anstieg um ca. 3 Prozentpunkte über den Zeitverlauf erkennbar (von 29,6 % zu t0 über 31,0 % zu t1 auf 33,5 % zu t2 und lag bei t3 bei 33,2 %). Abbildung 26 stellt die Kooperationsbereitschaft der Bewohner zu allen Zeitpunkten grafisch dar.

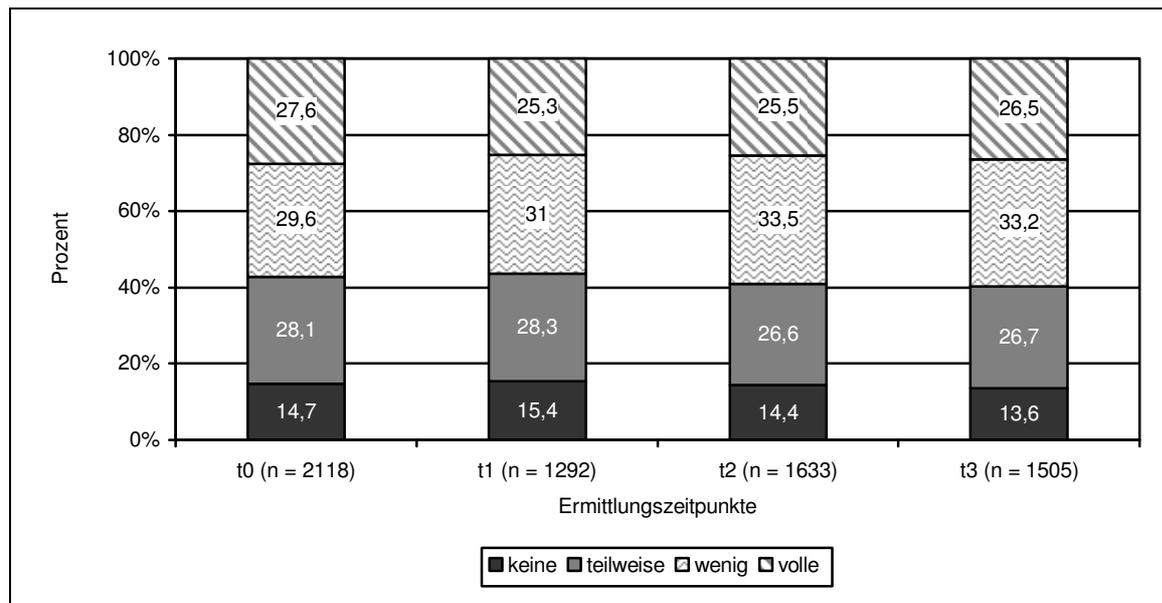


Abbildung 26: Bereitschaft zur Kooperation zu allen Zeitpunkten

Im Bereich der Kooperationsbereitschaft hatten im Vergleich zu den anderen Items der Nortonskala deutlich weniger Bewohner einen unveränderten Zustand. Während bisher ungefähr drei Viertel der Bewohner keine Veränderungen aufwiesen, waren es im Bereich der Kooperation ca. zwei Drittel. Der Anteil an Bewohnern, deren Kooperationsbereitschaft sich in den ersten sechs Monaten nach der Aufnahme in ein Pflegeheim verschlechtert hat, ist um 7,7 Prozentpunkte größer als der Anteil, der Verbesserungen aufwies (vgl. Abbildung 27).

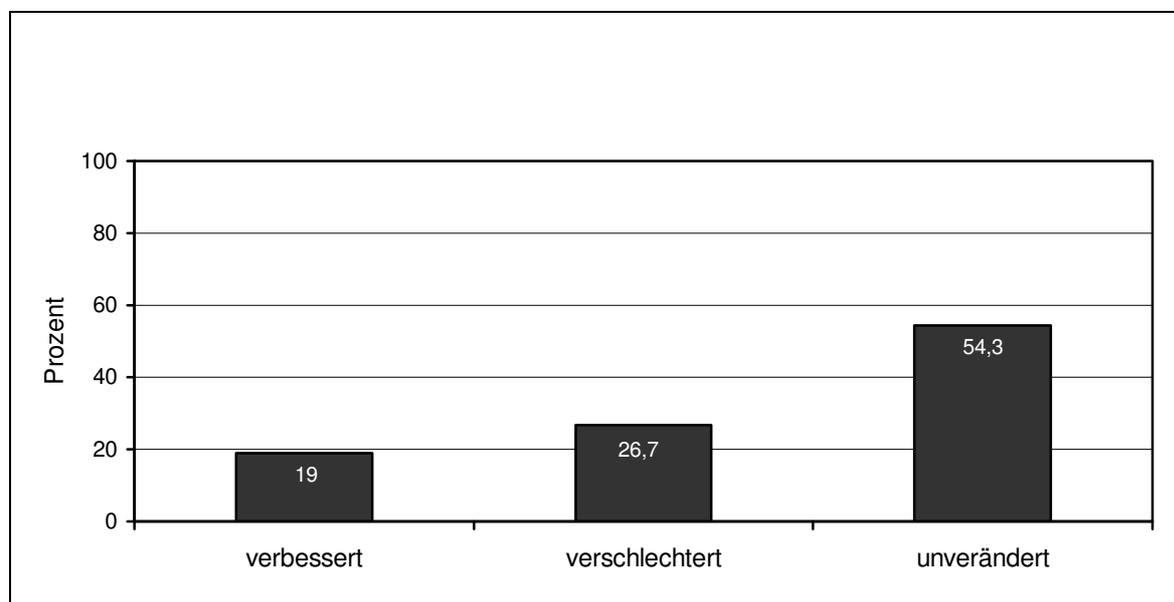


Abbildung 27: Veränderungen der Kooperationsbereitschaft (N = 2000)

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Zustandsveränderungen (positive und negative) im ersten halben Jahr nach der Heimaufnahme für ein Viertel bis ein Drittel der Bewohner auftreten. Der größte Anteil der Bewohner (77,9 % bis 62,9 %) blieb in den einzelnen Bereichen der Nortonskala unverändert. Bei den Veränderungen überwog eine Verschlechterung des

Zustandes. Die Spannweite der Verschlechterung unterschied sich je nach Item und war im Bereich der geistigen Fähigkeiten mit 12,2 % am geringsten, im Bereich der Kooperation mit 21,7 % am größten. Nur wenige Bewohner konnten ihren Zustand verbessern. Die meisten Verbesserungen waren ebenfalls in der Kooperationsbereitschaft mit 15,4 % erkennbar. Die wenigsten Verbesserungen traten im Bereich der Gehfähigkeit der Bewohner auf.

8.3 HEIMUMGEBUNG

In diesem Abschnitt werden Umgebungsfaktoren wie Heimgröße, alte und neue Bundesländer, Zugang und Unterbringung im Heim, Anzahl der Umzüge im Heim und Abwesenheiten der Bewohner beschrieben.

8.3.1 Vergleich alte und neue Bundesländer und Heimgröße

Ein Drittel der Bewohner (823) der vorliegenden Stichprobe zog in Heime, die in den alten Bundesländern lagen, und zwei Drittel in Heime, welche in den neuen Bundesländern verortet waren.

Die Heime wurden für die Analyse in drei Heimgrößen unterschieden. Kleine Heime verfügen über eine Platzkapazität von bis zu 100 Betten, mittlere Heime stellen bis zu 200 Pflegeplätze zur Verfügung, große Heime bis zu 334 Plätze. Die Stichprobe war folgendermaßen auf die drei Heimgrößen verteilt (siehe Abbildung 28): 552 (22,4 %) Bewohner wurden in einem kleinen Heim aufgenommen, 1370 (55,6 %) Bewohner zogen in ein mittleres Heim, und 544 (22,1) Bewohner fanden in einem großen Heim einen Pflegeplatz.

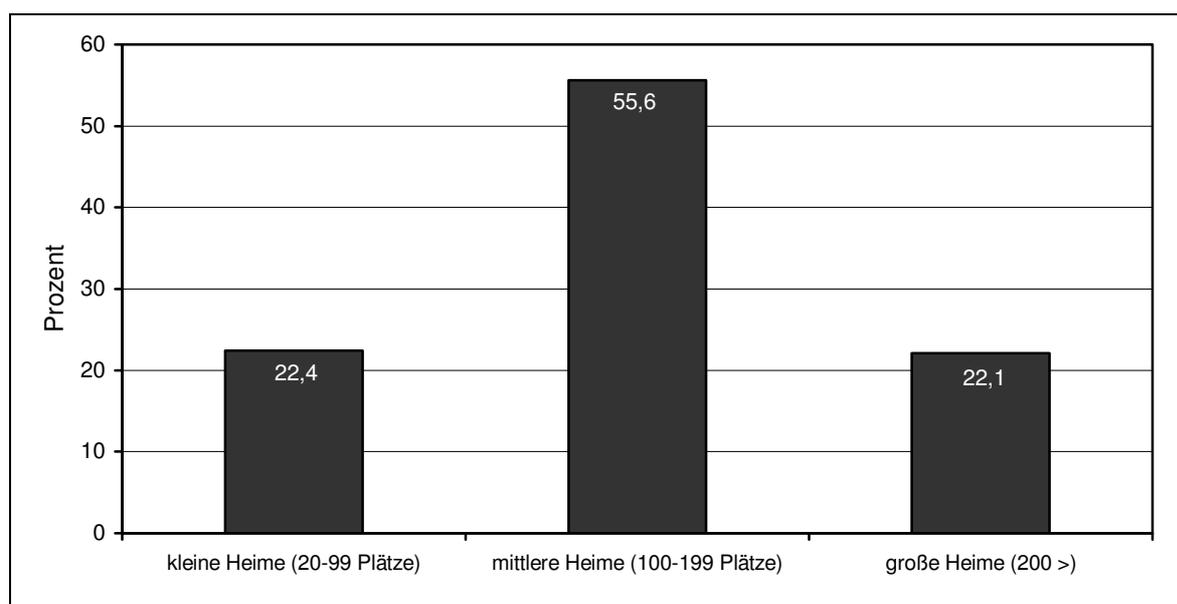


Abbildung 28: Verteilung der Stichprobe auf die Heimgrößen klein, mittel und groß (N = 2466)

8.3.2 Zugang ins Heim

Die Zugangswege in ein Pflegeheim können sehr unterschiedlicher Art sein. In der nationalen und internationalen Literatur zeigt sich, dass ein Drittel aller Heimbewohner direkt nach einem Krankenhausaufenthalt in eine stationäre Pflegeeinrichtung übersiedelt. Es ist davon auszugehen, dass diese Heimübergänge infolge einer akuten Erkrankung notwendig wurden und damit besonders traumatisch für den Pflegebedürftigen verliefen (vgl. Kapitel 3. 3). In der Pflegedokumentation der untersuchten Heime wird erfasst, wie der Kontakt zum Pflegeheim hergestellt wurde. In einer Auswahlliste stehen folgende Kategorien zur Verfügung, die für den jeweiligen Bewohner gewählt werden können. Mehrfachnennungen sind dabei nicht möglich: Ambulanter Pflegedienst, Angehörige, Dritte, Krankenhaus, Niedergelassene Ärzte, Pflegekasse/Krankenkasse, Sonstige, Werbung/vom Hören. Die Kategorien sind nicht in allen Fällen trennscharf; so ist der Unterschied zwischen „Dritte“ und „Werbung/vom Hören“ nicht eindeutig. Eine Rücksprache mit der Geschäftsleitung der Heime stellte keine Trennschärfe her, sodass die beiden Kategorien zusammengefasst wurden. Es wird davon ausgegangen, dass durch die Art des Zugangsweges Rückschlüsse auf die Bewohnersituation vor dem Heimeintritt gezogen werden können. Stellten Angehörige den Kontakt zum Heim her, so kann angenommen werden, dass eine Unterstützungsleistung durch Angehörige vor dem Heimeintritt stattfand. Wurde der Kontakt über ein Krankenhaus hergestellt, so liegt die Vermutung nahe, dass ein akutes Ereignis den Heimeinzug notwendig machte. Ist der Kontakt über Dritte und Werbung/vom Hören hergestellt, so scheint eine hohe Beteiligung des Heimbewohners selbst vorzuliegen. Die Kategorien „Niedergelassener Arzt“, „Pflegekasse/Krankenkasse“ und „Ambulanter Pflegedienst“ scheinen darauf hinzudeuten, dass kein soziales Netzwerk dem Pflegebedürftigen bei der Heimübersiedlung zur Seite stand. Da dieser Zugangsweg nur sehr selten angegeben wurde, werden sie unter dem Sammelbegriff „Akteure des Gesundheitswesens“ zusammengefasst.

Bei der Betrachtung, welche Zugangswege in das Pflegeheim führten, stellte sich folgende Verteilung dar: Über die Hälfte aller Übersiedlungen wurden durch die Angehörigen initiiert, ungefähr ein Drittel der Bewohner zog nach einem Krankenhausaufenthalt in ein Pflegeheim, fast 12 % der Bewohner, und nur ein geringer Anteil der Heimübergänge wurde über andere Akteure des Gesundheitswesens initiiert (vgl. Abbildung 29).

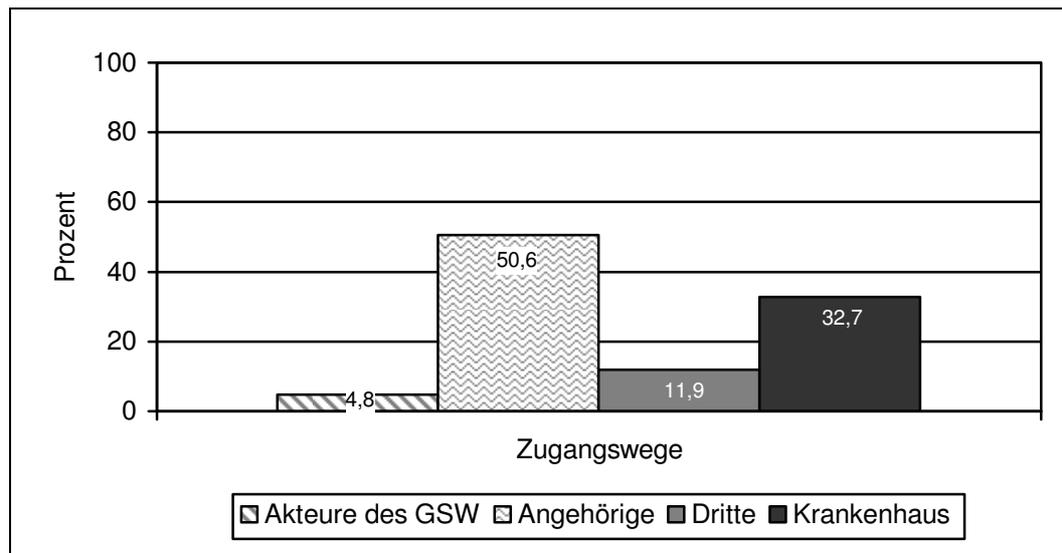


Abbildung 29: Häufigkeit der unterschiedlichen Zugangswege ins Pflegeheim (N = 2122)

8.3.3 Unterbringung im Heim

Die untersuchten Heime boten Pflegeplätze in Einzel-, Doppel- und – in einem geringen Umfang – in Mehrbettzimmern an. Für 95 % (2341) der Bewohner liegen Angaben zu ihrer Unterbringung im Heim zum Aufnahmezeitpunkt vor (siehe Abbildung 30). Beim Einzug waren 49,5 % der Bewohner in einem Einzelzimmer und 49,9 % in einem Doppelzimmer untergebracht. In ein Mehrbettzimmer zogen nur 14 Bewohner (0,6 %) ein.

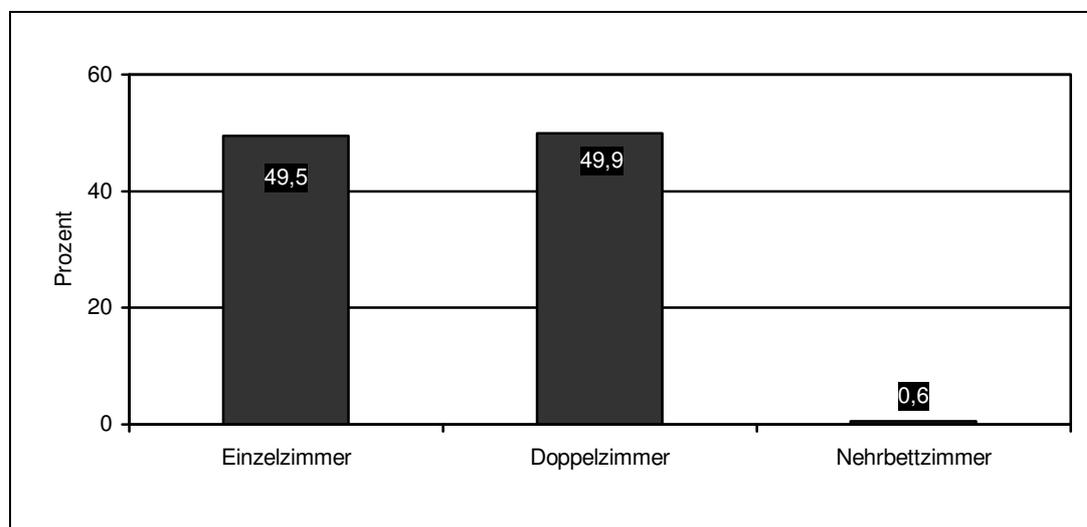


Abbildung 30: Häufigkeit der Zimmerkategorie zu t0 (n = 2341)

Über eine behindertengerechte Ausstattung der Zimmer liegen Aussagen für 2341 Bewohner vor. Zum Aufnahmezeitpunkt waren 74,4 % der Bewohner in behindertengerechten Zimmern untergebracht, 25,6 % in nicht behindertengerechten Zimmern. Weder das Geschlecht noch das Lebensalter der Bewohner zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Zimmerkategorie der Bewohner.

8.3.4 Umzug im Heim

Ein Zimmerwechsel ist für Bewohner mit einer Umorientierung verbunden und bedarf einer erneuten Anpassungsleistung an die Umgebung. Mehr als ein Drittel der Bewohner (35,3 %) zog innerhalb des ersten halben Jahres nach ihrem Einzug ins Pflegeheim in ein anderes Zimmer um. Davon sind 25,7 % einmal umgezogen, 7,1 % zweimal, und 2,6 % haben dreimal oder häufiger ihr Zimmer gewechselt.

8.3.5 Abwesenheit

Nach einem Einzug in ein Pflegeheim können Aufenthalte außerhalb der Einrichtung auftreten, bedingt durch eine Krankenhauseinweisung oder eine Reise. Bei der vorliegenden Stichprobe lag bei 40,3 % der Bewohner keine Unterbrechung des Pflegeheim-Aufenthaltes im Laufe der ersten sechs Monate vor, entsprechend war bei 59,7 % der Bewohner der Pflegeheimaufenthalt unterbrochen. Die Dauer der Abwesenheit betrug durchschnittlich 15,8 Tage, der Median lag bei 5 Tagen, die Spannweite lag bei 600 Tagen, was darauf schließen lässt, dass eine fehlerhafte Eintragung vorlag. Im weiteren Verlauf der Datenauswertung werden Bewohner ohne Abwesenheiten von jenen mit einer Unterbrechung ihres Heimaufenthaltes unterschieden, unabhängig von der Dauer der Abwesenheit.

8.4 KONTINENZSITUATION IM HEIM

Die Zielstellung dieser Arbeit liegt unter anderem darin, die Erkrankungshäufigkeit der Harninkontinenz zu ermitteln. Für die Berechnung der Prävalenz der Harninkontinenz zum Aufnahmezeitpunkt und zu drei Zeitpunkten im ersten halben Jahr nach dem Heimeintritt wurde das Item der Nortonskala „Inkontinenz“ zugrunde gelegt.

8.4.1 Punkt- und Gesamtprävalenz der Harninkontinenz

Abbildung 31 zeigt, dass die Punktprävalenz zum Aufnahmezeitpunkt bei 79,5 % lag und bis zum Erhebungszeitpunkt t3 kontinuierlich um insgesamt 3,5 Prozentpunkte anstieg. Die Gesamtprävalenz, also der Anteil derer, die jemals inkontinent waren, lag bei 87,3 %.

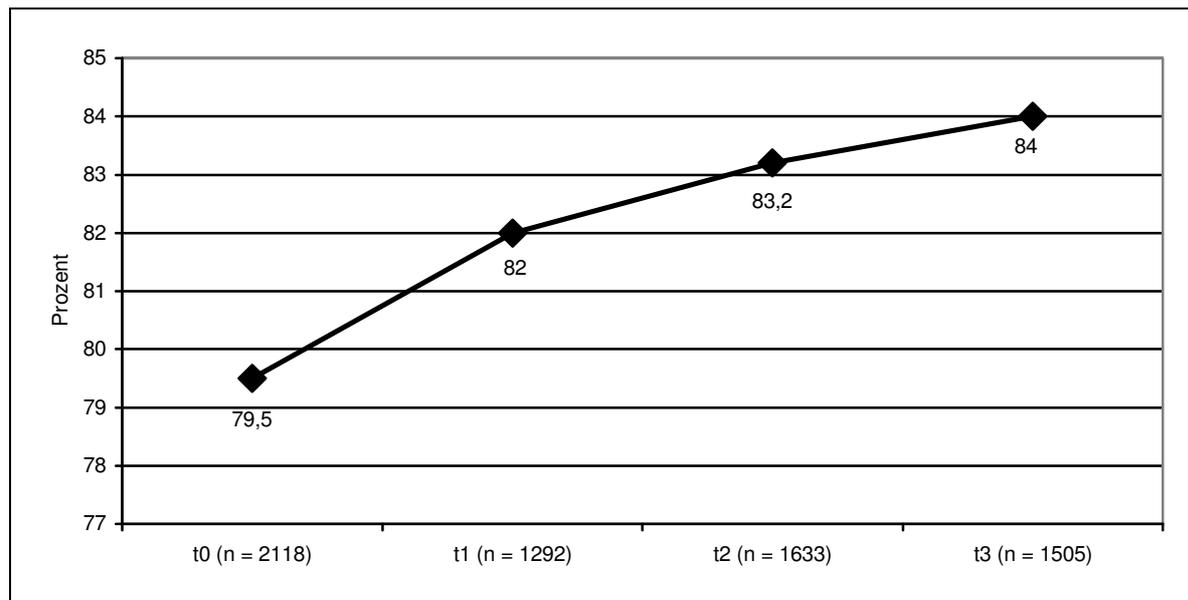


Abbildung 31: Punktprävalenzen der Harninkontinenz zu t0, t1, t2 und t3

Damit kann die Hypothese 1 dieser Untersuchung, die eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit postulierte, bestätigt werden.

Für eine differenzierte Betrachtung der Erkrankungsschwere wurden alle Ausprägungen der Nortonskala zu allen Zeitpunkten betrachtet. Die meisten Bewohner wiesen eine Doppelinkontinenz, also eine Harn- und Stuhlinkontinenz auf, die zu allen Zeitpunkten relativ stabil blieb: Zum Aufnahmezeitpunkt waren 35,1 % der Bewohner doppelinkontinent, zum Zeitpunkt t3 waren es 34,2 % der Bewohner. 24,1 % der Bewohner hatten zum Aufnahmezeitpunkt täglich unwillkürliche Harnverluste. In den ersten sechs Monaten nach der Heimaufnahme stieg der Anteil der Bewohner mit täglichen Harnverlusten um insgesamt 2,7 Prozentpunkte an. Ungewollte Harnverluste, die ein oder mehrmals pro Woche auftraten, wurden für 20,2 % der Bewohner verzeichnet. Hier lässt sich in den ersten sechs Monaten ebenfalls ein Anstieg um insgesamt 2,8 Prozentpunkte erkennen. Zum Zeitpunkt t0, also zum Zeitpunkt des Heimeintritts, waren 435 (20,5 %) Bewohner kontinent. Der Anteil der kontinenten Bewohner reduzierte sich im Laufe der ersten sechs Monate kontinuierlich. Es zeigte sich, dass die Prävalenz der Harninkontinenz zum Aufnahmezeitpunkt sehr hoch war. Dabei waren die meisten Bewohner dieser Stichprobe in einem stärkeren Maße von Inkontinenz betroffen, indem sie entweder unter einer Doppelinkontinenz litten oder täglich Inkontinenzereignisse hatten. Bewohner, die manchmal unwillkürliche Harnverluste aufwiesen, waren seltener. Die Verschiebung innerhalb der Ausprägungen kann nicht exakt ermittelt werden, da die Teilstichprobengröße zu den einzelnen Zeitpunkten stark variiert (vgl. Abbildung 32). Dennoch lässt sich „schleichender Verlauf“ bezüglich der Inkontinenzentwicklung vermuten. Die Kontinenzfähigkeit geht zugunsten einer „leichten“ Harninkontinenz verloren, die im Laufe des Heimaufenthaltes in ihrem Schweregrad zunimmt.

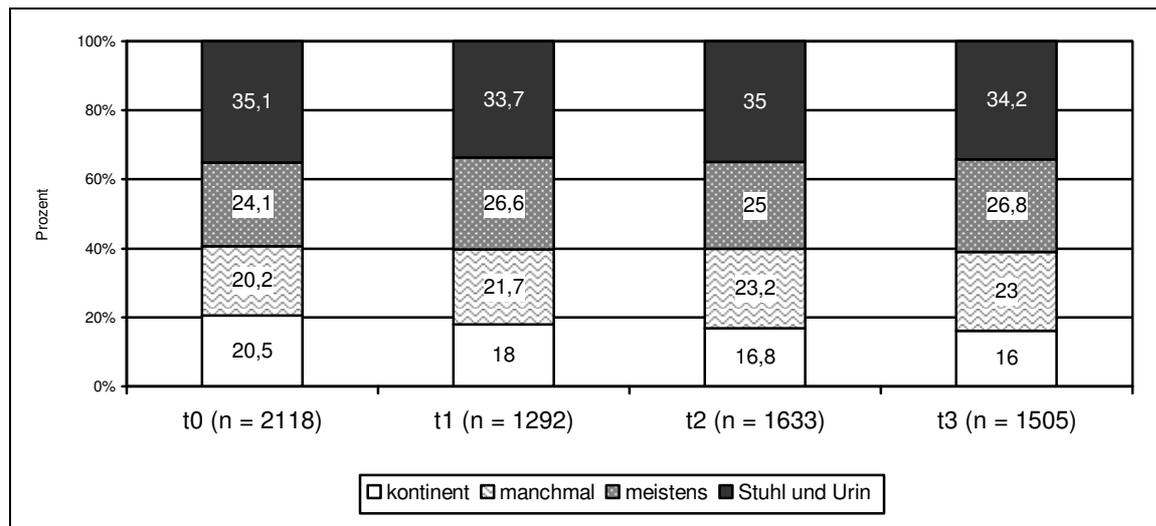


Abbildung 32: Erkrankungsschwere der Harninkontinenz zu t0, t1, t2 und t3

8.4.2 Verlaufsformen der Harninkontinenz

Um die Bewohner zu identifizieren, die ihre Kontinenzfähigkeit verloren bzw. zurückerlangten, wurde eine Verlaufsvariable gebildet (siehe Kapitel 7.2.2), welche die möglichen Verlaufsformen der Inkontinenz abbildete (siehe Abbildung 33). [Diese Analyse konnte für 2000 Bewohner vorgenommen werden, da für diese zu mindestens zwei Zeitpunkten eine Einschätzung ihrer Ausscheidungssituation vorlag.](#)

Der größte Anteil der Bewohner (74,9 %) wies eine dauerhafte Inkontinenz auf; 12,2 % der Bewohner blieb während der ersten sechs Monate nach der Heimaufnahme dauerhaft kontinent; 8,7 % der Bewohner erkrankte nach der Aufnahme neu an einer Harninkontinenz, und 4,3 % der Bewohner konnten ihre Kontinenzfähigkeit zurückerlangen (vgl. Abbildung 33). Die Hypothese 2, die vermutet, dass die Inzidenz der Harninkontinenz höher als die Remission sei, kann bestätigt werden.

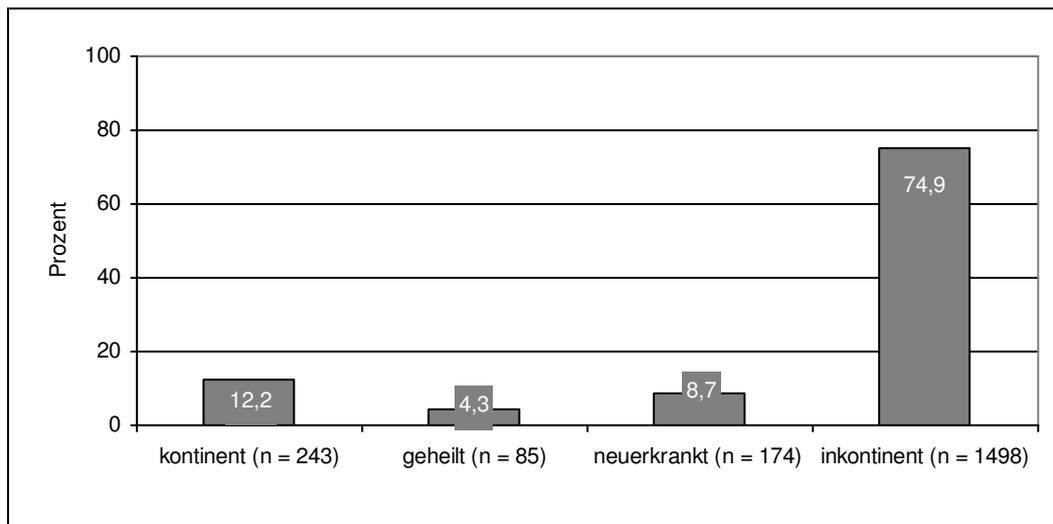


Abbildung 33: Verlaufsformen der Harninkontinenz (N = 2000)

8.5 RISIKO- UND SCHUTZFAKTOREN

8.5.1 Bivariate Analyse möglicher personenbezogener Faktoren

8.5.1.1 Alter und Geschlecht

Die Hypothese 3, welche das männliche Geschlecht des Bewohners als einen Einflussfaktor für die Entwicklung der Harninkontinenz annimmt, konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden.

Die Analyse ergab einen signifikanten Unterschied ($p = 0,021$; $\chi^2 = 9,768$) zwischen den Variablen „Verlaufsformen der Inkontinenz“ und „Geschlecht der Bewohner“.

In Abbildung 34 ist die Geschlechterverteilung der untersuchten Population differenziert nach den Verlaufsgruppen dargestellt. Der anthrazitfarbene Balken³⁰ stellt den jeweiligen Geschlechteranteil der Gesamtstichprobe dar, der bei Männern bei 29,3 % und bei Frauen bei 70,8 % lag.

³⁰ In den folgenden Abbildungen wird der jeweilige prozentuale Anteil der unterschiedlichen Ausprägungen der unabhängigen Variablen mit einer anthrazitfarbenen Säule dargestellt, um die Abweichungen der abhängigen Variablen vom Gesamtwert zu verdeutlichen.

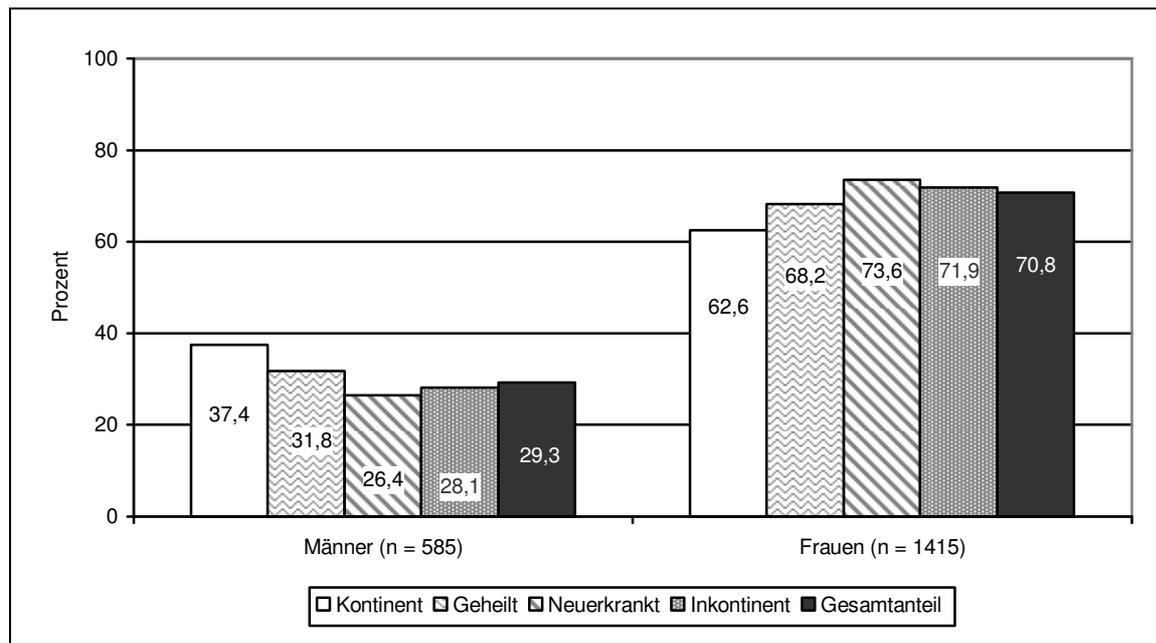


Abbildung 34: Verteilung der Variablen Geschlecht und Verlaufsgruppen (N = 2000)

In der differenzierten Betrachtung (vgl. Abbildung 34) wird deutlich, dass sich das signifikante Ergebnis in erster Linie auf den überproportionalen Anteil der kontinenten männlichen Bewohner mit 37,4 % bezog (Standardisierte Residuen = 2,4). Obwohl in der Abbildung neu erkrankte männliche Bewohner mit 26,4 % deutlich unterrepräsentiert erschienen, kann nur von einem Trend ausgegangen werden, da die Standardisierten Residuen bei -0,7 lagen. Dem Gesamtwert entsprechend waren die Anteile von geheilten und dauerhaft inkontinenten männlichen Bewohnern.

Der Anteil an dauerhaft kontinenten weiblichen Bewohnern war mit 62,6 % tendenziell unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -1,5). Eine dem Gesamtwert entsprechende Verteilung fand sich bei den Geheilten, Neuerkrankten und dauerhaft inkontinenten weiblichen Bewohnern.

Stellte man die Verlaufsformen in den Fokus der Betrachtung (vgl. Abbildung 35), so zeigte sich bei den dauerhaft kontinenten Bewohnern ein Unterschied von 4,9 Prozentpunkten zugunsten der männlichen Bewohner. Bei den übrigen Verlaufsformen ließen sich nur geringfügige Differenzen erkennen.

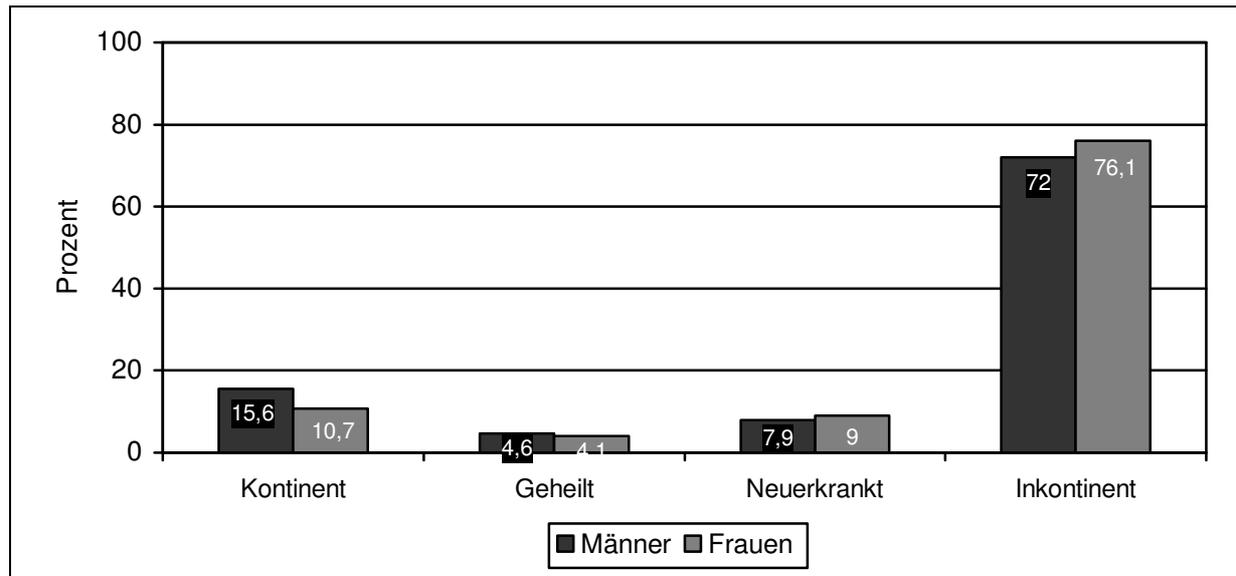


Abbildung 35: Verlaufsgruppen und Geschlecht (N = 2000)

Insgesamt zeigte sich eine deutlich bessere Kontinenzsituation bei männlichen Bewohnern, da diese häufiger dauerhaft kontinent waren. Da sich ein tendenzieller unterproportionaler Anteil neuerkrankter Männer darstellte, kann die Hypothese, die von einer höheren Inzidenz bei männlichen Bewohnern ausging, nicht bestätigt werden.

Verschiedene Altersgruppen wurden hypothetisch als Risiko- bzw. Schutzfaktor vermutet. Die Analyse der Daten offenbarte einen interessanten signifikanten ($p = 0,011$; $\chi^2 = 16,504$) Unterschied zwischen den Altersgruppen und den Verlaufsformen, der in Abbildung 36 dargestellt wird.

Die 60-74-jährigen Bewohner nahmen von der Gesamtstichprobe einen Anteil von 19,7 % ein. Mit 27,6 % sind die dauerhaft kontinenten Bewohner statistisch signifikant (Standardisierte Residuen = 2,8) überproportional in dieser Altersgruppe und entsprechend unterproportional (Standardisierte Residuen = -1,7) mit 13,2 % in der Gruppe der hochaltrigen Bewohner vertreten, deren Gesamtwert bei 17,8 % lag.

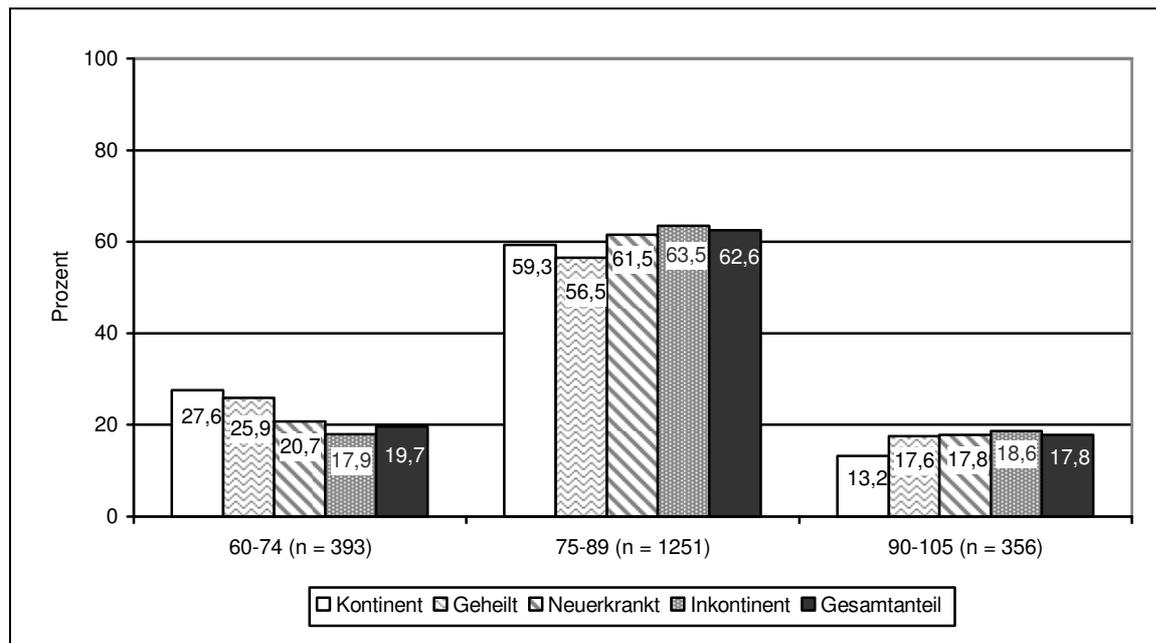


Abbildung 36: Altersgruppen und Verlaufsform (N = 2000)

Mit 25,9 % stellen sich die von Inkontinenz geheilten eher jungen Bewohner deutlich überproportional verteilt dar, jedoch kann hier nicht von einer statistischen Signifikanz ausgegangen werden. Dem Gesamtwert der 60-74-Jährigen entsprechend betrug der Anteil an neuerkrankten 20,7 %. Seltener als die Anzahl der eher jungen Bewohner an der Gesamtstichprobe erwarten ließ, kamen dauerhaft inkontinente Bewohner in dieser Altersgruppe vor, jedoch ohne signifikante Differenz.

Alte – also 75-89-jährige – Bewohner nahmen in der Gesamtstichprobe den größten Anteil (62,6 %) ein. Betrachtete man die Verteilung der Verlaufsformen, so zeigte sich, dass nur die Geheilten mit 56,5 % tendenziell, jedoch statistisch nicht signifikant (Standardisierte Residuen = -0,7) unterrepräsentiert waren. Die Häufigkeitsverteilung der Kontinenten, Neuerkrankten und dauerhaft inkontinente Bewohner war entsprechend des Altersgruppenanteils der Gesamtstichprobe.

Die Verlaufsformen der Inkontinenz zeigen sich – bis auf die bereits erwähnten dauerhaft Kontinenten – in der Gruppe der Hochaltrigen entsprechend des Gesamtwertes.

Betrachtet man die Zellverteilungen der Kreuztabelle anders und fokussiert die Verlaufsformen (vgl. Abbildung 37), so zeigte sich bei den dauerhaft kontinenten Bewohnern ein Unterschied von 7,9 Prozentpunkten zugunsten der eher jungen Bewohner zu den hochaltrigen.

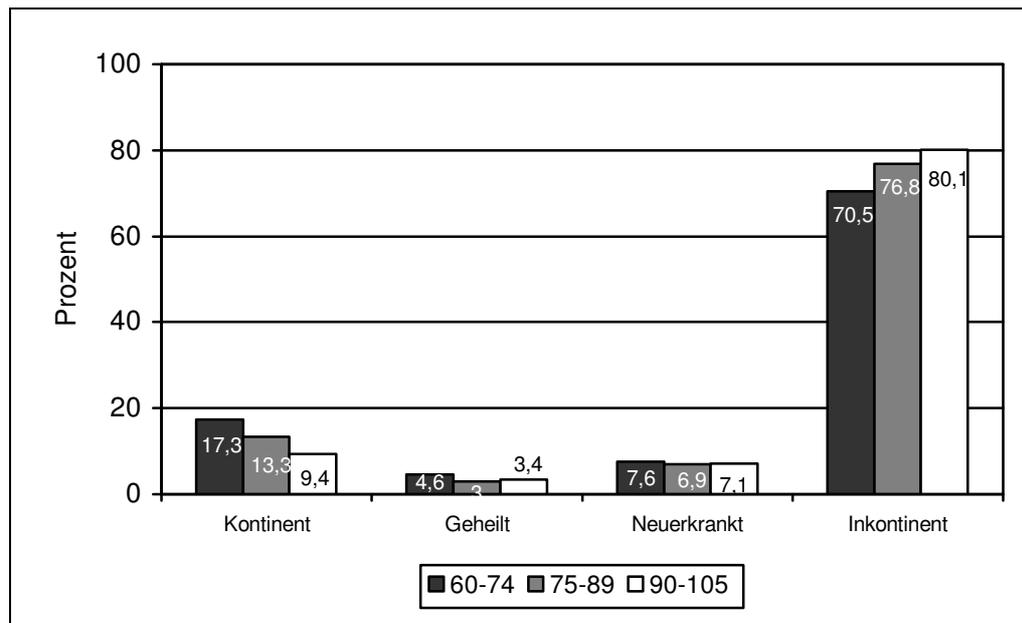


Abbildung 37: Verlaufsgruppen und Altersgruppen (N = 2000)

Ein überdurchschnittlich junges Eintrittsalter in ein Pflegeheim kann als Schutzfaktor für eine dauerhafte Kontinenz bzw. für eine Heilung der Inkontinenz bezeichnet werden. Ein spezifisches Lebensalter als Risikofaktor für eine Inkontinenzentwicklung konnte durch diese Analyse vorerst nicht nachgewiesen werden.

8.5.1.2 Pflegebedarf

Nicht für alle Bewohner dieser Stichprobe lag eine Angabe zur Pflegestufe und somit zu ihrem Pflegebedarf vor, so dass die Fallzahl in dieser Analyse nur 1497 Bewohner umfasst. Die Hypothese A3, in der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit als beeinflussender Faktor der Neuerkrankung an Harninkontinenz angenommen wird, wurde überprüft, indem zunächst der Pflegebedarf zum Aufnahmezeitpunkt (t_0), differenziert nach den Verlaufsformen, betrachtet wurde. Die deutlich signifikanten ($p < 0,001$; $\chi^2 175,305$) Unterschiede werden in Abbildung 38 dargestellt.

Bewohner, die im Laufe der ersten sechs Monate ihres Heimaufenthalts ihre Kontinenzfähigkeit erhalten konnten, hatten überproportional häufig (Standardisierte Residuen = 6,4) zum Zeitpunkt des Heimeintritts keinen bzw. einen erheblichen Pflegebedarf (Stufe 0 bzw. I), genauso wie von Inkontinenz geheilte Bewohner (Standardisierte Residuen = 3,5). Dagegen waren dauerhaft Inkontinente (Standardisierte Residuen = 3,7 und 2,7) häufiger in den hohen Pflegestufen (Stufe II und III) vertreten und deutlich seltener bei weniger pflegebedürftigen Bewohnern (Stufe 0 und I) (Standardisierte Residuen = -4,6).

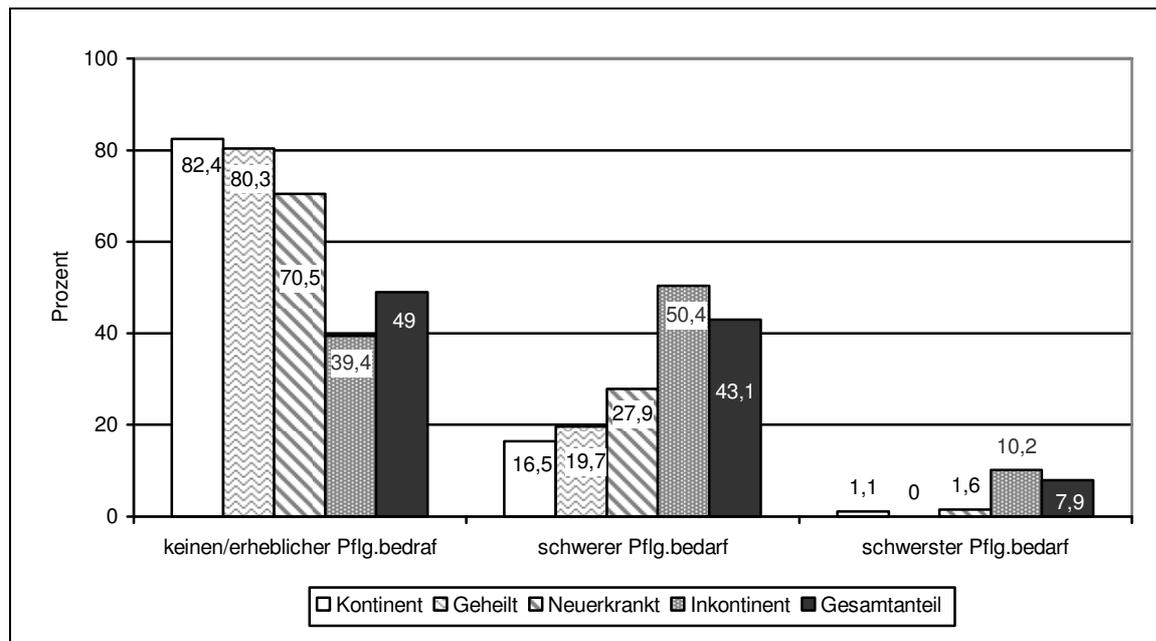


Abbildung 38: Verteilung Pflegebedarf zu t0 und Verlaufsgruppen (n = 1497)

Erstaunlicherweise traten die Neuerkrankungen unverhältnismäßig häufig (Standardisierte Residuen = 3,5) bei Bewohnern auf, die (noch) zum Zeitpunkt der Heimaufnahme einen insgesamt geringeren Pflegebedarf hatten –, also Stufe 0 bzw. Stufe I.

Es kann konstatiert werden, dass nur die Form der dauerhaften Inkontinenz mit einem hohen Pflegebedarf zum Aufnahmezeitpunkt assoziiert zu sein scheint. Neuerkrankungen, Heilungen und dauerhafte Kontinenz korrelieren hingegen mit einem geringeren Pflegebedarf zu t0. Die Hypothese A3) muss abgelehnt werden, die Hypothese A4), die einen geringen Pflegebedarf als Einflussfaktor einer wiederhergestellten Kontinenzfähigkeit vermutete, hat sich bestätigt.

Wenn man den Einfluss der Pflegebedürftigkeit differenzierter betrachten möchte, sind die positiven oder negativen Veränderungen des Pflegebedarfs und ihre Auswirkung auf die Verlaufsform der Harninkontinenz interessant. Entsprechend wurden Gruppenvariablen für reduzierten, erhöhten bzw. unveränderten Pflegebedarf gebildet und nach Verlaufsform der Harninkontinenz untersucht. Dabei konnte ein signifikanter Zusammenhang ($p = 0,005$; $\chi^2 = 18,730$) zwischen einer Wiederherstellung der Kontinenzfähigkeit und einer Reduktion des Pflegebedarfs konstatiert werden. (vgl. Abbildung 39).

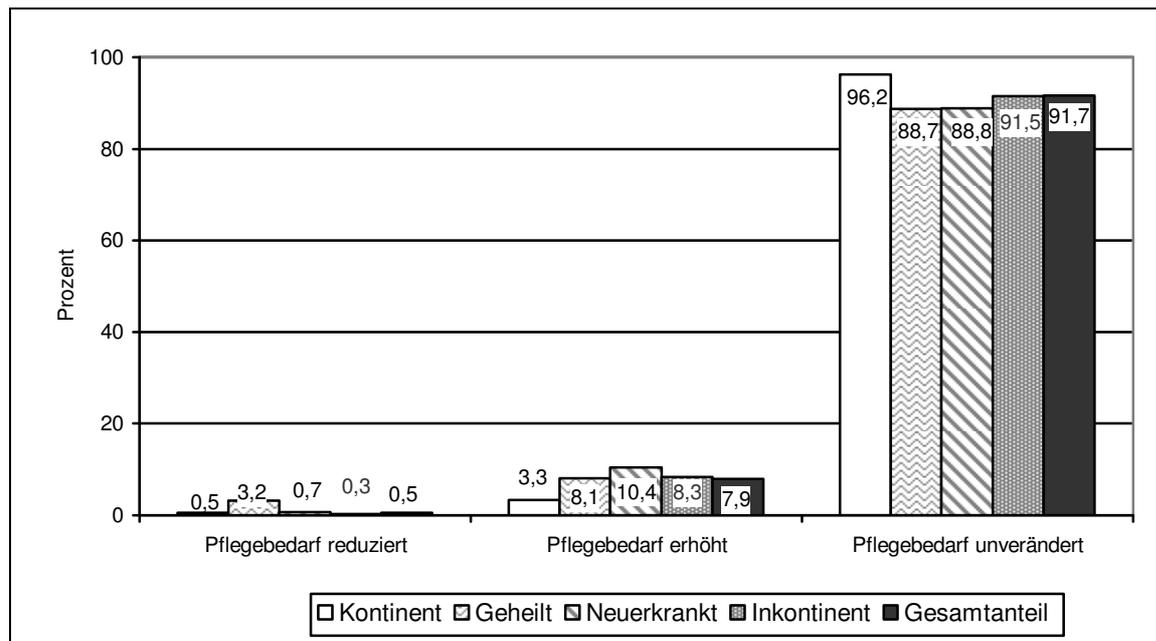


Abbildung 39: Pflegebedarf im Verlauf und Verlaufsguppen (n = 1550)

Wie Abbildung 38 weiter zeigt, war der Anteil mit 10,4 % der Neuerkrankungen, die einen erhöhten Pflegebedarf aufwiesen, im Vergleich zu den anderen Verlaufsformen erhöht. Allerdings lagen die standardisierten Residuen bei 1,1, sodass sich hier lediglich eine Tendenz und kein signifikanter Zusammenhang darstellt. Dagegen waren dauerhaft Kontinente offensichtlich vor allem jene, die ihren geringen Pflegebedarf stabilisieren konnten.

8.5.1.3 Medizinische Diagnosen

In internationalen Studien wurden bereits unterschiedliche medizinische Diagnosen als Risikofaktoren der Harninkontinenz identifiziert bzw. diskutiert (vgl. Abschnitt 5.3). Aus den elektronischen Pflegedokumentationen sind für diese Analyse nur die Erkrankungen selektiert, die in den obengenannten Studien erwähnt wurden. Insgesamt waren nur 1632 Bewohner sowohl in der Datenbank für medizinische Diagnosen als auch in der Stammdatenbank vertreten, sodass bei dieser Analyse eine Teilstichprobe betrachtet wurde.

Die Ergebnisse der Zusammenhangsanalysen verschiedener Erkrankungen und Harninkontinenz stellt die Tabelle 9 in einer Übersicht dar. Es zeigte sich, dass bei drei der hier untersuchten Erkrankungen ein signifikanter Zusammenhang vorlag: bei Demenz, Apoplex und chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COLD). Die übrigen Erkrankungen übten keinen Einfluss auf die Kontinenzsituation der Bewohner dieser Stichprobe aus.

Tabelle 9: Zusammenhang medizinische Diagnosen und Harninkontinenz (n = 1632)

Diagnose	Anzahl Erkrankter (n=1632)	Signifikanz
Demenz	921	p < 0,001
Diabetes	620	p = 0,733
Apoplex	346	p = 0,063
Herzinsuffizienz	340	p = 0,476
Depression	183	p = 0,348
Harnwegsinfekte	144	p = 0,047
COLD	140	p = 0,007
Parkinson	105	p = 0,469
Erkrankungen der Prostata	78	p = 0,127
Adipositas	55	p = 0,763
Obstipation	50	p = 0,293
Hysterektomie	14	p = 0,828
Multiple Sklerose	6	p = 0,608
Gebärmutterprolaps	5	p = 0,831

Im Folgenden werden nur die Diagnosen, differenziert nach der Verlaufsform der Harninkontinenz beschrieben, bei denen sich eine signifikante Korrelation darstellte.

Von den 1632 Bewohnern, für die eine Diagnose in der Patientendokumentation vorlag, hatten 43,6 % keine Demenz, 56,4 % waren an Demenz erkrankt. Die differenzierte Betrachtung nach Demenz und Verlaufsform der Harninkontinenz – dargestellt in Abbildung 40 – zeigte einen überproportionalen Anteil (57,3 %) von dauerhaft kontinenten und nicht dementiell erkrankten Bewohnern (Standardisierte Residuen = 2,9). Entsprechend unterrepräsentiert waren die dauerhaft kontinenten Bewohner in der Gruppe der dementiell Erkrankten mit 42,7 % (Standardisierte Residuen = -2,5).

Tendenziell, jedoch nicht signifikant lagen dauerhaft inkontinente Personen mit 58,6 % (Standardisierte Residuen = 1,0) über dem Gesamtwert der Demenzkranken, 41,4 % (Standardisierte Residuen = -1,2) unter dem Gesamtwert der nicht Demenzkranken.

Einen – dem Gesamtwert entsprechenden – Anteil nahmen sowohl die Geheilten als auch die Neuerkrankten in den beiden Gruppen ein.

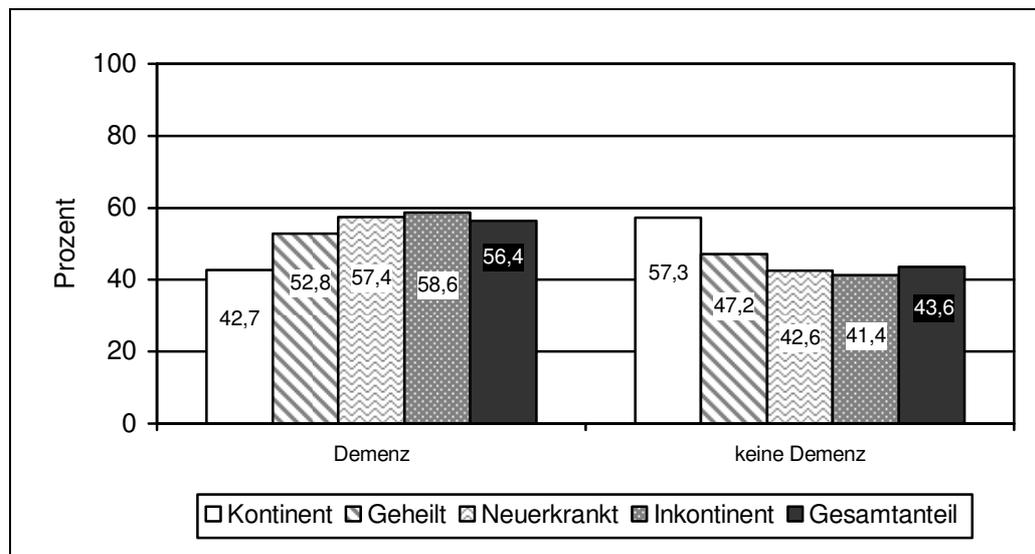


Abbildung 40: Verteilung Demenz und Verlaufsguppen (n = 1921)

Bei der Betrachtung der Zusammenhangsanalyse zwischen der Diagnose COLD und den Verlaufsguppen fallen Unterschiede zu der Gesamtverteilung besonders für die Gruppen „Kontinent“ und „Neuerkrankt“ auf (vgl. Abbildung 41). Eine obstruktive Lungenerkrankung lag bei 8,6 % der Bewohner vor. Demnach nahmen dauerhaft kontinente Bewohner mit COLD mit 14,6 % einen überproportionalen Anteil ein (Standardisierte Residuen = 2,8), 4,4 % der an Inkontinenz neuerkrankten COLD-Bewohner lagen deutlich unter dem Gesamtwert (Standardisierte Residuen = -1,7).

Keine auffälligen Befunde ergaben sich für Bewohner, die keine COLD hatten. Hier entsprachen die Verlaufsformen der Harninkontinenz dem Gesamtwert von 91,8 %. Es kann also konstatiert werden, dass in dieser Untersuchung eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung eine dauerhafte Kontinenz nach dem Heimeintritt erhält und vor einer Neuerkrankung an Harninkontinenz schützt.

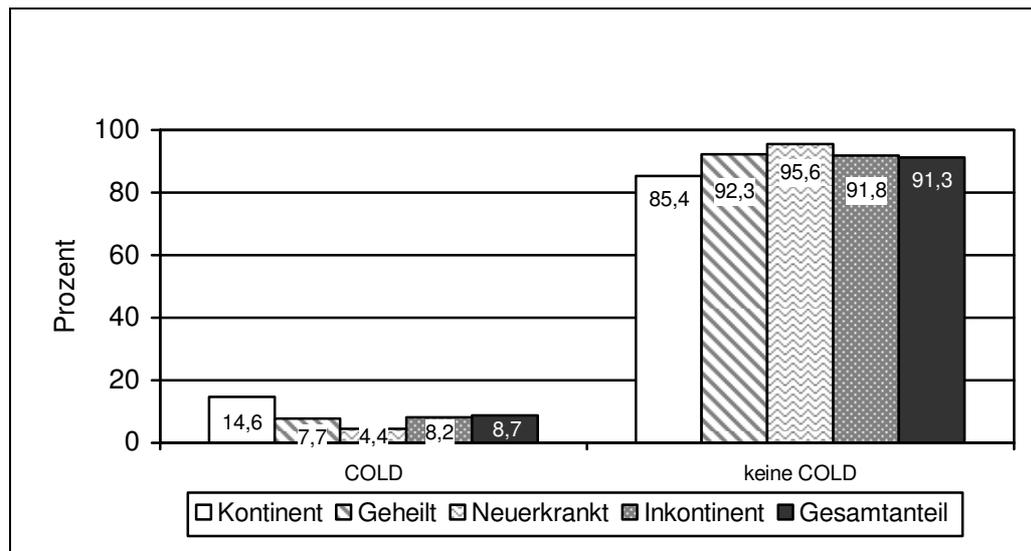


Abbildung 41: Verteilung COLD und Verlaufsguppen (n = 1632)

Der Anteil der Bewohner mit Harnwegsinfekt an der Gesamtstichprobe lag bei 8,8 % (144 Bewohner). Als deutlich unterrepräsentiert stellten sich lediglich die dauerhaft Kontinenten mit 3,6 % in der Gruppe der Bewohner mit einer Harnwegsinfektion dar (Standardisierte Residuen = -2,4). Die übrigen Verlaufsfornen lagen entsprechend der Gesamtverteilung von Bewohnern mit bzw. ohne Harnwegsinfektion vor (vgl. Abbildung 42).

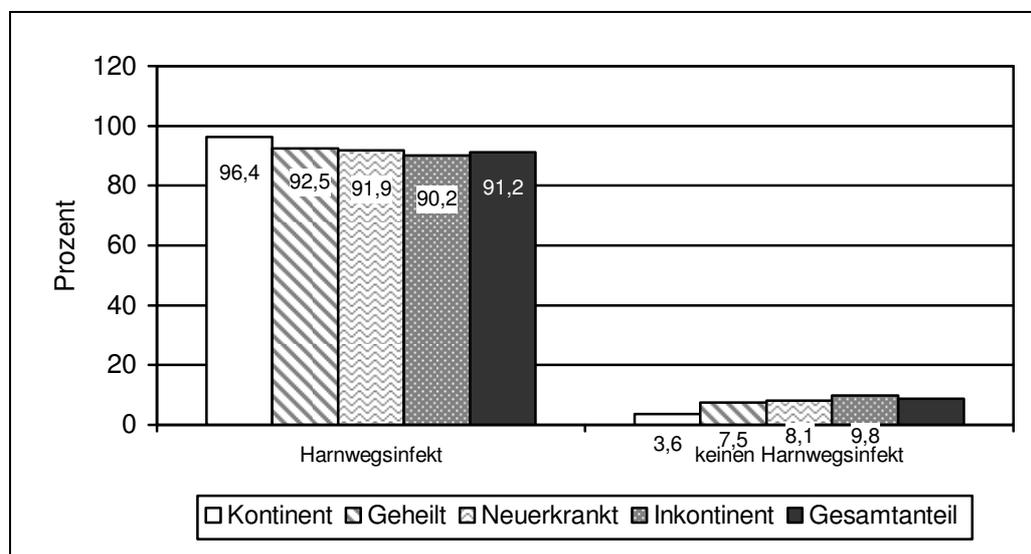


Abbildung 42: Harnwegsinfekt und Verlaufsguppen (n = 1632)

8.5.1.4 Schwerbehinderung

Da eine Schwerbehinderung mit einer körperlichen und/oder geistigen Einschränkung verbunden ist, wurde die Hypothese formuliert, dass eine vorliegende Schwerbehinderung einen Einflussfaktor für die Entwicklung der Harninkontinenz nach der Heimaufnahme darstellt. Die Analyse der Daten zeigte jedoch, dass kein signifikanter Unterschied ($p = 0,973$, $\chi^2 = 0,230$)

zwischen Bewohnern mit und ohne Schwerbehinderung und den Verlaufsformen der Harninkontinenz bestand (siehe Abbildung 43). Die Verlaufsformen traten jeweils entsprechend dem Gesamtanteil der Schwerbehinderten bzw. nicht Schwerbehinderten auf.

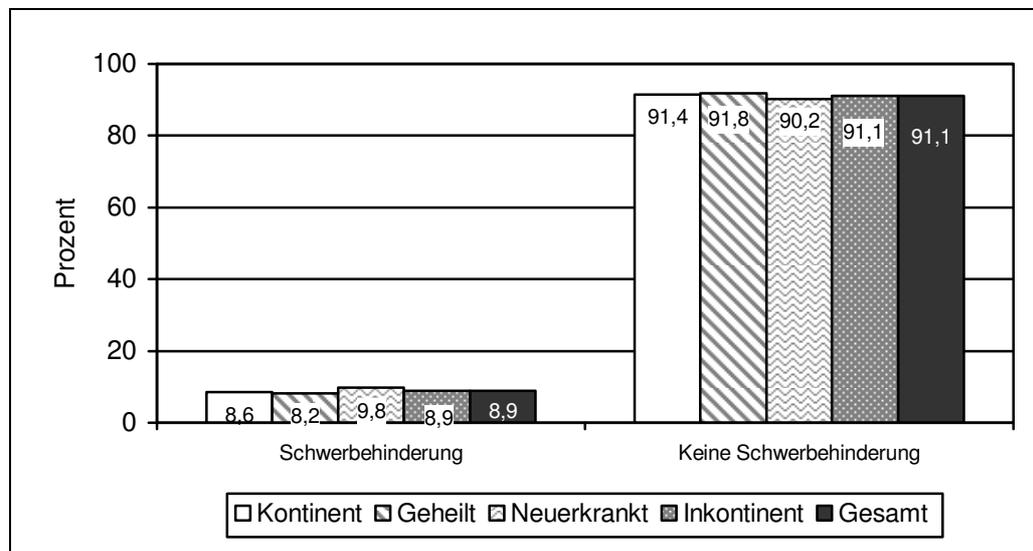


Abbildung 43: Schwerbehinderung und Verlaufsgruppen (N = 2000)

8.5.1.5 Überleben

Zwischen den Variablen „Überleben“ und „Verlaufsform der Harninkontinenz“ zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,001$; $\chi^2 = 19,418$) dahingehend, dass Bewohner mit einer dauerhaften Inkontinenz häufiger das erste halbe Jahr im Pflegeheim nicht überlebten.

Insgesamt verstarben 10,5 % der Stichprobe innerhalb der ersten sechs Monate nach ihrem Eintritt in die Institution. Bewohner, die im Pflegeheim nicht überlebten, waren mit 12,0 % überproportional häufig dauerhaft inkontinent (Standardisierte Residuen = 1,9). Die Verlaufsformen der Harninkontinenz dauerhafte Kontinenz waren deutlich mit 3,3 % (Standardisierte Residuen = -3,5) und Geheilte mit 5,9 % (Standardisierte Residuen = -1,3) tendenziell im Verhältnis zum Gesamtwert unterrepräsentiert (vgl. Abbildung 44).

In der Gruppe der Überlebenden waren keine signifikanten Häufigkeitsverteilungen der Verlaufsform der Harninkontinenz erkennbar. Mortalität kann inhaltlich nicht als Risikofaktor der Harninkontinenz betrachtet werden. Die Ergebnisse lassen jedoch die Vermutung zu, dass dauerhafte Inkontinenz ein Prädiktor für Mortalität im Pflegeheim sein könnte, was bereits durch eine andere Studie untersucht wurde (Mautner et al., 1993)

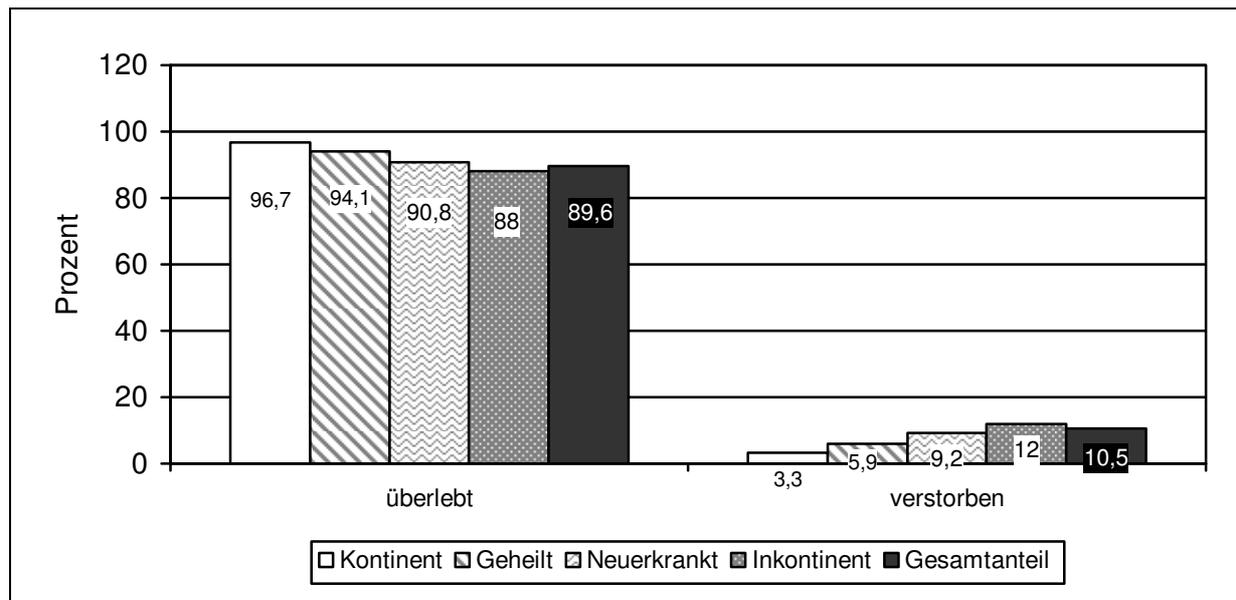


Abbildung 44: Überleben und Verlaufsguppen (N = 2000)

8.5.1.6 Körperliche Fähigkeiten

Mit dem Item der Nortonskala „körperlicher Zustand“ wird der körperliche Gesamtzustand eines Bewohners, der sich aus dem Ernährungszustand und dem Allgemeinzustand zusammensetzt, beurteilt. Es wird vermutet, dass ein schlechter bzw. sehr schlechter Gesamtzustand zum Aufnahmezeitpunkt häufiger mit einer Neuerkrankung an Harninkontinenz assoziiert ist, als ein guter körperlicher Zustand. Eine Einschätzung des körperlichen Zustandes lag zum Aufnahmezeitpunkt nicht für die gesamte Stichprobe, sondern nur für 1652 Bewohner vor, so dass an dieser Stelle eine Teilstichprobe betrachtet wird.

Die Analyse des körperlichen Zustandes zu t0 unter Einbeziehung der Variablen „Verlaufsform der Inkontinenz“ zeigte einen signifikanten ($p < 0,001$; $\chi^2 = 85,013$) Zusammenhang, der jedoch nicht die o. g. Hypothese bestätigte (vgl. Abbildung 45): 56,3 % der neuerkrankten Bewohner dieser Stichprobe hatten zum Aufnahmezeitpunkt einen guten körperlichen Zustand und waren damit deutlich überproportional häufig vertreten (Standardisierte Residuen = 3,6). Vergleichsweise selten wiesen neuerkrankte Bewohner einen „schlechten/sehr schlechten körperlichen Zustand“ auf (Standardisierte Residuen = -3,4).

Mit der Hälfte befand sich erwartungsgemäß ein hoher Anteil der dauerhaft kontinenten Bewohner in einem guten körperlichen Zustand (Standardisierte Residuen = 3,8). Die dauerhaft inkontinenten Bewohner waren dagegen vergleichsweise häufig in einem schlechten/sehr schlechten körperlichen Zustand (Standardisierte Residuen = 3,4).

Geheilte Bewohner befanden sich eher in einem „guten“ bzw. „leidlichen körperlichen Zustand“ und waren zu einem geringen Teil in einem „schlechten/sehr schlechten“ körperlichen Zustand (Standardisierte Residuen = -1,9).

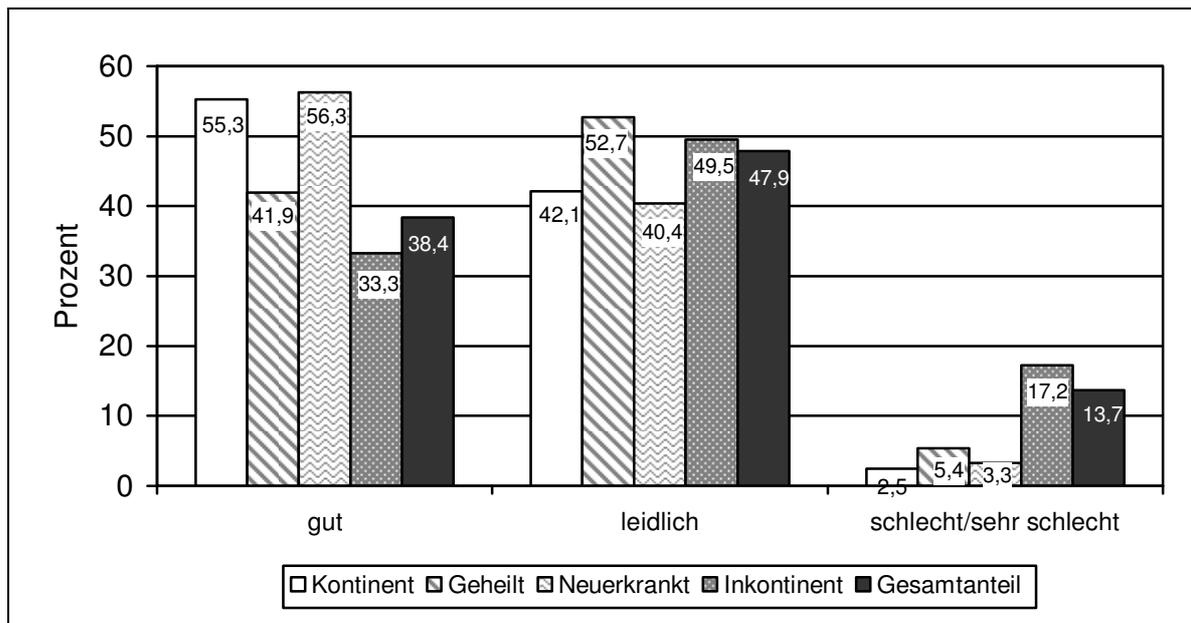


Abbildung 45: Körperlicher Zustand zu t0 und Verlaufsguppen (N = 1652)

Im weiteren Verlauf der Analyse wurden positive oder negative Veränderungen des körperlichen Zustands der Bewohner im Untersuchungszeitraum ebenfalls in einer VerlaufsvARIABLE abgebildet (siehe Methodenteil), um zu überprüfen, ob ein sich verbessernder bzw. sich verschlechternder körperlicher Zustand die Kontinenzfähigkeit der Bewohner beeinflusst. Diese VerlaufsvARIABLE konnte für eine Teilstichprobe $n = 2000$ gebildet werden. Insgesamt hatten sich 15,6 % der Bewohner körperlich verbessert, 22,0 % körperlich verschlechtert. Einen unveränderten körperlichen Zustand wiesen 62,5 % der Bewohner auf. In Darstellung 46 wird das signifikante ($p = <0,001$; $\chi^2 = 62,284$) Ergebnis der Zusammenhangsanalyse der Variablen „Veränderung körperlicher Zustand“ und „Verlaufsguppen“ dargestellt.

Die Bewohner, die nach ihrem Heimeintritt ihre Kontinenzfähigkeit verloren hatten, verschlechterten sich überproportional häufig (Standardisierte Residuen = 2,7) auch in ihrem körperlichen Zustand. Demgegenüber konnten Bewohner, die in ihrem körperlichen Gesamtzustand eine Verbesserung erreichen konnten, überproportional häufig ihre Kontinenzfähigkeit zurückerlangen (Standardisierte Residuen = 1,6).

Kontinente Bewohner mit unverändertem körperlichem Zustand waren mit 81,9 % überproportional oft vertreten (Standardisierte Residuen = 3,8), deutlich unterrepräsentiert in den Gruppen „verbessert“ (Standardisierte Residuen = -2,6) und „verschlechtert“ (Standardisierte Residuen = -4,8). Die dauerhaft inkontinenten Bewohner traten entsprechend den Gesamtwerten in allen drei Gruppen auf.

Damit kann geschlussfolgert werden, dass nicht der schlechte körperliche Zustand bei der Heimaufnahme einen Risikofaktor der Harninkontinenzentwicklung darstellt, sondern der

Verlust einer guten Konstitution die Entwicklung einer Harninkontinenz beeinflusst und andererseits die Verbesserung der körperlichen Konstitution eine Heilung begünstigt.

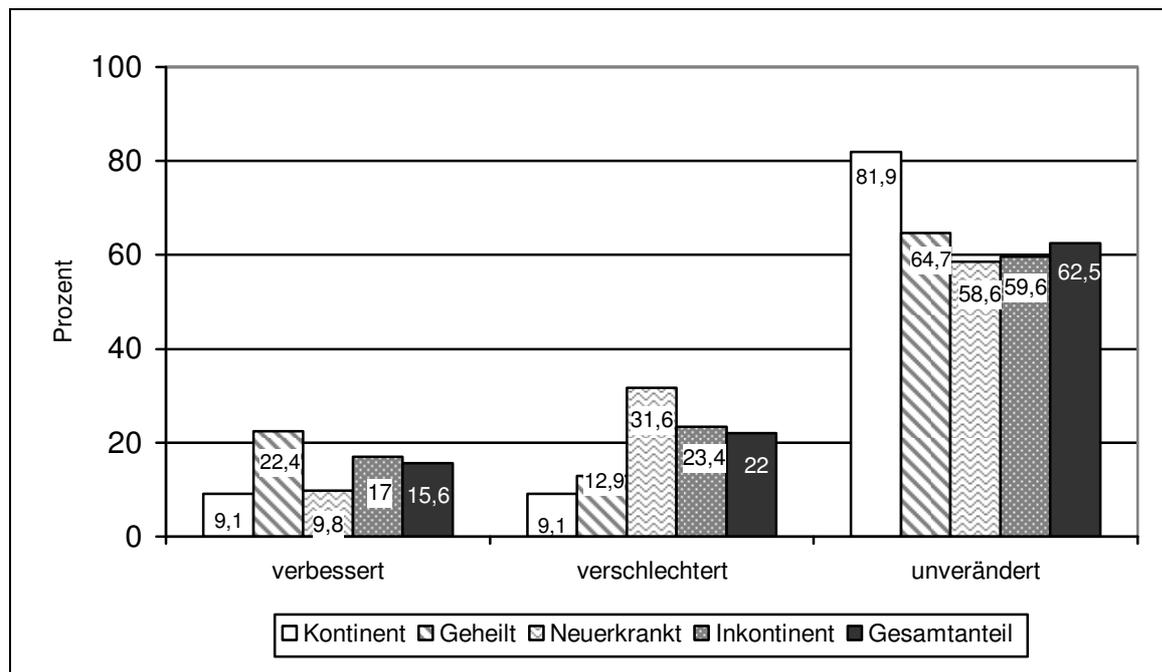


Abbildung 46: Veränderung körperlicher Zustand und Verlaufsguppen (N = 2000)

Ein sehr großer Einfluss auf die Kontinenzfähigkeit wird in der Literatur der Gehfähigkeit, also der Mobilität eines Bewohners zugesprochen. So wird auch in dieser Arbeit hypothetisch vermutet, dass eine Neuerkrankung an Harninkontinenz durch eine verminderte Gehfähigkeit zum Aufnahmezeitpunkt begünstigt wird.

Bei der Analyse der Mobilität der Bewohner zum Aufnahmezeitpunkt – abgebildet mit dem Item der Nortonskala „Aktivität zu t0“ – waren signifikante Unterschiede ($p < 0,001$; $\chi^2 = 144,079$) zwischen den Verlaufsguppen erkennbar (vgl. Abbildung 47). Jedoch zeigte sich nicht wie erwartet eine Korrelation mit Immobilität, sondern mit uneingeschränkter Mobilität: An Harninkontinenz erkrankten überproportional häufig die Bewohner neu, die zum Aufnahmezeitpunkt selbstständig gehen konnten (Standardisierte Residuen = 2,6), gefolgt von jenen, die zum Aufnahmezeitpunkt mit Hilfe gehfähig waren (Standardisierte Residuen = 2,3). Entsprechend unterrepräsentiert waren die neuerkrankten rollstuhlbedürftigen bzw. bettlägerigen Bewohner (Standardisierte Residuen = -3,4 bzw. -3,1).

Die dauerhafte Kontinenz war jedoch deutlich positiv mit der selbstständigen Gehfähigkeit assoziiert (Standardisierte Residuen = 5,6). Dauerhaft inkontinente Bewohner waren besonders häufig auf einen Rollstuhl angewiesen bzw. bettlägerig und damit vermindert mobil (Standardisierte Residuen = 3,2 bzw. 3,2). Die Wiedererlangung der Kontinenzfähigkeit trat eher überproportional häufig (Standardisierte Residuen = 1,7) bei Bewohnern auf, die ohne Hilfe gehen konnten. Keiner der Bewohner, die das Bett nicht mehr verlassen konnten, hatte

seine Kontinenzfähigkeit wiedererlangt (Standardisierte Residuen = -2,7). Dauerhafte Inkontinenz war unterrepräsentiert bei Bewohnern, die ohne Unterstützung zum Aufnahmezeitpunkt gehen konnten (Standardisierte Residuen = -3,6).

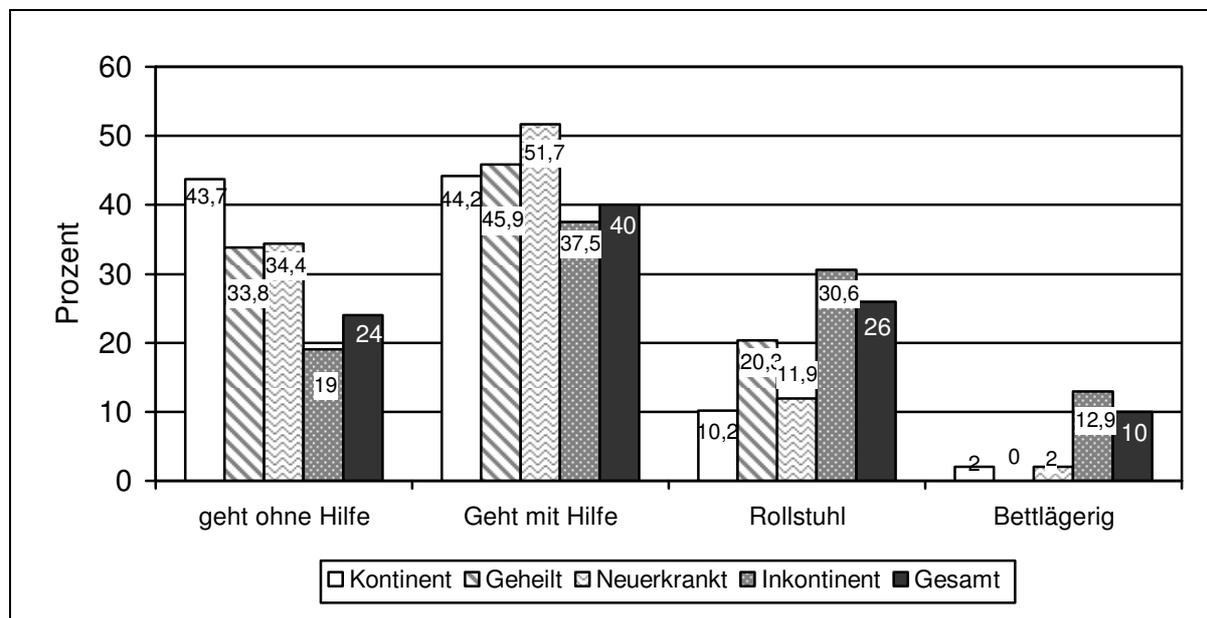


Abbildung 47: Aktivität zu t0 und Verlaufsgruppen (n = 1652)

Um den Einfluss der Gehfähigkeit auf die Kontinenzsituation differenzierter betrachten zu können, wurde eine Verlaufsvariable gebildet (vgl. Kapitel Methodenteil), die Verbesserungen, Verschlechterungen sowie keine Veränderungen der Gehfähigkeit abbildet. Abbildung 48 zeigt die signifikante Korrelation zwischen den Variablen „Aktivität im Verlauf“ und „Verlaufsgruppen“ ($p < 0,001$; $\chi^2 = 48,807$). Der größte Anteil (77,3 %) der Bewohner wies keine Veränderung im Mobilitätsstatus auf. Im Bereich ihrer Mobilität konnten sich 11,8 % verbessern, 16,2 % verschlechterten sich.

An Harninkontinenz neuerkrankte Bewohner verschlechterten sich in ihrer Gehfähigkeit überproportional häufig (Standardisierte Residuen = 2,8). Bewohner, die ihre Kontinenzfähigkeit wiedererlangten, verbesserten deutlich häufiger als erwartet ihre Gehfähigkeit (Standardisierte Residuen = 3,2). Dauerhaft Kontinente wiesen vor allem eine Konstanz in ihrer relativ guten Fortbewegungsfähigkeit auf (Standardisierte Residuen = 2,2). Es ist zu konstatieren, dass eine sich verschlechternde Gehfähigkeit für eine Inkontinenzentwicklung nach dem Heimeintritt bedeutungsvoller zu sein scheint als Immobilität, die bereits zum Zeitpunkt des Heimeintritts vorlag.

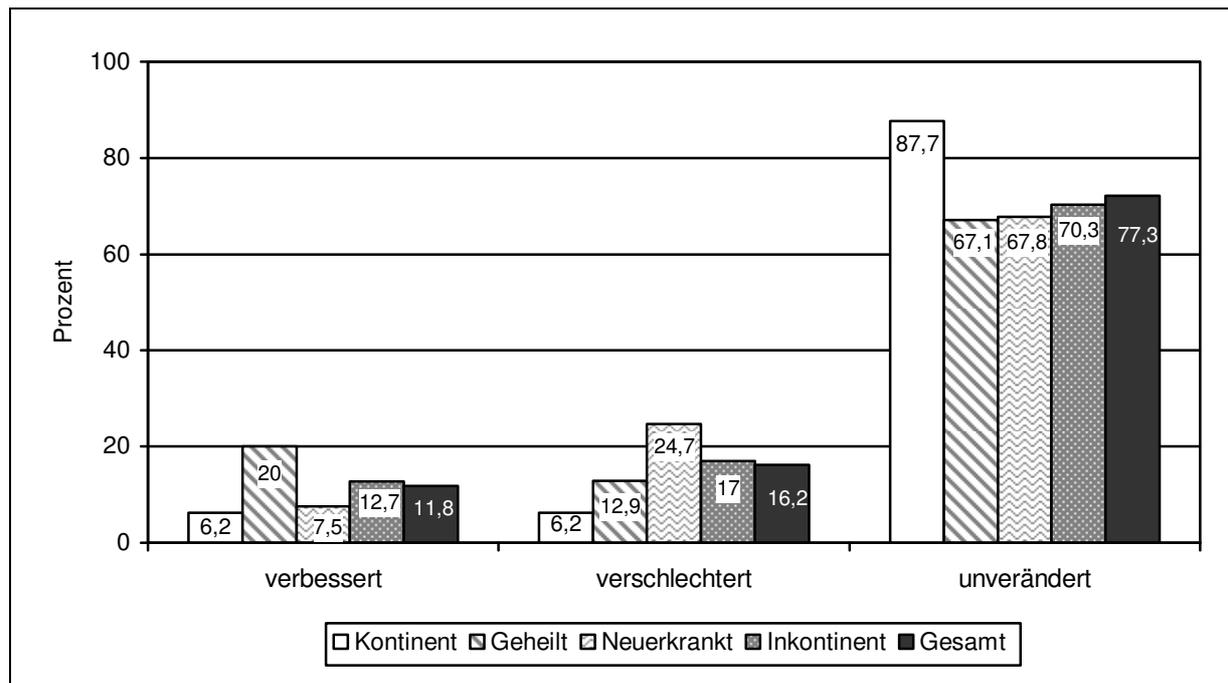


Abbildung 48: Veränderung der Aktivität und Verlaufsguppen (N = 2000)

In dieser Studie wird angenommen, dass die Beweglichkeit der Gelenke für den Erhalt der Kontinenz eine bedeutsame Fähigkeit darstellt. Bewegungsfähigkeit ist notwendig, um die Kleidung öffnen und schließen zu können. Sie ist ebenfalls unabdingbar für die Benutzung der Toilette. Entsprechend wird in dieser Studie vermutet, dass Bewohner mit einer eingeschränkten Beweglichkeit zum Aufnahmezeitpunkt häufiger an Harninkontinenz erkranken, als Bewohner mit einer guten Beweglichkeit. Im Item „Beweglichkeit“ der Nortonskala wird die Bewegungsfähigkeit der Bewohner bewertet. Da nur für 1652 Bewohner zum Aufnahmezeitpunkt eine Nortoneinschätzung vorlag, wird an dieser Stelle eine Teilstichprobe betrachtet. Eine Zusammenhangsanalyse der Variablen „Beweglichkeit zu t0“ und „Verlaufsguppe“ zeigte eine signifikante ($p < 0,001$; $\chi^2 = 146,230$) Korrelation.

Die Verteilung der Verlaufsguppen, dargestellt in Abbildung 49; zeigte, dass Neuerkrankungen überproportional häufig bei Bewohnern mit voller Bewegungsfähigkeit (Standardisierte Residuen = 4,3) bzw. kaum eingeschränkter Bewegungsfähigkeit (Standardisierte Residuen = 1,8) auftraten, Neuerkrankungen bei Bewohnern mit voller Bewegungseinschränkung jedoch unterrepräsentiert waren (Standardisierte Residuen = -4,1).

Deutliche Werte wiesen auch die dauerhaft Kontinenten auf, sie waren überproportional häufig voll bewegungsfähig (Standardisierte Residuen = 5,4). Eine bessere Bewegungsfähigkeit scheint auch mit den Heilungschancen zu korrelieren (Standardisierte Residuen = 2,2). Dauerhaft Inkontinente zählten hingegen überwiegend zu den in ihrer Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkten Bewohnern (Standardisierte Residuen = 4,0).

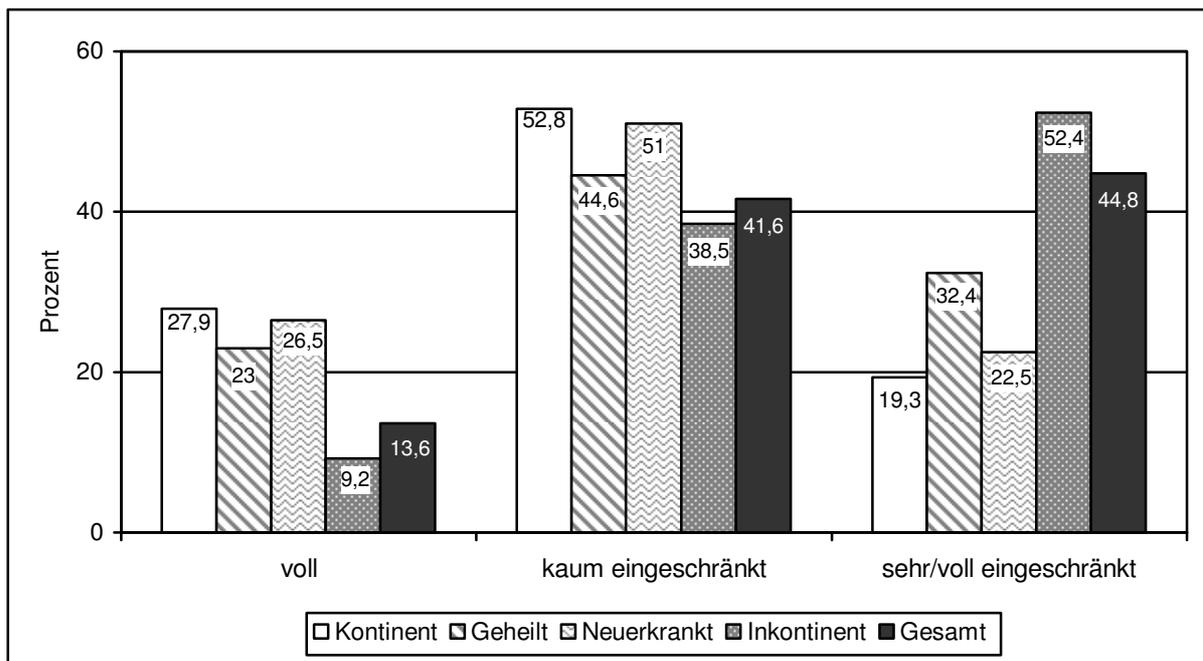


Abbildung 49: Beweglichkeit zu t0 und Verlaufgruppen (n = 1652)

Um auch im Bereich der Bewegungsfähigkeit Veränderungen abzubilden und als mögliche Einflussfaktoren zu untersuchen, wurde eine Verlaufsvariable für verbesserte, verschlechterte und unveränderte Bewegungsfähigkeit gebildet (siehe Abschnitt 7.2.2). In der Zusammenhangsanalyse mit der Variablen „Verlaufsform der Inkontinenz“ war das gleiche Muster erkennbar ($p < 0,001$; $\chi^2 = 51,585$), das sich bereits bei der Analyse der Veränderungen des körperlichen Zustandes und der Mobilität zeigte (vgl. Abbildung 50):

Bewohner, die sich in ihrer Bewegungsfähigkeit verbesserten, konnten überproportional häufig ihre Kontinenzfähigkeit zurückerlangen (Standardisierte Residuen = 4,0). Bewohner, die eine Verschlechterung in ihrer Bewegungsfähigkeit erlitten, erkrankten deutlich häufiger neu an Inkontinenz, als der Gesamtwert erwarten ließ (Standardisierte Residuen = 4,1). Dauerhaft Kontinente waren in der Bewohnergruppe, deren Bewegungsfähigkeit unverändert blieb, leicht überrepräsentiert (Standardisierte Residuen = 1,7) und in der Gruppe, deren Bewegungsfähigkeit nach der Heimaufnahme abnahm, unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -3,0).

Dauerhafte Inkontinenz war in allen Gruppen den Gesamtwerten entsprechend verteilt.

Es ist zu konstatieren, dass sich mit einer Abnahme der Bewegungsfähigkeit nach dem Heimeintritt die Gefahr einer Inkontinenzentwicklung erhöht und mit einer Verbesserung der Bewegungsfähigkeit die Heilungschancen steigen.

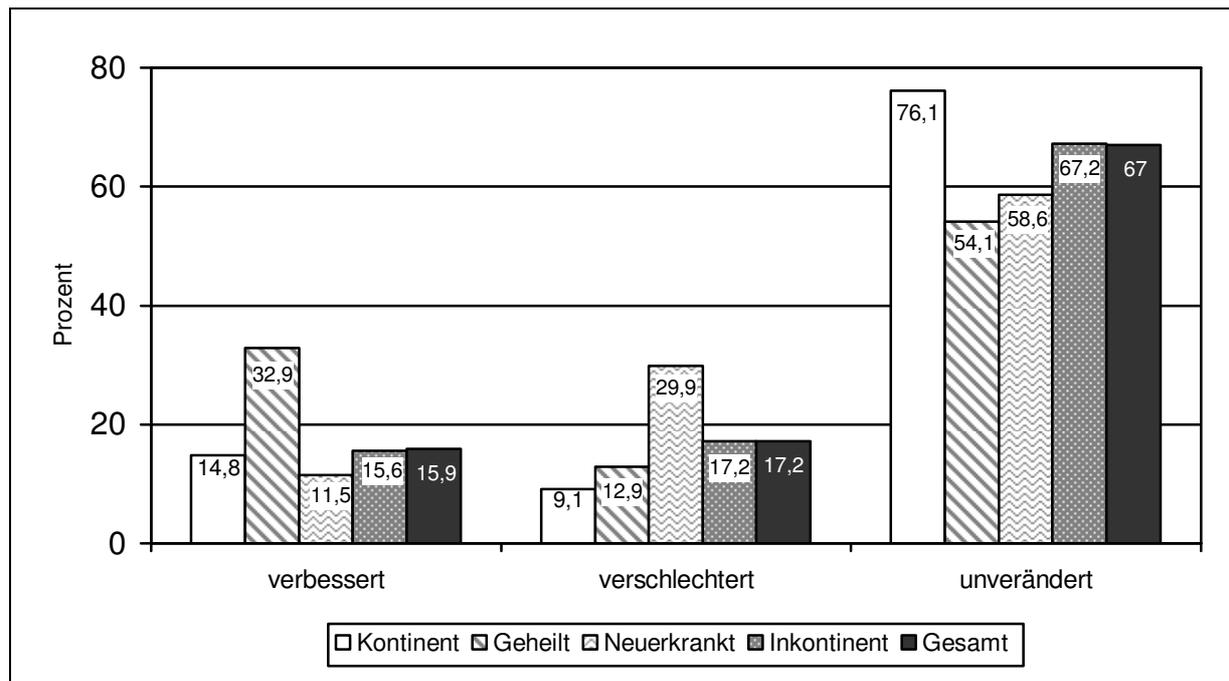


Abbildung 50: Veränderung der Beweglichkeit und Verlaufsguppen (N = 2000)

8.5.1.7 Geistige Fähigkeiten

In den untersuchten Einrichtungen wurde das Item der Nortonskala „Bereitschaft des Bewohners zur Kooperation“ im Sinne der Compliance bewertet. Es wird vermutet, dass Bewohner, die sich erst nach einer Aufforderung an der pflegerischen Intervention beteiligen, häufiger harninkontinent sind als Bewohner, die sich jederzeit unaufgefordert einbringen. Die Zusammenhangsanalyse der Variablen Kooperation und Verlaufsguppen zeigte eine signifikante Korrelation ($p < 0,001$; $\chi^2 = 166,668$).

Eine deutliche Assoziation zeigte sich bei dauerhaft Kontinenten und dauerhaft Inkontinenten mit der Kooperationsbereitschaft, dargestellt in Abbildung 51. Während die Kontinenten mit einer hohen Kooperationsbereitschaft positiv (Standardisierte Residuen = 8,3) und mit einer geringen Kooperationsbereitschaft negativ korreliert (Standardisierte Residuen = -4,9) waren, verteilten sich dauerhaft Inkontinente entsprechend gegenläufig. Hier war ein positiver Zusammenhang mit geringer Kooperationsbereitschaft erkennbar (Standardisierte Residuen = 3,6) und ein negativer Zusammenhang mit einer hohen Motivation (Standardisierte Residuen = -5,0).

Drei Viertel derer, die eine Harnkontinenz wiedererlangen konnten, verfügten auch über eine ausgeprägte Kooperationsbereitschaft (Standardisierte Residuen = 2,4). Bewohner, die neu erkrankten, waren ebenfalls zu einem erstaunlich hohen Anteil zum Aufnahmezeitpunkt (voll bzw. wenig) kooperativ (Standardisierte Residuen = 3,1).

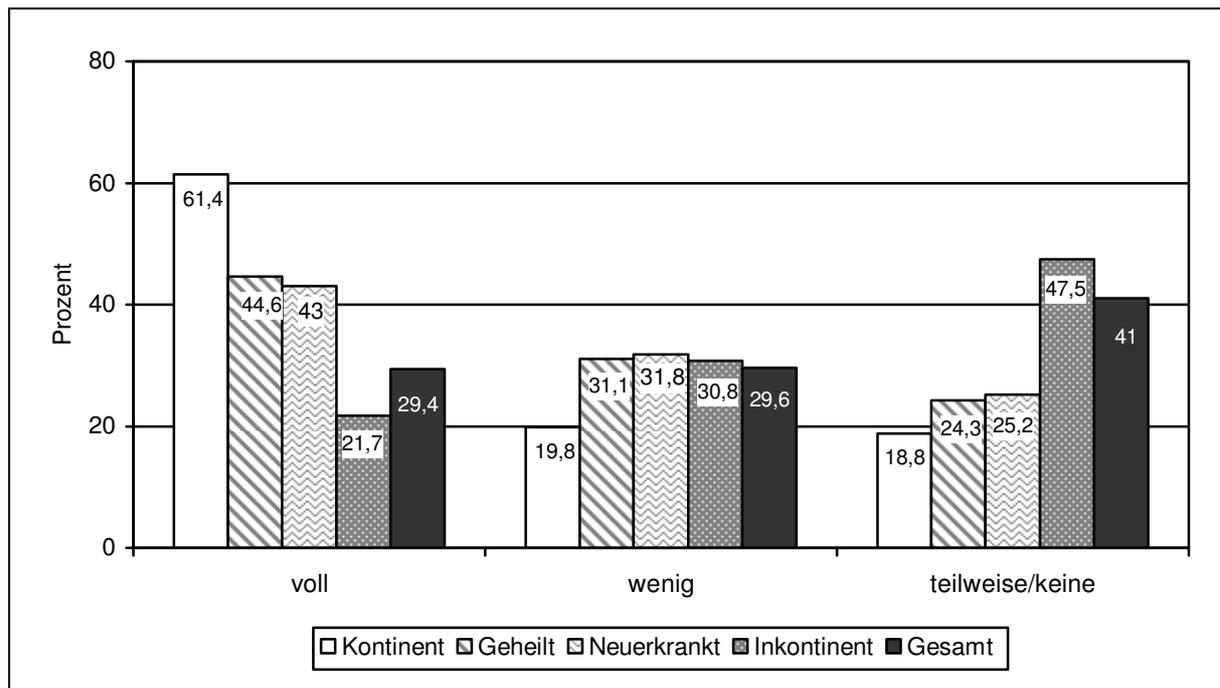


Abbildung 51: Kooperation zu t0 und Verlaufsguppen (n = 1652)

Die Zusammenhangsanalyse der Variable „Kooperation im Verlauf“ mit der Variable „Verlaufsform der Harninkontinenz“ zeigte eine deutliche Korrelation ($p = 0,001$; $\chi^2 = 23,565,252$), in der das bereits oben beschriebene Muster der „Veränderungsabhängigkeit der Nortonitems“ wiederzuerkennen ist (vgl. Abbildung 52).

Von Harninkontinenz geheilte Bewohner hatten ihre Kooperationsbereitschaft überproportional häufig verbessert (Standardisierte Residuen = 2,0), während eine Neuerkrankung besonders häufig mit einer verschlechterten Kooperationsbereitschaft einherging (Standardisierte Residuen = 2,4). Bewohner mit einer stabilen Kontinenz waren überproportional häufig auch im Bereich ihrer (überwiegend hohen) Kooperationsbereitschaft stabil (Standardisierte Residuen = 2,0).

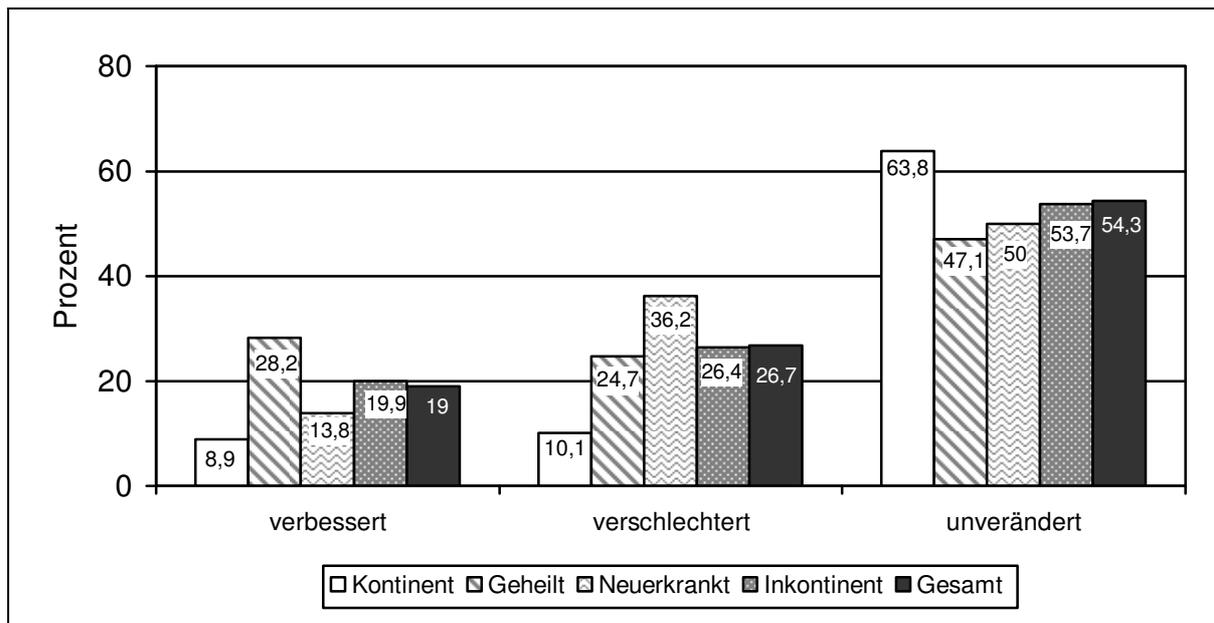


Abbildung 52: Veränderung der Kooperation und Verlaufsguppen (N = 2000)

Den geistigen Fähigkeiten älterer Menschen wird in der Literatur ein großer Einfluss auf die Kontinenzfähigkeit zugesprochen. Die Hypothese, dass Bewohner mit geringeren geistigen Fähigkeiten häufiger inkontinent waren, kann nur für die dauerhafte Inkontinenz bestätigt werden ($p < 0,001$; $\chi^2 = 109,458$).

Apathisch/teilnahmslose bzw. verwirrte, dauerhaft inkontinente Bewohner waren überrepräsentiert (Standardisierte Residuen = 2,2 bzw. 2,5) und als geistig klar eingestufte, dauerhaft inkontinente Bewohner unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -3,8) (vgl. Abbildung 53).

Die Gruppe der Kontinenten war durch einen überproportional großen Anteil (Standardisierte Residuen = 5,9) durch die geistig klaren Bewohner gekennzeichnet. Bewohner, die als verwirrt oder apathisch/teilnahmslos beschrieben waren, traten deutlich unter dem Gesamtwert auf (Standardisierte Residuen = -4,2 bzw. -2,6).

Bemerkenswert ist jedoch, dass die Neuerkrankungen am häufigsten bei den als geistig klar eingestuften Bewohnern auftrat (Standardisierte Residuen = 2,4). Verwirrte Bewohner waren im Bereich der Neuerkrankungen kaum unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -1,3). Apathisch/teilnahmslose/stuporöse, neuerkrankte Personen traten vergleichsweise seltener auf (Standardisierte Residuen = -2,0).

Bewohner mit zurückgewonnener Kontinenzfähigkeit zeichneten sich vergleichsweise häufig durch einen klaren geistigen Zustand aus (Standardisierte Residuen = 2,5), waren bei apathisch/teilnahmslos/stuporösen Bewohnern deutlich unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -2,1) und traten in der Gruppe der verwirrten Bewohner eher selten auf (Standardisierte Residuen = -1,3).

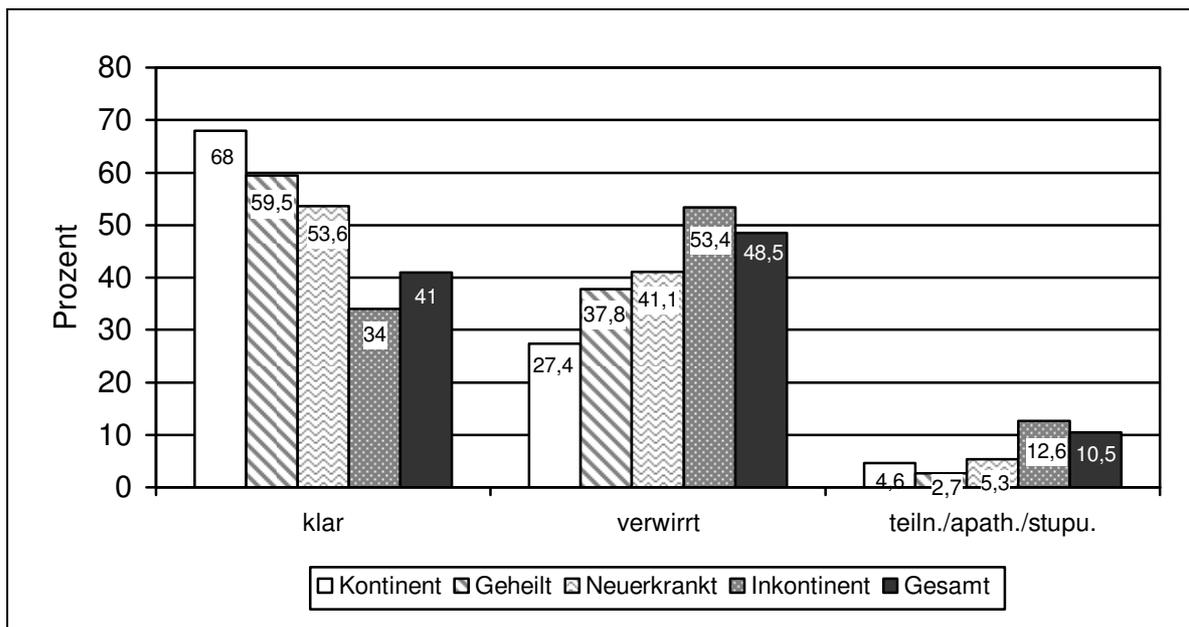


Abbildung 53: Geistiger Zustand zu t0 und Verlaufsguppen (n = 1652)

Die Veränderungen des geistigen Zustandes, abgebildet in der Variablen „Veränderung des geistigen Zustands“, korrelierte signifikant ($p = 0,001$; $\chi^2 = 23,615$) mit den Verlaufsformen der Harninkontinenz (siehe Abbildung 54). Bei Neuerkrankten hatte sich im Untersuchungszeitraum der geistige Zustand im Vergleich zu den anderen Gruppen eher häufig verschlechtert (Standardisierte Residuen = 1,3), von Inkontinenz Geheilte zeichneten sich dagegen durch häufig verbesserte geistige Fähigkeiten aus (Standardisierte Residuen = 2,7). Für die Neuentwicklung der Harninkontinenz scheinen die Verschlechterungen im Bereich der geistigen Fähigkeiten einen größeren Einfluss auszuüben, als bereits vor dem Heimeintritt bestehende geistige Einschränkungen.

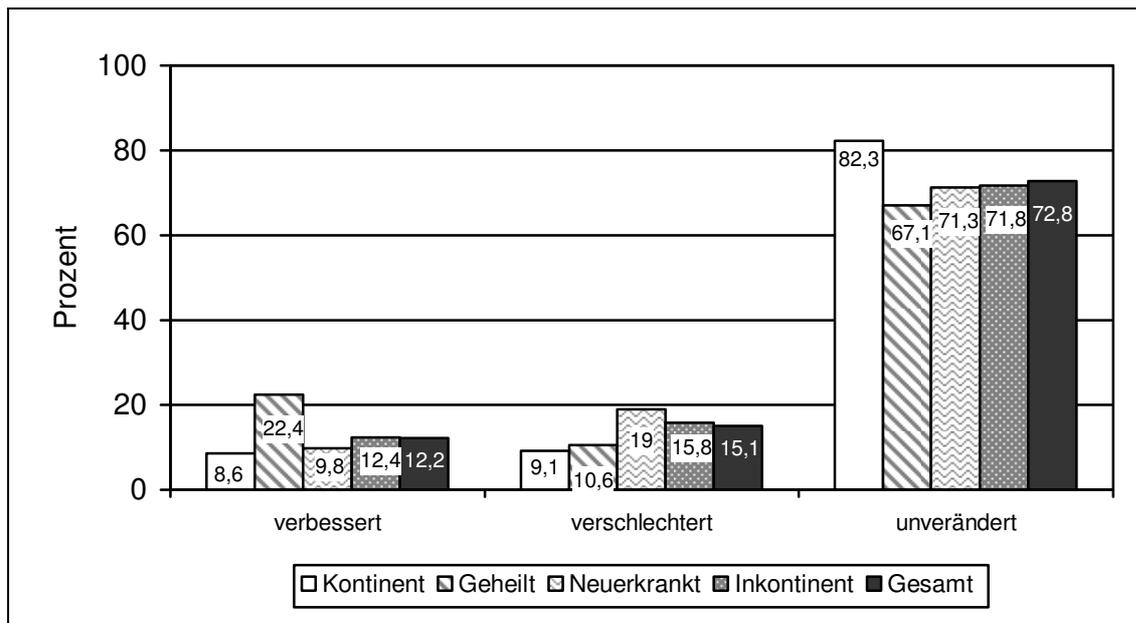


Abbildung 54: Veränderung des geistigen Zustandes und Verlaufsguppen (n = 2000)

In der internationalen Literatur wird Rauchen als Risikofaktor der Harninkontinenz diskutiert (Bump & McClish, 1992; Fonda et al., 2002). Für diese Untersuchung wurde die Hypothese entwickelt, dass Raucher nach ihrem Heimeintritt häufiger an Harninkontinenz erkranken als Nichtraucher. Da nicht für alle Bewohner eine Beurteilung ihres Rauchverhaltens in der Pflegedokumentation vorlag, kann hier nur eine Teilstichprobe von 1388 Bewohnern untersucht werden.

Die Zusammenhangsanalyse der Variablen „Rauchverhalten“ und „Verlaufsform der Harninkontinenz“ zeigte eine signifikante Korrelation ($p = 0,000$; $\chi^2 = 18,957$). In der Abbildung 55 wird deutlich, dass die Raucher überproportional häufig ihre Kontinenzfähigkeit dauerhaft erhalten konnten (Standardisierte Residuen = 3,7). Die Verteilung der Raucher auf die weiteren Verlaufsguppen sowie die Verteilung der Nichtraucher auf alle vier Verlaufsguppen lag entsprechend den Gesamtwerten. Somit kann die Hypothese, dass Rauchen einen Einflussfaktor der Inkontinenzentwicklung im Pflegeheim darstellt, nicht bestätigt werden.

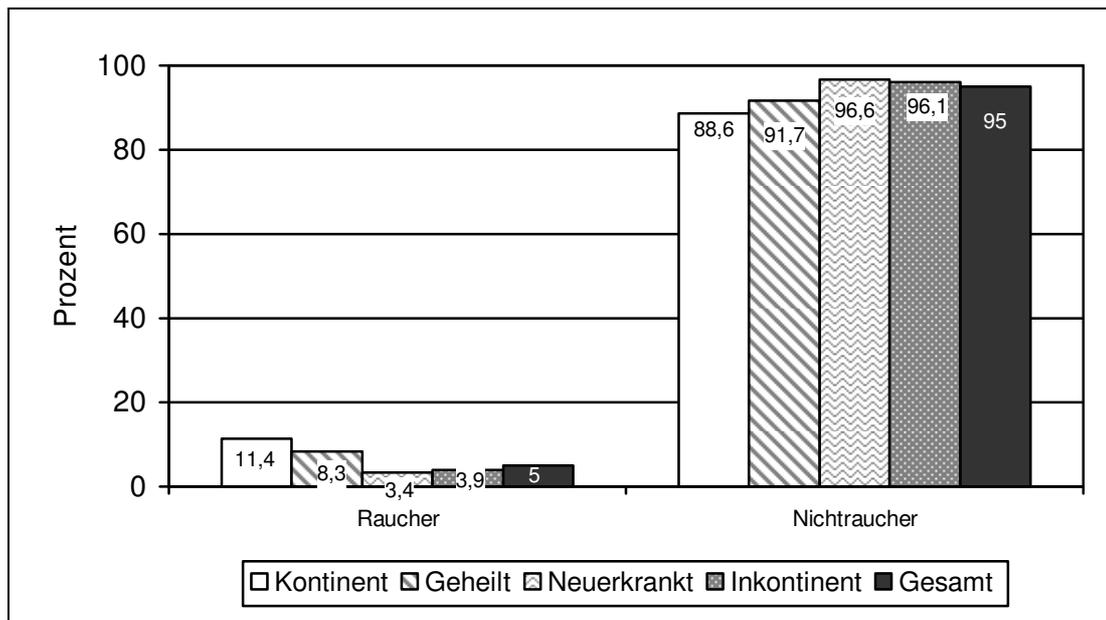


Abbildung 55: Rauchverhalten und Verlaufsguppen (n = 1388)

8.5.2 Bivariate Analyse möglicher Umgebungsfaktoren

8.5.2.1 Heimgröße und Lokalisation

Hypothetisch wurde angenommen, dass die Heimgröße einen Einfluss auf die Kontinenzfähigkeit der Bewohner hat, da Menschen, die in einem Heim mit einer geringeren Pflegeplatzzahl einzogen, sich aufgrund einer überschaubareren Umgebung leichter eingewöhnen können. Die Zusammenhangsanalyse der Variablen „Heimgröße“ und „Verlaufsguppe“ zeigte eine signifikante Korrelation ($p = 0,002$; $\chi^2 = 20,759$). Interessanterweise lagen die größten Abweichungen vom Gesamtwert jedoch in den kleinen Einrichtungen: Hier kam die dauerhafte Kontinenz (Standardisierte Residuen = 2,2) häufiger vor (siehe Abbildung 56). Eher unter dem Gesamtwert lagen dauerhaft inkontinente Bewohner in kleinen Heimen (Standardisierte Residuen = -1,7). In Heimen mit einer Platzzahl zwischen 100-200 fiel auf, dass die Neuerkrankungen leicht unterrepräsentiert waren (Standardisierte Residuen = -1,7) und in großen Heimen (> 200 Pflegeplätze) tendenziell weniger dauerhaft Kontinente auftraten, als zu erwarten gewesen wäre (Standardisierte Residuen = -1,6).

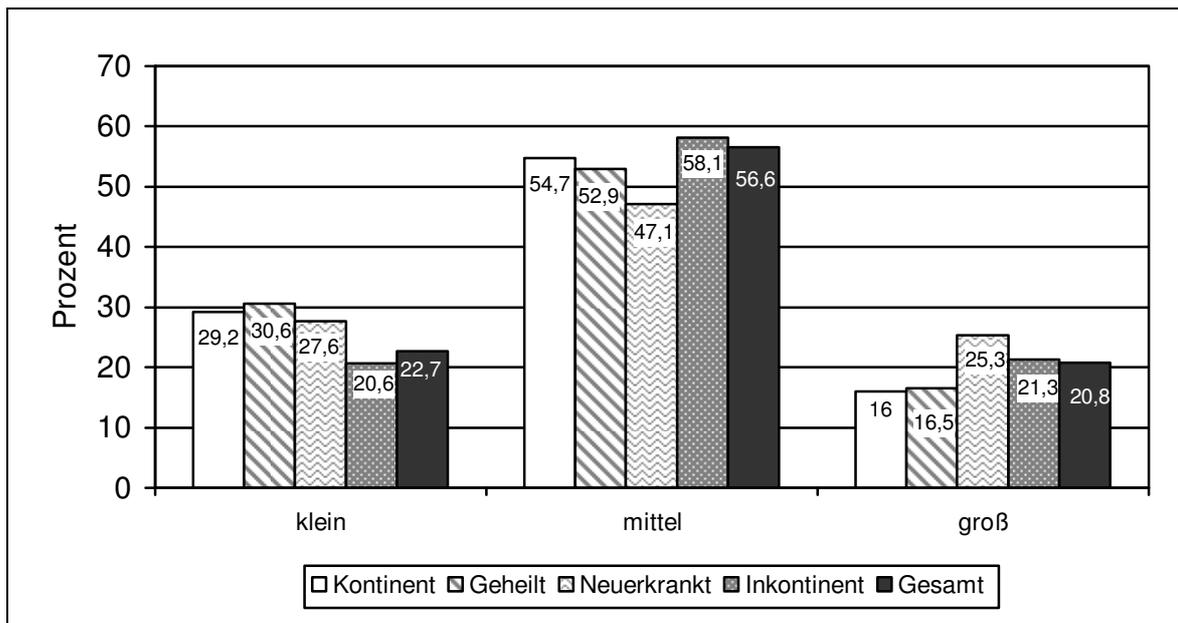


Abbildung 56: Heimgröße und Verlaufgruppen (N = 2000)

Ein weiterer Umgebungsfaktor könnte die Lokalisation der Pflegeheime sein. In dieser Untersuchung waren ca. ein Drittel (32,0 %) der untersuchten Bewohner in Pflegeheimen im Gebiet der alten Bundesländer und ca. zwei Drittel (68,1 %) in Heimen, welche in den neuen Bundesländern lagen, gezogen. Es wurde hypothetisch vermutet, dass unterschiedliche Sozialisierungen der alternden Bürger und unterschiedliche Familienstrukturen der alten und neuen Bundesländer sich auch in der Konstitution der Heimpopulation niederschlagen. Die Zusammenhangsanalyse bestätigte diese Hypothese ($p < 0,000$; $\chi^2 = 23,116$).

Bewohner, die in ein Heim übersiedelten, das im Gebiet der alten Bundesländer lag, erlangten überproportional häufiger ihre Kontinenzfähigkeit zurück (Standardisierte Residuen = 2,7). Dauerhaft kontinente Bewohner waren eher häufiger in Heime im Gebiet der alten Bundesländer eingezogen, als der Gesamtwert erwarten ließ (Standardisierte Residuen = 1,3). Dauerhaft inkontinente Bewohner waren in Heimen der alten Bundesländer unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -1,8). In den Heimen der neuen Bundesländer waren die Verlaufsformen der Harninkontinenz – bis auf die Geheilten, welche unterproportional häufig auftraten (Standardisierte Residuen = -1,8) – entsprechend den Gesamtwerten verteilt (siehe Abbildung 57).

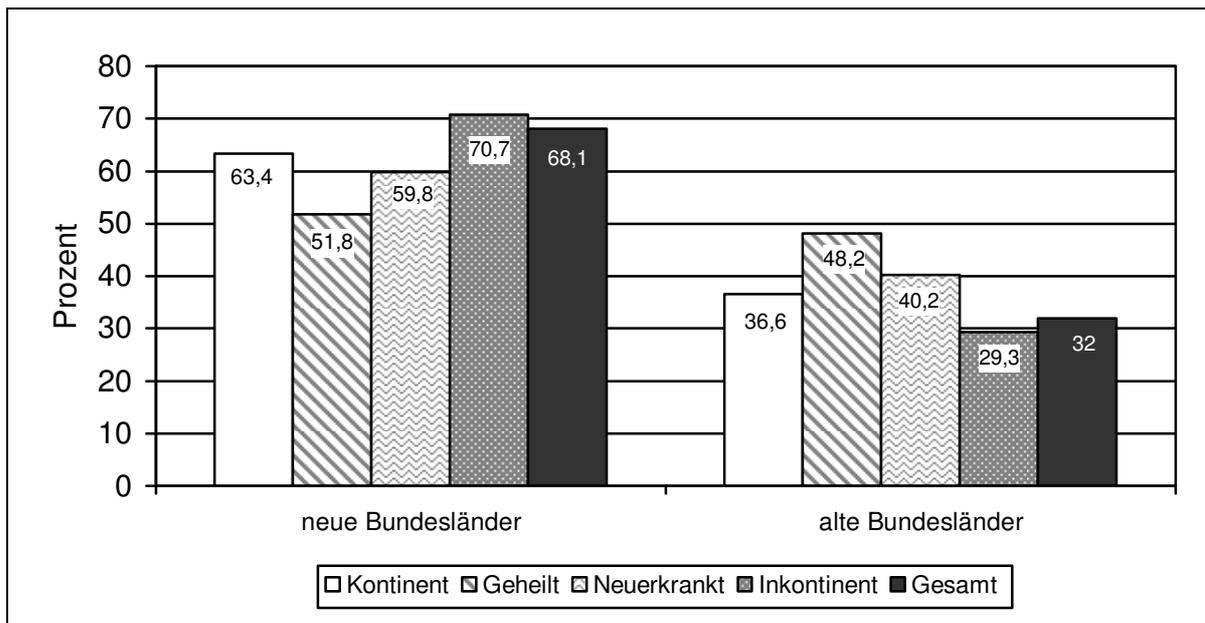


Abbildung 57: Lokalisation und Verlaufsguppen (N = 2000)

8.5.2.2 Zugang

Der Zugangsweg in ein Pflegeheim als möglicher Einflussfaktor wurde als Hypothese formuliert. Hierbei wurde vermutet, dass sich Bewohner nach einem ungeplanten Heimübergang schlechter an die neue Heimsituation anpassen. Für 1710 Bewohner gab es in der Pflegedokumentation Angaben darüber, über welchen Zugangsweg sie in das Pflegeheim fanden. In einer Analyse der Variablen „Zugangsweg“ und „Verlaufsguppen“ - dargestellt in Abbildung 58 - waren signifikante Unterschiede erkennbar ($p = 0,020\%$; $\chi^2 = 19,662$). Pflegebedürftige, die ihre Kontinenzfähigkeit im Laufe der ersten sechs Monate im Pflegeheim erhalten konnten, wurden überproportional häufig durch Angehörige beim Heimeintritt unterstützt (Standardisierte Residuen = 2,0). Gleichzeitig erkrankten diese Bewohner jedoch auch etwas häufiger an Harninkontinenz, als der Gesamtwert erwarten ließ (Standardisierte Residuen = 1,3). Dauerhafte Kontinenz lag bei Bewohnern, die über Werbung Zugang in ein Heim fanden, tendenziell seltener vor als erwartet (Standardisierte Residuen = -1,7). Ebenfalls tendenziell unterrepräsentiert waren Bewohner, die an Harninkontinenz neu erkrankten und nach einem Krankenhausaufenthalt in ein Heim einzogen (Standardisierte Residuen = -1,4).

Heilungen kamen tendenziell, jedoch nicht signifikant (Standardisierte Residuen = 1,3) häufiger bei den Bewohnern vor, welche über Akteure des Gesundheitswesens (beispielsweise niedergelassene Ärzte oder ambulante Pflegedienste) „eingewiesen“ wurden.

Die Verlaufsform der dauerhaften Inkontinenz trat bei allen Zugangsmöglichkeiten den Gesamtwerten entsprechend auf.

Die oben formulierte Hypothese des Einflusses eines ungeplanten Heimeintritts auf die Inkontinenzentwicklung kann nicht bestätigt werden. Hierfür hätte eine Häufung der Neuerkrankungen bei Bewohnern, deren Zugangsweg über einen Krankenhausaufenthalt stattfand, vorliegen müssen.

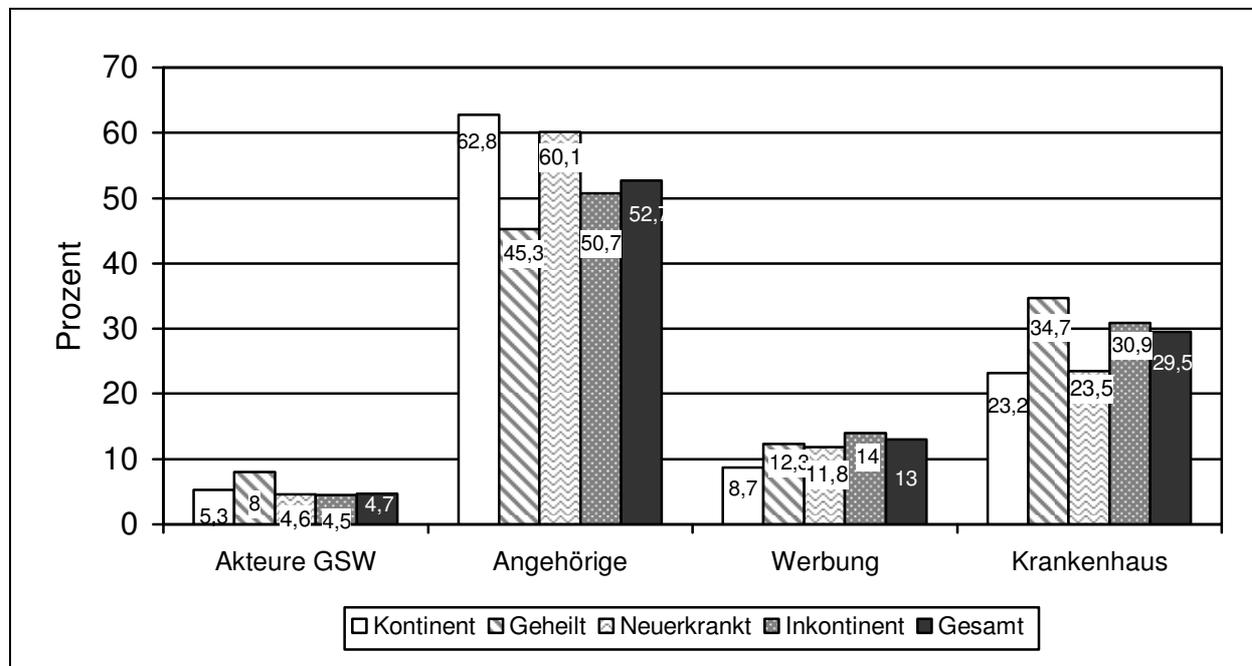


Abbildung 58: Zugangsweg und Verlaufsguppen (n = 1710)

8.5.2.3 Unterbringung und Umzug

Als möglicher Einflussfaktor wurde die Zimmerkategorie zum Aufnahmezeitpunkt erwogen. Für 2341 Personen lagen Angaben über ihre Unterbringung zu t0 vor. Hypothetisch wurde postuliert, dass Bewohner in einem Einzelzimmer über mehr Privatsphäre verfügen, dadurch ihre Ausscheidungsgewohnheiten nach dem Heimeintritt nicht verändern müssen und somit seltener an Harninkontinenz neu erkranken. Die Analyse verdeutlichte signifikante Unterschiede ($p = <0,000$; $\chi^2 = 21,022$): Bewohner mit dauerhafter Inkontinenz waren tendenziell in Doppelzimmern überrepräsentiert (Standardisierte Residuen = 1,5) und in Einzelzimmern unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -1,5).

Am deutlichsten war ein Unterschied im Bereich der Neuerkrankungen zu erkennen: Im Einzelzimmer erkrankten die Bewohner überproportional häufiger neu (Standardisierte Residuen = 2,2), in Doppelzimmern seltener, als der Gesamtwert erwarten ließ (Standardisierte Residuen = -2,2) (siehe Abbildung 59).

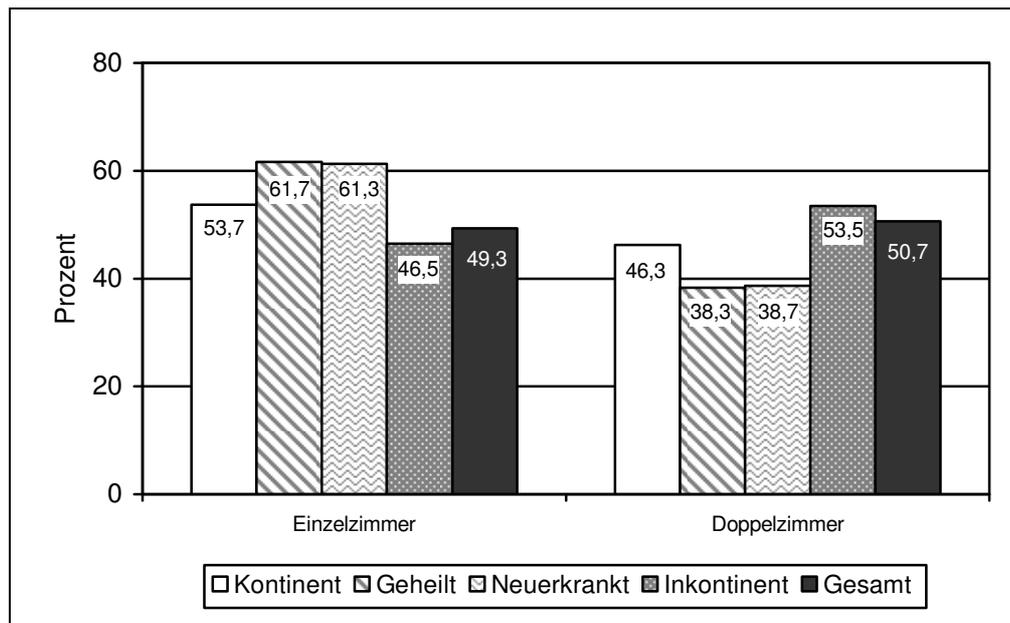


Abbildung 59: Unterbringung und Verlaufsguppen (n = 1894)

Die hypothetische Annahme, dass ein oder mehrere Zimmerwechsel innerhalb des Untersuchungszeitraumes einen Einfluss auf die Kontinenzfähigkeit des Bewohners ausüben könnten, bestätigte sich nicht. In der Analyse ergab sich kein signifikanter Unterschied ($p = 0,906$; $\chi^2 = 0,557$) zwischen Bewohnern, die nicht umgezogen sind, und denen, die einen oder mehrere Umzüge erlebten, und ihrer Kontinenzsituation.

8.5.2.4 Abwesenheiten

Bei der Analyse der Abwesenheitszeiten und der Verlaufsguppen war ein signifikanter Unterschied ($p = 0,007$; $\chi^2 = 12,253$) zwischen den Gruppen erkennbar. Bewohner, deren Aufenthalt während der ersten sechs Monate im Pflegeheim keine Unterbrechung aufwies, waren – gemessen am Gesamtwert – deutlich häufiger dauerhaft kontinent (Standardisierte Residuen = 2,3). Bewohner, die sich im Laufe der ersten Monate außerhalb des Heimes aufhielten, waren hingegen entsprechend seltener dauerhaft kontinent (Standardisierte Residuen = -1,8). Signifikante Unterschiede in den Gruppen der geheilten, neuerkrankten und dauerhaft inkontinenten Bewohner und ihren Abwesenheiten vom Pflegeheim lagen nicht vor (siehe Abbildung 60).

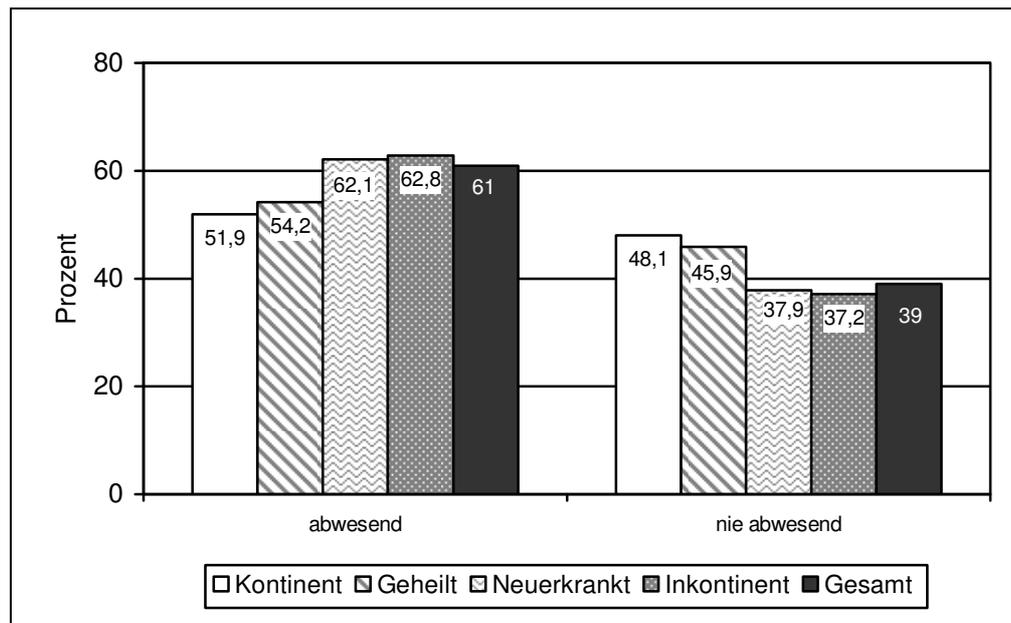


Abbildung 60: Abwesenheit und Verlaufsguppe (N = 2000)

8.5.2.5 Speisesaal

Der Speisesaalbesuch eines Bewohners (im Unterschied zur Versorgung im Bett) ist mit einer vorherigen Mobilisation durch das Pflegepersonal oder mit einer hohen Selbstständigkeit des Bewohners verbunden. Im Speisesaal können soziale Kontakte zu anderen Bewohnern aufgenommen werden. Aus den Pflegedokumentationen konnten für 1184 Bewohner Angaben über ihren Speisesaal-Aufenthalt selektiert werden. In dieser Studie wurde angenommen, dass inkontinente Bewohner seltener in den Speisesaal gehen, da sie soziale Kontakte meiden. Im Korrelationstest - siehe Abbildung 61 - wurde eine hohe Signifikanz deutlich ($p < 0,000$ %; $\chi^2 = 25,574$). Dauerhaft kontinente sowie geheilte Bewohner waren am häufigsten Speisesaalbesucher (Standardisierte Residuen = 2,9 bzw. 0,9). Inkontinente Bewohner aßen seltener im Speisesaal als erwartet (Standardisierte Residuen = -1,6).

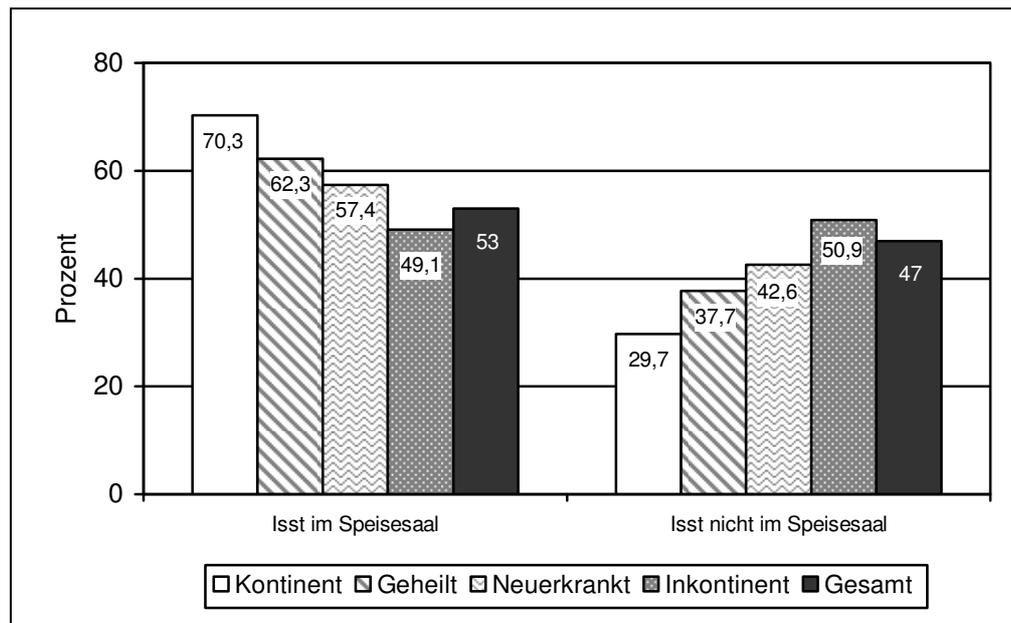


Abbildung 61: Anwesenheit im Speisesaal und Verlaufsguppe (n = 1184)

8.5.2.6 Mitarbeiter

In einer Hypothese dieser Untersuchung wurde angenommen, dass sich ein niedrigerer Betreuungsschlüssel (Anzahl der Bewohner pro Stelle á 40 Wochenstunden) positiv auf die Pflegequalität auswirkt. Aus der Mitarbeiterdatei wurde eine Variable gebildet (siehe Kapitel 7.2.2), welche den Betreuungsschlüssel mit den Ausprägungen „niedrig“ (<2,8 Bewohner pro Stelle), „mittel“ (2,8 -3,4 Bewohner pro Stelle) und „hoch“ (>3,4 Bewohner pro Stelle) abgebildet.

Die Fachkraftquote beschreibt den Anteil der Pflegefachkräfte am Gesamtanteil der Beschäftigten im Bereich der direkten Pflege einer stationären Einrichtung. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde vermutet, dass in Pflegeheimen, in denen eine höhere Fachkraftquote (mehr oder gleich 49,8 % der Mitarbeiter im Bereich Pflege sind Fachkräfte) vorlag, eine bessere Kontinenzförderung durchgeführt wurde. In der Zusammenhangsanalyse stellte sich eine signifikante Korrelation ($p = 0,004$; $\chi^2 = 13,400$) dar, die jedoch nicht die oben formulierte Hypothese bestätigte.

Abbildung 62 zeigt, dass das signifikante Ergebnis hauptsächlich auf die dauerhafte Kontinenz zurückzuführen war. Dauerhafte Kontinenz trat überproportional (Standardisierte Residuen = 1,6) häufiger bei Bewohnern auf, die in Einrichtungen mit einer niedrigeren Fachkraftquote (weniger bzw. gleich 49,7% der Beschäftigten im Bereich Pflege sind Pflegefachkräfte) lebten. Tendenziell unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -1,2) waren dauerhaft kontinente Bewohner in Einrichtungen mit einer höheren Fachkraftquote.

Neuerkrankungen traten nur tendenziell und nicht signifikant (Standardisierte Residuen = 1,6) häufiger bei Bewohnern auf, die in Einrichtungen mit niedrigerer Fachkraftquote lebten.

Dauerhaft inkontinente Bewohner in Einrichtungen mit niedrigerer Fachkraftquote lagen tendenziell unter dem Gesamtwert (Standardisierte Residuen = -1,4).

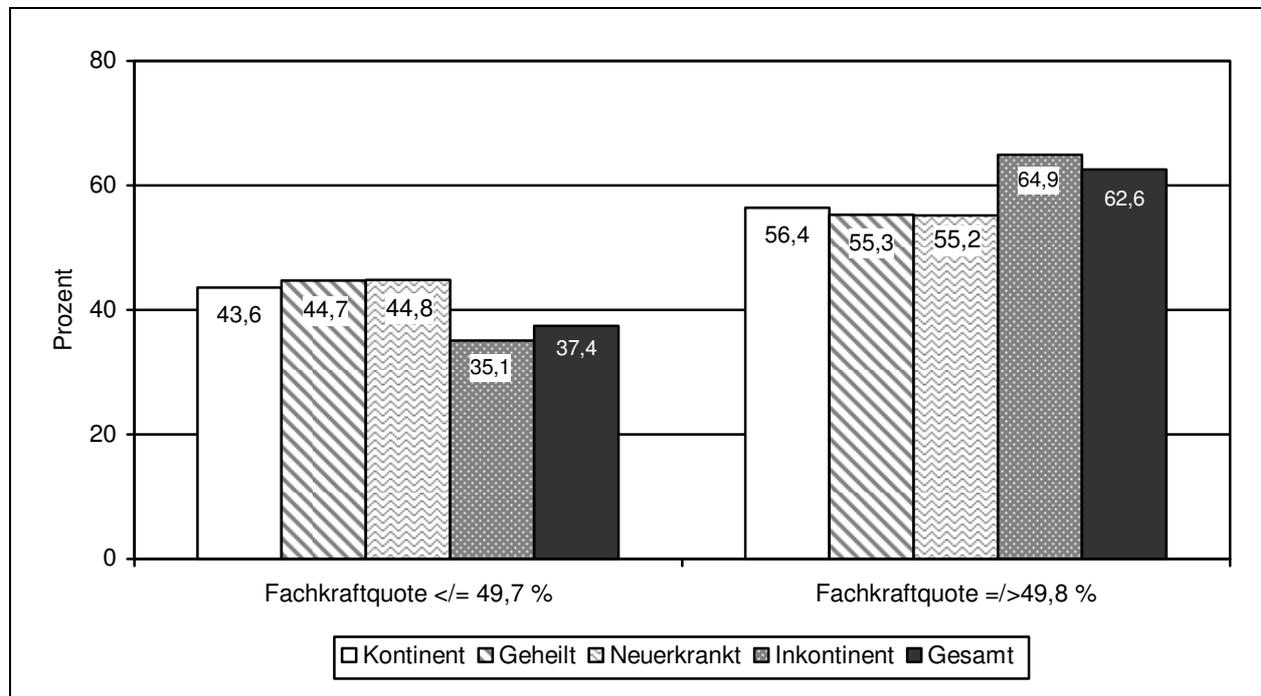


Abbildung 62: Fachkraftquote und Verlaufsgruppe (N = 2000)

Da die Fachkraftquote nur Aussagen darüber trifft, wie viele der beschäftigten Personen eine dreijährige Ausbildung in einem Pflegeberuf aufweisen, jedoch keine Rückschlüsse zulassen, wie viele Bewohner durch eine Pflegefachkraft betreut werden, wurde die Variable Fachkraftschlüssel gebildet (siehe Abschnitt 7.2.2) mit den Ausprägungen „niedrig“ (<6,6 Bewohner pro Stelle), „mittel“ (6,6 -8,8 Bewohner pro Stelle) und „hoch“ (>8,8 Bewohner pro Stelle). Die Korrelationsanalyse wies keinen statistisch signifikanten Zusammenhang nach ($p = 0,302$; $\chi^2 = 7,203$).

In einigen der untersuchten Heime sind neben Pflegefachkräften (Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen) auch Physio- und Ergotherapeuten, Heilerziehungspfleger und Erzieher im Bereich der Pflege beschäftigt. In dieser Untersuchung wurde hypothetisch angenommen, dass sich ein Professionen-Mix aus therapeutischem und pädagogischem Fachpersonal positiv auf die Kontinenzfähigkeit der Bewohner auswirkt, da Kontinenztrainings häufig mit Verhaltenstherapien und Verhaltensänderungen verbunden sind.

Für die Analyse wurde eine Variable gebildet, die Heime mit unterschiedlichen Professionen von denen unterscheidet, in denen ausschließlich Pflegefachkräfte eingestellt waren. Die

Analyse zeigte ein signifikantes Ergebnis ($p = 0,020$; $\chi^2 = 9,797$), welches jedoch nicht die oben formulierte Hypothese bestätigte (siehe Abbildung 63). Dauerhaft kontinente Bewohner waren in Einrichtungen mit Professionen-Mix leicht unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -1,4). Bewohner, die ihre Kontinenz zurückerlangen konnten, waren in Einrichtungen, in denen neben Pflegeberufen auch andere soziale oder therapeutische Berufsgruppen beschäftigt waren, ebenfalls unterrepräsentiert (Standardisierte Residuen = -1,8). Dauerhaft inkontinente Bewohner waren in diesen Einrichtungen tendenziell überproportional häufig vertreten (Standardisierte Residuen = 1,3).

Die Verlaufsformen der Harninkontinenz waren in Einrichtungen mit ausschließlich Pflegepersonal jeweils den Gesamtwerten entsprechend verteilt.

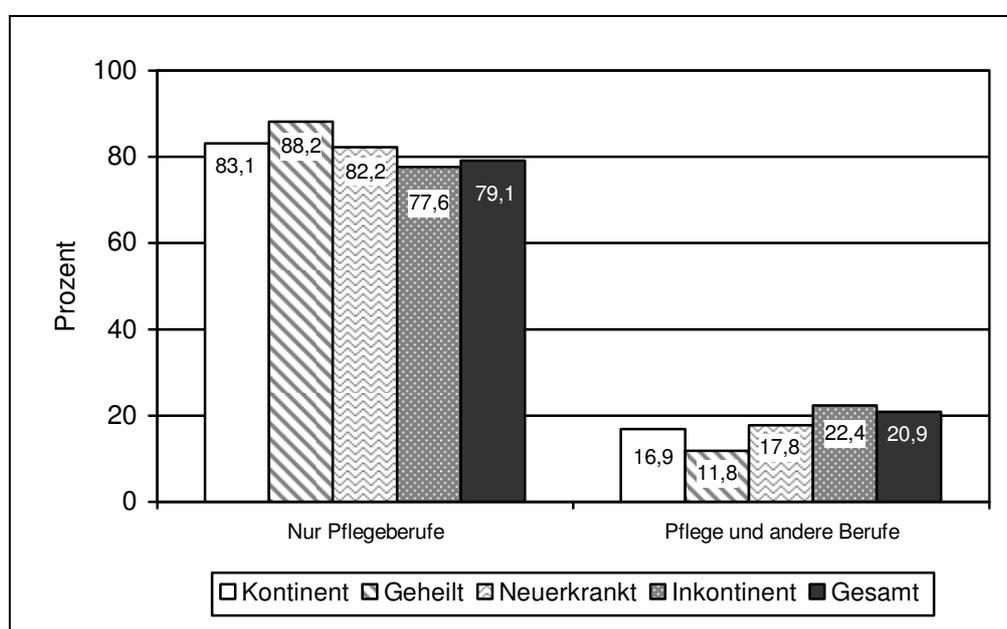


Abbildung 63: Professionen-Mix und Verlaufsgruppe (n = 2000)

8.5.3 Zusammenfassung der bivariaten Analyse: Kennzeichen der Verlaufsgruppen

Wie die Ergebnisse der bivariaten Analyse zeigten, waren Unterschiede zwischen den Verlaufsgruppen im Hinblick auf die einzelnen Einflussfaktoren zu konstatieren. Im Folgenden werden die wichtigsten Kennzeichen der vier Verlaufsgruppen vorgestellt.

8.5.3.1 Dauerhafte Kontinenz

Dauerhaft kontinente Bewohner waren häufiger männlichen Geschlechts, stammten aus der Altersgruppe der 60-74-Jährigen und wiesen einen vergleichsweise geringen Pflegebedarf auf (Pflegestufe 0 und I nach § 15 SGB XI). Die dauerhaft Kontinenten waren darüber hinaus durch einen Pflegebedarf gekennzeichnet, der im Laufe der ersten sechs Monate nach der Heimaufnahme stabil blieb. Dauerhaft kontinente Bewohner waren häufiger nicht an Demenz erkrankt und hatten keinen Harnwegsinfekt, jedoch lag überproportional oft eine chronisch

obstruktive Lungenerkrankung vor. Der Erhalt der Kontinenzfähigkeit war an einen guten körperlichen Zustand, an eine uneingeschränkte Gehfähigkeit, an volle Beweglichkeit, an volle Kooperationsbereitschaft und an einen klaren geistigen Zustand gebunden. Für die dauerhafte Kontinenz war ebenfalls kennzeichnend, dass der Zustand der Bewohner gemäß den Items der Nortonskala im Laufe der ersten sechs Monate nach dem Heimeintritt unverändert blieb. Bewohner, die ihre Kontinenzfähigkeit im ersten halben Jahr nach dem Heimeinzug erhalten konnten, waren häufiger Raucher. Sie kamen eher aus kleinen Einrichtungen und aus Einrichtungen, die im Gebiet der alten Bundesländer lagen. Die personelle Ausstattung der Heime, in denen überwiegend dauerhaft kontinente Bewohner lebten, war eher schlecht: So war die Fachkraftquote eher niedrig.

Beim Heimeintritt wurden die dauerhaft kontinenten Bewohner überproportional häufig von Angehörigen unterstützt. Sie wohnten überwiegend in einem Einzelzimmer und waren in den ersten sechs Monaten kontinuierlich im Heim anwesend. Kontinente Bewohner besuchten den Speisesaal häufiger regelmäßig.

8.5.3.2 Heilungen

Heilungen waren weder mit einem der beiden Geschlechter noch mit den drei Altersgruppen statistisch signifikant assoziiert. Jedoch traten Heilungen häufiger bei Bewohnern mit einem vergleichsweise geringen Pflegebedarf auf. Sie kamen überproportional häufig bei Bewohnern vor, deren Pflegebedarf sich in den ersten sechs Monaten nach der Heimaufnahme reduzierte. Chronische Erkrankungen wie Demenz, COLD und Harnwegsinfekt bzw. ihre Abwesenheit beeinflussten die Wiedererlangung der Kontinenzfähigkeit nicht. Heilungen waren an eine gute Gehfähigkeit, an volle Beweglichkeit, an volle Kooperationsbereitschaft und einen klaren geistigen Zustand gebunden. Eine deutliche Assoziation war zwischen einer Verbesserung in allen Bereichen der Nortonskala nach der Heimaufnahme und der Wiedererlangung der Kontinenzfähigkeit erkennbar. Die Heimgröße hatte auf die Verteilung der Heilungshäufigkeiten keinen Einfluss, jedoch erlangten Bewohner, die in Einrichtungen im Gebiet der alten Bundesländer einzogen, ihre Kontinenzfähigkeit häufiger zurück. Eine personelle gute Ausstattung der Einrichtungen in Form eines hohen Fachkraftschlüssels zeigte eine tendenziell positive Wirkung auf die Wiedererlangung der Kontinenzfähigkeit. Unbedeutend für die Heilung waren der Zugangsweg, die Zimmerkategorie, die Kontinuität des Heimaufenthaltes und der Besuch des Speisesaals.

8.5.3.3 Neuerkrankungen

Neuerkrankungen an Harninkontinenz waren weder durch das Geschlecht noch durch das Alter der Bewohner beeinflusst. Bewohner, die zum Aufnahmezeitpunkt einen vergleichsweise

geringen Pflegebedarf aufwiesen, waren häufiger von einer Neuerkrankung betroffen, als Bewohner deren Pflegebedarf beim Heimeintritt höher war. Neuerkrankungen waren jedoch tendenziell durch einen Anstieg der Pflegebedürftigkeit nach der Heimaufnahme gekennzeichnet. Demenz und Harnwegsinfekte hatten keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Neuerkrankungen, jedoch erkrankten Bewohner dieser Stichprobe mit einer COLD nach dem Heimeintritt seltener an Inkontinenz. Es erkrankten die Bewohner überproportional häufig neu, deren körperlicher Zustand beim Heimeintritt „gut“ war und die auch in den Bereichen Aktivität, Beweglichkeit, geistige Fähigkeiten und Kooperation zu diesem Zeitpunkt keine Einschränkungen aufwiesen. Eine deutliche positive Korrelation trat jedoch zwischen einer Neuerkrankung und einer Verschlechterung der körperlichen Konstitution, Verschlechterung der Geh- und Bewegungsfähigkeit, Verschlechterung der geistigen Fähigkeiten und der Verschlechterung der Kooperationsbereitschaft auf. In kleinen Heimen entwickelten die Bewohner tendenziell häufiger eine Harninkontinenz als in größeren Einrichtungen, eine niedrigere Fachkraftquote beeinflusste tendenziell die Inkontinenzentwicklung. Die Lokalisation der Einrichtung übte keinen negativen Einfluss auf die Kontinenzfähigkeit aus. Bewohner, deren Heimeintritt durch Angehörige unterstützt wurde, erkrankten nach der Aufnahme eher an Harninkontinenz, und auch die Unterbringung in einem Einzelzimmer förderte die Inkontinenzentwicklung. Die Kontinuität des Heimaufenthaltes und die Gewohnheiten der Nutzung des Speisesaals hatten keinen Einfluss auf die Häufigkeitsverteilung der Neuerkrankungen.

8.5.3.4 Inkontinenz

Auch dauerhafte Harninkontinenz zeigte sich von ihrer Häufigkeitsverteilung unabhängig vom Geschlecht der Bewohner. Tendenziell unterrepräsentiert war die dauerhafte Inkontinenz in der jüngsten Bewohnergruppe, in den anderen Altersgruppen trat Inkontinenz entsprechend der Gesamtverteilung auf. Eine starke Assoziation war zwischen dauerhafter Harninkontinenz und Pflegebedürftigkeit erkennbar. So waren schwerstpflegebedürftige Bewohner überproportional häufig dauerhaft inkontinent. Die Assoziation zur dauerhaften Inkontinenz war jedoch bei der Verlaufsbetrachtung der Pflegebedürftigkeit nicht erkennbar. Dauerhafte Inkontinenz korrelierte tendenziell mit einer Demenzerkrankung und deutlich mit einem schlechten bzw. sehr schlechten körperlichen Zustand, mit Immobilität und einer vollen Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, mit einem verwirrten bzw. apathisch, teilnahmslosen, somnolenten geistigen Zustand sowie fehlender Kooperationsbereitschaft. Veränderungen oder Stabilität in diesen Bereichen beeinflusste die Häufigkeitsverteilung der dauerhaften Inkontinenz jedoch nicht. In kleinen Heimen sowie in Einrichtungen, die im Gebiet der alten Bundesländer lagen, und in Einrichtungen mit einer niedrigeren Fachkraftquote trat dauerhafte Inkontinenz tendenziell seltener auf. Bewohner, die in einem Doppelzimmer lebten und nicht in den Speisesaal gingen, waren überproportional häufig dauerhaft inkontinent.

8.5.4 Multivariate Analyse personenbezogener und umgebungsbezogener Faktoren

Da die bivariate Analyse eine Vielzahl von möglichen Einflussfaktoren und somit eine komplexe Pathogenese der Harninkontinenzentwicklung offenbarte, wurden mit dem multivariaten Auswertungsverfahren der logistischen Regression Wechselwirkungen zwischen den Faktoren berücksichtigt. Darüber hinaus konnten Aussagen gewonnen werden, inwieweit einzelne Faktoren die Wahrscheinlichkeit einer Neuerkrankung der Harninkontinenz erhöhten oder die Chance einer Heilung der Harninkontinenz steigerten.

Diese Arbeit hat neben der Identifikation der Risikofaktoren auch eine Analyse von Prädiktoren für eine Heilung der Harninkontinenz zum Ziel. So werden einerseits Modelle, die eine Neuerkrankung erklären, und andererseits Modelle, die auf Heilungen abzielen, berechnet.

In die jeweilige Modellberechnung wurden nur die Variablen einbezogen, die in der bivariaten Analyse signifikante Zusammenhänge zeigten. Außerdem konnten für die logistische Regression nur Variablen ausgewählt werden, die keine oder nur einen geringen Anteil an fehlenden Werten enthielten.

8.5.4.1 Prädiktoren und Einflussfaktoren der Inkontinenzentwicklung

Die Analyse der Risikofaktoren der Inkontinenzentwicklung bezog sich auf die Bewohner, die zum Zeitpunkt der Aufnahme kontinent waren und entweder ihre Kontinenzfähigkeit behielten oder an Harninkontinenz neu erkrankten. Mit „0“ wurden die dauerhaft kontinenten Fälle codiert und mit „1“ Neuerkrankungen. Als unabhängige Variable wurden zunächst nur die Variablen in die Modellberechnung eingeschlossen, die schon zum Aufnahmezeitpunkt vorlagen. Es ist von Bedeutung, bereits bei der Aufnahme eines Bewohners Prädiktoren zu kennen, die auf eine mögliche Inkontinenzentwicklung hinweisen.

In die erste Berechnung wurden folgende Variablen in das Modell aufgenommen: „Aufnahmestatus körperliche Konstitution“, „Aufnahmestatus Aktivität“, „Aufnahmestatus Bewegung“, „Aufnahmestatus Kooperation“, „Aufnahmestatus geistige Fähigkeiten“, „Geschlecht“, „Altersgruppen“, „Fachkraftquote“, „Einrichtungsgröße“, „Lokalisation“, und „Fachkräftemix“.

Die Variablen der chronischen Erkrankungen (Demenz, COLD; Apoplex) sowie die Variable „Pflegebedürftigkeit zur Aufnahme“ und „Pflegebedarf im Verlauf“ konnten leider in keine Modellberechnung aufgenommen werden, da die Anzahl der fehlenden Werte zu hoch war.

Zum Aufnahmezeitpunkt waren 417 Bewohner kontinent, die in die Prädiktoranalyse aufgenommen wurden. Einbezogen wurden 392 Fälle (94,0 %). Davon waren 228 Bewohner dauerhaft kontinent, 164 erkrankten neu an Harninkontinenz. Zunächst wurden die

Referenzkategorien der unabhängigen Variablen festgelegt. Für die Festlegung erfolgten inhaltliche Überlegungen.

Für diese Modellberechnung wurden alle ausgewählten Variablen gleichzeitig in die Berechnung aufgenommen. Eine Gesamtbeurteilung des Modells wurde über Nagelkerke-R² vorgenommen. Diese Pseudo-R-Quadrat-Statistik stellt dar, wie gut die unabhängigen Variablen in ihrer Gesamtheit das Vorhandensein einer Neuerkrankung an Harninkontinenz vorhersagen (Backhaus et al., 2006). Mit einem Wert von 0,118 ist das Modell als nicht akzeptabel zu bewerten, da nur 11,8 % der Varianz der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt werden konnten. Bei der Betrachtung der Klassifikationsergebnisse zeigte sich, dass durch das Modell 64,0 % der Fälle richtig klassifiziert wurden. Allerdings wurden mehr dauerhaft kontinente Fälle richtig klassifiziert (78,1 %) als neuerkrankte (44,5 %). Dennoch lagen einige Faktoren vor, die das Risiko einer Neuerkrankung der Harninkontinenz signifikant erhöhten:

- Es war bei Bewohnern mit einer reduzierten Kooperationsbereitschaft signifikant ($p = 0,004$) um das 2,206-fache erhöht (CI 95% = 1,284-3,790) im Vergleich zu Bewohnern, die sich sehr kooperativ verhielten (Referenzgruppe).
- Die Wahrscheinlichkeit, nach dem Heimeintritt an einer Harninkontinenz zu erkranken, war für auch bei Bewohnern, die in ihrer Gehfähigkeit auf personelle Hilfe angewiesen waren, um 2,014 (CI 95 % = 1,284-3,790) signifikant ($p = 0,019$) höher im Vergleich zu Bewohnern, die sich ohne Hilfe fortbewegen konnten (Referenzgruppe).
- Ein um das 1,774-fach erhöhte Risiko der Neuerkrankung (CI 95 % = 1,071-2,941) lag für verwirrte Bewohner im Vergleich zu geistig klaren Bewohnern ($p = 0,026$) vor (Referenzgruppe).
- Das Risiko der Neuerkrankung war bei Bewohnern signifikant ($p = 0,034$) reduziert, die in Einrichtungen einzogen, deren Größe zwischen 100-200 Pflegeplätzen lag im Vergleich zu Bewohnern, die in Einrichtungen mit einer Größe über 200 Pflegeplätze (Referenzgruppe) einzogen (CI 95% = 0,289-0,952).

Beurteilung des Gesamtmodells für Einflussfaktoren der Inkontinenzentwicklung

Die Analyse der prädiktiven Faktoren zeigte, dass sich die Inkontinenzentwicklung anhand der hier zur Verfügung stehenden Variablen nicht vorhersagen ließ. Deshalb wurden in einem weiteren Analyseschritt Variablen in die Berechnung aufgenommen, welche die Verläufe in unterschiedlichen Bereichen abbilden. Zusätzlich zu den schon im ersten Modell berechneten

Variablen wurden nun folgende Variablen ebenfalls als unabhängige Variable in die Berechnungen aufgenommen:

„Verlauf körperliche Konstitution“, „Verlauf Aktivität“, „Verlauf Bewegung“, „Verlauf Kooperation“, „Verlauf geistige Fähigkeiten“ und „Abwesenheit“.

Die Gesamtzahl der Fälle betrug 392 davon waren 228 Fälle „kontinent“ und 164 Fälle „neuerkrankt“. Für die Modellberechnung wurden alle ausgewählten Variablen gleichzeitig in die Berechnung aufgenommen. Eine Gesamtbeurteilung des Modells wurde über Nagelkerke-R² vorgenommen. Diese Pseudo-R-Quadrat-Statistik stellt dar, wie gut die unabhängigen Variablen in ihrer Gesamtheit das Vorhandensein einer Neuerkrankung an Harninkontinenz vorhersagen (Backhaus et al., 2006). Mit einem Wert von 0,338 kann das Modell als gut bewertet werden, da 33,8 % der Varianz der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt werden konnten. Bei der Betrachtung der Klassifikationsergebnisse zeigte sich, dass durch das Modell 73,5 % der Fälle richtig klassifiziert werden konnten. Allerdings wurden mehr dauerhaft kontinente Fälle richtig klassifiziert (84,6 %) als neuerkrankte (57,9 %).

Die Aussicht auf eine Neuerkrankung an Harninkontinenz erhöhte sich bei einer Verschlechterung des geistigen Zustandes signifikant ($p = 0,005$) um 6,121 (CI 95 % 1,710-21,910) im Vergleich zu einem verbesserten geistigen Zustand. blieb der geistige Zustand im ersten halben Jahr nach der Aufnahme unverändert, so stieg im Vergleich zu einer Verbesserung in diesem Bereich das Risiko einer Neuerkrankung (Referenzgruppe) um 2,469 (CI 95 % 0,927-6,576), jedoch nicht signifikant ($p = 0,070$).

Einen deutlich signifikanten Einfluss hatte im Verlauf betrachtet die Aktivität der Bewohner. Im Vergleich zu einer Verbesserung der Aktivität (Referenzgruppe) erhöht sich bei einer Verschlechterung das Risiko einer Neuerkrankung signifikant ($p = 0,029$) um 4,119 (CI 95 % 1,157-14,661). Ein stabiler Zustand in diesem Bereich verringert das Risiko einer Neuerkrankung an Harninkontinenz, jedoch nicht signifikant.

Der geistige Zustand der Bewohner zum Aufnahmezeitpunkt war für die Trennung der Gruppenzugehörigkeit ebenfalls bedeutungsvoll. Bei Bewohnern, die als „verwirrt“ eingestuft in ein Pflegeheim einzogen, stieg die Chance der Neuerkrankung an Harninkontinenz signifikant ($p = < 0,001$) um 3,211 (CI 95 % 1,669 – 6,178) im Vergleich mit Bewohnern, die einen klaren geistigen Zustand aufwiesen (Referenzgruppe).

Die „Aktivität zum Aufnahmezeitpunkt“ wurde durch die Analyse ebenfalls als bedeutungsvoll für die Gruppenzugehörigkeit identifiziert ($p = 0,005$). Im Vergleich zu einer uneingeschränkten Gehfähigkeit beim Heimeintritt (Referenzgruppe) stieg die Chance der Neuerkrankung an Harninkontinenz bei einem Unterstützungsbedarf in diesem Bereich um 2,899 (CI 95 % 1,368-

6,142). Bettlägerigkeit oder die Benutzung eines Rollstuhls erhöhte ebenfalls die Chance der Neuerkrankung um 2,986 (CI 95 % 0,833-7,684) und war noch signifikant ($p = 0,055$).

Auch die Variable „Geschlecht“ trennte die Gruppenzugehörigkeit nach kontinent oder neu erkrankt signifikant ($p = 0,026$). Dabei erhöhte die Ausprägung „weiblich“ die Chance einer Neuerkrankung an Harninkontinenz um 1,709 (CI 95 % 1,081- 3,413) im Vergleich zu männlichen Bewohnern (Referenzgruppe).

Die Größe der Einrichtung stellte ebenfalls einen beeinflussenden Faktor dar. Im Vergleich zu großen Einrichtungen (Referenzgruppe) sank die Chance der Neuerkrankung der Harninkontinenz in einem Heim mit einer mittleren Platzzahl (Exp[B] 0,512, CI 95 % 0,264-0,994) signifikant ($p = 0,048$).

Die Koeffizienten der Variablen „Bewegungsfähigkeit im Verlauf“, „Kooperationsbereitschaft im Verlauf“, „Altersgruppen“, „Fachkraftquote“, „Lokalisation“, „Fachkraftmix“, „Abwesenheit“, „Kooperationsbereitschaft zum Aufnahmezeitpunkt“, „Körperlicher Zustand zum Aufnahmezeitpunkt“ und „Bewegungsfähigkeit zum Aufnahmezeitpunkt“ trennten die Gruppenzugehörigkeit kontinent bzw. neuerkrankte nicht signifikant. Die signifikanten Ergebnisse dieser Berechnung sind in Tabelle 10 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 10: Signifikante Einflussfaktoren der Neuerkrankung (gleichzeitiger Einschluss)

Variable	Ausprägung	Regressionskoeffizient B	Signifikanz	Exp (B)	95,0 % Konfidenzintervall für Exp (B)
Geistige Zustand im Verlauf	verbessert (Referenzgruppe) (n = 55)		0,019		
	unverändert	0,904	0,070	2,469	0,927-6,576
	verschlechtert	1,812	0,005	6,121	1,710-21,910
Aktivität im Verlauf	verbessert (Referenzgruppe) (n = 28)		0,002		
	unverändert	-0,145	0,763	0,865	0,337-2,222
	verschlechtert	1,416	0,029	4,119	1,157-14,661
Aktivität bei Aufnahme	geht ohne Hilfe (Referenzgruppe) (n = 157)		0,021		
	Rollstuhl/bettlä.	0,928	0,055	2,986	0,975-9,144
	geht mit Hilfe	1,064	0,005	2,899	1,368-6,142
Geistige Zustand bei	klar		0,002		

Variable	Ausprägung	Regressionskoeffizient B	Signifikanz	Exp (B)	95,0 % Konfidenzintervall für Exp (B)
Aufnahme	(Referenzgruppe) (n = 241)				
	verwirrt	1,167	0,000	3,211	1,699-6,178
	apath//teiln/verw	0,191	0,777	1,210	0,323-4,538
Einrichtungsgröße	>200 Betten (Referenzgruppe) (n = 80)		0,141		
	<100 Betten	-0,478	0,189	0,620	0,304-1,264
	101-199 Betten	-0,669	0,048	0,512	0,264-0,994
Geschlecht*	weiblich	0,536	0,054	1,709	0,991-2,950
Konstante		-2,274	0,034	0,103	
Nagelkerke R ² = 0,338					
* Männliche (n = 126) Bewohner bildeten die Referenzgruppe					

8.5.4.2 Prädiktoren und Einflussfaktoren der wiederhergestellten Kontinenz

Diese Analyse diente der Identifikation von prädiktiven Faktoren, welche die Heilungswahrscheinlichkeit der Harninkontinenz erhöhten. Sie bezog sich auf Bewohner, die zum Zeitpunkt der Aufnahme inkontinent waren und im Untersuchungszeitraum entweder ihre Inkontinenz beibehielten oder ihre Kontinenzfähigkeit wiederherstellen konnten. Mit „0“ wurden die dauerhaft inkontinenten Fälle codiert, mit „1“ die geheilten. Als unabhängige Variable wurden wiederum zunächst nur die Faktoren in das prädiktive Modell aufgenommen, die zum Aufnahmezeitpunkt vorlagen, diese waren: „Aufnahmestandard körperliche Konstitution“, „Aufnahmestandard Aktivität“, „Aufnahmestandard Bewegung“ „Aufnahmestandard Kooperation“, „Aufnahmestandard geistige Fähigkeiten“ „Geschlecht“, „Altersgruppen“, „Fachkraftquote“ „Einrichtungsgröße“, „Lokalisation“ und „Fachkräftemix“.

Beurteilung des Modells für Prädiktoren der Heilung der Harninkontinenz

Das Einschlusskriterium „Inkontinent“ zum Aufnahmezeitpunkt wiesen 1583 Personen auf; 1474 (93,1%) Fälle wurden in die Analyse einbezogen. Das Ereignis „Heilung“ lag bei 83 Fällen vor, die Ausprägung „Inkontinent“ bestand bei 1391 Fällen. Für die Berechnung eines ersten Modells wurden alle o.g. Variablen gleichzeitig in das Modell aufgenommen. Der Gesamtwert dieses Modells, gemessen in Nagelkerkes R² lag bei 0,139. Auch dieses prädiktive Modell ist – wenn auch geringfügig besser als das vorherige –, leider nicht akzeptabel, da nur 13,9% der

Varianz durch die hier eingeschlossenen unabhängigen Variablen erklärt werden konnte. Richtig klassifiziert wurden 94,4 %; der Prozentsatz der Richtigen lag bei den Inkontinenten bei 100 %, bei den Geheilten bei 0 %. Auch in diesem Modell waren folgende Faktoren signifikant mit einer :

- Die Heilungswahrscheinlichkeit erhöhte sich signifikant ($p = 0,007$) um 3,624 (CI 95 % = 1,420-9,246) bei Bewohnern, die sich zum Zeitpunkt der Aufnahme im Vergleich zu bettlägerigen Bewohnern oder Rollstuhlfahrern (Referenzgruppe) selbstständig fortbewegen konnten. Auch hatten Bewohner, die sich mit Hilfe fortbewegen konnten eine um 2,636 bessere Heilungschance (CI 95 % = 1,291-5,384) im Vergleich zu den Rollstuhlfahrern und Bettlägerigen (Referenzgruppe).
- Für die Heilung der Harninkontinenz war auch der geistige Zustand der Bewohner bedeutsam: Im Vergleich zu verwirrten Bewohnern (Referenzgruppe) hatten die geistig klaren Bewohner eine signifikant ($p = 0,001$) um 2,490 (CI 95 % = 1,477-4,197) erhöhte Chance, auf eine wiederhergestellte Kontinenzfähigkeit.
- Bei Bewohnern mit einer hohen Bereitschaft zur Kooperation war die Heilungschance signifikant ($p = 0,042$) um 2,012 (CI 95 % = 1,027-3,940) größer im Vergleich mit Bewohnern, die keine Kooperationsbereitschaft zeigten (Referenzgruppe).
- Die Aufnahme in ein Heim mit einer Bettenzahl von mehr als 200 Plätzen reduzierte die Heilungschance ($\text{Exp}[B]=0,472$; CI 95 % = 0,233-0,954) im Gegensatz zu dem Eintritt in eine Einrichtung mit unter 100 Pflegeplätzen (Referenzgruppe) signifikant ($p = 0,037$).
- Die Aussicht auf eine Heilung der Harninkontinenz nach der Aufnahme in ein Pflegeheim war für Bewohner, die zwischen 75 und 89 Jahre alt waren im Vergleich zu jüngeren (60-74 Jahre) Bewohnern (Referenzgruppe) signifikant ($p = 0,027$) geringer ($\text{Exp}[B] = 0,523$; CI 95 % = 0,294-0,930).
- Interessanterweise hatten Bewohner, die in Pflegeheim einzogen, dass in den neuen Bundesländern lag, eine signifikant ($p = 0,044$) reduzierte Heilungschance im Vergleich zu Bewohnern, die in ein Heim in den alten Bundesländern übersiedelten (Referenzgruppe) ($\text{Exp}[B] = 0,557$; CI 95 % = 0,315-0,985).

Beurteilung des Gesamtmodells für Einflussfaktoren der Heilungen

Da die Identifikation der prädiktiven Faktoren keine zufrieden stellenden Gesamtwerte ergab, muss konstatiert werden, dass sich Heilungen der Harninkontinenz schwer vorhersagen lassen. Somit ist von Interesse, welche Faktoren die Heilungen der Harninkontinenz in der vorliegenden Untersuchung begünstigen. Für diese Berechnungen wurden wiederum die Laufvariablen

„Verlauf körperliche Konstitution“, „Verlauf Aktivität“, „Verlauf Bewegung“ „Verlauf Kooperation“, „Verlauf geistige Fähigkeiten“ „Abwesenheit“ einbezogen.

Die Anzahl der Fälle und die Verteilung der Ausprägungen inkontinent/geheilt blieb unverändert. Für die Berechnung des Modells wurden alle Variablen gleichzeitig aufgenommen. Der Nagelkerkes R^2 lag bei 0,232. Somit liegt ein akzeptables Modell für die Einflussfaktoren einer Heilung vor, da 23,2 % der Varianz der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt werden konnten (Backhaus et al., 2006). Richtig klassifiziert wurden 94,2 %, dabei wurden die dauerhaft inkontinenten zu 99,9 % richtig klassifiziert und die geheilten Bewohner zu 0 %.

Die Chance, innerhalb der ersten sechs Monate nach der Aufnahme in ein Pflegeheim die Kontinenzfähigkeit wiederzuerlangen, erhöhte sich signifikant bei einer Verbesserung der Bewegungsfähigkeit ($p = 0,036$) um 3,260 (CI 1,083-9,819) im Vergleich zu einer Verschlechterung in diesem Bereich (Referenzgruppe) Eine unveränderte Bewegungsfähigkeit zeigte keinen Einfluss auf die Heilungschance.

Durch eine Verbesserung des geistigen Zustands stieg die Chance der Heilung signifikant ($p = 0,001$) um 5,894 (CI 95 % 1,989-17,462) im Vergleich zu einer Verschlechterung der geistigen Fähigkeiten (Referenzgruppe). Im Vergleich zu einer Verschlechterung hatte jedoch ein unveränderter geistiger Zustand keinen Einfluss auf die Heilung der Harninkontinenz.

Die Heilungschance stieg signifikant ($p = 0,056$) um 2,320 (CI 95 % 0,980-5,494) bei Bewohnern, deren Kooperationsbereitschaft sich zum Aufnahmezeitpunkt durch Teilnahme und Interesse an der eigenen Versorgung auszeichnete im Vergleich zu denen, die sich nicht kooperativ verhielten (Referenzgruppe). Bewohner mit einer geringen Kooperationsbereitschaft hatten weder eine erhöhte noch eine reduzierte Heilungschance.

Ein klarer geistiger Zustand bei der Aufnahme erhöhte signifikant ($p < 0,001$) um 4,693 (CI 95 % 2,408-9,145) die Heilungschance im Vergleich zu Bewohnern, deren geistiger Zustand als verwirrt eingestuft wurde (Referenzgruppe). Als apathisch/teilnahmslos/stuporös eingestufte Bewohner hatten keine erhöhte oder verringerte Chance, im Vergleich zu den Verwirrten die Kontinenzfähigkeit zurückzuerlangen.

Eine signifikante ($p = 0,008$) um 4,577 (CI 95 % 1,485 – 14,104) erhöhte Heilungswahrscheinlichkeit lag bei Bewohnern vor, die zum Aufnahmezeitpunkt ohne Hilfe gehen konnten im Vergleich zu denen, die bettlägerig oder rollstuhlbedürftig waren (Referenzgruppe). Eine ebenfalls signifikante ($p = 0,018$) um 2,571 erhöhte Heilungschance hatten (CI 95 % 1,174-5,630) – im Vergleich zu den Bettlägerigen und Rollstuhlbedürftigen – Bewohner, die bei der Aufnahme mit Hilfe gehen konnten.

Die Heilungschance reduzierte sich signifikant ($p = 0,027$) in Einrichtungen mit mehr als 200 Pflegeplätzen im Vergleich zu kleinen Heimen (Referenzgruppe) (Exp[B] 0,438; CI 95 % 0,210-0,912).

Die Gehfähigkeit der Bewohner, der körperliche Zustand und die Kooperationsbereitschaft im Verlauf betrachtet, sowie die Bewegungsfähigkeit und der körperliche Zustand zum Aufnahmezeitpunkt, das Alter, das Geschlecht der Bewohner, die Fachkraftquote, ein Fachkräftemix, die Lokalisation der Heime und Abwesenheiten trennten die Gruppenzugehörigkeit nicht. Die signifikanten Ergebnisse dieser Berechnung sind in Tabelle 11 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 11: Signifikante Einflussfaktoren der Heilung (gleichzeitiger Einschluss)

Variable	Ausprägung	Regressionskoeffizient B	Signifikanz	Exp (B)	95,0 % Konfidenzintervall für Exp (B)
Bewegung Verlauf	verschlechtert (Referenzgruppe) (n = 256)		0,016		
	verbessert	1,182	0,036	3,260	1,083-9,819
	unverändert	0,181	0,679	1,199	0,508-2,830
Geistiger Zustand Verlauf	verschlechtert (Referenzgruppe) (n = 228)		0,001		
	verbessert	1,774	0,001	5,894	1,989-17,462
	unverändert	0,487	0,249	1,628	0,711-3,730
Kooperationsbereitschaft bei Aufnahme	keine/teilweise (Referenzgruppe) (n = 677)		0,122		
	wenig	0,632	0,073	1,882	0,944-3,752
	voll	0,842	0,056	2,320	0,980-5,494
Geistiger Zustand bei Aufnahme	verwirrt (Referenzgruppe) (n = 770)		0,000		
	apathisch/teiln.	0,074	0,893	1,077	0,366-3,167

Variable	Ausprägung	Regressionskoeffizient B	Signifikanz	Exp (B)	95,0 % Konfidenzintervall für Exp (B)
	klar	1,546	0,000	4,693	2,408-9,145
Aktivität bei Aufnahme	Rollstuhl/bettlägerig (Referenzgruppe) (n = 619)		0,024		
	Geht mit Hilfe	0,944	0,018	2,571	1,174-5,630
	Geht ohne Hilfe	1,521	0,008	4,577	1,485-14,104
Einrichtungsgröße	< 100 Plätze (Referenzgruppe) (n = 308)		0,083		
	100-199 Plätze	-0,375	0,201	0,687	0,387-1,221
	> 200 Plätze	-0,825	0,027	0,438	0,210-0,912
Konstante		-5,837	0,000	0,003	
Nagelkerke R ² = 0,265					

8.5.4.3 Einflussfaktoren der dauerhaften Kontinenz

Hypothesen, die auf Faktoren abzielen, welche eine dauerhafte Kontinenz oder dauerhafte Inkontinenz beeinflussen, wurden nicht formuliert, da bei diesen Verlaufsformen im Untersuchungszeitraum keine Veränderung der Ausscheidungssituation vorlag. Dennoch wurde an dieser Stelle eine Analyse für die dauerhafte Kontinenz vorgenommen, um die vorherigen Berechnungen zu kontrastieren. Eine Berechnung, die nur die Aufnahmevariablen umfasst, wurde dabei nicht durchgeführt.

Mit „0“ wurden die dauerhaft inkontinenten Fälle codiert, mit „1“ die dauerhaft kontinenten. Als unabhängige Variable wurden wiederum „Aufnahmestatus körperliche Konstitution“, „Aufnahmestatus Aktivität“, „Aufnahmestatus Bewegung“ „Aufnahmestatus Kooperation“, „Aufnahmestatus geistige Fähigkeiten“ „Geschlecht“, „Altersgruppen“, „Verlauf körperliche Konstitution“, „Verlauf Aktivität“, „Verlauf Bewegung“ „Verlauf Kooperation“, „Verlauf geistige Fähigkeiten“ „Fachkraftquote“ „Einrichtungsgröße“, „Lokalisation“, „Fachkräftemix“ und „Abwesenheit“ in die Modellberechnung aufgenommen.

Für die Analyse der Schutzfaktoren der dauerhaften Kontinenz kamen 1741 Fälle infrage. Für die Festlegung der Referenzgruppen erfolgten inhaltliche Überlegungen. 1619 Fälle wurden einbezogen (93,0 %), von denen 1391 Bewohner dauerhaft inkontinent waren und 228 Bewohner im Untersuchungszeitraum ihre Kontinenzfähigkeit erhielten. Die Referenzkategorien der unabhängigen Variablen wurden von der Modellberechnung der Schutzfaktoren zur Wiederherstellung der Kontinenzfähigkeit übernommen. Für die Berechnung des Modells wurden alle Variablen gleichzeitig aufgenommen. Der Nagelkerkes R^2 lag bei 0,355. Somit liegt ein gutes Modell für die Schutzfaktoren der dauerhaften Kontinenz vor, da 35,5 % der Varianz der abhängigen Variable durch die unabhängigen Variablen erklärt werden konnten (Backhaus et al., 2006). Richtig klassifiziert wurden 87,3 %. Die dauerhaft inkontinenten wurden dabei zu 97,1 % richtig klassifiziert, die dauerhaft kontinenten Bewohner zu 28,1 %.

Die Chance, innerhalb der ersten sechs Monate nach der Aufnahme in ein Pflegeheim die Kontinenzfähigkeit zu erhalten, erhöhte sich signifikant ($p = 0,015$) bei einer verbesserten Bewegungsfähigkeit um 2,670 (CI 95 % 1,212-5,883) im Vergleich zu einer Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit. Blieb die Bewegungsfähigkeit im ersten halben Jahr nach dem Einzug unverändert, so erhöhte sich ebenfalls signifikant ($p = 0,055$) um 1,786 (CI 95 % 0,987 – 3,232) die Wahrscheinlichkeit, kontinent zu bleiben.

Eine gleichbleibende Mobilität erhöhte die Wahrscheinlichkeit der dauerhaften Kontinenz signifikant ($p = 0,004$) um 2,569 (CI 95 % = 1,347 - 4,900) im Vergleich zu einer Verschlechterung der Mobilität (Referenzgruppe).

Ein im Untersuchungszeitraum unveränderter körperlicher Zustand ließ die Wahrscheinlichkeit der dauerhaften Kontinenz signifikant ($p = 0,004$) um 2,298 (CI 95 % = 1,308 - 4,037) im Vergleich zu einem verschlechterten Zustand (Referenzgruppe) ansteigen.

Die Chance der dauerhaften Kontinenz erhöhte sich signifikant ($p = 0,001$) um 3,950 (CI 95 % = 1,746 - 8,937) im Vergleich zu einer Verschlechterung des geistigen Zustands (Referenzgruppe), wenn sich der geistige Zustand des Bewohners im Untersuchungszeitraum verbesserte. War der geistige Zustand der Bewohner jedoch in den ersten sechs Monaten unverändert, so lag die Wahrscheinlichkeit der dauerhaften Kontinenz bei 2,094 (CI 95 % 1,188 – 3,691) ($p = 0,011$).

Die Chance der dauerhaften Kontinenz erhöhte sich leicht im Vergleich zu einem Fachkraftanteil von 50 % (Referenzgruppe) und mehr (Exp[B] 1,490 CI 95 % 1,008 – 2,202), als wenn der Anteil der Pflegefachkräfte weniger als 50 % betrug ($p = 0,045$).

Männer hatten gegenüber Frauen (Referenzgruppe) eine leicht erhöhte Chance (EXP[B] 1,472; CI 95 % 1,027 – 2,110) sechs Monate nach dem Heimeintritt ihre Kontinenzfähigkeit zu erhalten ($p = 0,035$).

Die Wahrscheinlichkeit, nach dem Heimeintritt kontinent zu bleiben, war bei Bewohnern, die kontinuierlich im Heim anwesend waren, größer (Exp [B] 1,388; CI 95 % 0,996 - 1,936) als bei Bewohnern, deren Heimaufenthalt beispielsweise durch einen Krankenhausaufenthalt unterbrochen war (Referenzgruppe).

Arbeiteten Bewohner zum Aufnahmezeitpunkt kontinuierlich im Rahmen ihrer Versorgung mit, so war die Wahrscheinlichkeit, dass sie dauerhaft kontinent blieben, um 2,635 (CI 95 % 1,542 - 4,502) erhöht gegenüber Bewohnern, die eine wechselnde bzw. keine Bereitschaft zeigten (Referenzgruppe) ($p < 0,001$).

Lag zum Aufnahmezeitpunkt beim Bewohner ein klarer geistiger Zustand vor, so war die Chance der dauerhaften Kontinenz signifikant ($p < 0,000$) um 4,839 (CI 95 % 3,131 - 7,479) erhöht im Vergleich zu Bewohnern, die als verwirrt eingestuft wurden (Referenzgruppe).

Zum Aufnahmezeitpunkt uneingeschränkt mobile Bewohner hatten – im Vergleich zu bettlägerigen Bewohnern und Rollstuhlfahrern (Referenzgruppe) – eine um 4,686 (CI 95 % 2,284 – 9,616) erhöhte Chance, die Kontinenzfähigkeit sechs Monate nach dem Heimeintritt zu erhalten ($p < 0,001$).

Waren die Bewohner zum Aufnahmezeitpunkt mit Hilfe gehfähig, so war die Chance der dauerhaften Kontinenz um 2,343 (CI 95 % 1,352 – 4,060) erhöht gegenüber Bewohnern, die sich im Rollstuhl fortbewegten bzw. bettlägerig waren (Referenzgruppe).

Eine uneingeschränkte Bewegungsfähigkeit erhöhte die Wahrscheinlichkeit der dauerhaften Kontinenz signifikant ($p = 0,010$) um 2,853 (CI 95 % 1,284 - 6,337) im Vergleich zu Bewohnern, die keine Bewegungen selbst ausführen konnten (Referenzgruppe).

Eine verringerte Wahrscheinlichkeit (Exp[B] 0,568; CI 95 % 0,340-0,949) der dauerhaften Kontinenz lag auch vor, wenn die Heimgröße mehr als 200 Plätze betrug im Vergleich zu einer Heimplatzzahl mit weniger als 100 Betten (Referenzgruppe) ($p = 0,031$).

Die Wahrscheinlichkeit der dauerhaften Kontinenz reduzierte sich signifikant ($p = 0,045$) für eher alte Bewohner (75 – 89 Jahre) (Exp[B] 0,658; CI 95 % 0,437-0,990) im Vergleich mit eher jungen Bewohnern (60 – 74 Jahre) (Referenzgruppe).

Die Koeffizienten der Variablen „Kooperationsbereitschaft im Verlauf“, „Lokalisation“, „Fachkraftmix“, und „Körperlicher Zustand zum Aufnahmezeitpunkt“ trennten die Gruppenzugehörigkeit inkontinent bzw. kontinent nicht signifikant.

Die signifikanten Ergebnisse dieser Berechnung sind in Tabelle 12 zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 12: Signifikante Einflussfaktoren der dauerhaften Kontinenz (gleichzeitiger Einschluss)

Variable	Ausprägung	Regressionskoeffizient B	Signifikanz	Exp (B)	95,0 % Konfidenzintervall für Exp (B)
Bewegung Verlauf	verschlechtert (Referenzgruppe) (n = 267)		0,051		
	verbessert	0,982	0,015	2,670	1,212-5,883
	unverändert	0,580	0,055	1,786	0,987-3,232
Aktivität im Verlauf	verschlechtert (Referenzgruppe) (n = 258)		0,011		
	verbessert	0,649	0,164	1,914	0,767-4,777
	unverändert	0,943	0,004	2,569	1,347-4,900
Körperlicher Zustand im Verlauf	verschlechtert (Referenzgruppe) (n = 356)		0,001		
	verbessert	0,130	0,758	1,139	0,498-2,603
	unverändert	0,832	0,004	2,298	1,308-4,037
Geistiger Zustand im Verlauf	verschlechtert (Referenzgruppe) (n = 241)		0,004		
	verbessert	1,374	0,001	3,950	1,746-8,937
	unverändert	0,739	0,011	2,094	1,188-3,691
Altersgruppen	60-74 Jahre (Referenzgruppe) (n = 319)		0,088		
	75-89 Jahre	-0,418	0,045	0,658	0,437-0,990
	90-103 Jahre	-0,553	0,062	0,576	0,323-1,027

Variable	Ausprägung	Regressionskoeffizient B	Signifikanz	Exp (B)	95,0 % Konfidenzintervall für Exp (B)
Einrichtungsgröße	< 100 Plätze (Referenzgruppe) (n = 346)		0,055		
	100-200 Plätze	-0,032	0,879	0,969	0,643-1,460
	> 200 Plätze	-0,565	0,031	0,568	0,340-0,949
Fachkraftquote [✖]	< 49,7%	0,399	0,045	1,490	1,008-2,202
Geschlecht [★]	männlich	0,387	0,035	1,472	1,027-2,110
Abwesenheit [■]	nicht abwesend	0,328	0,053	1,388	0,996-1,936
Kooperationsbereitschaft bei Aufnahme	keine (Referenzgruppe) (n = 703)		0,000		
	wenig	0,158	0,526	1,172	0,718-1,913
	voll	0,969	0,000	2,635	1,542-4,502
Geistiger Zustand bei Aufnahme	verwirrt (Referenzgruppe) (n = 807)		0,000		
	apath./teiln./stup.	0,321	0,422	1,378	0,629-3,019
	klar	1,577	0,000	4,839	3,131-7,479
Aktivität bei Aufnahme	Rollstuhl/bettlägerig (Referenzgruppe) (n = 632)		0,000		
	geht mit Hilfe	0,851	0,002	2,343	1,352-4,060
	geht ohne Hilfe	1,545	0,000	4,686	2,284-9,616
Bewegungsfähigkeit bei Aufnahme	sehr eingeschränkt (Referenzgruppe) (n = 767)		0,021		

Variable	Ausprägung	Regressionskoeffizient B	Signifikanz	Exp (B)	95,0 % Konfidenzintervall für Exp (B)
	eingeschränkt	0,358	0,205	1,430	0,822-2,486
	voll bewegungsfähig	1,048	0,010	2,853	1,284-6,337
Konstante		-7,975	0,000	0,000	

Nagelkerke $R^2 = 0,355$

✘ Fachkraftquote größer als 49,8 % bildet die Referenzgruppe (n = 588)

★ Weibliche Bewohner bildeten die Referenzgruppe (n = 1143)

▪ Abwesende Bewohner bildeten die Referenzgruppe (n = 983)

9 Diskussion

9.1 VERGLEICH UND INTERPRETATION DER ERGEBNISSE

9.1.1 Gesamt- und Punktprävalenz der Harninkontinenz

Studien, die Harninkontinenz in der stationären Langzeitpflege fokussierten, wiesen bereits eine hohe Gesamtprävalenz mit steigender Tendenz auf (44-74,2 %). In einem internationalen Vergleich ließ sich insgesamt eine Zunahme harninkontinenter Bewohner seit 1991 erkennen. Die Ergebnisse der Prävalenzstudien in deutschen Einrichtungen waren mit 71,6 %, 73,4 % und 74,2 % (Dassen, 2004; Dassen, 2005; Dassen, 2006b) im internationalen Vergleich eher hoch.

Die Gesamtprävalenz der vorliegenden Stichprobe – also der Anteil derer, die jemals im Untersuchungszeitraum harninkontinent waren – lag bei 87,3 % und war höher als die Befunde in den recherchierten internationalen und nationalen Studien. Der sich abzeichnende Trend einer ansteigenden Prävalenz der Harninkontinenz in Pflegeheimen scheint sich durch diesen hohen Wert zu bestätigen. Doch muss an dieser Stelle nochmals ausdrücklich auf die Problematik eines Vergleichs der unterschiedlichen Studien hingewiesen werden: Da nicht allen Studien die gleiche Definition von Harninkontinenz zugrunde liegt, sollten die Prävalenzdifferenzen in erster Linie auf diese Definitionsunterschiede zurückgeführt werden³¹. Die vorliegende Studie legte aufgrund ihres Designs die Definition der Harninkontinenz nach der erweiterten Nortonskala nach Bienstein fest (Bienstein & Schröder, 1993). In anderen Studien wurde Harninkontinenz beispielsweise nach der Definition des RAI gewertet (DuBeau et al., 2006; Saxer et al., 2005). Mithin ist zu schlussfolgern, dass erst aussagekräftige Ländervergleiche vorgenommen werden können, wenn den Studien international und national zumindest eine einheitliche Definition vorangestellt wird und ähnliche oder vergleichbare Designs gewählt werden.

Dennoch zeigt die insgesamt hohe und ansteigende Prävalenz der Harninkontinenz in Pflegeheimen einen dringenden Handlungsbedarf, da die Betroffenen in medizinischer und psycho-sozialer Hinsicht belastet sind; darüber hinaus entstehen dem Gesundheitssystem hohe Ausgaben (Niederstadt et al., 2007).

Die vorliegende Studie untersuchte erstmalig die Prävalenz der Harninkontinenz in deutschen Pflegeheimen zum Aufnahmezeitpunkt. 79,5 % (1683 von 2118³²) der untersuchten Bewohner

³¹ Um die Problematik zu verdeutlichen, sei an dieser Stelle ein Beispiel angeführt: Borrie et al. definierten Kontinenz einerseits als „fully continent“ (completely independent) und andererseits als „dry but stuff assistance required“. Hätten die Autoren auch solche Bewohner, die nur mit Unterstützung des Personals kontinent waren, als inkontinent definiert, so läge die Prävalenz dieser Stichprobe bei 80% (Borrie et al., 1992).

³² Zum Aufnahmezeitpunkt lag für 348 Bewohner keine Einschätzung der Kontinenzsituation vor.

waren beim Heimeintritt harn- bzw. doppelinkontinent. In der US-amerikanischen Studie lag die Aufnahmeprävalenz bei 39 %³³ (Palmer et al., 1991), in der Schweizer Studie bei 37 % (Saxer, 2004). Somit war eine Differenz von 40,5 bzw. 42,5 Prozentpunkten zwischen den untersuchten deutschen Pflegeheimen und den amerikanischen und Schweizer Heimen zu konstatieren. Konkrete Gründe – neben den unterschiedlichen Definitionen – können für diese Differenzen nicht genannt werden. Jedoch liegt bei dieser drastischen Differenz die Vermutung nahe, dass zum Aufnahmezeitpunkt deutsche Pflegeheimbewohner einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand und einen höheren Pflegebedarf aufweisen.

Der Anstieg der Prävalenz der Harninkontinenz nach sechs Monaten Heimaufenthalt lag mit 3,5 Prozentpunkten deutlich unter den Ergebnissen anderer Studien. Palmer et al. stellten eine Zunahme der (tagsüber) Inkontinenzhäufigkeit nach zwölf Monaten um 14 Prozentpunkte fest und Saxer et al. um 14,5 Prozentpunkte nach 24 Monaten. Die geringe Zunahme der Inkontinenzhäufigkeit in der vorliegenden Untersuchung könnte auf die hohe Aufnahmeprävalenz zurückgeführt werden.

9.1.2 Verlaufsformen der Harninkontinenz

Untersuchungen, die Inkontinenzverläufe nach der Heimaufnahme untersucht haben, sind noch selten und aufgrund der o.g. Definitionsunterschiede nur schwer vergleichbar. Für die vorliegende Untersuchung waren Variablen zu entwickeln, mit denen Veränderungen, aber auch stabile Zustände der Ausscheidungsfunktion der Bewohner abgebildet werden konnten. Dies war möglich, wenn für mindestens zwei Zeitpunkte Einschätzungen der Ausscheidungssituation der Bewohner vorlagen.

Insgesamt wurden vier Verlaufsmuster gebildet: dauerhafte Kontinenz, dauerhafte Inkontinenz, Heilungen und Neuerkrankungen. Die Gruppe der dauerhaft inkontinenten Bewohner war mit 74,9 % (1498 von 2000) die größte. Dauerhaft kontinente Bewohner kamen mit einem Anteil von 12,2 % (243 von 2000) am zweithäufigsten vor. Veränderungen der Ausscheidungssituation der Bewohner ließen sich in Form einer Neuerkrankung (8,7 % [174 von 2000]) und einer Heilung (4,3 % [85 von 2000]) beobachten. Der größte Teil der hier untersuchten Bewohner (87,1 %) wies einen stabilen Zustand auf, der sich nicht durch die Aufnahme in ein Pflegeheim veränderte. Ouslander et al. identifizierten 39 % dauerhaft inkontinente Bewohner und 74 % dauerhaft kontinente im Untersuchungszeitraum von 12 Monaten sowie 8,4 % Neuerkrankungen und 5,6 % Remissionen³⁴. Saxer et al. entwickelten für ihre Untersuchung die Gruppe der Neuerkrankten, bezifferte sie in ihrer Veröffentlichung jedoch nicht. DuBeau und

³³ In der amerikanischen Studie wurden nur die Inkontinenzereignisse, die am Tag auftraten, untersucht. Nächtliche Inkontinenzereignisse konnten aufgrund des Untersuchungsdesigns nicht berücksichtigt werden. Ouslander et al. (1993) begründeten damit die geringe Prävalenz zum Aufnahmezeitpunkt.

³⁴ Ouslander et al. beschrieben außerdem einen Anteil schwankender Verläufe von 9,5%.

Kollegen (2006) beschrieben in ihrer Studie eine Verbesserung der Kontinenzsituation bzw. eine Remission bei 5 % der Bewohner. Neuerkrankungen waren mit Verschlechterungen der Harninkontinenz zusammengefasst und beliefen sich auf einen Anteil von 12 %. Eine Zunahme der Prävalenz der Harninkontinenz um 8,9 % ein Jahr nach der Aufnahme stellte eine US-amerikanische Forschergruppe fest (Boyington et al., 2007). Die Unterschiede bezüglich der Anzahl von Neuerkrankungen und Heilungen waren in den verschiedenen Studien interessanterweise nicht so groß wie die Anzahl der dauerhaft inkontinenten und dauerhaft kontinenten Bewohner. Die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren und den Verlaufsformen Neuerkrankungen und Heilungen zu untersuchen, ist unabhängig von der Prävalenz sinnvoll.

9.1.3 Personenbezogene Faktoren und ihr Zusammenhang zu den Verlaufsformen der Harninkontinenz

Ein Schwerpunkt dieser Arbeit lag in der Identifizierung von Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Neuerkrankung an Harninkontinenz erhöhen. Gleichzeitig wurde nach Faktoren gesucht, welche die Heilungschance der Harninkontinenz steigern. Andere Studien (häufig Querschnittstudien), die in der stationären Langzeitpflege durchgeführt wurden, unterschieden hierfür die Gruppen „kontinent“ und „inkontinent“, ohne zu differenzieren, ob es sich um eine bereits vor dem Heimeintritt bestehende Inkontinenz handelte oder sich erst nach dem Heimeintritt entwickelte (Aggazzotti et al., 2000; Borrie et al., 1992; Resnick et al., 1988; Welz-Barth et al., 1998). Beeinflussende Faktoren einer wiederhergestellten Kontinenzfähigkeit wurden bislang erst in einer Studie analysiert. Hier zeigte sich, dass die Fähigkeit, selbstständig zu gehen und sich selbstständig umzusetzen, die Abwesenheit einer Stuhlinkontinenz und eine geringes Auftreten von Demenz die Chance einer Heilung erhöhten (Ouslander et al., 1993).

Durch eine bivariate Analyse wurden Assoziationen zwischen diversen personenbezogenen und umgebungsbezogenen Faktoren herausgearbeitet: Männer hatten in dieser Studienpopulation einen besseren Kontinenzstatus. Sie waren häufiger dauerhaft kontinent und erkrankten seltener neu an einer Harninkontinenz. Dieser Befund steht den Ergebnissen anderer Längsschnittstudien gegenüber: Die Wahrscheinlichkeit, nach der Heimaufnahme eine Inkontinenz zu entwickeln, war bei Männern größer als bei Frauen (Ouslander et al., 1993; Palmer et al., 1991; Saxer et al., 2005). In einigen Querschnittstudien waren Frauen häufiger inkontinent als Männer (Aggazzotti et al., 2000), andere Untersuchungen stellten keine Geschlechterunterschiede fest (Boyington et al., 2007). Die durch epidemiologische Studien gewonnene Erkenntnis, dass Frauen im jüngeren Lebensalter viermal so häufig harninkontinent sind wie Männer, sich dieser Unterschied aber mit zunehmendem Alter relativiert (Cheater & Castleden, 2000), scheint sich in der Population der Heimbewohner widerzuspiegeln. Augenscheinlich kann bisher noch nicht davon ausgegangen werden, dass das eine oder

andere Geschlecht als Prädiktor besondere Versorgungsansprüche in Hinblick auf kontinenzfördernde Maßnahmen anzeigt.

Die Frage, ob das Alter einen direkten Einfluss auf die Harninkontinenz hat oder ob der Einfluss indirekt durch das Zusammenwirken altersbedingter Veränderungen und Erkrankungen bedingt ist, kann durch die internationale Studienlage nicht eindeutig beantwortet werden (Fonda et al., 2002). Studien, die auf Risikofaktoren bei Pflegeheimbewohner – also einer Kohorte von gebrechlichen, alten Menschen – für eine Inkontinenzentwicklung abzielten, stellten einerseits keinen expliziten Alterseinfluss auf die Inkontinenz fest (Ouslander et al., 1993; Palmer et al., 1991; Welz-Barth et al., 1998), andererseits konnten Zusammenhänge aufgezeigt werden (Saxer et al., 2005). In dieser Untersuchung zeigte sich in der bivariaten Analyse, dass Heimbewohner zwischen 64-74 Jahren häufiger dauerhaft kontinent waren, und auch häufiger ihre Kontinenzfähigkeit zurückgewannen. Saxer und Kollegen erzielten in ihrer Analyse hingegen das Ergebnis, dass Bewohner zwischen 65 und 85 Jahren häufiger von einer Neuerkrankung betroffen waren als 85-jährige und ältere Bewohner (Saxer, 2004). Einen Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und der dauerhaften Inkontinenz oder einer Neuerkrankung konnte in dieser Studie nicht festgestellt werden. Es bleibt festzuhalten, dass Pflegeheimbewohner unabhängig von ihrem Lebensalter gleichermaßen eine Harninkontinenz nach dem Heimeintritt entwickeln können; auch ein überdurchschnittlich junges Eintrittsalter (60 -74 Jahre) verringerte in dieser Analyse das Inkontinenzrisiko nicht. Somit sind jüngere Bewohner ebenso gefährdet, im Pflegeheim eine Harninkontinenz zu entwickeln, wie ältere und hochaltrige Bewohner. Eine Kontinenzförderung, die zur Wiedererlangung der Kontinenzfähigkeit führt, ist jedoch bei jüngeren Bewohnern wahrscheinlicher als bei älteren.

Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit war im Zusammenhang dieser Untersuchung im Rahmen der bivariaten Analyse deutlich mit dauerhafter Inkontinenz assoziiert und unterstützen damit die Befunde von Welz-Barth et al. (1997), die Inkontinenz als prädiktiven Faktor für Pflegebedürftigkeit und Heimunterbringung identifizierten. Die Verlaufsformen der dauerhaften Kontinenz und der Heilung traten signifikant häufiger bei Bewohnern auf, deren Pflegebedarf vergleichsweise gering war (Pflegestufe 0 und I). Interessanterweise kamen die Neuerkrankungen ebenfalls signifikant häufiger bei den Bewohnern vor, die einen vergleichsweise geringen Pflegebedarf hatten. Es muss also beachtet werden, dass die Entwicklung einer Harninkontinenz auch bei den Bewohnern auftreten kann, deren Unterstützungsbedarf zum Zeitpunkt der Aufnahme eher niedrig ist. Gleichzeitig wurden Bewohner identifiziert, die zum Aufnahmezeitpunkt inkontinent und nur geringfügig auf Unterstützung angewiesen waren und ihre Kontinenzfähigkeit zurückgewannen. Somit kann resümiert werden, dass pflegerische Interventionen der Kontinenzförderung besonders erfolgreich sind, wenn ein niedrigerer Grad an Pflegebedürftigkeit vorliegt. Da nicht für alle

Bewohner die Pflegestufe zum Aufnahmezeitpunkt in der Dokumentation angegeben wurde, konnte die Variable „Pflegebedürftigkeit“ nicht als unabhängige Variable in die multivariate Analyse aufgenommen werden.

Verschiedene chronische Erkrankungen wurden bereits in früheren – die allgemeine Bevölkerung untersuchenden – Studien als Einflussfaktoren der Inkontinenz identifiziert (Fonda et al., 2002). Im Zusammenhang mit einer Neuerkrankung an Inkontinenz nach der Aufnahme in ein Pflegeheim wurde als chronische Erkrankung bisher nur die Demenz beschrieben (Ouslander et al., 1993; Palmer et al., 1991). Diesen Befund bestätigt die vorliegende Studie nicht, jedoch war das Fehlen einer Demenz sehr deutlich mit der dauerhaften Kontinenz assoziiert.

In verschiedenen Studien und Metaanalysen wurde eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COLD) als Risikofaktor für eine Harninkontinenz in der allgemeinen Bevölkerung beschrieben (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007; Fonda et al., 2002; Maggi et al., 2001). Borrie et al. stellten in einer Studie über die stationäre Langzeitpflege fest, dass eine COLD signifikant mit einer niedrigeren Prävalenz der Harninkontinenz assoziiert war (Borrie et al., 1992). In dieser Untersuchung zeigte sich ebenfalls bei inkontinenten Bewohnern seltener eine COLD, bei kontinenten Bewohnern trat sie häufiger auf, als zu erwarten gewesen wäre. Weshalb eine COLD bei Pflegeheimbewohnern nicht im Zusammenhang mit Harninkontinenz zu stehen scheint, kann nicht hinreichend beantwortet werden. Möglicherweise führt ein schon seit mehreren Jahren bestehender chronischer Husten nicht unbedingt zu einer Belastung des Beckenbodens, sondern begünstigt möglicherweise eine Stärkung der Beckenbodenmuskulatur. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass Pflegeheimbewohner eine gesonderte Population darstellen und Ergebnisse, die bei Untersuchungen von nicht institutionalisierten Personen gewonnen wurden, nicht immer auf die Heimbewohner übertragbar sind.

Die in dieser Untersuchung durchgeführte Analyse der körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Bewohner, gemessen mit den Items der erweiterten Nortonskala nach Bienstein, brachten die interessantesten Befunde dieser Untersuchung hervor. Bereits in der bivariaten Analyse zeigten sich deutliche Assoziationen zwischen körperlichen und geistigen Fähigkeiten und einer Neuerkrankung an Harninkontinenz bzw. einer Remission. Zunächst wurde der Aufnahmestatus der Bewohner in Hinblick auf die körperliche Gesamtkonstitution, die Gehfähigkeit, die Bewegungsfähigkeit, den geistigen Zustand und die Bereitschaft der Bewohner, sich an ihrer Versorgung zu beteiligen, betrachtet. Dabei stellte sich heraus, dass gerade die Bewohner, die in ihren Fähigkeiten als „gut“ oder „kaum eingeschränkt“ eingestuft wurden, häufiger an Harninkontinenz erkrankten, als hypothetisch angenommen wurde. Diese Bewohner waren aber ebenso überrepräsentiert in der Gruppe der Geheilten. Durch die Bildung

von Variablen, die Veränderungen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten aufzeigten, ließ sich erkennen, dass Bewohner, die sich in den Bereichen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten verschlechterten, im Laufe der ersten sechs Monate nach Heimeintritt eine Harninkontinenz entwickelten. Bewohner hingegen, deren Zustand sich verbesserte, erlangten ihre Kontinenzfähigkeit deutlich häufiger zurück.

Diese Ergebnisse weisen eindrucksvoll den Zusammenhang zwischen einer Neuerkrankung an Harninkontinenz nach dem Heimeintritt und dem Verlust körperlicher und geistiger Fähigkeiten auf. Sie differenzieren die Befunde anderer Studien dahingehend, dass nicht nur die eingeschränkten körperlichen und geistigen Fähigkeiten, die schon bei der Aufnahme existierten, für diese Inkontinenzentwicklung kausal sind, sondern auch der Abbau von Fähigkeiten, der im Laufe der ersten Monate im Pflegeheim entsteht, eine Inkontinenz auslösen kann. Mit diesem Ergebnis wird die Bedeutung präventiver, kompetenzerhaltender und – fördernder Pflege für den Kontinenzverlust deutlich.

9.1.4 Umgebungsbezogene Faktoren und ihr Zusammenhang zu den Verlaufsformen der Harninkontinenz

In der bivariaten Analyse konnten Zusammenhänge zu umgebungsbezogenen Faktoren dargestellt werden. Einflussfaktoren der Harninkontinenz, die in der Umgebung des Betroffenen liegen, sind bisher nur wenig erforscht. Landi et al. (2003) konnten zeigen, dass das Vorhandensein von „environmental barriers“, die in der Veröffentlichung leider nicht näher spezifiziert werden, die Wahrscheinlichkeit der Harninkontinenz bei Männern um $OR = 3.58$ (CI 95 % 2.06-6.23) und bei Frauen um $OR = 2.95$ (CI 95 % 1.75-4.96) erhöhen (Landi et al., 2003). Ansonsten existieren überwiegend Expertenmeinungen, die von einem Zusammenhang zwischen mangelnder architektonischer Ausstattung der Heime und der Entstehung einer Harninkontinenz ausgehen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007; Hoogers, 1993; Sachsenmaier, 1991). Auch die Einstellung der Pflegenden zu Harninkontinenz im Alter sowie Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals werden im Zusammenhang mit Harninkontinenz im Pflegeheim thematisiert (Patterson Robinson, 2000).

Sowohl die Größe als auch die Lokalisation der Einrichtungen in dieser Stichprobe standen in einer signifikanten Assoziation zu den Verlaufsformen der Harninkontinenz. Interessanterweise traten Neuerkrankungen in Heimen mit einer Platzzahl zwischen 100 und 200 seltener auf. Dauerhafte Kontinenz und Neuerkrankungen hingegen waren in kleinen Heimen (weniger als 100 Plätze) häufiger als erwartet verteilt.

Heime der alten und der neuen Bundesländer zeigten hinsichtlich der Verteilung der Harninkontinenz ebenfalls signifikante Unterschiede. Während in den Heimen der alten Bundesländer eher dauerhaft kontinente und geheilte Bewohner lebten, waren in den Heimen der neuen Bundesländer die dauerhaft kontinenten Bewohner unterrepräsentiert. Es könnte

vermutet werden, dass die Menschen aus dem Gebiet der ehemaligen DDR über größere oder belastbarere soziale Netze verfügten, die eine längere Versorgung in der eigenen Häuslichkeit ermöglichten. Somit siedeln die Bewohner zu einem späteren Zeitpunkt und dann in einem insgesamt schlechteren Gesundheitszustand in ein Pflegeheim über. Andererseits hatte der Träger der hier untersuchten Heime gerade in den neuen Bundesländern eine Vielzahl neuer Heime mit einer deutlich größeren Anzahl an Pflegeplätzen eröffnet. Demnach könnte die Heimgröße als störende Drittvariable den bereits beschriebenen Zusammenhang erneut zeigen.

Der Zugangsweg in ein Pflegeheim wies in der bivariaten Analyse einen signifikanten Zusammenhang zu den Verlaufsformen der Harninkontinenz auf. Bewohner, die mit Unterstützung von Angehörigen in ein Pflegeheim übersiedelten, waren einerseits häufiger dauerhaft kontinent, andererseits zeigte sich überproportional häufig eine Neuerkrankung. Als Erklärung dafür arbeitete Hayder (2006) in ihrer Arbeit heraus, dass Angehörige bestrebt sind, die Kontinenzfähigkeit des pflegebedürftigen Familienmitglieds möglichst lange aufrechtzuerhalten. Sie suchen nach Strategien, die eine kontrollierte Ausscheidung gewährleisten (Hayder, 2006). Nach dem Heimeintritt übernimmt das Pflegepersonal diese Unterstützung und kann möglicherweise nicht die gleichen individuellen Hilfestellungen zur Wahrung der Kontinenzfähigkeit bieten. Es muss gefordert werden, dass pflegende Angehörige als „Experten“ der Ausscheidungsgewohnheiten ihrer Familienangehörigen begriffen werden sollten. Sie können wichtige Informationen zum individuellen Ausscheidungsverhalten liefern und Möglichkeiten einer wirksamen individuellen Kontinenzförderung aufzeigen.

Bewohner, die direkt aus einem Krankenhaus in ein Pflegeheim einzogen, erkrankten den Ergebnissen dieser Untersuchung zufolge seltener neu an Harninkontinenz, konnten jedoch überproportional oft ihre Kontinenzfähigkeit zurückerlangen. Die Heilungsrate könnte einerseits auf einen insgesamt verbesserten Gesundheitszustand zurückgeführt werden. So erholten sich die Bewohner im Heim nach der akuten Erkrankung, gewannen körperliche Fähigkeiten zurück und konnten ihre Ausscheidungen wieder willkürlich und selbstständig verrichten. Diese Befunde könnten darauf hindeuten, dass in der stationären Langzeitpflege eine individuellere Kontinenzförderung betrieben wird, als es im Krankenhaus möglich ist.

Die Zimmerkategorie zeigte in der bivariaten Analyse einen deutlichen Einfluss, konnte jedoch in die multivariate Berechnung aufgrund der fehlenden Werte nicht aufgenommen werden. Kontinente Bewohner waren häufiger in einem Einzelzimmer und dauerhaft inkontinente häufiger in einem Doppelzimmer untergebracht. Auffällig war jedoch, dass Bewohner, die eine Neuerkrankung erlitten, eher in einem Einzelzimmer lebten. Expertenmeinung ist, dass ein Einzelzimmer einen positiven Einfluss auf die Kontinenzfähigkeit haben müsste, da die Intimsphäre gewahrt bleibt und persönliche Ausscheidungsgewohnheiten ungehindert ausgelebt werden können. Möglicherweise zeigen sich in den Ergebnissen dieser Analyse

andere Mechanismen, die bislang noch nicht diskutiert wurden. Denkbar wäre, dass durch das Zusammenleben mit einer anderen Person in einem Raum Hilfestellungen erfolgen (Rufen nach einer Pflegekraft), die in einem Einzelzimmer entfallen. Möglicherweise sind Pflegekräfte häufiger in einem Doppelzimmer anwesend als in einem Einzelzimmer und können so öfter und schneller direkt den Toilettengang begleiten. Auch wenn in dieser Studie der Wirkmechanismus nicht analysiert werden konnte, liefert dieses Ergebnis Pflegekräften der stationären Pflege wichtige Hinweise: Bewohner, die zum Aufnahmezeitpunkt gehfähig, kontinent und geistig klar sind und in ein Einzelzimmer einziehen, benötigen pflegerische Interventionen, die auf den Erhalt dieser Fähigkeiten abzielen. Auch wenn kein gegenwärtiger Unterstützungsbedarf dieser Bewohner vorliegt, muss dem Verlust von kontinenzhaltenden Ressourcen durch geeignete pflegerische Interventionen entgegengewirkt werden. Kontinente Einzelzimmerbewohner sollten bei der Aufnahme und kurz nach der Aufnahme auf mögliche Probleme hingewiesen und bei der selbstständigen Toilettenbenutzung betreut werden.

Bei 40,3 % der Bewohner wurde die Kontinuität des Heimaufenthalts in den ersten sechs Monaten – in fast allen Fällen bedingt durch einen Krankenhausaufenthalt – unterbrochen. Damit wurde die Phase der kurzfristigen Adaptation gestört, und die Bewohner mussten sich auf eine weitere neue Umgebung einstellen. Hypothetisch wurde ein Zusammenhang zwischen den Ereignissen „Unterbrechung der Eingewöhnungsphase“ und „Entwicklung einer Harninkontinenz“ angenommen, der sich jedoch nicht bestätigte. Es zeigte sich lediglich eine Assoziation zwischen einem kontinuierlichen Aufenthalt und einer dauerhaften Kontinenz. Es kann jedoch nicht geschlussfolgert werden, dass die dauerhafte Kontinenz auf eine ungestörte Eingewöhnung zurückzuführen sei, weil Umzüge innerhalb des Heimes, welche ja auch einen Ortswechsel darstellen, keinerlei Einfluss auf die Verlaufsformen der Inkontinenz hatten. Vielmehr scheint die Kontinuität des Heimaufenthaltes auf einen stabilen Gesundheitszustand hinzudeuten, der Krankenhausaufenthalte nicht erforderlich machte und die Kontinenzfähigkeit bewahrte.

Ein positiver Zusammenhang bestand zwischen einem regelmäßigen Besuch im Speisesaal und der Verlaufsform der dauerhaften Kontinenz: Dauerhaft inkontinente Bewohner besuchten den Speisesaal deutlich seltener. Ein Zusammenhang zwischen Neuerkrankungen oder Heilungen und der Speisesaalbenutzung bestand nicht. Die Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, dass Bewohner mit einer guten körperlichen Konstitution den Speisesaal aufsuchten, körperlich und geistig eingeschränkte Bewohner aufgrund des Unterstützungsbedarfs eher in ihren Wohnbereichen oder auf ihren Zimmern das Essen einnahmen.

Der Anteil dreijährig ausgebildeter Pflegefachkräfte und die Quote „Personal im Pflegebereich/Bewohner“ sind gesetzlich bzw. vertraglich geregelt. So legen die

Versorgungsverträge der Pflegekassen mit den Einrichtungen eine Mindestzahl an Mitarbeitern in der Pflege fest, die sich danach richtet wie viele Bewohner mit welcher Pflegestufe in den Heimen leben. Die Heimpersonalverordnung regelt (§ 5 HeimPersV), dass der Fachkräfteanteil bei mindestens 50 % liegen muss. In dieser Untersuchung wurde der Versuch unternommen, einen Zusammenhang zwischen den Verlaufsformen der Inkontinenz und der Mitarbeiteranzahl sowie der Mitarbeiterqualifikation, gemessen in Fachkraftquote (Anteil der Fachkräfte im Verhältnis zu allen Mitarbeitern) und Fachkraft/Bewohnerquote, herzustellen. Die allgemeine Mitarbeiterquote stand im Zusammenhang mit der Inkontinenzentwicklung oder einer dauerhaften Inkontinenz. Die Assoziation existierte zum einen zwischen einer dauerhaften Kontinenz und einem guten Betreuungsschlüssel (<6,6 Bewohner pro Mitarbeiter), und zum anderen zwischen einem höheren und damit schlechteren Betreuungsschlüssel (>8,8 Bewohner pro Mitarbeiter) und einer Heilung der Inkontinenz. Da in dem Betreuungsschlüssel alle Mitarbeiter der Heime aufgeführt waren, also auch jene, die nicht im Bereich der direkten Pflege am Patienten arbeiteten, wurde zusätzlich die Fachkraftquote jeder Einrichtung analysiert.

Die dauerhafte Kontinenz war mit einer schlechteren Fachkraftquote (unter 50 %) assoziiert. Dieser Befund lässt die Vermutung zu, dass die Kontinenzsituation dieser Personen sehr stabil und der Unterstützungsbedarf eher gering war. Neuerkrankungen traten ebenfalls tendenziell häufiger in Einrichtungen auf, deren Fachkraftquote unter 50 % lag. Hier kann vermutet werden, dass sich ein geringerer Anteil an Pflegefachkräften negativ auf die Pflegequalität ausgewirkt hat und sich die Bewohner in ihrem Zustand eher verschlechterten. Um dieses Ergebnis zu validieren, wurde eine Pflegefachkraft/Bewohnerquote³⁵ berechnet. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Bewohner, die eine Pflegefachkraft durchschnittlich zu versorgen hatte, und den Verlaufsformen der Harninkontinenz konnte nicht ermittelt werden.

Ein weiterer möglicher Einflussfaktor wurde in der Interdisziplinarität der Fachkräfte gesehen, da Kontinenzförderung auch Aufgabenbereiche der Physio- und Ergotherapie einschließt. Jedoch zeigte sich, dass gerade die Heilungen der Harninkontinenz, also das Ergebnis einer wirksamen Kontinenzförderung, in den Einrichtungen unterrepräsentiert waren, in denen Ergo- und/oder Physiotherapeuten arbeiteten. Es kann nun vermutet werden, dass die Therapeuten nicht im Bereich der direkten Versorgung einzelner Bewohner eingesetzt wurden, sondern eher Gruppenangebote wie Gymnastik und Handarbeiten durchführten. Jedoch lag ein „Fachkräftemix“ überproportional häufig in großen Einrichtungen vor, und somit kann nicht

³⁵ Die Pflegefachkraft/Bewohnerquote soll die Fachkraftquote, die ja lediglich den Anteil von 50% Fachkräften in der direkten Pflege vorschreibt, ohne die wöchentliche Arbeitszeit der Mitarbeiter zu berücksichtigen, differenzieren. Wenn ein großer Anteil an Fachkräften mit einer geringen Wochenarbeitszeit beschäftigt ist, ist die Fachkraftquote zwar erfüllt, die Fachkraft/Bewohnerquote wäre jedoch sehr hoch.

ausgeschlossen werden, dass ein Confounder, also eine störende Drittvariable – in diesem Fall die Einrichtungsgröße – diesen Zusammenhang hervorrief.

9.1.5 Der Einfluss mehrerer Faktoren auf die Verlaufsformen der Inkontinenz

Zunächst wurde ein prädiktives Modell, das vorhersagende Faktoren einer Neuerkrankung an Harninkontinenz aufzeigt, berechnet. Für die Kontinenzförderung ist es von Bedeutung, schon zum Zeitpunkt der Aufnahme zu wissen, dass das Vorhandensein bestimmter Faktoren das Risiko der Neuerkrankung einer Inkontinenz erhöhen kann. Somit könnte bereits beim Heimeintritt der neue Bewohner auf diese Merkmale geprüft werden. Entsprechend könnten präventive Interventionen geplant und umgesetzt werden, die eine Inkontinenzentwicklung verhindern.

Es wurden also nur die Variablen in eine Berechnung aufgenommen, die zum Aufnahmezeitpunkt vorlagen. Alle Variablen, die Entwicklungen oder Veränderungen im Laufe der ersten sechs Monate beinhalteten (z.B. Kontinuität des Aufenthaltes, Körperlicher Zustand im Verlauf) fanden keine Aufnahme in dieses erste prädiktive Modell. Jedoch zeigte sich, dass durch diese „Aufnahmevariablen“ kein akzeptables prädiktives Modell berechnet werden konnte. Bei der Betrachtung der einzelnen Faktoren zeigte sich, dass „geht mit Hilfe“, „verwirrt“ und „weiblich“ als einzelne Faktoren die Wahrscheinlichkeit der Inkontinenzentwicklung erhöhten. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich bei der Schweizer Pflegeheimpopulation: Saxer et al. (2005) identifizierten als wichtigsten prädiktiven Faktor für eine Inkontinenzentwicklung innerhalb 12 Monate nach dem Heimeintritt „Probleme beim Gehen im eigenen Zimmer“. Sie differenzierten die Effekte nach Geschlecht und stellten fest, dass er bei weiblichen Bewohnern stärker war. Auch Einschränkungen in den kognitiven Fähigkeiten der Bewohner stellten sich als Vorhersagevariable für eine Inkontinenzentwicklung heraus. Anhand dieser Ergebnisse wird deutlich, dass Bewohner, die Einschränkungen beim selbstständigen Gehen und verminderte kognitive Fähigkeiten beim Heimeintritt aufweisen, besonders gefährdet sind, eine Harninkontinenz zu entwickeln. Es müssen individuelle Lösungen gefunden werden, wie die Bewohner bei ihren Toilettengängen unterstützt werden können (beispielsweise könnte bei Bewohnern mit Gehproblemen ein Toilettenstuhl in die Nähe des Ortes gestellt werden, an dem sich der Bewohner häufig aufhält). Ebenfalls sollten Bewohner, die zum Zeitpunkt der Aufnahme kognitive Einschränkungen zeigen, aber gleichzeitig kontinent sind, eine besondere Unterstützung bei der Eingewöhnung in das Heim erhalten. Deutliche Orientierungshilfen, wiederholtes Herumführen im Wohnbereich und begleitete Toilettengänge könnten wirksame Interventionen sein.

Die Identifikation von Faktoren, die die Heilungschance erhöhen, ist ebenfalls ein Ziel dieser Arbeit. Es wurde zunächst ein prädiktives Modell berechnet, welches nur die Aufnahmesituation

der Bewohner beinhaltete. Ein akzeptables prädiktives Modell konnte mit den gegebenen Variablen nicht entwickelt werden. Dennoch wurden einzelne Faktoren identifiziert, die die Heilungswahrscheinlichkeit erhöhten: selbstständiges Gehen bei der Aufnahme, klarer geistiger Zustand zum Aufnahmezeitpunkt und volle Kooperationsbereitschaft bei der Aufnahme. Die Heilungswahrscheinlichkeit reduzierte sich, wenn ein Bewohner in ein Pflegeheim einzog, das im Bereich der neuen Bundesländer lag. Es konnten keine Studien recherchiert werden, die Prädiktoren einer Remission der Harninkontinenz identifizierten. Hier wäre eine weiterführende Untersuchung von Interesse.

Um akzeptable oder sogar gute Modelle berechnen zu können, die eine möglichst große Anzahl der Inkontinenzentwicklungen nach dem Heimeintritt erklären, wurden nun auch Variablen hinzugezogen, die Verlaufsbeschreibungen der Heimbewohner in unterschiedlichen Bereichen (insbesondere in körperlichen und geistigen Funktionen) abbilden. Es wurde deutlich, dass sich die Wahrscheinlichkeit der Inkontinenzentwicklung sehr stark erhöhte, wenn sich die Bewohner im Bereich ihrer geistigen Fähigkeiten verschlechterten. Das Risiko der Inkontinenzentwicklung war ebenfalls bei Bewohnern erhöht, die sich in ihrer Gehfähigkeit und in ihrer Beweglichkeit verschlechterten. Außerdem war das Risiko der Neuerkrankung bei Frauen größer als bei Männern. Bewohner, die zum Aufnahmezeitpunkt als verwirrt eingestuft und in ihrer Gehfähigkeit auf Hilfe angewiesen (bzw. nicht mehr gehfähig) waren, hatten ebenfalls ein erhöhtes Neuerkrankungsrisiko. Diese Ergebnisse lassen sich zum Teil auch in den Untersuchungen von Saxer et al. (2005) und Palmer et al. (1991) finden: Saxer et al. fanden als wichtige Risikofaktoren ein reduziertes Langzeitgedächtnis und Probleme beim selbstständigen Gehen im eigenen Raum. Palmer identifizierten diesbezüglich in ihrer Stichprobe das männliche Geschlecht, geringe Verhaltensanpassung nach zwei Wochen Heimaufenthalt, Beeinträchtigungen der Geh- und Transferfähigkeit, die sich nach zwei Monaten Heimaufenthalt zeigten, und das Auftreten einer Demenz nach zwei Monaten Heimaufenthalt.

In der vorliegenden Studie reduzierte sich das Neuerkrankungsrisiko bei Bewohnern, die in eine Einrichtung einzogen, deren Bettenzahl zwischen 100-200 lag, im Gegensatz zu Heimbewohnern, die in Heimen mit mehr als 200 Pflegeplätzen lebten. Da andere Studien diesen Zusammenhang nicht untersucht haben, kann kein Vergleich vorgenommen werden. Dennoch scheint die Differenzierung nach der Bettenzahl einen Erkenntnisgewinn darzustellen, der als ein Forschungsansatz für weitere Studien verstanden werden kann.

Die Modellberechnung der Einflussfaktoren für eine Heilung der Harninkontinenz wies einen schlechteren Gesamtwert als das Modell zur Neuerkrankung auf. Das Modell war aber immer noch akzeptabel. Als wichtigste Faktoren stellten sich heraus: Verbesserungen im Bereich der geistigen Fähigkeiten und der Beweglichkeit, ein klarer geistiger Zustand bei der Aufnahme und volle Bewegungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Heimeintritts. Ouslander et al. (1993) beschrieben

ebenfalls Faktoren, die eine Remission der Harninkontinenz beförderten: Die Fähigkeit, selbstständig zu gehen und sich umzusetzen, die Abwesenheit einer Stuhlinkontinenz und eine geringe Prävalenz der Demenz. Entsprechend ist zu konstatieren, dass die Unabhängigkeit von personeller Hilfe beim Gehen und ein klarer geistiger Zustand für die Wiederherstellung der Kontinenz sehr bedeutsam sind. Somit müssen Leitlinien zur Behandlung der Harninkontinenz der Gehfähigkeit und dem geistigen Zustand einen noch höheren Stellenwert einräumen, als sie es bislang tun, und konkrete Handlungsempfehlungen geben (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007; Niederstadt & Doering, 2004). Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. gibt die folgende Empfehlung: „Beide Methoden (Prompte Voiding und Habit Training, Anm. der Verfasserin) sollten durch jede mögliche Form der aktivierenden Pflege unterstützt werden (sei es nur moralisch, durch anerkennende Worte), da Hinweise darauf existieren, dass aktivierende Pflege generell die Kontinenz fördert“ (Niederstadt & Doering, 2004, S. 45). Diese Empfehlung impliziert, dass aktivierende Pflege ein konkretes Pflegekonzept darstellt. Jedoch existiert bis heute kein theoretisch fundiertes Konzept, das die gesetzlich formulierte Forderung des § 2 SGB XI „Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten“ (Klie, 2005, S. 141) aufgreift und in konkrete Handlungen übersetzt. Solange die aktivierende Pflege kein konkretes Pflegekonzept darstellt, in dem mittels eines validen Assessments individuelle Bedarfe ermittelt werden, die Versorgung darauf ausgerichtet aktivierend und rehabilitativ geplant, durchgeführt und evaluiert wird (Dangel et al., 2005), ist der Hinweis auf sie ohne jede Aussagekraft. Auch in dieser Richtung, also in der Forderung nach einem empirisch fundierten Pflegekonzept der aktivierenden Pflege, lässt sich aufgrund dieser Ergebnisse weiterer Forschungsbedarf ableiten.

Um letztendlich die Ressourcen der Kontinenzfähigkeit für Pflegeheimbewohner zu ermitteln, wurde ein Modell der Einflussfaktoren einer dauerhaften Kontinenz berechnet. Eine Vielzahl von Faktoren erwies sich als kontinenzhaltend: volle Beweglichkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme, die unverändert blieb, und Beweglichkeit, die sich im Laufe des Heimaufenthaltes verbesserte; selbstständiges Gehen zum Heimeintritt bzw. eine Verbesserung der Gehfähigkeit; eine leidlich gute körperliche Konstitution, die sich in den ersten sechs Monaten nicht veränderte, Verbesserungen der geistigen Fähigkeiten bzw. ein guter, sich nicht verändernder geistiger Zustand bei der Aufnahme; männliches Geschlecht, die Abwesenheit von Krankenhausaufenthalten während der kurzfristigen Eingewöhnungsphase; gute Kooperationsbereitschaft zum Aufnahmezeitpunkt und volle bzw. kaum eingeschränkte Bewegungsfähigkeit. Weitere Untersuchungen, die Einflussfaktoren des Kontinenzhaltens fokussierten, konnten in den einbezogenen Datenbanken nicht recherchiert werden.

9.2 IMPLIKATIONEN

Der Vergleich und die Interpretation der eigenen Ergebnisse mit der internationalen Studienlage bereiten den Weg um Implikationen abzuleiten. Der Befund, dass Bewohner, die mit guten Voraussetzungen in ein Pflegeheim übersiedelten, bereits in den ersten sechs Monaten nach der Aufnahme in den unterschiedlichsten Bereichen ihren Zustand verschlechterten, macht es erforderlich, strukturelle Veränderungspotentiale in der stationären Langzeitpflege aufzudecken. Zuerst wird der Blick auf den pflegepolitischen Diskurs um die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung gerichtet. Auch in Hinsicht auf die neuen Regelungen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes, durch die rehabilitative Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung auch für geriatrische Patienten eine Pflichtleistung darstellen, können Implikationen für die Pflegeheime abgeleitet werden. Weitere Implikationen lassen sich für die Entwicklung neuer Wohn- und Pflegekonzepte und für die Qualitätsentwicklung der stationären Langzeitpflege herleiten. Abschließend werden pflegerische Handlungsempfehlungen zur Unterstützung der Bewohner beim Übergang in ein Pflegeheim und für die Förderung der Kontinenz entwickelt.

9.2.1 Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI

Die pflegerische Versorgung der Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen steht derzeit in einem Spannungsverhältnis zwischen einer pauschalierten Leistungsvergütung einerseits und einem weitfassten Leistungsanspruch andererseits. Die Leistungsvergütung der Pflegekassen richtet sich nach der Pflegestufe (I-III und Härtefälle) der Versicherten. Die Pflegestufe bildet dabei den Grad der Pflegebedürftigkeit ab. Im Verständnis der Pflegeversicherung wird der Grad der Pflegebedürftigkeit aus dem Pflegebedarf abgeleitet, indem durch ein Begutachtungsverfahren des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) geschätzt wird, wie viel Zeit eine nicht professionelle Pflegeperson im häuslichen Umfeld für eine kompensatorische Unterstützung benötigen würde (Wingefeld et al., 2007). Diese Zeitkomponente wird auch dann zugrunde gelegt, wenn es sich um die Einschätzung des Pflegebedarfs eines Pflegeheimbewohners handelt (ebd.) Darüber hinaus werden zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit im § 14 SGB XI nur ausgewählte Verrichtungen des täglichen Lebens berücksichtigt: Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung (Klie, 2005). Die Personalbemessung ist nach § 72 SGB XI vertraglich zwischen dem Einrichtungsträger und den Pflegekassen geregelt (Klie, 2005) und richtet sich nach der Anzahl der Bewohner und der Pflegestufe. Demgegenüber steht die Verpflichtung der vollstationären Pflegeeinrichtung, eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten (§ 11 SGB XI) sowie die medizinische Behandlungspflege und psychosoziale Betreuung zu erbringen (§ 43 SGB XI) (ebd.).

Wingenfeld et al. (2007) konstatieren, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI dysfunktionale Effekte auf die Struktur und das Qualitätsniveau der pflegerischen Versorgung bewirkt: „Die [...] bestehende Tendenz, Pflege auf Hilfen bei körperbezogenen Verrichtungen zu reduzieren, erhielt mit dem aktuellen Verständnis der Pflegebedürftigkeit nachhaltig Auftrieb. [...]. Präventive und rehabilitative Funktionen, Palliativpflege oder auch Anleitung, Beratung und edukative Funktionen sind im Alltag der [...] stationären Pflege schwach verankert.“ (ebd. Seite 9). Ebenfalls werden indirekte negative Auswirkungen des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf methodische Grundlagen der Pflege beschrieben: „Die Pflegeplanungen und Dokumentationen [...] orientieren sich heute sehr stark an den Verrichtungen, die bei der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI berücksichtigt werden“ (ebd. Seite 9).

Ein Fünftel bis ein Viertel der hier untersuchten Bewohner wiesen in körperlichen und geistigen Fähigkeiten Verschlechterungen nach dem Heimeintritt auf. Diese Funktionsverluste beeinflussten letztendlich die Entwicklung einer Harninkontinenz. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstützen die gesundheitspolitische Debatte um eine Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs dahingehend, dass Präventions- und Rehabilitationspotentiale der Bewohner unbedingt bei der Heimaufnahme und in regelmäßigen Abständen systematisch erfasst werden müssen.

So weisen auch Wingenfeld et al. (2007) in ihren Empfehlungen darauf hin, dass zunächst die Pflegebedürftigkeit identifiziert werden sollte, aus der sich dann ein konkreter Pflegebedarf ableitet. Die Einschätzung des Pflegebedarfs sollte unter Berücksichtigung von Umgebungsbedingungen, Fähigkeit und Qualifikation der Pflegeperson, individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten des Pflegebedürftigen, Verfügbarkeit und Nutzung von Hilfsmitteln sowie fachlichen Standards und Methoden erfolgen. Zudem muss das Pflegeziel Berücksichtigung finden; dieses kann entweder eine bloße Kompensation von Unselbstständigkeit beinhalten oder aber eine ressourcenfördernde Pflege im Sinne von Erhalt, Wiedergewinnung oder Verbesserung von Fähigkeiten des Pflegebedürftigen verfolgen (ebd.).

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen eine Gruppe von Bewohnern auf, deren Zustandsverschlechterungen durch eine angemessene Pflegebedarfsanalyse möglicherweise hätte verhindert werden können. Das Gutachten „Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten“ empfiehlt eine Reihe von Instrumenten zur Bemessung des Pflegebedarfs, unter anderem das RAI 2 (Wingenfeld et al., 2007), mit dem explizit die Rehabilitationspotenziale für die Bereiche Beweglichkeit/Fortbewegung/Transfer, An-/Auskleiden, Toilettenbenutzung sowie Körperpflege erhoben werden können. Die flächendeckende Anwendung des RAI hätte also eine positive Wirkung auf die pflegerische Versorgung in der stationären Langzeitpflege. Darüber hinaus bestünde für die klinische Pflegeforschung ein bedeutender Nutzen, da sich aufgrund der einheitlichen

Datenerfassung durch das MDS (Minimum Data Set) eine Datenbasis bilden würde, die Quer- und Längsschnittuntersuchungen zu den verschiedensten Fragestellungen zulässt, aber auch internationale epidemiologische Vergleiche ermöglichen würde.

9.2.2 Rehabilitation im Pflegeheim

Wie mehrfach hervorgehoben, liefert die vorliegende Untersuchung Ansatzpunkte für präventive und rehabilitative Interventionen. Zum einen konnten die Ergebnisse anderer Studien in Hinblick auf Risikofaktoren, die die Harninkontinenzentwicklung nach dem Heimeintritt befördern, auch für Deutschland bestätigt und neue Risikofaktoren herausgearbeitet werden. Als Ergänzung zu vorangegangenen Untersuchungen des Themengebietes wurden Schutzfaktoren identifiziert, die die Chance für die Wiederherstellung der Kontinenz sowie für eine dauerhafte Kontinenz erhöhen und damit Hinweise liefern, welche Ressourcen in diesem Zusammenhang wichtig sind und unbedingt erhalten bzw. gefördert werden müssen. Durch diese Studie wurde beispielsweise deutlich, dass die gute Bewegungsfähigkeit des Bewohners für den Kontinenzertand eine große Bedeutung hat. Ouslander et al. zeigten bereits 1987 auf, dass inkontinente Bewohner für den selbstständigen Toilettengang mehr Zeit benötigen als kontinente Bewohner. Hier zeichnet sich ein wichtiger Bereich für eine pflegerische Rehabilitation ab: Die einzelnen Teilaspekte des selbstständigen Toilettenganges wie das Aufstehen vom Stuhl, das Gehen einer bestimmten Teilstrecke, das Öffnen und Herabziehen der Kleidung müssen mit dem Bewohner kontinuierlich geübt werden.

Seit Verabschiedung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 01.04.2007 handelt es sich bei der medizinischen Rehabilitation nicht mehr um eine Ermessensleistung, sondern um eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (Deutscher Bundestag, 2007). Die Indikation der medizinischen Rehabilitation stellt ein Vertragsarzt. Die medizinische Rehabilitation kann in ambulanten, aber auch in stationären Rehabilitationseinrichtungen erfolgen. Medizinische Rehabilitationsleistungen im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind nach § 40 SGB V auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI zu erbringen, wenn eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreicht, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen hätten aufgrund dieser Gesetzgebung die Möglichkeit, medizinische Rehabilitation für sich in Anspruch zu nehmen, soweit eine Rehabilitationsfähigkeit³⁶ vorliegt. Die Aufgabe der Pflegefachkräfte könnte darin bestehen, mögliche Leistungsansprüche der Heimbewohner einem Vertragsarzt gegenüber vorzubringen, um so eine ambulante Re-

³⁶ Nach § 10 der Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses ist ein Versicherter rehabilitationsfähig, „wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit, Motivation oder Motivierbarkeit besitzt“ (N.N., 2004b).

habilitation zu initiieren. Möglicherweise wären die Pflegeheime sogar geeignet, Konzepte einer ambulanten Rehabilitation anzubieten. In den Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen sind bislang Praxen, Rehabilitationskliniken und Krankenhäuser als mögliche Rehabilitationseinrichtungen aufgelistet (N.N., 2004a). Kämen Verträge zwischen Gesundheitszentren und Pflegeheimen in Hinblick auf ein integriertes Versorgungssystem nach § 140 SGB V zustande, könnten auch stationäre Pflegeeinrichtungen die Anforderungen der Rahmenempfehlungen erfüllen. Die Diskussion über eine Beteiligung der stationären Pflege an der medizinischen Rehabilitation sollte in weiteren wissenschaftlichen Arbeiten analysiert werden.

Eine mobile geriatrische Rehabilitation richtet sich an Versicherte, die in ihrem eigenen häuslichen Umfeld leben. Als Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Form der Rehabilitation müssen beispielsweise die Rehabilitanden die Fähigkeit verloren haben, den erzielten Rehabilitationserfolg aus einer stationären oder ambulanten Rehabilitation in das gewohnte Umfeld zu übertragen. Ob auch Pflegeheimbewohner diese mobile Rehabilitation für sich beanspruchen können, geht aus den entsprechenden Ausführungen nicht hervor. Aus pflegfachlicher Sicht der Autorin, gestützt durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, sollte ein Ausschluss dieser Personengruppe unbedingt vermieden werden.

Auch im Bereich der mobilen Rehabilitation könnten neue Leistungsfelder für stationäre Pflegeeinrichtungen bestehen, die es zu entwickeln gälte und die möglicherweise positive Effekte auf die pflegerische Versorgung aller Heimbewohner hätten. Im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen könnten sich Pflegefachkräfte das erforderliche Wissen aneignen und in der eigenen Einrichtung die Leistungen der mobilen Rehabilitation erbringen, die sich über die Krankenkasse abrechnen ließe. Einerseits würde sich ein „therapeutisches Pflegeverständnis“ entwickeln, andererseits wäre es eine wichtige Motivation, dass sich nach einer erfolgreichen Rehabilitation erkennbare Verbesserungen einstellen, die letztendlich auch für die Pflegenden eine Erleichterung darstellen. Aktivierende Pflege wäre nicht länger eine Leistung, die im Gießkannenprinzip „irgendwie“ allen Bewohnern zuteil wird, sondern sie wäre eine gezielte Intervention, die als vergütete Leistung einen ganz neuen Stellenwert in der Versorgung hätte.

Unabhängig von der medizinischen Rehabilitation (die einen neuen Leistungsbereich für Pflegeheime beinhalten könnte), impliziert das SGB XI bereits eine pflegerische Rehabilitation, da die Pflege in der stationären Langzeitpflege rehabilitativ unter dem Kennzeichen der Aktivierung (§ 11 SGB XI) ausgerichtet erfolgen soll. Aktivierende Pflege soll mit dem Ziel erbracht werden, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen (§ 28 (4) SGB XI). Dangel et al. konstatieren, dass pflegerische Prävention und Rehabilitation bislang keine pflegfachlich und pflegewissenschaftlich ausgestalteten Tätigkeitsfelder sind (Dangel et al., 2005), obwohl in den Forderungen des SGB XI

Ansatzpunkte und Voraussetzungen für einen eigenen pflegerischen rehabilitativen Ansatz bestehen (ebd.). Der Sozialverband Deutschland (SoVD) fordert ebenfalls in seinem Memorandum, dass der im Gesetz verankerte Anspruch nach aktivierender Pflege in der Praxis auch eingelöst wird (SoVD, 2004).

Die Ergebnisse dieser Arbeit stellen ein mögliches Aktivierungspotential der Bewohner heraus. Dies zeigte sich zum einen darin, dass Menschen, die mit guten Voraussetzungen in ein Pflegeheim einzogen, dieses Potential innerhalb eines halben Jahres abbauten und sich in ihrem Zustand insgesamt verschlechtern. Zum anderen gab es ebenfalls eine nennenswerte Anzahl an Bewohnern, die durch die pflegerische Versorgung ihren Zustand verbesserten. So scheint es folgerichtig, den Anteil positiver Verläufe zu steigern. Da jedoch eine Verbesserung des Bewohners eine Abstufung der Pflegestufe nach sich ziehen würde, die mit einem verringerten Pflegesatz einhergeht, fehlt bislang der finanzielle Anreiz für die Einrichtungen, sich um eine positive Entwicklung der Bewohner zu bemühen. So sind neue anreizbietende Leistungsvergütungen zu entwickeln.

Als besonders bedeutsam für die Inkontinenzentwicklung hat sich die Verschlechterung des geistigen Zustandes herausgestellt. Ein Abbau kognitiver Funktionen sollte unbedingt verhindert werden. Bei bestehenden Einschränkungen in diesen Bereichen sollte eine Verbesserung angestrebt werden. Hierfür sind gezielte pflegerische Interventionen unabdingbar. Forschungsprojekte wie beispielsweise das vom BMFSFJ (Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend) geförderte Projekt SIMA³⁷ zeigen Möglichkeiten einer kognitiven Aktivierung auf (Rupprecht et al., 2004). Ergebnisse dieser Art müssen vermehrt in die Pflegeeinrichtungen getragen und umgesetzt werden.

9.2.3 Neue Wohn- und Pflegekonzepte in der stationären Langzeitpflege

Die Heime der (sogenannten) dritten Generation (vgl. Abschnitt 2.1) legen bereits vermehrt Wert auf individuellen Wohnraum. Dennoch führt der Einzug in ein Pflegeheim dazu, dass sich die individuelle Alltagsgestaltung grundlegend ändert. Viele Aufgaben der Alltagsbewältigung werden mit dem Heimeintritt an die Heimorganisation abgegeben. Der pflegebedürftige Mensch bezahlt und erhält nun Hotelleistungen, die die Reinigung aller Wohnräume und die Zubereitung sämtlicher Mahlzeiten vorsehen. Auch wenn diese Leistungen der häuslichen Versorgung gerade für Heimbewohner wichtig sind, da ja das Unvermögen des pflegebedürftigen Menschen, den Alltag zu bewältigen, einen Grund für den Heimeintritt darstellt, so bedeutet ihr Verlust gleichzeitig oft eine Sinnentleerung des Alltags. Ob dieses „Sich-um-nichts-mehr-kümmern-Müssen“ einen Abbau der geistigen und körperlichen Fähigkeiten forcieren kann, bleibt in anderen Untersuchungen zu erforschen. Vorliegende Befunde liefern dafür einen

³⁷ SIMA ist ein Akronym für Selbstständigkeit im höheren Lebensalter.

Hinweis, da gerade die Bewohner, die einen relativ geringen Pflegebedarf aufwiesen, sich überproportional häufig in ihrer Kontinenzfähigkeit verschlechterten. Möglicherweise liegt die Ursache für diese Entwicklung in einer Fehlversorgung der eher „rüstigen“ Pflegeheimbewohner. So könnte eine nicht kompensierte Reizarmut vermutet werden, die die Entwicklung einer depressiven Grundstimmung und Antriebsarmut nach sich zieht, da keinerlei Verantwortung mehr für das eigene Leben besteht. Hier sei an das vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) entwickelte Konzept der „KDA-Hausgemeinschaften“ verwiesen. Sie „[...] stehen für eine Weiterentwicklung der stationären Betreuung in Richtung Normalität, Privatheit und Dezentralisierung“ (Keller, 2006). Herkömmliche Pflegeeinrichtungen werden umgewandelt, sodass Pflegeroutinen, festgelegte Essenszeiten und Tagesabläufe einem möglichst normalen Alltagsleben weichen (ebd.). Die Träger der Pflegeheime sollten die innovativen Ideen dieser Konzepte aufgreifen und neue Wohnkonzepte entwickeln. So könnten Bewohner verschiedener Wohngruppen die Verantwortung für die Alltagsplanung übernehmen und beispielsweise den Speiseplan selbst entwerfen, entsprechende Einkaufslisten schreiben, selber im Rahmen ihrer Möglichkeiten kochen und abwaschen. Die Unterstützung durch Hauswirtschaftskräfte und Pflegekräfte ist dabei selbstverständlich. Die von Keller (2006) beschriebenen Kollisionen zum Heimgesetz werden möglicherweise durch eine Neudefinition des Heimbegriffs im Rahmen der Förderalismusreform in den einzelnen Ländern gegenstandslos. Die sich hier bietende Chance der Weiterentwicklung der stationären Pflege, begünstigt durch das Vorhandensein guter Konzepte einerseits und Anpassung der Rahmenbedingungen andererseits, sollten Gesetzgeber und Träger unbedingt nutzen. Gleichzeitig böte sich hier das Potential einer Abgrenzung der pflegerischen Rehabilitation von der medizinischen, wenn diese Bereiche Eingang in ein Konzept fänden.

Eine Veränderung der Wohnkonzepte zieht also die Entwicklung innovativer Pflegekonzepte nach sich. Die Arbeit der Pflegenden sollte sich auf die Bedürfnisse der Wohngruppen einstellen und muss sich dementsprechend von den Heimroutinen verabschieden. Das Pflegeverständnis der kompensatorischen, auf ärztliche Anordnungen ausgerichteten Pflege muss einer therapeutisch ausgerichteten, rehabilitativen Pflege weichen, um einer Fehlversorgung der Heimbewohner entgegenzuwirken. Unabhängig von der Inkontinenzproblematik untersuchten Baltes und Zank (1995) die Förderung der Selbstständigkeit und Lebenszufriedenheit in stationären Einrichtungen. Sie beschreiben die Heime als wenig fördernde Umwelten, die durch Überprotektion und Ignoranz von Selbstständigkeit charakterisiert sind. In Pflegeheimen besteht ihren Untersuchungen zufolge im Bereich der Körperpflege eine Überversorgung und im Bereich der psychosozialen Betreuung eine Unterversorgung (Baltes et al., 1983; Baltes, 1995).

Die Krankenpflegestrukturen, die durch den Einsatz von Krankenschwestern in die Einrichtungen gelangten, müssen sich auf die Schwerpunkte der Altenpflege einlassen. Eine verpflichtende Schulung des Krankenpflegepersonals im Hinblick auf gerontologische Aspekte sollte unbedingt diskutiert werden, da es in Pflegeheimen nicht hauptsächlich um die Heilung und Linderung von Krankheiten geht, sondern der Schwerpunkt der Versorgung in der Alltagsbewältigung liegt, die trotz körperlicher oder geistiger Einschränkungen von den die Bewohnern so selbstständig wie möglich erbracht werden soll. Diese Forderung an die Krankenschwestern- und pfleger bzw. Gesundheits- und Krankheitspflegerinnen und -pfleger scheint gerechtfertigt, da sich Altenpflegerinnen und Altenpfleger auch in einigen medizinischen Bereichen nachqualifizieren müssen, wenn sie in der häuslichen Krankenpflege oder im Krankenhaus tätig sein wollen.

9.2.4 Inkontinenz als Qualitätsindikator stationärer Langzeitpflege

Die Ergebnisse dieser Arbeit lassen auch Implikationen im Hinblick auf eine Qualitätsentwicklung in den Pflegeheimen zu. Wie sich zeigte, war die Inkontinenzentwicklung bei den Bewohnern mit einem Verlust von anderen körperlichen und geistigen Fähigkeiten verbunden. Die Heilung der Inkontinenz wurde bei einer Verbesserung körperlicher und geistiger Fähigkeiten wahrscheinlicher. Demzufolge könnte die Anzahl an Inkontinenz neuerkrankter Bewohner als Qualitätsindikator der Pflegeheime dienen. Die Förderung der Kontinenz kann bei Pflegeheimbewohnern jedoch nicht ohne eine allgemeine Aktivierung und Rehabilitation durchgeführt werden. Kontinenzförderung ist also komplex, und die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Interventionen erfordert eine kontinuierliche, den individuellen Fähigkeiten des Bewohners angemessene Pflege. So führen Boyington et al. (2007) an, dass eine hohe Harninkontinenzprävalenz einen Indikator für eine geringe Pflegequalität darstellt. Dem ist in Anlehnung an die vorliegenden Befunde entgegenzuhalten, dass die Analyse der Gesamtprävalenz keinen brauchbaren Qualitätsindikator darstellt, da Bewohner häufig schon harninkontinent in ein Pflegeheim einziehen, die hohe Aufnahmeprävalenz dieser und anderer Stichproben zeigte es. Folglich kann nur die Anzahl der Neuerkrankungen als Indikator für die Pflegequalität dienen. Es ist anzunehmen, dass die pflegerischen Bereiche, aus denen Qualitätsindikatoren berechnet werden, besondere (auch vonseiten des Trägers) Aufmerksamkeit erhalten.

Eine Debatte um Qualitätsindikatoren wird derzeit in Deutschland auch für die stationäre und ambulante Langzeitpflege diskutiert. Die Entwicklung der Qualitätsindikatoren beruht auf der vergleichenden Qualitätssicherung nach SGB V, die durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) in der stationären Akutversorgung durchgeführt und weiterentwickelt wird (Bölicke, unveröffentlicht). Im Rahmen dieses Qualitätsindikatorensystems werden auch Dekubitusinzidenzen und Sturzhäufigkeiten erfasst. In den USA wurde für den Bereich der

stationären Langzeitpflege das Nursing Home Quality Assessment System entwickelt, das auf den Assessmentdaten des Minimum Data Set (MDS) beruht. Die Inzidenz der Harninkontinenz ist ein Indikator dieses Systems. Für die Etablierung der Kontinenzförderung wäre die Harninkontinenzinzidenz als Qualitätsindikator ein wichtiger Antrieb.

9.2.5 Inkontinenz doch ein Aufnahmegrund?

Harninkontinenz und ihr direkter oder indirekter Einfluss auf den Heimeintritt wird – wie in Abschnitt 3.1.3 bereits ausführlich dargestellt – kontrovers diskutiert. Die Ergebnisse dieser Untersuchung könnten Befürworter dieser These stützen, da 78,3 % der Bewohner zum Zeitpunkt des Heimeintritts harninkontinent waren. Weiterführende Forschungsarbeiten erscheinen an dieser Stelle lohnenswert, denn im Umkehrschluss würde dies bedeuten, dass Heimeinweisungen vermieden werden können, wenn die Kontinenzfähigkeit der alten Menschen in der allgemeinen Bevölkerung möglichst lange erhalten bliebe. Entsprechend sollte eine präventive Versorgung der alternden Bevölkerung – beispielsweise durch präventive Hausbesuche – Pflegebedürftigkeit vermeiden³⁸. Hausärzte nehmen im Gesundheitswesen eine wichtige Funktion ein, da sie gerade für Senioren den wichtigsten Ansprechpartner darstellen. Hier scheint eine Sensibilisierung und Spezifizierung der Hausärzte für „geriatrische Themen“ (z.B. Multimorbidität, Inkontinenz im Alter, Hilfsmittelversorgung, unerwünschte Nebeneffekte von Medikamenten) bedeutsam. Die Zusammenarbeit mit ambulant tätigen Pflegefachkräften, die entsprechende Schulungen und Beratungen von Pflegepersonen (zum Beispiel pflegende Angehörige) sowie Wohnraumanpassungen vornähmen, wäre wünschenswert und wird auch im Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfohlen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2007). Das Gutachten fordert weiter: „Die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfshilfsmittel sollte in die Hand der Pflege gelegt werden“ (ebd. S. 180), da so Versorgungsbrüche gerade in ländlichen Gegenden und in der stationären Langzeitpflege verhindert würden (ebd.).

9.2.6 Handlungsempfehlungen

Aus den vorgestellten Umständen des Heimeintritts und den Betrachtungen der harninkontinenzauslösenden Faktoren lassen sich folgende Maßnahmen für die stationäre Langzeitpflege schlussfolgern:

Schulungen, Fort- und auch Weiterbildungen im Bereich der Kontinenzförderung sind notwendig, um Pflegende bezüglich der Thematik zu sensibilisieren und um ihnen die allgemeinen und speziellen Maßnahmen der Kontinenzförderung zu vermitteln (Deutsches

³⁸Als Beispiel sei das von der Bosch-BKK in Auftrag gegebene und vom Deutschen Institut für Pflegeforschung umgesetzte Projekt „Mobil“ angeführt. Es dient der Erprobung eines pflegepräventiven Konzeptes zur Erhaltung von Selbstständigkeit und Gesundheit im Alter (Weidner et al., 2007).

Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007). Hier sollten die Träger der Heime den Fortbildungsbedarf des eigenen Personals prüfen und entsprechende Fortbildungen durchführen. Der 5. Nationale Expertenstandard des DNQP „Kontinenzförderung in der Pflege“ beschreibt die systematische Behandlung der von Inkontinenz bedrohten oder betroffenen Bewohner und Patienten. Die Notwendigkeit von Kontinenzförderprogrammen in Pflegeheimen wird nicht nur durch den Anteil der Neuerkrankungen (7,1 %) oder der Heilungen (3,1 %) deutlich, ein noch größeres Potential liegt letztendlich in der Bewohnergruppe, die in dieser Untersuchung dauerhaft inkontinent waren, da Kontinenzförderung auch die Kompensation der Harninkontinenz mit geeigneten Hilfsmitteln oder eine Reduktion der Inkontinenzereignisse beinhaltet.

Besonders bedeutsam erscheint aufgrund der Ergebnisse dieser Untersuchung, dass den Pflegenden der Zusammenhang zwischen Mobilitätsverlusten und dem Verlust der Fähigkeit des selbstständigen Toilettenganges aufzuzeigen ist. Entsprechend sind alle Maßnahmen, die einer Unterstützung des Toilettenganges dienen, wichtige pflegerische Interventionen.

Eine kritische Prüfung der Einrichtung in Hinblick auf eine kontinenzfördernde Umgebung, wie in Abschnitt 5.3.2 bereits dargestellt, sollte unbedingt erfolgen.

Vor dem eigentlichen Heimeintritt eines Menschen könnte der in den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben der Qualitätsentwicklung nach § 80 SGB XI geforderten Besuch eines Pflegeheimmitarbeiters in die häusliche Umgebung des zukünftigen Bewohners für die Kontinenzförderung genutzt werden. Wurden zu Hause bereits Hilfsmittel wie Haltegriffe benutzt, so sollten diese Hilfsmittel auch im Pflegeheim noch vor dem Einzug des Bewohners zur Verfügung gestellt werden. Bei Bewohnern mit einer demenziellen Erkrankung können persönliche Gegenstände aus dem Badezimmer (ein Regal, ein Toilettenpapier- oder Handtuchhalter, ein Bild, ein Hocker oder andere Einrichtungsgegenstände) einen Wiedererkennungseffekt auslösen und die Orientierung unterstützen. Da Angehörige um diese Aspekte nicht wissen, ist es wichtig, dass Pflegende hier beratend zur Seite stehen. Auch wenn ein Bewohner nach einem Krankenhausaufenthalt in das Pflegeheim direkt übersiedelt, sollte diese „Wohnungsbesichtigung“ in Absprache mit den Angehörigen durchgeführt werden (Boguth, 2007).

Es ist von großer Bedeutung, dass Pflegende den Zustand des Bewohners gerade bei der Aufnahme mit geeigneten Instrumenten erfassen und sich anbahnende Funktionsverluste frühzeitig erkannt und verhindert werden. Beim Aufnahmegespräch sollte die Kontinenzsituation des Bewohners sensibel angesprochen werden. Berichtet der neue Bewohner von häufigen Toilettengängen oder einem Harndranggefühl, sollte dies als Anzeichen einer beginnenden Inkontinenz interpretiert werden und die Initiierung einer ärztlichen Diagnosestellung erfolgen.

Da nicht immer ein Gespräch zu Inkontinenz mit dem neuen Heimbewohner durchführbar ist, sollte auf „auffällige“ Verhaltensweisen, wie ein Hin- und Herrutschen auf dem Stuhl, unruhiges Herumlaufen, ein auffälliger Geruch, beobachtet werden.

Die Beachtung der in Abschnitt 5.3 beschriebenen Risikofaktoren ist ein wichtiger Bestandteil der vorbeugenden Maßnahmen. Um festzustellen, ob das Geh- und Stehvermögen des Bewohners einen selbstständigen Toilettengang zulässt, könnten „Trockenübungen“ (der Bewohner geht vom Bett aus zur Toilette und setzt sich auf den geschlossenen Toilettendeckel) durchgeführt werden. Ebenso ist seine Fingerfertigkeit zu überprüfen, ob Knöpfe und Reißverschlüsse problemlos geöffnet werden können. Die Medikamentenzusammenstellung müsste dahingehend betrachtet werden, ob sie eine Harninkontinenz begünstigen. Das Zimmer und die Flure sollten stets auf gute Lichtverhältnisse und Barrierefreiheit geprüft werden. Dies hilft nicht nur, Stürze zu verhindern, sondern ermöglicht vielen Bewohnern, die Toilette zu finden und rechtzeitig zu erreichen.

Die Elimination bzw. Reduktion von Risikofaktoren und die Förderung der Selbstständigkeit und Aktivität des Bewohners sind wichtige pflegerische Maßnahmen – nicht nur im Zusammenhang mit der Vermeidung einer Harninkontinenz.

9.3 METHODISCHE GRENZEN

Die vorliegende Studie weist einige Restriktionen auf, die für die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Heimbewohner von Bedeutung sind. Zum einen handelt es sich bei der untersuchten Stichprobe um einen nicht repräsentativen Ausschnitt der bundesdeutschen Heimbevölkerung. Im Vergleich mit der amtlichen Pflegestatistik war die Studienpopulation jünger, der Männeranteil war größer, und die Anzahl der Bewohner mit Pflegestufe II und III lag ebenfalls unter dem bundesdeutschen Durchschnitt. So könnte die ermittelte Prävalenz der Harninkontinenz – trotz des hohen Wertes – immer noch eine Unterschätzung der bundesdeutschen Heimpopulation darstellen.

Zum anderen beruhte die Datengrundlage dieser Analyse auf Sekundärdaten, die nicht für Forschungszwecke erhoben wurden und entsprechend transformiert werden mussten. Die Definition der Harninkontinenz richtete sich deshalb auch nach der Definition, die in der Nortonskala zugrunde gelegt wurde. Für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Untersuchung mit anderen wäre die Definition der Harninkontinenz nach dem RAI hilfreicher gewesen.

Müller et al. (2004) beobachteten in ihrer Studie, dass bei der Aufnahme in ein Pflegeheim auch kontinente Bewohner – aus übertriebener Vorsicht der Pflegenden heraus – zum Teil mit

Inkontinenzmaterial versorgt wurden. Diese Überschätzung der Harninkontinenz alter Menschen könnte sich auch im Dokumentationsverhalten wiederfinden, sodass nicht ausgeschlossen werden kann, dass möglicherweise kontinente Bewohner als inkontinente geführt wurden.

Die Nortonskala wurde nicht bei allen Bewohnern entsprechend der Verfahrensanweisung geführt. Leider konnte somit nicht die gesamte Bruttostichprobe – abzüglich der 59-jährigen und jüngeren Bewohner – in die Analyse einbezogen werden. In einem Vergleich zwischen der Respondergruppe und der Nonrespondergruppe war ein Unterschied bezüglich des Pflegebedarfs erkennbar. Ein Selektions-Bias kann also nicht ausgeschlossen werden.

In Hinblick auf die multivariate Analyse war es bedauerlich, dass die Variablen zu den medizinischen Diagnosen und zur Pflegbedürftigkeit nicht in das Modell aufgenommen werden konnten, da der Anteil fehlender Werte zu hoch war. Möglicherweise hätte durch eine Aufnahme dieser Items eine noch bessere Varianz erreicht werden können.

Obwohl es von wissenschaftlichem Interesse gewesen wäre, die genauen Zeitpunkte nach der Aufnahme zu ermitteln, zu denen sich der Status der Bewohner veränderte, konnte aufgrund der Datenlage hierzu keine Analyse erhoben werden. Leider war eine Differenzierung der Formen der Harninkontinenz ebenfalls nicht möglich.

9.4 OFFENE FRAGEN UND AUSBLICK

In dieser Arbeit konnte nachgewiesen werden, dass eine Veränderung der Kontinenzsituation der Bewohner nach dem Heimeintritt durch eine Veränderung der geistigen und körperlichen Fähigkeiten bedingt wird. Ein Drittel der Bewohner haben ihren Gesundheitszustand nach der Aufnahme in ein Pflegeheim verändert. Bei einigen wenigen trat eine Verbesserung auf, bei einem größeren Anteil verschlechterte er sich. Die dieser Entwicklung zugrunde liegenden Ursachen konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst werden. Es bleibt also offen, ob die identifizierten Veränderungen das Resultat einer positiven oder negativen Heimeingewöhnung sind, die abhängig von der Persönlichkeit des Bewohners und seiner individuellen Situation vor dem Heimeintritt ist, oder ob sie auf einen Ressourcenabbau zurückgeführt werden müssen, der das Ergebnis einer wenig förderlichen Umwelt darstellt. Bewirkt die Abgabe der Verantwortung für die Tagesstrukturierung und die Alltagsbewältigung an eine Institution einen Abbau körperlicher und kognitiver Fähigkeiten?

In weiterführenden prospektiven Studien, die möglicherweise unterschiedliche Wohn- und damit verbunden auch Pflegekonzepte vergleicht, könnte untersucht werden, inwieweit eine

„aktivierende Umgebung“ positive Entwicklungen befördern kann, auch wenn die Ausgangssituation des Heimeintritts nicht immer günstige Voraussetzungen birgt.

Pflegende sollten den Bewohnern bei der Eingewöhnung in ein Pflegeheim gezielte Unterstützung anbieten. Hierfür gilt es, Konzepte zu entwickeln, die – im Rahmen einer theoretischen Fundierung wie zum Beispiel Meleis' Transitionstheorie – den Übersiedelnden in seiner Entwicklungstendenz wahrnehmen und die Möglichkeiten bieten, einen negativen Eingewöhnungsprozess umzulenken.

Gleichzeitig sollten Kosten-Nutzen-Analysen einer rehabilitierenden Pflege vorgenommen werden.

Heime spielen eine wichtige gesellschaftliche Rolle. Sie übernehmen dann die Sorge für pflegebedürftige Menschen, wenn die Versorgung in anderen Settings nicht mehr gesichert werden kann. Gleichzeitig sind diesen Institutionen – dadurch, dass sie an das Ende der Versorgungskette gestellt wurden, aber auch bedingt durch die bestehende Form der Leistungsvergütung – Behandlungserfolge, wie sie Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen für sich verbuchen können, nicht möglich. Die öffentliche Ablehnung der Pflegeheime ist meines Erachtens teilweise auf den unreflektierten Vergleich von Krankenhäusern und Pflegeheimen zurückzuführen. Die teilweise an Hotels erinnernde Ausstattung moderner Krankenhäuser erweckt eine Anspruchshaltung der Gesellschaft, die auf jede andere Versorgungsform übertragen wird. So besteht im Hinblick auf die Hotelleistungen auch in Pflegeheimen der Anspruch, es müssten – ebenso wie in Krankenhäusern – die Menschen von ihren Alltagsbelastungen befreit werden. Was für den Kranken bei seiner Genesung hilfreich ist, führt in der Langzeitpflege jedoch möglicherweise zur Degeneration. Auch in Heimen steht oftmals lediglich die Kompensation von verlorenen Fähigkeiten im Vordergrund der Versorgung – denn auch nur diese wird bezahlt.

Wünschenswert wäre eine selbstbewusstere Haltung der stationären Langzeitpflege, die gesundheitspolitisch an Einfluss gewinnt und ihre Leistungen offenbart. Derzeit wird eine Reform der Pflegeversicherung diskutiert, und es besteht aktuell die Chance, Pflegeheime in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Vorab sollte jedoch öffentlich diskutiert werden, welche Ziele in der stationären Langzeitpflege erreicht werden sollen. Stehen tatsächlich Aktivierung und Rehabilitation im Vordergrund, so müsste auch eine andere Form der Leistungsvergütung verabredet werden. Selbstverständlich müssten Pflegeheime dann auch fester Bestandteil integrierter Versorgungssysteme werden, die ihre Anteile an einer Selbstständigkeit erhaltenden und Autonomie unterstützenden Versorgung leisten, beispielsweise als ambulante oder mobile Rehabilitationseinrichtungen.

10 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde die Prävalenz der Harninkontinenz zum Aufnahmezeitpunkt und nach sechs Monaten Heimaufenthalt retrospektiv bestimmt. Darüber hinaus wurden die Auswirkungen von personenbezogenen Faktoren und umgebungsabhängigen Faktoren auf die Kontinenzfähigkeit der Bewohner untersucht. Hintergrund der Fragestellung waren bisherige Befunde, die zeigten, dass sich die Häufigkeit der Harninkontinenz nach der Aufnahme in ein Pflegeheim erhöht. Ursächlich könnten die Besonderheiten der Pflegeheimsituation sein, da hier zahlreiche Risikofaktoren vorliegen, welche die Entstehung einer Harninkontinenz begünstigen können.

Zur Untersuchung dieser Aspekte konnten Daten eines Trägers gewonnen werden, welche im Rahmen eines elektronischen Pflegedokumentationssystems im Zeitraum vom 01.01.2003 bis zum 30.04.2005 in 47 Pflegeheimen routinemäßig erfasst wurden. Die für die Fragestellung dieser Arbeit relevanten Daten wurden anhand einer Variablenliste selektiert. Die Variablenliste beruht auf den Ergebnissen anderer nationaler und internationaler Studien. Die Verfügbarkeit der Daten in der Dokumentation setzte der Analyse jedoch natürliche Grenzen. Für die Analyse waren insbesondere die Stammdaten der Bewohner und die erweiterte Nortonskala, ein Assessmentinstrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos, wichtige Bezugsquellen.

Einbezogen wurden alle Bewohner, die 60 Jahre und älter waren. Mit einer Fallzahl von 2466 Bewohnern bzw. 2000 Bewohnern, für die sich eine Verlaufstypologie bilden ließ, lag nun eine belastbare Datenbasis vor, die auch multivariate Auswertungen erlaubte. Fast Dreiviertel der Bewohner waren weiblich (69,5 %), ein Drittel war männlichen Geschlechts (30,5 %). Das Durchschnittsalter der Bewohner betrug 81,4 Jahre. Da die Stichprobe bezogen auf die Pflegebedürftigkeit und das Alter der Bewohner nicht repräsentativ war, könnte eine Überschätzung der Prävalenz der Harninkontinenz vorliegen. Von der fehlenden Repräsentativität unbenommen sind jedoch die Ergebnisse der Zusammenhangsanalysen.

Mit dem Verfahren der logistischen Regressionsanalyse wurde ein Modell für „Neuerkrankungen der Harninkontinenz“ und ein Modell für „Wiedererlangte Kontinenzfähigkeit“ berechnet. Als unabhängige, personenbezogene Variablen flossen „Altersgruppe“ und „Geschlecht“ in das Modell ein. Die körperliche Situation der Bewohner wurde mit der Beurteilung ihrer geistigen Fähigkeit, ihrer Geh- und Bewegungsfähigkeit, ihrer allgemeinen körperlichen Konstitution und ihrer Kooperationsbereitschaft dargestellt. Zusätzlich wurden als umgebungsbezogene Variablen die Kontinuität des Heimaufenthaltes abgebildet, die Größe des Heimes und Variablen zur Mitarbeitersituation wie Fachkraftquote und Fachkraftschlüssel.

Mit dieser Untersuchung liegen nun erstmals Ergebnisse zur Entwicklung der Harninkontinenz und zur Wiederherstellung der Kontinenzfähigkeit nach der Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung für Deutschland vor.

Zum Aufnahmezeitpunkt waren 79,5 % der Bewohner harninkontinent (1683 von 2118). Die Prävalenz der Harninkontinenz stieg nach sechs Monaten auf 83 % (1264 von 1505) an. Die Gesamtprävalenz lag bei 87,3 % (2153 von 2466). In der bivariaten Analyse fiel auf, dass überproportional häufig die Bewohner an Harninkontinenz neu erkrankten, die zum Aufnahmezeitpunkt noch verhältnismäßig viele körperliche und geistige Ressourcen hatten und deren Pflegebedarf bei der Aufnahme eher gering war. Durch die Transformation von Laufvariablen war in der bivariaten Analyse erkennbar, dass eine Neuerkrankung an Harninkontinenz stark mit Verschlechterungen der körperlichen Gesamtkonstitution, Verschlechterung der Geh- und Bewegungsfähigkeit und mit Verschlechterungen des geistigen Zustandes korrelierte. Die Wiederherstellung der Kontinenzfähigkeit hingegen war deutlich mit einer Verbesserung in diesen Bereichen assoziiert.

In der multivariaten Analyse bestätigten sich diese Befunde: Die Abnahme der geistigen Fähigkeiten nach der Heimaufnahme überragte in ihrer Bedeutung alle anderen mitbestimmenden Ursachen für eine Neuerkrankung. Zum Aufnahmezeitpunkt als „verwirrt“ eingeschätzt, ein Verschlechterung der Mobilität nach der Aufnahme, zum Aufnahmezeitpunkt mit Hilfe gehfähig oder auf einen Rollstuhl angewiesen und Geschlecht weiblich erhöhten ebenfalls das Risiko der Harninkontinenzentwicklung. Bei Bewohnern, deren körperlicher Zustand nach der Aufnahme stabil blieb und die in Heimen mittlerer Größe wohnten, reduzierte sich die Wahrscheinlichkeit der Inkontinenzentwicklung. Die Chance, nach der Heimaufnahme wieder kontinent zu werden, war für Bewohner, deren Bewegungsfähigkeit bei der Aufnahme uneingeschränkt war, am größten. Beinahe ebenso bedeutungsvoll für die Heilung der Inkontinenz war eine Verbesserung des geistigen Zustands, aber auch eine Verbesserung der Bewegungsfähigkeit innerhalb der ersten sechs Monate. Sowohl für eine Neuerkrankung als auch für eine Heilung der Harninkontinenz waren die personenabhängigen Variablen von herausragender Bedeutung. Als umgebungsbezogener Faktor erwies sich nur die Heimgröße für beide Modelle als beeinflussend. Große Heime (200 Plätze und mehr) wirkten sich in dieser Analyse sowohl für den Kontinenzhalt als auch für die Wiederherstellung der Kontinenzfähigkeit negativ aus.

Die geistigen und körperlichen Fähigkeiten der Bewohner zu erhalten und zu fördern, sind den Ergebnissen zufolge, die wichtigsten präventiven und rehabilitierenden Pflegeleistungen, um einer Inkontinenzentwicklung nach dem Heimeinzug entgegenzuwirken. Dabei reicht es nicht, „aktivierende Pflege“ im „Gießkannenprinzip“ zu erteilen. Es gilt, ein Konzept der präventiven und der rehabilitierenden Pflege zu entwickeln.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Einrichtungen der Altenhilfe von 1991 bis 2001 (Statistisches Bundesamt, 2002, eigener Entwurf).....	14
Abbildung 2 Gegenüberstellung der Gründe für den Heimeintritt (nach Schneekloth et al. 1998 und Schneekloth 2006, eigener Entwurf)	25
Abbildung 3: Prozessmodell des Übergangs ins Altenheim (Quelle Thiele, 2003)	27
Abbildung 4: Anwendung der Nortonskala zu allen Zeitpunkten, Querschnitte	64
Abbildung 5: Altersstruktur der Bewohner (N = 3648) im Vergleich mit Pflegestatistik des Jahres 2003	71
Abbildung 6: Geschlechtervergleich (N = 3648) mit Pflegestatistik des Jahres 2003	71
Abbildung 7: Pflegestufen der Bewohner (N = 3648) im Vergleich mit Pflegestatistik des Jahres 2003	72
Abbildung 8: Geschlechtervergleich mit und ohne Nortoneinschätzung (N = 3468).....	74
Abbildung 9: Vergleich der Altersgruppen mit und ohne Nortoneinschätzung (N = 3468)	75
Abbildung 10: Vergleich der Pflegestufen mit und ohne Nortoneinschätzung (N = 3468)	76
Abbildung 11: Altersverteilung der Stichprobe (N = 2466)	80
Abbildung 12 : Geschlechterverteilung der Stichprobe in drei Altersstufen (N = 2466)	81
Abbildung 13: Verteilung der Pflegestufe der Stichprobe zum Aufnahmezeitpunkt, unterschieden nach Geschlecht (n = 1849).....	82
Abbildung 14: Verteilung der Pflegestufe zum Aufnahmezeitpunkt, unterschieden nach drei Altersgruppen (n = 1849).....	83
Abbildung 15: Anzahl ausgewählter chronischer Erkrankungen (n = 1921)	85
Abbildung 16: Anteil der verstorbenen Bewohner, unterschieden nach Geschlecht (N = 2466)	85
Abbildung 17: Anteil der verstorbenen Bewohner, differenziert nach Pflegestufe	86
Abbildung 18: Körperlicher Zustand des Bewohners zu allen Zeitpunkten.....	88
Abbildung 19: Veränderungen des körperlichen Zustands (N = 2000).....	88
Abbildung 20: Beweglichkeit der Bewohner zu allen Zeitpunkten	89
Abbildung 21: Veränderungen der Beweglichkeit (N = 2466).....	90
Abbildung 22 Aktivität der Bewohner zu allen Zeitpunkten	91
Abbildung 23: Veränderungen der Aktivität der Bewohner (N = 2000).....	91
Abbildung 24: Geistiger Zustand der Bewohner zu allen Zeitpunkten	92
Abbildung 25: Veränderung des geistigen Zustands (N = 2000).....	93
Abbildung 26: Bereitschaft zur Kooperation zu allen Zeitpunkten	94
Abbildung 27: Veränderungen der Kooperationsbereitschaft (N = 2000)	94
Abbildung 28: Verteilung der Stichprobe auf die Heimgrößen klein, mittel und groß (N = 2466).....	95
Abbildung 29: Häufigkeit der unterschiedlichen Zugangswege ins Pflegeheim (N = 2122)	97
Abbildung 30: Häufigkeit der Zimmerkategorie zu t0 (n = 2341)	97
Abbildung 31: Punktprävalenzen der Harninkontinenz zu t0, t1, t2 und t3	99
Abbildung 32: Erkrankungsschwere der Harninkontinenz zu t0, t1, t2 und t3.....	100
Abbildung 33: Verlaufsformen der Harninkontinenz (N = 2000)	101
Abbildung 34: Verteilung der Variablen Geschlecht und Verlaufsgruppen (N = 2000)	102
Abbildung 35: Verlaufsgruppen und Geschlecht (N = 2000)	103
Abbildung 36: Altersgruppen und Verlaufsform (N = 2000).....	104
Abbildung 37: Verlaufsgruppen und Altersgruppen (N = 2000).....	105
Abbildung 38: Verteilung Pflegebedarf zu t0 und Verlaufsgruppen (n = 1497)	106
Abbildung 39: Pflegebedarf im Verlauf und Verlaufsgruppen (n = 1550).....	107
Abbildung 40: Verteilung Demenz und Verlaufsgruppen (n = 1921)	109
Abbildung 41: Verteilung COLD und Verlaufsgruppen (n = 1632).....	110
Abbildung 42: Harnwegsinfekt und Verlaufsgruppen (n = 1632)	110
Abbildung 43: Schwerbehinderung und Verlaufsgruppen (N = 2000)	111
Abbildung 44: Überleben und Verlaufsgruppen (N = 2000).....	112
Abbildung 45: Körperlicher Zustand zu t0 und Verlaufsgruppen (N = 1652)	113
Abbildung 46: Veränderung körperlicher Zustand und Verlaufsgruppen (N = 2000)	114

Abbildung 47: Aktivität zu t0 und Verlaufsgruppen (n = 1652)	115
Abbildung 48: Veränderung der Aktivität und Verlaufsgruppen (N = 2000)	116
Abbildung 49: Beweglichkeit zu t0 und Verlaufsgruppen (n = 1652)	117
Abbildung 50: Veränderung der Beweglichkeit und Verlaufsgruppen (N = 2000)	118
Abbildung 51: Kooperation zu t0 und Verlaufsgruppen (n = 1652)	119
Abbildung 52: Veränderung der Kooperation und Verlaufsgruppen (N = 2000)	120
Abbildung 53: Geistiger Zustand zu t0 und Verlaufsgruppen (n = 1652)	121
Abbildung 54: Veränderung des geistigen Zustandes und Verlaufsgruppen (n = 2000)	122
Abbildung 55: Rauchverhalten und Verlaufsgruppen (n = 1388)	123
Abbildung 56: Heimgröße und Verlaufsgruppen (N = 2000)	124
Abbildung 57: Lokalisation und Verlaufsgruppen (N = 2000)	125
Abbildung 58: Zugangsweg und Verlaufsgruppen (n = 1710)	126
Abbildung 59: Unterbringung und Verlaufsgruppen (n = 1894)	127
Abbildung 60: Abwesenheit und Verlaufsgruppe (N = 2000)	128
Abbildung 61: Anwesenheit im Speisesaal und Verlaufsgruppe (n = 1184)	129
Abbildung 62: Fachkraftquote und Verlaufsgruppe (N = 2000)	130
Abbildung 63: Professionen-Mix und Verlaufsgruppe (n = 2000)	131

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Veränderung der Zimmerkategorien seit Einführung der Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt, 2001; Statistisches Bundesamt, 2003; Statistisches Bundesamt, 2005; Statistisches Bundesamt, 2007, eigener Entwurf)	17
Tabelle 2: Formen der Harninkontinenz (Ahnis, 2005; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP], 2007; Niederstadt & Doering, 2004, eigener Entwurf)	39
Tabelle 3: Synopse der Prävalenzstudien zur Harninkontinenz in Pflegeheimen (eigener Entwurf)	43
Tabelle 4: Risikofaktoren der Harninkontinenz (eigener Entwurf)	47
Tabelle 5: Auszug aus der erweiterte Nortonskala nach Bienstein (Bienstein & Schröder, 1993)	62
Tabelle 6: Übersicht über die gelieferten Rohdaten	62
Tabelle 7: Häufigkeiten der medizinischen Diagnosen (n = 1921)	84
Tabelle 8: Grad der Schwerbehinderung (N = 2466)	86
Tabelle 9: Zusammenhang medizinische Diagnosen und Harninkontinenz (n = 1632)	108
Tabelle 10: Signifikante Einflussfaktoren der Neuerkrankung (gleichzeitiger Einschluss)	137
Tabelle 11: Signifikante Einflussfaktoren der Heilung (gleichzeitiger Einschluss)	141
Tabelle 12: Signifikante Einflussfaktoren der dauerhaften Kontinenz (gleichzeitiger Einschluss)	145

13 Literaturverzeichnis

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U. et al. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourology and urodynamics*, 21, 167-178.
- Aggazzotti, G., Pesce, F., Grassi, D., Fantuzzi, G., Righi, E., De Vita, D. et al. (2000). Prevalence of urinary incontinence among institutionalized Patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city in northern Italy. *Urology*, 56, 245-249.
- Ahnis, A. (2005). Inkontinenz, Scham, Ekel - sprechen wir darüber?! In A.Kuhlmey, H. Rosemeier, & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Tabus in Medizin und Pflege* (S. 115-133). Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- Anger, J., Saigal, C., Pace, J., Rodriguez, L., & Litwin, M. (2006). True prevalence of urinary incontinence among female nursing home residents. *Urology*, 67, 281-287.
- Arbeitsgruppe Erhebung und Nutzung von Sekundärdaten (AGENS) (2005). Gute Praxis Sekundärdaten. In E.Swart & P. Ihle (Hrsg.), *Routinedaten im Gesundheitswesen Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven* (S. 405-412). Bern: Hans Huber Verlag.
- Arbeitsgruppe II Runder Tisch Pflege (2005). Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität in der Stationären Betreuung und Pflege. <http://www.dza.de/download/ErgebnisserunderTischArbeitsgruppell.pdf> [On-line].
- Arbeitsgruppe IV Runder Tisch Pflege (2006). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. <http://www.dza.de/download/ErgebnisserunderTischArbeitsgruppeIV.pdf>
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2006). Logistische Regression. In K.Backhaus, B. Erichson, W. Plinke, & R. Weiber (Hrsg.), *Multivariate Analysemethoden* (11 ed., pp. 425-487). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Baltes, M. (1995). Verlust der Selbstständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau*, 46, 159-170.
- Baltes, M., Barton, E., Orzech, M., & Lago, D. (1983). Die Mikroökologie von Bewohnern und Personal: eine Behavior-Mapping-Studie im Altenheim. *Zeitschrift für Gerontologie*, 18-26.
- Banaszak-Holl, J., Fendrick, A., Foster, N., Herzog, A., Kabeto, M., Kent, D. et al. (2004). Predicting nursing home admission. *Alzheimer disease and associated disorders*, 18, 83-89.
- Baumann, U., Mitmannsgruber, C., Thiele, C., & Feichtinger, L. (2002). Übergang ins Seniorenheim: Eine Herausforderung für Senioren- und für Psychologen. In A.Maercker (Ed.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (1 ed., pp. 285-318). Berlin: Springer.
- Becker, C., Eichner, B., Lindemann, B., Sturm, E., Reißmann, U., Kron, M. et al. (2003). Fähigkeiten und Einschränkungen von Heimbewohnern. Eine Querschnittstudie mit dem Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 260-265.

- Bender, R., Ziegler, A., & Lange, S. (2002). Logistische Regression. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, T11-T13.
- Bickel, H., & Jaeger, J. (1986). Die Inanspruchnahme von Heimen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 30-39.
- Bienstein, C., & Schröder, G. (1993). *Dekubitus Prophylaxe Therapie*. (3 ed.) Frankfurt: DBfK.
- BMFSFJ (1998). Zweiter Altenbericht der Bundesregierung über das Wohnen im Alter. In Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Berlin.
- BMFSFJ (2001a). Heimstatistik 2001. [Online].
Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimstatistik> [08.05.2006].
- BMFSFJ (2001b). Stationäre pflegerische Versorgung älterer Menschen - ausgewählte Aspekte. In Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation* (S. 123-142). Berlin.
- BMFSFJ (2001c). Stationäre pflegerische Versorgung älterer Menschen - ausgewählte Aspekte. In Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), *Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation* (S. 123-142). Berlin.
- BMFSFJ (2006). Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen. [Online].
Verfügbar unter <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/root.html> [12.10.2006].
- Boguth, K. (2007). Umzug ins Altenheim Einige Bewohner entwickeln dabei eine Inkontinenz. *Pflegen ambulant*, 18, 52-55.
- Böhmer, F. (2000). Vorstellung des österreichischen Konsensuspapiers über Inkontinenztherapien im Alter. In Gesellschaft für Inkontinenzhilfe e.V. (Ed.), *Bamberger Gespräche 2000* (S. 56-60). Bamberg.
- Borrie, M., Heather, Ch., & Davidson, A. (1992). Incontinence in institutions: Costs and contributing factors. *Canadian Medical Association Journal*, 147, 322-328.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. (5. Aufl.) Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bortz, J., & Lienert, G. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben*. (vols. 2. Auflage) Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Boyington, J., Howard, D., Carter-Edwards, L., Gooden, K., Erdem, N., Jallah, Y. et al. (2007). Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern united states. *Nursing Research*, 56, 97-107.
- Brandeis G, Baumann G, Hossain M, Morris J, & Resnick, N. (1997). The prevalence of potentially remediable urinary incontinence in frail older people: A study using the Minimum Data Set. *Journal of American Geriatric Society*, 45, 179-184.
- Brandenburg, H. (1994). Soziologie des Heims. In A.Kruse & H. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* (S. 67-83). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

- Brüggemann, J., Gerber, H., Pilzecker, U., Theis, S., Wagner, A., & Wilcke-Kros, M. (2004). *Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI* Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2005). *SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. (9. Auflage ed.) München: Pearson Studium.
- Bump, R. & McClish, D. (1992). Cigarette smoking and urinary incontinence in women. *Am J Obstet Gynecol*, 167, 1213-1218.
- Capezuti, E., Boltz, M., Renz, S., Hoffman, D., & Norman, R. (2006). Nursing home involuntary relocation: Clinical outcomes and perceptions of residents and families. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7, 486-492.
- Cheater, F., & Castleden, C. (2000). Epidemiologie and classification of urinary incontinence. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14, 183-205.
- Chenitz, W. (1983). Entry into a nursing home as status passage: A theory to guide nursing practice. *Geriatric Nursing*, 4, 92-97.
- Colling, J., Ouslander, J., Hadley, B., Eisch, J., & Campell, E. (1992). The effects of patterned urge-response toileting (PURT) on urinary incontinence among nursing home residents. *Journal of American Geriatric Society*, 40, 135-141.
- Colling, J., Owen, T. R., McCreedy, M., & Newman, D. (2003). The effects of a continence program on frail community-dwelling elderly persons. *Journal of urological nursing*., 23, 117-131.
- Coppola, L., Caserta, F., Grassia, A., Mastrolorenzo, L., Altrui, L., Tondi, G. et al. (2002). Urinary incontinence in the elderly: Relation to cognitive and motor function. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 27-34.
- Dangel, B., Kolleck, B., & Korporal, J. (2005). *Rehabilitation Pflegebedürftiger. Konzept-Umsetzung-Ergebnisse*. München: Urban & Fischer Verlag.
- Dassen, T. (2004). *Prävalenz Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus Erhebung 2004* Berlin: Charité Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- Dassen, T. (2005). *Prävalenz Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus Erhebung 2005* Berlin: Charité Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- Dassen, T. (2006a). *Leitfaden zur Datenerhebung Prävalenzstudie 2006* Berlin: Charité Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- Dassen, T. (2006b). *Prävalenz Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus Erhebung 2006* Berlin: Charité Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.
- Deutscher Bundestag (2002). *Schlussbericht der Enquête-Kommission "Demographischer Wandel- Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik"* (Rep. No. Drucksache 14/8800).

- Deutscher Bundestag. (2006). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Britta Haßelmann, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/ DIE GRÜNEN -Drucksache 16/1214- Novellierung und Förderalisierung des Heimrechts. Drucksache 16/1298. 8-7-2007.
- Deutscher Bundestag. (2007). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und Fraktion der FDP - Drucksache 16/156- Bedingungen für die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung umgewandelten Leistungen der Rehabilitation. Drucksache 16/5321. 8-7-2007.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2007). Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 2007.[Online] Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2007/fr-icd.htm> [11.10.2007].
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2007). *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) (2004). *Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege*. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück.
- Dibelius, U., & Uzarewicz, C. (2006). *Pflege von Menschen höherer Lebensalter*. (Grundriss Gerontologie ed.) (vols. Band 18) Stuttgart: Kohlhammer Urban-Taschenbücher.
- Dieck, M. (1994). Das Altenheim traditioneller Prägung ist tot. In A. Kruse & H. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* (S. 191-200). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Dorenlot, P., Harboun, M., Bige, V., Henrard, J., & Ankri, J. (2005). Major depression as a risk factor for early institutionalization of dementia patients living in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 471-478.
- Dörner, K. (2003). Der chronische Arzt. *Deutsches Ärzteblatt*, 100, A459.
- DuBeau, C., Simon, S., & Morris, J. (2006). The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *Journal of American Geriatric Society*, 54, 1325-1333.
- Durrant, J., & Snape, J. (2003). Urinary incontinence in nursing homes for older people. *Age and Ageing*, 32, 12-18.
- Engel, B., Burgio, L., McCormick, K., Hawkins, A., Scheve A., & Leahy, E. (1990). Behavioral Treatment of incontinence in the long-term care setting. *Journal of American Geriatric Society*, 38, 361-363.
- Fantl, J., Newman, D., Colling, J., DeLancey, J., Keeyes, C., & Loughery, R. (1996). *Clinical practice guideline No 2, 1996 Update: urinary incontinence in adults: Acute and chronic management* Rockville: AHCPH Publication No. 96-0682.
- Feichtinger, L., Thiele, C., Baumann, U., Mitmanngruber, H., & Somweber, M. (2002). Der Umzug ins Seniorenheim aus der Sicht von nicht institutionalisierten Senioren. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 15, 125-137.

- Fenchel, V., & Brandenburg, H. (1999). Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastungen in der Altenpflege* (S. 24-40). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Filipp, S. (1981). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S. Filipp (Ed.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 3-47). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Fix, G., Gerngroß-Haas, G., & Marte, N. (1986). Kriterien der Heimaufnahme. *Soziale Arbeit*, 291-294.
- Fonda, D., Benvenuti, F., Cottenden, A., DuBeau, C., Kirshner-Hermanns, R. M. K., Palmer, M. et al. (2002). Urinary incontinence and bladder dysfunction in older persons. In P. Abrahms, L. Cardozo, S. Khoury, & A. Wein (Hrsg.), *Incontinence. 2nd International Consulation on Incontinence July 1-3* (S. 625-695). Plymouth: Health Publication.
- Fooker, I. (1986). Kritische Lebensereignisse. Ein Konzept mit gerontologischer Relevanz. *Evangelische Impulse*, 13-15.
- Fooker, I. (1991). Kritische Lebensereignisse. In D. Oswald (Ed.), *Gerontologie: Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (S. 291-304). Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.
- Füsgen, I. (1991). Harninkontinenz im Alter. *Urologe (A)*, 1991, 235-238.
- Füsgen, I. (2005). Harninkontinenz im Alter - State of the Art. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 1/4-1/9.
- Fussek, C., & Loerzer, S. (2005). *Alt und abgeschoben*. Freiburg, Basel, Wien: Verlag Herder.
- Ganz, U. (2004). Die Interrater-Reliabilität der Norton-Skala zur Ermittlung des Dekubitusrisikos. Eine empirische Untersuchung im stationären Altenpflegebereich. In E. Panfil (Hrsg.), *Fokus: Klinische Pflegeforschung* (S. 130-142). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K., & Kane, R. (2007). Predicting nursing home admission in the U.S: A meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 7, 1-14.
- Georgiou, A., Potter, J., Brocklehurst, J., Lowe, D., & Pearson, M. (2001). Measuring the quality of urinary continence care in long-term care facilities: An analysis of outcome indicators. *Age and Ageing*, 30, 63-66.
- Goepel, M., Schwenzer, T., May, P., Sökeland, J., & Michel, M. (2002). Harninkontinenz im Alter. *Deutsches Ärzteblatt*, 99, A2614-A2624.
- Goffman, E. (1973). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Grefe, C., & von Thadden, E. (2003, March 6). Ein gelingendes Leben bedarf auch der Last. *Die Zeit*.
- Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege (2005). *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege*. Essen.
- Halek, M. (2004). " Sind die beiden Versionen der Norton-Skala valide?" Eine Untersuchung der prädiktiven Validität der originalen und erweiterten Norton-Skala in der Altenpflege. In E.

- Panfil (Hrsg.), *Fokus: Klinische Pflegeforschung* (S. 110-128). Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Halek, M., & Mayer, H. (2002). Die prädiktive Validität der originalen und erweiterten Norton-Skala. *Pflege*, 15, 309-317.
- Harris, Y., & Cooper, J. (2006). Depressive Symptoms in older people predict nursing home admission. *Journal of American Geriatrics Society*, 54, 593-597.
- Hayder, D. (2006). *Harninkontinenz im Alltag - aus der Perspektive pflegender Angehöriger*. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Witten.
- Heinemann-Knoch, M., Korte, E., Schönberger C., & Schwarz, B. (1999). *Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Leben und Arbeitens in stationären Einrichtungen Belastungskonfiguration und Empfehlungen zur Weiterbildung der Hilfen*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag.
- Holroyd-Leduc, J., Mehta, K., & Covinsky, K. (2004). Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J.Am.Geriatr.Soc.*, 52, 712-718.
- Hoogers, K. (1993). *Inkontinenz verstehen*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co, Verlag.
- Hunskaar, S., Burgio, K., Diokno, A., Herzog, A., Hjalmas, K., & Lapitan, M. (2002). Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI). In P. Abrahms, L. Cardozo, S. Khoury, & A. Wein (Hrsg.), *Incontinence. 2nd International Consulation on Incontinence July 1-3* (S. 165-201). Plymouth: Health Publication.
- Hunskaar, S., Lose G., Sykes D., & Voos S. (2004). The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. *British Journal of Urology International*, 93, 324-330.
- Hunskaar, S., Ostbye, T., & Borrie, M. (1998). The prevalence of urinary incontinence in elderly Canadians and its association with dementia, ambulatory function, and institutionalization. *Norwegian Journal of Epidemiology*, 8, 177-182.
- Irmak, K. (1998). Anstaltsfürsorge für Altersieche von Weimar bis Bonn (1924-1961). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 438-447.
- Isaacs, B., & Walkey, F. (1964). A Survey of Incontinence in elderly hospital patients. *Gerontologia clinica*, 6, 367-376.
- Jetter, D. (1973). *Grundzüge der Hospitalgeschichte*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.
- Jetter, D. (1977). *Grundzüge der Krankenhausgeschichte (1800-1900)*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstad.
- Jetter, D. (1986). *Das europäische Hospital - Von der Spätantike bis 1800*. Köln: DuMont Verlag.
- Johnson, T. (2002). Nonpharmacological Treatment for urinary incontinence in long-term care residents. *Journal of the American Medical Directors Association, Supplement*, S25-S30.
- Jünemann, K. (2002). Inkontinenz im Alter. *Urologe (A)*, 41, 338-341.
- Keller, S. (2006). *Leben und Wohnen im Alter*. Berlin: Stiftung Warentest.

- Klade, S. (1992). Altern und Geschlecht - Über den Umgang mit kritischen Lebensereignissen. In E.T.H.Schlutz (Hrsg.), *Perspektiven zur Bildung Älterer* (S. 94-116). Frankfurt (Main): Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes.
- Klein, T. (1998). Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 407-416.
- Kleinere Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (2005). *Nomenklatur der Altenhilfe*. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.
- Klie, T. (2005). *Pflegeversicherung* (7. Aufl.) Hannover: Vincentz Network
- Klingensfeld, H. (1999). *Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- Klostermann, P., Ganswindt, M., Algeier-Föll, R., & Schneider, V. (2004). Suizid im Vierten Lebensalter, Rechtsmedizinische Aspekte - Hintergründe und Motive. *Rechtsmedizin*, 14, 333.
- Koch-Straube, U. (2003). *Fremde Welt Pflegeheim*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kruse, A., Kröhn, R., Langerhans, G., & Schneider, C. (1992). *Konflikt- und Belastungssituationen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe und Möglichkeiten ihrer Bewältigung*. Stuttgart, Berlin, Bonn: Verlag W. Kohlhammer.
- Kuhlmei, J., & Oehlert, A. (1986). Das kritische Lebensereignis "Aufnahme in ein Feierabend- und Pflegeheim" und das Problem der Selbsthilfe. *Zeitschrift für Altersforschung*, 41, 186-199.
- Kuno, E., Müller, E., Müller, M., Pfisterer, M., & Richter, A. (2005). "Sicher ekelt man sich davor, doch es gehört einfach dazu" Diskussion über das Interventionsprojekt KIPS "Kontinenzberatung in Pflege- und Seniorenheimen" zur Verbesserung der Kontinenzsituation alter Menschen. *Pflege Aktuell*, 1.
- Labisch, A., & Spree, R. (1996). Entwicklung Stand und Perspektive einer Sozialgeschichte des allgemeinen Krankenhauses in Deutschland. In A. Labisch & R. Spree (Hrsg.), *"Einem jeden Kranken im Hospitale sein eigenes Bett." Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Landi, F., Cesari, M., Russo, A., Onder, G., & Lattanzio, F. (2003). Potentially reversible risk factors and urinary incontinence in frail older people living in community. *Age and Ageing*, 32, 194-199.
- Lee, D., Woo, J., & Mackenzie, A. (2002). A review of older people's experiences with residential care placement. *Journal of Advanced Nursing*, 37, 19-27.
- Lehr, U. (1989). Inkontinenz - ein Altersschicksal? *Häusliche Pflege*, 1, 14-18.
- Lehr, U. (2003). *Psychologie des Alterns*. (10. Aufl.) Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.
- Lekan-Rutledge, D., & Colling, J. (2003). Urinary Incontinence in the Frail Elderly. *The American journal of nursing*, 36-46.

- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (1996). *Pflegeforschung Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein/Mosby GmbH & Co. KG.
- Lundh, U., Sandberg, J., & Nolan, M. (2000). 'I don't have any other choice': spouses' experiences of placing a partner in a care home for older people in Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 32[5], 1178-1186.
Ref Type: Journal (Full)
- Maggi, S., Minicuci, N., Langlois, J., Pavan, M., Enzi, G., & Crepaldi, G. (2001). Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the veneto study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A, M14-M18.
- Manion, P., & Rantz, M. (1995). Relocation Stress Syndrome: A comprehensive plan for long-term care admission. *Geriatric Nursing*, 16, 108-112.
- Mautner, S., Standl, A., & Pillau, H. (1993). Wer überlebt im Pflegeheim? Situationsanalyse zur Mortalität im Pflegeheim und Untersuchung von Beurteilungskriterien mit prognostischer Relevanz. *Zeitschrift für Gerontologie*, 26, 149-156.
- Mayer, K. & Baltes, P. (1996). *Die Berliner Alterstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Melchior, H. (2003). *GIH-Manual Harninkontinenz & Miktionsstörungen Empfehlungen für Diagnostik und Therapie in der Praxis*. Melsungen: Bibliomed-Medizinische Verlagsgesellschaft mbH.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-18.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions: Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Meller, I., Fichter, M., & Schröppel, H. (2000). Institutionelle Versorgung bei Hochbetagten. Ergebnisse der Münchner Hochbetagten Studie. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 68, 270-277.
- Mink, D. (1998). Miktionsstörungen bei Frauen. In 22. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer "Fortschritt und Fortbildung in der Medizin" (Hrsg.), *Miktionsstörungen im Alter* (S. A-961-A-963).
- Mitmanngruber, H., Baumann, U., Feichtinger L., & Thiele C. (2002). *Psychologisches Interventionsprogramm zum Übergang ins Seniorenheim - Konzept und Pilotstudie*. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 15[4], 185-204.
- Morgan, D., reed, J., & Palmer, A. (1997). Moving from hospital into a care home - the nurse's role in supporting older people. *Journal of Clinical Nursing*, 6, 463-471.
- Müller, E.; Müller, M. (2004a). Alt = inkontinent – unabwendbares Schicksal? *Pflegezeitschrift*, 2, 105-108
- Müller, M.; Müller, E. (2004b). Strategien gegen die Hilflosigkeit. *Pflegezeitschrift*, 2, 109-112
- Murken, A. (1986). *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*. Köln: DuMont Verlag.
- N.N. (2004a). *Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation*.

- N.N. (2004b). Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie). Bundesanzeiger 2004, Nr. 63 S. 769). 8-7-2007b.
- Neumann, E. (1997). *Selbständigkeit im Alter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Niederstadt, C., & Doering, T. (2004). *DEGAM-Leitlinie Harninkontinenz* Düsseldorf.
- Niederstadt, C., Gaber, I., & Füsgen I. (2007). *Harninkontinenz* (Rep. No. 39). Berlin.
- Nolan, M., Walker, G., Nolan, J., Williams, S., Poland, F., Curran, M. et al. (1996). Entry to care: positive choice or fait accompli? Developing a more proactive nursing response to needs of older people and their carers. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 265-274.
- Nuotio, M., Tammela, T., Luukkaala, T., & Jylhä, M. (2003). Predictors of institutionalization in an older population during a 13 -year period: The effect of urge incontinence. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A, 756-762.
- Ouslander, J., Blaustein, J., Connor, A., & Pitt, A. (1988). Habit training and oxybutynin for incontinence in nursing home patients: a placebo-controlled trial. *Journal of American Geriatric Society*, 36, 40-46.
- Ouslander, J., Morishita, L., Blaustein, J., Orzeck, S., Dunn, S., & Sayre, J. (1987). Clinical, functional and psychosocial characters of an incontinent nursing home population. *The Gerontological Society of America*, 42, 631-637.
- Ouslander, J., Palmer, M., Rovner, B., & German, P. (1993). Urinary incontinence in nursing homes: Incidence, remission and associated factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 1083-1089.
- Ouslander, J., & Schnelle, J. (1995). Incontinence in the Nursing Home. *Annals of Internal Medicine*, 122, 438-449.
- Palmer M., German P., & Ouslander J. (1991). Risk factors for urinary incontinence one year after nursing home admission. *Research in Nursing & Health*, 405-412.
- Patterson Robinson, J. (2000). Managing urinary incontinence in the nursing home: residents' perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 68-77.
- Peet, S., Castleden, C., & McGrother, C. (1995). Prevalence of urinary incontinence in hospitals and residential and nursing homes for older people. *BMJ*, 311, 1063-1064.
- Piechowiak, H., & Schewe, S. (1996). Sterblichkeit und Heimeinweisung bei Schwerpflegebedürftigen. *Gesundheitswesen*, 31-35.
- Pointner, H., & Madersbacher, H. (1993). Harninkontinenz beim alten Menschen: Eine Analyse bei Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen in Innsbruck. *Geriatrische Forschung*, 2, 67-75.
- Primus, G., & Heidler, H. (2003). Leitlinien Blasenfunktionsstörungen. *Journal für Urologie und Urogynäkologie*, 10.
- Resnick, N. (1995). Urinary incontinence. *Lancet*, 346, 94-100.

- Resnick, N. (1996). An 89-year-old women with urinary incontinence. *Journal of the American Medical Association*, 276, 1832-1840.
- Resnick, N. (1984). Urinary incontinence in the elderly. *Medical Grand Rounds* 3[3], 281-290.
Ref Type: Journal (Full)
- Resnick, N., Baumann, U., Laurino, E., & Yalla, S. (1988). Risk factors for incontinence in the nursing home:A multivariate approach. *Neurourology and urodynamics*, 274-276.
- Röttger-Liepmann, B., & Hopfmüller, E. (2002). *Workshop der Initiative zur Einrichtung einer Enquete der Heime*. Bielefeld.
- Rupprecht, R., Oswald, W., & Fricke, C. (2004). Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA)-Teil XXII: Das SimA-Training in der kirchlichen Altenarbeit - Evaluation zweier Feldstudien. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 17, 161-171.
- Sachsenmaier, B. (1991). *Inkontinenz*. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). *Kooperation und Verantwortung Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Bonn.
- Sampselle C, Palmer M, & Boyington, A. (2004). Prevention of urinary incontinence in adults Population-based strategies. *Nursing Research*, 53, 61-67.
- Saup, W. (1984). *Übersiedlung ins Altenheim: Belastende Umweltbedingungen in Altenheimen u. Bewältigungsreaktionen von Altenheimbewohnern*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Saup, W. (1993). *Alter und Umwelt: eine Einführung in die ökologische Gerontologie*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Saxer, S. (2004). Urinary incontinence in older people living in nursing homes. In *The 5th European Doctoral Conference in nursing science* Charité Universitätsmedizin Berlin.
- Saxer, S., Halfens, R., Müller, M., & Dassen, T. (2005). Risc factors for urinary incontinence in nursing home residents. *Swiss Medical Weekly*, 135, 459-502.
- Schneekloth, U. (2006). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Represäsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" (MuG IV)* Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schneekloth, U. & Müller, U. (1998). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Heimen*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Scholz, D. (1993). Bedeutung der Inkontinenz für das Pflegeheim. In Füsgen I. (Hrsg.), *Interdisziplinäre Aspekte der Geriatrie. Der geriatrische Patient* (S. 151-157). München: Medizin-Verlag.
- Schulz, E., Leidl, R., & König, H. (2001). *Diskussionspapier Nr. 240 Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050*. Berlin.

- Schumacher, K., Jones, P., & Meleis, A. (1999). Helping elderly persons in transitions: A framework for research and practice. In E. Swanson & T. Tripp-Reimer (Hrsg.), *Life transitions in the older adult. Issues for nurses and other health professionals* (S. 1-23). New York: Springer.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of nursing scholarship*, 26, 119-127.
- Sgadari, A., Topinkova, E., Bjornson, J., & Bernabei, R. (1997). Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison. *Age and Ageing*, 26, 49-54.
- Sökeland, J. (1997). Harninkontinenz. In D. Platt (Hrsg.), *Altersmedizin Lehrbuch für Klinik und Praxis* (S. 786-795). Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft mbH.
- SoVD (2004). *Zwölf Forderungen für eine würdevolle Pflege*. [Online] Verfügbar unter: http://www.sovd.de/content/content/downloads/pdf/12_Forderungen.pdf [16.12.2007]
- Sowinski, C., & Maciejewski, B. (2000). Stationäre Langzeitpflege. In B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft* (S. 689-704). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2001). *Kurzbericht: Pflegestatistik 1999 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2002). *Anzahl der verfügbaren Plätze in Alten- und Behinderteneinrichtungen (nach § 1 Heimgesetz) nach Art des Trägers*. Bezogen über das Statistische Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2003). *Bericht: Pflegestatistik 2001- Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse*. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2005). *Bericht: Pflegestatistik 2003 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Stenzelius, K., Mattiasson, A., Hallberg, I., & Westergren A. (2004). Symptoms of urinary and fecal incontinence among man and women 75+ in relation to health complaints and quality of life. *Neurourology and urodynamics*, 23, 211-222.
- Teunissen, T., van den Bosch W., & van den Hoogen H. (2004). Prevalence of urinary, fecal and double incontinence in the elderly living at home. *International urogynecology journal and pelvic floor dysfunction*, 15, 10-13.
- Thiele, C. (2000). Ausgewählte gerontopsychologische Modelle zum Übergang ins Seniorenheim. http://www.sbg.ac.at/erz/salzbuerger_beitraege/herbst2000/thiele_sbg_2000_2.doc [Online].
- Thom, D. H., Haan, M. N., & van den Eeden, S. K. (1997). Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. *Age and Ageing*, 26, 367-374.

- Trojan, Alf (2004). Risikofaktoren und –indikatoren. In: R. Brennecke (Hrsg.), *Lehrbuch Sozialmedizin*. (S. 110-126). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Urban, M. (2001, July 17). Die Pflegeheime abschaffen? Professor Dr. Dr. Klaus Dörner, Psychiater, Hamburg, über Forderungen nach einer Enquetekommission des Bundestages. *Süddeutsche Zeitung*.
- Vinsnes, A., Harkless, G., Haltbakk, J., Bohm, J., & Hunskaar, S. (2001). Healthcare personnel's attitudes towards patients with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 455-462.
- Wahl, H., & Reichert, M. (1994). Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In A.Kruse & H. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort?* (S. 15-47). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Walker, C., Curry, L., & Hogstel, M. (2007). Relocation Stress syndrom in older adults transitioning from home to long -term care facility: myth or reality? *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 45, 38-45.
- Weidner, F., Gebert, A., & Schmidt, C. (2007). Erprobung eines pflegepräventiven Konzeptes zur Erhaltung von Selbständigkeit und Gesundheit im Alter: Projekt "mobil" - Modul 1. http://www.dip-home.de/projekte/pflegepraevention/bosch_mobil1.htm [On-line].
- Weidner, F., Isfort, M., Messner, T., & Zinn, W. (2003). Pflege thermometer 2003 Frühjahrsbefragung zur Lage und Entwicklung des Personalwesens in der stationären Altenhilfe in Deutschland. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.(dip) Köln, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.(dip);
- Welz-Barth, A. (2007). Inkontinenz im Alter. Ein soziales und ökonomisches Problem. *Der Urologe*, 46, 363-367.
- Welz-Barth, A., Garcia-Schürman, C., & Füsgen I. (1998). Inkontinenz, Demenz und Multimorbidität prädiktive Faktoren für Pflegebedürftigkeit und Heimunterbringung. *Wiener medizinische Wochenschrift*, 305-308.
- Wenninger, G. (2006). *Lexikon der Psychologie*. (4. Aufl.) Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wetterling, T., & Schürmann, A. (1997). Gründe für eine Heimeinweisung bei stationär aufgenommenen gerontopsychiatrischen Patienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 469-473.
- Wikipedia (2007). Risikofaktor. [Online] Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Risikofaktor> [15.09.2006].
- Wilson, S. (1997). The transition to nursing home life. A comparison of planned und unplanned admissions. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 864-871.
- Wingenfeld K., Korte-Pötters, U., & Heitmann, D. (2006). Qualitätsmaßstab Unterstützung beim Einzug in eine Pflegeeinrichtung. In Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (Hrsg.), *Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege 2004-2006. Qualitätsmaßstäbe für die vollstationäre Pflege - Version 1.0, Januar 2006* - (S. 6-27). Bielefeld.
- Wingenfeld, K. (2005). *Die Entlassung aus dem Krankenhaus Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

- Wingenfeld, K., Büscher, A., & Schaeffer, D. (2007). *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten*. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Winter, M., Kuhlmei, A., & Dräger, D. (2005). *Pflegewissenschaft II. SB 011. Profession Pflege: Professionalisierung in der Pflege*. Hamburg: Fern-Fachhochschule Hamburg
- Yu, L., & Kaltreider, D. (1987). Stressed nurses dealing with incontinent patients. *Journal of gerontological nursing*, 13, 27-30.
- Yu, L., Rohner, J., Kaltreider, L., Hu, T., Iguo, J., & Dennis, P. (1990). Profile of urinary incontinent elderly in long-term care institutions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 433-439.
- Zank, S. & Baltes, M. (1998). Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit alter Menschen in stationären Einrichtungen. In A.Kruse (Ed.), *Psychosoziale Gerontologie* (S. 60-72). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag.

ERKLÄRUNG

„Ich, Boguth, Katja, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Untersuchung der Harninkontinenzentwicklung im Rahmen des Heimeintritts – Risiko- und Schutzfaktoren –“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift

LEBENS LAUF

Der Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version nicht veröffentlicht.