

Bericht zu Inkontinenz, **M**obilität und **k**ognitiven **E**inschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015

IMKE-Studie

Erstellt im Auftrag des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) durch das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft Zentrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité - Universitätsmedizin Berlin



Autoren

Projektleitung

PD Dr. Nils Lahmann, MSc.E

Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen

Simone Kuntz

Antje Latendorf

Kathrin Raeder

Gabriela Schmitz

Studentische Mitarbeiterinnen

Maria Klemt

Verena Kühn

Juliana Supplieth

Kontakt

PD Dr. Nils Lahmann, MSc.E

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Centrum 1 Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Sitz: Oudenarder Straße 16

Tel.-Nr. (030) 450 529 092

Fax-Nr. (030) 450 529 900

Homepage: <http://igpw.charite.de/>

© Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Berichtes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne Genehmigung des Zentrums für Qualität in der Pflege, reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Um die Lesbarkeit nicht nachhaltig einzuschränken, wird auf getrennt angegebene Geschlechtsbezeichnungen verzichtet.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	6
Zusammenfassung	7
Abstract	8
Einleitung	9
Ziel	10
Methode	10
Assessments	12
Selbstversorgungsfähigkeit nach Barthel Index	12
Pflegeabhängigkeit (PAS)	12
Inkontinenz	12
Mobilität	13
Kognitive Einschränkungen	13
Ergebnisse	14
Rücklauf	14
Stichprobe	15
Trägerschaft	15
Alter	16
Verteilung nach Geschlecht	17
Pflegestufen	18
Dauer der Betreuung	18
Medizinische Diagnosen	18
Lebens- und Pflegesituation	19
Inkontinenz	22
Inkontinenzhäufigkeit	22
Kontinenzprofil	24
Schweregrad und Zeitpunkt der Harninkontinenz	26
Selbstversorgungsfähigkeit	28
Pflegeabhängigkeit	32
Mobilität	35
Mobilitätsstatus	35
Pflegeabhängigkeit	41
Barrierefreies Wohnen und Hilfsmittel bei mobilitätseingeschränkten Klienten und Klientinnen	44
Kognitive Einschränkungen	46
Kognitive Leistungseinbußen	46
Alters- und Geschlechtsunterschiede	49
Subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand	50
Messung der kognitiven Funktionseinschränkung mittels erweitertem Barthel-Index	51
Kognitive Funktionseinschränkung und medizinische Hauptdiagnose „Demenz“	52
Wohnsituation	54
Notwendigkeit zusätzlicher professioneller Pflege	56
IMKE – Zusammenhänge	57
Diskussion	59
Methodische Diskussion	59
Inhaltliche Diskussion	60

Versorgungssituation	60
Inkontinenz	60
Mobilität	61
Kognitive Einschränkung	61
Schlussfolgerung	62
Literatur	63
Anhang	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Trägerschaften gesamt im Vergleich mit GAP-Studie 2012.....	15
Abbildung 2 Einteilung der Pflegestufen nach dem Pflegestärkungsgesetz I 2015	18
Abbildung 3 Medizinische Hauptdiagnosen	19
Abbildung 4 Regionale Verteilung	19
Abbildung 5 Wohnsituation	20
Abbildung 6 Erhöhter Bedarf an professioneller Pflege in Deutschland	20
Abbildung 7 Bedarf an mehr professioneller Pflege vs. regionale Verteilung und Wohnsituation	21
Abbildung 8 Prävalenz der Harninkontinenz (Gesamtdeutschland - gewichtet).....	22
Abbildung 9 Kontinenzprofile unterteilt nach Bundesländern	25
Abbildung 10 Schweregrad der Harninkontinenz unterteilt nach Bundesländern	26
Abbildung 11 Zeitpunkt des Urinverlustes unterteilt nach Bundesländern	27
Abbildung 12 Einstufung der motorischen Funktionseinbußen von Klienten mittels Barthel-Index mit einer Harninkontinenz (gewichtet)	30
Abbildung 13 Pflegeabhängigkeit der Klienten bezogen auf das Item „Kontinenz“ unterteilt nach Bundesländern.....	32
Abbildung 14 Elderly Mobility Scale Gesamt-Score Deutschland (gewichtet).....	35
Abbildung 15 Elderly Mobility Scale Gesamt-Score Stadtstaat	35
Abbildung 16 Elderly Mobility Scale Gesamt-Score Flächenstaat	36
Abbildung 17 Elderly Mobility Scale - Item – „Vom Sitzen in den Stand“ unterteilt nach Bundesländern.....	38
Abbildung 18 Elderly Mobility Scale - Item – „Gang“ unterteilt nach Bundesländern	39
Abbildung 19 Elderly Mobility Scale - Item – „Zeit für 6m Gehstrecke“ unterteilt nach Bundesländern	40
Abbildung 20 PAS Item „Mobilität“ Deutschland Gesamt	42
Abbildung 21 PAS Item „Mobilität“ unterteilt nach Bundesländern	43
Abbildung 22 Barrierefreies Wohnen von immobilen und teilmobilen Klienten Deutschland Gesamt (gewichtet)	44
Abbildung 23 Hilfsmittel bei immobilen und teilmobilen Klienten Deutschland Gesamt	45
Abbildung 24 Anzahl der Klienten mit kognitiven Leistungseinbußen (gewichtet)	46
Abbildung 25 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit dem Bundesland	47
Abbildung 26 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit dem Alter (gewichtet)	49
Abbildung 27 Kognitive Leistungseinbußen in Bezug auf das Geschlecht	49
Abbildung 28 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand im Vergleich zu gleichaltrigen Personen (gewichtet)	50
Abbildung 29 Kognitive Funktionseinschränkungen nach erweitertem Barthel-Index verteilt auf die Bundesländer	51
Abbildung 30 Kognitive Funktionseinschränkung nach erweitertem Barthel-Index im Zusammenhang mit der medizinischen Hauptdiagnose „Demenz“ (gewichtet)	52
Abbildung 31 Kognitive Funktionseinschränkungen nach erweitertem Barthel-Index im Zusammenhang mit der Wohnsituation (gewichtet)	54
Abbildung 32 Klienten mit der medizinische Hauptdiagnose „Demenz“ im Zusammenhang mit dem Verlassen der Wohnung (gewichtet)	55
Abbildung 33 Kognitive Funktionseinschränkung im Zusammenhang mit der Notwendigkeit zusätzlicher professioneller Hilfe (gewichtet)	56
Abbildung 34 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit Inkontinenz (gewichtet)	57
Abbildung 35 Kognitive Funktionseinschränkungen nach erweitertem Barthel-Index im Zusammenhang mit dem Mobilitätsstatus nach EMS (gewichtet)	57
Abbildung 36 Mobilitätsstatus nach EMS im Zusammenhang mit einer vorhandenen Harninkontinenz (gewichtet)	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Rücklauf in den einzelnen Bundesländern	14
Tabelle 2 Stichprobe Alter	16
Tabelle 3 Stichprobe Geschlecht	17
Tabelle 4 Dauer der Betreuung in Jahren	18
Tabelle 5 Prävalenz der Harninkontinenz in den einzelnen Bundesländern	23
Tabelle 6 Aufteilung der Kontinenzprofile des DNQP	24
Tabelle 7 Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Harninkontinenz“	28
Tabelle 8 Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Stuhlinkontinenz“	29
Tabelle 9 Mittelwerte - Gesamt-Score des Barthel-Index unterteilt nach Bundesländern	31
Tabelle 10: Mittelwerte der PAS-Werte unterteilt nach Bundesländern	33
Tabelle 11 Einschätzung der professionell Pflegenden zum Pflegebedarf bei harninkontinenten Klienten unterteilt nach Bundesländern	34
Tabelle 12 Elderly Mobility Scale Gesamt-Score unterteilt nach Bundesländern	37
Tabelle 13 PAS Werte (MW) in Bezug auf Mobilitätsstatus unterteilt nach Bundesländern	41
Tabelle 14 Kognitive Leistungseinbußen und Pflegestufen (gewichtet)	48
Tabelle 15 Medizinische Hauptdiagnose „Demenz“ im Zusammenhang mit dem Gesamt-Score des erweiterten Barthel-Index je Bundesland	53

Zusammenfassung

Hintergrund: Basierend auf den Ergebnissen der GAP-Studie 2012, ließen sich allgemeine Defizite bei ambulant betreuten Klienten und Klientinnen hinsichtlich der Pflegeprobleme Inkontinenz und eingeschränkte Mobilität erkennen. Diese lassen sich neben den hochprävalenten kognitiven Einschränkungen als übergreifende Risikofaktoren für geriatrische Syndrome identifizieren. Im Rahmen dieser Studie sollen zum einen die in der GAP-Studie 2012 gefundenen zentralen Ergebnisse bestätigt und zum anderen durch eine tiefergehende Befragung zu den Themenbereichen Inkontinenz sowie eingeschränkte Mobilität und Kognition spezifiziert werden.

Methode: Die Untersuchung erfolgte als Survey mittels Fragebogen bei Klienten und Klientinnen ambulanter Pflegedienste. Diese wurden im Rahmen einer mehrstufigen Zufallsauswahl (10 Klienten und Klientinnen in 160 zufällig gezogenen Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet) rekrutiert. Die Datenerhebung führten geschulte Pflegefachkräfte der teilnehmenden Einrichtungen als direktes personenbezogenes Assessment durch. Sämtliche Erhebungs- und Schulungsmaterialien wurden einem Pretest unterzogen.

Stichprobe: Insgesamt haben von den 160 ambulanten Pflegediensten 102 an der Studie teilgenommen. Es lagen 923 Fragebögen vor.

Ergebnisse: Für Gesamtdeutschland ließ sich eine Prävalenz der Harninkontinenz von 64 Prozent der Klienten und Klientinnen von ambulanten Pflegediensten feststellen. Die Einstufung der Mobilität erfolgte unter anderem mit Hilfe der Einstufung der Elderly Mobility Scale (EMS). Demnach hatten die Hälfte der befragten Klienten und Klientinnen keine Einschränkungen in ihrer Mobilität, 28 Prozent waren teilmobil und 22 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen immobil. Die kognitiven Leistungseinbußen wurden mit der Global Deterioration Scale (GDS) erhoben. Beinahe 20 Prozent der Klienten und Klientinnen in der ambulanten Pflege hatten mittelschwere bis sehr schwere kognitive Leistungseinbußen. Die Studienergebnisse zu spezifischen Ausprägungen wie beispielsweise die medizinischen Hauptdiagnosen oder die Betreuungszeit durch den ambulanten Dienst sowie zu demografischen Variablen (Alter und Geschlecht) der Klienten und Klientinnen zeigten eine weitgehende Übereinstimmung mit der GAP-Studie. Von 102 Pflegediensten waren 55 Prozent unter privater, 42 Prozent unter freigemeinnütziger und 3 Prozent in öffentlicher Trägerschaft.

Schlussfolgerung: Die Prävalenz der Pflegeprobleme Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität und Kognition ist bei Klienten und Klientinnen ambulanter Pflegedienste hoch. Mit einem Anteil von fast zwei Dritteln der Befragten stellt dabei Inkontinenz das zentrale Pflegeproblem dar. Dabei sind die untersuchten Pflegeprobleme in hohem Maße assoziiert. So waren Klienten und Klientinnen mit eingeschränkter Mobilität fast immer harninkontinent. Je ausgeprägter die kognitiven Leistungseinbußen, desto stärker stieg die Prävalenz von Harninkontinenz an. Weiterhin zeigte sich: Je mehr kognitive Leistungseinbußen die Klienten und Klientinnen zeigten, desto mehr waren sie in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Abstract

Background: Based on the results of the GAP-study in 2012, it was generally assumed that incontinence and limited mobility are predominant care problems of clients who received home care services. These findings, including the high prevalence of cognitive impairment, are often referred to as “geriatric syndromes”. This study was carried out to confirm central findings from the previous GAP-study in 2012 and additionally to give more detailed insights in the main topics of incontinence, limited mobility and cognitive impairment.

Method: The research followed a standardized study protocol and was performed by using questionnaires in participating home care services. Recruitment continued until ten services per federal state agreed with ten clients to participate. Fully trained nurses were assigned to each home care service and was responsible for the data collection. According to the standardized study protocol, data were collected in the context of a regular home visit by head to toe body examination, observation and questioning and from documentation. Questionnaires and information material were revised in a pretest.

Participants: In total, 102 home care services were randomly selected and comprised in a sample. The previously calculated subjects amounted 160 facilities. The study included 923 questionnaires of clients.

Results: The prevalence of urinary incontinence in home care services in Germany was 64.1 percent. The mobility status was measured by using the elderly mobility scale (EMS). About half of all home care clients did not show limited mobility, 28 percent were partially mobile and 22 percent immobile. Of all clients, about 20 percent showed moderately severe to very severe cognitive impairment, according to the Global Deterioration Scale (GDS). Of the 102 home care facilities, 55 percent were private, 42 percent listed as non-profit and 3 percent as a public institution.

The prevalence of medical main diagnosis and the average time the clients received nursing service at home and demographic variables like age and sex, were comparable to the finding of the earlier GAP- study.

Conclusion: The prevalence of urinary incontinence, limited mobility and cognitive impairment is high in home care clients in Germany. Urinary incontinence is the predominant care problem with about 2/3 of all clients. The studied care problems are highly associated. Almost all clients with limited mobility suffered from urinary incontinence. With an increase of the degree of cognitive impairment, the prevalence of urinary incontinence was higher. Finally, the less mobile the clients were, the more severe the cognitive impairment was.

Einleitung

Auf Basis der Erkenntnisse aus der GAP-Studie 2012 ließen sich allgemeine Defizite bei Personen, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden, hinsichtlich der Pflegeprobleme **Inkontinenz** und eingeschränkte **Mobilität**, erkennen. Diese gelten, neben der ebenfalls hochprävalenten **kognitiven Einschränkung** in dieser vulnerablen Population als übergreifende Risikofaktoren für geriatrische Syndrome. Unklar bleiben dabei die Einschätzungen und die Bewertungen dieser Risiken und Einschränkungen aus Sicht des Klienten und der Klientin und dessen Angehörige.

In Deutschland waren im Jahr 2013 rund 2,6 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Davon lebten über eine halbe Million Pflegebedürftige in Privathaushalten und wurden teilweise oder vollständig durch ambulante Pflegedienste versorgt (Statistisches Bundesamt, 2015a). Dennoch liegen Daten zu Pflegeproblemen im ambulanten Sektor für Deutschland noch immer wenig oder nur für bestimmte Regionen vor. Eine Übertragung auf die Gesamtsituation in der ambulanten Pflege ist daher erschwert.

Erste repräsentative Zahlen zum Sturzgeschehen, zu chronischen Wunden und Dekubitalulcera sowie zum Hautzustand und Schmerzempfinden konnte, durch die vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) beauftragte Studie zu pflegerelevanten Gesundheitsproblemen in der ambulanten Pflege und Versorgung (GAP) aus den Jahren 2012/13 aufgezeigt werden. In vertiefenden Analysen wurden zudem weitere Zusammenhänge der Pflegeprobleme aufgedeckt. Aus Sicht der professionell Pflegenden ambulanter Pflegedienste besteht bei der Betreuung und Pflege von Klienten und Klientinnen mit Harn-/Stuhlinkontinenz und eingeschränkter Mobilität ein erhöhter Handlungsbedarf (Lahmann, Suhr, Kuntz, & Kottner, 2015). Neben der allgemeinen Funktionseinschränkung, der kognitiven Einschränkungen und dem zunehmenden Alter ist die eingeschränkte Mobilität als übergreifender Risikofaktor für das sogenannte geriatrische Syndrom bekannt (Inouye, Studenski, Tinetti, & Kuchel, 2007). Unter diesen Syndromen werden u. a. Verwirrheitszustände, Stürze, Gebrechlichkeit und Inkontinenz verstanden. An dieser Stelle wird bewusst der Begriff „Syndrom“ statt „Erkrankung“ verwendet, da Syndrome als multifaktorielle Prozesse die einzelnen medizinischen Fachgebiete überschreiten und sich aufgrund ihres chronischen Charakters durch einen üblicherweise hohen Betreuungs- und Pflegebedarf auszeichnen. In der Pflege werden diese daher als Pflegeprobleme bezeichnet. Abgesehen von den unspezifischen Ergebnissen aus der GAP-Studie ist über die Verbreitung dieser übergreifenden Risikofaktoren und Pflegeprobleme nur wenig bekannt.

Dies gilt im besonderen Maße für den Bereich der Mobilität. Ergebnisse des deutschen Alterssurvey zeigten, dass, bezogen auf die Bevölkerung, über die Hälfte der 70 bis 80-Jährigen in ihrer Mobilität eingeschränkt waren und verstärkt Probleme bei anstrengenden Tätigkeiten aufwiesen (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen Jugend, 2008). Die Aktualität des Themas Mobilität zeigt sich zudem in der Entwicklung des Expertenstandards „Erhaltung und Förderung der Mobilität“ nach § 113a SGB XI im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durch das DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualität in der Pflege). Mit der Umsetzung des Expertenstandards rückt das Thema Mobilität verstärkt in den Fokus der Pflege. Bisher wurde dieser Bereich meist von den Therapieberufen im Gesundheitswesen im Zusammenhang von „Mobilisierung am Krankenbett“ bei physikalisch-medizinischen Maßnahmen aufgegriffen (Ammer, Bochdansky, & Prager, 2004).

Inkontinenz galt lange als Tabuthema, wird jedoch schon allein aufgrund der hohen Prävalenz zunehmend diskutiert und erforscht. So wurden Harninkontinenzraten von 54 Prozent bei Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege (Lahmann, Kuntz, & Raeder, 2012) und 69 Prozent bei Pflegeheimbewohnern festgestellt (Dassen et al., 2015). Im Krankenhaus leiden etwa 24 Prozent der Patienten an Harninkontinenz (Dassen et al., 2015). Für die Stuhlinkontinenz wurden Prävalenzen von 41 Prozent bei Pflegeheimbewohnern und 13 Prozent bei Krankenhauspatienten berichtet (Dassen et al., 2015). Genaue Daten für den ambulanten Bereich liegen nicht vor. Aus der GAP-Studie ließ sich ableiten, dass die Versorgung bei Personen, die gelegentlich unter Stuhlinkontinenz leiden, aus Sicht der Pflegenden verbessert werden muss. In Studien konnte der erhebliche Einfluss von Inkontinenz auf die Lebensqualität nachgewiesen werden (DuBeau, 2009). Inkontinenz wurde zudem in verschiedenen Studien entweder als direkter Risikofaktor oder zumindest als beitragender Risikofaktor für eine Institutionalisierung/Heimeinweisung identifiziert. Im Zusammenhang mit anderen Belastungen scheint sie ein entscheidender Grund dafür zu sein, dass eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist (Holroyd-Leduc, Mehta, & Covinsky, 2004). Zwar wurden Mängel im pflegerischen Inkontinenzmanagement diskutiert (Boschert, 2011), jedoch wird Inkontinenz vielfach als normale Alterserscheinung angesehen, die kaum zu behandeln ist. Deshalb wird überwiegend auf eine kompensierende Versorgung mit aufsaugenden Hilfsmitteln zurückgegriffen. Ein

differenziertes Assessment sowie eine individuelle Kontinenzförderung mit z. B. verhaltensbezogenen Interventionen werden kaum eingesetzt (Wagg et al., 2008).

Des Weiteren konnte mittels empirischer Erhebungen gezeigt werden, dass im Altenpflegebereich kognitive Beeinträchtigungen in hohem Maße mit typischen Pflegeproblemen/geriatrischen Syndromen assoziiert sind (Lahmann, Tannen, et al., 2015). Im 4. Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) wurde eine eingeschränkte Alltagskompetenz bei 30 Prozent der begutachteten Personen in der ambulanten Pflege festgestellt (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2014). Darüber hinaus können die kognitiven Beeinträchtigungen Prädiktor für Depressivität von älteren Personen sein (Rupprecht & Lang, 2013). Ferner können verminderte Alltagskompetenz und eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit einer Demenzdiagnose vorausgehen. 10 bis 15 Prozent der Betroffenen mit einer kognitiven Einschränkung entwickelten innerhalb eines Jahres eine Demenz (Hofmann, 2012; Seidl, Ahlsdorf, & Toro, 2007). Durch das frühzeitige Erkennen einer leichten und möglicherweise fortschreitenden kognitiven Einschränkung haben die Betroffenen die Möglichkeit zu einer frühzeitigen Intervention. Dieses kann zu einer Verbesserung der kognitiven Leistung führen oder die Ausprägung einer manifesten Demenz verlangsamen (Förstl et al., 2008; Scarmeas et al., 2003).

Gestützt auf den theoretischen Rahmen von Inouye et al. (2007) wird deutlich, dass die identifizierten übergreifenden Risikofaktoren hohes Lebensalter, Funktionseinschränkungen, eingeschränkte Mobilität und kognitive Einschränkungen für viele pflegerische Probleme im Sinne des „Causal Pie Model“ (Rothman, 1976) von entscheidender Bedeutung sind. Über die Stärke dieser Zusammenhänge bei Personen, die zu Hause leben und von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, ist nur wenig bekannt.

Ziel

Im Rahmen dieser Studie sollen zum einen, die in der GAP-Studie 2012 gefundenen zentralen Ergebnisse bestätigt und durch eine tiefer gehende Befragung der Themenbereiche Inkontinenz sowie eingeschränkte Mobilität und Kognition genauer spezifiziert werden. Dadurch können detailliertere Versorgungslücken identifiziert und Handlungsempfehlungen für die Verbesserung der Versorgungspraxis im ambulanten Sektor abgeleitet werden.

Das Ziel dieser Arbeit liegt darin, repräsentative Daten zur Verbreitung und Versorgung der pflegerischen Schwerpunktthemen Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkung bei Klienten ambulanter Pflegedienste bereitzustellen.

Methode

Die vorliegende Untersuchung wurde als bundesweite multizentrische Querschnittstudie durchgeführt. Das Sampling erfolgte auf Bundeslandebene als mehrstufige Zufallserhebung. Die Adressen aller ambulanten Pflegedienste in Deutschland wurden vom Bundesverband Ambulanter Dienste und Stationärer Einrichtungen e.V. zur Verfügung gestellt. Aus diesem Datensatz wurden für jedes Bundesland getrennt, nummerierte Listen erstellt, für die dann eine computergesteuerte Zufallsauswahl von 25 - 30 ambulanten Einrichtungen erfolgte. Die ausgewählten Pflegedienste wurden telefonisch kontaktiert und erhielten zudem eine schriftliche Kurzinformation zu den Zielen und dem Ablauf der Studie. Lehnte ein Pflegedienst die Teilnahme ab, so wurde der auf der Liste nachfolgende Dienst kontaktiert. Dieses Vorgehen erfolgte so lange, bis jeweils 10 ambulante Pflegedienste aus jedem Bundesland schriftlich zustimmten. Um die Bereitschaft zur Studienteilnahme zu erhöhen, entstanden für die Pflegedienste keine Kosten. Zudem wurde eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10,00 € pro ausgefüllten Fragebogen geleistet oder ein Büchergutschein ausgestellt. Für die Studienteilnahme wurde ein Zertifikat ausgestellt. Erfahrungen aus der GAP-Studie zeigten, dass diese Maßnahmen zur Rekrutierung als angemessener Anreiz angesehen wurden und eine hohe Teilnahmebereitschaft sowie eine sorgfältige Bearbeitung der Erhebungsunterlagen erzeugte.

Nachdem die ambulanten Dienste nummerierte Listen ihrer Klienten und Klientinnen erstellt und eine Kopie zum Zwecke des Datenmonitoring versiegelt haben, erhielten die Einrichtungen vom Institut eine zufällige Zahlenfolge für den von ihnen durchnummerierten Zahlenbereich. Von jedem teilnehmenden ambulanten Dienst wurden 10 Klienten und Klientinnen zufällig für die Erhebung ausgewählt und angefragt. Eingeschlossen wurden alle Klienten und Klientinnen, die der Teilnahme an der Studie zustimmten. Lehnten angefragte Klienten und Klientinnen ab, wurden der auf der Liste nachstehende Klienten und Klientinnen, kontaktiert. Insgesamt sollte so eine Teilnehmeranzahl von 10 Klienten und

Klientinnen pro Pflegedienst sichergestellt werden. Als Einschlusskriterien galten das Mindestalter von 18 Jahren und eine schriftlich vorliegende Zustimmung. Die Daten der Pflegedienste und Klienten und Klientinnen wurden vertraulich und anonym behandelt.

Die Untersuchung erfolgte als Survey mittels Fragebogen (paper + pencil) bei den Klienten und Klientinnen der ambulanten Pflegedienste in der Häuslichkeit. Die Datenerhebung führten geschulte Pflegefachkräfte der teilnehmenden Einrichtungen anhand eines evaluierten und standardisierten Forschungsleitfadens zum Ausfüllen der Fragebögen selbstständig durch. In diesen Unterlagen wurden international anerkannte Definitionen und Ausprägungen (z. B. Kategorien von Dekubitus) der zu untersuchenden Pflegeprobleme beschrieben und illustriert. Für eventuelle Rückfragen wurde eine Ansprechperson aus dem Institut genannt.

Es wurden drei maschinell einlesbare Fragebögen entwickelt. Die inhaltliche Festlegung von Umfang und Art der zu erhebenden Variablen erfolgte in enger Abstimmung mit dem Auftraggeber. Dazu schlug das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften konkrete Instrumente und Assessments vor. Das Institut verfügt über eine große Fachexpertise zu den Themen Dekubitus, Dekubitusrisiko, Sturz, Inkontinenz, Pflegeabhängigkeit sowie den Einsatz relevanter Präventionsmaßnahmen. Zudem kann der vorhandene Datensatz (>30.000 Pflegeheimbewohner, >50.000 Krankenhauspatienten) als Referenzgröße für die im Rahmen dieser Studie gefundenen Daten herangezogen werden. Die drei Fragebögen bestanden aus einem direkten personenbezogenen Assessment, welches Fragen zu pflegerelevanten Gesundheitsproblemen sowie Versorgungsangeboten der Klienten beinhaltete (Siehe Anhang). Der zweite Bogen fokussierte die Struktur des ambulanten Pflegedienstes und wurde von der Pflegedienstleitung ausgefüllt. Beim letzten Bogen handelte es sich um einen „Klienten-/Angehörigenbogen“.

Die erhobenen Daten wurden in maschinell lesbare Fragebögen eingetragen und an das Institut gesendet. Dort erfolgten das Einscannen der Bögen und die Überführung der Informationen in das Statistikprogramm SPSS. Das Datenmonitoring fand auf zwei Ebenen statt. So wurde durch die Unterschrift der Pflegekraft auf dem Datenerhebungsbogen die Richtigkeit der Angaben persönlich bestätigt. Des Weiteren wurde ein Datenmonitoring in der Dateneingabe und -kontrolle der am Institut standardisierten inhaltlichen und strukturellen Datenkontrollen maschinell eingelesener Primärdaten durchgeführt.

Entsprechend der Zielsetzung des Berichts erfolgte die Datenanalyse vorrangig deskriptiv.

Assessments

Das direkte personenbezogene Assessment beinhaltete einen Erhebungsbogen mit Fragen zu pflegerelevanten Gesundheitsproblemen sowie Versorgungsangeboten (Hilfsmittel, Pflegeinterventionen, etc.), wobei ein besonderes Augenmerk auf Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen gelegt wurde. Folgende Erhebungsinstrumente wurden für die Befragung der Klienten und Klientinnen herangezogen:

Selbstversorgungsfähigkeit nach Barthel Index

Der Fragebogen von Mahoney & Barthel (1965) hat sich mittlerweile als ein bewährtes Instrument in der Geriatrie etabliert (Lübke, Meinck, & von Renteln-Kruse, 2004). Die Einstufung dient der Einschätzung der Selbstversorgungsfähigkeit im alltäglichen Leben. Die Anwendung erfolgte mittels Hamburger Einstufungsmanual (Lübke, 2004). Das Assessment bestand aus 10 einzelnen Items zu den Aktivitäten des täglichen Lebens, die zu einem Gesamt-Score zusammengefasst werden. Darüber hinaus dient er der Akutstatuserhebung. Daraus resultierend kann eine Verlaufskontrolle hinsichtlich der Veränderungen bezüglich der Selbstpflegefähigkeit dargestellt werden.

Pflegeabhängigkeit (PAS)

Pflegeabhängigkeit ist das Ausmaß, in dem Menschen in ihrer Selbstpflegefähigkeit eingeschränkt sind und pflegerische Unterstützung benötigen (Dijkstra, Buist, Moorers, & Dassen, 2000). Die Pflegeabhängigkeit wurde mit Hilfe der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) erhoben. Pflegenden schätzten 15 Kategorien (Items), wie zum Beispiel „Essen und Trinken“, „Mobilität“, „Kommunikation“, ein. Den einzelnen Items wurden Punktwerte von 1 (völlig pflegeabhängig) bis 5 (völlig unabhängig) zugewiesen. Werden die Werte der einzelnen Items addiert, so erhält man Summenwerte (PAS-Werte), die ein Maß für die gesamte Pflegeabhängigkeit darstellen. Bei sehr hoher Pflegeabhängigkeit sind die Summenwerte niedrig (Minimum 15). Hohe Werte (Maximum 75) werden bei keiner oder geringer Pflegeabhängigkeit erreicht.

Inkontinenz

Die Kontinenzprofile entstanden durch die Autorengruppe des DNQP Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. Sie sind Kategorien zur Beschreibung der pflegerischen Einschätzung der Kontinenzsituation. Die Einschätzung erfolgt in der Regel stufenweise. Diesbezüglich sind drei grundsätzliche Fragen notwendig: 1) Verliert der/die Klient/in unwillkürlich Urin (Inkontinenz) oder nicht (Kontinenz). 2) Wird dieser Zustand durch Hilfsmittel erreicht oder kompensiert? 3) Wenn ja, setzt der Betroffene diese Mittel ohne Unterstützung durch Pflegekräfte ein (unabhängig) oder mit Unterstützung (abhängig). Entsprechend der Antworten auf diese Frage wird das passende Profil ausgewählt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2007).

Der ICIQ-UI (International Consultation of Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form) ist ein kurzer Fragebogen, bestehend aus vier Fragen, der den Schweregrad einer Harninkontinenz und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität erfasst. Die folgenden drei Fragen wurden zu einem Gesamt-Score zusammengefasst:

1. Wie häufig kommt es bei Ihnen zum unwillkürlichen Urinverlust?
2. Wie hoch ist der Urinverlust?
3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

Der Gesamtwert kann zwischen 1 und 21 Punkten aufweisen, wobei Werte von 1–5 Punkte als eine leichte, 6–12 Punkte als eine mittelschwere, 13–18 Punkte als eine schwere und 19–21 Punkte als eine sehr schwere Harninkontinenz interpretiert werden. Weiter erfasst der Fragebogen Situationen, in denen eine Inkontinenz auftritt (Avery et al., 2004; Klovning, Avery, Sandvik, & Hunskaar, 2009).

Die Selbstversorgung bezogen auf die Urin- und Stuhlausscheidung wurde mittels Barthel-Index erhoben (Mahoney & Barthel, 1965). Bei den Items „Harnkontrolle“ und „Stuhlkontrolle“ handelt es sich jeweils um dreistufige Antwortmöglichkeiten.

Mobilität

Zur Messung der Mobilität wurde in dieser Studie unter anderem die Elderly Mobility Scale (EMS) verwendet (Smith, 1994). Die EMS besteht aus 7 Dimensionen, die zusammen mit den Klienten und Klientinnen eingeschätzt werden sollen und den Grad der Einschränkung der Mobilität darstellen. Es wird der Transfer (3 Items), die Fortbewegung (2 Items) und das Balanceverhalten (2 Items) eingeschätzt. Anhand eines errechneten Gesamt-Score können drei Mobilitätskategorien gebildet werden:

Mobile Personen: Als mobil gilt, wer sich alleine weitgehend sicher bewegen kann und in der Regel keiner weiteren Hilfe bedarf. (Punktwert zwischen 14 und 20)

Teilmobile Personen: Zu dieser Gruppe gehören all jene Personen, die bei bestimmten Aufgaben, die die Mobilität betreffen, Unterstützung benötigen. (Punktwert zwischen 10 und 13)

Immobil Personen: Diese benötigen Hilfestellungen bei allen bzw. fast allen Aufgaben, die für Mobilität erforderlich sind. (Punktwert weniger als 10).

Kognitive Einschränkungen

Die kognitiven Leistungseinbußen wurden mit der Global Deterioration Scale (GDS) erhoben (Reisberg, Ferris, de Leon, & Crook, 1982). Sie ermöglicht eine Schweregradeinstufung von Demenzen bei älteren Menschen. Die GDS beschreibt sieben Stadien kognitiver Leistungseinbußen, die direkt operationalisiert sind und in einem Rating global eingeschätzt werden. Die hier verwendete deutsche Version stammt von Ihl et al. (Ihl, Fröhlich, & Reisberg, 1991). Die Abstufung reicht von „keine kognitiven Leistungseinbußen“ bis hin zu „sehr schwere kognitive Leistungseinbußen“.

Unter Hinzunahme des erweiterten Barthel-Index wird der Unterstützungsbedarf zur Bewältigung komplexer Alltagsanforderungen (kognitive Funktionen) festgestellt (Prosiegel et al., 1996). In seiner Erweiterung enthält er zusätzlich die Bereiche Verhaltens-, Orientierungs- und Kommunikationsstörungen.

Ergebnisse

Rücklauf

In Tabelle 1 sind die teilnehmenden Dienste sowie die Klienten und Klientinnen nach Bundesland aufgeführt. In der Spalte Einrichtungen ist die Anzahl der teilnehmenden Dienste, in der Spalte „Non Response“ die Anzahl der Dienste aufgeführt, die keine Unterlagen zurückgeschickten. Die Spalte „Teilnehmer“ enthält die Anzahl untersuchter Klienten und Klientinnen. Da in jedem Bundesland laut Studienprotokoll zehn Einrichtungen jeweils zehn Klienten und Klientinnen befragen sollten, lässt sich daraus die Response von einer insgesamt möglichen Anzahl von 100 Teilnehmern je Bundesland (10 Teilnehmer und Teilnehmerinnen x 10 Dienste) berechnen. Diese ist in der letzten Spalte dargestellt.

Tabelle 1 Rücklauf in den einzelnen Bundesländern

Bundesland	Einrichtungen	Non Response	Teilnehmer	Response (%)
Baden-Württemberg	7	3	60	60
Bayern	9	1	89	89
Berlin	10	0	55	55
Brandenburg	8	2	75	75
Bremen	5	5	44	44
Hamburg	3	3	27	27
Hessen	5	5	41	41
Mecklenburg-Vorpommern	7	3	70	70
Niedersachsen	4	6	39	39
Nordrhein-Westfalen	6	4	54	54
Rheinland Pfalz	10	0	93	93
Saarland	5	5	51	51
Sachsen	6	4	58	58
Sachsen-Anhalt	7	3	69	69
Schleswig-Holstein	5	5	50	50
Thüringen	5	5	48	48
Gesamt	102	54	923	57,7%

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 923)

Insgesamt haben von 160 geplanten Diensten 102 mit 923 Klienten und Klientinnen teilgenommen. Aus einer theoretisch möglichen Teilnehmerzahl von 1600 (100 je Bundesland x 16 Bundesländer) ergab sich eine Gesamtbeteiligung von fast 60 Prozent. Die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen kamen aus Rheinland-Pfalz (n= 93) und die wenigsten aus Hamburg (n= 27).

Stichprobe

Trägerschaft

In Abbildung 1 ist in grüner Farbe dargestellt, wie die einzelnen Pflegedienste aus der Untersuchung auf private, freigemeinnützige und öffentliche Träger verteilt waren. Als Vergleich (in blau dargestellt) dienen die Zahlen der vorausgegangenen GAP-Studie (Lahmann et al., 2012).

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 912)

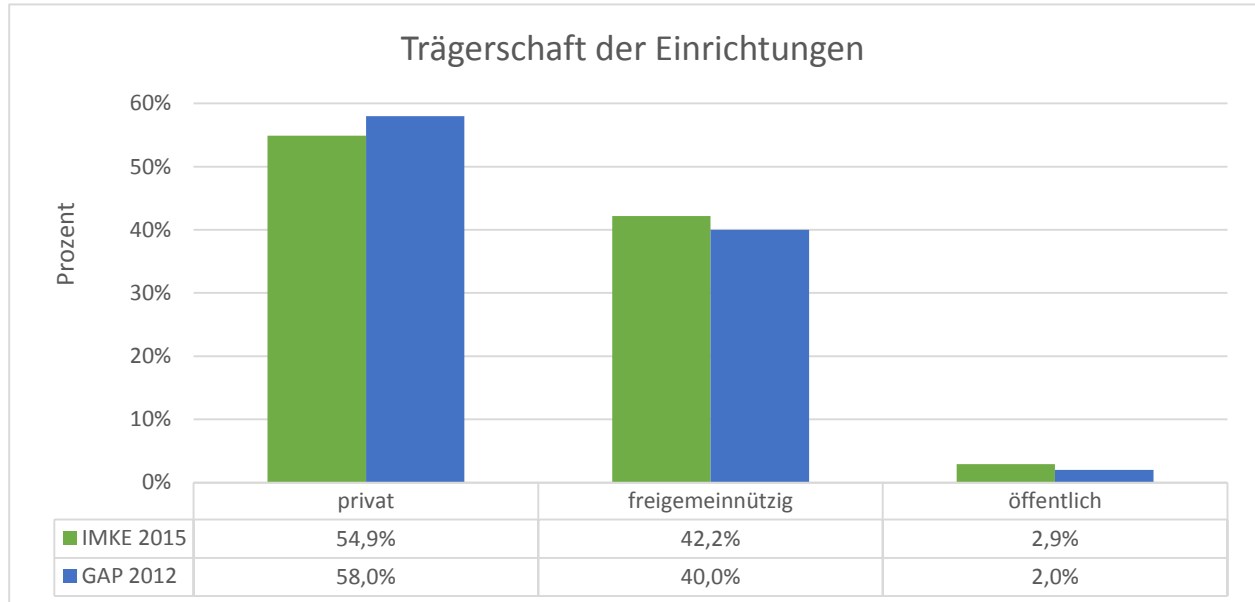


Abbildung 1 Trägerschaften gesamt im Vergleich mit GAP-Studie 2012

Von 102 Pflegediensten waren 55 Prozent unter privater, 42 Prozent unter freigemeinnütziger und 3 Prozent unter öffentlicher Trägerschaft. Die in blau dargestellten Verteilungen aus der vorangegangenen GAP-Studie zeigen vergleichbare Ergebnisse.

Alter

In Tabelle 2 wird das Alter der Teilnehmer- und Teilnehmerinnen in Jahren dargestellt, getrennt für die einzelnen Bundesländer und Gesamt. Es werden die Anzahl der befragten Klienten und Klientinnen (n), das jeweilige Durchschnittsalter (Mittelwert = MW) und die Standardabweichung (SD) beschrieben.

Tabelle 2 Stichprobe Alter

Bundesland	Alter in Jahren (MW)	SD	n
Baden-Württemberg	82,0	9,9	60
Bayern	80,7	11,3	88
Berlin	76,2	14,2	55
Brandenburg	81,1	9,1	75
Bremen	83,5	9,4	39
Hamburg	76,2	17,2	27
Hessen	82,0	10,7	41
Mecklenburg Vorpommern	80,4	10,5	70
Niedersachsen	79,3	8,2	39
Nordrhein Westfalen	80,4	12,0	52
Rheinland Pfalz	80,6	11,0	93
Saarland	83,1	9,3	51
Sachsen	79,7	12,8	58
Sachsen-Anhalt	82,3	8,1	67
Schleswig-Holstein	78,9	14,1	49
Thüringen	81,7	8,7	48
Gesamt	80,6	11,1	912

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 912)

Das Durchschnittsalter aller Klienten und Klientinnen lag in dieser Befragung bei 81 Jahren. In Hamburg und Berlin waren die Klienten und Klientinnen mit durchschnittlich 76 Jahren am jüngsten. Die ältesten Klienten und Klientinnen lebten im Saarland (83 Jahre) und in Bremen (84 Jahre).

Verteilung nach Geschlecht

Das Verhältnis von männlichen und weiblichen Teilnehmenden wird in Tabelle 3 aufgezeigt. In der Spalte n wird die Anzahl der Klienten und Klientinnen angegeben, bei denen Daten über das Geschlecht vorhanden waren.

Tabelle 3 Stichprobe Geschlecht

Bundesland	männlich	weiblich	n
Baden-Württemberg	25,4%	74,6%	59
Bayern	34,1%	65,9%	88
Berlin	32,1%	67,9%	53
Brandenburg	34,7%	65,3%	72
Bremen	21,1%	78,9%	38
Hamburg	26,9%	73,1%	26
Hessen	34,1%	65,9%	41
Mecklenburg-Vorpommern	24,6%	75,4%	69
Niedersachsen	45,9%	54,1%	37
Nordrhein-Westfalen	35,8%	64,2%	53
Rheinland-Pfalz	31,1%	68,9%	90
Saarland	20,0%	80,0%	50
Sachsen	20,7%	79,3%	58
Sachsen-Anhalt	33,3%	66,7%	69
Schleswig-Holstein	36,7%	63,3%	49
Thüringen	25,6%	74,4%	42
Gesamt	30,3%	69,7%	895

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 895)

Angaben zum Geschlecht lagen von 895 Klienten und Klientinnen vor. Der Frauenanteil lag bei dieser Untersuchung mit fast 70 Prozent deutlich höher. Nur in Niedersachsen wurden annähernd gleich viele Frauen (54 Prozent) und Männer (46 Prozent) befragt. In Bremen, Sachsen und Saarland lag der Frauenanteil bei über 75 Prozent.

Pflegestufen

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Pflegestufen an. Die angegebenen Pflegestufen basieren ausschließlich auf der Einteilung nach dem Pflegestärkungsgesetz I nach Inkrafttreten am 1. Januar 2015.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 895)

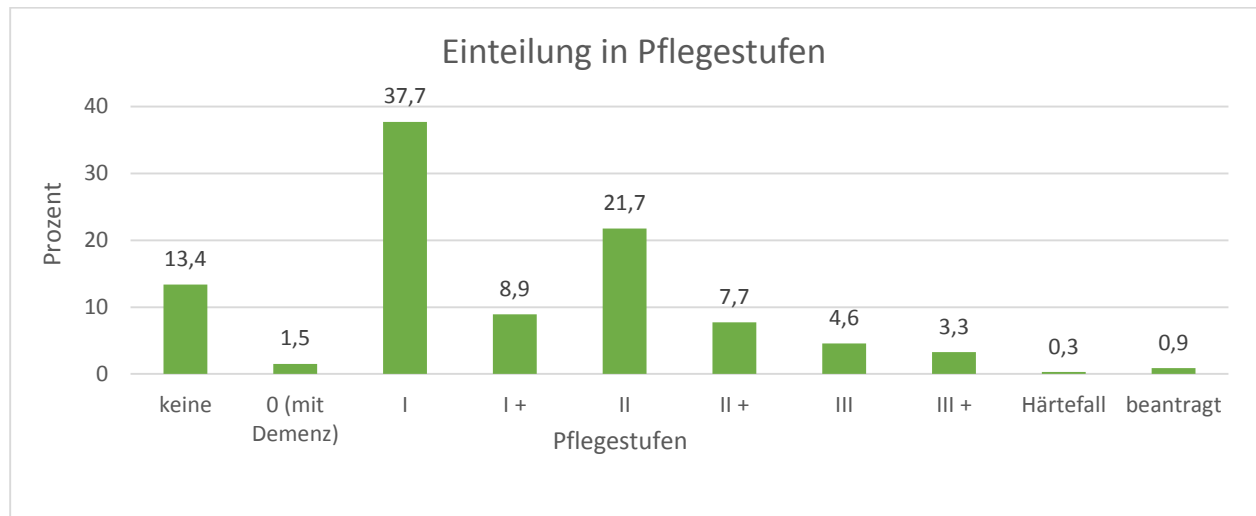


Abbildung 2 Einteilung der Pflegestufen nach dem Pflegestärkungsgesetz I 2015

Die meisten zu pflegenden Klienten und Klientinnen hatten die Pflegestufe I (38 Prozent), gefolgt von der Pflegestufe II mit 22 Prozent. Lediglich 13 Prozent der Klienten und Klientinnen hatten keine Pflegestufe.

Dauer der Betreuung

In der folgenden Tabelle 4 wird aufgezeigt, wie lange die Klienten und Klientinnen im Durchschnitt schon von dem Pflegedienst betreut wurden. Die Zeit wird in Jahren dargestellt. N gibt die Anzahl der Klienten und Klientinnen an, bei denen Daten zum Eintritt der Betreuung durch den Pflegedienst vorlagen.

Tabelle 4 Dauer der Betreuung in Jahren

Bundesland	Mittelwert	n
Baden-Württemberg	3,2	59
Bayern	3,3	84
Berlin	2,8	54
Brandenburg	3,0	74
Bremen	2,9	39
Hamburg	3,7	27
Hessen	3,2	40
Mecklenburg-Vorpommern	3,1	70
Niedersachsen	2,4	35
Nordrhein-Westfalen	3,4	47
Rheinland-Pfalz	4,3	90
Saarland	2,4	49
Sachsen	3,0	55
Sachsen-Anhalt	2,7	68
Schleswig-Holstein	2,9	49
Thüringen	3,1	46
Gesamt	3,1	886

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 886)

Die Betreuungsdauer zeigt sich in den meisten Bundesländern sehr homogen. Lediglich Rheinland-Pfalz liegt mit 4,3 Jahren über dem Durchschnitt und Saarland und Sachsen mit 2,4 Jahren darunter.

Medizinische Diagnosen

In Abbildung 3 ist die prozentuale Häufigkeit der medizinischen Hauptdiagnosen der Klienten und Klientinnen aufgeführt. Aufgrund von Mehrfachnennungen ergibt die Gesamtheit mehr als 100 Prozent.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 886)

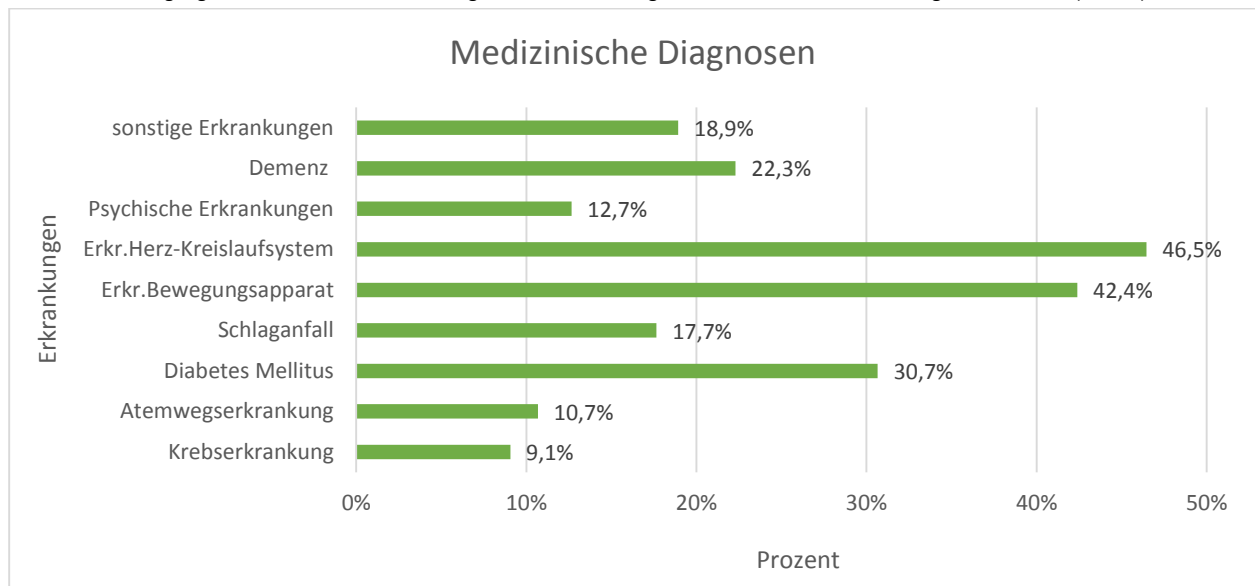


Abbildung 3 Medizinische Hauptdiagnosen

Fast die Hälfte der Klienten und Klientinnen (47 Prozent) wies eine Herz-Kreislauserkrankung auf. Die zweithäufigsten medizinische Hauptdiagnosen waren die Erkrankungen des Bewegungsapparates mit 42 Prozent. Die wenigsten Klienten und Klientinnen (9 Prozent) hatten eine Krebserkrankung.

Lebens- und Pflegesituation

Im Folgenden wird die Lebens- und Pflegesituation der befragten Klienten und Klientinnen aufgezeigt. Die regionale Verteilung wurde in Flächen- und Stadtstaaten getrennt vorgenommen. Zu den Stadtstaaten zählen Berlin, Bremen und Hamburg, alle übrigen Bundesländer sind Flächenstaaten.

Die erste Abbildung dieses Kapitels zeigt die regionale Verteilung der Klienten und Klientinnen in Stadtstaaten und Flächenstaaten.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 923)

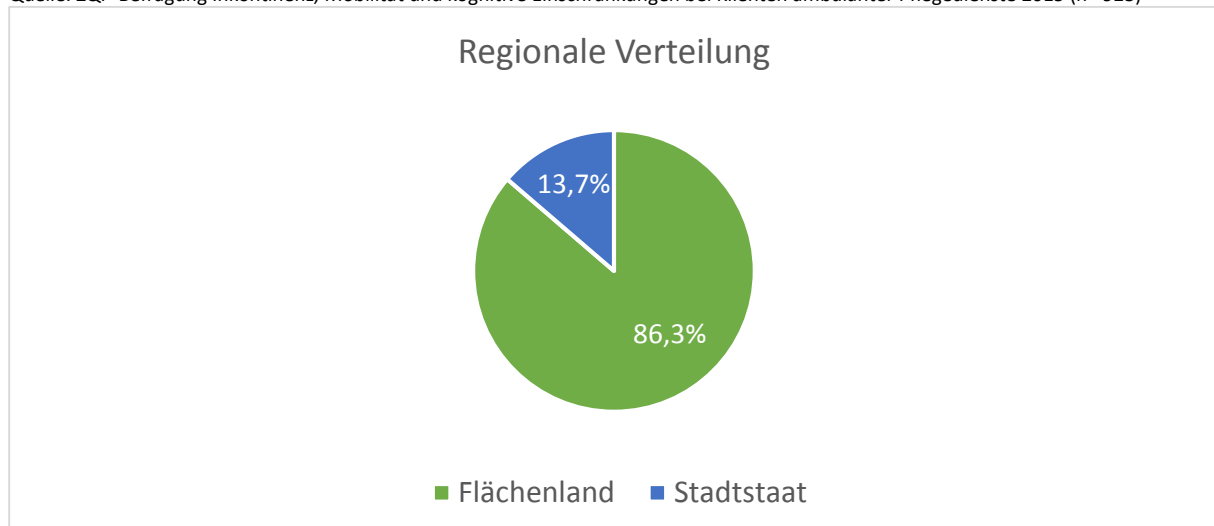


Abbildung 4 Regionale Verteilung

Über 86 Prozent der Klienten und Klientinnen lebten in einem Flächenland, in den Stadtstaaten waren es 14 Prozent.

Die Klienten und Klientinnen wurden in dieser Studie nach ihrer Wohnsituation gefragt. Folgende Antwortmöglichkeiten waren gegeben: alleinlebend, mit (Ehe-) Partner/in, in einer Wohngemeinschaft oder bei Angehörigen/ Bekannten (siehe Abbildung 5).

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 920)

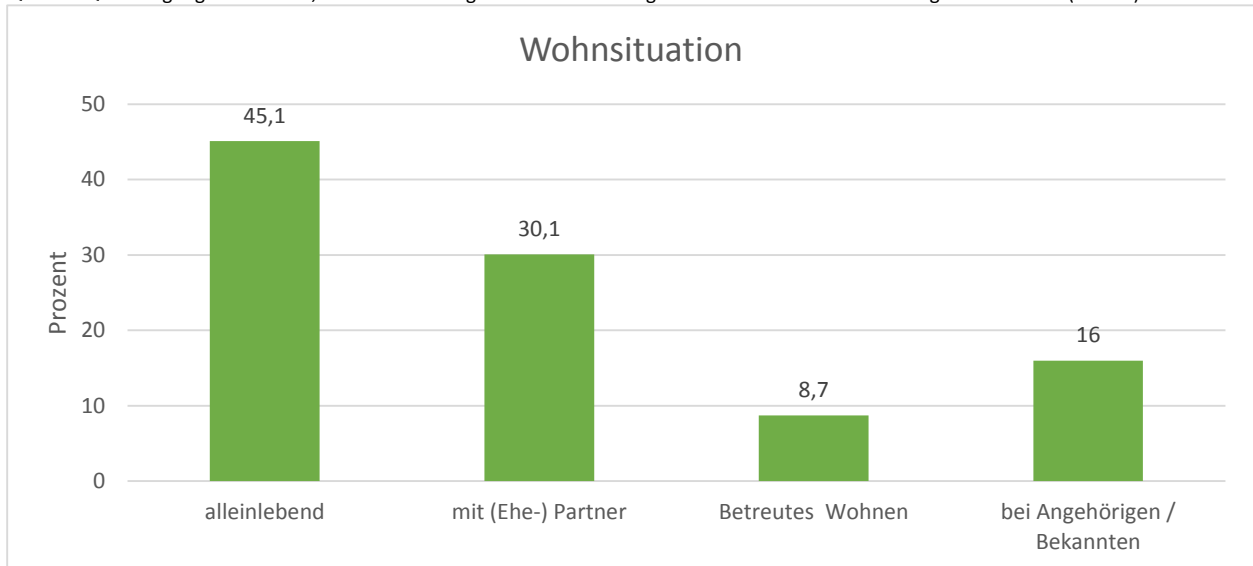


Abbildung 5 Wohnsituation

Ein Großteil der befragten Klienten und Klientinnen war alleinlebend (45 Prozent). Ungefähr ein Drittel lebte mit dem Partner bzw. Ehepartner zusammen.

Die Frage „ob der/die Klient/in mehr professionelle Hilfe“ benötigt, sollte von den Pflegefachkräften beantwortet werden. Die nachfolgende Abbildung 6 zeigt die Ergebnisse von Gesamtdeutschland.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 912)

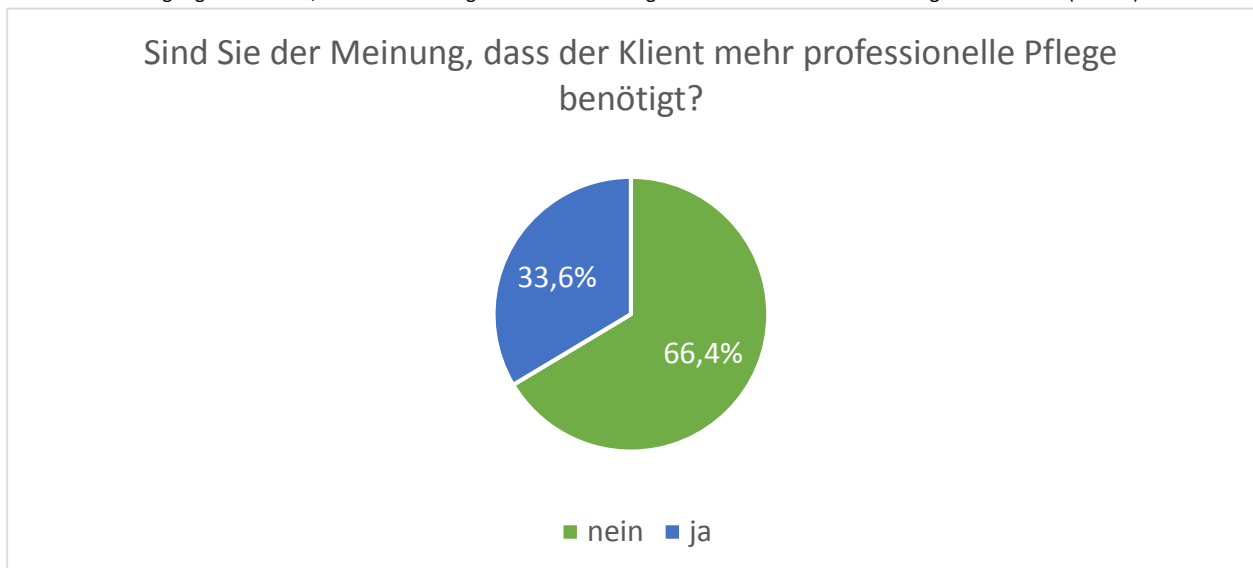


Abbildung 6 Erhöhter Bedarf an professioneller Pflege in Deutschland

Insgesamt waren bei zwei Dritteln der Klienten und Klientinnen die Pflegefachkräfte der Meinung, dass diese ausreichend professionelle Pflege erhalten.

In der Darstellung 7 wird die Anzahl der Klienten und Klientinnen gezeigt, die laut den Pflegekräften mehr professioneller Hilfe bedürfen, aufgeteilt in alleinlebend vs. nicht alleinlebend und Stadtstaat vs. Flächenland.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 912)

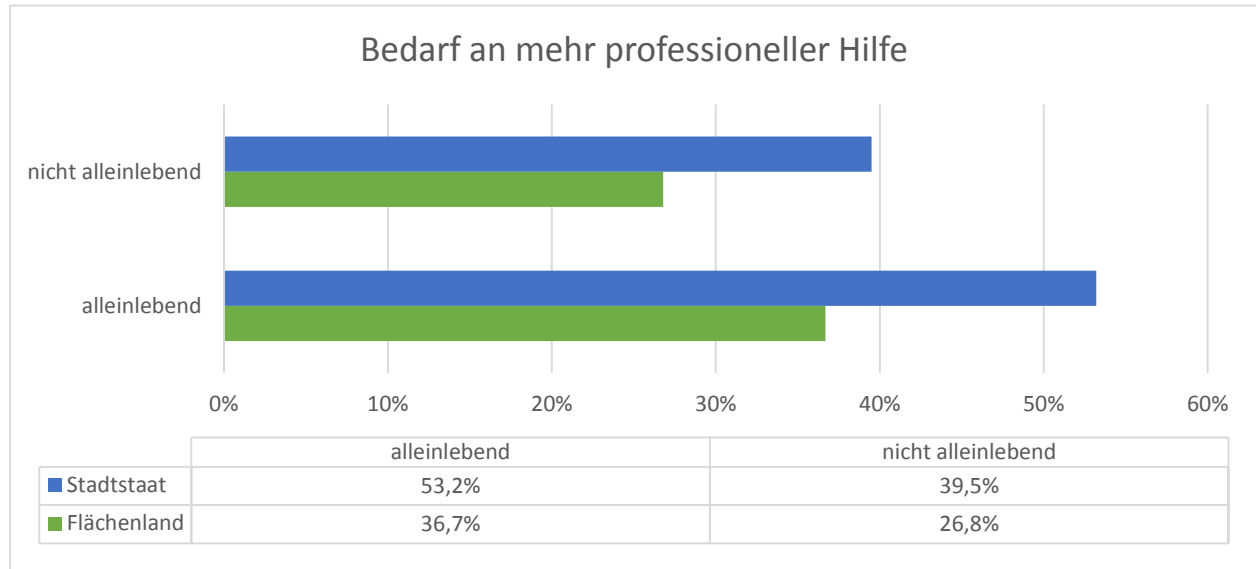


Abbildung 7 Bedarf an mehr professioneller Pflege vs. regionale Verteilung und Wohnsituation

Die Grafik zeigt einen deutlich erkennbaren Unterschied zwischen den versorgten Klienten und Klientinnen in den Stadtstaaten und dem Flächenland. Die Pflegekräfte der Klienten und Klientinnen in den Stadtstaaten waren häufiger der Meinung, dass ihre Klienten und Klientinnen mehr professioneller Hilfe bedürfen. Deutlich wird, dass Klienten und Klientinnen, die in einem Stadtstaat alleinlebend waren, häufiger (53 Prozent) mehr professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollten als im Flächenland (37 Prozent).

Inkontinenz

Das Thema Harninkontinenz wird nach wie vor als Tabuthema angesehen und ist mit einem Schamgefühl hinterlegt. Auf Grund der hohen Prävalenz der Urininkontinenz sowie den Versorgungsstrukturen von Klienten und Klientinnen in der ambulanten Pflege ist dies ein bedeutungsvolles Pflegeproblem. Im folgenden Kapitel wird zunächst die Häufigkeit der Urininkontinenz erfasst. Zusätzlich werden das Kontinenzprofil, der Schweregrad und der Zeitpunkt des Urinverlustes je Bundesland dargestellt. Überdies erfolgen die Beschreibungen der Selbstpflege-defizite und die Höhe der Pflegeabhängigkeit.

Inkontinenzhäufigkeit

Kontinenz ist die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase und den Darm zu entleeren (Getliffe & Dolman, 2003). Als Harninkontinenz wird jeglicher, unwillkürlicher Verlust von Urin bezeichnet (Abrams et al., 2002). Stuhlinkontinenz wird von Norton et al. (2009) wie folgt definiert: „*als der unwillkürliche Verlust von flüssigem oder festem Stuhl, der ein soziales oder hygienisches Problem darstellt – Anal incontinence is the involuntary loss of flatus, liquid or solid stool that is a social or hygienic problem*“ (Norton, Whitehead, Bliss, Harari, & Lang, 2009). Inkontinenz kann erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität haben, je nach Art der Inkontinenz und Schweregrad (Dubeau, Simon, & Morris, 2006).

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 820)

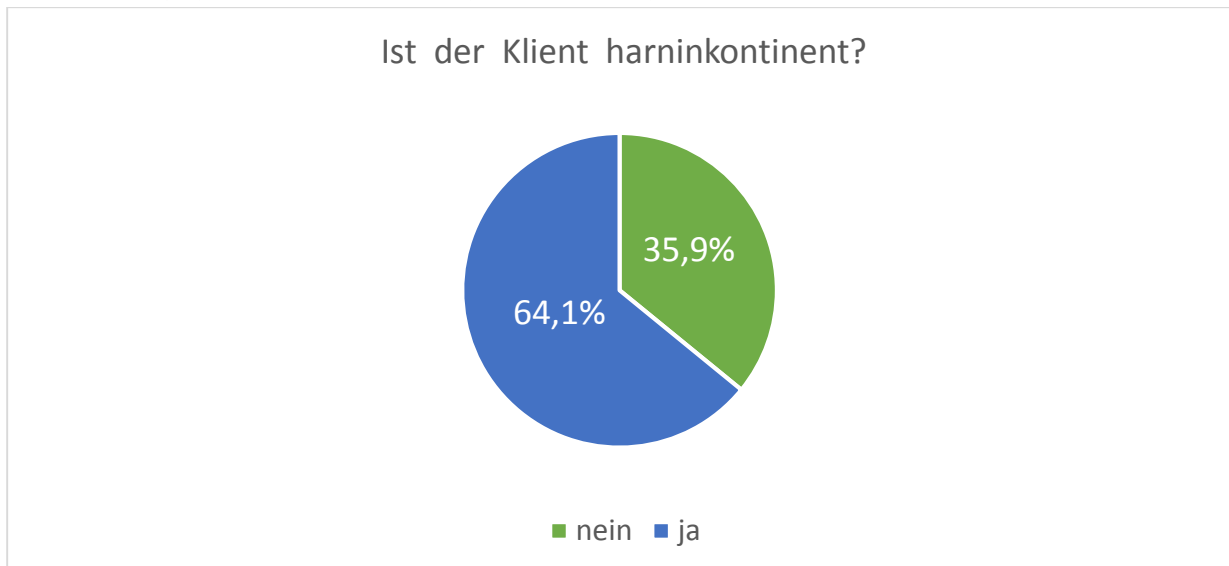


Abbildung 8 Prävalenz der Harninkontinenz (Gesamtdeutschland - gewichtet)

Für Gesamtdeutschland ließ sich eine Prävalenz der Harninkontinenz von 64 Prozent der Klienten und Klientinnen von ambulanten Pflegediensten feststellen.

Die Tabelle 5 zeigt die Prävalenz der Harninkontinenz der Klienten und Klientinnen, aufgeteilt in die einzelnen Bundesländer. N stellt die Anzahl der Gesamtbefragten je Bundesland dar.

Tabelle 5 Prävalenz der Harninkontinenz in den einzelnen Bundesländern

Bundesland	Ist der/die Klient/-in harninkontinent?		
	ja	nein	n
Baden-Württemberg	68,8%	31,3%	48
Bayern	62,5%	37,5%	72
Berlin	73,6%	26,4%	53
Brandenburg	53,5%	46,5%	71
Bremen	68,4%	31,6%	38
Hamburg	56,5%	43,5%	23
Hessen	69,4%	30,6%	36
Mecklenburg-Vorpommern	55,4%	44,6%	65
Niedersachsen	58,3%	41,7%	36
Nordrhein-Westfalen	75%	25%	52
Rheinland-Pfalz	55,4%	44,6%	83
Saarland	59,6%	40,4%	47
Sachsen	54,2%	45,8%	48
Sachsen-Anhalt	50,7%	49,3%	67
Schleswig-Holstein	48,7%	51,3%	39
Thüringen	64,1%	35,9%	39
Gesamt	60,3%	39,7%	817

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 817)

Aufgrund der Gewichtung in Abbildung 3 aber nicht in Tabelle 5, sind die Angaben von n unterschiedlich. Unterteilt in die einzelnen Bundesländer ließ sich feststellen, dass in fast jedem Bundesland (einzige Ausnahme ist Schleswig-Holstein mit rund 49 Prozent) mehr als die Hälfte der betreuten Klienten und Klientinnen der ambulanten Dienste harninkontinent waren. In Nordrhein-Westfalen traten die meisten Klienten und Klientinnen (75 Prozent) mit einer Harninkontinenz auf. Gefolgt von Berlin mit 74 Prozent und Hessen mit fast 70 Prozent an dritter Stelle.

Kontinenzprofil

Mit Hilfe der Kontinenzprofile soll eine begründete Auswahl von Interventionen zur Verringerung der Inkontinenz erfolgen. Dabei gilt folgende Unterteilung:

Tabelle 6 Aufteilung der Kontinenzprofile des DNQP

Profil	Kennzeichen	Beispiel
Kontinenz	Kein unfreiwilliger Harnverlust Keine personelle Hilfe Keine Hilfsmittel	
Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unfreiwilliger Harnverlust Keine personelle Unterstützung Selbstständige Durchführung von Maßnahmen	Selbstständige Medikamenteneinnahme durch die/den Betroffenen, die einen unwillkürlichen Urinverlust verhindert. Eigenständiger Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen
Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unfreiwilliger Harnverlust Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen	Begleitete Toilettengänge (z.B. Toilettentraining zu festgelegten bzw. individuellen Zeiten) erfolgen durch eine weitere (Pflege-) Person.
Unabhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Kontinenzhilfsmitteln.	Trotz vorhandenem unwillkürlichem Harnverlust erfolgt die Versorgung mit aufsaugendem Inkontinenzmaterial durch die/den Betroffenen selbstständig.
Abhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig	Kompensierende Maßnahmen werden von einer weiteren Person übernommen.
Nicht kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust Keine Inanspruchnahme von personeller Unterstützung und Versorgungsmaßnahmen	Vom Betroffenen werden keine Maßnahmen der Inkontinenzversorgung angenommen bzw. abgelehnt.

Quelle: (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2007)

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=812)

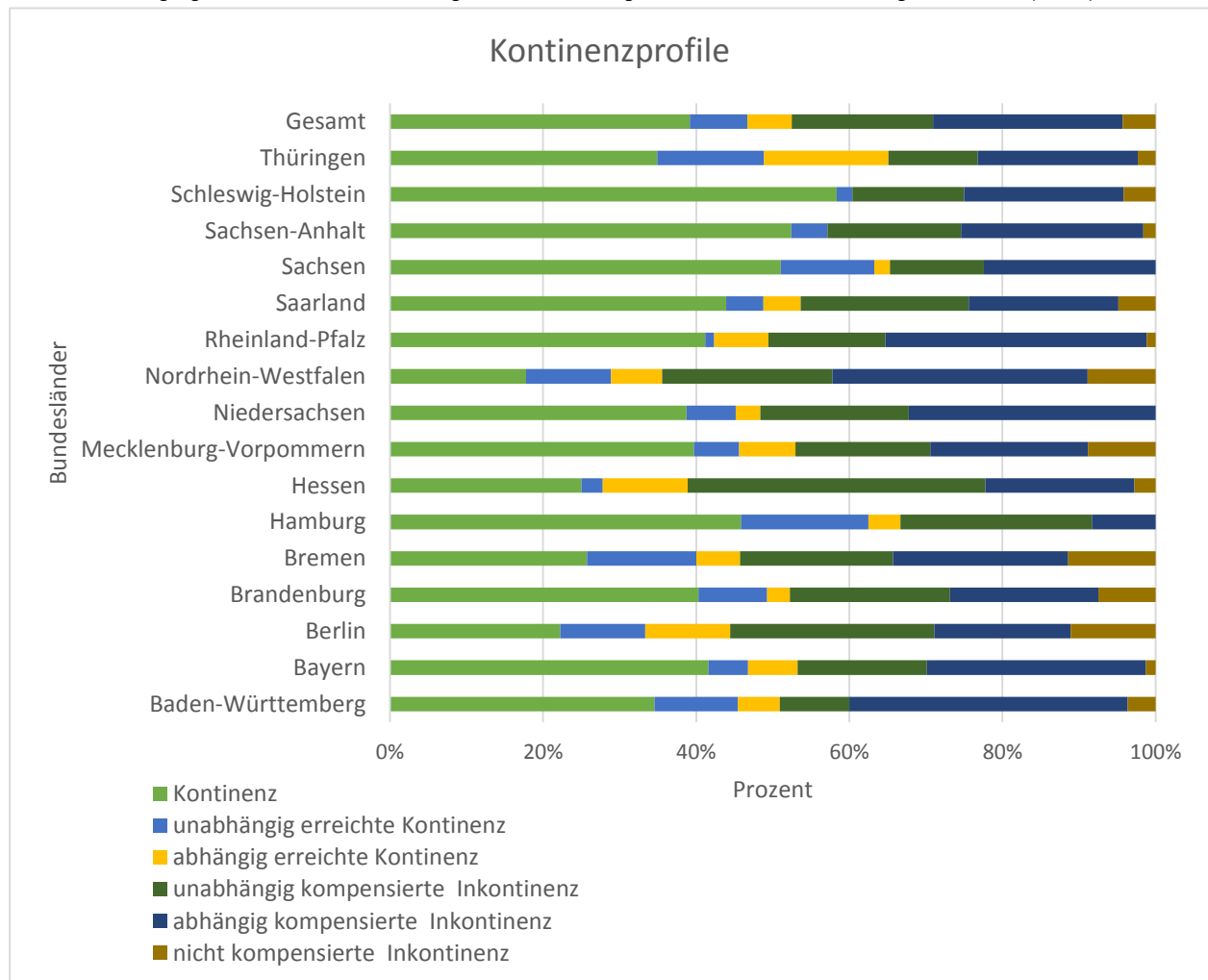


Abbildung 9 Kontinenzprofile unterteilt nach Bundesländern

In Bremen und Berlin nahmen circa 11 Prozent keine Maßnahmen bei der Harninkontinenzversorgung an bzw. lehnten diese ab. In Hamburg, Niedersachsen und Sachsen gab es keine Klienten und Klientinnen in der Kategorie „nicht kompensierte Inkontinenz“. In Baden-Württemberg erhielten rund 36 Prozent der harninkontinenten Klienten und Klientinnen Hilfestellung bei der Inkontinenzversorgung durch eine weitere Person. In Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz waren es ebenfalls über 30 Prozent der Teilnehmer und Teilnehmerinnen.

Schweregrad und Zeitpunkt der Harninkontinenz

Die folgende Grafik (Abb. 10) zeigt den Gesamt- Score des Schweregrades der Harninkontinenz. Zur Anwendung kam an dieser Stelle der ICIQ- UI (International Consultation of Incontinence Questionnaire Urinary Incontinence Short Form).

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=419)

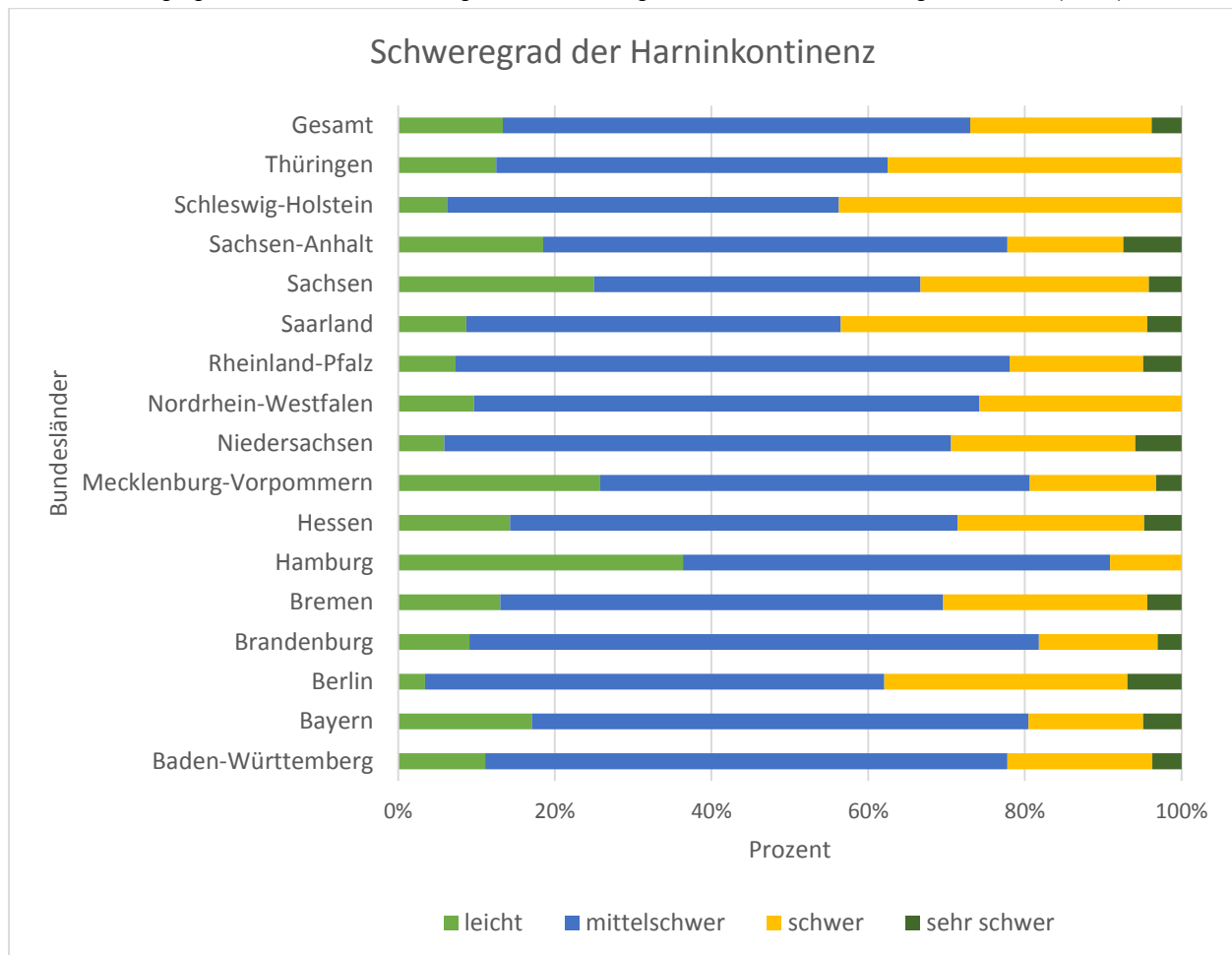


Abbildung 10 Schweregrad der Harninkontinenz unterteilt nach Bundesländern

Die Einstufung des Schweregrades der Harninkontinenz erfolgte nur bei den Klienten und Klientinnen, die eine Harninkontinenz angaben und bei denen die drei dazugehörigen Fragen vollständig ausgefüllt waren (n= 419). Bei Betrachtung der Grafik ist festzustellen, dass der Großteil der Klienten und Klientinnen (60 Prozent) an einer mittelschweren Harninkontinenz litt. Unter den einzelnen Bundesländern fanden sich in Brandenburg (73 Prozent) die meisten Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit dem Schweregrad „mittelschwer“. Der größte Anteil der Klienten und Klientinnen mit einer schweren Harninkontinenz mit 44 Prozent kam aus Schleswig-Holstein. Bezüglich der sehr schweren Harninkontinenz war der höchste Anteil mit 7 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen in Sachsen-Anhalt.

Eine weitere Frage des ICIQ-UI ermittelt den Zeitpunkt, wann Urin verloren wird. Hier waren Mehrfachantworten möglich, daher ergibt der Gesamtwert mehr als 100 Prozent.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=470)

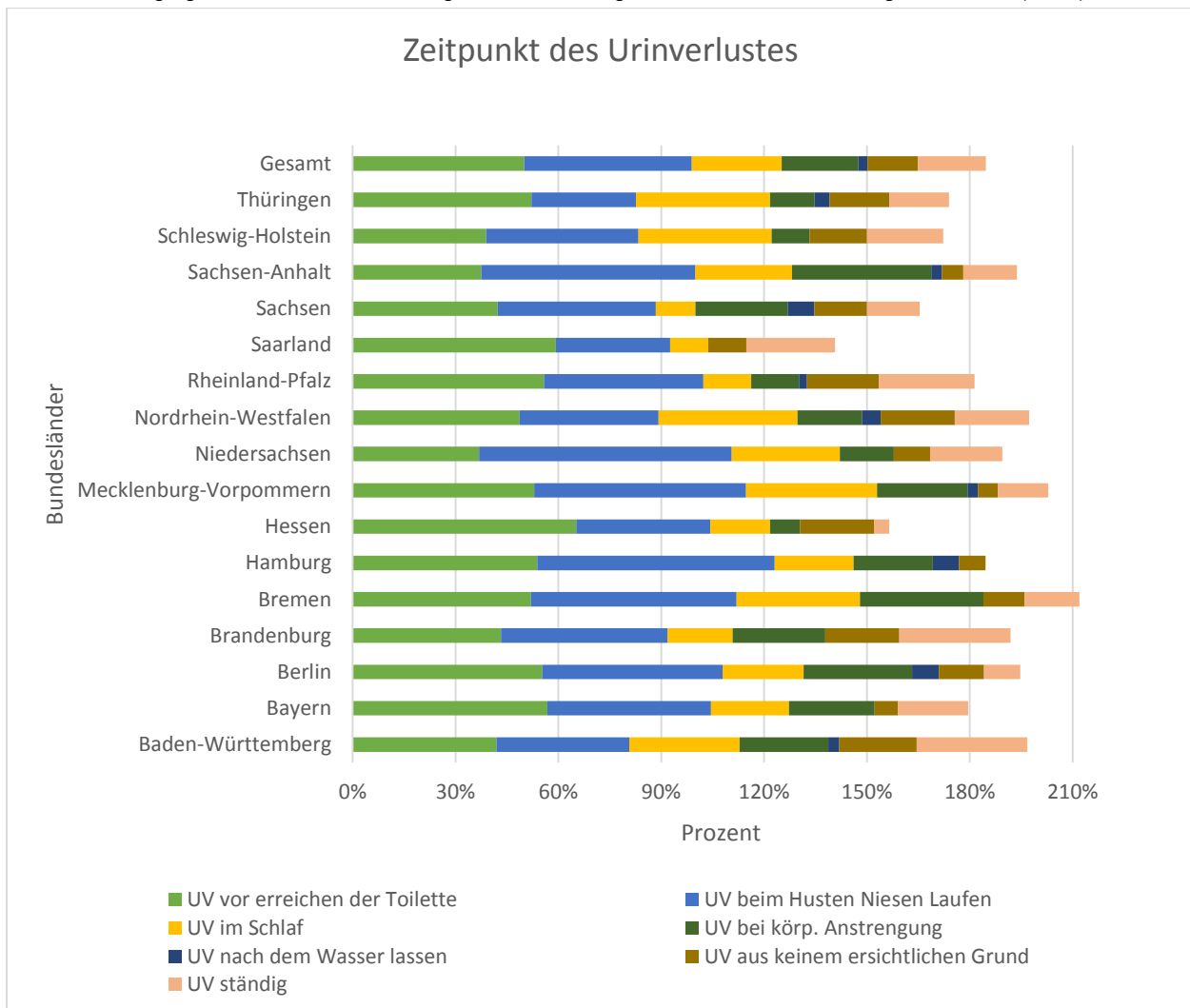


Abbildung 11 Zeitpunkt des Urinverlustes unterteilt nach Bundesländern

Bezüglich des Zeitpunktes des Urinverlustes hatten die meisten Klienten und Klientinnen (50 Prozent) den Urinverlust vor dem Erreichen der Toilette. Der am zweithäufigsten genannte Grund für das Verlieren von Urin waren Husten und Niesen (49 Prozent). Von ständigem Urinverlust waren insgesamt 20 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen betroffen. In Brandenburg und in Baden-Württemberg litten über 32 Prozent der Klienten und Klientinnen unter einer Harninkontinenz mit ständigem Urinverlust.

Selbstversorgungsfähigkeit

In Tabelle 7 wurde von den professionell Pflegenden anhand des Barthel Index durch Befragung und Beobachtung der Klienten und Klientinnen eingeschätzt, inwieweit man die Klienten und Klientinnen als komplett harninkontinent, gelegentlich harninkontinent, bzw. als harnkontinent einstuft.

Tabelle 7 Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Harninkontinenz“

Bundesland	harn-inkontinent	gelegentlich harn-inkontinent	harnkontinent	n
Baden-Württemberg	23,7%	33,9%	42,4%	59
Bayern	21,4%	39,3%	39,3%	84
Berlin	35,8%	32,1%	32,1%	53
Brandenburg	34,7%	18,1%	47,2%	72
Bremen	33,3%	23,1%	43,6%	39
Hamburg	7,7%	34,6%	57,7%	26
Hessen	36,6%	26,8%	36,6%	41
Mecklenburg-Vorpommern	25%	22,1%	52,9%	68
Niedersachsen	15,8%	36,8%	47,4%	38
Nordrhein-Westfalen	38%	40%	22%	50
Rheinland-Pfalz	20,5%	23,9%	55,7%	88
Saarland	26%	38%	36%	50
Sachsen	25%	28,6%	46,4%	56
Sachsen-Anhalt	23,5%	25%	51,5%	68
Schleswig-Holstein	18,8%	22,9%	58,3%	48
Thüringen	36,4%	31,8%	31,8%	44
Gesamt	26,5%	29,3%	44,2%	884

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=884)

Angaben von 884 Klienten und Klientinnen lagen zu diesen Items vor. Demnach waren 27 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen harninkontinent und 29 Prozent gelegentlich harninkontinent. In Nordrhein-Westfalen waren mit 78 Prozent die meisten der Befragten harninkontinent bzw. gelegentlich inkontinent. Die wenigsten Klienten und Klientinnen mit einer Harninkontinenz fanden sich in Hamburg (8 Prozent).

Tabelle 8 Selbstversorgungsfähigkeiten bezogen auf „Stuhlinkontinenz“

Bundesland	stuhl-inkontinent	gelegentlich stuhl-inkontinent	stuhlkontinent	n
Baden-Württemberg	10,3%	20,7%	69%	58
Bayern	12,8%	12,8%	74,4%	86
Berlin	11,5%	9,6%	78,8%	52
Brandenburg	15,3%	8,3%	76,4%	72
Bremen	10,3%	10,3%	79,5%	39
Hamburg	0%	4%	96%	25
Hessen	19,5%	14,6%	65,9%	41
Mecklenburg-Vorpommern	8,7%	8,7%	82,6%	69
Niedersachsen	8,1%	21,6%	70,3%	37
Nordrhein-Westfalen	22,6%	17%	60,4%	53
Rheinland-Pfalz	12,4%	14,6%	73%	89
Saarland	14%	8%	78%	50
Sachsen	7,5%	15,1%	77,4%	53
Sachsen-Anhalt	11,8%	5,9%	82,4%	68
Schleswig-Holstein	6,8%	11,4%	81,8%	44
Thüringen	12,5%	16,7%	70,8%	48
Gesamt	12%	12,4%	75,6%	884

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=884)

Mit Hilfe des Barthel-Index sollten die professionell Pflegenden einstufen, inwieweit sie ihre Klienten und Klientinnen als komplett stuhlinkontinent, gelegentlich stuhlinkontinent bzw. als stuhlkontinent einschätzen (Siehe Tabelle 8). In Hamburg gab es keinen Klienten und Klientinnen, der von den Fachpflegekräften als stuhlinkontinent eingeschätzt wurde. Lediglich 4 Prozent der Hamburger Teilnehmer und Teilnehmerinnen litten gelegentlich unter einer Stuhlinkontinenz (im Durchschnitt nicht mehr als einmal die Woche bzw. benötigten Hilfe bei Abführmaßnahmen oder der Anus-Praeterversorgung). In Nordrhein-Westfalen waren hingegen 22,6 Prozent von einer Stuhlinkontinenz betroffen. Insgesamt 24,4 Prozent aller befragten Klienten und Klientinnen waren gelegentlich oder dauerhaft stuhlinkontinent. Weiterhin erfolgte durch die Anwendung des Barthel-Index die Einschätzung der allgemeinen Selbstpflegefähigkeit.

Die Auswertung des Gesamt-Score erfolgte nach ICD-10-GM Version 2016 (DIMDI, 2015):

- Keine oder geringe motorische Funktionseinschränkung = 100 Punkte
- Leichte motorische Funktionseinschränkung = 80-95 Punkte
- Mittlere motorische Funktionseinschränkung = 60-75 Punkte
- Mittelschwere motorische Funktionseinschränkung = 40-55 Punkte
- Schwere motorische Funktionseinschränkung = 20-35 Punkte
- Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung = 0-15 Punkte

In Abbildung 12 werden zunächst die allgemeinen motorischen Funktionseinschränkungen bei Klienten und Klientinnen mit einer Harninkontinenz betrachtet. Tabelle 9 zeigt die Mittelwerte des Gesamt-Scores des Barthel-Index je Bundesland in Bezug auf eine vorhandene Urininkontinenz bzw. Kontinenz.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=451)

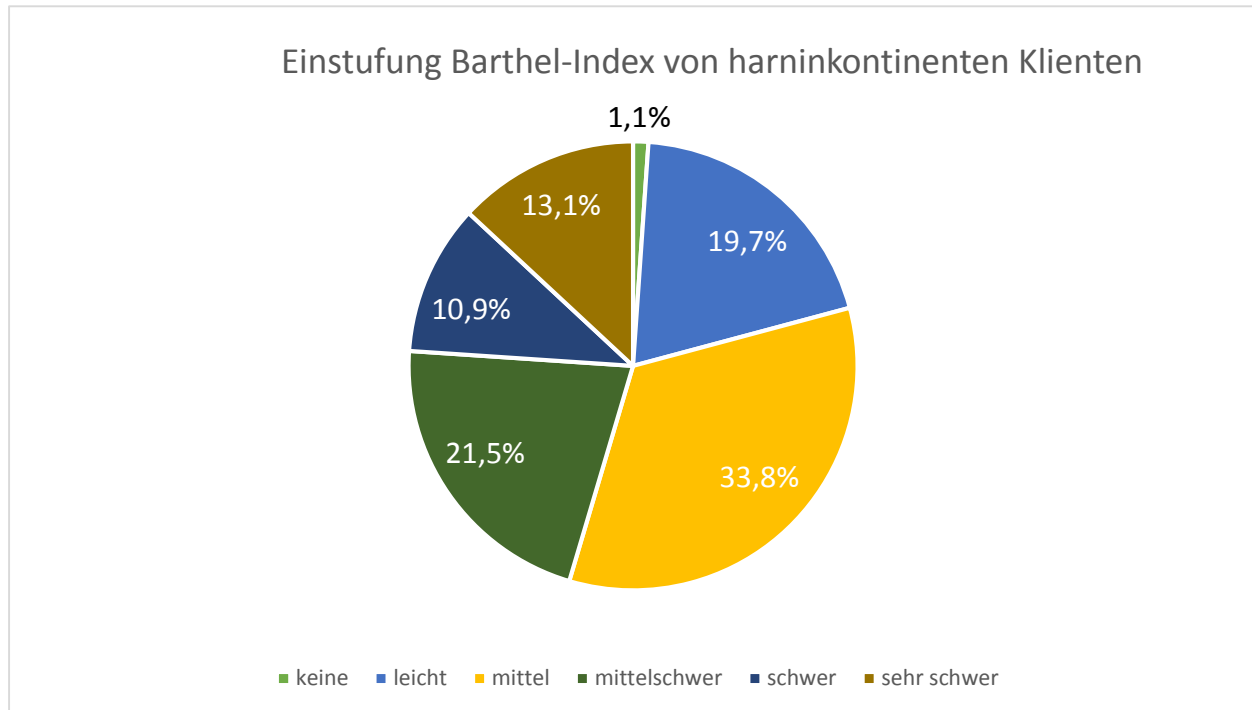


Abbildung 12 Einstufung der motorischen Funktionseinbußen von Klienten mittels Barthel-Index mit einer Harninkontinenz (gewichtet)

Klienten und Klientinnen mit einer Urininkontinenz zeigten nach Einstufung des Barthel-Index zu 35 Prozent mittelschwere bis sehr schwere motorische Funktionseinbußen auf. Über die Hälfte der inkontinenten Teilnehmer und Teilnehmerinnen verfügten über leichte bis mittlere motorische Einschränkungen. 1 Prozent der harninkontinenten Klienten und Klientinnen hatten keine Funktionseinbußen.

Tabelle 9 Mittelwerte - Gesamt-Score des Barthel-Index unterteilt nach Bundesländern

Bundesland	Harninkontinenz	n	Mittelwert
Baden-Württemberg	nein	11	74,1
	ja	29	52,8
Bayern	nein	23	76,3
	ja	39	58,5
Berlin	nein	14	80,7
	ja	31	52,4
Brandenburg	nein	28	82,9
	ja	28	56,4
Bremen	nein	10	90,5
	ja	20	63,0
Hamburg	nein	7	70,7
	ja	8	74,4
Hessen	nein	10	69,0
	ja	23	56,7
Mecklenburg-Vorpommern	nein	26	76,0
	ja	34	59,9
Niedersachsen	nein	11	82,3
	ja	19	62,6
Nordrhein-Westfalen	nein	11	73,2
	ja	34	49,4
Rheinland-Pfalz	nein	30	77,2
	ja	39	54,6
Saarland	nein	17	78,5
	ja	24	54,4
Sachsen	nein	21	86,7
	ja	22	53,0
Sachsen-Anhalt	nein	31	84,0
	ja	31	60,6
Schleswig-Holstein	nein	13	83,1
	ja	16	55,9
Thüringen	nein	11	73,2
	ja	18	61,9

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=689)

Deutlich wird, dass in allen Bundesländern die Klienten und Klientinnen mit einer Harninkontinenz weitaus mehr hilfsbedürftig waren, als kontinente Klienten und Klientinnen. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bestanden in circa der Hälfte der Bundesländer. Ausnahmen lassen sich in Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen finden. Die Klienten und Klientinnen mit einer Harninkontinenz in Bremen verfügten im Durchschnitt über eine mittlere motorische Funktionseinschränkung (MW = 63) auf, hingegen wurden bei den kontinenten Teilnehmern nur leichte Funktionsstörungen (MW = 90,5) angegeben.

Pflegeabhängigkeit

Das nächste Bild (Abbildung 13) zeigt die Auswertung des Items „Kontinenz“ der Pflegeabhängigkeitsskala. In Tabelle 10 folgen die Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit bezogen auf eine vorhandene Urininkontinenz oder keine Urininkontinenz.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=901)

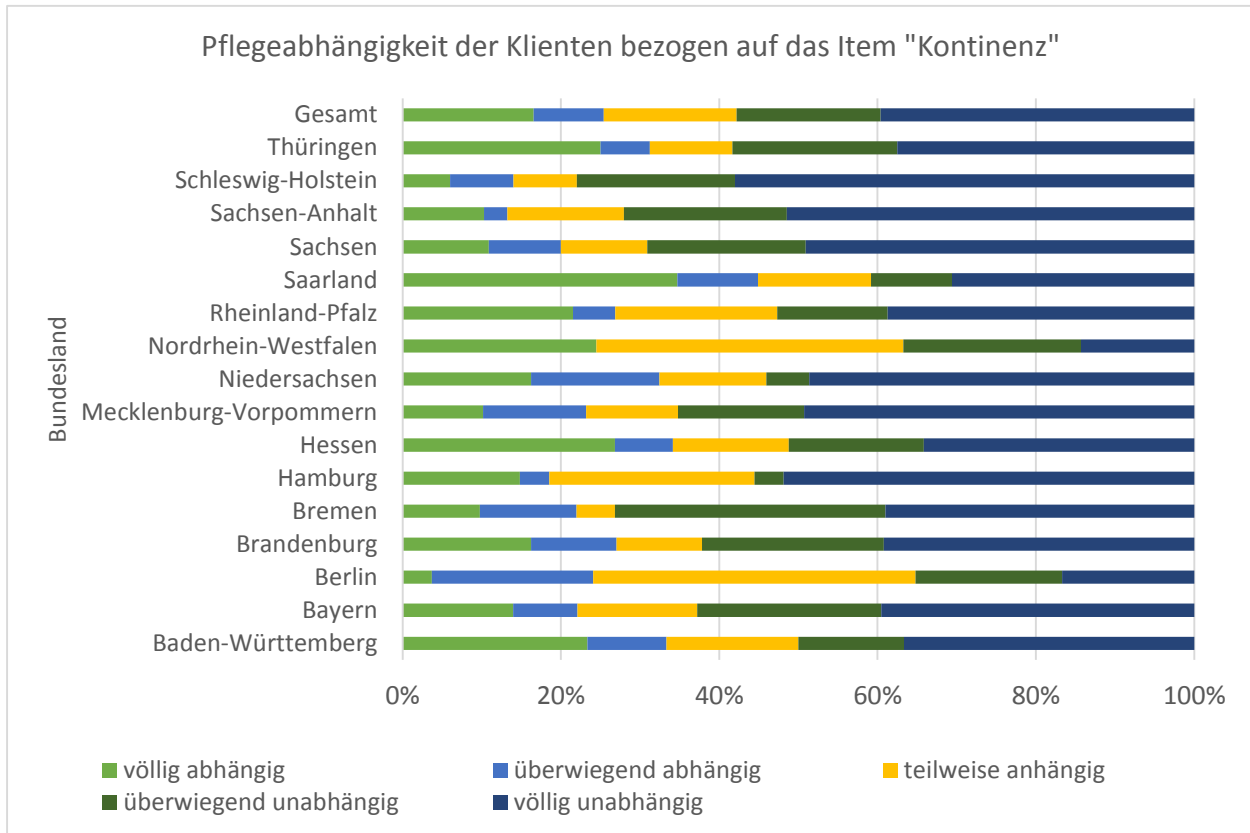


Abbildung 13 Pflegeabhängigkeit der Klienten bezogen auf das Item „Kontinenz“ unterteilt nach Bundesländern

Die vorliegende Grafik gibt Auskunft über das Ausmaß, in dem eine Person in der Lage war, ihre Urin- und/oder Stuhlausscheidung willkürlich zu kontrollieren. Insgesamt waren 17 Prozent aller Klienten und Klientinnen völlig abhängig bei der Ausscheidung. Das bedeutet, dass sie den Stuhl und/ oder Urin nicht halten bzw. es dem Pflegepersonal auch nicht signalisieren konnten. Unterteilt in die einzelnen Bundesländer ließ sich feststellen, dass im Saarland (35 Prozent) die meisten Klienten und Klientinnen lebten, die vollkommen abhängig waren, gefolgt von Hessen mit 27 Prozent und Thüringen mit 25 Prozent. Im Gegensatz dazu, ließen sich die meisten Klienten und Klientinnen, die völlig unabhängig bei ihrer Ausscheidung waren, mit 58 Prozent in Schleswig Holstein finden.

Tabelle 10: Mittelwerte der PAS-Werte unterteilt nach Bundesländern

Bundesland	Urininkontinenz	n	Mittelwert
Baden-Württemberg	nein	13	60,2
	ja	29	44,8
Bayern	nein	25	62,9
	ja	41	51,0
Berlin	nein	12	60,8
	ja	35	51,3
Brandenburg	nein	27	67,3
	ja	32	53,3
Bremen	nein	12	69,8
	ja	23	55,2
Hamburg	nein	10	58,9
	ja	11	63,5
Hessen	nein	11	61,6
	ja	23	49,0
Mecklenburg-Vorpommern	nein	29	64,6
	ja	35	51,3
Niedersachsen	nein	13	62,9
	ja	18	53,5
Nordrhein-Westfalen	nein	12	52,0
	ja	31	47,0
Rheinland-Pfalz	nein	37	63,9
	ja	41	46,4
Saarland	nein	14	56,1
	ja	22	50,1
Sachsen	nein	20	67,7
	ja	23	52,5
Sachsen-Anhalt	nein	33	66,2
	ja	32	60,6
Schleswig-Holstein	nein	19	64,3
	ja	18	53,1
Thüringen	nein	13	62,2
	ja	22	57,2

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=736)

Aus der Tabelle wird deutlich, dass alle Klienten und Klientinnen mit einer Harninkontinenz pflegeabhängiger waren als die kontinenten Klienten und Klientinnen. Eine Ausnahme bildete hier jedoch Hamburg, wo die harnkontinenten Klienten und Klientinnen laut der Pflegekräfte mehr Pflege bedürftten als die Klienten und Klientinnen mit einer vorhandenen Urininkontinenz. In Bayern, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen statistisch signifikant.

In Tabelle 11 ist dargestellt, inwieweit nach Meinung der professionell Pflegenden die Klienten und Klientinnen mit einer Urininkontinenz grundsätzlich mehr Hilfe im Bereich der Inkontinenzversorgung benötigen.

Tabelle 11 Einschätzung der professionell Pflegenden zum Pflegebedarf bei harninkontinenten Klienten unterteilt nach Bundesländern

Bundesland	Mehrhilfe bei der Inkontinenzversorgung		
	nein	ja	n
Baden-Württemberg	90,9%	9,1%	33
Bayern	88,9%	11,1%	45
Berlin	89,7%	10,3%	39
Brandenburg	86,8%	13,2%	38
Bremen	88,5%	11,5%	26
Hamburg	100,0%	0,0%	13
Hessen	96,0%	4,0%	25
Mecklenburg-Vorpommern	97,2%	2,8%	36
Niedersachsen	95,2%	4,8%	21
Nordrhein-Westfalen	82,1%	17,9%	39
Rheinland-Pfalz	89,1%	10,9%	46
Saarland	82,1%	17,9%	28
Sachsen	84,6%	15,4%	26
Sachsen-Anhalt	100,0%	0,0%	34
Schleswig-Holstein	84,2%	15,8%	19
Thüringen	96,0%	4,0%	25
Gesamt	90,3%	9,7%	493

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=493)

In Nordrhein-Westfalen und im Saarland waren die Pflegekräfte der Ansicht, dass fast 18 Prozent der harninkontinenten Klienten und Klientinnen weitere professionelle Hilfe bei der Inkontinenzversorgung benötigen würden. Hingegen ist in Hamburg und Sachsen-Anhalt, nach Auffassung der betreuenden Pflegedienste, keine zusätzliche Hilfestellung nötig. Insgesamt sollten aus Sicht der professionell Pflegenden 10 Prozent der Klienten und Klientinnen, die an einer Urininkontinenz leiden, mehr Hilfe bei der Versorgung erhalten.

Mobilität

Für den Begriff Mobilität gibt es unterschiedliche Definitionen. Das Bundesministerium für Gesundheit definiert in seinem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Mobilität als „Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Körpers“. Differenzierter geht es um die Fähigkeiten „Positionswechsel im Bett, stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und Treppensteigen“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2009).

Die Mobilitätseinschränkung führt nicht nur zu Einbußen in der persönlichen Lebensqualität, sondern ist auch ein entscheidender Risikofaktor für die Pflegeprobleme Inkontinenz, Dekubitus, demenzielle Erkrankungen und Stürze (Inouye et al., 2007).

Mobilitätsstatus

Zur Einschätzung des Mobilitätsstatus wurde unter anderem die EMS (Elderly Mobility Scale) angewandt. Das folgende Bild zeigt anhand eines errechneten Gesamt-Scores die einzelnen Abstufungen der Skala an.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 682)

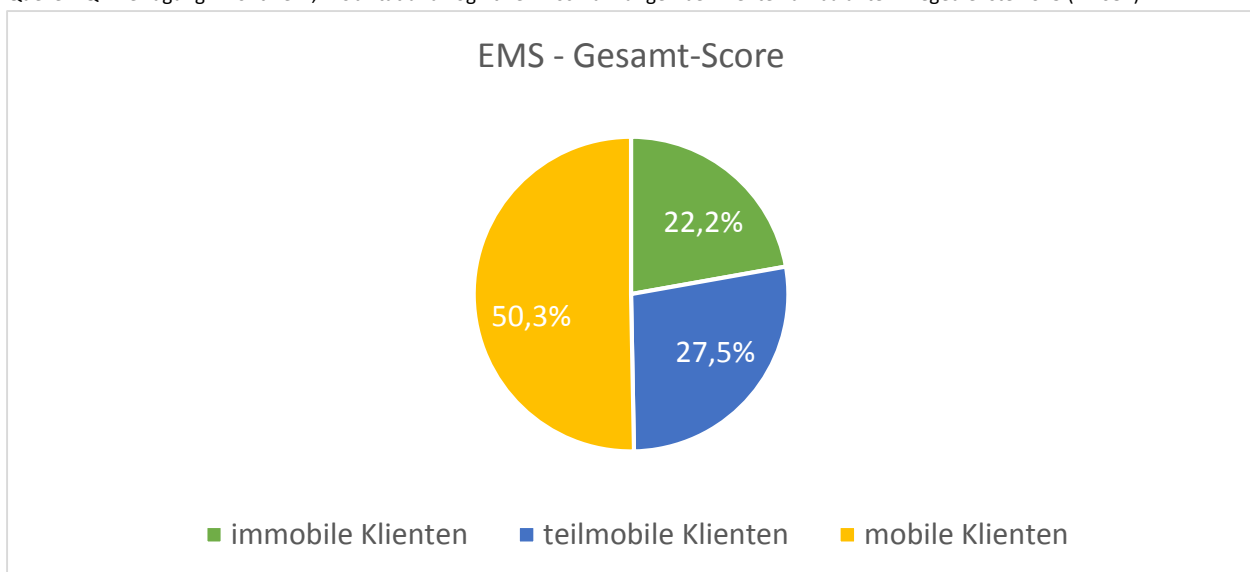


Abbildung 14 Elderly Mobility Scale Gesamt-Score Deutschland (gewichtet)

In Abbildung 14 zeigt sich, dass laut der EMS die Hälfte der befragten Klienten und Klientinnen keine Einschränkungen in ihrer Mobilität hatten, 28 Prozent teilmobil waren und 22 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen immobil.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 53)

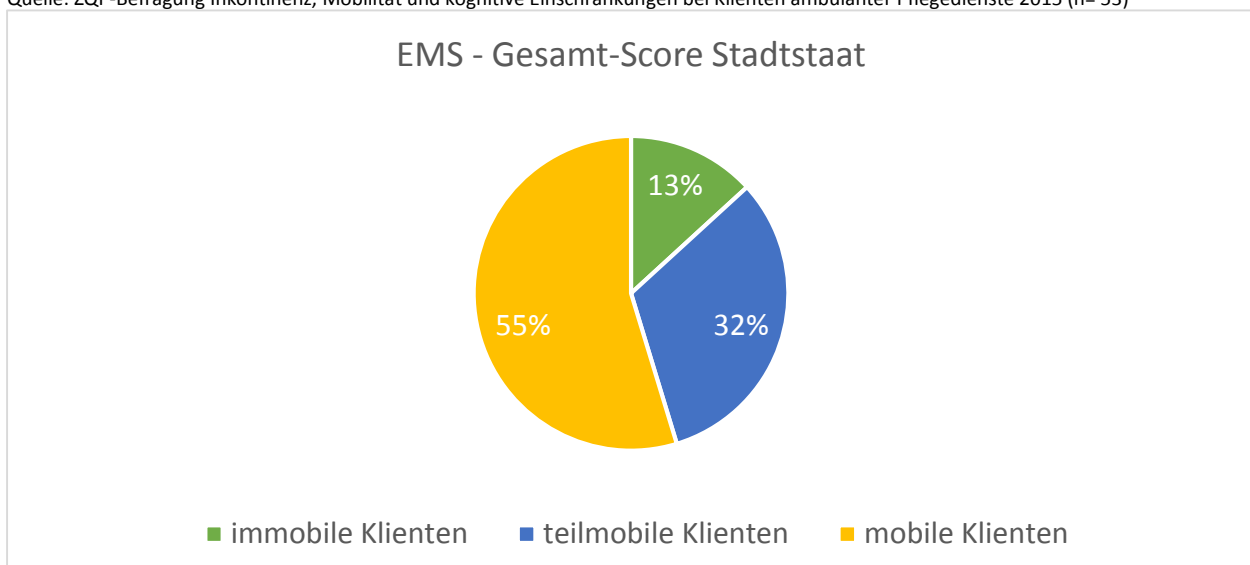


Abbildung 15 Elderly Mobility Scale Gesamt-Score Stadtstaat

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 630)

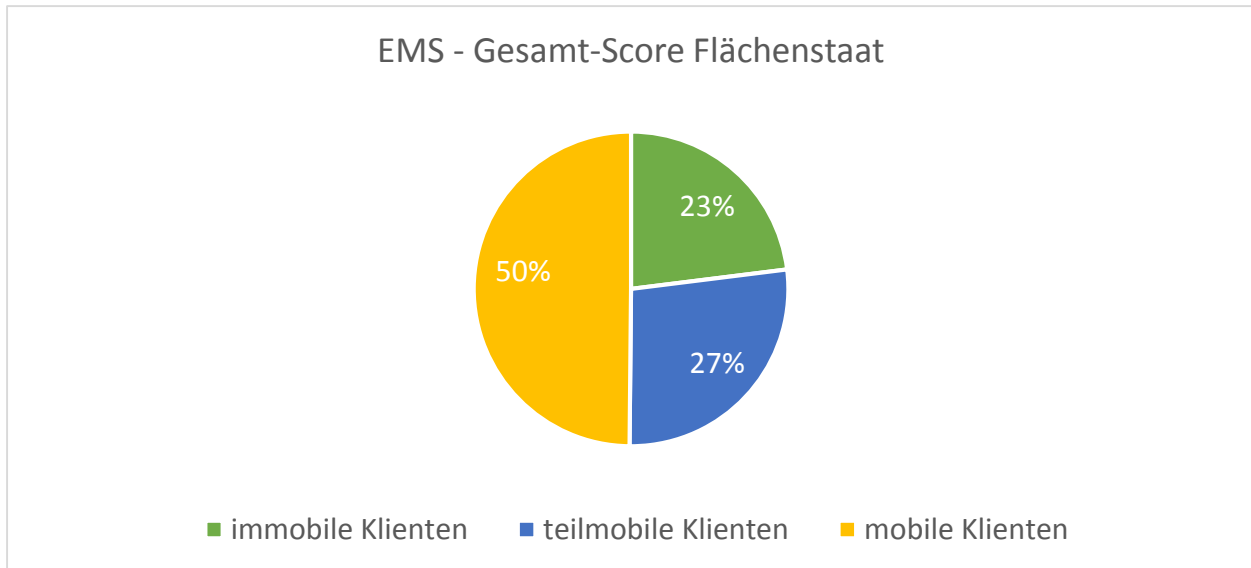


Abbildung 16 Elderly Mobility Scale Gesamt-Score Flächenstaat

Die Abbildungen 15 und 16 betrachten den EMS-Gesamt-Score der Klienten und Klientinnen, die in einem Stadtstaat bzw. einem Flächenland gepflegt wurden. In den Stadtstaaten waren 55 Prozent der Klienten und Klientinnen mobil, in den Flächenstaaten genau die Hälfte. Die Anzahl der vollständig Immobilen war in den Stadtstaaten (32 Prozent) um 5 Prozent höher als in den Flächenstaaten (27 Prozent).

In Tabelle 12 ist die Einteilung der Mobilitätskategorien des EMS-Gesamt-Score in den einzelnen Bundesländern dargestellt.

Tabelle 12 Elderly Mobility Scale Gesamt-Score unterteilt nach Bundesländern

Bundesland	immobile Klienten	teilmobile Klienten	mobile Klienten	n
Baden-Württemberg	27,7%	23,4%	48,9%	47
Bayern	13,2%	23,5%	63,2%	68
Berlin	15,4%	33,3%	51,3%	39
Brandenburg	13,8%	22,4%	63,8%	58
Bremen	6,3%	15,6%	78,1%	32
Hamburg	10,5%	36,8%	52,6%	19
Hessen	7,4%	33,3%	59,3%	27
Mecklenburg-Vorpommern	18,0%	31,1%	50,8%	61
Niedersachsen	18,5%	18,5%	63,0%	27
Nordrhein-Westfalen	43,2%	37,8%	18,9%	37
Rheinland-Pfalz	14,1%	31,3%	54,7%	64
Saarland	13,9%	25,0%	61,1%	36
Sachsen	16,7%	27,1%	56,3%	48
Sachsen-Anhalt	19,3%	19,3%	61,4%	57
Schleswig-Holstein	19,0%	21,4%	59,5%	42
Thüringen	26,3%	21,1%	52,6%	38
Gesamt	17,9%	26,0%	56,1%	700

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=700)

In Nordrhein-Westfalen waren zum Erhebungszeitpunkt über 80 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen immobil oder teilmobil. Bremen hatte mit 78 Prozent die meisten mobilen Klienten und Klientinnen.

Ein zentraler Punkt, um eine situationsgerechte Pflege durchzuführen, ist nicht nur die globale Einschätzung des Mobilitätszustandes, sondern auch die Betrachtung der einzelnen Dimensionen.

In Abbildung 17 wird gezeigt, wie viel Hilfe die Klienten und Klientinnen in den verschiedenen Bundesländern benötigten, um vom Sitzen in den Stand zu kommen.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=878)

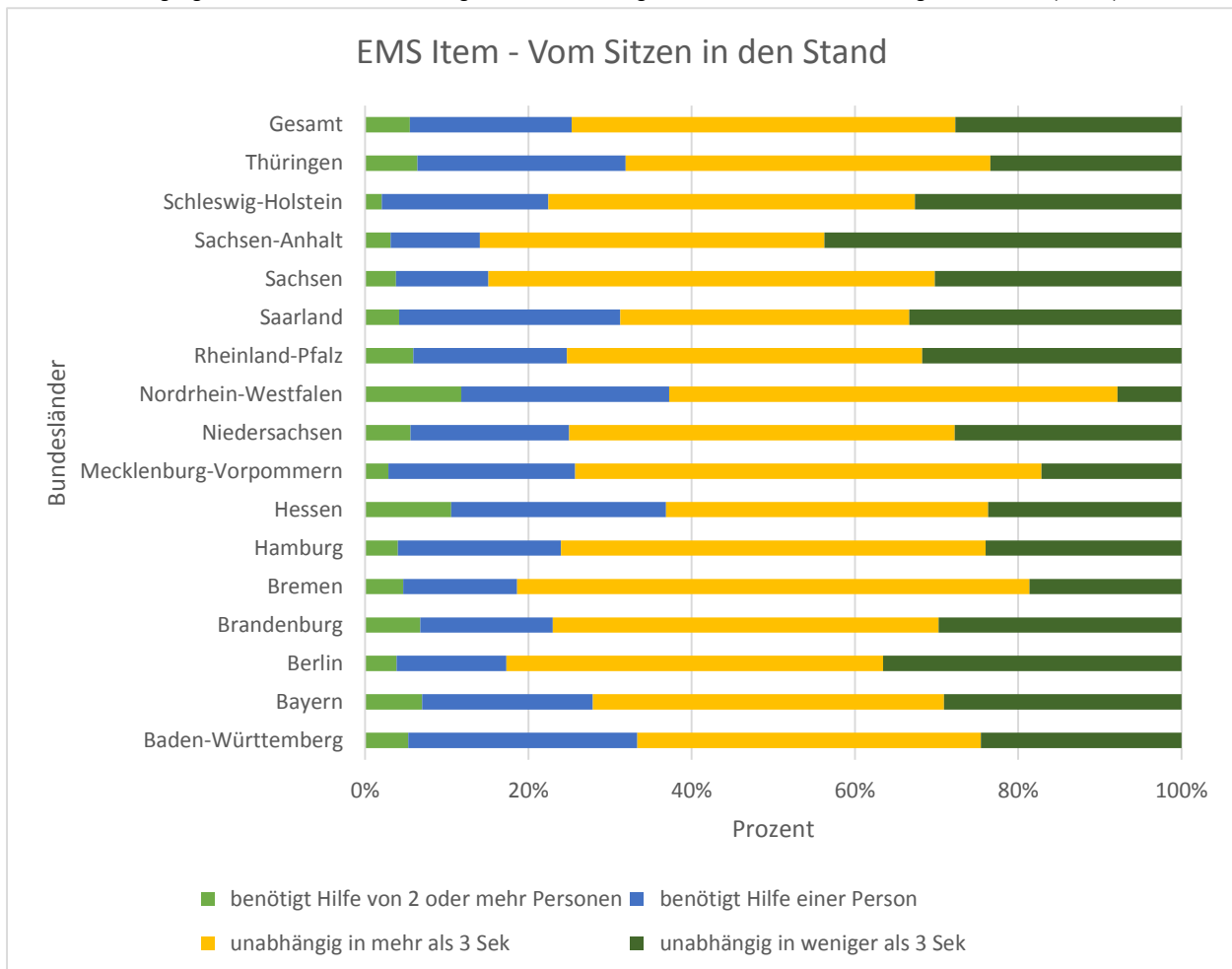


Abbildung 17 Elderly Mobility Scale - Item – „Vom Sitzen in den Stand“ unterteilt nach Bundesländern

Nordrhein-Westfalen (37 Prozent) und Hessen (37 Prozent) hatten die größte Anzahl an Klienten und Klientinnen, die von mindestens einer Person Hilfe benötigten, um vom Sitzen in den Stand zu kommen. Die geringste Anzahl war in den Bundesländern Bremen (19 Prozent), Berlin (17 Prozent), Sachsen (15 Prozent) und Sachsen-Anhalt (14 Prozent) zu finden.

In Abbildung 18 wird gezeigt, wie viel Hilfe die Klienten und Klientinnen benötigten, um sicher zu gehen. Die Klienten und Klientinnen wurden in dieser Mobilitätsdimension in vier Kategorien getrennt: Klienten und Klientinnen, die sich ohne personelle Hilfe und statische Hilfsmittel fortbewegen können; Klienten und Klientinnen, die sich ohne personelle Hilfe, aber mit statischen Hilfsmittel fortbewegen; Klienten und Klientinnen, die zum Gehen mobile Hilfsmittel verwenden und eine unsichere Drehung des eigenen Körpers vollziehen können und Klienten und Klientinnen, die aktive körperliche Unterstützung und/oder permanente Beobachtung benötigen.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=818)

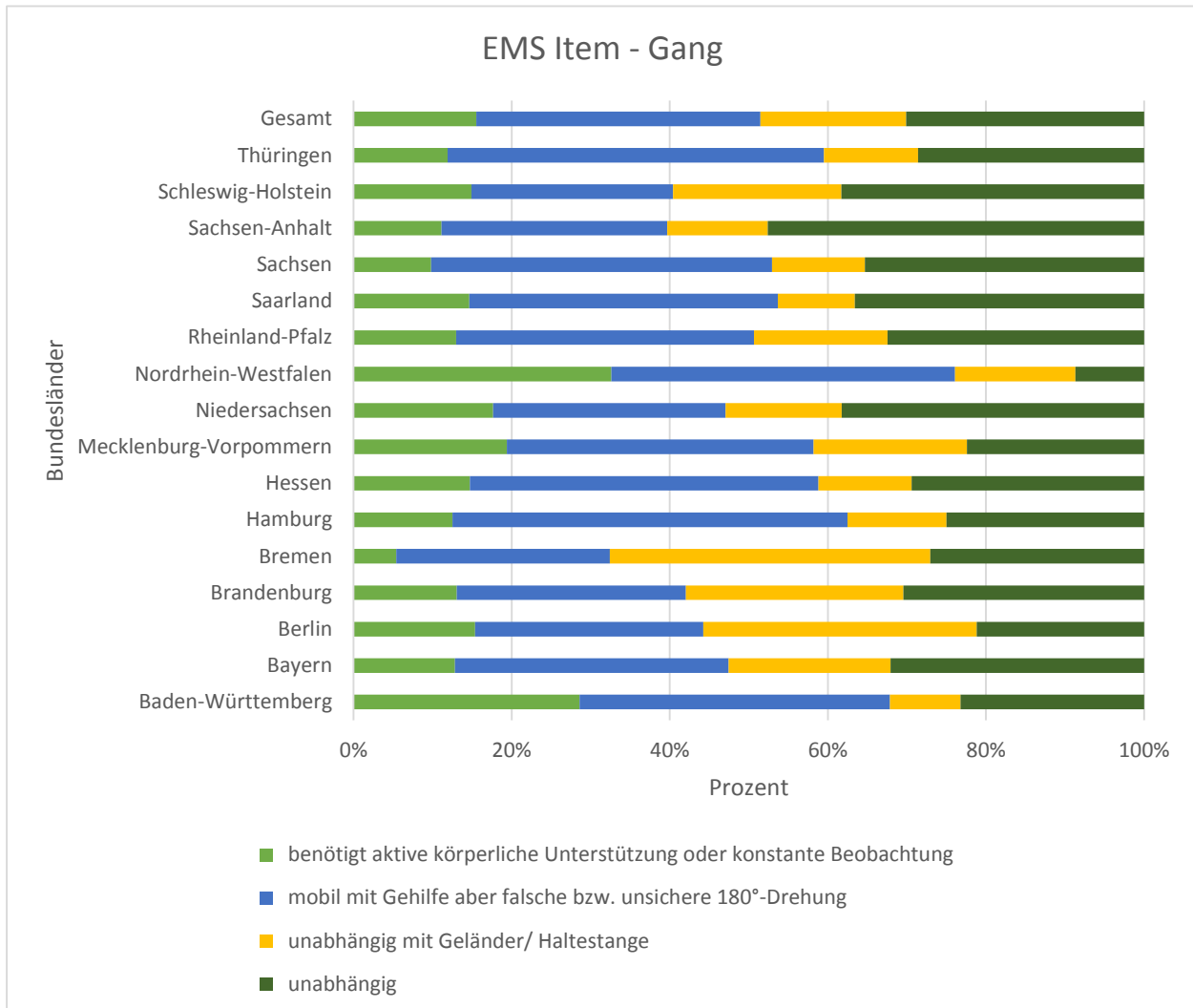


Abbildung 18 Elderly Mobility Scale - Item – „Gang“ unterteilt nach Bundesländern

Den geringsten Anteil an unabhängigen Klienten und Klientinnen, die keinerlei Hilfe beim Gehen benötigten, hatte Nordrhein-Westfalen (9 Prozent), über den größten Anteil verfügte Sachsen-Anhalt (48 Prozent). Im Durchschnitt waren 30 Prozent der gesamten beobachteten Klienten und Klientinnen unabhängig in ihrem Gang, 70 Prozent der Klienten und Klientinnen brauchten mindestens statische Hilfsmittel, um sich fortzubewegen.

Die Dimension „Zeit für 6m Gehstrecke“ wird im nächsten Abschnitt dargestellt. Die Klienten und Klientinnen wurden in drei Zeitkategorien eingeteilt. Klienten und Klientinnen, die weniger als 15 Sekunden für die Gehstrecke von 6 Metern benötigten; Klienten und Klientinnen, die 16-30 Sekunden benötigten und Klienten und Klientinnen, die mehr als 30 Sekunden benötigten (Abbildung 19). Diese Dimension kann ein Anzeichen für ein bestehendes Sturzrisiko oder eine eingeschränkte Mobilität sein. Je länger eine Person für die Gehstrecke benötigt, desto mehr kann sie beeinträchtigt sein.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=760)

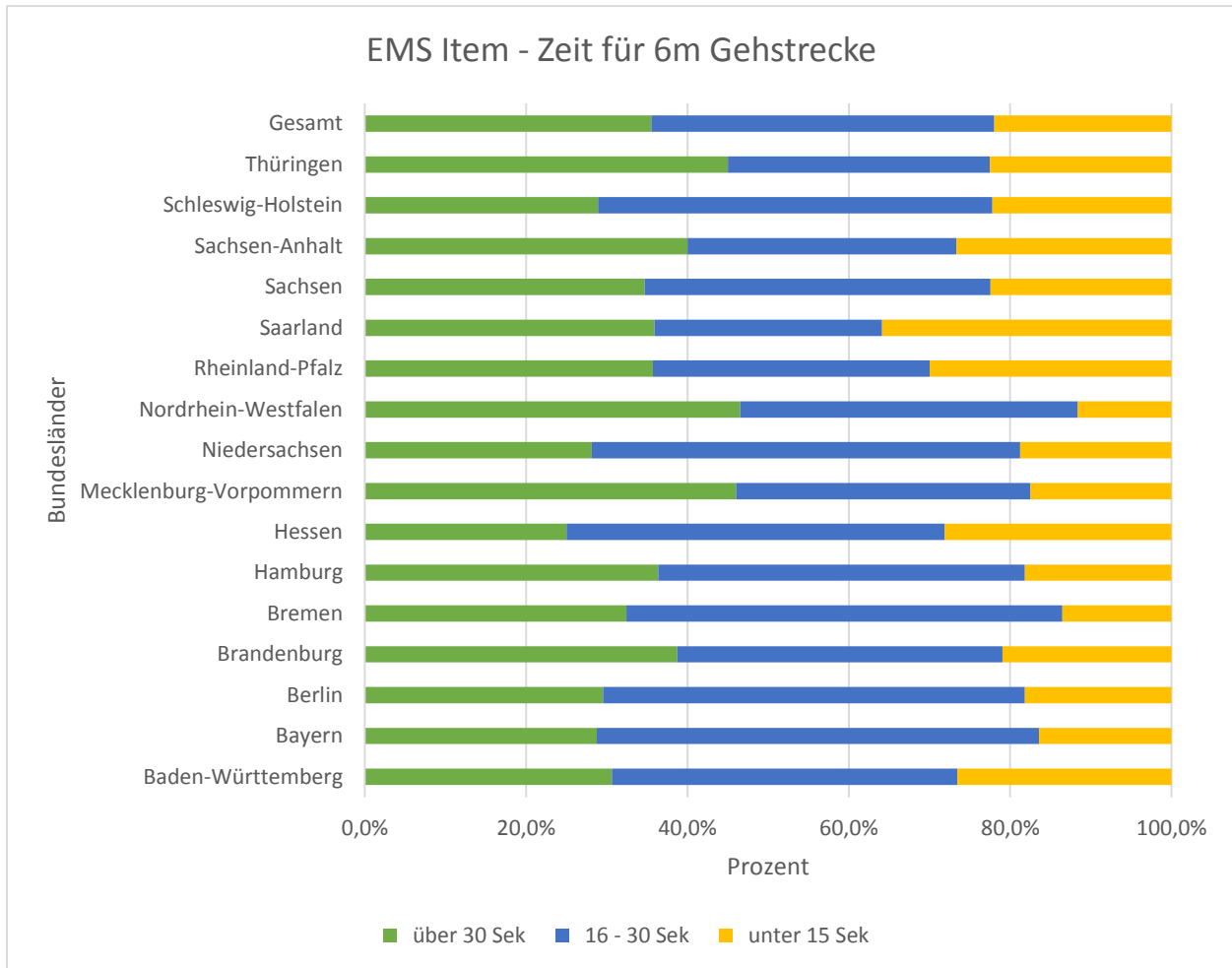


Abbildung 19 Elderly Mobility Scale - Item – „Zeit für 6m Gehstrecke“ unterteilt nach Bundesländern

Unter 15 Sekunden brauchten 22 Prozent der Klienten und Klientinnen. Die meisten Klienten und Klientinnen, die über 30 Sekunden für die Gehstrecke benötigten, waren in den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (47 Prozent), Mecklenburg-Vorpommern (46 Prozent) und Thüringen (45 Prozent).

Pflegeabhängigkeit

Tabelle 13 zeigt die Mittelwerte (MW) des Gesamt-Score der Pflegeabhängigkeitsskala und den Mobilitätsstatus für die immobilen, teilmobilen und mobilen Klienten und Klientinnen in den einzelnen Bundesländern.

Tabelle 13 PAS Werte (MW) in Bezug auf Mobilitätsstatus unterteilt nach Bundesländern

Bundesland	Mobilitätsstatus	n	MW
Baden-Württemberg	immobile Personen	12	39,9
	teilmobile Personen	11	56,3
	mobile Personen	21	60,2
Bayern	immobile Personen	7	52,6
	teilmobile Personen	14	52,9
	mobile Personen	41	64,5
Berlin	immobile Personen	6	48,3
	teilmobile Personen	12	54,6
	mobile Personen	17	54,5
Brandenburg	immobile Personen	8	52,1
	teilmobile Personen	11	51,4
	mobile Personen	34	66,6
Bremen	immobile Personen	2	52,5
	teilmobile Personen	5	58,4
	mobile Personen	24	64,9
Hamburg	immobile Personen	2	61,0
	teilmobile Personen	6	63,5
	mobile Personen	10	66,9
Hessen	immobile Personen	2	40,5
	teilmobile Personen	8	47,3
	mobile Personen	16	60,6
Mecklenburg-Vorpommern	immobile Personen	11	40,6
	teilmobile Personen	19	63,3
	mobile Personen	30	61,9
Niedersachsen	immobile Personen	4	48,8
	teilmobile Personen	4	54,3
	mobile Personen	16	64,6
Nordrhein-Westfalen	immobile Personen	12	39,2
	teilmobile Personen	14	51,9
	mobile Personen	6	60,7
Rheinland-Pfalz	immobile Personen	9	51,2
	teilmobile Personen	20	60,1
	mobile Personen	33	60,8

Bundesland	Mobilitätsstatus	n	MW
Saarland	immobile Personen	4	41,5
	teilmobile Personen	9	55,3
	mobile Personen	17	58,8
Sachsen	immobile Personen	7	49,9
	teilmobile Personen	8	59,8
	mobile Personen	26	68,0
Sachsen-Anhalt	immobile Personen	11	52,4
	teilmobile Personen	10	65,1
	mobile Personen	34	69,2
Schleswig-Holstein	immobile Personen	7	51,9
	teilmobile Personen	9	59,7
	mobile Personen	24	64,5
Thüringen	immobile Personen	8	48,1
	teilmobile Personen	8	57,6
	mobile Personen	20	64,6
Gesamt (gewichtet)	immobile Personen	127	44,6
	teilmobile Personen	172	54,8
	mobile Personen	322	63,6

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=649)

Für Gesamtdeutschland lag der PAS Mittelwert (MW) für die immobilen Klienten und Klientinnen bei 44,6 (MW), für die teilmobilen bei 54,8 (MW) und für die mobilen Klienten und Klientinnen bei 63,6 (MW). Bei Betrachtung der Werte in den einzelnen Bundesländern, waren die immobilen Klienten und Klientinnen von Nordrhein-Westfalen (MW 39,2), Baden-Württemberg (MW 39,9), Hessen (MW 40,5), Mecklenburg Vorpommern (MW 40,6) und Saarland (MW 41,5) pflegeabhängiger als der Durchschnitt. Am pflegeunabhängigsten unter den Immobilen waren die Klienten und Klientinnen in Hamburg (MW 61).

In der nächsten Abbildung (20) wird die Pflegeabhängigkeit aller befragten Klienten und Klientinnen in der Kategorie Mobilität genauer dargestellt.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 906; gewichtet)

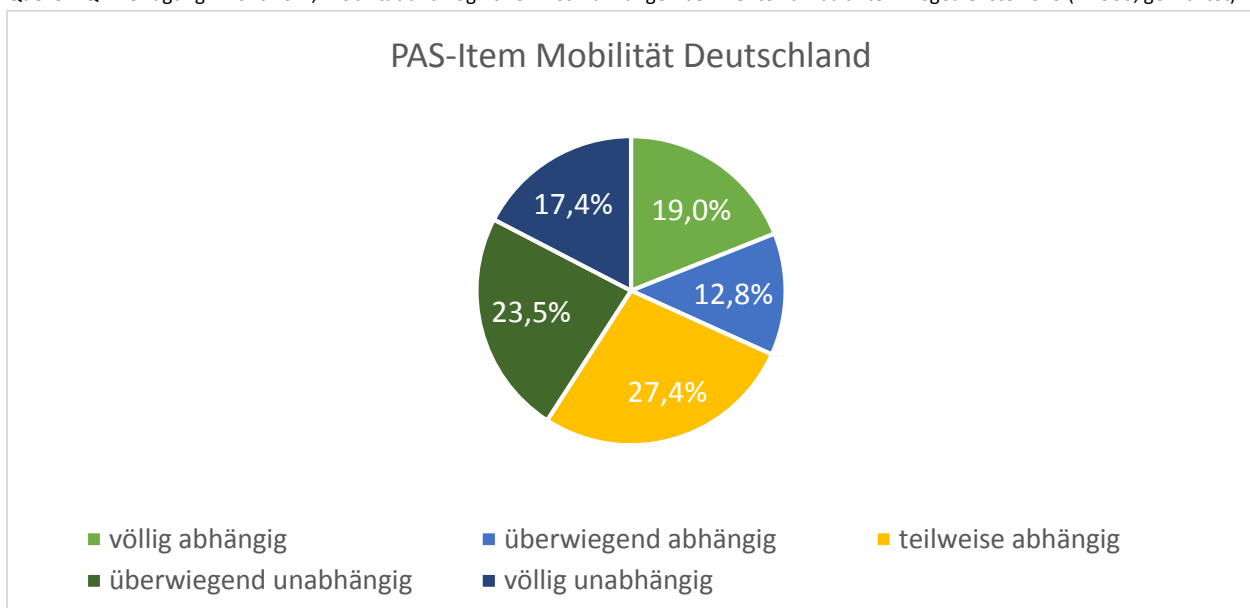


Abbildung 20 PAS Item „Mobilität“ Deutschland Gesamt

Knapp über 40 Prozent der befragten Personen waren überwiegend bzw. völlig pflegeunabhängig und 33 Prozent völlig bzw. überwiegend pflegeabhängig im Bereich Mobilität.

Die Grafik zeigt die Verteilung der Pflegeabhängigkeit im Bereich Mobilität in den einzelnen Bundesländern.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=908)

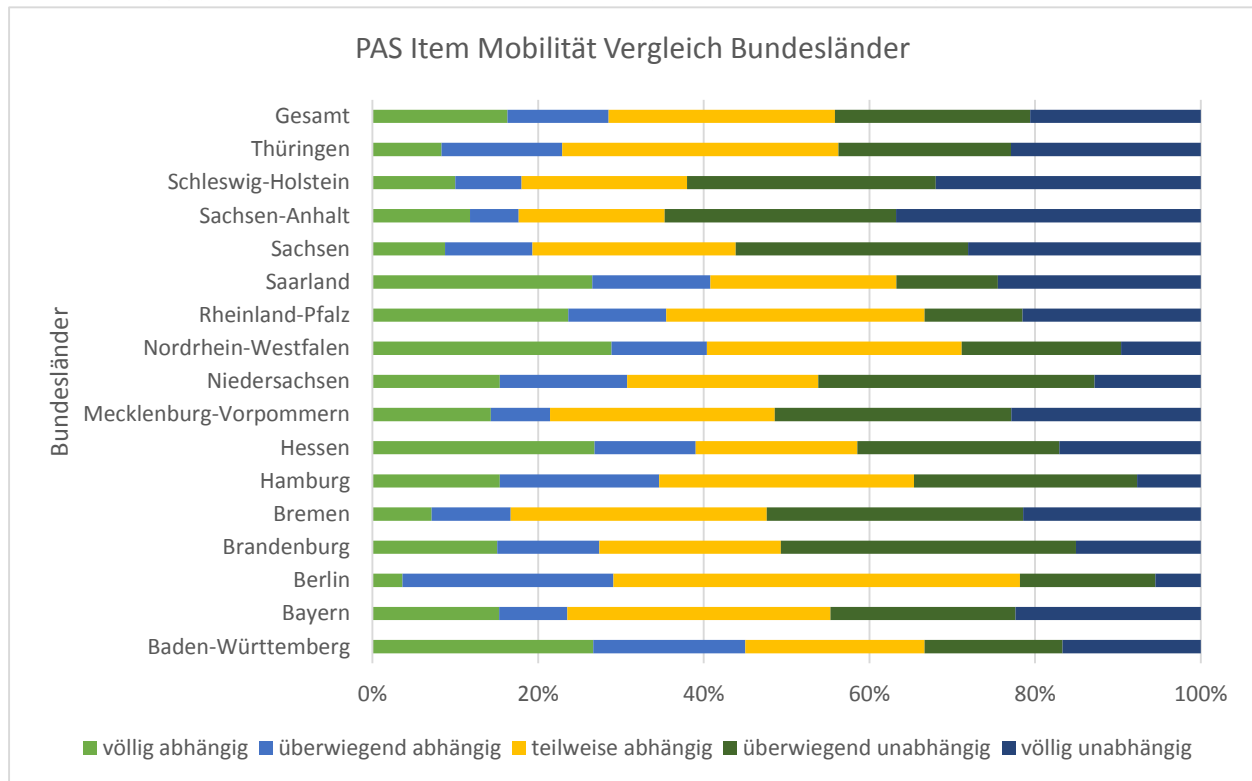


Abbildung 21 PAS Item „Mobilität“ unterteilt nach Bundesländern

Die meisten Hochpflegeabhängigen (völlig/überwiegend) hatten die Bundesländer Baden-Württemberg (45 Prozent), Saarland (41 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (40 Prozent).

Barrierefreies Wohnen und Hilfsmittel bei mobilitätseingeschränkten Klienten und Klientinnen

Der kommende Abschnitt bezieht sich auf die Beziehung der immobilen bzw. teilmobilen Klienten und Klientinnen und das barrierefreie Wohnen. Die immobilen und teilmobilen Personen wurden durch die EMS ermittelt. Als barrierefrei wurden unter anderem keine Türschwellen, Haltegriffe, das Vorhandensein von einem Fahrstuhl bzw. Treppenlift, ebenerdiger Dusche oder Badewannenlift angesehen.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 308)

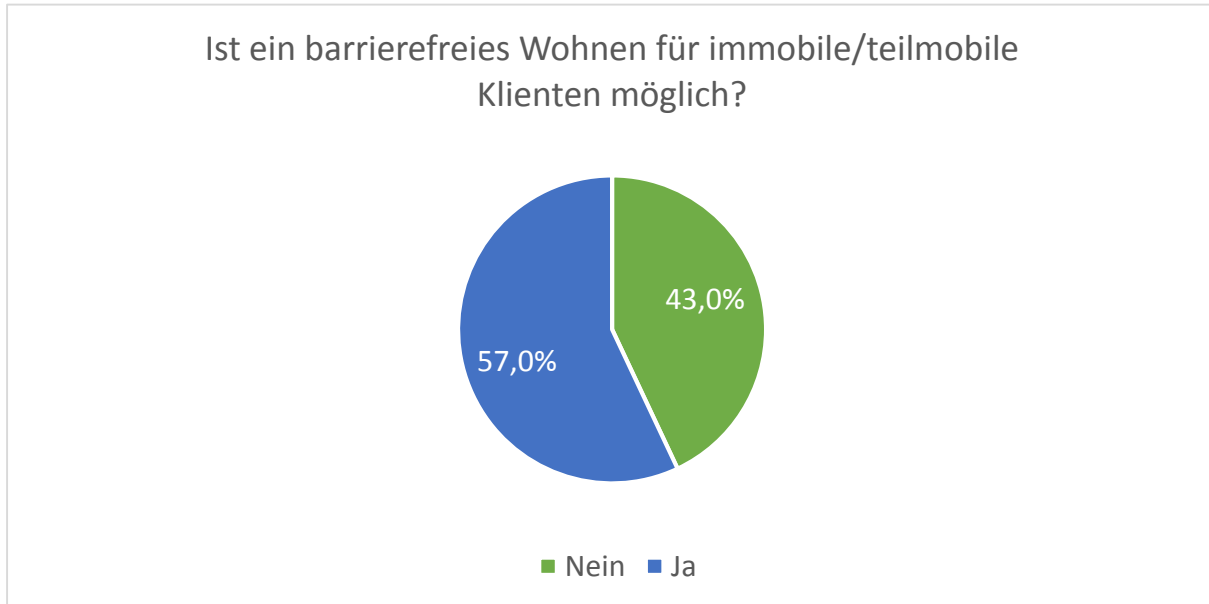


Abbildung 22 Barrierefreies Wohnen von immobilen und teilmobilen Klienten Deutschland Gesamt (gewichtet)

Bei 43 Prozent der immobilen und teilmobilen Klienten und Klientinnen in Deutschland war kein barrierefreies Wohnen gegeben.

Wird der Unterschied zwischen den Flächenländern und den Stadtstaaten betrachtet, so gab es eine Differenz von 10 Prozent. In den Stadtstaaten war bei 53 Prozent und in den Flächenländern bei 42 Prozent der immobilen und teilmobilen Klienten und Klientinnen kein barrierefreies Wohnen möglich.

Am Ende dieses Kapitels werden in Abbildung 23 die verwendeten Hilfsmittel dargestellt, die die immobilen und teilmobilen Befragten verwendeten. Mehrfachantworten waren möglich.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n= 339; gewichtet)

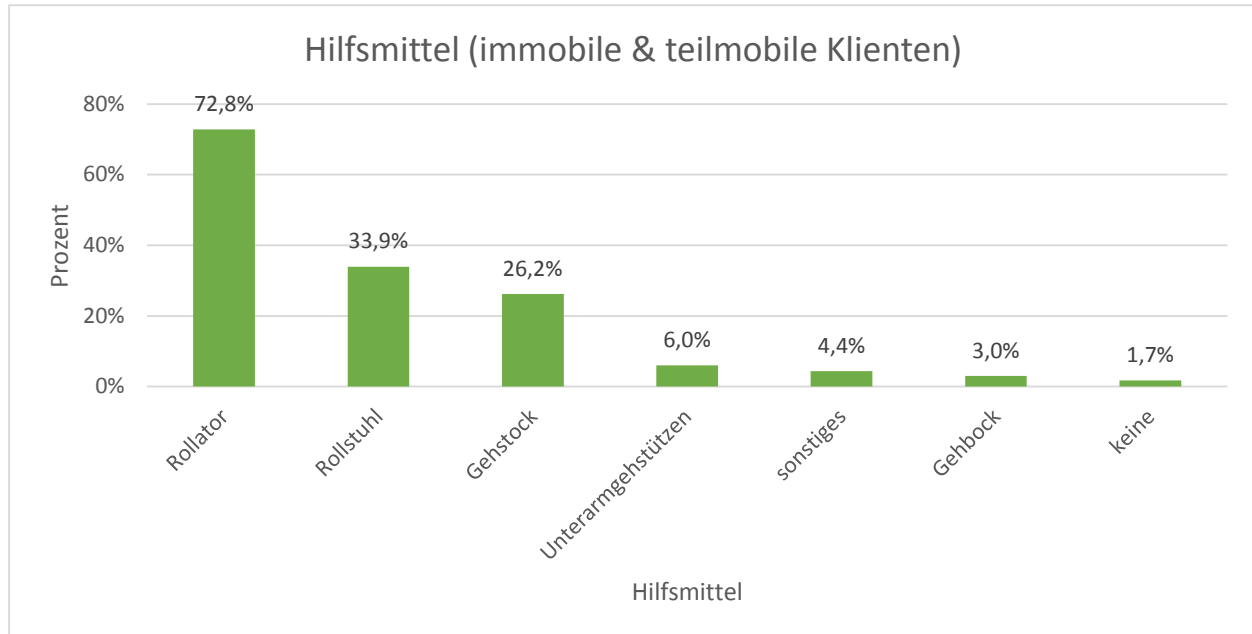


Abbildung 23 Hilfsmittel bei immobilen und teilmobilen Klienten Deutschland Gesamt

Unter 2 Prozent der immobilen und teilmobilen Klienten und Klientinnen nutzen keine Hilfsmittel. Am häufigsten, mit 73 Prozent, wurde der Rollator verwendet und bei 34 Prozent wurde ein Rollstuhl als Hilfsmittel eingesetzt.

Kognitive Einschränkungen

Die Betrachtung von kognitiven Einschränkungen und deren Zusammenhang mit Pflegeproblemen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Dies wurde bereits in den vorangegangenen Erhebungen „Pflegeprobleme in Deutschland“ deutlich. Zudem spiegelt sich dies auch in den Leistungserweiterungen durch das 1. Pflegestärkungsgesetz wider (Bundesministerium für Gesundheit, 2015b). Zusätzlich zur Pflegestufe werden Leistungen für Pflegebedürftige mit eingeschränkten Alltagskompetenzen gewährt (Bundesministerium für Gesundheit, 2015a). Dies wird derzeit mit einem „+“ gekennzeichnet, beispielsweise „Pflegestufe II+“. Im Rahmen des 2. Pflegestärkungsgesetzes wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff neu bestimmt. War er vorher überwiegend somatisch ausgerichtet, findet sich nun eine zunehmende Gewichtung der kognitiven Einschränkungen wieder.

Kognitive Leistungseinbußen

Die Grafik 24 zeigt die Einstufung der kognitiven Leistungseinbußen, durch die Anwendung der GDS (Global Deterioration Scale) für Deutschland gewichtet dar.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=872)

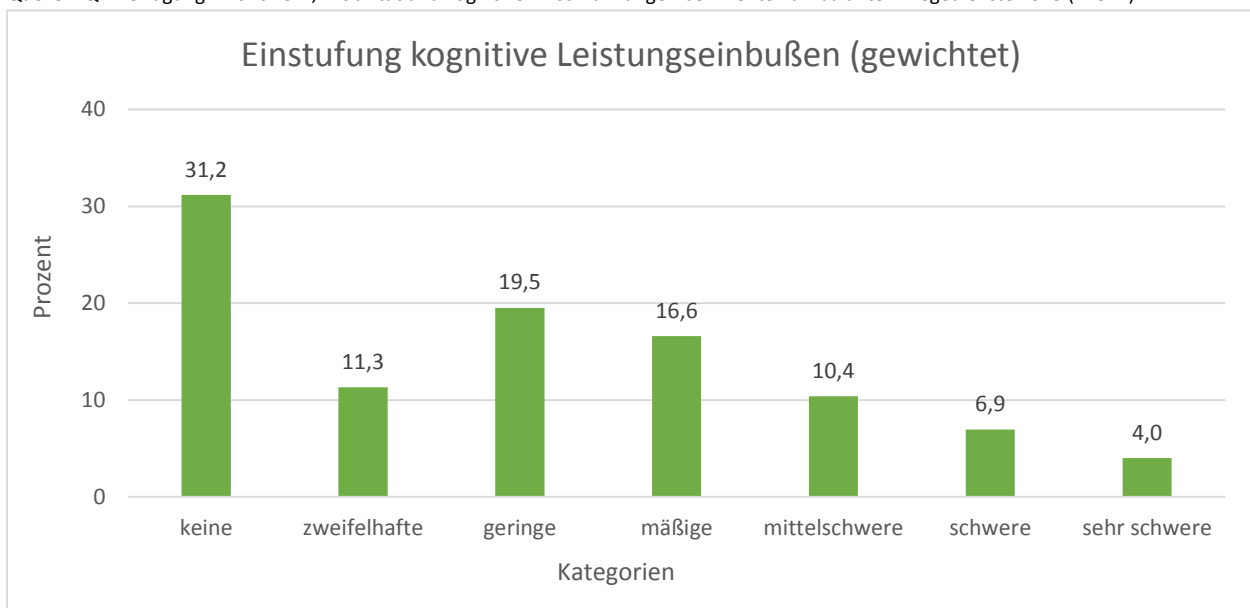


Abbildung 24 Anzahl der Klienten mit kognitiven Leistungseinbußen (gewichtet)

Laut Abbildung 24 besaß etwa ein Drittel der Klienten und Klientinnen (31 Prozent) keine Leistungseinbußen. Etwas weniger als die Hälfte der untersuchten Klienten und Klientinnen hatten zweifelhafte (11 Prozent), geringe (20 Prozent) oder mäßige (17 Prozent) Einbußen. Beinahe jeder fünfte Klient bzw. Klientin in der ambulanten Pflege weist mittelschwere bis sehr schwere kognitive Leistungseinbußen auf.

Abbildung 25 zeigt die Verteilung des Ausmaßes der kognitiven Einschränkungen in den einzelnen Bundesländern.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=884)

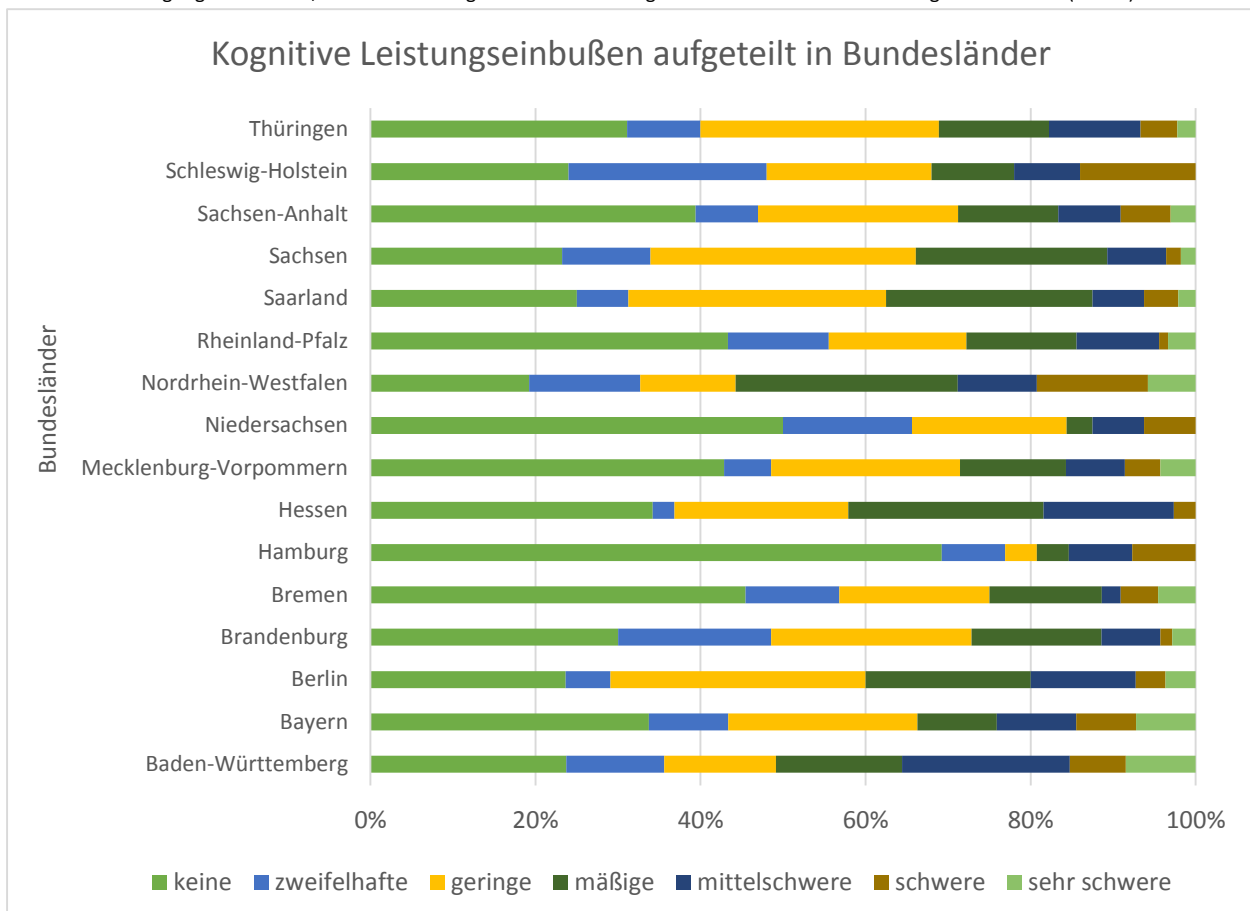


Abbildung 25 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit dem Bundesland

Die Anteile variierten in den einzelnen Bundesländern zum Teil erheblich (Abb. 25). Keine sowie zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen fanden sich in Berlin, im Saarland oder auch in Sachsen zu ungefähr 30 Prozent, in Hamburg oder Niedersachsen war der Anteil dieser Klienten und Klientinnen mehr als doppelt so hoch. Zählt man mittelschwere, schwere und sehr schweren kognitive Leistungseinbußen zusammen, so waren in Sachsen und Bremen weniger als 12 Prozent betroffen, hingegen in großen Flächenländern wie Bayern, Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen zum Teil 30 Prozent.

Im Folgenden wird die Verteilung der Klienten und Klientinnen in den einzelnen Pflegestufen in Kombination mit dem Ausmaß der kognitiven Leistungseinbußen (erhoben mit der GDS) dargestellt. Unter „beantragt“ sind alle Klienten und Klientinnen zusammengefasst, denen noch keine Pflegestufe zugesprochen wurde, diese aber beantragt haben. Unter „keine“ sind alle Klienten und Klientinnen konkludiert, bei denen auch keine beantragt worden ist. Das + in den einzelnen Pflegestufen steht für zusätzliche Leistungen bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Tabelle 14 Kognitive Leistungseinbußen und Pflegestufen (gewichtet)

Pflegestufe	GDS Einstufung							n
	keine	zweifel- hafte	geringe	mäßige	mittel- schwere	schwere	sehr schwere	
keine	46,4%	17,9%	22,3%	6,3%	5,4%	1,8%	0,0%	112
0 (mit Demenz)	20,0%	13,3%	26,7%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	15
I	42,7%	15,7%	22,4%	12,2%	5,6%	1,4%	0,0%	286
I +	13,1%	2,4%	20,2%	36,9%	20,2%	7,1%	0,0%	84
II	31,4%	10,8%	21,1%	18,6%	11,8%	4,4%	2,0%	204
II +	6,6%	5,3%	3,9%	31,6%	23,7%	21,1%	7,9%	76
III	13,7%	3,9%	23,5%	5,9%	9,8%	17,6%	25,5%	51
III +	0,0%	0,0%	3,3%	6,7%	6,7%	43,3%	40,0%	30
Härtefall	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
beantragt	63,6%	18,2%	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	11

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=870)

In Tabelle 14 zeigt sich, dass 14 Prozent der Klienten und Klientinnen mit einer mäßigen, mittelschweren und schweren kognitiven Einschränkung keine Pflegestufe hatten. Bei 9 Prozent der Klienten und Klientinnen mit einer schweren kognitiven Einschränkung wurde eine Pflegestufe beantragt. In der Pflegestufe I+ besaßen 13 Prozent der Klienten und Klientinnen keine kognitiven Einschränkungen. In der Pflegestufe II+ waren es 7 Prozent.

Alters- und Geschlechtsunterschiede

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=861)

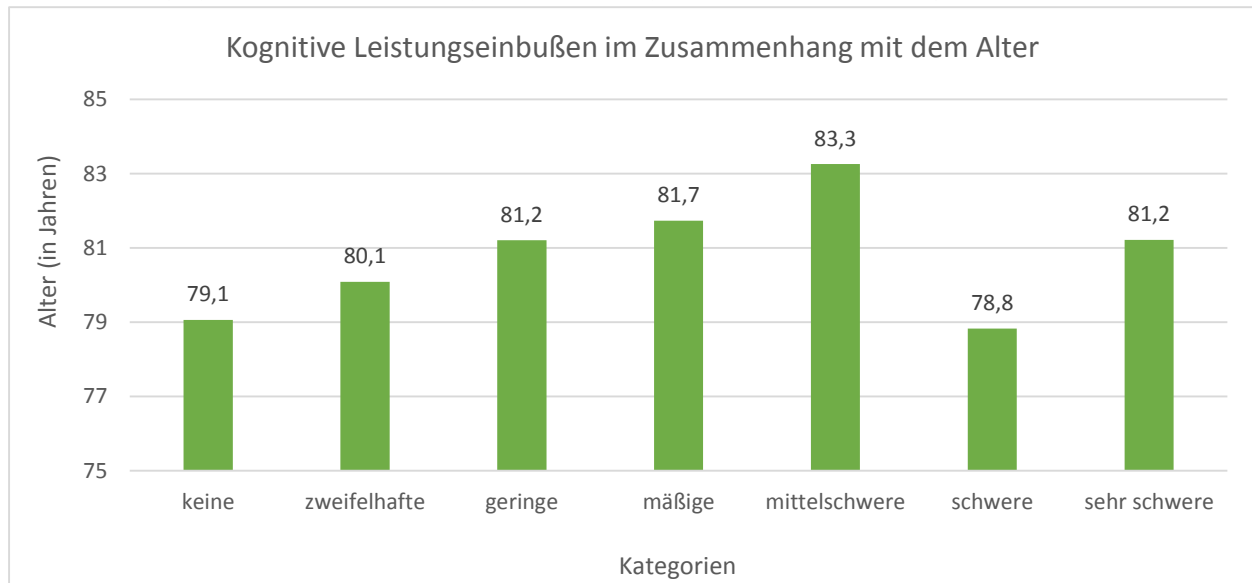


Abbildung 26 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit dem Alter (gewichtet)

Der Altersdurchschnitt der Klienten und Klientinnen, deren kognitiven Leistungseinbußen eingeschätzt wurden, lag bei 80,5 Jahren. Die mit durchschnittlich 83,3 Jahren ältesten Klienten und Klientinnen wiesen mittelschwere kognitive Leistungseinbußen auf. Das Durchschnittsalter der Personen mit schweren kognitiven Leistungseinbußen lag bei 78,8 Jahren und stellt somit die jüngste Altersgruppe bei diesen Kategorien dar (Abb.26).

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=856)

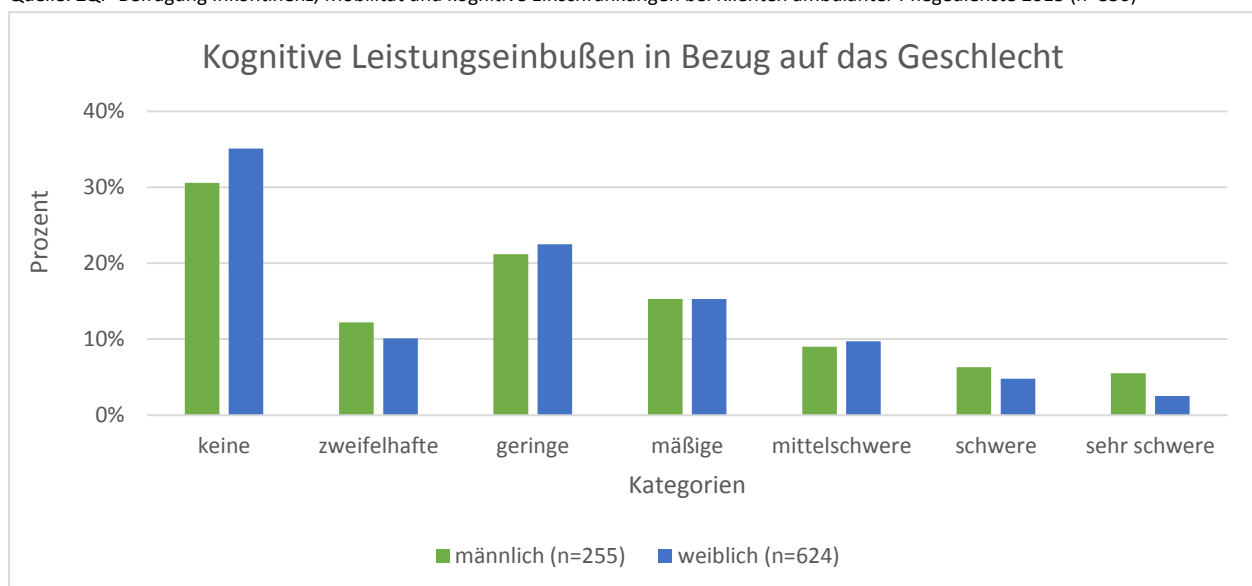


Abbildung 27 Kognitive Leistungseinbußen in Bezug auf das Geschlecht

Zwischen den Geschlechtern unterschieden sich die Ausprägungen der kognitiven Leistungseinbußen wesentlich im Bereich der sehr schweren kognitiven Leistungseinbußen (Abb. 27). Während bei 2,5 Prozent der untersuchten Klientinnen sehr schwere Einbußen bestanden, waren die untersuchten Klienten mit 5,5 Prozent mehr als doppelt so häufig von schweren kognitiven Leistungseinbußen betroffen. In allen anderen Ausprägungen unterschieden sich die Geschlechter unwesentlich voneinander.

Subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand

Während die kognitiven Leistungseinbußen durch die Pflegeperson erhoben wurden, oblag die Einschätzung des Gesundheitszustandes – im Vergleich zu gleichaltrigen Personen – dem Klienten oder der Klientin selbst. Die Wahl zwischen den vier Antwortmöglichkeiten „besser“, „gleich gut“, „schlechter“ sowie „weiß es nicht“ war möglich.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=843; gewichtet)

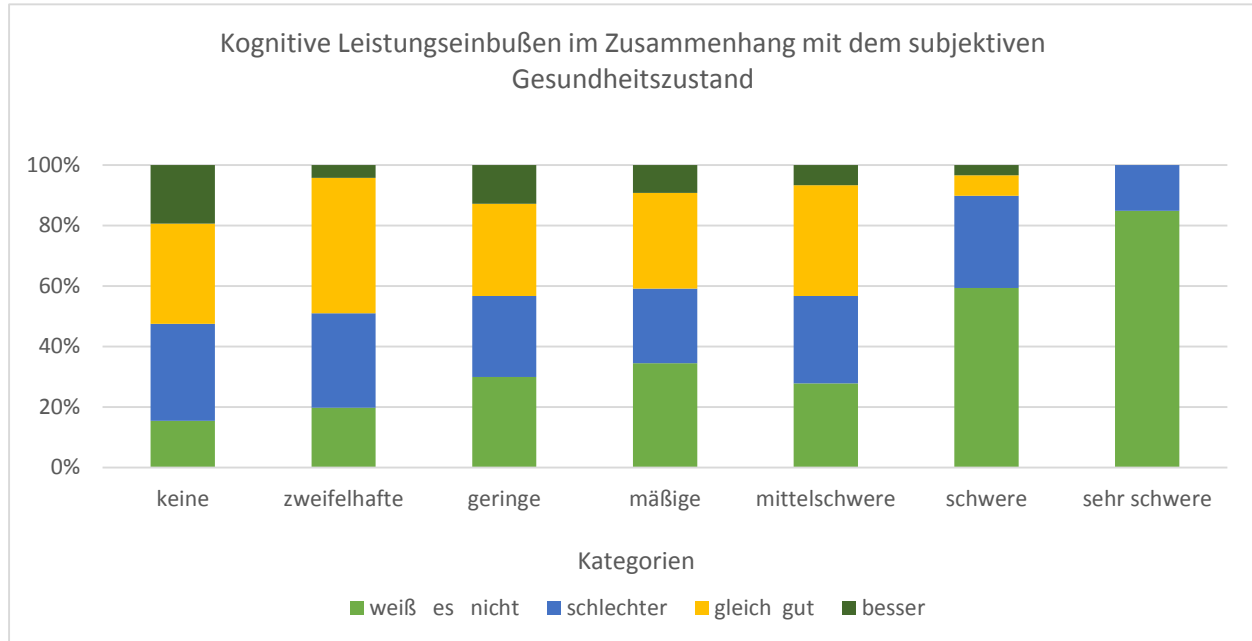


Abbildung 28 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand im Vergleich zu gleichaltrigen Personen (gewichtet)

Wie in Abbildung 28 ersichtlich, wurde die Antwort „weiß es nicht“ prozentual umso mehr gewählt, je stärker die kognitiven Leistungseinbußen zunahmen. Während Klienten und Klientinnen ohne kognitive Leistungseinbußen zu 15 Prozent „weiß es nicht“ angaben, so waren es, bei den Klienten und Klientinnen mit mäßigen kognitiven Einbußen doppelt so viele (35 Prozent) und wiederum ungefähr doppelt so viele Klienten und Klientinnen (85 Prozent) mit sehr schweren kognitiven Leistungseinbußen. Die Antwort „schlechter“ war bei Klienten und Klientinnen, bei denen keine kognitiven Einschränkungen vorlagen, am häufigsten (32 Prozent) ausgeprägt, wohingegen diese Antwort bei Klienten und Klientinnen mit sehr schweren Leistungseinbußen am geringsten ausfiel (15 Prozent).

Messung der kognitiven Funktionseinschränkung mittels erweitertem Barthel-Index

Eine weitere Möglichkeit, die kognitiven Funktionseinschränkungen zu messen, ist der erweiterte Barthel-Index. Die Auswertung des Gesamt-Score erfolgt nach ICD-10-GM Version 2016 (DIMDI, 2015):

- keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkungen = 70-90 Punkte
- mittlere kognitive Funktionseinschränkung = 20-65 Punkte
- schwere kognitive Funktionseinschränkung = 0-15 Punkte

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=843)

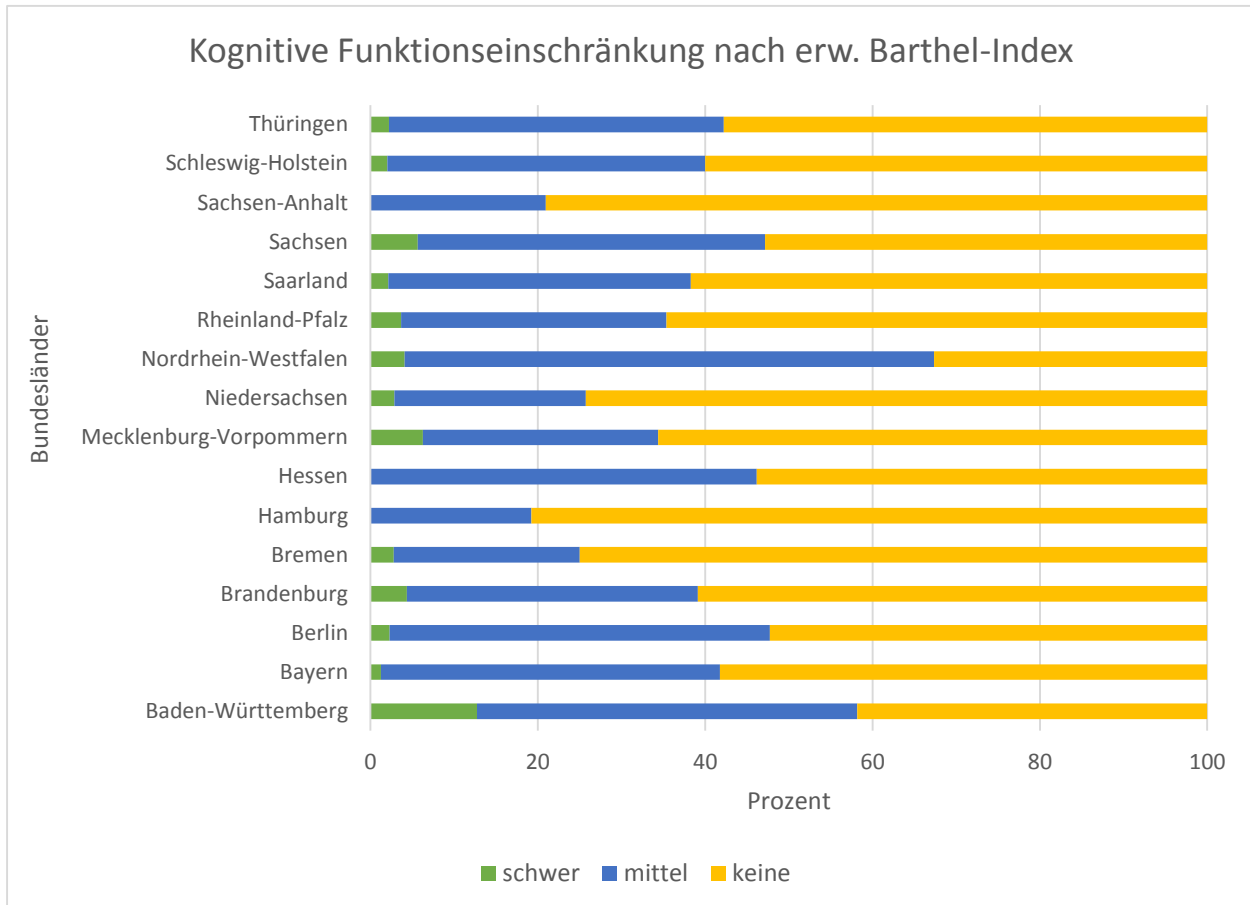


Abbildung 29 Kognitive Funktionseinschränkungen nach erweitertem Barthel-Index verteilt auf die Bundesländer

Laut dem erweiterten Barthel-Index hatten 67 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen in Nordrhein-Westfalen und 58 Prozent in Baden-Württemberg mittlere bis schwere kognitive Funktionseinschränkungen. In den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Hessen und Hamburg befanden sich keine Klienten und Klientinnen mit schweren kognitiven Einschränkungen.

Kognitive Funktionseinschränkung und medizinische Hauptdiagnose „Demenz“

Die nächste Grafik zeigt den Zusammenhang zwischen der medizinischen Hauptdiagnose „Demenz“ und der kognitiven Funktionseinschränkung (gemessen mit dem erweiterten Barthel-Index) der untersuchten Klienten und Klientinnen.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=837)

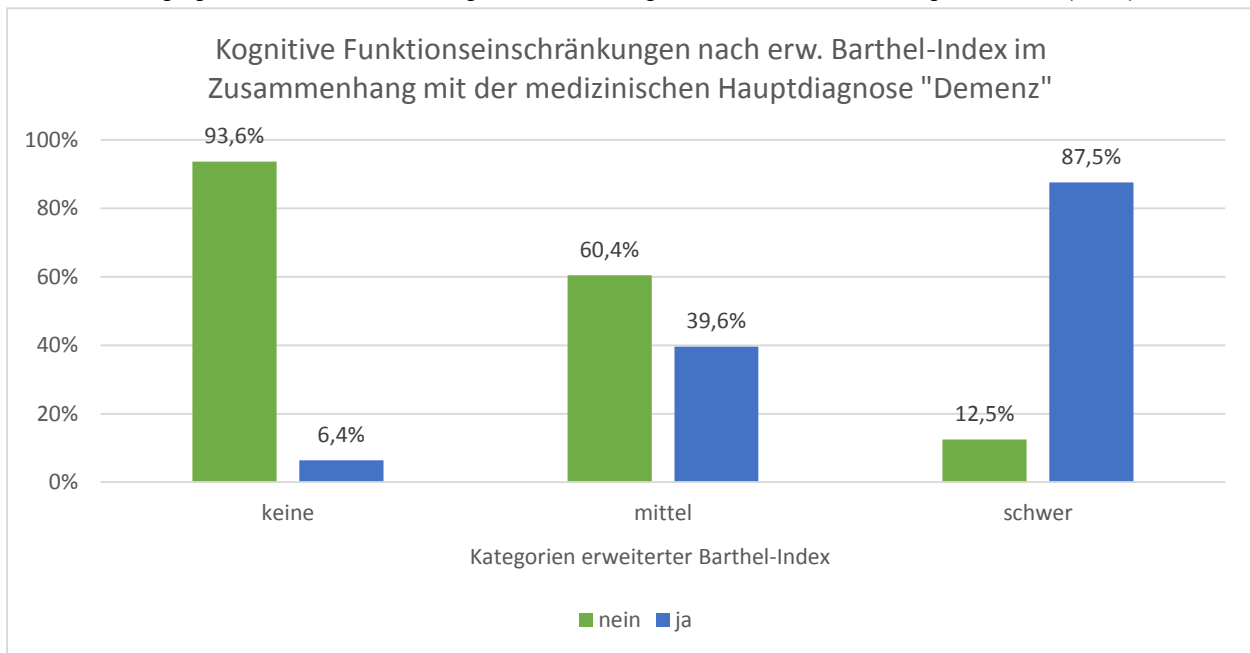


Abbildung 30 Kognitive Funktionseinschränkung nach erweitertem Barthel-Index im Zusammenhang mit der medizinischen Hauptdiagnose „Demenz“ (gewichtet)

Bei 6 Prozent der Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit der medizinischen Hauptdiagnose Demenz lag nach Einstufung des erweiterten Barthel-Index keine kognitive Funktionseinschränkung vor. Umgedreht wurde jedoch bei 13 Prozent der Klienten und Klientinnen, die anhand des erweiterten Barthel-Index mit „schwer“ eingestuft wurden, keine medizinische Diagnose Demenz angegeben.

Tabelle 15 gibt einen Überblick über das Verhältnis von medizinischer Hauptdiagnose „Demenz“ (ja oder nein) und den Mittelwerten aus dem erweiterten Barthel-Index der befragten Klienten und Klientinnen je Bundesland.

Tabelle 15 Medizinische Hauptdiagnose „Demenz“ im Zusammenhang mit dem Gesamt-Score des erweiterten Barthel-Index je Bundesland

Bundesland	Demenz	n	erw. Barthel (MW)
Baden-Württemberg	nein	38	65,4
	ja	17	38,8
Bayern	nein	65	71,9
	ja	14	40,4
Berlin	nein	36	70,4
	ja	8	46,3
Brandenburg	nein	55	70,2
	ja	14	53,6
Bremen	nein	27	79,3
	ja	9	62,8
Hamburg	nein	24	80,8
	ja	2	42,5
Hessen	nein	30	75,7
	ja	9	46,1
Mecklenburg-Vorpommern	nein	49	79,6
	ja	15	38,7
Niedersachsen	nein	30	79,7
	ja	5	29,0
Nordrhein-Westfalen	nein	31	62,7
	ja	18	41,7
Rheinland-Pfalz	nein	69	75,6
	ja	13	38,5
Saarland	nein	33	71,2
	ja	14	62,1
Sachsen	nein	45	70,9
	ja	8	36,9
Sachsen-Anhalt	nein	52	81,4
	ja	10	63,0
Schleswig-Holstein	nein	40	75,1
	ja	10	42,0
Thüringen	nein	34	72,1
	ja	11	55,0

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=835)

In jedem Bundesland zeigten die Klienten und Klientinnen mit einer Demenz-Diagnose im Durchschnitt mehr kognitive Funktionseinschränkungen als diejenigen ohne medizinische Hauptdiagnose Demenz. Bis auf die Bundesländer Bremen, Saarland und Thüringen war der Unterschied zwischen den beiden Gruppen (Demenz ja vs. nein) in allen anderen Ländern statistisch signifikant.

Wohnsituation

Der Fragenkomplex Lebens- und Pflegesituation betrachtete unter anderem die Wohnsituation des Klienten oder der Klientin. Die Antwortmöglichkeiten bestanden aus „alleinlebend“, „Betreutes Wohnen“, „mit (Ehe)- Partner und „bei Angehörigen/Bekannten“. In der folgenden Darstellung wurden diese vier Antwortmöglichkeiten in die zwei Kategorien „alleinlebend“ und „nicht alleinlebend“ zusammengefasst.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=835)

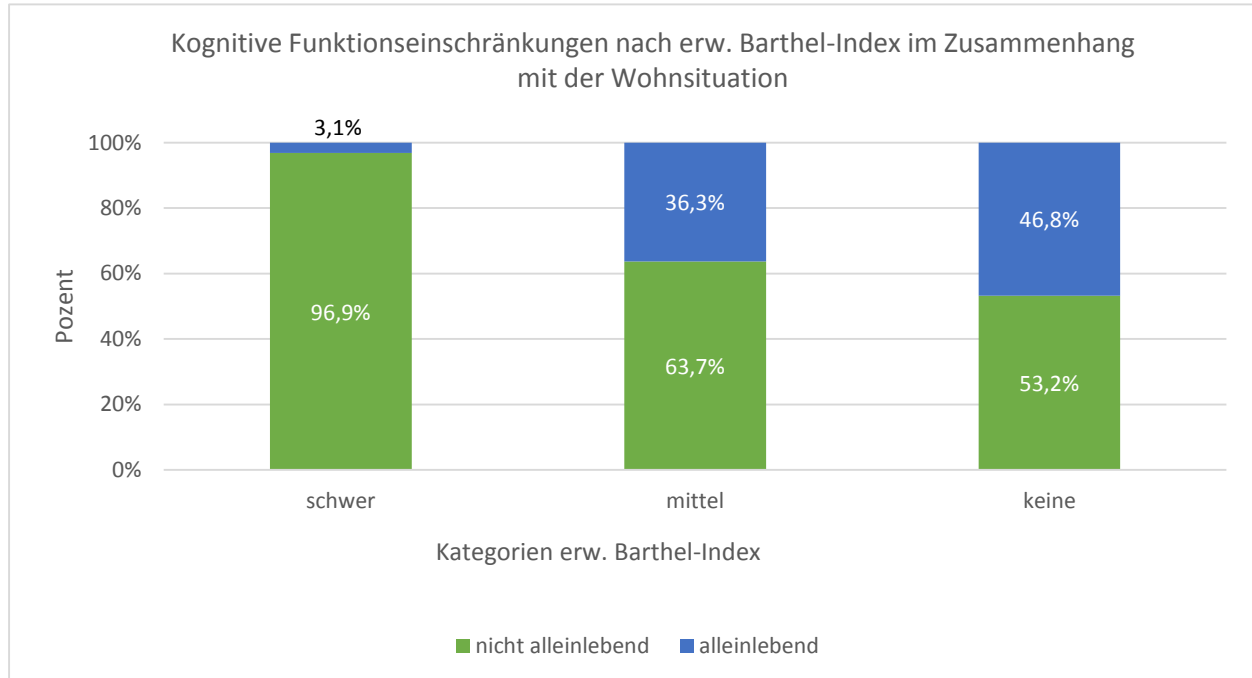


Abbildung 31 Kognitive Funktionseinschränkungen nach erweitertem Barthel-Index im Zusammenhang mit der Wohnsituation (gewichtet)

Fast alle Klienten und Klientinnen mit einer schweren kognitiven Einschränkung wohnten nicht allein, lediglich 3 Prozent dieser Klienten und Klientinnen waren alleinlebend. Von den Klienten und Klientinnen mit einer mittleren kognitiven Beeinträchtigung lebten 36 Prozent allein.

Im Folgenden wurden nur Klienten und Klientinnen mit der medizinischen Hauptdiagnose „Demenz“ in die Berechnungen eingefasst und zum selbstständigen Verlassen der Wohnung befragt.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=210)

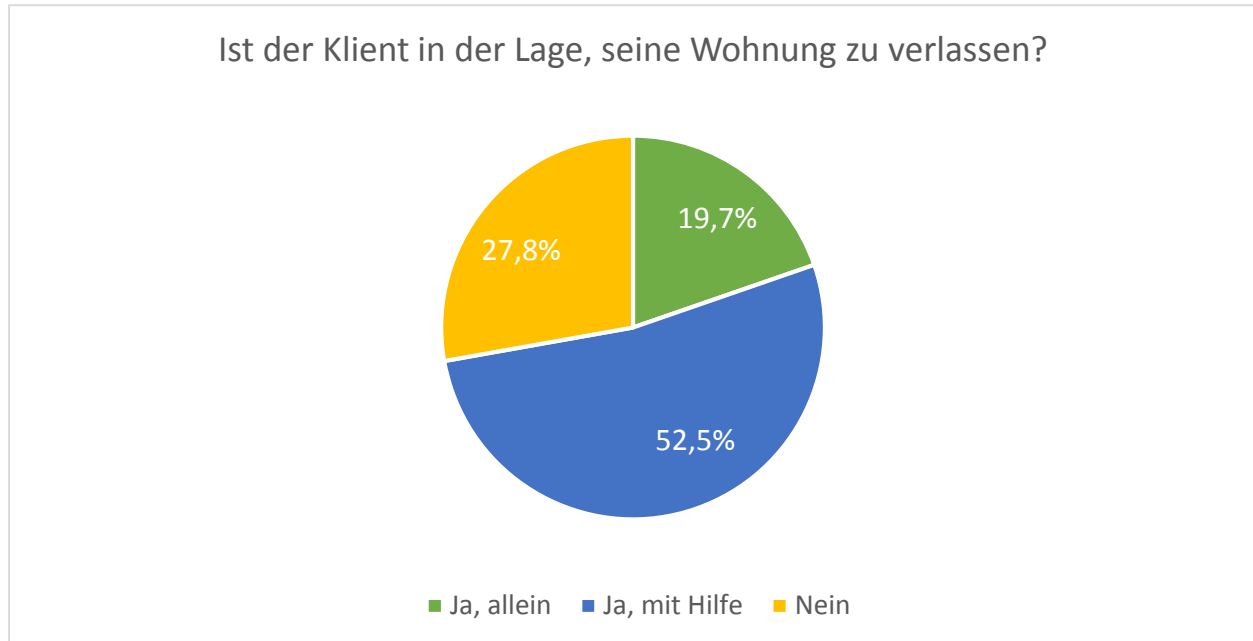


Abbildung 32 Klienten mit der medizinische Hauptdiagnose „Demenz“ im Zusammenhang mit dem Verlassen der Wohnung (gewichtet)

Annähernd 20 Prozent der demenzerkrankten Klienten und Klientinnen waren in der Lage, ihre Wohnung selbstständig und ohne Hilfe zu verlassen. Über die Hälfte konnte dies mit Hilfe. Weniger als ein Drittel der befragten Demenzerkrankten verließen ihre Wohnung nicht.

Notwendigkeit zusätzlicher professioneller Pflege

Die Pflegekräfte wurden gebeten einzuschätzen, inwiefern Klienten und Klientinnen mit der medizinischen Hauptdiagnose „Demenz“ u.a. in den Bereichen „Betreuung bei Demenz“, „soziale Kontakte pflegen“ und „Verlassen der Wohnung“ zusätzliche professionelle Pflege benötigen.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=211)

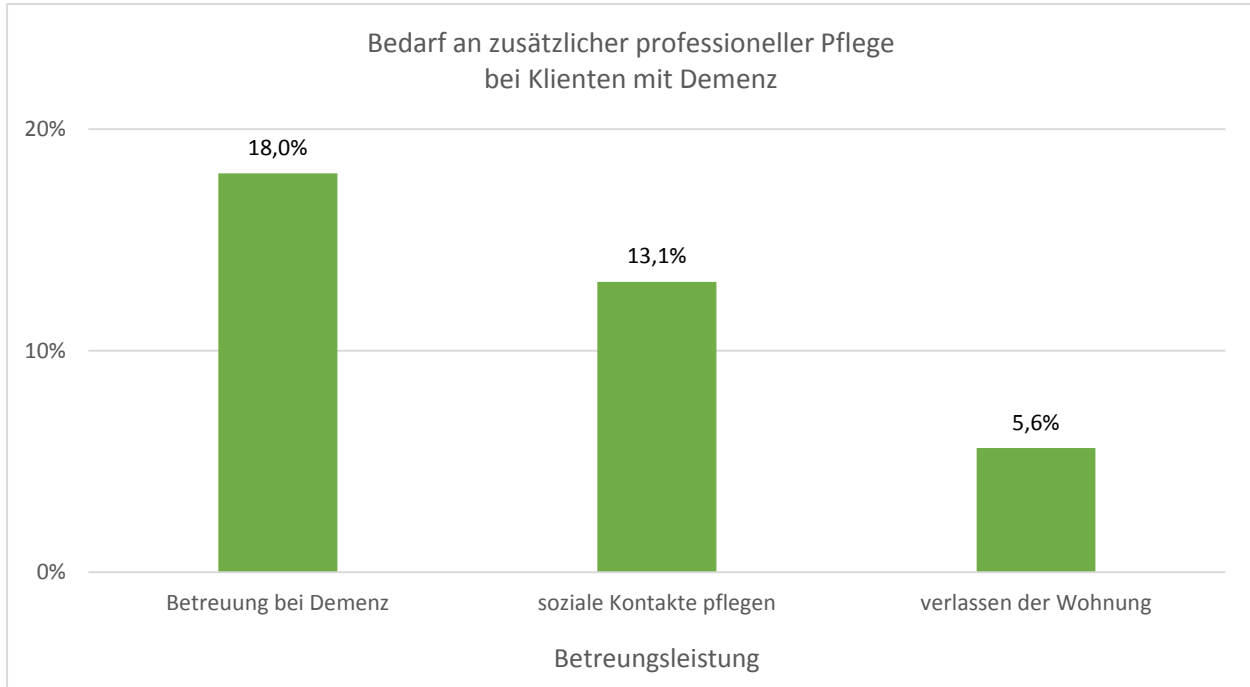


Abbildung 33 Kognitive Funktionseinschränkung im Zusammenhang mit der Notwendigkeit zusätzlicher professioneller Hilfe (gewichtet)

Nach Einschätzung der professionell Pflegenden hatten 18 Prozent der Klienten und Klientinnen mit einer Demenz einen Mehrbedarf an professioneller Betreuung. Bei 13 Prozent waren die Pflegekräfte der Meinung, dass die Betroffenen mehr Hilfe benötigten, um ihre sozialen Kontakte zu pflegen und 6 Prozent der Betroffenen mehr Unterstützung beim Verlassen der Wohnung erhalten sollten.

IMKE – Zusammenhänge

Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen sind Pflegeprobleme, die sich gegenseitig beeinflussen (Lahmann, Tannen, et al., 2015) und als Risikofaktoren für das geriatrische Syndrom gelten (Inouye et al., 2007). In diesem Kapitel werden mögliche Zusammenhänge beschrieben. In den nachfolgenden Berechnungen erfolgte die Aufnahme des Mobilitätsstatus durch die EMS. Der Schweregrad der kognitiven Einschränkungen wurde durch den erweiterten Barthel-Index erhoben.

In der folgenden Grafik wird der Anteil der harninkontinenten Klienten und Klientinnen in den jeweiligen Einstufungen des erweiterten Barthel-Index (keine, mittel, schwer) dargestellt.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=750)

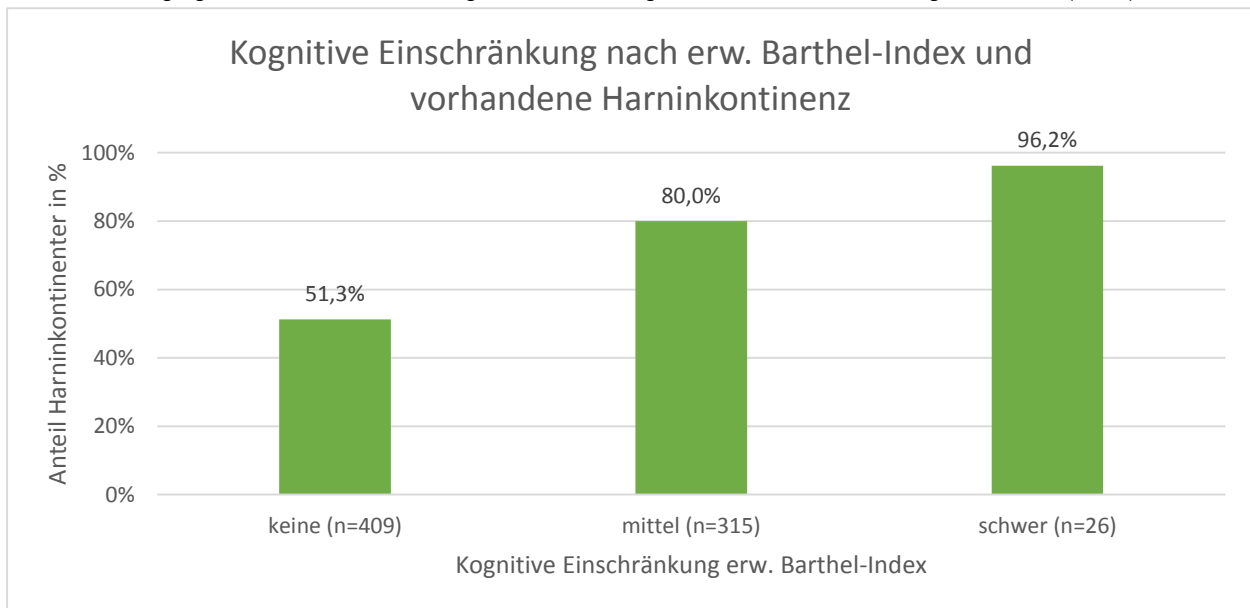


Abbildung 34 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit Inkontinenz (gewichtet)

Beinahe alle (96 Prozent) Klienten und Klientinnen mit einer schweren kognitiven Einschränkung waren harninkontinent. Unter den Klienten und Klientinnen mit einer mittleren kognitiven Einschränkung lag der Anteil bei 80 Prozent. Abbildung 35 zeigt den Anteil der mobilen, teilmobilen und immobilen Klienten und Klientinnen in dem jeweiligen Schweregrad der kognitiven Einschränkungen (keine, mittel, schwer).

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=630)

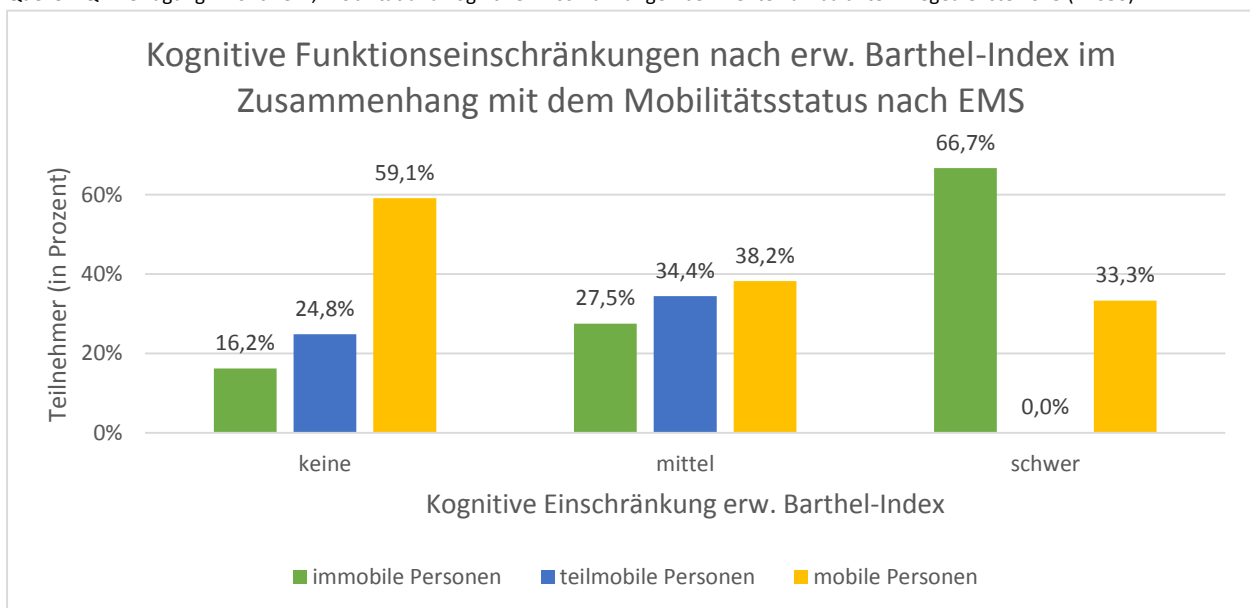


Abbildung 35 Kognitive Funktionseinschränkungen nach erweitertem Barthel-Index im Zusammenhang mit dem Mobilitätsstatus nach EMS (gewichtet)

67 Prozent der Klienten und Klientinnen mit schweren kognitiven Einschränkungen wurden laut EMS als immobil eingestuft. Bei den Klienten und Klientinnen mit mittleren kognitiven Einschränkungen waren 28 Prozent immobil und 34 Prozent teilmobil.

Die unten stehende Darstellung (Abbildung 36) bildet den prozentualen Anteil von Harninkontinenten Klienten und Klientinnen bei den immobilen, teilmobilen und mobilen Befragten ab.

Quelle: ZQP-Befragung Inkontinenz, Mobilität und kognitive Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste 2015 (n=612)

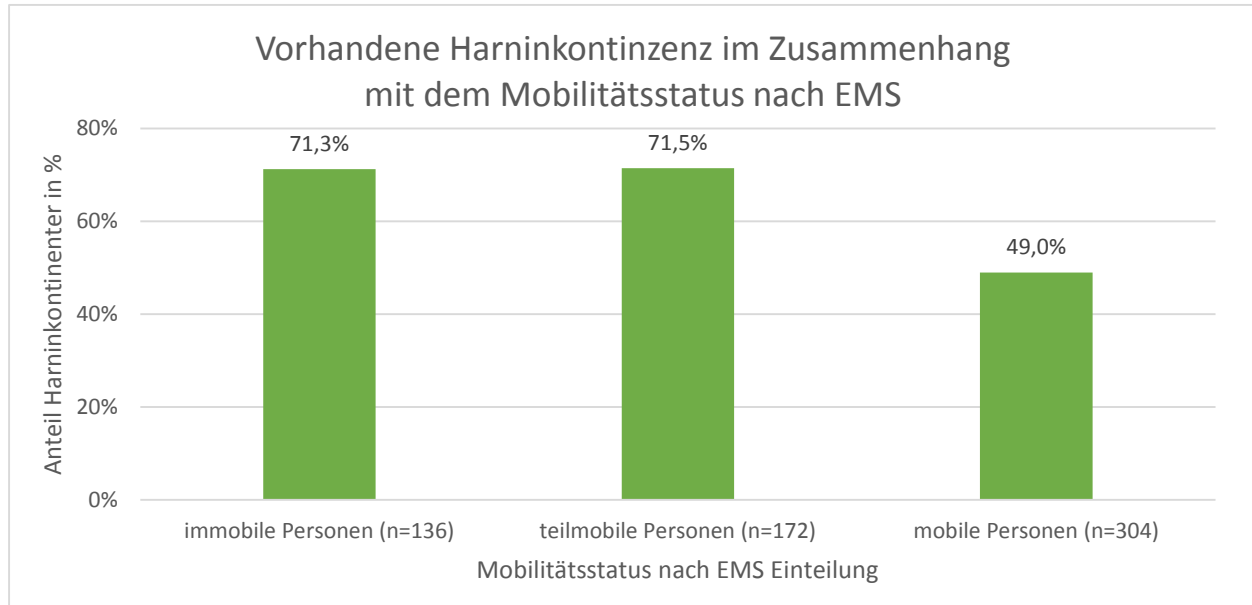


Abbildung 36 Mobilitätsstatus nach EMS im Zusammenhang mit einer vorhandenen Harninkontinenz (gewichtet)

Der Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Mobilitätseinschränkungen zeigt, dass circa 50 Prozent der mobilen Klienten und Klientinnen harninkontinent waren. Von den immobilen und teilmobilen Klienten und Klientinnen waren jeweils 71 Prozent harninkontinent.

Diskussion

Die vorliegende Studie baut auf der GAP-Studie (Studie zu pflegerelevanten Gesundheitsproblemen in der ambulanten Pflege und Versorgung) und der EAP-Studie (Studie zu ernährungsbezogenen Gesundheitsproblemen in der ambulanten Pflege und Versorgung) auf, die beide im Auftrag des ZQP im Jahre 2012 durchgeführt wurden. Aufgrund der Befunde dieser beiden Studien wurde entschieden, im Rahmen der IMKE-Studie vertiefend die Pflegeprobleme **Inkontinenz**, eingeschränkte **Mobilität** sowie **kognitiven Einschränkung** zu untersuchen. Analog zur GAP/EAP Studie sollen zunächst die methodischen Aspekte der Erhebung diskutiert werden. Dadurch lässt sich die interne und externe Validität der gefundenen Ergebnisse einschätzen. Anschließend werden die wichtigsten inhaltlichen Ergebnisse der Studie diskutiert.

Methodische Diskussion

Die Validität der erhobenen Daten kann sowohl durch fehlerhafte Information als auch durch Selektion der Teilnehmer und Teilnehmerinnen bedroht werden. Auch in der IMKE Studie wurde daher versucht, durch Verwendung validierter Instrumente den möglichen Informationsbias so weit wie möglich/weitgehend zu reduzieren.

Durch Non-response, sowohl auf der Ebene der Einrichtung als auch auf Ebene der Teilnehmer/innen (Klienten und Klientinnen verweigerten den „Informed Consent“) kann die externe Validität unter einer probabilistischen Stichprobenziehung leiden. Hierzu ist folgendes festzuhalten:

1. Die Rekrutierung der Pflegedienste gestaltete sich in diesem Jahr sehr schwierig. Jedoch konnte durch mehrmaliges telefonisches Nachfragen sowie der Verlängerung des Erhebungszeitraumes eine noch ausreichende Gesamtbeteiligung von 57,7 Prozent erzielt werden. Nach der zufälligen Auswahl der Einrichtungen mussten ca. 40 Prozent der Dienste nachrekrutiert werden. Die Rekrutierung der Pflegedienste zeigte in den Bundesländern erhebliche Unterschiede.
2. Bei der Selektion der Teilnehmer und Teilnehmerinnen verweigerten ca. 50 Prozent den „Informed Consent“ und mussten nachrekrutiert werden. Hier zeigten sich bezogen auf die Bundesländer keine großen Unterschiede.
3. Aus diesem Grund wurden die ermittelten Kennwerte aus der Stichprobe mit denen aus der zur Verfügung stehenden Parameter der Grundgesamtheit verglichen. Die vorliegende Stichprobe zeigte sich hinsichtlich Alter, Geschlecht und der Verteilung der Trägerschaften mit anderen repräsentativen Erhebungen vergleichbar (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2014; Statistisches Bundesamt, 2015b).
4. Studienergebnisse der GAP-Studie und der IMKE-Studie zu spezifischen Ausprägungen untersuchter Pflegeprobleme und zu demografischen Variablen wiesen eine weitgehende Übereinstimmung der Werte beider Studien auf. Dies kann als Hinweis auf eine hohe Validität der Datenerhebungen gewertet werden.

Aufgrund der vertretbaren Non-response Quote und der Übereinstimmungen der ermittelten Stichprobenkennwerte mit den Parametern der Grundgesamtheit ist von einer hohen Repräsentativität der Daten auszugehen.

Inhaltliche Diskussion

Die inhaltliche Diskussion erfolgt thematisch anhand der allgemeinen Themenbereiche Versorgungssituation, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität sowie kognitive Einschränkung sowie einer allgemeinen Einschätzung zur Versorgungs- und Betreuungssituation der Klienten und Klientinnen.

Versorgungssituation

Neben dem demographischen Wandel als latente Herausforderung für die pflegerische Versorgung kommt verstärkend ein strukturelles Problem bezogen auf die Versorgungssituation in der städtischen und der ländlichen Region hinzu. In vielen ländlichen Regionen wandern junge gesunde Bürger und Bürgerinnen ab, während alte und eventuell von Pflegebedürftigkeit bedrohte Personen im ländlichen Raum verbleiben (Bertelsmann Stiftung, 2015). Dem gegenüber stehen im ländlichen Bereich noch bestehende traditionelle Lebensformen und familiäre Netzwerke, die bei der pflegerischen Versorgung ambulante Pflegedienste unterstützen könnten, während sich im städtischen Bereich diese traditionellen Lebensformen immer weiter auflösen (Blinkert & Klie, 2008). Als Surrogat wurde das in der IMKE Studie als Vergleich der Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, und Bremen) im Gegensatz zu den Flächenstaaten dargestellt. Tatsächlich betreuen in den Stadtstaaten viel mehr Pflegedienste allein lebende Personen als in den Flächenstaaten (63 Prozent vs. 42 Prozent). Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes nimmt der Anteil der Alleinlebenden im höheren und hohen Alter deutlich zu. So lebten im Jahr 2013 31 Prozent der Frauen und 18 Prozent der Männer im Alter von 60 bis 74 Jahren allein (Robert Koch-Institut (RKI), 2015). In der vorangestellten GAP-Studie lebten 54 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen allein (Lahmann et al., 2012). In der aktuellen IMKE Studie lag der Anteil der Alleinlebenden bei 45 Prozent. Laut Statistischem Bundesamt (2012) lebten im Jahr 2011 19,6 Prozent der Deutschen Bevölkerung in einem Einpersonenhaushalt. In den Stadtstaaten lebten deutlich mehr Menschen allein als in den Flächenländern. In Berlin lag die Anzahl bei 31 Prozent, in Hamburg bei 28 Prozent und in Bremen bei 27,7 Prozent. Bei den Flächenländern hatte Sachsen die höchste Anzahl mit 22,9 Prozent. Der Mikrozensusbericht zeigt auch einen deutlichen Unterschied des Anteils der Alleinlebenden vs. der Gemeindegröße in Deutschland. Je höher die Einwohnerzahl in einer Gemeinde, desto höher der prozentuale Anteil der Alleinlebenden (Statistisches Bundesamt, 2012). Im Durchschnitt wurden die Klienten und Klientinnen 3,1 Jahre von ihrem Pflegedienst betreut. Das entspricht exakt der gleichen Durchschnittsdauer wie in der GAP-Studie 2012.

Bei der Einschätzung der Pflegekräfte, ob die zu versorgenden Personen mehr Hilfe benötigen, wirkt sich der Unterschied Stadt – Land bei allein versorgten Personen besonders gravierend aus. So wurde lediglich bei gut einem Viertel der Klienten und Klientinnen, die nicht allein leben, in einem Flächenstaat ein weiterer Hilfebedarf identifiziert. Andererseits waren das bei den allein lebenden Teilnehmern in Berlin, Hamburg und Bremen über 50 Prozent.

Inkontinenz

Hohe Prävalenzen von Harninkontinenz im ambulanten Setting stellen einen enormen Kostenfaktor für das Gesundheitswesen dar. Die durchschnittliche Prävalenz der Harninkontinenz bei Klienten und Klientinnen im ambulanten Dienst betrug 64 Prozent (gewichtet). Aufgeteilt auf die einzelnen Bundesländer ließen sich Werte von rund 49 bis 75 Prozent finden. Es zeigten sich zwischen den Stadtstaaten und Flächenstaaten keine einheitlichen Trends. Vergleichend mit den Zahlen der vorausgegangenen GAP-Studie mit 54 Prozent (Lahmann et al., 2012) sowie des dritten Qualitätsberichts des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) mit 53 Prozent (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2012) im Jahr 2012, ist insgesamt ein Anstieg der Prävalenz zu erkennen. In anderen Ländern liegen die Zahlen niedriger. So wird in einer spanischen Studie von einer Inkontinenzrate von 36 Prozent (Gavira Iglesias et al., 2000) berichtet. Eine andere Erhebung aus den Niederlanden geht von einer Urininkontinenz-Prävalenz von 46 Prozent aus (Du Moulin, Hamers, Ambergen, & Halfens, 2009).

In dem Review von Drennan, Rait, Cole, Grant, and Iliffe (2013) konnten die eingeschlossenen Studien die Prävalenz von Inkontinenz bei Menschen mit Demenz oder kognitiver Beeinträchtigung, die zuhause leben, nicht klar festlegen. Im Rahmen der IMKE-Studie wurde versucht, den Zusammenhang von kognitiven Funktionseinschränkungen und Harninkontinenz darzulegen. Mehr als 95 Prozent der Teilnehmer und Teilnehmerinnen die an einer schweren kognitiven Einschränkung litten, waren von einer Harninkontinenz betroffen. Unter Berücksichtigung des Mobilitätsstatus, zeigte sich, dass rund 70 Prozent der Klienten und Klientinnen die laut EMS als immobil eingestuft wurden, auch eine Harninkonti-

nenz aufwiesen. Das gleiche Ergebnis lag bei den teilmobilen Teilnehmern und Teilnehmerinnen vor. Wie schon in früheren Arbeiten des Forscherteams (Lahmann, Tannen, et al., 2015) sowie auch in anderen Studien (Du Moulin, Hamers, Ambergen, Janssen, & Halfens, 2008) aufgeführt, verdeutlichen diese Ausführungen den Zusammenhang zwischen Mobilität und der Harninkontinenz. Die Tatsache, dass 50 Prozent der Klienten und Klientinnen noch vor dem Erreichen der Toilette Urin verlieren, kann ein weiterer Aspekt für den Zusammenhang von Mobilität und Inkontinenz darstellen.

Mobilität

Die Mobilität von Klienten und Klientinnen in der ambulanten Pflege ist ein aktuelles und zentrales Thema, da es einen entscheidenden Einfluss auf die unterschiedlichsten Pflegeprobleme (z.B. Inkontinenz, Dekubitus, Sturz) hat (Lahmann, Tannen, et al., 2015). Laut WHO sind der Erhalt und die Förderung der Mobilität ein wichtiger Ansatzpunkt zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (World Health Organization (WHO), 2010). Trotz dieser Bedeutung des Themas gibt es für das Setting ambulante Pflege kaum Daten und Häufigkeitsbeschreibungen. In dieser Erhebung wurde der Mobilitätsstatus mit den Instrumenten EMS (Elderly mobility scale), PAS (Pflegeabhängigkeitsskala) und dem Barthel Index aufgenommen. Anhand der EMS wurden die Klienten und Klientinnen in drei Kategorien eingeteilt. 50 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen waren mobil und zeigten keine Einschränkungen. Laut der PAS waren 41 Prozent überwiegend oder völlig unabhängig in ihrer Mobilität. Windeler und Kollegen geben an, dass mehr als 60 Prozent der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Personen eine eingeschränkte Mobilität aufweisen (Windeler et al., 2008). Aus dem 4. Bericht des MDS können Daten zur Mobilität bei pflegebedürftigen Klienten und Klientinnen abgeleitet werden. Dort wird aufgezeigt, dass bei 80 Prozent der Klienten und Klientinnen Leistungen zur Mobilität nachvollziehbar erbracht werden (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), 2014). Der Vergleich der Ergebnisse ist schwierig, da es unterschiedliche Definitionen, verschiedene Messverfahren und auch verschiedene Stichproben in den Studien gibt. So erhebt der MDS seine Daten nur bei Klienten und Klientinnen mit mindestens Pflegestufe 1, wohingegen in der vorliegenden Studie Klienten und Klientinnen aller Pflegestufen (ohne Einschränkung) eingeschlossen wurden.

Für immobile und teilmobile Personen ist es absolut notwendig, die Wohnumgebung barrierefrei zu gestalten, um ihre Mobilität bestmöglich zu erhalten. Ebenfalls muss für sie die Möglichkeit gewährleistet sein, soziale Kontakte zu pflegen und ihre Lebensqualität in ihrem häuslichen Umfeld zu erhalten und gegebenenfalls zu steigern. Laut Angaben der Pflegekräfte ist bei 43 Prozent der befragten immobilen und teilmobilen Klienten und Klientinnen ein barrierefreies Wohnen nicht möglich.

Kognitive Einschränkung

Nach aktuellen Schätzungen beläuft sich die Anzahl von demenzerkrankten Personen in Deutschland auf 1,2 Millionen. Wobei es zu einer Unterschätzung gekommen sein könnte, da leichte Formen von Demenzen schwer zu diagnostizieren sind (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie; Psychosomatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2015). Dies konnte in dieser Studie bestätigt werden. 23 Prozent der befragten Klienten und Klientinnen hatten eine medizinische Hauptdiagnose „Demenz“, wohingegen bei 69 Prozent laut GDS kognitive Leistungseinbußen vorlagen.

Von den untersuchten Klienten und Klientinnen, die laut erweitertem Barthel-Index eine schwere kognitive Funktionseinschränkung aufwiesen, hatten 13 Prozent keine medizinische Diagnose Demenz. Andererseits wurde bei 7 Prozent der Klienten und Klientinnen, die nach erweitertem Barthel-Index keine kognitive Funktionseinschränkung hatten, eine Demenz diagnostiziert. Für diese Diskrepanz könnten andere mögliche Primär-Erkrankungen der Klienten und Klientinnen, die zu eingeschränkten kognitiven Leistungen führen können, verantwortlich sein (z.B. organische Hirnschäden oder auch Depressionen etc.). Unklar ist auch, ob und mit welchen Messinstrumenten die Demenz erhoben wurde. Ein in der Praxis häufig verwandter Test ist z.B. der Mini-Mental-Status-Test (MMST), der jedoch aufgrund seiner eingeschränkten Sensitivität bzw. Spezifität nur begrenzt aussagekräftig ist (Kohn, Kalbe, Georg, & Kessler, 2007; Pentzek, 2005). Es ist ebenfalls vorstellbar, dass insbesondere bei multimorbiden hochaltrigen Klienten und Klientinnen eine Demenzerkrankung per Augenschein diagnostiziert wurde.

Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland variiert zwischen den Geschlechtern. Durchschnittlich betrug sie im Jahr 2014 bei Frauen 81,4 Jahre, bei Männern 74,7 Jahre. Dieser Wert spiegelte sich auch im Zusammenhang mit den kognitiven Leistungseinbußen der befragten Klienten und Klientinnen wider. Hier zeigte sich eine Normalverteilung: die

Anzahl der Klienten und Klientinnen mit einer höheren Ausprägung an kognitiven Leistungseinbußen stieg mit zunehmenden Alter an. Bei einem durchschnittlichen Alter von knapp 82 Jahren verringert sich die Anzahl der Klienten und Klientinnen wieder, die nun mittelschwere bis sehr schwere kognitive Funktionseinschränkungen aufwiesen. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Anzahl der Klienten und Klientinnen mit stärkeren kognitiven Leistungseinbußen hier durch eine ansteigende Todesrate verringerte - möglicherweise auch aufgrund von Multimorbidität.

Frauen und Männer waren im Verhältnis gleichermaßen von kognitiven Leistungseinbußen betroffen, allerdings nicht im Bereich der sehr schweren Einbußen. Hier waren die männlichen Klienten doppelt so häufig vertreten wie die Klientinnen. Das ist insofern interessant, als dass Demenzerkrankungen altersassoziiert auftreten und sich so die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung rapide insbesondere ab dem 80. Lebensjahr erhöht. Da dieses Alter statistisch gesehen durchschnittlich eher von Frauen erreicht wird, liegt die Prävalenz von Demenzerkrankungen bei den weiblichen Personen weitaus höher. Dass dieser Effekt in dieser Erhebung nicht auftrat, liegt möglicherweise an der Stichprobe (Personen, die durch ambulante Pflegedienste betreut wurde) oder auch an der doppelten Anzahl von Teilnehmerinnen bei einem gleichzeitigen Durchschnittsalter von 80,6 Jahren insgesamt.

Befragt nach ihrem subjektiven Gesundheitszustand im Vergleich zu gleichaltrigen Personen zeigte sich, dass jeweils eine ähnliche Anzahl von Personen – und zwar unabhängig von der Ausprägung ihrer kognitiven Leistungseinbußen – die Antwort „schlechter“ wählte. Hier stellt sich die Frage, inwiefern die Beantwortung dieser Frage tatsächlich den subjektiven Gesundheitszustand der Klienten und Klientinnen als vielmehr eine Lebenseinstellung oder persönliche Haltung widerspiegelt. Es ist evident, dass Menschen die Neigung haben, ihre Mitmenschen als glücklicher wahrzunehmen und ihnen mehr positive Gefühle zuzuschreiben als sich selbst. Diese verzerrte Wahrnehmung verschlechtert jedoch das gefühlte eigene Wohlbefinden (Jordan et al., 2011).

Die Beantwortung der Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand mit „weiß es nicht“ wies einen fast linearen Zusammenhang zu der Schwere der kognitiven Leistungseinbußen auf. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die befragten Klienten und Klientinnen mit zunehmender kognitiver Einschränkung ihren Gesundheitszustand in der Tat nicht mehr einzuschätzen wussten. So würde es sich hier nicht um eine bewusst gewählte eher neutrale Antwort handeln, sondern um ein tatsächliches Unvermögen, auf diese konkrete Frage gezielt zu antworten.

Die Frage an die Pflegefachkräfte nach einem Bedarf an zusätzlicher professioneller Pflege für die Klienten und Klientinnen mit Demenz bejahten 37 Prozent. Hier handelte es sich um allgemeine Leistungen (Betreuung bei Demenz, soziale Kontakte pflegen, Verlassen der Wohnung), die unabhängig von Diagnose und Gesundheitszustand interessant sein können. Ob es mit einem derzeitigen pflegerischen Defizit verbunden ist, lässt sich daran nicht ablesen.

Schlussfolgerung

Mittels der IMKE-Studie liegen aktuelle und repräsentative Zahlen zu Pflegeproblemen und zur Versorgungssituation von Klienten und Klientinnen ambulanter Pflegedienste in der Bundesrepublik Deutschland vor. Die genannten methodischen Einschränkungen stellen keine wesentliche Bedrohung der internen und externen Validität der Studienergebnisse dar. Die Prävalenz der Pflegeprobleme Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität und Kognition ist bei Klienten und Klientinnen ambulanter Pflegedienste hoch. Mit einem Anteil von fast zwei Drittel der Befragten kann Inkontinenz als zentralstes Pflegeproblem angesehen werden. Dabei sind die untersuchten Pflegeprobleme in hohem Maße assoziiert. So waren mobil eingeschränkte Klienten und Klientinnen fast immer auch harninkontinent. Je ausgeprägter die kognitive Leistungseinbußen desto stärker stieg die Prävalenz von Harninkontinenz an. Weiterhin zeigte sich: umso mehr kognitive Leistungseinbußen die Klienten und Klientinnen besaßen, desto mehr war der immobile Status der Klienten und Klientinnen gegeben. Die Versorgungssituation wird maßgeblich davon beeinflusst, ob der Klient oder die Klientin in einem Flächenstaat oder in einem Stadtstaat versorgt wird. Insbesondere wenn niemand außer dem Pflegedienst in die Versorgung der Klienten und Klientinnen involviert ist, erscheint den professionell Pflegenden in den städtischen Regionen der zugestandene Hilfebedarf in mehr als der Hälfte der Fälle nicht ausreichend. Daher wird empfohlen, speziell in diesen Bereichen die Versorgung in der ambulanten Pflege weiter zu verbessern und auszuweiten.

Die Autoren des Berichtes erklären, dass kein Interessenkonflikt angegeben ist.

Literatur

- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., Griffiths, D., Rosier, P., Ulmsten, U., . . . Standardisation Sub-committee of the International Continence, S. (2002). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*, 21(2), 167-178. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11857671>
- Ammer, K., Bochdansky, T., & Prager, C. (2004). Patienten-Mobilisierung und Mobilitätsscores *Österreichische Zeitschrift für Physikalische Medizin und Rehabilitation ÖZPMR*, 14. Jahrgang(Heft 1), 29-34
- Avery, K., Donovan, J., Peters, T. J., Shaw, C., Gotoh, M., & Abrams, P. (2004). ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn*, 23(4), 322-330. doi:10.1002/nau.20041
- Bertelsmann Stiftung. (2015). Demographischer Wandel verstärkt Unterschiede zwischen Stadt und Land. Retrieved from <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2015/juli/demographischer-wandel-verstaerkt-unterschiede-zwischen-stadt-und-land/>
- Blinkert, B., & Klie, T. (2008). Soziale Ungleichheit und Pflege. *APuZ (Aus Politik und Zeitgeschichte)*, 12-13, 25-33.
- Boschert, S. (2011). [Challenges for management and administration: conquering incontinence - but how?]. *Pflege Z*, 64(6), 365-367. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735637>
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen Jugend. (2008). *Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) –eine Langzeitstudie über die zweite Lebenshälfte in Deutschland*. Retrieved from Berlin:
- Bundesministerium für Gesundheit. (2009). Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Retrieved from Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI website: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/massnahmen/Bericht_Gesamt_26012009_m_Deckblatt_4941.pdf Retrieved from https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/massnahmen/Bericht_Gesamt_26012009_m_Deckblatt_4941.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015a). Glossar-begriff: Eingeschränkte Alltagskompetenz. Retrieved from <http://www.bmg.bund.de/glossar-begriffe/e/eingeschraenkte-alltagskompetenz.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015b). Pflegestärkungsgesetze. Retrieved from <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>
- Dassen, T., Centmayer, R., Fehling, P., Klemm, M., Kottner, J., Kühn, V., . . . Lahmann, N. (2015). *Pflegeprobleme in Deutschland Ergebnisse von 15 Jahren Forschung in Pflegeheimen und Kliniken 2001-2015*. Berlin: Charité- Universitätsmedizin Berlin; Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie; Psychosomatik und Nervenheilkunde, & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Eds.). (2015). *S3-Leitlinie "Demenzen" Langversion - 1. Revision*.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2007). *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege* Osnabrück: DNQP c/o Fachhochsch.
- Dijkstra, A., Buist, G., Moorer, P., & Dassen, T. (2000). A reliability and utility study of the care dependency scale. *Scand J Caring Sci*, 14(3), 155-161. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12035266>
- DIMDI. (2015). ICD-10-GM 2016 (online)
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10.Revision-German Modification-. Retrieved from <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-u50-u52.htm>
- Drennan, V. M., Rait, G., Cole, L., Grant, R., & Iliffe, S. (2013). The prevalence of incontinence in people with cognitive impairment or dementia living at home: a systematic review. *Neurourol Urodyn*, 32(4), 314-324. doi:10.1002/nau.22333

- Du Moulin, M. F., Hamers, J. P., Ambergen, A. W., & Halfens, R. J. (2009). Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies. *Scand J Caring Sci*, 23(2), 222-230. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00610.x
- Du Moulin, M. F., Hamers, J. P., Ambergen, A. W., Janssen, M. A., & Halfens, R. J. (2008). Prevalence of urinary incontinence among community-dwelling adults receiving home care. *Res Nurs Health*, 31(6), 604-612. doi:10.1002/nur.20291
- DuBeau, C. E. (2009). Therapeutic/pharmacologic approaches to urinary incontinence in older adults. *Clin Pharmacol Ther*, 85(1), 98-102. doi:10.1038/clpt.2008.230
- Dubeau, C. E., Simon, S. E., & Morris, J. N. (2006). The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. *J Am Geriatr Soc*, 54(9), 1325-1333. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00861.x
- Förstl, H., Bickel, H., Frölich, L., Gertz, H. J., Kurz, A., Marksteiner, J., . . . Schonknecht, P. (2008). [Mild cognitive impairment with predictors of rapid decline]. *Dtsch Med Wochenschr*, 133(9), 431-436. doi:10.1055/s-2008-1046730
- Gavira Iglesias, F. J., Caridad y Ocerin, J. M., Perez del Molino Martin, J., Valderrama Gama, E., Lopez Perez, M., Romero Lopez, M., . . . Guerrero Munoz, J. B. (2000). Prevalence and psychosocial impact of urinary incontinence in older people of a Spanish rural population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 55(4), M207-214. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10811150>
- Getliffe, K., & Dolman, M. (2003). *Promoting Continence- A Clinical and Research Resource*. 2nd ed. (K. Getliffe & M. Dolman Eds. 2nd ed.). Edinburgh: Bailliere Tindall.
- Hofmann, W. (2012). [Guideline-based diagnosis of dementia etiology]. *Z Gerontol Geriatr*, 45(8), 761-771; quiz 772-763. doi:10.1007/s00391-012-0399-y
- Holroyd-Leduc, J. M., Mehta, K. M., & Covinsky, K. E. (2004). Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline. *J Am Geriatr Soc*, 52(5), 712-718. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52207.x
- Ihl, R., Fröhlich, L., & Reisberg, B. (1991). *Die Reisberg-Skalen GDS, BCRS, FAST , Manual*. Weinheim: Beltz Test.
- Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*, 55(5), 780-791. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x
- Jordan, A. H., Monin, B., Dweck, C. S., Lovett, B. J., John, O. P., & Gross, J. J. (2011). Misery has more company than people think: underestimating the prevalence of others' negative emotions. *Pers Soc Psychol Bull*, 37(1), 120-135. doi:10.1177/0146167210390822
- Klovning, A., Avery, K., Sandvik, H., & Hunskaar, S. (2009). Comparison of two questionnaires for assessing the severity of urinary incontinence: The ICIQ-UI SF versus the incontinence severity index. *Neurourol Urodyn*, 28(5), 411-415. doi:10.1002/nau.20674
- Kohn, N., Kalbe, E., Georg, H., & Kessler, J. (2007). Vergleich MMST und DemTect: Spezifität und Sensitivität bei primär kognitiven Störungen. *Akt Neurol*, 34(S 2), P672. doi:10.1055/s-2007-987943
- Lahmann, N. A., Kuntz, S., & Raeder, K. (2012). *Pflegerelevante Gesundheitsprobleme in der ambulanten Pflege und Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2012 - GAP-Studie. - Bericht für das ZQP*. Retrieved from Berlin: <https://www.zqp.de/upload/content.000/id00032/attachment00.pdf>
- Lahmann, N. A., Suhr, R., Kuntz, S., & Kottner, J. (2015). Over- and undersupply in home care: a representative multicenter correlational study. *Aging Clin Exp Res*, 27(2), 209-219. doi:10.1007/s40520-014-0267-2
- Lahmann, N. A., Tannen, A., Kuntz, S., Raeder, K., Schmitz, G., Dassen, T., & Kottner, J. (2015). Mobility is the key! Trends and associations of common care problems in German long-term care facilities from 2008 to 2012. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 167-174. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.07.014
- Lübke, N. (2004). Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. Retrieved from http://www.bv-geriatrie.de/Dokumente/Hamburger%20Manual_11_2004.pdf
- Lübke, N., Meinck, M., & von Renteln-Kruse, W. (2004). The Barthel Index in geriatrics. A context analysis for the Hamburg Classification Manual. *Z Gerontol Geriatr*, 37(4), 316-326. doi:10.1007/s00391-004-0233-2
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*, 14, 61-65. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14258950>

- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Ed.) (2012). *3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (Ed.) (2014). *4. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege*. Essen.
- Norton, C., Whitehead, W., Bliss, D. Z., Harari, D., & Lang, J. I. (2009). *Conservative and pharmacological management of faecal incontinence in Adults*. Paper presented at the 4th International Consultation on Incontinence Paris., Paris.
- Pentzek, M. (2005). Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) als Demenz-Screening. [The Mini-Mental-Status Examination as Dementia Screening]. *Z Allg Med*, 81(05), 203-204. doi:10.1055/s-2005-836496
- Prosiegel, M., Böttger, S., Schenk, T., König, N., Marolf, M., Vaney, C., . . . Yassouridis, A. (1996). Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie und Rehabilitation*(1), 7-13.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139(9), 1136-1139. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7114305>
- Robert Koch-Institut (RKI) (Ed.) (2015). *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. Berlin: RKI.
- Rothman, K. J. (1976). Causes. *Am J Epidemiol*, 104(6), 587-592. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/998606>
- Rupprecht, R., & Lang, F. R. (2013). Kognitive Beeinträchtigungen und Depressivität im Alter : Effekte berichteter Beschwerden im Vergleich zu psychometrischen Befunden und klinischer Einschätzung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21(1), 16-23.
- Scarmeas, N., Zarahn, E., Anderson, K. E., Habeck, C. G., Hilton, J., Flynn, J., . . . Stern, Y. (2003). Association of life activities with cerebral blood flow in Alzheimer disease: implications for the cognitive reserve hypothesis. *Arch Neurol*, 60(3), 359-365. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12633147>
- Seidl, U., Ahlsdorf, E., & Toro, P. (2007). Die leichte kognitive Beeinträchtigung. *Journal of preventive medicine*(3), 286-293.
- Smith, R. (1994). Validation and Reliability of the Elderly Mobility Scale *Physiotherapy*, 80(11), 744-747.
- Statistisches Bundesamt. (2015a). Pressemitteilung Nr. 094: 71 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt. Retrieved from https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15_094_224.html
- Statistisches Bundesamt (Ed.) (2012). *Alleinlebende in Deutschland. Ergebnisse des Mikrozensus 2011*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Ed.) (2015b). *Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Pflegebedürftige*. Wiesbaden.
- Wagg, A., Potter, J., Peel, P., Irwin, P., Lowe, D., & Pearson, M. (2008). National audit of continence care for older people: management of urinary incontinence. *Age Ageing*, 37(1), 39-44. doi:10.1093/ageing/afm163
- Windeler, J., Görres, S., Thomas, S., Kimmel, A., Langner, I., Reif, K., & Wagner, A. (2008). Abschlussbericht: Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. 04. http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPPSchriften/ipp_schriften04.pdf Retrieved from http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPPSchriften/ipp_schriften04.pdf
- World Health Organization (WHO). (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf

Anhang



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Bereichsleitung Pflegewissenschaft: Prof. Dr. Theo Dassen

Studie zu Inkontinenz, Mobilität und Kognitiven Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste in Deutschland (IMKE- Studie) 2015

Teilnehmerinformation

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,

Ihre Mitwirkung ist gefragt!

Im Sommer 2015 wird Ihr ambulanter Pflegedienst in Zusammenarbeit mit der *Charité – Universitätsmedizin Berlin* ein pflegewissenschaftliches Forschungsprojekt durchführen.

Die Schwerpunkte dieses Forschungsprojektes sind unter anderem Inkontinenz, Mobilität, Stürze, Hautpflege, und die häusliche Versorgung/Umgebung von Klienten. Um gesicherte Erkenntnisse über diese Themen zu erhalten, ist es notwendig festzustellen, wie häufig und mit welchen Schweregraden diese Gesundheitsprobleme auftreten.

Bitte investieren Sie zehn Minuten Ihrer Zeit und nehmen Sie an der Studie teil!

Wie wird die Studie durchgeführt?

Für jede Person, die an der Studie teilnimmt, wird ein Fragebogen ausgefüllt. Das Ausfüllen übernimmt eine Pflegekraft von Ihrem Pflegedienst. Der Fragebogen ist anonym. Ihr Name wird nirgendwo erfasst. Die personengebundenen Informationen, die erhoben werden, beziehen sich auf Alter, Geschlecht, Größe und Gewicht, Bildung und Angehörige. Weitere Fragen beziehen sich auf Risikoeinschätzung und Feststellung von Druckgeschwüren, Stürzen, Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, chronische Wunden und Versorgung durch Angehörige oder Bekannte.

Was bedeutet eine Teilnahme für Sie?

Insgesamt haben Sie einen Zeitaufwand von ca. zehn Minuten. Das Ausfüllen des Hauptfragebogens übernimmt eine Pflegekraft für Sie, Sie müssen lediglich zustimmen, dass Sie mit der anonymen Weiterleitung Ihrer Daten an die Universität einverstanden sind.

Um festzustellen, ob ein Druckgeschwür oder eine Druckstelle vorhanden ist, schauen sich die Pflegekräfte, die mit der Erhebung betraut sind, die entsprechenden Körperstellen an. Dafür ist es erforderlich, dass Sie Ihre Kleidung teilweise ablegen. Wenn möglich, wird dies während der Körperpflege durchgeführt, um einen zusätzlichen Aufwand für Sie zu vermeiden. Des Weiteren wird man Sie danach fragen, ob und wann Sie gestürzt sind und welche Folgen der Sturz hatte.

Sie und die an der Pflege beteiligte Person (Angehörige / Bekannter) erhalten einen zweiseitigen grünen Fragebogen (Klient eine Seite und Angehöriger/Bekannter eine Seite), mit welchem wir Ihre ganz persönlichen Einstellung erfassen wollen, sowie herausfinden, wie sich die an der Pflege beteiligte Person (Angehörige / Bekannter) fühlt.

- 2 -

Welche Folgen hat eine (Nicht-) Teilnahme für Sie?

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Aus einer Ablehnung der Teilnahme, auch während der Studie, erwachsen Ihnen keine Nachteile.

Durch eine **Teilnahme** an der Studie entstehen für Sie keinerlei Risiken. Ein direkter Nutzen für Sie selbst ergibt sich lediglich, wenn während der Erhebung ein Gesundheitsproblem festgestellt und behandelt wird, das vorher nicht bekannt war. Der allgemeine Nutzen der Studie besteht in der Verbesserung des Wissensstandes über Inkontinenz, Mobilität, Sturz, Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, chronische Wunden und Versorgung durch Angehörige oder Bekannte im ambulanten Bereich. Dadurch können diese Probleme besser verstanden, vermieden und behandelt werden.

Anonymität und Vertraulichkeit

Alle erhobenen Daten werden vertraulich behandelt. Anonymität ist dadurch gewährleistet, dass Namen nicht erfasst werden und die Daten so verarbeitet werden, dass Rückschlüsse auf Personen nicht möglich sind.

Bitte unterstützen Sie den Fortschritt in der Pflege, indem Sie an der Erhebung teilnehmen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit,

Mit freundlichen Grüßen



PD Dr. Nils Lahmann
Projektleitung

Ansprechpartner:

PD Dr. Nils Lahmann	Tel.: 030/450 529066	nils.lahmann@charite.de
Simone Kuntz	Tel.: 030/450 529029	simone.kuntz@charite.de
Kathrin Raeder	Tel.: 030/450 529054	kathrin.raeder@charite.de

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin
Augustenburger Platz 1 | 13353 Berlin | Telefon +49 30 450 529 092 | www.charite.de



CharitéCentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Bereichsleitung Pflegewissenschaft Prof. Dr. Theo Dassen

Projektskizze

Studie zu Inkontinenz, Mobilität und Kognitiven Einschränkungen bei Klienten ambulanter Pflegedienste in Deutschland (IMKE- Studie) 2015

Hintergrund und Ziel der Studie

Auf Basis der Erkenntnisse aus der vorangegangenen GAP Studie 2012* ließen sich allgemeine Defizite bei Personen, die von ambulanten Pflegediensten betreut werden, hinsichtlich der Pflegeprobleme Inkontinenz und eingeschränkte Mobilität erkennen. Diese gelten, neben häufig vorkommenden kognitiven Einschränkung in dieser Bevölkerungsgruppe als übergreifende Risikofaktoren für geriatrische Syndrome. Unklar bleiben dabei die Einschätzungen und die Bewertungen dieser Risiken sowie die Einschränkungen aus Sicht des Klienten und dessen Angehörigen.

Das Ziel dieser Studie ist zum einen, die in der GAP Studie 2012 gefundenen Ergebnisse zu bestätigen und zum anderen sollen diese durch eine tiefer greifende Befragung der Themenbereiche Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität und Kognition genauer spezifiziert werden. Weiterhin sollen detaillierte Versorgungslücken identifiziert und Handlungsempfehlung für die Verbesserung der Versorgungspraxis im ambulanten Sektor abgeleitet werden. Durch eine anonymisierte Klienten- und/oder Angehörigenbefragung sollen Erkenntnisse über Einschränkungen und Konsequenzen aus Klientensicht gewonnen werden.

Die Datenerhebung erfolgt jeweils in zehn ambulanten Pflegediensten in allen 16 Bundesländern. Die Pflegedienste werden per Zufall ausgewählt.

Der Beginn der Datenerhebung ist ab Februar 2015 geplant.

Art der Studie

Die Untersuchung wird mittels Fragebogen bei Klienten ambulanter Dienste durchgeführt. Diese werden im Rahmen einer mehrstufigen Zufallsauswahl (10 Klienten in 160 zufällig gezogenen Einrichtungen im gesamten Bundesgebiet) ausgewählt. Die Datenerhebung führen geschulte Pflegefachkräfte der teilnehmenden Einrichtungen als direktes personenbezogenes Assessment selbst durch. Die Einrichtungen erhalten eine Aufwandsentschädigung von 10,00€ pro ausgefülltem Fragebogen oder auf Wunsch eine Spende von Fachbüchern im entsprechendem Wert. Den beteiligten Klienten/dessen Angehörigen wird darüber hinaus ein Fragebogen zur persönlichen Einstellung zum Thema Gesundheit und Lebensqualität übergeben. Dieser kann mittels frankierten Rückumschlags direkt an das Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité gesandt werden.

CHARITÉ - UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN
Gliedkörperschaft der Freien Universität Berlin und der Humboldt-Universität zu Berlin
Charitéplatz 1 | 10117 Berlin | Telefon +49 30 450-50 | www.charite.de

- 2 -

Aufwand

Klient	<ul style="list-style-type: none"> • Befragung der Klienten zu Inkontinenz, Mobilität, kognitiven Einschränkungen und daraus resultierenden weiteren pflegerelevanten Gesundheitsproblemen • Ausfüllen des Klientenfragebogens (grüner Bogen)
Pflegefachkraft	<ul style="list-style-type: none"> • einmalige Befragung der Klienten und Dokumentenanalyse (weißer Bogen)
Pflegedienstleitung	<ul style="list-style-type: none"> • nach Absprache - Einholung der informierten Zustimmung der Klienten • Ausfüllen eines Strukturfragebogen (gelber Bogen)

Nutzen für die teilnehmenden ambulanten Pflegedienste

Die Einrichtungen erhalten eine Aufwandsentschädigung von 10,00€ pro befragten Klienten oder wenn gewünscht, eine Spende von Fachbüchern im entsprechendem Wert.

Des Weiteren erhalten Sie ein Zertifikat, welches Ihnen bescheinigt, dass Sie an einem wissenschaftlichen Forschungsprojekt teilgenommen haben.

Kontakt - Projektkoordination

Charité - Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

PD Dr. Nils Lahmann
nils.lahmann@charite.de
t: +49 (0)30 450 529 066

Simone Kuntz
simone.kuntz@charite.de
t: +49 (0)30 450 529 029

Kathrin Raeder
kathrin.raeder@charite.de
t: +49 (0)30 450 529 054

Fax: 030/450 529900

<http://igpw.charite.de/>

*<http://www.zqp.de/index.php?pn=project&id=32>

Direktes personebezogenes Assessment

0467471302

IMKE 2015 © Prof. Dr. Theo Dassen, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité
- Universitätsmedizin Berlin

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Unterschrift Pflegefachkraft

Klientennummer

Datum der Erhebung

1. Angaben zum Klienten

Geburtsjahr

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich

Aufnahmedatum Pflegedienst

Berufsausbildung des Klienten:

☐ keine ☐ Lehre ☐ Fachschule ☐ Fachhochschule / Hochschule

Liegt sie dem Pflegedienst vor?

Hat der Klient eine Betreuungsverfügung? ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ jaHat der Klient eine Patientenverfügung? ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ jaHat der Klient eine Vorsorgevollmacht? ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ jaHat der Klient einen Notrufknopf? ☐ nein ☐ ja ☐ beantragt

Pflegestufe:

(+ = mit Demenz)

☐ keine ☐ 0 (mit Demenz) ☐ I ☐ I + ☐ II
☐ II + ☐ III ☐ III + ☐ Härtefall ☐ beantragt

Vom Pflegedienst werden folgende Leistungen erbracht:

Hauswirtschaftliche Versorgung ☐ Nein ☐ Ja
☐ Einkaufen ☐ Betreuungsleistung ☐ Zubereitung warme Mahlzeit ☐ Wohnungsreinigung
☐ Wohnung Verlassen / Wiederaufsuchen ☐ sonstiges: _____
Grundpflege ☐ Nein ☐ Ja
☐ große Körperpflege ☐ kleine Körperpflege ☐ betten und lagern ☐ Hilfe Ausscheidung
☐ Hilfe bei der Nahrungsaufnahme ☐ sonstige: _____
Behandlungspflege ☐ Nein ☐ Ja
☐ Medikamente stellen (wöchentl.) ☐ Medikamente verabreichen ☐ Stoma- Versorgung
☐ Medikamente stellen (tgl.) ☐ Injektion (s.c. / i.m.) ☐ Kompressionstherapie
☐ VW ☐ PEG-Versorgung ☐ BZ-Messung ☐ sonstiges: _____
Wie oft besucht ihr
Pflegedienst die zu
betreuende Person?
☐ tgl. ☐ /Tag ☐ wöchentl. ☐ /Woche
☐ 24h Überwachung

2. Lebens- und Pflegesituation

Wohnsituation des Klienten

☐ allein lebend☐ mit (Ehe-) Partner☐ Betreutes Wohnen☐ bei Angehörigen / Bekannten

Ist ein barrierefreies Wohnen für den Klienten möglich? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Nein ☐ Ja, durch: ☐ keine Türschwellen ☐ Haltegriffe ☐ breite Türen
☐ Treppenlift / Fahrstuhl ☐ barrierefreies Bad (ebenerdige Dusche, Badewannenlift, ...)
Bekommt der Klient regelmäßig Besuch? ☐ Nein ☐ Ja

wenn Ja, wie häufig?

☐ tgl. ☐ 4-6mal/Wo. ☐ 2-3mal/Wo. ☐ 1mal/Wo. ☐ seltener als 1mal/Wo.
Telefoniert der Klient regelmäßig (selbstständig)? ☐ Nein ☐ Ja

wenn Ja, wie häufig?

☐ tgl. ☐ 4-6mal/Wo. ☐ 2-3mal/Wo. ☐ 1mal/Wo. ☐ seltener als 1mal/Wo.

Ist der Klient in der Lage seine Wohnung zu verlassen?

☐ Nein ☐ Ja, allein ☐ Ja, mit Hilfe

wenn Ja, wie häufig?

☐ tgl. ☐ 4-6mal/Wo. ☐ 2-3mal/Wo. ☐ 1mal/Wo. ☐ seltener als 1mal/Wo.

Werden weitere Leistungen von der zu betreuenden Person in Anspruch genommen?

☐ Nein☐ Haushaltshilfe☐ Essen auf Rädern☐ Tagesstätten☐ Betreuungsdienste☐ sonstige: _____

Sind sie der Meinung, dass der Klient mehr professionelle Pflege benötigt?

☐ nein ☐ ja, welche?☐ Haushaltshilfe ☐ Grundpflege ☐ Inkontinenzversorgung ☐ Betreuung bei Demenz☐ verlassen der Wohnung ☐ soziale Kontakte pflegen ☐ sonstiges: _____

Welche anderen Personen sind hauptsächlich an der Pflege beteiligt? (Mehrfachantworten möglich)

☐ keiner ☐ (Ehe)Partner(in) ☐ Kinder ☐ Enkel/-in ☐ Eltern ☐ Freunde/Bekannte
☐ Schwager/Schwägerin ☐ Nichte / Neffe ☐ privat organisierte Pflegeperson

Seit wann sind diese Personen an der Pflege beteiligt?

☐ unter 3 Monate ☐ 3 - 6 Monate ☐ 7 - 12 Monate ☐ 13-24 Monate ☐ über 2 Jahre

Wenn andere Personen an Pflege beteiligt sind, wie häufig?

☐ weniger als 3x/Wo ☐ alle 2 Tage ☐ täglich 1x ☐ täglich 2-3x ☐ ganztägig

Sind diese Personen bezüglich der Pflege des Klienten geschult?

☐ keine Schulung☐ ja, durch amb. Pflegedienst ☐ ja, durch Krankenkasse☐ 200h Basiskurs Pflege☐ Ausbildung im Gesundheitswesen☐ sonstiges: _____

1594471304

3. Mobilität

(EMS - Smith 1994)

(Erklärungen sind im Leitfaden zu finden.)

Vom Sitzen in den Stand

- ☐ unabhängig in weniger als 3 Sek
☐ unabhängig in mehr als 3 Sek
☐ benötigt Hilfe einer Person
☐ benötigt Hilfe von 2 oder mehr Personen

Stehen

- ☐ steht ohne Hilfe und erreicht Gegenstände
☐ steht ohne Hilfe, benötigt Unterstützung Gegenstände zu erreichen
☐ steht, aber benötigt Unterstützung
☐ steht ausschließlich mit Unterstützung

Gang

- ☐ unabhängig
☐ unabhängig mit Geländer/ Haltestange
☐ mobil mit Gehilfe aber falsche bzw. unsichere 180°-Drehung
☐ benötigt aktive körperliche Unterstützung oder konstante Beobachtung

Aus dem Liegen ins Sitzen

- ☐ unabhängig
☐ benötigt Hilfe einer Person
☐ benötigt Hilfe von 2 oder mehr Personen

Aus dem Sitzen ins Liegen

- ☐ unabhängig
☐ benötigt Hilfe einer Person
☐ benötigt Hilfe von 2 oder mehr Personen

Zeit für Gehstrecke 6m

- ☐ unter 15 Sek
☐ 16 - 30 Sek
☐ über 30 Sek

Stehend nach vorn beugen

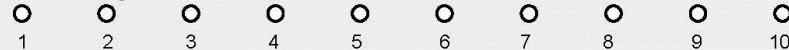
- ☐ über 20cm
☐ 10 - 20cm
☐ unter 10cm oder nicht möglich

Hilfsmittel zur Mobilisation ☐ keine ☐ Unterarmgehstützen ☐ Rollator
☐ Gehstock ☐ Gehbock ☐ Rollstuhl ☐ sonstige

4. Sturz/Sturzrisiko

Schätzen Sie das Sturzrisiko des Klienten auf einer Skala von 1 - 10 ein:

1 = sehr niedriges Risiko < -----> 10 = sehr hohes Risiko



Hat der Klient eine visuelle Einschränkung ☐ ja ☐ nein
 (z.B. grauer Star, Brille, ... ?)

Ist der Klient innerhalb der letzten 2 Wochen gestürzt? ☐ nein ☐ ja Anzahl
 ↳ wenn "ja" weiter :

Sturzort

- ☐ in der Wohnung
☐ außerhalb der Wohnung

Sturzfolgen/ Verletzungen

- ☐ keine ☐ minimale
☐ mittlere ☐ schwere

Sturzprophylaktische Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ Wohnraumanpassung ☐ Information/ Beratung ☐ Hilfsmittel zur Fortbewegung
☐ Hilfsmittel zur Sinneswahrnehmung ☐ Sport/ Balancetraining ☐ sonstiges:

5. Barthel- Index: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)

© Mahoney/Barthel 1965

Essen

- ☐ komplett selbständig
☐ Hilfe Vorbereitung, aber selbständiges Essen
☐ komplett hilfsbedürftig

Kleiden

- ☐ zieht sich selbständig an/ aus
☐ kleidet mind. den Oberkörper selbst an/ aus
☐ komplett hilfsbedürftig

Toilettenbenutzung

- ☐ selbständige Nutzung WC / Toilettenstuhl
☐ Hilfe od. Aufsicht erforderlich
☐ benutzt weder WC noch Toilettenstuhl

Treppensteigen

- ☐ ohne Aufsicht oder personelle Hilfe mgl.
☐ mit Aufsicht oder Laienhilfe mgl.
☐ kann keine Treppen steigen

Harnkontrolle

- ☐ harnkontinent od. selbständige Kompensation
☐ gelegentlich inkontinent
☐ harninkontinent

Stuhlkontrolle

- ☐ stuhlkontinent
☐ gelegentlich stuhlinkontinent
☐ stuhlinkontinent

Aufstehen & Gehen

- ☐ ohne Hilfe od. Aufsicht mind. 50m gehen
☐ mit Hilfe od. Aufsicht mind. 50m gehen
☐ kann Rollstuhl selbständig bedienen
☐ komplett hilfsbedürftig/ kann nicht gehen

Aufsetzen & Umsetzen

- ☐ komplett selbständig
☐ Aufsicht od. geringe Hilfe
☐ erhebliche Hilfe
☐ bettlägerig/ kein Transfer

sich waschen

- ☐ selbständig ☐ benötigt Hilfe

Baden/ Duschen

- ☐ selbständig ☐ benötigt Hilfe

Lösen von Alltagsproblemen

- ☐ ungestört
☐ geringe Hilfestellung
☐ erhebliche Hilfestellung

verständlich machen

- ☐ über fast alles
☐ einfach Sachverhalte ausdrücken
☐ fast nicht bzw. nicht

Verstehen

- ☐ ungestört
☐ komplexe Sachverhalte, aber nicht immer
☐ einfache Aufforderungen
☐ nicht vorhanden

Gedächtnis, Lernen, Orientierung

- ☐ im wesentlichen ungestört
☐ gelegentliche Erinnerung od. Gedächtnishilfen
☐ häufige Erinnerung
☐ desorientiert, mit/ohne Weglauftendenzen

soziale Interaktion

- ☐ ungestört
☐ gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos
☐ immer oder fast immer unkooperativ

Sehen und Neglect

- ☐ ungestört
☐ schwere Lesestörung, findet sich in bekannter und in unbekannter Umgebung zurecht
☐ findet sich in bekannter aber nicht unbekannter Umgebung zurecht
☐ findet sich nicht zurecht

Bitte vollständig ausfüllen!

Seite 2

4527471303 **6. Schmerz** (bitte möglichst vom Klienten einschätzen lassen)Haben Sie Schmerzen? ☐ nein ☐ jaSchmerzangaben erfolgen ☐ vom Klienten selbst **ODER** ☐ durch **Einschätzung der Pflegekraft**

Wo treten die Schmerzen auf? (Mehrfachantworten möglich)

☐ Kopf ☐ Rücken ☐ Gelenk ☐ andereHandelt es sich um Dauerschmerzen? ☐ ja ☐ nein

Wie stark sind die Schmerzen in den letzten 24h gewesen?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ruheschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegungsschmerz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie stark ist Ihr Alltag durch den Schmerz beeinträchtigt?

	keine Beeinträchtigung	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	völlige Beeinträchtigung
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seit wann bestehen diese Schmerzen? ☐ akut ☐ 1 - 3 Monate ☐ 3 - 6 Monate ☐ > 6 MonateNehmen Sie Medikamente gegen diese Schmerzen? ☐ nein ☐ ja ☐ lehne ich ab**7. Harninkontinenz****Kontinenzprofile**

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Kontinenz | <input type="radio"/> unabhängig erreichte Kontinenz | <input type="radio"/> abhängig erreichte Kontinenz |
| <input type="radio"/> unabhängig kompensierte Inkontinenz | <input type="radio"/> abhängig kompensierte Inkontinenz | <input type="radio"/> nicht kompensierte Inkontinenz |

Hat der Klient einen Harnkatheter? ☐ nein ☐ ja☐ intermittierend ☐ dauerhaft ☐ Blasenkatheter ☐ suprapubischer KatheterIst der Klient harninkontinent? ☐ nein ☐ ja → wenn "ja" weiter:

Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust? (ICIQ-UI-SF Avery et al. 2004)

☐ nie ☐ 1x Woche/ seltener ☐ 2-3x Woche ☐ 1x tgl. ☐ mehrmals tgl. ☐ ständig

Wie hoch ist der Urinverlust?

☐ kein Urinverlust ☐ eine geringe Menge ☐ eine mittelgroße Menge ☐ eine große Menge

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	gar nicht										stark

Wann kommt es zu Urinverlust? (Mehrfachantworten möglich)

- ☐ zu keiner Zeit ☐ bevor Sie die Toilette erreichen können ☐ beim Husten, Niesen, Laufen usw.
- ☐ im Schlaf ☐ bei körperlicher Anstrengung und Sport ☐ nach dem Wasser lassen
- ☐ aus keinem ersichtlichen Grund ☐ Urinverlust tritt ständig auf

8. Pflegeabhängigkeit (PAS - Dijkstra et al. 1996)

	völlig abhängig	überwiegend abhängig	teilweise abhängig	überwiegend unabhängig	völlig unabhängig
Essen und Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperhaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mobilität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tag- und Nachtrhythmus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körpertemperatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vermeiden von Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakte mit Anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinn für Regeln und Werte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alltagsaktivitäten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sinnvolle Beschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lernfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Chronische WundenIst eine schwer heilende Wunde vorhanden? ☐ nein ☐ ja → wenn "ja" weiter:

(z.B. Ulcus Cruris, Dekubitus, diab. Fußsyndrom, infizierte Wunde ...)

☐ Ulcus Cruris: ☐ li Bein ☐ re Bein Diagnose: ☐ unbekannt ☐ arteriosum ☐ venosum ☐ mixtum

☐ diab. Fußsyndrom: ☐ li Bein ☐ re Bein Diagnose: ☐ Neuropathie ☐ paVk ☐ unbekannt

☐ paVk: ☐ li Bein ☐ re Bein
☐ sonstige Wunde:

(Wundart eintragen, z.B. infizierte Wunde, Tumorwunde ...)

Dekubitus

	Lokalisation			Kategorie	Entstehungsort:		
	Trochanter/ Gesäß	Ferse/ Knöchel	andere	Grad (1-4), TGS (5)	zu Hause (ohne ambulante Pflege)	zu Hause (mit ambulante Pflege)	Anderer Ort (z.B. Klinik)
<input type="radio"/> 1. Dekubitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 2. Dekubitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> 3. Dekubitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anzahl weiterer Dekubiti: ☐

Besteht derzeit nach Ihrer Einschätzung ein Dekubitusrisiko?

☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

4084471301

IMKE 2015 © Prof. Dr. Theo Dassen, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Charité - Universitätsmedizin Berlin

(GDS - Reisberg et al. 1982)

10. Kognitive Leistungseinbußen

Bitte bewerten Sie die kognitiven Leistungseinbußen des Klienten.

(nur eine Nennung möglich)

keine ☐ zweifelhafte ☐ geringe ☐ mäßige ☐ mittelschwere ☐ schwere ☐ sehr schwere ☐

(Erklärungen sind im Leitfaden zu finden.)

11. Allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand

Im Vergleich mit gleichaltrigen Personen schätzt der Klient seinen Gesundheitszustand folgendermaßen ein: ☐ besser ☐ gleich gut ☐ schlechter ☐ weiß es nicht

Medizinische Hauptdiagnosen (Mehrfachantworten möglich)

☐ Krebserkrankung ☐ Erkr. Atmungssystem ☐ Demenz ☐ Erkr. Bewegungsapparat
☐ Diab. Mellitus ☐ Schlaganfall ☐ Erkr. Herz-Kreislaufsystem ☐ Psychische Erkr.
☐ sonstige: _____

Hat der Klient im letzten Jahr eine Grippe-Impfung erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

War der Klient im letzten Quartal beim:

Allgemeinarzt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Neurologe <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> mal
Internist <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Diabetologe <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> mal
Chirurg <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Kardiologe <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> mal
Augenarzt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	Orthopäde <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> mal
	Zahnarzt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="text"/> mal

sonstige: _____

Wie oft war der Klient im letzten Jahr im Krankenhaus? _____

Medikamente - Wer übernimmt die Organisation der Medikamente?

Rezept besorgen ☐ Klient selbst ☐ Pflegedienst ☐ andere ☐ aus Apotheke abholen ☐ Klient selbst ☐ Pflegedienst ☐ andere

Bitte tragen Sie hier die Medikamente des Klienten ein. Ausreichend ist auch eine Kopie des Medikamenetnblattes, mit geschwärzten Patientennamen, aus der Akte. Wichtig: Bitte übertragen Sie die oben genannte Klientennummer auf die Kopie!

Medikamentenname: _____ Dosierung: _____ Bsp.: 2 x 1,5mg

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Klientennummer

Datum der Erhebung

12. Ernährung

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust in den letzten 3-6 Monaten:

☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt

Gewichtsverlust bitte in Kg (gerundet) hier eintragen

Krankheitsbedingte sehr geringe bis keine Nahrungszufuhr von mehr als fünf Tagen

☐ ja ☐ nein

Wie schätzen Sie das Gewicht des Klienten ein?

☐ normalgewichtig ☐ kachektisch ☐ adipös

Wie schätzt der Klient seinen Ernährungszustand ein?

☐ Unter-/Mangelernährung ☐ weiß es nicht ☐ glaubt, dass er gut ernährt ist

Größe (in cm)

Gewicht (kg)

gerundet

Wie wurde das Gewicht ermittelt?

☐ gemessen ☐ geschätzt

13. Hautpflege

Hat der Klient eine trockene Haut? ☐ nein ☐ ja

Wenn "ja", folgende Körperstellen:

Anzeichen/ Ausprägung: Schuppung/ Rötung/ Rauheit

	schwache Schuppen, geringe Rauheit	kleine Schuppen, leichte Rauheit	kl. u. große Schuppen, deutliche Rauheit, gegebenenfalls Rötung	große Schuppen, Rauheit, Rötung, Hauteinrisse
<input type="radio"/> Gesicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Oberkörper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Arme und Hände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Beine und Füße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Juckt und/ oder kratzt sich der Klient? ☐ nein ☐ ja

Führt der Klient vollkommen selbständig seine Körperpflege durch? ☐ ja ☐ nein

Wenn "nein", Klient wird von Pflegekraft

teilweise oder voll - ständig gewaschen ☐ ja ☐ nein
geduscht ☐ ja ☐ nein
gebadet ☐ ja ☐ nein
eingecremt ☐ ja ☐ nein

Inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD) - Risikoerfassung

☐ kein Risiko (intakte Haut) ☐ Hochrisiko ☐ beginnende IAD
☐ mäßige IAD ☐ schwere IAD ☐ pilzartig erscheinender Ausschlag

Seite 4