

Kurzbericht zu Inkontinenz, Mobilität und kognitiven Einschränkungen bei Klienten und Klientinnen 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 Supplieh

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.

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.

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). 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). Gestützt auf den theoretischen Rahmen von Inouye et al. (Inouye, Studenski, Tinetti, & Kuchel, 2007) wird deutlich, dass die von ihnen 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. Im Rahmen dieser Studie sollen zum einen, die in der GAP-Studie 2012 gefundenen zentralen Ergebnisse bestätigt und zum anderen durch eine tiefergehende Befragung der Themenbereiche Inkontinenz sowie eingeschränkte Mobilität und Kognition genauer spezifiziert werden. Dadurch können detaillierte Versorgungslücken identifiziert und Handlungsempfehlung 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 Querschnittsstudie durchgeführt. Das Sampling erfolgte auf Bundeslandebene als mehrstufige Zufallserhebung. 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 bis jeweils 10 ambulante Pflegedienste aus jedem Bundesland schriftlich zustimmten.

Von jedem teilnehmenden ambulanten Dienst wurden 10 Klienten und Klientinnen zufällig für die Erhebung ausgewählt. Als Einschlusskriterien für die Klienten und Klientinnen galten das Mindestalter von 18 Jahren und eine schriftlich vorliegende informierte Zustimmung. Die Daten der Pflegedienste und Klienten und Klientinnen wurden vertraulich und anonym behandelt.

Die Befragung bestand aus direkten personenbezogenen Assessments, welche Fragen zu pflegerelevanten Gesundheitsproblemen sowie Versorgungsangeboten der Klienten beinhaltete. Weiterhin wurde die Struktur des ambulanten Pflegedienstes erfasst. Entsprechend der Zielsetzung des Berichts erfolgte die Datenanalyse vorrangig deskriptiv.

Assessments

Das direkte personenbezogene Assessment beinhaltete einen Erhebungsbogen mit Fragen zu pflegerrelevanten Gesundheitsprobleme 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 and 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, Moorer, & Dassen, 2000). Die Pflegeabhängigkeit wurde mit Hilfe der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) erhoben. Pflegende schätzten 15 Kategorien (Items), wie zum Beispiel „Essen und Trinken“, „Mobilität“, „Kommunikation“, ein. Den einzelnen Items wurden Punktewerte 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. Zur Einschätzung 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 dem 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)

Immobile Personen: Diese benötigen Hilfestellungen bei allen bzw. fast allen Aufgaben, die für Mobilität erforderlich ist. (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

Stichprobe

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 58 Prozent. Von 102 Pflegediensten waren 55 Prozent unter privater, 42 Prozent unter freigemeinnütziger und 3 Prozent unter öffentlicher Trägerschaft. Das Durchschnittsalter aller Klienten und Klientinnen lag in dieser Befragung bei 81 Jahren. Angaben zum Geschlecht lagen von 895 Klienten und Klientinnen vor. Der Frauenanteil lag in der IMKE-Studie bei fast 70 Prozent und die Klienten und Klientinnen wurden im Durchschnitt 3,1 Jahre betreut. 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.

Pflegesituation

Es wurde untersucht, ob mehr Klienten professionelle Hilfe bedürfen, aufgeteilt in „alleinlebend vs. nicht alleinlebend“ und „Stadtstaat vs. Flächenland“. Die Pflegekräfte der Klienten und Klientinnen in den Stadtstaaten waren häufiger der Meinung, dass ihre Klienten und Klientinnen mehr professionelle Hilfe bedürfen. Deutlich wird, dass Klienten und Klientinnen, die in einem Stadtstaat alleinlebend waren (53 Prozent), mehr professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollten als im Flächenland (37 Prozent).

Inkontinenz

Die Abbildung 1 zeigt die Prävalenz der Harninkontinenz der Klienten und Klientinnen, aufgeteilt in die einzelnen Bundesländer.

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

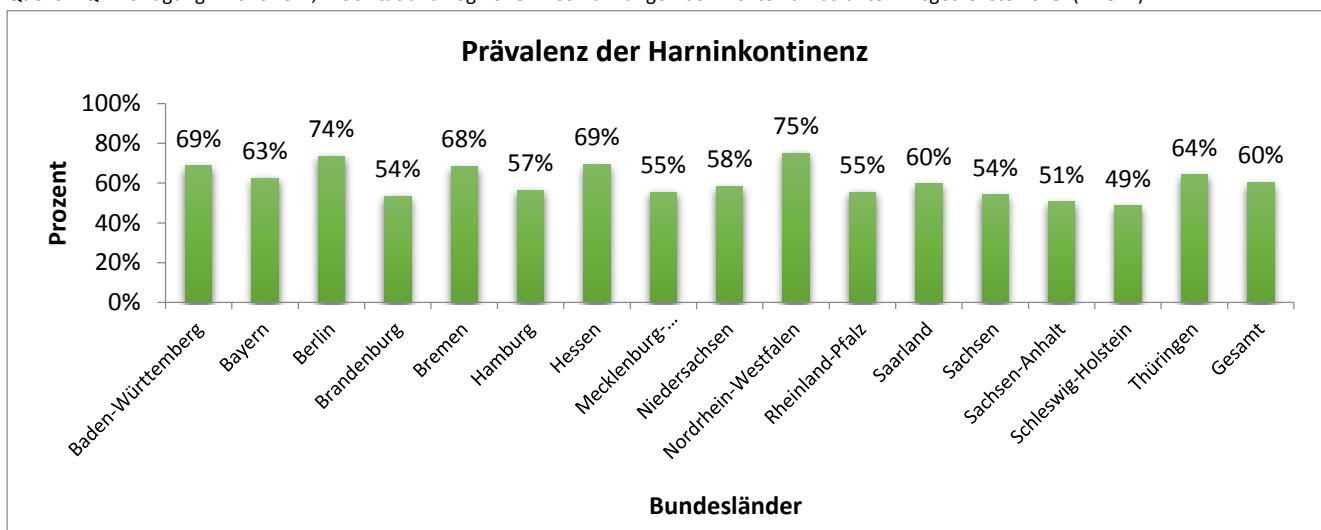


Abbildung 1 Prävalenz der Harninkontinenz unterteilt nach Bundesländern

Unterteilt in die einzelnen Bundesländer ließ sich feststellen, dass in fast jedem Bundesland (einige Ausnahme ist Schleswig-Holstein mit 49 Prozent) mehr als die Hälfte der betreuten Klienten und Klientinnen der ambulanten Dienste harninkontinent waren. Am häufigsten (75 Prozent) litten Klienten und Klientinnen aus Nordrhein-Westfalen unter einer Harninkontinenz. Gefolgt von Berlin mit 74 Prozent und Hessen und Baden-Württemberg mit 69 Prozent an dritter Stelle.

Mobilitätsstatus

Es 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.

Kognitive Leistungseinbußen

Die Abbildung 2 zeigt die Einstufung der kognitiven Leistungseinbußen durch die Anwendung der GDS aufgeteilt in einzelne Bundesländer.

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

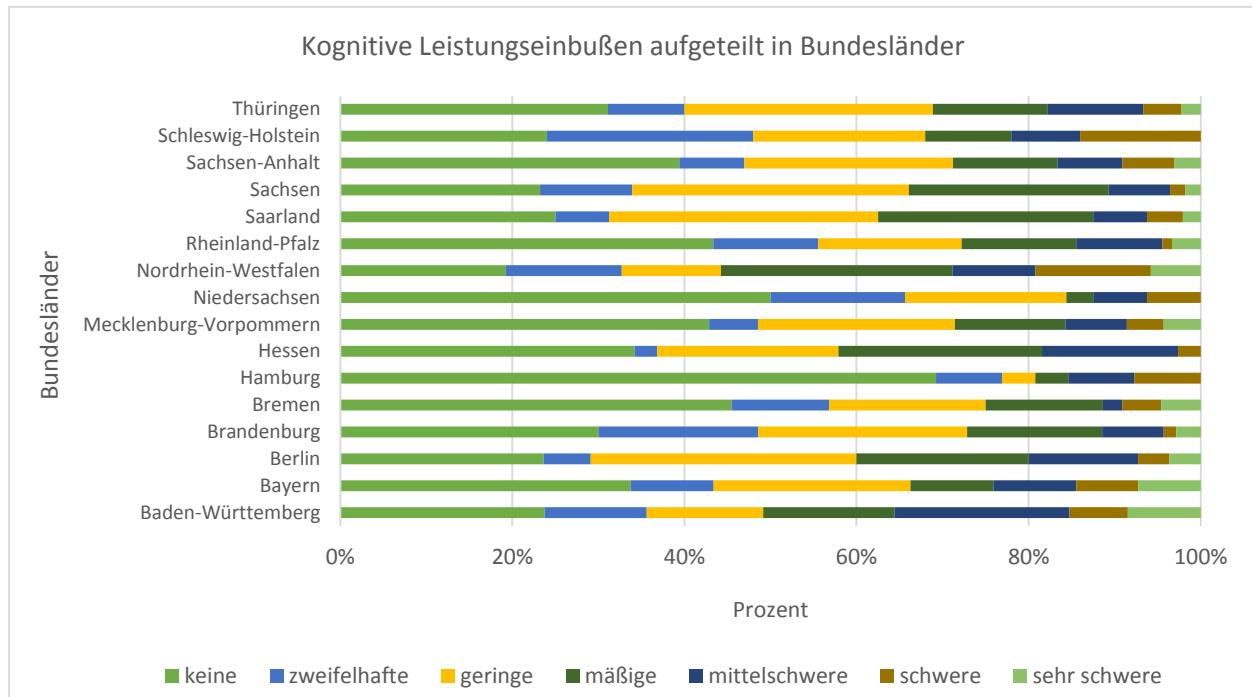


Abbildung 2 Kognitive Leistungseinbußen im Zusammenhang mit den Bundesländern

In Berlin, in Sachsen und im Saarland hatten 30 Prozent der Klienten und Klientinnen keine sowie zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen. In Hamburg oder Niedersachsen war der Anteil dieser Klienten und Klientinnen mehr als doppelt so hoch. Werden mittelschwere, schwere und sehr schwere kognitive Leistungseinbußen zusammen betrachtet, so waren in Sachsen und Bremen weniger als 12 Prozent betroffen, in großen Flächenländern, wie Baden-Württemberg oder Nordrhein-Westfalen hingegen, um 30 Prozent. In den Bundesländern Berlin, Saarland und Sachsen hatten über die Hälfte der teilnehmenden Personen geringe bis mäßige kognitive Einschränkungen.

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 - Global Deterioration Scale) 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 1 Kognitive Leistungseinbußen und Pflegestufen

Pflegestufe	GDS Einstufung								n
	keine	zweifelhafte	geringe	mäßige	mittelschwere	schwere	sehr schwere	n	
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; gewichtet)

In Tabelle 1 zeigt sich, dass fast 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 rund 7 Prozent.

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.

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. 51 Prozent der Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit einer Harninkontinenz hatten keine kognitiven Einschränkungen Abbildung 3 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; gewichtet)

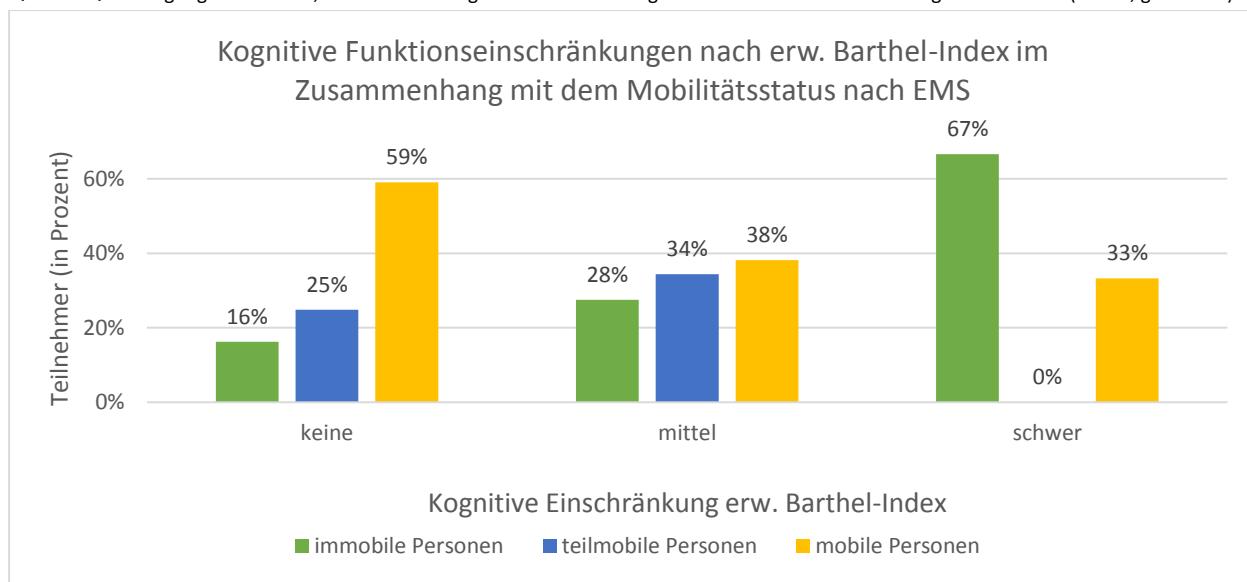


Abbildung 3 Kognitive Funktionseinschränkungen nach erweitertem Barthel-Index im Zusammenhang mit dem Mobilitätsstatus nach EMS (gewichtet)

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. 59 Prozent der Teilnehmer und Teilnehmerinnen ohne kognitive Einschränkungen waren gleichzeitig nicht in ihrer Mobilität eingeschränkt.

Diskussion

Die Validität der erhobenen Daten kann sowohl durch fehlerhafte Information als auch durch Selektion der Teilnehmer/innen in Frage gestellt werden. Auch in der IMKE-Studie wurde daher versucht, durch Verwendung validierter Instrumente, den möglichen Informationsbias weitgehend zu reduzieren.

Durch Non-response, sowohl auf der Ebene der Einrichtung als auch auf Ebene der Teilnehmer und Teilnehmerinnen (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 zum Teil erhebliche Unterschiede.
2. Bei der Selektion der Teilnehmer und Teilnehmerinnen lehnten ca. 50 Prozent den „Informed Consent“ ab 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, 2015).
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.

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, Kuntz, & Raeder, 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 Eipersonenhaushalt. In den Stadtstaaten lebten deutlich mehr Menschen allein als in den Flächenländern. 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.

Inkontinenz

Die durchschnittliche Prävalenz der Harninkontinenz bei Klienten und Klientinnen ambulanter Dienste 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 (Du Moulin, Hamers, Amberg, & Halfens, 2009) aus.

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 Personen 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 Harninkontinenz 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, Amberg, 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. 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. Windeler und Kollegen geben an, dass mehr als 60 Prozent der zuhause lebenden pflegebedürftigen Personen eine eingeschränkte Mobilität aufweisen (Windeler et al., 2008).

Kognitive Einschränkung

Nach aktuellen Schätzungen beläuft sich die Anzahl von demenzkranken 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. 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 multimorbidien hochaltrigen Klienten und Klientinnen eine Demenzerkrankung per Augenschein diagnostiziert wurde.

Schlussfolgerung

Mittels der IMKE Studie liegen aktuelle und repräsentative Zahlen zu Pflegeproblemen und zur Versorgungssituation von Klienten und Klientinnen ambulanter Pflegedienste in 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 Dritteln der Befragten kann Inkontinenz als zentralstes Pflegeproblem angesehen werden. Dabei sind die untersuchten Pflegeprobleme in hohem Maße assoziiert. So waren eingeschränkt mobile Klienten und Klientinnen fast immer auch harninkontinent. Je ausgeprägter die kognitive Leistungseinbußen desto stärker stieg die Prävalenz von Harninkontinenz an. Weiterhin zeigte sich, umso mehrkognitive 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.

Literatur

- 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.
- 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* Osnabrck: 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>
- 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
- 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>
- 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
- 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 fr 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
- Lbke, 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 Spaltenverbandes 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 Spaltenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
- Medizinischer Dienst des Spaltenverbandes 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.
- 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>
- Smith, R. (1994). Validation and Reliability of the Elderly Mobility Scale *Physiotherapy*, 80(11), 744-747.
- Statistisches Bundesamt (Ed.) (2015). *Pflegestatistik 2013 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Ländervergleich - Pflegebedürftige*. Wiesbaden.
- 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