

Adelheid Kuhlmei

Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention

Multimorbidity and the Need of Care in old Age – challenges for Prevention

The number of old and very old people with multiple illnesses and in need of nursing care is increasing. Multimorbidity is more than the sum of single illnesses; it is often associated with incontinence, cognitive deficits, immobility, risk of falls, and pain. People in need of nursing care are characterized by a high level of physical, psychological, and social vulnerability, as a result of which they are dependent on the help of others in their everyday lives. Against the background of the challenges facing health care services now and in the future, a first vital step is to prevent or delay multimorbidity and need for care by establishing age-specific prevention and health promotion services. This article summarizes research findings on the prevalence and development of multimorbidity and need for nursing care and discusses aspects of the current body of knowledge on health care in old age. It draws on findings and recommendations set out in the latest report of the Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System (www.svr-gesundheit.de).

Keywords

Multimorbidity, Need of Care, Prevention, Old Age

Die Zahl älterer und alter Menschen mit Mehrfacherkrankungen und Pflegebedürftigkeit nimmt zu. Multimorbidität ist mehr als die Summe einzelner Erkrankungen und geht häufig mit Inkontinenz, kognitiven Defiziten, Immobilität, Sturzgefährdung und Schmerzen einher. Den Zustand eines Menschen mit Pflegebedarf kennzeichnet ein Höchstmaß körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität, die dazu führt, dass der Lebensalltag nur mit fremder Hilfe aufrecht erhalten werden kann. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung der Gegenwart und Zukunft kommt zunächst der Vermeidung und Verzögerung von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit durch den Ausbau einer altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung hohe Bedeutung zu. Der Beitrag fasst die Befunde zur Prävalenz und Entwicklung von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit kurz zusammen und diskutiert Facetten des gegenwärtigen Erkenntnis-

eingereicht 22.7.2009

akzeptiert 16.9.2009 (nach Überarbeitung)

standes zur Gesundheitsvorsorge im Alter. Er greift dabei Befunde und Empfehlungen aus dem neuesten Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen auf (vgl. www.svr-gesundheit.de).

Schlüsselwörter

Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit, Prävention, Alter

Die demographische Entwicklung führt zu einer weiteren Alterung der deutschen Bevölkerung. Dabei wächst insbesondere der Anteil hochbetagter Menschen. Ihre speziellen Gesundheits- bzw. Krankheitszustände, zu denen das geriatrische Phänomen der Multimorbidität sowie Pflegebedürftigkeit gehören, fordern eine weitreichende Anpassung der Gesundheitsversorgung. Die Versorgung mehrfach erkrankter oder pflegebedürftiger alter Menschen ist eine Langzeitaufgabe mit dem Ziel des Erhalts einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit (Schaeffer 2008a). Prävention und Gesundheitsförderung sind in diesem Versorgungsprozess permanente und kontinuierliche Bestandteile.

1. Multimorbidität im Alter

Multimorbidität ist das Auftreten und Bestehen von mehreren Erkrankungen gleichzeitig, deren Bedeutung (insbesondere in der Wahrnehmung der Betroffenen) für die Wiederherstellung von Gesundheit nicht in eine Hierarchie gebracht werden können. Vielmehr entwickelt Multimorbidität eine eigene Dynamik in Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand und die körperliche sowie geistige Funktionsfähigkeit des Betroffenen.

Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens und die Komplexität von Mehrfacherkrankungen steigen mit dem Alter und treffen sozial benachteiligte ältere Menschen stärker. Allerdings erlaubt die derzeitige Datenlage keine zuverlässigen Aussagen zur Prävalenz von Multimorbidität in der Alterspopulation. Gründe liegen zum einen darin, dass schwer erreichbare, aber zugleich besonders vulnerable Personengruppen (wie z.B. hochbetagte, institutionalisierte, kognitiv eingeschränkte Personen oder Personen mit Migrationshintergrund) in zu geringem Maße an bevölkerungsrepräsentativen Studien beteiligt oder systematisch ausgeklammert wurden. Zum anderen lassen sich methodische Schwierigkeiten bei der Definition und Erfassung von Multimorbidität konstatieren. Vor diesem Hintergrund wird davon ausgegangen, dass jeder dritte über 70-jährige Bundesbürger an fünf mittelgradig schweren und fast jeder vierte an fünf gleichzeitig behandelten Erkrankungen leidet (Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996). Im Alterssurvey¹ 2002 sagen 24% der über 70-Jährigen von sich selbst, dass sie an fünf und mehr Erkrankungen leiden, während lediglich 7% keine Erkrankung aufwiesen (Tesch-Römer 2006).

¹ Befragt wurden Personen ab einem Alter von 40 Jahren.

Im Bundesgesundheitsurvey 1998 wurde die jährliche Prävalenzrate für zwei chronische Erkrankungen bei Männern zwischen 18 und 79 Jahren auf 39%, bei Frauen auf 57% geschätzt (siehe Beyer et al. 2007). Der telefonische Gesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts untersuchte eine repräsentative Stichprobe nicht institutionalisierter Erwachsener (18 Jahre und älter) zu chronischen Erkrankungen. In Bezug auf Multimorbidität wurde mittels eines summarischen Ansatzes ein Multimorbiditätsindex aus verschiedenen Diagnosen gebildet (Kohler & Ziese 2004). Folgende Krankheiten bzw. Krankheitsbereiche wurden zusammengefasst:

- Schlaganfall
- Herz-Kreislaufkrankheiten (Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)
- Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale, chronische Bronchitis)
- Krebserkrankungen
- Rückenbeschwerden (unabhängig von der Chronifizierung)
- Depression (unabhängig vom Prävalenzzeitraum)
- Diabetes mellitus
- Alle Formen der Hepatitis
- Hauterkrankungen (Psoriasis)
- Erkrankungen der Sinne (Schwindel, Ohrgeräusche)
- und Augenerkrankungen (grauer und grüner Star, Makuladegeneration)

Tabelle 1 zeigt unter Berücksichtigung dieses Multimorbiditätsindex eine deutliche Zunahme von Multimorbidität mit steigendem Alter bei beiden Geschlechtern. Etwa die Hälfte der über 65-jährigen Bundesbürger weist demnach drei oder mehr relevante chronische Erkrankungen auf.

Tab. 1: Multimorbiditätsindex im GStel03
(Quelle: Kohler & Ziese 2004)

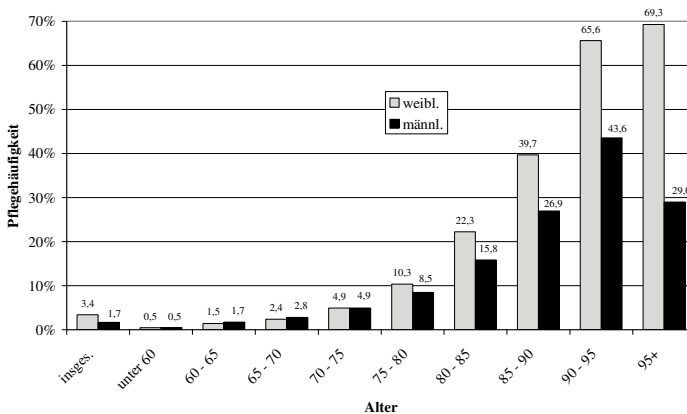
Teilgruppe	Krankheiten in ... Bereichen			
	0	1-2	3-4	>4
Männlich (gesamt)	20,0%	58,6%	18,8%	2,6%
18-29 Jahre	27,9%	59,6%	12,5%	0%
30-39 Jahre	24,0%	63,1%	12,4%	0,6%
40-65 Jahre	16,4%	59,8%	20,7%	3,1%
über 65 Jahre	9,4%	45,5%	36,2%	8,9%
Weiblich (gesamt)	13,8%	54,3%	25,7%	6,2%
18-29 Jahre	18,2%	63,7%	17,1%	1,0%
30-39 Jahre	16,8%	61,7%	19,5%	2,0%
40-65 Jahre	13,2%	54,5%	26,5%	5,8%
über 65 Jahre	7,1%	37,1%	39,3%	16,4%
Insgesamt	16,8%	56,4%	22,4%	4,5%

Multimorbidität stellt ein erhöhtes Risiko für das Eintreten von Behinderungen sowie funktionellen Einbußen dar, die sich nicht einfach summieren, sondern oftmals in komplexer und synergetischer Weise verstärken. Insbesondere jenseits des 80. Lebensjahres kommt es in der Folge dann zu Hilfeabhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. An einer Kohorte von 73 000 älteren BKK-Versicherten konnte gezeigt werden, dass 13,8% der als chronisch krank identifizierten Frauen und Männer pflegebedürftig im Sinne des SGB XI waren (Kuhlmey et al. 2003; Winter et al. 2006). Mit steigender Anzahl der Erkrankungen kommt es zu einer Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Robert Koch-Institut 2003). Dafür sind häufig auch die multimorbiditätsassoziierten Phänomene Schmerz, Schlafstörungen, Zustände nach Stürzen oder Inkontinenz und Mangelernährung verantwortlich.

2. Pflegebedürftigkeit im Alter

Pflegebedürftigkeit ist ein zentrales Gesundheitsrisiko in den Gesellschaften des langen Lebens und ein Zustand höchster körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität. Derzeit gelten 2,13 Millionen Bundesbürger und somit knapp 6% bzw. 112 000 mehr als noch 1999 als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Damit führte der Altersstrukturwandel zu einer absoluten Zunahme pflegebedürftiger Menschen (Statistisches Bundesamt 2007; DZA 2007). Die überwiegende Mehrheit (82%) aller Pflegebedürftigen ist 65 Jahre alt oder älter, wobei jeder dritte das 85. Lebensjahr bereits erreicht oder überschritten hat. Zugleich belegen Analysen der altersspezifischen Pflegequote, dass sie ab einem Lebensalter von 72 Jahren erstmals 5% beträgt und danach deutlich ansteigt, so dass das Pflegerisiko unter den 80- bis 85-Jährigen bereits 20,3% und im Alter zwischen 90 und 95 Jahren sogar 60,8% beträgt. Heute sind pflegebedürftige Männer im Mittel 68 Jahre; auf pflegerische Versorgung angewiesene Frauen 79 Jahre alt und somit gut eineinhalb Jahre bzw. ein halbes Jahr älter als noch 1999. Darüber hinaus sind Frauen sehr viel stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen, zudem wächst ihr Pflegebedarf im Alter deutlich schneller als bei Männern (DZA 2007) (Abbildung 1).

Abb. 1: Pflegehäufigkeit nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007; Berechnungen des SVR 2009

Modellrechnungen zufolge wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahrzehnten weiter erhöhen. Die nachfolgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Prognose zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit bis zum Jahre 2050. Die vom SVR in seinem jüngsten Gutachten veröffentlichte Tabelle zeigt, dass die Schätzungen in verschiedenen Prognosen weitgehend übereinstimmen. Für das Jahr 2030 reicht die Bandbreite der Status quo-Prognosen zwar von 2,61 bis 3,36 Millionen Pflegebedürftigen, bezogen auf die aktuelleren Vorausberechnungen zum Basisjahr 2005 bzw. 2007 verkürzt sich die Spanne aber auf 3,09 bis 3,36 Millionen, wobei die vom SVR prognostizierten 3,28 Millionen dazwischen liegen. Bei den Prognosen, die auf der Annahme der Morbiditätskompression aufbauen, gelangt das Statistische Bundesamt hier mit 2,95 Millionen Pflegebedürftigen nahezu zum gleichen Ergebnis wie die Sachverständigenrats-Prognose (2,93 Millionen).

Für das Jahr 2050 weist die Status quo-Prognose des Sachverständigenrates mit 4,35 Millionen die höchste Zahl an Pflegebedürftigen auf, andere neuere Vorausberechnungen erreichen aber ebenfalls Größenordnungen von um oder über 4 Millionen. Unter extremen Annahmen errechnet Dietz (2002: 238) sogar über 5 Millionen Pflegebedürftige.

Tab. 2: Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis 2050 (in Millionen)

Prognose	Jahr						
	Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050	
Berechnung des SVR 2009	SQ ¹	2,38	2,86	3,28	3,77	4,35	
	KT ²	2,24 (2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
Rothgang (2001)	SQ	1,86 (2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	-
	KT	1,85 (2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	-
Statistisches Bundesamt (2008)	SQ		2,40	2,91	3,36	-	-
	KT	2,13 (2005)	2,30	2,68	2,95	-	-
Rürup (2003)	SQ	1,90 (2002)	-	-	3,10	3,40	-
Blinkert, Klie (2001)	SQ	1,81 (1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
Dietz (2002)	SQ	1,82 (2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
Ottmad (2003)	SQ	2,01 (2002)	-	-	3,11	-	4,00
Häcker, Raffelhüschen (2006)	SQ	1,93 (2004)	-	-	-	-	3,79
Häcker, Höfer, Raffelhüschen (2005)	SQ	1,97 (2005)	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25

1 Status quo-Prognose;

2 Prognose bei Annahme der Morbiditätskompressionsthese

Quelle: GBE (2009), Statistisches Bundesamt (2006a), Rothgang (2001), Statistisches Bundesamt (2008), Rürup (2003), Blinkert (2001), Dietz (2002), Ottmad (2003), Häcker et al. (2005), Häcker et al. (2006), Darstellung und Berechnung des SVR 2009

3. Prävention im Alter

Einerseits sind weder Multimorbidität noch Pflegebedürftigkeit unabdingbare Konsequenzen des Alters. Altern ist ein normaler physiologischer Prozess und keine Krankheit (Kuhlmey 2003, 2008, 2009). Andererseits treten viele, vor allem chronische Erkrankungen, verstärkt in hohen Lebensjahren auf. Diese führen häufig in ihrer Kombination zu vulnerablen Gesundheitszuständen, die die betroffenen Frauen und Männer von Hilfe und Pflege abhängig machen. Werden diese Tatsachen nicht konsequent getrennt, entsteht die Gefahr, Mehrfacherkrankung und Pflegebedürftigkeit als unvermeidbar hinzunehmen und vorhandene Ressourcen und Potenziale eines alten Menschen nicht mehr wahrzunehmen. Angesichts der hohen Prävalenz von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter ist es wichtig, die Möglichkeiten zur Prävention der eingeschränkten Gesundheit im Alter intensiver als bislang zu erkennen und umzusetzen.

Altwerden in (relativer) Gesundheit ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu zählen *das persönliche Gesundheitsverhalten* (Renner/Staudinger 2008) ebenso wie die *Verhältnisse eines Gesundheits- und Versorgungssystems*, die *sozialen Ressourcen* (v. d. Knesebeck 2008), die im Lebenslauf erworben wurden, genauso wie biographische Ereignisse, die erst im Alter auftreten. Nicht zuletzt korreliert der Gesundheitszustand im Alter mit den Verhältnissen, die eine Gesellschaft für Menschen in höheren Lebensjahren bereithält, beispielsweise durch die Einbeziehung ins Arbeitsleben (Wurm/Tesch-Römer 2008), durch materielle Absicherungen eines Lebens nach Aufgabe der Berufsarbeit oder Rahmenbedingungen für die *soziale Teilhabe*.

Die Erhaltung der Gesundheit und der Unabhängigkeit wird von alten Menschen als eines der wichtigsten Lebensziele genannt. Analysiert man über die gesamte Lebensspanne die Bereiche, in die der Mensch investiert, so nimmt die Bedeutung der Gesundheit mit zunehmendem Alter zu. Im höheren und sehr hohen Alter steht schließlich die Gesundheit an oberster Stelle des Investments (Staudinger 1996). Dieser Zusammenhang wird durch Daten des Gesundheitsmonitors 2008 bestätigt: Während nur 42,6% der 18- bis 34-Jährigen ihre eigene Gesundheit als einen sehr wichtigen Lebensbereich angaben, bewerten 82,8% der Befragten ab 65 Jahre ihre Gesundheit als „sehr wichtig“. Die Bewertung der Gesundheit unterscheidet sich signifikant zwischen den Altersgruppen. Gleichzeitig kann eine Verschiebung der Relevanz unterschiedlicher Lebensbereiche von Partnerschaft als wichtigstem Bereich für 18- bis 34-Jährige und 35- bis 44-Jährige hin zu Gesundheit als der Lebensbereich mit dem höchsten Stellenwert für die Befragten ab 45 Jahre konstatiert werden. 74,3% der 45- bis 64-Jährigen bzw. 82,8% der 65-bis 79-Jährigen bewerten ihre Gesundheit als den wichtigsten Lebensbereich (vgl. Tabelle 3) (Kuhlmey et al. 2008).

Das Altern der Bevölkerung beeinflusst zwangsläufig auch Möglichkeiten und Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung in Alter. Das Ziel der Prävention im Alter ist eine verbesserte Vitalität und Lebensqualität sowie der Erhalt der Autonomie. Präventive Maßnahmen sollten dazu beitragen, den negativen Aspekten des Alterns entgegenzuwirken. Dabei scheint das gesunde normale Altern als eine Phase frei von jeg-

Tab. 3: Die fünf wichtigsten Lebensbereiche

18-34-Jährige	35-44-Jährige	45-64-Jährige	65-79-Jährige	Gesamt
1. Partner	1. Partner	1. Gesundheit	1. Gesundheit	1. Partner
2. Familie	2. Familie	2. Partner	2. Familie	2. Familie
3. Gesundheit v. Familie	3. Gesundheit v. Familie	3. Gesundheit v. Familie	3. Gesundheit v. Familie	3. Gesundheit v. Familie
4. finanzielle Sicherheit	4. finanzielle Sicherheit	4. Familie	4. Partner	4. Gesundheit
5. Beruf	5. Gesundheit	5. finanzielle Sicherheit	5. finanzielle Sicherheit	5. finanzielle Sicherheit

Quelle: Eigene Darstellung

lichen Funktionseinschränkungen nach wie vor ein umstrittenes, nicht erreichbares Konstrukt darzustellen. Unstrittig ist aber, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung eine Verhinderung, zumindest aber Verzögerung chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit erreicht werden kann (Kruse 2002, 2006; Renner/Staudinger 2008; Walter 2008; Garms-Homolová 2008). Dabei ist es mit Blick auf die Generation der älteren und alten Menschen nicht ausreichend, einzig Strategien zur Verminderung der Eintrittswahrscheinlichkeit von Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Vielmehr bedürfen Maßnahmen zur Erhaltung bereits beeinträchtigter Gesundheit und Funktionsfähigkeit besonderer Beachtung, um Ausweitungsgefahren einer eingetretenen Erkrankung oder einer Pflegeabhängigkeit zu begrenzen. Oder anders ausgedrückt: Notwendig ist, mehr als bislang in jedem Verlaufsstadium eines Krankheitsgeschehens präventive Potenziale alter Frauen und Männer auszuschöpfen (vgl. SVR 2000/2001).

Für ein heute noch nicht ausgeschöpftes präventives Potenzial alter Menschen sprechen die beträchtlichen Unterschiede im Anteil der Lebenszeit, die in gutem Gesundheitszustand verbracht werden, die von 45 bis über 80% bei Männern und bei Frauen von 37 bis 76% reichen (Steinhagen-Thiessen/Borchelt 1996; BMFSFJ 2002).

Darüber hinaus gibt es empirische Belege für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Alter. Dabei handelt es sich auch um Maßnahmen, die sich auf das *persönliche Gesundheitsverhalten* beziehen. So konnten Wilson et al. (1999) zeigen, dass regelmäßige Aktivitäten, wie z.B. Radio hören, Zeitung lesen, Museen besuchen etc. stark die kognitive Leistungsfähigkeit beeinflussen. Kruse (2008) belegte, dass körperliche Aktivität auf die kognitiven Fähigkeiten wirkt. Demnach kann eine erhöhte körperliche Aktivität zu einer spontanen Verbesserung der Gedächtnisleistungen um 35% führen (Kruse 2008). Die positiven Effekte der körperlichen Aktivität auf die physische Gesundheit älterer Menschen sind ebenso empirisch belegt. Bereits das Gehen über zwei Meilen und mehr pro Tag konnte die Lebenserwartung in einer Gruppe von älteren gesunden Männern im Durchschnitt um fünf Jahre verlängern (Hakim et al. 1998). Das Herzinfarkttrisiko von 40- bis 65-jährigen Frauen wurde mit mindestens drei Stunden Walking (zügiges Gehen) gegenüber inaktiven Frauen um 30 bis 40% verringert (Rocchill et al. 2001). Weiter trägt eine moderate körperliche Aktivität bei älteren Men-

schen signifikant zur Verringerung von Spätfolgen und Folgeerkrankungen eines Myokardinfarkts und der Gesamtmorbidität in den letzten Lebensjahren bei (Thompson et al. 2003). Einen positiven Effekt auf die Gesunderhaltung in den höheren Lebensjahren haben außerdem eine fettarme Ernährung sowie der Verzehr von Obst und Gemüse. Eine Studie an Personen der Altersgruppe der 50- bis 60-Jährigen belegt eine Verringerung der Gesamtmortalität durch eine fettarme Ernährung, ebenso wird hierdurch die Häufigkeit von koronaren Erkrankungen reduziert. Der Verzehr von Obst und Gemüse senkt zudem die Häufigkeit von Darm- und Blasenkrebs (Ornish et al. 1998; Renner/Staudinger 2008).

Verschiedene empirische Studien weisen darauf hin, dass Morbidität und Mortalität auch dann noch beeinflusst werden können, wenn Menschen erst im höheren Erwachsenenalter ihren Lebensstil ändern. So ist evident, dass Personen, die mit 65 Jahren aufgehört haben zu rauchen, gegenüber Personen, die weiter rauchen, eine höhere Lebenserwartung haben (vgl. dazu Renner/Staudinger 2008).

Reserven für die Gesunderhaltung und die Hinauszögerung multipler Erkrankungen oder einer Pflegeabhängigkeit sind aber nicht nur im Verhalten der alten Frauen und Männer zu suchen. Ebenso liegen diese in den *Verhältnissen des Gesundheitssystems*. So werden insbesondere weibliche biographische Stationen im Alter im Rahmen der medizinischen Versorgung als Krankheit umdefiniert: Zeiten von Lebensveränderungen, wie die empty nest-Phase nach dem Auszug der Kinder oder die Meno- und Postmenopause sind heute anfällig für medizinische Interventionen. Ein verändertes Ordnungsverhalten der Ärzte zum Beispiel könnte Frauen im Alter helfen, ihre Gesundheit positiv zu beeinflussen. Der hohe Medikamentenverbrauch vieler Frauen, insbesondere der Verbrauch von Beruhigungsmitteln und Psychopharmaka hat letztendlich auch mit den geschlechtsspezifischen Zuschreibungen vieler Ärztinnen und Ärzte zu tun. Sie neigen bei Frauen eher dazu, Symptome wie „psychische Überforderung“ oder „(Klimakteriums-)Depressionen“ zu diagnostizieren. Studien konnten zeigen, dass die häufigeren Medikamentenverordnungen für Frauen mit deren häufigeren Arztbesuchen zusammenhängen. An diesem Punkt schließt sich ein Kreislauf: Frauen äußern mehr Beeinträchtigungen des seelischen und körperlichen Befindens. Frauen gehen häufiger zum Arzt, Frauen bekommen häufiger Medikamente, besonders solche, die im psycho-vegetativen Bereich wirken, verschrieben (Glaeske 2002, Grande 2009). Andere Beispiele für eine erfolgreiche Verhältnisprävention von Pflegeabhängigkeit zeigen präventive Hausbesuche. Metaanalysen und systematischen Reviews zufolge liegt eine Evidenz für die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche hinsichtlich einer Reduktion der Mortalität und der Anzahl der Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen vor (van Haastregt et al. 2000; Ploeg et al. 2005; Walter 2008).

Darüber hinaus zeigte ein Modellprojekt zur integrierten wohnortnahen Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen Effizienz- und Effektivitätseffekte im Sinne der Aufrechterhaltung eines besseren Gesundheitsstatus trotz Pflegebedürftigkeit (Woltering 2007; siehe auch www.kaa-ahlen.de). Pflegebedürftige in einem solchen Versorgungssetting wurden im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne wohnortnahe

Pflegeberatung länger ambulant und weniger stationär gepflegt und verblieben länger in einer niedrigeren Pflegestufe. Des Weiteren konnten Kosteneinsparungen (u.a. durch vermiedene Krankenhausaufenthalte) für beratende Personen und eine sehr hohe Zufriedenheit der Angehörigen nachgewiesen werden.

Die Verhinderung bzw. Hinauszögerung einer Mehrfacherkrankung oder gar Pflegebedürftigkeit ist abhängig von den *sozialen Ressourcen*, die ein Mensch im Verlauf seines Lebens erwerben konnte. Evident ist z.B., dass die Prävalenz der Multimorbidität im Alter mit abnehmender sozialer Schicht ansteigt und in der unteren sozialen Schicht am höchsten ist (Helmert/Shea 1994). Darüber hinaus zeigen Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Statusindikatoren Einkommen und Berufsprestige und der subjektiven Gesundheit im Alter: So schätzten 51% der Befragten mit einem Haushaltseinkommen über 35.000€ ihre Gesundheit als sehr gut/gut ein, jedoch nur 35,4% mit einem Haushaltseinkommen kleiner als 30 000 Euro (v. d. Knesebeck 2004). Analysen zur Bedeutung von Risikofaktoren für das Auftreten einer Demenz nennen den Faktor „geringe formale Bildung“. Einige Studien zeigten, dass eine geringere bzw. kürzere Schulbildung mit einer höheren Prävalenz der Alzheimer-Demenz einhergeht.² Die höchste Prävalenz weisen Menschen auf, die Analphabeten sind bzw. keine Schulbildung hatten. Die Ergebnisse lassen sich am ehesten auf Trainingseffekte bei geistiger Arbeit zurückführen, möglich wäre jedoch auch eine gewisse Verzerrung. Besser Ausgebildete könnten in kognitiven Tests deshalb besser abschneiden, weil ihnen die Logik der erwarteten Lösung bekannt ist. Diese Erklärung dürfte die Unterschiede jedoch nicht gänzlich erklären (Callahan et al. 1996; Seidler 2004).

Für ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben im Alter ist die soziale Einbindung ein wichtiger Faktor. Aktivität, *soziale Teilhabe* und Sinnerfüllung stellen wichtige Einflussgrößen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit im Alter dar (Robert Koch-Institut 2002). In welchem Umfang der Mensch seine jeweils vorhandenen Kompetenzen in spezifischen Situationen verwirklicht, hängt zum einen von seiner Motivation ab und zum anderen von den Bedingungen der sozialen, institutionellen und räumlichen Umwelt. Inwieweit fördert diese die Verwirklichung der Kompetenz? Kompetenz meint dabei die Fähigkeit des Menschen zu einem selbständigen, aufgabenbezogenen und sinnerfüllten Leben in einem anregenden, unterstützenden und die effektive Auseinandersetzung mit Aufgaben und Belastungen fördernden Umfeld (Kruse 1996). Wenn Kompetenzen nicht mehr ausgeübt werden können, verkümmern sie und sind nicht mehr verfügbar, so dass geringere Kompetenzen – und man könnte ebenso formulieren: geringere Gesundheit oder geringere Autonomie – im Alter oft nicht Folge ihres Nichtvorhandenseins, sondern Folge ihres Nichtabgerufenwerdens sind. Die soziale Partizipation hat zum Beispiel positive Auswirkungen auf die Entwicklung kognitiver Funktionen im Alter. Je höher das Engagement eines alten Menschen ist, desto größer sind seine Kompensationsmöglichkeiten. Nicht zuletzt korre-

2 Diese Ergebnisse führten zur Bildung der ‚Reservekapazitäts-Hypothese‘. Dieser Hypothese folgend verfügen Personen mit höherer Bildung über eine größere Reservekapazität des Gehirns als Personen mit niedrigerer Bildung (Seidler, A. 2004). Es gibt Hinweise, dass intensives Lernen die Zahl der synaptischen Verbindungen erhöht und dadurch die kompensatorische Wirkung des Gehirns verbessern kann (Katzman 1993).

liert ein engagierter Lebensstil mit vermehrter körperlicher Aktivität und gesünderer Ernährung (Lövdén et al. 2005).

Präventionsmaßnahmen, die das Ziel haben, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern, müssen sich zum einen an Personen wenden, bei denen die Neuerkrankungsrate gesenkt werden soll. So gibt es auch bei Hochbetagten vermeidbare Neuerkrankungen, welche in keinem (direkten) Zusammenhang mit einer eventuell vorhandenen Multimorbidität und funktionellen Abhängigkeit stehen, dennoch aber schwerwiegende Folgen für die weitere Entwicklung des alten Menschen haben. Zu nennen ist beispielsweise die Pneumonie, die als häufige Folge der Influenza bei alten Menschen auftritt. Schutzimpfungen haben sich für diesen Personenkreis als sehr erfolgreich erwiesen (Garms-Homolová 2008). Zum anderen sind Maßnahmen, die eine frühzeitige Entdeckung von Erkrankungen und Funktionsverlusten ermöglichen oder den Wiedereintritt von Krankheitsereignissen und krisenhaften Zuspitzungen verhindern, Erfolg versprechend und bilden einen zentralen Aufgabenbereich bei multimorbiden Personen mit Pflegebedarf. Regelmäßige Augenuntersuchungen bei alten Menschen sowie Patienten der Langzeitpflege sind hier zu nennen. Diese dienen der Identifizierung behandlungsbedürftiger Personen und helfen Zustände akuter Verwirrtheit zu vermeiden oder dienen der Sturzprophylaxe. Hörtests sind ebenfalls bedeutsam, da eine reduzierte Hörfähigkeit bei alten Menschen zu großen Problemen im affektiven, zwischenmenschlichen sowie kognitiven Bereich führen. Präventive Hörtests dienen nicht nur der Identifikation eines drohenden Hörverlusts und einer Beeinträchtigung der Kommunikation, sondern auch der Vermeidung von Depressionen sowie der Reduktion von kognitiven Leistungen. Die regelmäßige Untersuchung des Zahn- und Mundstatus gilt gerade bei alten Menschen als erforderlich, deren Selbständigkeit im Bereich der persönlichen Hygiene und der Bewegung beeinträchtigt ist oder die sensorische bzw. kognitive Defizite zeigen (Garms-Homolová 2008).

Die Prävention für hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen umschließt ebenso die Vorbeugung einer akuten Verwirrtheit sowie die Vermeidung der Chronifizierung von Schmerz. Gefährdet von der akuten Verwirrtheit sind alte Menschen, die an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, viele Medikamente einnehmen und sich verschiedenen Behandlungen unterziehen müssen. Vorbeugende Maßnahmen umfassen in diesem Fall die Bereitstellung einer angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, die Berücksichtigung einer Infektions- und Unfallprophylaxe, die Schaffung bzw. Beibehaltung eines vertrauten Milieus durch die Vermeidung des Wechsels von Bezugspersonen und des Ortes, aber auch schlafhygienische Maßnahmen oder den Verzicht auf nicht dringend indizierte Krankenhauseinweisungen (Garms-Homolová 2008).

4. Fazit

Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit sind keine unabdingbaren Folgen des Alterns und doch steigt die Wahrscheinlichkeit, an diesen Gesundheitseinbußen zu lei-

den, mit dem hohen Alter stark an. Bislang sind weder die Chancen lebenslanger Gesundheitsförderung für den Erhalt einer relativen Gesundheit im Alter noch die Möglichkeiten zur Prävention bei bereits eingeschränkter Gesundheit ausgeschöpft. Beide Ansätze beinhalten Reserven, die bei konsequenter Umsetzung in den Lebens- und Versorgungsalltag zu einer längeren Aufrechterhaltung von Selbständigkeit und zum Erhalt von Lebensqualität im Alter beitragen könnten. Für die Gesundheitsprofession Pflege sollte diese Analyse Ansporn sein, bislang brachliegende präventive Kompetenzen in konkrete Handlungsfelder von Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen (Schaeffer 2008b). Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil Pflegefachkräfte mit entsprechender Zusatzqualifikation nun auf Beschluss des GKV Spitzenverbandes die Möglichkeit haben, selbständig Präventionskurse anzubieten und abzurechnen.

Literatur

- Beyer, M./Otterbach, I./Erler, A./Muth, C./Gensichen, J./Gerlach, F.M. (2007): Multimorbidität in der Allgemeinpraxis Teil I: Pragmatische Definition, Epidemiologie und Versorgungsprämissen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 83: 310-315
- Blinkert, B./Klie, T. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differenzierten Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050 (Expertise im Auftrag der Enquete-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages). März Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin
- Callahan, C.M./ Hall, K.S./Hui, S.L./Musick, B.S./Unverzagt, F.W./Hendrie, H.C. (1996): Relationship of age, education, and occupation with dementia among a community-based sample of African Americans. *Arch Neurol* 52: 134-140
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA) (2007): Report Altersdaten: Alter und Pflege. Berlin
- Dietz, B. (2002): Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform, Wiesbaden.
- Garms-Homolová, V. (2008): Prävention bei Hochbetagten. In: Kuhlmeier, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 263-275
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) (2009): Pflegebedürftige (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Alter, Geschlecht, Empfang von ambulanter/ stationärer Pflege oder Pflegegeld. Bonn
- Glaeske, G. (2002): Auffälligkeiten der geschlechtsspezifischen Versorgung in der GKV. In: Hurrelmann, K./Kolip, P (Hrsg.): *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber
- Grande, G. (2009): Chronische Erkrankungen im Erwachsenenalter - Geschlechtsspezifische Aspekte. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebensverlauf*. Bern: Huber, 321-340
- Häcker, J./Raffelhüschchen, B. (2006): Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des „Heimsog-Effekts“, Freiburg (Forschungszentrum Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Diskussionsbeiträge, Nr. 11)
- Häcker, J./Höfer, M.A./Raffelhüschchen, B. (2005): Reformkonzepte der Gesetzlichen Pflegeversicherung auf dem Prüfstand. Köln (Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft)
- Hakim, A.A./Petrovitch, H./Burchfiel, C.M./Ross, G.W./Rodriguez, B.L./White, L.R./Yano, K./Crub, J.D./Abbott, R.D. (1998): Effects of walking on mortality among non-smoking men. *The New England Journal of Medicine* 338: 94-99

- Helmert, U./Shea, S. (1994): Social inequalities and health status in Western Germany. *Public Health* 108: 341-356
- Katzman, R. (1993): Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's disease. *Neurology* 43: 13-20
- Kohler, M./Ziese, T. (2004): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Berlin (Robert Koch-Institut)
- Kruse, A. (2008): Psychologische Veränderungen im Alter. In: Kuhlmeiy, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 15-32
- Kruse, A. (2006): Der Beitrag der Prävention zur Gesundheit im Alter – Perspektiven für die Erwachsenenbildung. *Bildungsforschung* 3 (2): <http://www.bildungsforschung.org/Archiv/2006-02/gesundheit/> (Stand 2009-05-01)
- Kruse, A. (2002): *Gesund Altern. Stand der Prävention und Entwicklung ergänzender Präventionsstrategien*. Baden-Baden: Nomos
- Kruse, A. (1996): Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz. In: Baltes, M./Montada, L. (Hrsg.): *Produktives Alter*. Frankfurt/M., New York: Campus: 344-373
- Kuhlmeiy, A. (2009): Chronische Krankheit in der Lebensphase Alter. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebensverlauf*. Bern: Huber
- Kuhlmeiy, A./Hitzblech, T./Schnitzer, S. (2008): Alter und Gesundheit: Vorstellungen in unterschiedlichen Generationen. In: Böcken, J./Braun, B./Amhof, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Kuhlmeiy, A./Winter, M.H.-J./Maaz, A./Hofmann, W./Nordheim, J./Borchert, C. (2003): Alte Frauen und Männer mit starker Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (3): 233-240
- Lövden, M./Ghisletta, P./Lindenberger, U. (2005): Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and Aging* 20: 423-434
- Ornish, D./Scherwitz, L.W./Billings, J.H./Gould, K.L./Merritt, T.A./Sparler, S./Armstrong, W.T./Prots, T.A./Kirkeeide, R.L./Hogeboom, C./Brand, R.J. (1998): Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association* 280: 2001-2007
- Ottmad, A. (2003): *Die Pflegeversicherung: Ein Pflegefall, Wege zu einer solidarischen und tragfähigen Absicherung des Pflegerisikos*. München
- Ploeg, J./Feightner, J./Hutchinson, B./Patterson, C./Sigouin, C./Gauld, M. (2005): Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people. *Meta-analysis of randomized controlled trials*. *Can Fam Physician* 51 (9): 1244-1245
- Renner, B./Staudinger, U.M. (2008): Gesundheitsverhalten alter Menschen. In: Kuhlmeiy, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 193-206
- Robert Koch-Institut (RKI) (2003): *Multimorbidität in Deutschland. Stand - Entwicklung - Folgen*. Berlin
- Robert Koch-Institut (RKI) (2002): *Gesundheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10*. Berlin
- Rockhill, B./Willett, W.C./Manson, J.E./Leitzmann, M.F./Stampfer, M.J./Hunter, D.J./Colditz, G.A. (2001): Physical activity and mortality: A prospective study among women. *American Journal of Public Health* 91: 578-583
- Rothgang, H. (2001): *Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche alternative Konzepte (Expertise für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestages)*. Bremen
- Rürup-Kommission (2003): *Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme - Bericht der Kommission*. Berlin
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2000/2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*. Bde. I-III. Bonn
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2005): *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen*. Bonn

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Bonn
- Schaeffer, D./Büscher, A./Ewers, M. (2008a): Ambulante pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, 352-369
- Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hrsg.) (2008b): *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*. Weinheim: Juventa
- Seidler, A. (2004): Können psychosoziale Faktoren vor der späteren Entwicklung einer Demenzerkrankung schützen? *Jahrbuch für Kritische Medizin* 40: 40-48
- Statistisches Bundesamt (2008): *Demografischer Wandel in Deutschland - Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007): *Pflegestatistik 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2006): *Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden
- Staudinger, U.M. (1996): Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In: Baltes, M./Montada, L. (Hrsg.): *Produktives Alter*. Frankfurt/M., New York: Campus, 344-373
- Steinhagen-Thiessen, E./Borchelt, M. (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: Mayer, K.U./Baltes, P.B. (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 151-183
- Tesch-Römer, C./Engstler, H./Wurm, S. (2006): *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden
- Thompson, P.D./Buchner, D./Pina, M.D./Balady, G.J./Williams, M.A./Marcus, B.H./Berra, K./Blair, S.N./Costa, F./Franklin, B./Fletcher, G.F./Gordon, N.F./Pate, R.R./Rodriguez, B.L./Yancey, A.K./Wenger, N.K. (2003): Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease. *Circulation* 107: 3109-3116
- van Haastregt, J.C.M./Diederiks, J. P.M./van Rossum, E./de Witte, L.P./Crebolder, H.F.J.M. (2000): Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ* 320: 754-758
- von dem Knesebeck, O. (2008): Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 120-130
- von dem Knesebeck, O. (2004): Sozialer Status und subjektive Gesundheit im Alter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 8 (3): 262-272
- Walter, U. (2008): Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention im Alter. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, 245-262
- Wilson, R.S./Bennett, D.A./Beckett, L.A./Morris, M.C./Gilley, D.W./Bienais, J.L./Scherr, P.A./Evans, D.A. (1999): Cognitive activity in older persons from a geographically defined population. *Journal of Gerontology* 54: 155-160
- Winter, M.H.-J./Maaz, A./Kuhlmei, A. (2006): Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt* 49 (6): 575-582
- Woltering, U. (2007): *Qualitätshandbuch der KAA-Pflege- und Wohnberatungsstelle Ahlen*. <http://www.kaa-ahlen.de> (Stand 2009-05-14)
- Wurm, S./Tesch-Römer, C. (2008): Gesundheit älterer Erwerbstätiger. In: Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber, 131-143

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei

Charité - Universitätsmedizin Berlin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften,
 Institut für Medizinische Soziologie
 Thielallee 47, 14195 Berlin, adelheid.kuhlmei@charite.de

Doris Schaeffer

Chronische Krankheit und Multimorbidität im Alter – Versorgungserfordernisse diskutiert auf der Basis eines Fallverlaufs

Chronic illness and multi-morbidity in later life – health care needs based on a case study

Socio-demographic and epidemiological changes have far-reaching implications for public health. In particular, these include the steady increase in chronic conditions, loss of function, as well as multi-morbidity and need for care. Many of the health problems that occur primarily in old age are not yet adequately addressed by the health care system. The objective of this article is to identify deficits in health care delivery and to discuss implications for an age-appropriate care for patients with chronic conditions and multi-morbidity. A case study approach is used that was part of a qualitative study on the self-management of chronic illness.

Keywords

chronic disease, multi-morbidity, appropriate care for the elderly, case study

Die soziodemografische und epidemiologische Entwicklung zieht weitreichende Veränderungen der gesundheitlichen Problemlage der Bevölkerung nach sich. Anzuführen ist allem anderen voran die anhaltende Zunahme chronischer Krankheiten, dauerhafter Funktionseinbußen, ebenso von Multimorbidität und auch Pflegebedürftigkeit. Viele dieser sich vor allem im höheren Alter zeigenden Gesundheitsprobleme werden vom Versorgungssystem bislang nicht adäquat beantwortet. Ziel des Beitrags ist es, bestehende Versorgungsdefizite aufzuzeigen und zu analysieren, welcher Schritte es bedarf, um zu einer altersgerechten Versorgung bei chronischer Krankheit und Multimorbidität zu gelangen. Dabei wird eine spezielle Vorgehensweise gewählt. Die Analyse erfolgt auf der Basis einer Fallrekonstruktion, die im Rahmen einer qualitativen Studie zum Selbstmanagement chronischer Erkrankung durchgeführt wurde.

Schlüsselwörter

chronische Krankheit, Multimorbidität, altersgerechte Versorgung, Fallrekonstruktion/-verlauf

eingereicht 22.7.2009

akzeptiert 24.8.2009 (nach Überarbeitung)

Einleitung

Die voranschreitende Alterung der Bevölkerung wirft eine ganze Reihe neuer gesellschaftlicher Fragen auf und stellt auch das Gesundheitswesen vor zahlreiche Herausforderungen, wie mehrere Expertenberichte in den vergangenen Jahren gezeigt haben (BMFSFJ 2002; WHO 2002; Deutscher Bundestag 2002; FES 2009; SVR 2009). Die auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsförderung harrenden Herausforderungen wurden bereits von Adelheid Kuhlmeier dargelegt. Nachfolgend geht es daher vor allem um die mit dem demografischen Wandel einhergehende Zunahme von chronischen Krankheiten, dauerhaften Funktionseinbußen, Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität sowie die damit verbundenen Konsequenzen für die Versorgung und Pflege. Dabei wird ein spezieller Zugriff gewählt: thesenförmig werden auf der Basis einer Fallrekonstruktion¹ typische mit chronischer Krankheit, Multimorbidität und Funktionseinschränkungen im Alter einhergehende Versorgungsprobleme aufgezeigt und unter der Frage diskutiert, welche Anpassungsschritte erforderlich sind, um zu einer altersgerechten Versorgung zu gelangen.

Ella und Eddy

Im Mittelpunkt des nachfolgenden Falls stehen Ella und Eddy, ein Geschwisterpaar. Ella ist zum Zeitpunkt der Fallrekonstruktion 83 und Eddy 81 Jahre alt. Ella, deren Perspektive der Fallrekonstruktion zugrunde liegt, hat soeben beschlossen, ihren schwerkranken Bruder Eddy bei sich aufzunehmen. Er hat ein Prostatakarzinom und befindet sich, wie man ihm während eines Krankenhausaufenthalts ohne Umschweife eröffnet, „im Endstadium“ und kann sich nicht mehr allein zu Hause versorgen.

Ella und Eddy verbindet eine enge Beziehung: Als junge Erwachsene sind sie in den Kriegswirren gemeinsam geflohen, haben sich dabei verloren, wieder gefunden, dann in einer westdeutschen Kleinstadt niedergelassen, dort jeweils geheiratet und ihre Leben in enger familialer Verbundenheit geteilt: Hier liegt sicher ein Motiv für Ellas Entscheidung: dass sie Eddy nun helfen muss, ist für sie selbstverständlich. Ella hat vor einem Jahr ihren Mann verloren. Er litt seit etlichen Jahren unter einer Demenz. Eines Nachts stürzte er zu Hause, wurde daraufhin in ein Krankenhaus eingeliefert, von hier aus in eine Geriatrie überwiesen und verstarb dort innerhalb weniger Tage – allein, man hatte sie nicht rechtzeitig benachrichtigt. Es mag auch Unbehagen darüber geschuldet sein, dass ihr Ehemann sein Leben allein in einer Institution beendet hat, dass Ella, als von den Krankenhausärzten – für sie unerwartet – die Frage an sie herangetragen wird, was nun mit ihrem krebskranken Bruder geschehen solle, spontan entscheidet, Eddy

¹ Der dargestellte Fall wurde im Rahmen eines Projekts zum Selbstmanagement chronischer Krankheit – speziell des mit ihnen einhergehenden Medikamentenregimes – erhoben (Haslbeck 2007, 2008; Müller-Mundt et al. 2008). Das Projekt gehört zu dem vom BMBF von 2004 bis 2010 geförderten NRW Pflegeforschungsverbund. Die sich über einen Zeitraum von ca. vier Monaten erstreckende Fallrekonstruktion erfolgte mittels offener Interviews und Telefongespräche; die Auswertung fallrekonstruktiv. Dazu wurde zunächst eine Auswertung objektiver Faktendaten, dann eine Textsequenzierung, Themenanalyse und Interpretation der einzelnen Interviews vorgenommen. Am Ende wurden die Auswertungsschritte zusammengeführt (zur Vorgehensweise Schaeffer 2002).

bei sich aufzunehmen und zu umsorgen. Gesundheitlich traut sie sich diese Aufgabe zu, denn abgesehen von einem Altersasthma und sie dann und wann plagenden Rückenschmerzen geht es ihr recht gut.

Auch Eddy hat zu diesem Zeitpunkt bereits eine langwierige Krankheitsgeschichte hinter sich, die ihn *und* seine Frau Luzi umfasst. Er selbst leidet seit mehreren Jahren unter einem Prostatakarzinom (sowie von ihm nicht weiter für wichtig befundenen Blutdruckbeschwerden) und seine Frau Luzi ist – hierin gleichen sich die Familien der Geschwister – ebenfalls seit langem demenziell erkrankt. Sie leidet dabei – anders als sein verstorbener Schwager – unter motorischer Unruhe, wandert ununterbrochen umher, wird rasch aggressiv und kann nicht ohne Beaufsichtigung sein. Eddy hat Luzi mit großer Selbstverständlichkeit jahrelang gepflegt und dabei zugleich den Haushalt allein und ohne Hilfe geführt. Er war stolz auf seine Autonomie und wollte keinerlei Fremdhilfe. Doch dann kippte die lange Zeit mühsam aufrecht erhaltene Balance: bei Luzi spitzten sich die Krankheitssymptome weiter zu und gleichzeitig ging es auch ihm immer schlechter, so dass er den wachsenden Anforderungen der Betreuung von Luzi nicht mehr gewachsen war. Deshalb hat er sich nach längerem Ringen schweren Herzens entschieden, Luzi in die Obhut eines Heims zu übergeben – eine für ihn schwere Entscheidung.

Nur wenige Tage liegt die Heimeinweisung zurück, da wird Eddy überraschend in ein Krankenhaus eingeliefert. Er hat seit längerem starke Schmerzen in der Leistengegend, war aber zu sehr mit Luzi beschäftigt, um sich darum zu kümmern. Als er den immer wieder verschobenen Arzttermin endlich wahrnimmt, wird er umgehend in das Krankenhaus eingewiesen. Dort wiederum wird ihm und Ella (als der nächsten Verwandten) nach wenigen Tagen ungeschminkt mitgeteilt, dass er sich im Endstadium befinde und er nicht mehr in die häusliche Umgebung entlassen werden könne.

Wie Eddy diese Nachricht verarbeitet hat, wird nicht thematisiert – auch nicht, wie er seine Entscheidung, Luzi einem Heim anzuvertrauen, unter dem Eindruck dieser Entwicklung einschätzt: Ob er erleichtert ist und es als glückliche Fügung empfindet, dass er diese Entscheidung getroffen und bereits eingeleitet hat oder ob er noch zwiespältig ist. Eddy spricht nicht mehr darüber und ist voll und ganz mit sich und seiner unüberschaubaren Krankheitssituation beschäftigt und davon absorbiert. Fakt ist aber, dass er Luzi nicht wiedersehen wird und seine Entscheidung einer Trennung gleichkommt.

Ella kompensiert dies soweit sie kann: Sie besucht Luzi fortan regelmäßig im Heim und kümmert sich um Eddy. Dass er im „Endstadium“ sein soll – ein Begriff, den sie immer wieder verwendet, geradezu als wolle sie ihm die Fremdheit nehmen –, vermag sie nicht ganz zu glauben: Eddy hat zwar stark abgenommen und ist nicht mehr so mobil, macht ansonsten aber einen munteren Eindruck.

Zwei Tage, nachdem Ella zugestimmt hat, Eddy aufzunehmen, wird er entlassen – ohne ein Hilfspaket und auch ohne jede Nachfrage, wie die häusliche Betreuungssituation bei Ella beschaffen ist, ob ein Pflegebett benötigt wird etc. Die ersten Tage verstreit-

chen, das Betreuungsarrangement klappt gut, auch die neue Alltagsorganisation wird kompetent angegangen: Der Hausarzt wird per Taxi angefahren, Eddys Wäsche und auch seine Post aus der alten Wohnung werden ebenfalls auf diese Weise geholt, eingekauft wird mit familialer Hilfe und: Eddy wird fürstlich umsorgt und bekocht, weil er, so Ella, „was zum Zusetzen braucht“. Ihre ganze Sorge ist darauf gerichtet, Eddy aufzupäppeln – ohne großen Erfolg.

Eddy genießt die Fürsorge, denn bislang war er immer der Sorgende, aber: er kann nicht essen. Er hat stechende Schmerzen und sie quälen ihn Tag und Nacht. Auch die Frage, wie es mit ihm weitergehen wird, was mit seiner Wohnung passieren soll und ob er bei Ella bleiben kann, zehrt an ihm und nimmt ihm jeden Appetit. Immer wieder schneidet er diese Themen an und versucht Ella das Versprechen abzunehmen, dass ihr Arrangement dauerhaft ist (denn andernfalls ist Luzis Heimaufenthalt nicht mehr bezahlbar). Ella reagiert beruhigt, aber nicht ganz eindeutig: oft versucht sie ihn mit dem Verweis „Jetzt bist du doch hier“ abzulenken. Die Restunsicherheit nagt an Eddy, ebenso die dauernden Schmerzen.

Zwei Wochen ist Eddy bei Ella, da kommt Besuch. Er sieht den schmerzgequälten Eddy und empfiehlt, bei dem behandelnden Arzt darauf zu bestehen, dass Eddy eine vernünftige Schmerztherapie bekommt. Am nächsten Tag fahren Eddy und Ella wieder per Taxis zum Hausarzt und bekommen entsprechende Medikamente verschrieben. Um was es sich handelt und wie Eddy die Medikamente einnehmen soll, wissen sie nicht genau.

Abends nimmt Eddy eine der verschriebenen Tabletten und will einige Zeit später ins Bett gehen. Auf dem Weg dorthin sackt er vor seinem Zimmer zusammen. Er ist wie benommen und kommt nicht mehr hoch. Unter großen körperlichen Mühen gelingt es Ella, ihn ins Bett zu schaffen. Am nächsten Tag beschließen beide, Eddy solle die Tablette erst im Bett einnehmen und nicht mehr aufstehen. Gesagt, getan. Doch dann steht Eddy doch noch einmal auf, Harndrang treibt ihn zur Toilette und auf dem Weg dorthin stürzt er wieder. Diesmal gelingt es Ella nicht allein, ihn ins Bett zu befördern – Eddy ist zu schwer. Sie ruft in der Nachbarschaft um Hilfe. Eine Nachbarin kommt – doch auch zu zweit ist ihnen nicht möglich, Eddy ins Bett zu tragen. Ratlosigkeit: Es ist Abend, was tun? Die Frauen versuchen, Hilfe herbei zu telefonieren. Nach mehreren vergeblichen Telefonaten gelangen sie an einen Pflegenotdienst. Er schlägt vor, den Notarzt anzurufen. Als betont wird, dass Eddy aber auf dem kalten Boden liege und unterkühle, bietet er wenig überzeugt an, vorbeizuschauen. In diesem Moment kommt eine weitere Nachbarin dazu. Dem Pflegenotdienst wird abgesagt und Eddy von den drei Frauen ins Bett geschafft. Am nächsten Morgen ist er recht munter und kann sich an nichts erinnern.

Ella und Eddy beschließen, die Medikamente zu reduzieren. Zwei oder drei Tage lang geht das gut, dann stürzt Eddy wieder abends auf dem Weg ins Bad. Dieses Mal ist niemand erreichbar, der helfen kann. Daher ruft Ella den Notarzt und der überweist Eddy in das Krankenhaus. Dort bleibt er drei Tage, dann wird er wieder nach Hause entlassen: medikamentös neu eingestellt, aber nach wie vor ohne Hilfpaket.

Zweimal wiederholt sich dies in den nächsten zwei Wochen, aber inzwischen unter Protest von Eddy: Er will nicht mehr in das Krankenhaus. Doch Ella weiß sich nicht anders zu helfen, wie soll sie allein mit ihm fertig werden? Beim dritten Krankenhausaufenthalt wird Ella einbestellt. Beiden wird von dem behandelnden Arzt unmissverständlich mitgeteilt, dass es so nicht weiter gehe, das Krankenhaus nicht der richtige Ort für Eddy sei, er austherapiert, ergo dort nichts mehr für ihn machbar sei und er in eine Palliativeinrichtung oder ein Heim müsse, wenn das Versorgungsarrangement mit Ella nicht mehr klappt. Eddy fleht Ella an, sie habe doch versprochen, dass er bei ihr bleiben könne, er habe schon nicht in das Krankenhaus gewollt und gehe auf keinen Fall in ein Heim. Ella schweigt.

In dieser Nacht kann sie nicht schlafen: langsam dämmt ihr die Tragweite der Situation und zugleich wird sie sich ihrer Grenzen bewusst. Am nächsten Nachmittag erklärt sie Eddy, dass sie es nicht mehr schaffe. Eddy ringt mit ihr, versucht sie zu überreden: Er will zu ihr nach Hause. Aber: Ella hat sich bereits anders entschieden. Sie konnte sich vorstellen, Eddy zu umsorgen, nicht aber, ihn bei sich zu Hause sterben zu sehen und zu pflegen. Wie soll sie das auch körperlich schaffen? Denn inzwischen ist Eddy bettlägerig und nicht mehr ganz kontinent. Dem Arzt hat sie das vormittags bereits signalisiert. Er hat darauf hin den Sozialdienst eingeschaltet und von dem wurde ihr mitgeteilt, dass zufällig ein Platz in der zum Krankenhaus gehörenden Kurzzeitpflegeeinrichtung frei geworden sei. Zumindest zwei Wochen lang könne Eddy dort bleiben. Sie hat sogleich zugestimmt. Eddy jammert, schimpft und wehrt sich angesichts dieser Entscheidung zunächst, doch als er zu begreifen beginnt, dass es aussichtslos ist, verstummt er und schweigt. Schon am nächsten Tag wird Eddy verlegt. Er schweigt noch immer. Auch als Ella ihn wenige Stunden später besucht, schweigt er und dreht sich weg. Noch ist Ella zuversichtlich, dass Eddy sich bald wieder beruhigt. Doch es kommt anders. In den nächsten Tagen verschlechtert sich sein Zustand rapide, und drei Tage später verstirbt er – allein. Die Pflegekraft hatte ihn als sein Sterben begann gefragt, ob sie Ella benachrichtigen und holen solle. Er hatte kopfschüttelnd abgelehnt.

Nach seinem Tod besucht Ella weiterhin regelmäßig Luzi im Heim. Mehrfach versucht sie ihr nahezubringen, dass Eddy verstorben ist. Luzi versteht sie nicht und bald darauf erkennt sie auch Ella nicht mehr.

Soweit der Fall. Gewissermaßen ermöglicht er Einblick in die *demografische Zukunft*: Denn beide – Ella wie Eddy – befinden sich im hohen Alter und beide beweisen bei der Bewältigung ihrer Situation lange Zeit, wie schon heute gewünscht und gefordert, ein hohes Maß an Autonomie. Dennoch geraten sie gesundheits- und altersbedingt irgendwann an Grenzen und diese zeigen sich jeweils in den Spätphasen chronischer Erkrankung. Wie epidemiologische Daten (Kuhlmey 2008, 2009; Kuhlmey/Schaeffer 2008), aber auch Verlaufsstudien zeigen (Hellige 2002; Höhmann et al. 2004; Schaeffer 2004; Müller-Mundt et al. 2008), kumulieren dann Gesundheits- und Krankheitsprobleme und stellen sich neben chronischer Krankheit ggf. Multimorbidität und Funktionseinschränkungen sowie Pflegebedürftigkeit ein. Viele von ihnen gehen mit (alters-)spezifischen Anforderungen an das Versorgungssystem

einher, werden dort jedoch – wie der Fall zeigt – nicht adäquat wahrgenommen und beantwortet. Betrachtet wird dies nun genauer entlang des Fallverlaufs. Ich beginne mit dem Thema Multimorbidität, setze dann mit dem Thema Kommunikationsprobleme zwischen professionellen Akteuren und Patienten/Nutzern (speziell bei der Krankenhausentlassung) fort und widme mich dann den Themen Medikamenten- bzw. Schmerzversorgung, ambulante Pflege, Palliativversorgung und Bedeutung bzw. Pflegebereitschaft von Angehörigen.

Multimorbidität betrifft auch das soziale Umfeld

Wie der Fall von Ella und Eddy zeigt, ist Multimorbidität nicht nur eine Kategorie zur Beschreibung der Vielschichtigkeit individueller Gesundheits- bzw. Krankheitszustände speziell im Alter, sondern auch des sozialen Systems, in dem sie bewältigt und versorgt werden. Jeder Einzelne der beteiligten zwei Paare befand bzw. befindet sich in einer fragilen Gesundheitssituation, Ella ist noch die robusteste von ihnen. Aber sie ist auch die älteste und allein aufgrund ihres Alters und Altersasthmas nicht unbegrenzt belastbar. Alle anderen befinden sich in einem durch mehrere dauerhafte Gesundheitseinbußen und chronische Krankheiten, also Multimorbidität, charakterisierten Gesundheitszustand, können aber zusammen – als soziales System – lange Zeit relative Stabilität bewahren und die Situation autonom und mit einem hohen Maß an Eigeninitiative bewältigen. Allerdings sind sie auch als soziales System fragil und daher nicht unbegrenzt belastbar.

Im Versorgungswesen gerät dies nicht in den Blick und das gilt generell für die sozialen Dimensionen des Falls. Einer weitgehend individuenzentrierten Problemwahrnehmung und Zugriffsweise verhaftet, bleiben die professionellen Akteure bei einer isolierten Betrachtung und Prozedierung des jeweiligen Einzelfalls – in der zurückliegenden Darstellung des Falls von Eddy –, ohne zu realisieren, dass sie einen Paarverlauf (Eddy und Luzi) bzw. einen Familienverlauf (Ella und Eddy) vor sich haben. Dass hier ein Umdenken (Perspektivenerweiterung) erforderlich ist und die Bewältigung chronischer Krankheit und Multimorbidität stets auch in ihren sozialen und systemischen Bezügen betrachtet werden muss und daher eine systemische bzw. familienorientierte Herangehens- und Zugriffsweise erforderlich ist, stellt eine keineswegs neue, gleichwohl noch immer zu wenig beachtete Erkenntnis dar (Gehring et al. 2001; Schnepf 2002; Corbin/Strauss 2004; Schönberger/von Kardorff 2004; Büscher 2007). Dies gilt sowohl auf theoretischer Ebene wie auch – so ist am Fall von Ella und Eddy zu sehen – im Versorgungsalltag. Des Weiteren bedarf die Stabilität bzw. Instabilität oder – wie hier – Fragilität des sozialen Bewältigungssystems bzw. Hilfenetzes stärkerer Beachtung, um so von vornherein Überstrapazierungen zu vermeiden.

Kommunikationsprobleme: Aufeinanderprallen unterschiedlicher Relevanzsysteme

Der Fall macht als Weiteres auf eine ganze Reihe an Kommunikationsdefiziten im Versorgungsalltag aufmerksam. Sie zeigen sich u.a. in der Kommunikation der professionellen Akteure mit Eddy und Ella und hier bei der Aufklärung: sei es als Eddy eröffnet wird, dass er nicht mehr lange zu leben hat oder als ihm später mitgeteilt wird, dass er im Krankenhaus fehlplatziert ist. Die Aufklärung, richtiger: die Befundmitteilung, erfolgt jeweils ungeschminkt und direkt, ohne jede Abfederung. In ihrer Nüchternheit gleicht sie – zugespitzt formuliert – geradezu einer Preismitteilung am Marktstand oder – kommunikationstheoretisch ausgedrückt – einer bloßen Informationsweitergabe, für die, so Luhmann (1986), typisch ist, dass sie rein sach- und faktenorientiert ist und von der subjektiven Situation des Rezipienten und seinen Möglichkeiten der Informationsverarbeitung abstrahiert, ebenso von der Bedeutung der Informationsinhalte für das Gegenüber².

Für Eddy geht es jedoch nicht um reine Sachzusammenhänge oder „objektive“ Fakten, sondern um subjektiv äußerst folgenreiche Befunde, ja um sein *Leben*, von dem er mit unumstößlicher Gewissheit erfährt, dass es nicht mehr lange währen wird. Mag er dies insgeheim antizipiert haben – so ließe sich seine Entscheidung, Luzi der Obhut eines Heims zu übergeben, interpretieren – es als Gewissheit zu erfahren, ist etwas Anderes. Viele Studien zeigen, dass diese Gewissheit immer zahlreiche Irritationen provoziert, sie, ebenso wie die Mitteilung schwerwiegender Diagnosen, immer einem biografischen Einschnitt – einer Zäsur – gleichkommt und die Betroffenen oft zunächst in einen schockartigen Zustand versetzt, in dem sie nur bedingt aufnahmefähig und in ihrer Handlungsfähigkeit gelähmt sind (Hellige 2002; Schaeffer 2004; Haslbeck 2007; Müller-Mundt et al. 2008; Schaeffer/Moers 2008; Bury 2009). Fast immer können solche Gewissheiten daher nicht mit einer bloßen und einmaligen Information aufgenommen werden. Oft prallen sie zunächst ab, bedürfen wiederholter Gespräche und vor allem *Zeit* – sowohl, um die erhaltene Information überhaupt verarbeiten zu können wie auch, um die eigene Handlungsfähigkeit wiederzugewinnen. Oft aber steht diese Zeit nicht zur Verfügung. Im vorliegenden Fall stellt sich die Situation sogar verschärft dar, denn Information und Entscheidung über anstehende Versorgungsfragen fallen hier zusammen.

Damit ist ein nächster Aspekt angesprochen. In beiden erwähnten Situationen wird das Gespräch mit Ella und Eddy gesucht, weil die Krankenhauserlassung unmittelbar – bereits am nächsten Tag – bevorsteht und dringend Versorgungsentscheidungen zu treffen sind. Zum Entlassungsmanagement sei hier nebenbei angemerkt, dass es überaus spät eingeleitet wird. Es folgt damit herkömmlichen Mustern und ist nicht an den seit langem konsensierten Standards orientiert, wie sie u.a. im nationalen Exper-

2 Anders die Logik von Aufklärung und auch Beratung. Für sie ist typisch, dass sie Problemverständnis erzeugen will, daher der Zuschneidung des/der zu vermittelnden Wissens/Information auf den Rezipienten und seine Möglichkeiten der Informationsverarbeitung weitaus größere Beachtung schenkt, zielt sie doch darauf, den Rezipienten in die Lage zu versetzen, eine Umgangsweise mit der Situation zu finden (dazu Schaeffer/Dewe 2006).

tenstandard festgehalten sind (DNQP 2004, 2009; Wingenfeld 2005; Wingenfeld et al. 2009). In jedem Fall sind mit der späten Entlassungsvorbereitung unglückliche Weichen für den weiteren Verlauf gestellt. Dies gilt in *kommunikativer* Hinsicht, weil zwei aus Patientensicht unterschiedliche Anforderungen zusammen kommen (Informationserhalt/-verarbeitung plus Entscheidung über die weitere Versorgung) und dies führt in einer ohnehin belastenden Situation leicht zu Überforderungen. Doch auch *versorgungsorganisatorisch* besehen ist die entstandene Situation als unglücklich einzuschätzen. Denn auch die Versorgungsorganisation erfordert *Zeit*, etwa um die häusliche Situation abzuklären, die Versorgung zu planen, Dienste zu mobilisieren oder um tragfähige Versorgungspakete zu schnüren etc. Auch diese Zeit steht im Fall von Eddy und Ella nicht zur Verfügung. Weder ist Zeit für ein systematisches Assessment noch eine umsichtige Planung der Versorgung für die nun anstehende Phase nach der Krankenhausentlassung in dem neuen Versorgungsarrangement.

Mit ihrer spontanen, sicher auch dem unterschweligen Druck der Situation geschuldeten Entscheidung, Eddy bei sich aufzunehmen, kompensiert Ella dies gewissermaßen, ohne allerdings die Tragweite ihrer Entscheidung überschauen zu können. Wie sollte sie auch? Dazu fehlt ihr die Erfahrung. Denn im Gegensatz zu den Ärzten, die sich täglich an den Grenzen des Lebens bewegen, kann Ella nur auf eine solche Erfahrung schauen: die mit ihrem Mann, der jedoch an einem gänzlich anderen Krankheitsbild litt. Zugleich fehlt ihr das nötige Wissen. Sie weiß weder, was „Endstadium“ konkret bedeutet noch was an Aufgaben und Anforderungen auf sie zukommt und hat „einzig“ eine große Portion guten Willens und ein hohes Maß an Hilfsbereitschaft zu bieten.

Unterbrechen wir an dieser Stelle die Falldiskussion und fragen, was all das unter Versorgungs- bzw. Anpassungsgesichtspunkten besagt. Vor allem zwei Punkte sind betontenswert. Zum einen zeigt der vorliegende Fall, was auch Forschungsbefunde immer wieder neu belegen: nämlich dass *Fragen der Patientenkommunikation* im Versorgungsalltag mehr Beachtung bedürfen (Übersicht siehe Hurrelmann/Leppin 2001; Schaeffer/Schmidt-Kaehler 2006). Offenkundig hat die Vielzahl an Bemühungen der vergangenen Jahre, die kommunikative Kompetenz der Gesundheitsprofessionen zu erhöhen – sei es in der Primärqualifizierung oder durch später erfolgende Kommunikationstrainings – nicht die erhofften Effekte, nicht zuletzt weil sie, wie hier, durch Systemzwänge konterkariert werden: im Krankenhaus durch den Zwang, die Verweildauern kurz zu halten. Mit Einführung der DRGs ist dieser Zwang gestiegen und damit einhergehend hat sich der auf den Ärzten lastende Druck erhöht (Braun et al. 2006). Diese Gemengelage dürfte eine der Ursachen dafür bilden, dass sich das Kommunikationsverhalten nicht – wie erhofft – verbessert, sondern die ärztliche Aufklärung sich mehr und mehr zu einem bloßen Informationsverhalten entwickelt hat, für das – kommunikationstheoretisch betrachtet – typisch ist, dass es auf reine Weitergabe von Fakten, Daten und Fachkenntnissen reduziert ist und von der subjektiven Situation des Rezipienten und seinen Möglichkeiten der Informationsverarbeitung abstrahiert (ebenso von der Bedeutung der Informationsinhalte für das Gegenüber). Doch nicht nur im Versorgungsalltag, auch in der Forschung bedürfen Fragen der Kommunika-

tion und auch Interaktion mehr Aufmerksamkeit. Dies ist deshalb zu betonen, weil sie mit Ende der Visitenforschung (Bliesener 1986) weitgehend ad acta gelegt wurden und in der aktuellen Forschung nur periphere Bedeutung haben (Stevenson et al. 2000; Cox et al. 2004).

Zugleich ist erforderlich, den mit chronischer Krankheit und Multimorbidität verbundenen *subjektiven Konsequenzen* grundsätzlich mehr Beachtung zu schenken. So fehlt es im Versorgungsalltag vielfach an Verständnis für die zahlreichen durch chronische Krankheiten ausgelösten Irritationen und Herausforderungen, doch ebenso für *das Handeln* und die *Handlungsnöte* der Erkrankten und ihrer Angehörigen, die meist nicht – um auf den Fall und die wiederholte Krankenhausnutzung zurück zu kommen – irrational handelnd, Fehlnutzung oder Missbrauch von Versorgungsressourcen beabsichtigen, wie hier unterschwellig unterstellt. Vielmehr agieren sie oft aus Ratlosigkeit – hier angesichts der häuslichen Versorgungssituation. Grundsätzlich ist das Patientenhandeln nicht weniger rational wie das Handeln der Gesundheitsprofessionen. Es folgt aber anderen Rationalitätserwägungen und vor allem: einem anderen Relevanzsystem als das der Gesundheitsprofessionen (Schaeffer 2004; Schaeffer/Moers 2008). Um die sich hier andeutende Perspektivenungleichheit – oder das Aufeinanderprallen unterschiedlicher Relevanzsysteme – zu überbrücken, bedarf es, wie der Fall verdeutlicht, offensichtlich größerer Anstrengungen. Auch das ist mit Konsequenzen für das Versorgungssystem, aber ebenso die Forschung verbunden: setzt voraus, die patienten- und nutzerorientierte Forschung zu intensivieren und Studien anzuregen, die sich dem patient's view – der Problemsicht der Patienten – auf chronische Erkrankung und Multimorbidität widmen und zum Verständnis der subjektiven Realität und des Handelns der Erkrankten und ihrer Angehörigen beitragen, über die das Wissen hierzulande relativ gering ist (Badura 2001; SVR 2003; Schaeffer 2009).

Schließlich deutet der Fall an, dass es wenig sinnvoll ist, *die Versorgungspraxis mit immer neuen Reformideen zu konfrontieren* (etwa Shared decision making, Entlassungsmanagement, Patientenpartizipation, Einbeziehung informeller Hilfe etc.), ohne die Umsetzung hinreichend zu beachten. Wie zu sehen war, werden die Reformideen dann zwar gekannt, aber nicht kompetent angewandt und verpuffen damit als Reformidee. Anders formuliert: offensichtlich bedarf auch die Umsetzung von Reformideen und die Implementationssteuerung von Reformprozessen im Versorgungsalltag größerer Beachtung. Auch dies ist eine nicht unbedingt neue Erkenntnis. Sie stößt jedoch ebenfalls auf eine Forschungslücke: Denn auch die Implementationsforschung gehört ebenso wie die Wissenstransferforschung in Deutschland nicht eben zu den intensiv beforschten Gebieten in der Gesundheitsforschung. Dennoch verdeutlicht der dargestellte Fall einmal mehr die Wichtigkeit der Implementationsforschung und die Suche nach Wegen dafür, wie für sinnvoll erachtete neue Konzepte und Ideen so in der Praxis verankert werden können, dass sie eben nicht nur gekannt werden, sondern auch praktische Resonanz finden und sich dabei gegen Alltagszwänge und Systemimperative behaupten können, um so die intendierte Wirkung zu entfalten.

Medikamentenversorgung

Der Fall macht als Weiteres auf Probleme der Medikamenten- bzw. Schmerzversorgung aufmerksam. Sowohl die Schmerzerkennung wie auch die Schmerzversorgung erfolgen offenkundig erst sehr spät und eigentlich zu spät. Es mag dahin gestellt sein, ob die Schilderung von Ella, aus deren Perspektive die Fallrekonstruktion erfolgte, in Gänze der Realität entspricht. Und doch entspricht sie ihrer Problemsicht, auf deren Basis sie agiert und handelt. Für sie und Eddy war die Schmerzversorgung nach der Krankenhausentlassung ungeregelt und ebenso war unklar, wie zu Hause mit Eddys Schmerzen und auch, wie mit den später verordneten Schmerzmedikamenten umzugehen ist.

Wir werden hier nicht nur auf nach wie vor bestehende Insuffizienzen der Schmerzversorgung gestoßen (Müller-Mundt 2005), sondern auch auf ein anderes, vertrautes Phänomen: Die Frag- und Sprachlosigkeit der Gesundheitsprofessionen im Umgang mit Medikamenten. Es gibt wohl kaum eine Behandlungsstrategie, die so oft eingesetzt wird wie die Verordnung medikamentöser Therapien und die, so der Eindruck aus einer derzeit laufenden Studie (Haslbeck 2007, 2008; Müller-Mundt et al. 2008), mit so viel Sprachlosigkeit versehen ist wie diese. Angaben zum Einnahmemodus – nach dem Motto: dreimal täglich vor den Mahlzeiten – sind oft das höchste der Gefühle.

Um kompetent mit medikamentösen Therapien umgehen und erst recht, um komplexe Medikamentenregime, wie sie bei Multimorbidität die Regel sind, handhaben zu können, benötigen die Erkrankten *und* ihre Angehörigen – wie die erwähnte und andere Studien zeigen – jedoch Wissen über die Medikamente, ihre Wirkungsweise, mögliche Interaktionseffekte mit anderen Medikamenten, Nebenwirkungen, Einnahmemodalitäten, Dosierungen etc. (Barry et al. 2001; Bajramovic et al. 2004; Barber et al. 2004; Levenson 2005). Sie benötigen also – in den aktuellen Fachtermini ausgedrückt – medication literacy, doch ebenso Anleitung und Kompetenzförderung zum Selbstmanagement des Medikamentenregimes im Alltag (Haslbeck/Schaeffer i. E.). Unterbleibt dies, besteht die Gefahr, dass vermeidbare Fehler passieren, wie hier. Denn eine Vielzahl der am vorgetragenen Fall sichtbaren Versorgungsprobleme ist letztlich darauf zurückzuführen, dass Ella und Eddy das Management des Medikamentenregimes – hier der Schmerzmedikation – im Alltag weitgehend selbst überlassen ist und angesichts mangelnden Wissens und mangelnder Anleitung fehlgeht. Exemplarisch zeigt dies noch mal, wie wichtig es ist, Fragen der Patientenedukation – sei sie als Wissensvermittlung, Kompetenzförderung, Training oder Selbstmanagementunterstützung angelegt – im Versorgungsalltag größere Aufmerksamkeit als bislang zu schenken. Auch dazu bedarf es einer Intensivierung der Forschung auf diesem Gebiet, allerdings nicht einzig *interventionsüberprüfender* Forschung, wie sie derzeit im Trend der Forschungsförderung liegt, sondern solcher, die überhaupt erst einmal eine angemessene wissenschaftlich abgesicherte *Interventionsentwicklung* ermöglicht.

Hin- und Herpendeln zwischen Unter- und Überversorgung

Betrachtet man den vorgetragenen Fall unter Versorgungsverlaufsgesichtspunkten fällt auf, dass er zwischen Unter- und Überversorgung hin- und herpendelt. Allein viermal wird Eddy in den letzten Wochen seines Lebens in das Krankenhaus eingewiesen, jeweils unterbrochen von Aufenthalten bei seiner Schwester. Ist er im Krankenhaus tendenziell überversorgt und wird deshalb dort als fehlplatziert empfunden, so ist er bei Ella – ohne deren Leistungen schmälern zu wollen – tendenziell unterversorgt, und dies provoziert letztlich die Wiedereinweisungen in das Krankenhaus und schließlich auch die Übermittlung in die Kurzzeitpflege. Mag dieses Hin und Her extrem erscheinen – doch zeigen vorliegende Studien (Hellige 2002; Schaeffer et al. 2003; Höhmann et al. 2004; Wingefeld et al. 2007) –, dass es keine Ausnahmeerscheinung darstellt. Es bedarf kaum der Erwähnung, dass ein solches belastendes (und überdies kostenintensives) Hin und Her nicht der erwünschten Versorgungs- und Lebensqualität entspricht.

Die Ursachen dafür sind vielfältig und liegen u.a. in der seit langem beklagten *somatischen Fixierung* der Gesundheitsprofessionen (SVR 2003, 2009) – besonders in der Akutmedizin – und der gleichzeitigen *Vernachlässigung von Aufgaben der Versorgung und Versorgungssteuerung*, wie sie hier exemplarisch an der Entlassungsvorbereitung sichtbar wurde. Sie wird ergänzt durch die speziell im Krankenhaus zu beobachtende *Unterbewertung der mit einer häuslichen Versorgung verbundenen Herausforderungen*. Es ist keineswegs selten, dass schwerkranke Patienten – wie auch hier – ohne jegliches Hilfspaket und einzig mit dem guten Willen nahe stehender Angehöriger versehen, entlassen werden. Wir wissen jedoch, wie leicht die häusliche Situation aus der Balance gerät, wenn der Sicherstellung einer tragfähigen häuslichen Versorgung nicht hinreichend Beachtung geschenkt wird und die Angehörigen nicht angemessen auf ihre tragende Rolle als care giver vorbereitet werden (van Staa et al. 2000; Robinson et al. 2001; Haslbeck 2005; Büscher 2007). Meist ist die Versorgungssituation dann über kurz oder lang durch Krisenanfälligkeit und Labilität gekennzeichnet und oft führt dies – wie hier – zu einem permanenten Wechsel zwischen Krankenhaus und häuslicher Versorgung.

Dies zu verhindern und Aufgaben der Versorgung und Versorgungssteuerung – konkret: einer auf das Gesamtgeschehen bei chronischer Krankheit und Multimorbidität ausgerichteten Prozedierung und Steuerung der Versorgung – mehr Gewicht im Versorgungsalltag zu verleihen, gehört daher auch weiterhin zu den großen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Entsprechende Konzepte und Instrumente – Stichwort: Case Management – werden hierzulande seit Jahren, ja Jahrzehnten diskutiert und hoffentlich bald auf breiterer Basis Einkehr in den Versorgungsalltag halten. Aber auch hier besteht die Gefahr, dass sie gekannt, aber nicht kompetent angewandt werden, wie Evaluationsberichte aus Modellversuchen zeigen (Wingefeld/Kleina 2009). Auch hier wird der Implementation dieser Konzepte also besondere Beachtung zu schenken sein.

Abwesenheit ambulanter Pflege

Betrachten wir kurz die Rolle der ambulanten Pflege, richtiger die Abwesenheit der Pflege, die lediglich einmal – als Telefonkontakt in einer häuslichen Notsituation – in Erscheinung tritt, obschon ihr theoretisch auch im Fall von Eddy eine wichtige Rolle zukommen könnte. Denn faktisch fehlt ein Monitoring der häuslichen Versorgungssituation oder anders formuliert eine begleitende Instanz, die, wie die ambulante Pflege, vor Ort tätig ist, Einsicht in die häusliche Situation und den Alltag der Erkrankten hat, frühzeitig dort entstehende Probleme – hier die Defizite der Schmerzversorgung, die Hilflosigkeit im Umgang mit der verordneten Medikation – erkennen und durch rechtzeitige Intervention Problemzuspitzungen prävenieren kann.

Doch niemand kommt auf die Idee, ambulante Pflege, der eine solche Monitoringfunktion zukommen könnte, hinzuzuziehen. Wie erklärt sich das? Partiiell mag dies der nach wie vor den Versorgungsalltag beherrschenden Minderbewertung ambulanter Pflege geschuldet sein, ebenso der Unterschätzung der Wichtigkeit einer präventiven Versorgungsgestaltung. Doch zugleich reibt sich diese Vorstellung an bestehenden Strukturdefiziten, so etwa an dem verengten Pflegebegriff im SGB XI, der auf Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungseinbußen reduziert ist und kaum Spielraum für solche präventiv ausgerichteten Monitoring- und Edukationsaufgaben lässt, wie sie hier in vielfacher Hinsicht erforderlich gewesen wären. Eine entsprechende Erweiterung des Pflegebegriffs wird derzeit diskutiert, sie zu realisieren, gehört zu den der Zukunft vorbehaltenen Aufgaben (Wingenfeld et al. 2008). Wie dringlich es ist, sie anzugehen, unterstreicht der dargestellte Fall, denn der Versorgungsverlauf von Eddy hätte durch mehr Stabilität und Lebensqualität, weniger Krankenhausaufenthalte und auch geringere Kostenintensität gekennzeichnet sein können, vorausgesetzt die häusliche Versorgung wäre durch ein professionelles Monitoring oder Case Management begleitet worden.

In diesem Zusammenhang sei angesichts der aktuellen pflegepolitischen Diskussion kurz ein anderer Aspekt gestreift. Angespielt ist auf die Diskussion über die Funktion von Pflegestützpunkten. Denn auch Ella kommt nicht auf die Idee, ambulante Pflege hinzuziehen. In ihrer Ratlosigkeit wendet sie sich immer wieder an das Krankenhaus und den Hausarzt. Beides sind für sie sicht- und greifbare und einfach zugängliche Anlauf- und Ansprechinstanzen in ihrem Wohnumfeld. Die ambulante Pflege verfügt nicht über eine solche klare und sichtbare Anlauf- und Ansprechstruktur und dies dürfte ein Grund dafür sein, weshalb sie erst gar nicht im Denk- und Möglichkeitshorizont von Ella auftaucht. Ergänzt sei nebenbei, dass die ambulante Pflege sich Ella allerdings auch nicht eben „aufgedrängt“ hat: So erfreulich es ist, dass sie über ein Notruftelefon verfügte, als Hilfeinstanz im Notfall hat sie sich eher zurückhaltend verhalten, wie der rasche Verweis auf die „eigentlich verantwortlichen Instanzen“ – die Medizin – belegt. Auch das mag dazu beigetragen haben, dass die Hinzuziehung ambulanter Pflege von Ella nicht weiter in Erwägung gezogen wurde.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass der Fall indirekt auch auf eine ganze Reihe in der ambulanten Pflege bestehenden Herausforderungen deutet. Sie zeigen

sich auch, wenn der Sterbeort von Eddy betrachtet wird, womit ein weiterer Punkt angesprochen ist.

Defizite in der (ambulanten) Palliativversorgung

Sowohl Eddy wie auch Ellas Ehemann sterben in Institutionen, die konzeptionell anders gedacht und ausgerichtet sind: Ellas Ehemann verstirbt in einer geriatrischen Rehabilitations- und Eddy in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung. Beide werden um das alsbald bevorstehende Lebensende wissend vom Krankenhaus dorthin überwiesen und die Einrichtungen damit – dieses Mal vom Krankenhaus initiiert – gewissermaßen fehlgenutzt. Doch weniger das ist in diesem Kontext betonenswert, als vielmehr die Tatsache, dass beide ihr Leben (allein) in einer Institution beenden, obschon sie, sei es direkt oder indirekt artikuliert worden, anders zu sterben hofften.

Die Mehrheit der Bevölkerung wünscht sich zu Hause von Angehörigen versorgt zu sterben (ex. van Oorschot et al. 2002; Haslbeck 2005). Doch nur für einen Bruchteil der Bevölkerung realisiert sich dieser Wunsch. Die Mehrheit der deutschen Bevölkerung beendet das Leben in einer Institution. Die wichtigsten Sterbeorte sind nach wie vor das Krankenhaus (45%) und Heime (25%), lediglich 25-30% versterben zu Hause. Ursächlich dafür sind u.a. die seit langem beklagten Strukturdefizite in der hiesigen Palliativversorgung – speziell im ambulanten Sektor (Ewers/Schaeffer 2007). Sie zu beheben, steht mittlerweile auf der gesundheitspolitischen Reformagenda – wie ein Blick auf die letzte Gesundheitsreform (GKV-WSG) und auch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz zeigt. Auch hier zeichnet sich also Bewegung ab, wobei darauf zu achten sein wird, dass mit den Reformbemühungen in der Tat Fehlnutzungsketten ausgeschaltet werden und – nicht weniger wichtig – dass von ihnen auch multimorbide alte Menschen profitieren: Denn gerade in Deutschland zeichnet sich die Palliativdiskussion nach wie vor durch eine Engführung aus und schenkt dem Thema Sterben im Alter nicht hinreichende Beachtung (Heller/Pleschberger 2008).

Zugleich stoßen wir hier auf ein weiteres, bislang zu wenig diskutiertes Problem, die Frage, ob auch Angehörige immer bereit und in der Lage sind, diesem Wunsch zu entsprechen.

Pflegebereitschaft Angehöriger

Oberflächlich besehen, scheint die Frage leicht beantwortbar zu sein: Viele Studien haben in den letzten Jahren gezeigt, wie immens die Unterstützungs- und Anpassungsbereitschaft pflegender Angehöriger ist, und wie breit gefächert das Spektrum an Leistungen ist, das sie bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit erbringen: Sie sind wichtigste emotionale Unterstützungs- und Begleitinstanz, übernehmen zahlreiche Betreuungsaufgaben, koordinieren die Versorgung, leisten körperliche Hilfe und Pflege – etwa bei der Körperhygiene, der Aufrechterhaltung basaler Körperfunktionen, dem Symptomanagement, dem Medikamentenregime etc. – und sind vor allem in den zahlreichen

Phasen häuslicher Versorgung die eigentlichen Stützpfiler und Garanten der Versorgung (Wrubel/Folkman 1997; Bull/McShane 2002; Schnepf 2002; Nolan et al. 2003; Ekwall et al. 2004; Schaeffer 2004; Schönberger/von Kardorff 2004; Gröning 2005; Schneekloth/Wahl 2005). Dies ist der Grund, weshalb das informelle Hilfenetz, wie auch im vorliegenden Fall, im Versorgungsalltag (auch seitens der Politik) inzwischen als selbstverständliche und strapazierfähige Versorgungsressource betrachtet wird, ohne seine Beschaffenheit – seine Potenziale, aber auch seine Grenzen – genauer abzuschätzen. Doch ist inzwischen aus vielen Studien bekannt, wie groß die Gefahr ist, dass Angehörige im Lauf der Zeit an Grenzen ihrer Pflegebereitschaft oder besser: ihres Unterstützungsvermögens geraten (Schneekloth/Müller 2000; Gräsel 2002; Saunders 2003; Öhman/Söderberg 2004; Haslbeck 2005; Büscher 2007).

So auch bei Ella und Eddy: Eddy ist – vom Versorgungssystem gänzlich un bemerkt – irgendwann krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage, seine Frau häuslich weiter zu versorgen und Ella gerät an Grenzen als ihr deutlich wird, dass Eddy bald sterben wird. „Endstadium“, diesen ihr zwar geläufigen und doch fremden Begriff, hatte sie für sich so übersetzt, dass Eddy vielleicht nicht mehr lange, so aber doch noch eine Weile zu leben hat. Sie hatte sich daher darauf eingestellt, Eddy noch eine schöne Zeit zu beschenken und ihn zu umsorgen, nicht ihn zu „pflegen“. Deshalb hatte sie ihn bei sich aufgenommen – als Gast wohl gemerkt, auch das ist zu bedenken, weil damit ein anderer Status verbunden ist. Dass eine Sterbebegleitung und körperliche Pflege auf sie zukommt, war ihr nicht deutlich und niemand klärt sie darüber auf; ebenso wie auch niemand die Situation mit ihr erörtert, als ihr dies bewusst wird und eine Revision ihrer Situationsdeutung ansteht. Wie schon zuvor ist das Versorgungswesen auch dann einzig auf Eddy und darauf konzentriert, pragmatisch eine andere Versorgungsart für ihn zu finden, ohne sich noch mit Ella zu befassen, nachdem sie als Versorgungsinstanz ausfällt.

Exemplarisch zeigt dies noch mal, wie überaus wichtig die *Aufklärung* und *Vorbereitung* pflegender Angehöriger auf die bei einer häuslichen Versorgung auf sie zukommenden Aufgaben ist und wie wichtig eine nicht einzig instrumentelle, sondern eine kooperative *Einbindung* ist. Es reicht eben nicht, Angehörige lediglich zur Patienteninformatio n hinzuzuziehen und sie zwar nicht mehr, wie früher als „Anhängsel“, doch nun einfach als Leistungsträger (Steiner-Hummel 1998) zu betrachten und zu instrumentalisieren. Solcherart Instrumentalisierung informeller Hilfe steht immer in Gefahr, nur kurzfristig tragfähig zu sein und dann zu kostenintensiven „ad hoc Lösungen“ greifen zu müssen, die weder dem Bedarf noch den Bedürfnissen der Erkrankten entsprechen (wie Eddy mit seinem Schweigen zu erkennen gibt) und zudem, wie hier, belastende und nicht mehr lösbare innerfamiliäre Konflikte beschenken. Um negative Folgen wie diese zu vermeiden, ist nötig, konstruktive Kooperationsbündnisse mit Angehörigen einzugehen und der Aushandlung von Versorgungsarrangements hinreichend Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken (van Staa et al. 2000; Büscher 2007).

Zugleich zeigt der Fall beispielhaft, wie wichtig es ist, die Beschaffenheit der Hilfe- und Pflegebereitschaft genau zu eruieren. Auch bei Ella ist diese überaus groß, wie ihr

Engagement um ihren Mann, Eddy und ihre Schwägerin zeigt, die sie auch nach Eddys Tod weiter kontinuierlich besucht – ohne auf irgendeine Form von Reziprozität setzen zu können, die der Kitt auch helfender Beziehungen ist. Und doch hat ihre Pflegebereitschaft Grenzen, die sich genau besehen dann bei Ella zeigen, wenn es um körpernahe Pflege³ geht (die Bewältigung von Bettlägrigkeit, Inkontinenz etc.), bei der sie die Grenze zur professionellen Hilfe überschritten sieht und für die sie sich als Laie nicht hinreichend kompetent und physisch wie psychisch überfordert fühlt.

Auch hier bedarf es weiterer Überlegungen und auch weiterer Forschung. Zwar hat das Thema pflegende Angehörige in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit erfahren, wurde aber vorrangig unter Belastungs- und neuerlich Resilienzgesichtspunkten betrachtet und untersucht, weniger unter dem Aspekt der Genese und der Grenzen der Pflegebereitschaft informeller Hilfe. Letzteres ist eine nicht nur aus pflegewissenschaftlicher, sondern auch sozialpolitischer Sicht bedeutsame und vernachlässigte Frage, zeigt der dargestellte Fall doch auch, auf welche Hürden und Grenzen die voranschreitende Informalisierung der Pflege stößt. Nicht weniger wichtig sind weitere Überlegungen zur Angehörigenunterstützung – eine Aufgabe, die inzwischen Gegenstand vielfältiger Innovationsbemühungen ist. Zugleich deuten vorliegende Erfahrungen an, dass nicht alle dieser Bemühungen – vor allem Qualifikationsmaßnahmen – die erhofften Effekte zeitigen (Wilz/Böhm 2007) und Angehörigenunterstützung offenbar nicht ganz so einfach zu bewältigen ist, wie zunächst angenommen. Auch hier werden künftig also weitere Anstrengungen erforderlich sein.

Weiterhin ist erforderlich, Gesichtspunkten kultureller Diversität größere Beachtung zu schenken. Bislang besteht sowohl in der hiesigen Forschung wie bei der Maßnahmenkonzipierung die Tendenz, pflegende Angehörige wenig differenziert zu betrachten. Wenn überhaupt wird nach Krankheiten (etwa Angehörige demenziell Erkrankter, von Schlaganfallpatienten etc.) unterschieden. Sozialen und kulturellen Unterschieden wird hingegen bislang kaum Bedeutung beigemessen. Stellen wir uns gedankenexperimentell aber einmal vor, Ella und Eddy wären Suleika und Süleyman und seien Mitglieder einer türkischen Zuwandererfamilie oder sie würden lateinamerikanischen Migrationshintergrund aufweisen. Bei etlichen der diskutierten Versorgungsdefizite würden dann ganz andere Facetten sichtbar, ebenso würden sich weitere Versorgungsprobleme hinzu addieren und ganz sicher würden sich die Genese und Grenzen der familialen Pflege- und Hilfebereitschaft auch anders darstellen. Ähnliches lässt sich auch unter geschlechts- und auch milieuspezifischen Gesichtspunkten feststellen.

3 Verständlich wird dies, vergegenwärtigt man sich, dass körpernahe Pflege immer bestehende Schamgrenzen, kulturelle Normen, bis dato gültige soziale Verkehrs- und Interaktionsweisen verletzt (Gröning 2000) und tief in die bestehenden Beziehungsstrukturen eingreift: sie verändert und auch verkehrt, wie Studien über pflegende Töchter bzw. Kinder zeigen (Geister 2003; Metzling 2007). Eben dies meidet Ella und das nicht ohne Grund – sie will mit einem Bild vom Anderen weiterleben, das dem gemeinsamen Leben entspricht.

Schluss

Absicht der Ausführungen war es, Einblick in einige der bei chronischer Krankheit und Multimorbidität im Alter bestehenden Versorgungsprobleme zu ermöglichen. Sie sind nicht vollständig durchbuchstabiert – Resultat dessen, dass der Ausgangspunkt bei einem konkreten Fall genommen und damit ein induktives Vorgehen gewählt wurde. Dennoch dürfte deutlich geworden sein, wie breit gefächert das Spektrum der anzugehenden und keineswegs durchgängig neuen Herausforderungen ist – trotz vielfältiger Reformbemühungen in den letzten Jahren (siehe auch SVR 2009). Zugleich sollte mit diesem Zugriff gezeigt werden, dass viele der bestehenden Herausforderungen und Anpassungserfordernisse erst dann in ihrer Tragweite erkennbar und ihrem Ausmaß verständlich werden, wenn sie in den Auswirkungen auf die Patientenwirklichkeit betrachtet werden. Ganz in diesem Sinn sei abschließend dafür plädiert, der Patientenwirklichkeit in der Forschung wie auch bei den Reformversuchen zur Ermöglichung einer bedarfsgerechten Versorgung und Pflege alter Menschen die nötige Bedeutung zuteil werden zu lassen.

Literatur

- Badura, B. (2001): Thesen zur Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. In: von Reibnitz, C./ Schnabel, P./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Der mündige Patient*. Weinheim: Juventa, 61-69
- Bajramovic, J./Emmertson, L./Tett, S.E. (2004): Perceptions around concordance - focus groups and semistructured interviews conducted with consumers, pharmacists and general practitioners. *Health Expectations* 7, Nr. 3, 221-234
- Barber, N./Parsons, J./Clifford, S./Darracott, R./Horne, R. (2004): Patients' problems with new medication for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care* 13, Nr. 3, 172-175
- Barry, C.A./Stevenson, F.A./Britten, N./Barber, N./Bradley, C.P. (2001): Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine* 53, Nr. 4, 487-505
- Bliesener, T. (1986): *Die ärztliche Visite. Chance zum Gespräch*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): *Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Risiken, Lebensqualität und Versorgung hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: Deutscher Bundestag
- Braun, B./Buhr, P./Müller, R. (2006): Immer kürzer, immer schneller? DRG-System, Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus und Folgen für die Patienten und die Behandlungsabläufe. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 60, Nr. 9/10, 10-17
- Bull, M.J./McShane, R.E. (2002): Needs and Supports for Family Caregivers of Chronically Ill Elders. *Home Health Care Management and Practice* 14, Nr. 2, 92-98
- Bury, M. (2009): Chronische Krankheit als biografischer Bruch. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Erkrankungen im Lebenslauf*. Bern: Huber, 75-90
- Büscher, A. (2007): *Negotiating Helpfull Action. A substantive theory on the relationship between formal and informal care (Acta Universitatis Tamperensis 1206)*. Tampere: Tampere Universitas Press
- Corbin, J.M./Strauss, A.L. (2004): *Weiterleben lernen – Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2., überarbeitete Auflage*. Bern: Huber
- Cox, K./Stevenson, F./Britten, N./Dundar, Y. (2004): A systematic review of communication between

- patients and health care professionals about medicine taking and prescribing. London: Medicines Partnership. Verfügbar unter: <http://www.medicines-partnership.org> (14.07.09)
- Deutscher Bundestag (2002): Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“. Drucksache 14/8800 14. Wahlperiode
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage mit aktualisierter Literaturstudie. Osnabrück: DNQP
- Ekwall, A./Sivberg, B./Rahm Hallberg, I. (2004): Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, Nr. 3, 239-248
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2007): Dying in Germany - consequences of social and demographic changes for palliative care and the health system. *Journal of Public Health* 15, Nr. 6, 457-465
- FES - Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.) (2009): Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich Ebert Stiftung, Bonn
- Gehring, M./Kean, S./Hackmann, M./Büscher, A. (2001): Familienbezogene Pflege. Bern: Huber
- Geister, C. (2003): „Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin.“ Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter. Bern: Huber
- Gräbel, E. (2002): When home care ends – changes in the physical health of informal caregivers caring for dementia patients: a longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society* 50, Nr. 5, 843-849
- Gröning, K. (2000): Entweihung oder Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse
- Gröning, K. (2005): Therapeutisierung der familialen Altenfürsorge? Formulierung eines Unbehagens. *Sozialer Fortschritt* 54, Nr. 3, 69-76
- Haslbeck, J. (2005): Mitverantwortung in existentiellen und krisenhaften Situationen – Erfahrungen Angehöriger in der häuslichen Sterbebegleitung mit palliativen Versorgungsstrukturen. In: Schnell, M.W. (Hg.): *Ethik der Interpersonalität*. Hannover: Schlütersche, 65-100
- Haslbeck, J. (2007): Bewältigung komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Herausforderungen aus Sicht chronisch Kranker. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07-136. Bielefeld: IPW
- Haslbeck, J. (2008): Bewältigung komplexer Medikamentenregime aus Sicht chronisch Kranker. *Pflege & Gesellschaft* 13, Nr. 1, 48-61
- Haslbeck, J./Schaeffer, D. (i. E.): Routines in medication management: the perspective of people with chronic conditions. *Chronic Illness*
- Heller, A./Pleschberger, S. (2008): Palliative Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A./ Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 382-399
- Hellige, B. (2002): *Gratwanderung Multiple Sklerose. Leben und Pflege bei chronischer Krankheit*. Stuttgart: Kohlhammer
- Höhmann, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (2004): *Qualität durch Kooperation – Gesundheitsdienste in der Vernetzung*. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse
- Hurrelmann, K./Leppin, A. (Hg.) (2001): *Moderne Gesundheitskommunikation*. Bern: Huber
- Kuhlmei, A. (2008): Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmei, A./ Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber, 85-96
- Kuhlmei, A. (2009): Chronische Krankheit in der Lebensphase Alter. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): *Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf*. Bern: Huber, 357-366
- Kuhlmei, A./Schaeffer, D. (Hrsg.) (2008): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber
- Luhmann, N. (1986): Systeme verstehen Systeme. In: Luhmann, N./Schnorr, K.E. (Hrsg.): *Zwischen Intransparenz und Verstehen. Fragen an die Pädagogik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 72-116
- Levenson, R. (2005): Compliance in medicine taking – seeking the views of patients medicine partners-

- hip. London. Verfügbar unter: <http://www.medicines-partnership.org/EasySite/lib/serveDocument.asp?doc=308&pgid=1072> (14.07.09)
- Metzing, S. (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und gestalten familialer Pflege. Bern: Huber
- Müller-Mundt, G. (2005): Chronischer Schmerz - Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Huber
- Müller-Mundt, G./Schaeffer, D./Haslbeck, J. (2008): Bewältigung komplexer Medikamentenregime – Erfordernisse der Selbstmanagementunterstützung. In: Schaeffer, D./Behrens, J./Görres, S. (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. München: Juventa, 30-55
- Behrens, J./Görres, S. (Hg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung. Weinheim: Juventa, 30-55
- Nolan, M./Lundh, U./Grant, G./Keady, J. (Hg.) (2003): Partnerships in family care: understanding the caregiving career. Maidenhead: Open University Press
- Öhman, M./Söderberg, S. (2004): The Experiences of Close Relatives Living With a Person With Serious Chronic Illness. *Qualitative Health Research* 14, Nr. 3, 396-410
- Robinson, K.M./Adkisson, P./Weinrich, S. (2001): Problem behaviour, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing* 36, Nr. 4, 573-582
- Saunders, M.M. (2003): Family Caregivers Need Support With Heart Failure Patients. *Holistic Nursing Practice* 17, Nr. 3, 136-142
- Schaeffer, D. (2002): Rekonstruktion der Krankheits- und Versorgungsverläufe von Aids-Patienten. In: Schaeffer, D./Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber, 119-132
- Schaeffer, D. (2004): Der Patient als Nutzer. Krankheitsbewältigung und Versorgungsnutzung im Verlauf chronischer Krankheit. Bern: Huber
- Schaeffer, D. (2009): Bewältigung chronischer Erkrankung – Status Quo der Theoriediskussion. In: Schaeffer, D. (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 15-51
- Schaeffer, D./Dewe, B. (2006): Zur Interventionslogik von Beratung in Differenz zu Information, Aufklärung und Therapie. In: Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber, 127-152
- Schaeffer, D./Moers, M. (2008): Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft* 13, Nr. 1, 6-31
- Schaeffer, D./Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.) (2006): Lehrbuch Patientenberatung. Bern: Huber
- Schaeffer, D./Günnewig, J./Ewers, M. (2003): Versorgung in der letzten Lebensphase. Analyse einzelner Fallverläufe. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P03-120. Bielefeld: IPW
- Schönberger, C./von Kardorff, E. (2004): Mit dem kranken Partner leben. Anforderungen, Belastungen und Leistungen von Angehörigen Krebskranker. Soziologische Fallstudien. Opladen: Leske+Budrich
- Schneekloth, U./Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 127. Baden-Baden: Nomos
- Schneekloth, U./Wahl, H.W. (Hrsg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentative Befunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und Professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München: TNS Infratest Sozialforschung
- Schnepf, W. (Hrsg.) (2002): Angehörige pflegen. Bern: Huber
- Steiner-Hummel, I. (1998): Vom Anhängsel zum Leistungsträger. Die Entdeckung der Angehörigen – ein historischer Streifzug. *Forum Sozialstation* 22, Nr. 92, 38-42
- Stevenson, F.A./Barry, C.A./Britten, N./Barber, N./Bradley, C.P. (2000): Doctor-patient communica-

- tion about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science and Medicine* 50, Nr. 6, 829-840
- SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Baden-Baden: Nomos-Verlag
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration _ Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Verfügbar unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (14.07.2009)
- van Oorschoot, B./Dreßel, G./Erdmann, B./Hausmann, C./Hildenbrand, B. (2002): Sterben und Tod in Thüringen. Ergebnisse einer sozialwissenschaftlichen Repräsentativbefragung. *Zeitschrift für Palliativmedizin* 3, 30-33
- van Staa, A.L./Visser, A./van der Zouwe, N. (2000): Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Education and Counseling* 41, Nr. 1, 93-105
- WHO – World Health Organization (2002): Innovative Care for Chronic Conditions. Building Blocks for Action. Global Report. Genf: WHO
- Wilz, G./Böhm, B. (2007): Interventionskonzepte für Angehörige von Schlaganfallpatienten: Bedarf und Effektivität. *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 12-18
- Wingefeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber
- Wingefeld, K./Kleina, T. (2009): Erfahrungen mit der Einführung von Case Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung. Abschlussbericht. Bielefeld: IPW
- Wingefeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld: IPW
- Wingefeld, K./Joosten, M./Müller, C./Ollendiek, I. (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P07-137. Bielefeld: IPW
- Wingefeld, K./Bockhorst, K./Jansen, S. (2009): Literaturstudie. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009. DNQP: Osnabrück, 40-122
- Wrubel, J./Folkman, S. (1997): What informal caregivers actually do: the caregiving skills of partners of men with AIDS. *AIDS Care* 9, Nr. 6, 691-706

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Postfach 100131, 33501 Bielefeld, doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Anne Ahnis, Andrea Riedl, Nina Knoll

Krankheitsbezogene subjektive Ursachenvorstellungen alter Menschen über Inkontinenz¹

Older persons incontinence-related causal attributions

The aim of this study is to describe illness-related causal attributions of patients with urinary and fecal incontinence. Subjective illness-related attributions are assumed to be important predictors of patient outcomes, such as compliance and health-related quality of life. They may also impact medical intervention by influencing initiation and maintainance of patient-doctor relationships.

This cross-sectional study involved 115 women and men with urinary and/or fecal incontinence aged between 59 and 93 years. Attributions were assessed by the Illness-Concept Questionnaire (Fragebogen zum Krankheitskonzept [FzKK]; Bischoff et al. in Vorb.). Patients' accounts were then analyzed using a category-taxonomy proposed by Schaefer and Bischoff (2002). Participants primarily indicated somatic causes for incontinence. Intrapersonal attributions ranged second, followed by life events and interpersonal problems. Only few participants did not present any causal attributions. To avoid disruptions in patient-doctor communication and further chances of successful medical intervention, patients' causal attributions should be routinely assessed and discussed.

Keywords

Incontinence, urinary incontinence, fecal incontinence, age, illness-related causal attributions

Ziel der Studie war die Ermittlung der subjektiven Ursachenvorstellungen bei Patienten² mit Harn- und Analinkontinenz. Subjektiven Annahmen über die Verursachung einer Erkrankung wird ein enger Zusammenhang zu zentralen patientenseitigen Kriterien wie z.B. Compliance oder Lebensqualität zugeschrieben. Sie sind zudem für den therapeutischen Prozess von Bedeutung, da sie die Arzt- bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger-Patient-Beziehung beeinflussen können.

1 Danksagung: Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ (Kuhlmey et al. 2005) am CharitéCentrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB) der Charité – Universitätsmedizin Berlin entstanden. Unser besonderer Dank gilt allen Studienteilnehmern, ohne deren Willen, über ein tabuisiertes Thema offen zu sprechen, die Durchführung der Studie nicht möglich gewesen wäre.

2 Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form verwendet. Es sind im weiteren Verlauf immer weibliche und männliche Personen gemeint.

Untersucht wurden 115 Frauen und Männer mit Harn- und/oder Analinkontinenz im Alter zwischen 59 und 93 Jahren. Die subjektiven Ursachenvorstellungen wurden mit dem Fragebogen zum Krankheitskonzept (FzKK) von Bischoff et al. (in Vorb.) erhoben. Die Auswertung erfolgte unter Anwendung des Kategoriensystems von Schaefer und Bischoff (2002). Bei den inkontinenten Frauen und Männern dominieren somatische Ursachenannahmen. Intrapersonelle Ursachenannahmen treten an die zweite Stelle. Die Attribution auf ungünstige Lebensbedingungen oder interpersonelle Probleme spielen kaum eine Rolle. Nur wenige Personen hatten keine Vorstellung über die Ursache der Inkontinenz. Um Missverständnisse zwischen Patient und Behandler zu vermeiden und eine angemessene Behandlung zu gewährleisten, sollten subjektive Ursachenvorstellungen routinemäßig erfragt und gemeinsam mit dem Patienten bearbeitet werden.

Schlüsselwörter

Inkontinenz, Harninkontinenz, Analinkontinenz, Alter, Subjektive Ursachenvorstellungen

1. Einführung

1.1 Inkontinenz

Die gegenwärtige gesellschaftliche Situation ist durch einen hohen Anteil alter und sehr alter Menschen geprägt, der in Zukunft weiter wachsen wird. Eng verknüpft mit dieser demografischen Entwicklung ist die Zunahme von chronischen Krankheiten, die im Alter verstärkt parallel auftreten. Aus dem Problem der Multimorbidität im Alter und den daraus resultierenden Pflegeproblemen ergibt sich die gesellschaftliche Notwendigkeit der zeitgemäßen und professionellen Bewältigung, um die Lebensqualität älterer Menschen zu sichern und zu erhöhen. Es müssen Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung multimorbider älterer Menschen aufgezeigt und Lösungsansätze für im Alter häufig vorkommende Erkrankungen, zu denen Inkontinenz – der unfreiwillige Verlust von Harn und/oder gasförmigen, flüssigen oder festen Stuhlanteilen (Abrams et al. 2002, Frudinger 2002, Norton et al. 2002) – gehört, entwickelt werden.

Prävalenzstudien zeigen, dass bis zu 58% der nicht institutionalisierten über 60-Jährigen von Harninkontinenz und bis zu 16,9% von Analinkontinenz betroffen sind (Cheater et al. 2000, Norton et al. 2002, Stenzelius et al. 2004). Beide Inkontinenzformen können kombiniert auftreten (Edwards et al. 2001, Roche et al. 2002, Khullar et al. 1998).

Inkontinent zu sein, stellt für die Betroffenen neben medizinischen, pflegerischen und sozioökonomischen Problemen (Jünemann 2002) eine große psychosoziale Belastung (Ahnis et al. 2008) dar. Scham, Ekel und Angst vor negativer Bewertung einerseits, Unwissenheit und hartnäckige Vorurteile über Inkontinenz andererseits führen im medizinischen und pflegerischen Setting zum Phänomen der „Doppelten Sprachlosigkeit“ (Schlenger 2004): Patienten sprechen ihre Beschwerden selten an; Ärzte fragen nicht immer gezielt nach (Cohen et al. 1999, Dugan et al. 2001). Dieses Kommunikations-Tabu führt letztlich dazu, dass die Inkontinenz Betroffener – trotz objektiver Ätiologiemodelle (s. Tabelle 1) – unerkannt und – trotz therapeutischer Möglichkeiten

im konservativen, medikamentösen und operativen Bereich sowie der Hilfsmittelversorgung – unbehandelt bleibt (Hunskaar et al. 2004, Roche et al. 2002).

Tab. 1: Beschreibung und Ursachen der Harn- und Analinkontinenz nach Abrams et al. 2002, Cheater et al. 2000, ICN 2003, Jünemann 2004, Mans 1992, Melchior 1996, 2003, NANDA 2003, Probst 2004, Staude 1996, Stefan et al. 2000, Wakonig 2003

Harninkontinenzform	Beschreibung/Ursache
Belastungsinkontinenz (auch: Stressinkontinenz)	Unwillkürlicher Urinverlust bei körperlicher Belastung ohne Harndrang. Bei physischer Anstrengung (z.B. Sport, Husten, Lachen) übersteigt der Druck in der Harnblase den Druck im Schließmuskelbereich. Keine nachweisbaren Kontraktionen der Blasenwandmuskulatur (Detrusor). Ursachen: Schwächung der Beckenbodenmuskulatur bei Frauen, z.B. durch vaginale Entbindungen, hormonelle Defizite; bei Männern, z.B. durch Prostateoperationen
Dranginkontinenz - nicht-neurogene (idiopathische) Detrusorhyperaktivität - neurogene Detrusorhyperaktivität (früher Reflexinkontinenz)	Unwillkürlicher Harnverlust, der von imperativem Harndrang begleitet ist oder dem imperativer Harndrang vorausgeht ¹ Urodynamisch nachweisbare Detrusorkontraktionen. Ursachen: nicht bekannt ² Ursachen: neurologisch (zerebral oder spinal; wenn spinal, dann ohne Empfindung von Harndrang). ¹ Imperativer Harndrang, Pollakisurie, Nykturie können auch ohne Harnverlust auftreten (= überaktive Blase/over-active bladder.) ² Liegen konkrete Ursachen wie Entzündungen, Blasentumore oder -steine vor, bedarf diese sog. „symptomatische Dranginkontinenz“ der gezielten Behandlung der Ursachen und stellt im Sinne der ICS keine Form der Dranginkontinenz dar
Mischinkontinenz	Kombinationen von Belastungs- und Dranginkontinenz
Chronische Harnretention mit Harninkontinenz (früher: Überlaufinkontinenz)	Unwillkürlicher, intermittierender oder tropfender Urinabgang durch passive Überdehnung der Blasenwand. Charakterisiert durch nicht schmerzhafte Blase mit reichlich Restharn. Druck in der Harnblase übersteigt den Druck in der Harnröhre. Ursachen: Blasenauslassobstruktion (z. B. bei Prostatavergrößerung), Kontraktionsstörung des Detrusors
Extraurethrale Harninkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust unter Umgehung der Harnröhre bzw. des Urethral sphinkters. Ursachen: angeborene Anomalien (z B. Fehlmündungen des Harnleiters, Fehlanlagen der Harnröhre), urogenitale Fisteln, Verletzungen des Harntraktes
Funktionelle Inkontinenz	Unbeabsichtigter Harnverlust einer normalerweise kontinenten Person aufgrund der Unfähigkeit, die Toilette rechtzeitig zu erreichen oder psychosomatischer Aspekte. Ursachen: Mobilitäts-, koordinationsfunktionelle und kognitive Einschränkungen, psychische Faktoren

Analinkontinenzform	Beschreibung/Ursache
Sensorische Analinkontinenz	Unwillkürlicher Abgang von Winden, Stuhl und Stuhlschmierungen durch Störung der sensiblen Wahrnehmung der Schleimhaut des Analkanals. Ursachen: neurologische Erkrankungen (Demenz, Tumor), Rektumprolaps, Analatresie, operative Verletzungen
Muskuläre Analinkontinenz	Unwillkürlicher Abgang von Winden und Stuhl durch Schädigung des Schließmuskelapparates, ohne Störung der Wahrnehmung der Analschleimhaut. Ursachen: vaginale Geburt mit Dammriss oder -schnitt, Senkung/Prolaps von Organen, Fisteln oder Fisteloperationen
Beckenbodeninsuffizienzbedingte Analinkontinenz	Unwillkürlicher Stuhlverlust durch Störung des Schließmuskelapparates. Ursachen: Beckenbodeninsuffizienz, Senkung/Prolaps von Organen
Reservoirbedingte Stuhlinkontinenz	Häufiger Stuhlgang und Stuhlabgang durch Verhärtungen der Darmwand und dem Verlust der Reservoirfunktion des Enddarms. Ursachen: operative Eingriffe, chronisch entzündliche Darmerkrankungen
Neurogene Analinkontinenz	Unfreiwilliger Verlust von Winden und Stuhl aufgrund von Nervenirritationen und -schädigungen, die den Schließmuskelsteuerungsmechanismus beeinflussen. Ursachen: neurologische Erkrankungen (Multiple Sklerose, Demenz), operative Verletzungen, Bandscheibenvorfall
Paradoxe Analinkontinenz	Unkontrollierter Abgang von Stuhl oder Schleim aufgrund einer Obstipation
Funktionelle Analinkontinenz	Abgang von Winden und Stuhl, begründet in psychischen und psychosomatischen Aspekten (z.B. Traumata, Rentenbegehren, Umzug/Einweisung in ein Heim, Bedürfnis nach Zuwendung; imperativer Stuhl drang beim Reizdarmsyndrom)
Mischformen	Kombinationen, z. B. von sensorischer und muskulärer Analinkontinenz

1.2 Subjektive Ursachenvorstellungen

Es ist zu vermuten, dass tabuisierte Erkrankungen wie Harn- und Analinkontinenz, bei denen Ätiologiemodelle zwar vorhanden (s. Tabelle 1), den Betroffenen aber meist nicht bekannt sind, ähnlich wie Erkrankungen, bei denen wissenschaftliche Erklärungsmodelle fehlen, verstärkt zu einer Reihe von Deutungen, Interpretationen und Krankheitsverarbeitungsformen motivieren (Jacob et al. 1999). Dabei richten Patienten die Frage nach der Verursachung ihrer Erkrankung nicht nur an das Medizinalsystem, sondern auch an sich selbst. Ursachenannahmen erlauben dem Individuum den Verlust personaler Kontrolle über das eigene Leben zu verhindern oder einen eingetretenen Kontrollverlust wieder rückgängig zu machen (Filipp et al. 1998). Sie vermitteln die Überzeugung, dass die Ereignisse der Welt nicht rein zufällig zustande kommen, sondern dass regelhafte Zusammenhänge vorhanden sind, die sinnvoll sind, die man verstehen und rekonstruieren kann (Faller 1998). Durch krankheitsbezogene subjektive Ursachenvorstellungen ist ein Patient in der Lage, Vorhersagen zu treffen und somit Entscheidungen bezüglich des Umganges mit seiner Krankheit zu treffen (Flick 1998).

Diskutiert wird, ob Kausal- und Kontrollattributionen Krankheitsverarbeitung beeinflussen (Nerenz et al. 1982) oder letztlich den kognitiven Aspekt von Krankheitsverarbeitung („Grübeln“, „Ruminieren“) repräsentieren (z.B. Hasenbring et al. 1986, Weis 1998).

Nach Bischoff (1994) lassen sich subjektive Ursachenvorstellungen nach psychosozialen (psychosomatischen, psychologischen) versus naturalistischen (somatischen) Schwerpunkten klassifizieren. Dabei werden von außen (external) auf den Organismus einwirkende und im Organismus selbst (internal) angesiedelte Ursachen differenziert. Externale Ursachen können im Verhalten anderer Menschen gesucht oder als vom Zufall oder Schicksal abhängig betrachtet werden. Bei den internalen Ursachen kann man eine oder keine Selbstverschuldung annehmen.

Subjektiven Vorstellungen über die Verursachung einer Erkrankung wird ein enger Zusammenhang zu zentralen patientenseitigen, für die Arzt- bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger-Patient-Kommunikation wichtigen, Parametern, wie z.B. Compliance (Bischoff et al. 1989, Becker, 1984) oder Behandlungszufriedenheit (z.B. Zenz et al. 1989) zugeschrieben. Diese Aspekte sind für den therapeutischen Prozess von großer Bedeutung, da sie den Einstieg und die Aufrechterhaltung der Behandler-Patient-Beziehung beeinflussen können. So werden beispielsweise Therapien erschwert, wenn der Patient durch zu geringe Überlappung der eigenen Vorstellungen hinsichtlich Ursachen der Erkrankung und Behandlungsverlauf (Bischoff et al. 1989) mit denen des Behandlers das Vertrauen in den Behandler verliert. Wobei sich hier vor allem stark fatalistisch ausgeprägte Ursachenvorstellungen seitens des Patienten als Störvariablen für die therapeutische Arbeitsbeziehung erwiesen haben (Faller 1997). Non-Compliance in der Behandler-Patient-Beziehung kann also in einer misslungenen Verständigung hinsichtlich der subjektiven Krankheitstheorie begründet sein (Adler et al. 1996, Becker, 1984).

Weiter zeigen empirische Studien, dass sich krankheitsbezogene subjektive Ursachenvorstellungen direkt sowie indirekt über die Krankheitsverarbeitung auf Lebensqualität, Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, Ängstlichkeit und Depression auswirken (z. B. Myokardinfarkt: Muthny et al. 1992, Diabetes: Hartmannsgruber 1992, Krebs: Filipp et al. 1998). Dabei erweisen sich vorrangig internale Ursachenvorstellungen als maladaptiv (Muthny et al. 1992, Faller et al. 1995, Riehl-Emde et al. 1989). Externale Ursachenzuschreibungen hingegen scheinen die emotionale Entlastung zu fördern (Küchenhoff et al. 1994, Muthny et al. 1992, Myrtek 1985).

1.3 Subjektive Ursachenvorstellungen und Inkontinenz

Wie die Ergebnisse einer eigenen Literaturrecherche aus diesem Jahr zeigen, wurden subjektive Ursachenvorstellungen bei inkontinenten Personen bislang überwiegend im amerikanischen und arabischen Raum sowohl quantitativ als auch qualitativ systematisch von Hart et al. (1999), Melville et al. (2008), Rizk et al. (2001), Saleh et al. (2005) sowie Teunissen et al. (2004) erhoben:

Saleh et al. (2005) untersuchten 164 harninkontinente Frauen (im arabischen Emirat Katar) mit einem durchschnittlichen Alter von $M = 47,83$ ($SD = 11,24$). Die Mehrheit der Frauen (54,4%) gab an, dass die Inkontinenz durch Altersprozesse entstanden ist, gefolgt von der Vorstellung, dass das Gebären von Kindern die Ursache für die Erkrankung sei (49%), durch die Menopause verursacht (33,8%) oder durch eine Lähmung (21,6%) bedingt sei.

In der Untersuchung von Hart et al. (1999) an 232 inkontinenten amerikanischen Frauen ($M = 45,2$ Jahre, Spanne = 18-73 Jahre) attribuierten 142 Frauen die Erkrankung auf urogenitale Faktoren (z.B. schwache Beckenbodenmuskulatur, Schwangerschaft/Geburt eines Kindes, vorangegangene chirurgische Eingriffe, Senkung/Vorfall der Blase). Sechs Frauen gaben als Ursache die spezifische Form der Inkontinenz an (z.B. Belastungsinkontinenz). 36 Frauen sahen die Ursache der Inkontinenz in (falschen) Verhaltensweisen begründet (z.B. zu lange zu warten, bevor man auf Toilette geht, Husten/Niesen/Lachen). Zwölf Frauen sahen die Inkontinenz im Alter begründet, vier Frauen im Trinken von Wasser. Sechs Frauen sahen die Ursache in chronischen Erkrankungen (z.B. Diabetes, starkes Übergewicht). Insgesamt 32 Frauen wussten keine Ursache für ihre Harninkontinenz.

Zu ähnlichen Befunden kommen Melville et al. (2008), die mittels qualitativer Analyse die subjektiven Ursachenvorstellungen von 1192 amerikanischen Frauen im Alter zwischen 30 und 90 Jahren untersuchten. Sie identifizierten 23 unterschiedliche Kategorien, die sie 5 Ebenen zuordneten: somatische (z. B. Beckenboden- und Blasenbezogene) Ursachen, unkontrollierbare Faktoren, Teil des weiblich Seins/geschlechtsbezogen, Ursachen im Lebensstil und keine Ursachenvorstellung. 52,9% der Frauen nahmen eine somatische Ursache für ihre Inkontinenz an, hiervon am häufigsten die Fehlfunktion in der Beckenboden/Blasen-Muskulatur, Belastungsinkontinenz-Trigger wie Husten, Niesen oder Springen oder einen Urogenitalprolaps. Am zweithäufigsten fanden sich Ursachenvorstellungen der Ebene „Unkontrollierbare Faktoren“ (22,7%), zu denen die Autoren u.a. das Alter, Medikamente oder vorangegangene chirurgische Eingriffe subsumierten; der Ebene „Teil des weiblich Seins/geschlechtsbezogen“ (Frausein, Schwangerschaft und Geburt, hormonelle Gründe) (21,1%) sowie der Ebene „Lebensstil“ (21,0%) (zu lange zu warten, bevor man auf Toilette geht, Übergewicht oder Stress/Angst). 12,2% wussten keine Ursache für die Harninkontinenz.

Differenziert nach drei Altersgruppen (1. 30-44 Jahre, $n = 348$; 2. 45-59 Jahre, $n = 365$; 3. ≥ 60 Jahre, $n = 479$) zeigte sich, dass in allen Altersgruppen die Attribution der Inkontinenz auf somatische Ursachen, die den objektiven Ätiologiemodellen am nächsten waren, dominierten. Die Zuschreibung auf persönliche Faktoren bzw. den Lebensstil war in etwa gleich stark ausgeprägt, auf den anderen Ebenen jedoch kam es zu deutlichen Verschiebungen. So war beispielsweise die Überzeugung, die Inkontinenz sei in unkontrollierbaren Faktoren wie Alter, Medikation oder vorangegangene chirurgische Eingriffe begründet in höheren Altersgruppen stärker ausgeprägt (Gruppe der 30-44-Jährigen 10%, Gruppe der über 60-Jährigen 30%) ebenso wie das Fehlen einer subjektiven Ursachenvorstellung bezüglich der Inkontinenz (Gruppe der 30-44-

Jährigen 8%, Gruppe der über 60-Jährigen 17%). Im Gegensatz dazu war die Vorstellung, die Inkontinenz sei ein normaler Vorgang, der zum Frausein dazugehört, bei höheren Altersgruppen weniger ausgeprägt (Gruppe der 30-44-Jährigen 43%, Gruppe der über 60-Jährigen 6%). Auch Teunissen und Lagro-Janssen (2004) zeigten in ihrer Untersuchung von 348 über 60-jährigen harninkontinenten zu Hause lebenden Frauen und Männern, dass unabhängig vom Geschlecht die Harninkontinenz am häufigsten auf das Alter attribuiert wird, was implizieren könnte, dass eine Diagnostik bzw. Behandlung nicht möglich oder notwendig sei.

Die Ursachenvorstellungen von 51 analinkontinenten Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 37,9 Jahren (SD = 13,2) der Vereinigten Arabischen Emirate wurden von Rizk et al. (2001) untersucht. Es zeigte sich, dass 90,2% der Betroffenen die Analinkontinenz auf eine Lähmung bzw. neurologische Ursache zurückführten, gefolgt von der Vorstellung, die Analinkontinenz sei eine Folge des Alters (80,4%), von Geburten (23,5%) oder der Menopause (19,6%).

Die aufgeführten Studien wurden überwiegend bei harninkontinenten Frauen im mittleren Alter im amerikanischen oder arabischen Raum durchgeführt. Eine systematische qualitative Untersuchung der subjektiven Ursachenvorstellungen von weiblichen als auch männlichen harn- und/oder analinkontinenten Personen im hohen Alter lag zum Zeitpunkt der Studienplanung nicht vor.

1.4 Forschungsfrage

Die vorliegende Untersuchung hat das Ziel zu ermitteln, über welche subjektiven Ursachenvorstellungen Frauen und Männer mit Harn- und Analinkontinenz, die älter als 60 Jahre sind, verfügen.

2. Methode

2.1 Durchführung und Design der Untersuchung

Die Daten der qualitativen Untersuchung wurden zu einem Messzeitpunkt im Zeitraum 07/2005 bis 11/2006 durch zwei Interviewerinnen (Dipl.-Psych., cand. Dipl.-Psych.) erhoben. Der Ort der Befragung variierte in Abhängigkeit von der Mobilität der Untersuchungsteilnehmer zwischen einem Befragungsraum in der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte und dem Zuhause der Untersuchungsteilnehmer.

Ausgeschlossen von der Teilnahme wurden Personen mit kognitiven Leistungseinbußen durch dementielle oder psychiatrische Erkrankungen. Jeder Untersuchungsteilnehmer gab vor Studienbeginn sein schriftliches Einverständnis.

Die Studie wurde von der Ethik-Kommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin genehmigt. Rekrutiert wurde die Stichprobe zu 60,9% in den entsprechenden Fachabteilungen der Charité – Universitätsmedizin Berlin und des St. Hedwig-Krankenhauses Berlin, zu 22,6% über Annoncen in Zeitungen, zu 8,7% in Pflegeheimen

und Altenselbsthilfzentren sowie zu 5,4% über Inkontinenz-Selbsthilfgruppen und private Kontakte.

2.2 Messinstrumente

Um die Einhaltung des Ausschlusskriteriums (Patienten mit kognitiven Einschränkungen) zu gewährleisten, wurde der MikroMental Test (Gutzmann et al. 2005, Rapp et al. 2002) – ein in Anlehnung an den Mini-Mental-Test (MMSE) entwickeltes Kurzverfahren zum Demenzscreening – eingesetzt.

Zur Charakterisierung der Untersuchungsstichprobe wurden soziodemografische Variablen wie Alter und Geschlecht sowie anamnestische Daten zu Diagnose und Dauer der Erkrankung, Komorbidität und Medikation erhoben.

Die subjektiven Ursachenvorstellungen wurden durch zwei im offenen Teil des Fragebogens zum Krankheitskonzept (FzKK) von Bischoff et al. (in Vorb.) angesiedelte Fragen erfasst: Die Untersuchungsteilnehmer wurden nach den Gründen bzw. Ursachen ihrer Inkontinenz gefragt und aufgefordert bis zu fünf verschiedene Ursachen zu benennen (in Abweichung von Bischoff et al. [in Vorb.] wurden in unserer Untersuchung die Fragen durch die Interviewerin erhoben). Anschließend wurden die Patienten seitens der Interviewerin gebeten, die genannten Ursachen der Wichtigkeit nach in eine Reihenfolge zu bringen.

2.3 Statistische Auswertung

Für die Auswertung soziodemografischer und anamnestischer Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms „SPSS 13.0 für Windows“ Häufigkeiten und Mittelwerte (M) sowie Standardabweichungen (SD) errechnet.

Die inhaltliche Auswertung der offenen Antworten erfolgte unter Nutzung des Kategoriensystems von Schaefer und Bischoff (2002), welches auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) entwickelt worden war: In die inhaltliche Analyse einbezogen wurde diejenige Ursachenvorstellung, die vom Untersuchungsteilnehmer als wichtigste Ursachenannahme (Rangplatz 1) bewertet worden war. Die Ursachenvorstellungen wurden dem Kategoriensystem zugeordnet. Das Kategoriensystem differenziert 5 Oberkategorien, die Unterkategorien enthalten: R1 Ungünstige Lebensbedingungen (6 Kategorien), R2 Interpersonelle Probleme (4 Kategorien), R3 Intrapersonelle Probleme (8 Kategorien), R4 Somatische/körperliche Probleme (2 Kategorien) und R5 Nicht auswertbare Restkategorien (2 Kategorien). Da das Kategoriensystem von Schaefer und Bischoff (2002) auf der Basis von Patienten einer psychosomatischen Einrichtung konzipiert wurde und somit nicht alle (vor allem die somatischen) Ursachenvorstellungen der in dieser Arbeit untersuchten Stichprobe abdecken konnte, wurde das Kategoriensystem erweitert, in dem 7 neue Unterkategorien gebildet (grau markiert) und zu den Oberkategorien R4 Somatische/körperliche Probleme bzw. R5 Nicht auswertbare Restkategorien hinzugefügt wurden (s. Tabelle 3).

2.4 Beschreibung der Untersuchungsstichprobe

In die Untersuchung wurden 115 inkontinente Personen (82 Frauen, 33 Männer) im Alter von 59 bis 93 Jahren ($M = 71,23$ Jahren, $SD = 7,20$) eingeschlossen. 43,5% (50 Personen) waren zum Zeitpunkt der Untersuchung an einer Harninkontinenz, 16,5% (19 Personen) an einer Analinkontinenz und 40% (46 Personen) an einer Kombination aus Harn- und Analinkontinenz erkrankt. Bei den harninkontinenten Frauen dominierte die Mischinkontinenz (44,12%), gefolgt von der Dranginkontinenz (29,41%), der Belastungsinkontinenz (19,12%), der funktionellen Harninkontinenz (4,41%) und der chronischen Harnretention mit Harninkontinenz (2,94%). Bei den harninkontinenten Männern war in dieser Stichprobe die Belastungsinkontinenz (61,29%) die häufigste Harninkontinenzform, gefolgt von der Mischinkontinenz (16,13%), der Dranginkontinenz (12,90%), der chronischen Harnretention mit Harninkontinenz (6,45%) sowie der funktionellen Harninkontinenz (3,23%).

Bezüglich der Analinkontinenz dominierte sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der Verlust von kleinen Mengen breiigen Stuhls (Nachschmierern) (35,14%; 43 Frauen, 9 Männer) sowie der unkontrollierbare Abgang von Gasen (31,76%; 39 Frauen, 8 Männer). Unter unfreiwilligem Verlust von flüssigem Stuhl litten 18,92% (27 Frauen, 1 Mann) und von festem Stuhl 14,19% (18 Frauen, 3 Männer) der befragten Personen.

Im Durchschnitt litten die Betroffenen seit 11,13 Jahren ($SD = 13,20$, Spanne = 0,5-64) an ihrer Inkontinenz. Im Mittel waren sie von 3,81 ($SD = 2,16$, Spanne = 0-14) anderen (behandlungsbedürftigen) Erkrankungen betroffen und nahmen 4,43 ($SD = 3,05$, Spanne = 0-18) verschiedene Medikamente pro Tag ein.

3. Ergebnisse

Über 80 Prozent der Studienteilnehmer gaben ein oder zwei Ursachen für ihre Inkontinenz an ($M = 1,51$, $SD = 0,95$, Spanne = 0-5). Dieses Ergebnis spricht für eine präzise Vorstellung über die Verursachung ihrer Erkrankung. Sechs Personen berichteten, sie hätten keine Annahme hinsichtlich der Erkrankungsursache (s. Tab. 2).

Tab. 2: Häufigkeitsverteilung der Anzahl der Ursachennennungen

Verteilungskennwerte	n (w/m)	Prozent
Anzahl der Ursachennennungen		
0	6 (4/2)	5,2
1	67 (39/28)	58,3
2	26 (24/2)	22,6
3	10 (9/1)	8,7
4	5 (5/0)	4,3
5	1 (1/0)	0,9
Gesamt	115 (82/33)	100

Die Ursachenvorstellung, die den ersten Rangplatz bei den Betroffenen einnahm, wurde dem Kategoriensystem zugeordnet. Von den 29 zur Verfügung stehenden Kategorien, wurden 18 besetzt.

Wie Tabelle 3 zu entnehmen ist, dominierte bei den untersuchten Frauen und Männern in der Stichprobe die Attribution der Inkontinenz auf *somatische Ursachen* (n = 82). Vorausgegangene chirurgische Eingriffe (z.B. Prostataektomie, Hysterektomie) bzw. Verletzungen bei diagnostischen Untersuchungen (z.B. bei Blasen- oder Darmspiegelung) (n = 34), ererbte körperliche Belastungen (z.B. Bindegewebs- oder Muskelschwäche) (n = 14) und andere Erkrankungen (z.B. Blasenkrebs) (n = 14) wurden am häufigsten genannt. Zudem sahen die Patienten das Nachlassen der Muskelkraft im Sinne einer altersbedingten Erscheinung (n = 9), die Geburt eines oder mehrerer Kinder (n = 6 Frauen) sowie die Senkung oder den Prolaps von Urogenitalorganen (n = 3 Frauen) als entscheidend an. Jeweils eine (weibliche) Person betrachtete eine vorausgegangene Schwangerschaft bzw. eine Blasenentzündung als ursächlich für das Auftreten der Inkontinenz.

Neben den Ursachenvorstellungen, die sich der somatischen Ebene zuordnen lassen, wurden fast ausschließlich von den weiblichen Untersuchungsteilnehmern *intrapersonelle Gründe* (n = 20) wie unvorteilhaftes Gesundheitsverhalten/Freizeitverhalten (n = 11), z.B. hinausgezögerter Toilettengang, kalte Füße, schweres Heben und die Einnahme von Medikamenten oder negative Gefühle und Emotionen (n = 4), z.B. Nervosität und Anspannung, benannt.

In jeweils drei Fällen – ausschließlich weibliche Untersuchungsteilnehmer – wurde die Ursache der Inkontinenz in *interpersonellen Problemen* (n = 3), wie z.B. Trennungen bzw. Enttäuschungen in der Vergangenheit (n = 2) oder die Auseinandersetzung mit Familie und Freunden (n = 1), bzw. in *ungünstigen Lebensbedingungen* (n = 3), wie z.B. Mangelernährung in der Kindheit (n = 2) oder kritische Lebensereignisse (n = 1), gesucht.

Um zu überprüfen, ob es Unterschiede hinsichtlich der Ursachenzuschreibung in Abhängigkeit der Inkontinenzform (Harn oder Stuhl) gibt, wurden die Personen mit Doppel-Inkontinenz (n = 46) unter Hinzunahme eines halbstrukturierten Interviews³ der Gruppe der Harninkontinenten bzw. Analinkontinenten zugeordnet. Die Gruppenzuteilung bestimmte darüber, welche Angabe der Ursachenannahme (bezogen auf Harninkontinenz oder Analinkontinenz) in die Analyse eingeschlossen wurde. Es zeigte sich (s. Tabelle 3), dass sowohl bei den Harninkontinenten als auch bei den Analinkontinenten *somatische Ursachenvorstellungen* dominieren und *interpersonelle Ursachen* bei beiden Inkontinenzformen den zweiten Rangplatz einnahmen. Während bei den Harninkontinenten nur eine Person *keine Vorstellung* über die Ursache der Inkontinenz hatte, waren es bei den Analinkontinenten 5 (von 38) Personen, was hinsichtlich der größeren Tabuisierung der Analinkontinenz nicht verwundert.

3 Hier wurde mittels Leitfaden nach krankheitsspezifischen Belastungen gefragt (s. Ahnis et al. 2008) und im Fall einer Doppel-Inkontinenz eruiert, ob sich die Aussagen auf die Harn- oder Analinkontinenz beziehen.

Tab. 3: Deskription der Kategorien und Häufigkeiten der Kategorienbesetzung getrennt nach Geschlecht und Diagnose (Harn- oder Analinkontinenz)

Verteilungskennwerte	gesamt	Geschlecht		Diagnose	
	N = 115	weiblich	männlich	HI	AI
		n = 82	n = 33	n = 77	n = 38
Kategorien					
R1 Ungünstige Lebensbedingungen	3	3	0	3	0
E1 Schwierige Arbeitssituation	0	0	0	0	0
E2 Nachteilige Wohnsituation, Finanzen	0	0	0	0	0
E3 Kritische Lebensereignisse (z.B. Missbrauch)	1	1	0	1	0
E4 (Körperliche und psychische) Belastungen in der Kindheit (z.B. Mangelernährung)	2	2	0	2	0
E5 Schädliche Umweltfaktoren	0	0	0	0	0
E6 Stressoren (Überlastung/Druck)	0	0	0	0	0
R2 Interpersonelle Probleme	3	3	0	2	1
E7 Aktuelle Partnerschaftsproblematik	0	0	0	0	0
E8 Auseinandersetzung mit Familie, Freunden	1	1	0	1	0
E9 Fehlende soziale Unterstützung	0	0	0	0	0
E10 Trennung, Enttäuschung in der Vergangenheit	2	2	0	1	1
R3 Intrapersonelle Probleme	20	19	1	14	6
E11 Inadäquates Anspruchsniveau	0	0	0	0	0
E12 Schwaches Selbstwertgefühl	0	0	0	0	0
E13 Negative Gefühle und Emotionen (z.B. Nervosität, Anspannung)	4	3	1	3	1
E14 Defizitärer Umgang mit Gefühlen	0	0	0	0	0
E15 Schlechte Problembewältigung	0	0	0	0	0
E16 Mangelnde soziale Kompetenz	0	0	0	0	0
E17 Unvorteilhaftes Gesundheitsverhalten/Freizeitverhalten (z.B. hinausgezögerter Toilettengang, kalte Füße, schweres Heben, Medikamente, Übergewicht)	11	11	0	9	2
E18 „Psychische Probleme“ (unspezifisch)	5	5	0	2	3

R4 Somatische/körperliche Probleme	82	52	30	57	25
E19 Körperliche Erkrankungen (z.B. Krebs, Lähmung, MS, Darmkatarrh, Prostatavergrößerung, Hämorrhoiden)	14	10	4	7	7
E20 Ererbte körperliche Belastungen/Veranlagung (Bindegewebs- oder Muskelschwäche)	14	12	2	10	4
E21 Senkung und/oder Prolaps von Organen (Gebärmutter, Blase)	3	3	0	2	1
E22 Geburt eines/mehrerer Kinder	6	6	0	6	0
E23 Vorausgegangene Schwangerschaften	1	1	0	1	0
E24 Blasenentzündungen (in Vergangenheit)	1	1	0	1	0
E25 Alterserscheinung/Nachlassen der Muskelkraft	9	7	2	3	6
E26 Vorausgegangene chirurgische Eingriffe (z.B. Prostatektomie, Hysterektomie, Entfernung Hämorrhoiden)/ Verletzungen bei diagnostischen Untersuchungen (z.B. Blasenspiegelung, Darmspiegelung)	34	12	22	27	7
R5 Nicht auswertbare Restkategorien	7	5	2	1	6
E27 Keine Ursachenvorstellung	6	4	2	1	5
E28 Unverständliche Angabe	1	1	0	0	1
E29 Nichtantworter	0	0	0	0	0

4. Diskussion

Das Interesse der Arbeit lag in der Untersuchung subjektiver Ursachenvorstellungen bei Patienten mit Harn- und Analinkontinenz im deutschsprachigen Raum. Bisherige Studien konzentrierten sich überwiegend auf weibliche Patienten mittleren Alters im amerikanischen und arabischen Raum.

Die meisten der untersuchten inkontinenten Frauen und Männer über 60 Jahre verfügen über subjektive Ursachenvorstellungen bezüglich ihrer Erkrankung. Hierbei zeigte sich, dass die Patienten überwiegend sehr genaue Vorstellungen über die Verursachung ihrer Erkrankung haben – die Mehrheit der Patienten benannte (nur) eine Ursachenannahme.

81% der untersuchten Frauen und Männer attribuierten ihre Inkontinenz auf somatische Aspekte, wie z.B. gynäkologische, urologische oder proktologische Erkrankungen, einer Bindegewebs- oder Muskelschwäche oder der Senkung oder dem Prolaps von Organen. Bedeutend für die Betroffenen sind Verletzungen bei vorangegangenen diagnostischen Untersuchungen oder operativen Maßnahmen im urogenitalen Bereich unabhängig vom Geschlecht oder der Diagnoseform. Diese subjektiven Ursachenvorstellungen sind objektiven Ätiologiemodellen ähnlich (s. Tabelle 1).

Nur insgesamt 16 der 115 Personen betrachteten die Inkontinenz als eine zum Alter zugehörige (normale) Erscheinung (n = 9) oder als die (normale) Folge von Schwangerschaft oder Geburt (n = 7). Dieses Ergebnis war unter Anbetracht der Vorbefunde (z.B.

Teunissen et al. 2004, Melville et al., 2008) in der Gruppe der über 60-Jährigen nicht zwangsläufig zu erwarten: Teunissen et al. (2004) zeigten in ihrer Untersuchung, dass die Mehrheit der über 60-jährigen harninkontinenten Frauen und Männer die Inkontinenz auf das Alter attribuierten. Und auch Melville et al. (2008) konnten nachweisen, dass in der Gruppe der über 60-Jährigen die Attribution auf das Alter und weitere „unkontrollierbare Faktoren“ ebenso wie das Fehlen einer subjektiven Ursachennahme eine deutlich größere Rolle spielte als in unserer Stichprobe. Allerdings fanden auch Melville et al. (2008), dass die Vorstellung, die Inkontinenz sei ein normaler Vorgang, der zum Frausein dazugehört, bei den höheren Altersgruppen weniger stark ausgeprägt ist.

Die hier untersuchten Personen wurden überwiegend in gynäkologischen, urologischen und gastroenterologischen Einrichtungen rekrutiert, so dass eine Selektivität der Stichprobe zu vermuten ist und von einer eingeschränkten Repräsentativität ausgegangen werden muss: Es kann angenommen werden, dass es sich bei den teilnehmenden Personen um diejenigen handelt, die möglicherweise weniger Scham durch die Erkrankung empfinden, vermehrt über aktive (adaptive) Formen der Krankheitsverarbeitung verfügen (Ahnis 2009), deshalb einen Arzt aufgesucht haben und bereits gut über objektive Ätiologiemodelle informiert waren. Diese Information und das erlangte Wissen hatte vermutlich Einfluss auf die Konstruktion der subjektiven Ursachenvorstellungen genommen (Filipp et al. 1997, Filipp et al. 1987, Wagner 1998).

Diese Überlegung wird gestützt von der Tatsache, dass 111 der 115 Personen bereits mit einem Arzt über die Inkontinenz gesprochen hatte, wovon 95 Personen von sich aus die Thematik angesprochen hatten und in 15 Fällen der behandelnde Arzt nach der Symptomatik gefragt hatte (Eine Person konnte sich an die Vorgehensweise nicht mehr erinnern). Zudem waren 6,1% der befragten Personen zum Zeitpunkt der Untersuchung Mitglied in der Deutschen Kontinenzgesellschaft, 7% gehören einer Inkontinenz-Selbsthilfegruppe an und 22,6% hatten in der Vergangenheit an einer Schulung/einem Informationsprogramm zum Thema Inkontinenz teilgenommen. 73% der befragten Personen gaben an, sich über diverse Medien (Broschüren, Gesundheits-sendungen im Fernsehen oder Radio, Fachliteratur usw.) Informationen zum Thema Inkontinenz gesucht zu haben. 27% hatten sich aus verschiedenen Gründen bislang keine Information zum Thema Inkontinenz eingeholt (Ahnis 2009).

Auffallend war, dass der Teil der Patienten, der die Inkontinenz nicht somatisch, sondern intrapsychisch oder interpersonell attribuierte, vorwiegend weiblich war. Dies bestätigt bisherige Studienergebnisse, die zeigen, dass Frauen eher zu intrapsychischen und interpersonellen Ursachenannahmen tendieren als Männer (Faller 1997, Knieling et al. 2000).

Personal-interne Ursachenvorstellungen zählen zu den Faktoren, von denen man die höchste Steuerbarkeit und Eigenverantwortlichkeit in der Entstehung der eigenen Erkrankung annehmen kann (Weis 1998). Werden sie von den Patienten als hauptsächlich selbstverschuldet und somit vermeidbar angesehen (Bischoff 1994) wie bei der Kategorie „unvorteilhaftes Gesundheitsverhalten/Freizeitverhalten“ (n = 11 Frauen, n = 0 Männer), bei der die Ursache der Inkontinenz beispielsweise in einem hinausgezö-

gerten Toilettengang, kalten Füßen oder dem Übergewicht gesucht wird, ist davon auszugehen, dass diese Patienten eher zu maladaptiven Krankheitsverarbeitungsformen neigen (Faller et al. 1995, Muthny et al. 1992). Hierunter zählt z.B. die Krankheitsverarbeitungsform „Selbstanklage/Selbstbeschuldigung“, bei der die Krankheit verarbeitet wird, in dem sich selbst die Schuld gegeben wird und das Gefühl sowie die Vorstellung existieren, die Schuld tilgen zu müssen. Verschiedene Studien liefern Hinweise darauf, dass Grübeln, Selbstanklage und Hoffnungslosigkeit in vielen Situationen ineffizient sind (Heim 1998, Laux et al. 1990) und signifikant positiv mit einer als „weniger gut bis schlechten“ Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (Hessel et al. 2000), mit geringem körperlichem Wohlbefinden (Thomsen et al. 2004) sowie negativen Affekten wie Angst und Depression (Nolen-Hoeksema 2000) assoziiert sind. Bei inkontinenten älteren Personen zeigten sich Zusammenhänge zu geringem psychischen Wohlbefinden, Depression, ablehnender Körperbewertung sowie Unzufriedenheit mit dem Sexualleben (Ahnis 2009).

In der Behandler-(Arzt/Gesundheits- und Krankenpfleger)Patient-Beziehung gilt es, solche maladaptiven Ursachenvorstellungen zu explorieren und gegebenenfalls zu korrigieren. Nur so kann letztlich eine angemessene Diagnostik/Therapie eingeleitet werden.

Das setzt voraus, dass Ärzte bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger mit entsprechendem Fachwissen, welches sie idealerweise schon in ihrer Ausbildung erlangen, ausgestattet sind. Gerade in Pflegeheimen, in denen gemäß internationalen Prävalenzstudien bis zu 72% der Bewohner von Harninkontinenz (vgl. Cheater & Castleden, 2000) und bis zu 47% von Analinkontinenz (Borrie & Davidson, 1992; Nelson et al., 1998) betroffen sind, müssen Pflegekräfte speziell für die Thematik sensibilisiert werden. Positiv sind z.B. die Bestrebungen des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, die mit der Entwicklung des nationalen Expertenstandards zur Förderung der Harnkontinenz (DNQP 2007) dazu beitragen, u.a. die diagnostische Kompetenz der Pflegekräfte, so auch die „differenzierte Einschätzung bei Problemen mit Harninkontinenz“ (DNQP 2007, S. 33), einschließlich „psycho-sozialer Auswirkungen der Harninkontinenz“ (DNQP 2007, S. 33) zu erweitern. Pflegekräfte könnten so zum Beispiel selbstbeschuldigende Attributionen und/oder maladaptive Krankheitsverarbeitungsformen bei den Betroffenen erkennen, entsprechende psycho-soziale Beratung leisten und/oder professionelle psychotherapeutische Hilfe anfordern. Krankheitsvorstellungen der Patienten können somit ein Indikator für den Bedarf an psycho-sozialer/psychotherapeutischer Unterstützung sein.

Interessant für (psycho-)therapeutische Interventionen sind zudem die Personen, die die Ursachen der Inkontinenz im Alter bedingt (7,83%) sehen bzw. keine Ursachenvorstellung bezüglich der Erkrankung haben (5,22%). Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Personen eine somatische Behandlung für nicht notwendig erachten, da sie entweder glauben, dass diese die Ursachen nicht beheben kann oder keine therapeutischen Möglichkeiten existieren. Gerade auch in diesen Fällen ist es wichtig, die subjektiven Vorstellungen der inkontinenten Patienten zu kennen und ge-

gebenenfalls zu verändern, um eine angemessene Behandlung zu erwirken und somit das Leid der Betroffenen zu verringern.

Insgesamt verdient die Frage nach den Inkontinenzbezogenen subjektiven Ursachenvorstellungen die Fortsetzung entsprechender Forschungsbemühungen. Hierbei sollten aber methodische und inhaltliche Erweiterungen vorgenommen werden:

So wäre es wünschenswert, subjektive Ursachenvorstellungen zum einen in Bezug zu anderen für die Verarbeitung von Inkontinenz relevanten Konstrukten (z.B. Krankheitsverarbeitungsformen, Ressourcen, Outcome-Kriterien, Compliance, Patientenzufriedenheit), z.B. mittels Kombination aus quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden, zum anderen zu mehreren Messzeitpunkten im Rahmen einer Längsschnittstudie zu untersuchen. Diese – allerdings auch an enorme zeitliche und finanzielle Ressourcen gebundene – Vorgehensweise würde der Erfassung des „Prozesses“ der Krankheitsverarbeitung, bei dem subjektive Ursachenvorstellungen eine wichtige Rolle einnehmen, gerecht werden und kausale Aussagen zulassen.

Weiter wäre der zusätzliche Einbezug der subjektiven Beurteilungsebene von klinisch tätigem Personal oder Angehörigen (z.B. Partnern) möglich, um einen Perspektivenabgleich der krankheitsbezogenen subjektiven Ursachenvorstellungen der beteiligten Akteure oder die Wirkung der krankheitsbezogenen subjektiven Ursachenvorstellungen von inkontinenten Personen auf Dritte vornehmen zu können.

Literatur

- Abrams, P./Cardozo, L./Fall, M./Griffiths, D./Rosier, P./Ulmsten, U. et al. (2002): The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. In: *Neurourology and Urodynamics* 21, 167-178
- Adler, Y./Rauchfleisch, U./Müllejans, R. (1996): Die Bedeutung der Konzepte zu Krankheitsursachen und Behandlungserwartungen in der ersten Behandlungsphase. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 46, 321-326
- Ahnis, A. (2009): Bewältigung von Inkontinenz im Alter. Subjektives Belastungserleben, Krankheitsverarbeitung und subjektives Wohlbefinden bei alten Menschen mit Harn- und Analinkontinenz. Bern: Hans Huber
- Ahnis, A./Knoll, N. (2008): Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz – eine qualitative Analyse. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41, 251-260
- Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. In: *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 34, 313-321
- Bischoff, C. (1994): Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten. In: Mark, N./Bischoff, C. (Hrsg.): *Psychosomatische Grundversorgung: verhaltenstherapeutische Konzepte und Empfehlungen für die ärztliche Praxis*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 94-103
- Bischoff, C./Husen, E./Reichel, M./Schaefer, U. (2007): Fragebogen zum Krankheitskonzept [online]. Verfügbar unter [http://www.ahg.de/AHGDE.nsf/488947d8dd27a4a6c125689d004879e9/62d38524c4c27331c1256e6700330115/\\$FILE/Fragebogen+zum+Krankheitskonzept.pdf](http://www.ahg.de/AHGDE.nsf/488947d8dd27a4a6c125689d004879e9/62d38524c4c27331c1256e6700330115/$FILE/Fragebogen+zum+Krankheitskonzept.pdf) [Stand 2007-06-20]
- Bischoff, C./Zenz, H. (1989): *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Hans Huber
- Borrie, M. J./Davidson, H. A. (1992): Incontinence in institutions: costs and contributing factors. In: *Canadian Medical Association Journal* 147, 322-328

- Cheater, F. M./Castleden, C. M. (2000): Epidemiology and classification of urinary incontinence. In: *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 14, 183-205
- Cohen, S. J./Robinson, D./Dugan, E./Howard, G./Suggs, P./Pearce, K. F. et al. (1999): Communication between older adults and their physicians about urinary incontinence. In: *The Journal of Gerontology: Series A: Biological Sciences & Medical Sciences* 54, M34-M37
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2007): Expertenstandard „Förderung der Harninkontinenz in der Pflege“. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Osnabrück: Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege
- Dugan, E./Roberts, C. P./Cohen, S. J./Preisser, J. S./Davis, C. C./Bland, D. R. et al. (2001): Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. In: *Journal of American Geriatrics Society* 49, 462-465
- Edwards, N. I./Jones, D. (2001): The prevalence of faecal incontinence in older people living at home. In: *Age Ageing* 30, 503-507
- Faller, H. (1997): Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 45, 264-278
- Faller, H. (1998): Worauf führen Krebspatienten ihre Erkrankung zurück? In: Faller, H. (Hrsg.): *Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken*. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 49-64
- Faller, H./Schilling, S./Lang, H. (1995): Causal attribution and adaptation among lung cancer patients. In: *Journal of Psychosomatic Research* 39, 619-627
- Filipp, S.-H./Aymanns, P. (1997): Subjektive Krankheitstheorien. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, 3-21
- Filipp, S.-H./Aymanns, P./Ferring, D./Freudenberg, E./Klauer, T. (1987): Elementare subjektiver Krankheitstheorien: Ihre Bedeutung für die Krankheitsbewältigung, soziale Interaktion und Rehabilitation von Krebskranken. (Rep. No. 15)
- Filipp, S.-H./Ferring, D. (1998): Who blames the victim? Kausal- und Verantwortlichkeitszuschreibungen im Umfeld einer Krebserkrankung. In: Koch, U./Weis, J. (Hrsg.): *Krankheitsbewältigung bei Krebs*. Stuttgart: Schattau, 25-36
- Flick, U. (1998): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. In: Flick, U. (Hrsg.): *Wann fühlen wir uns gesund?* Weinheim: Juventa, 7-30
- Gutzmann, H./Schmidt, K.-H./Rapp, M. A./Rieckmann, N./Folstein, M. F. (2005): MikroMental Test - Ein kurzes Verfahren zum Demenzscreening. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 18, 115-119
- Hart, K. J./Palmer, M. H./Fitzgerald, S. (1999): Perceived causes of urinary incontinence and reporting: a study with working women. In: *Clinical Nursing Research* 8, 84-92
- Hartmannsgruber, L. (1992): Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorie für die Behandlung des Typ-II-Diabetes. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis* 2, 209-220
- Hasenbring, M./Ahrens, S. (1986): Zur Arzt-Patient-Beziehung in der ambulanten medizinischen Versorgung. In: *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 36, 274-283
- Heim, E. (1998): Coping - Erkenntnisstand der 90er Jahre. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 48, 321-337
- Hessel, A./Heim, E./Geyer, M./Brähler, E. (2000): Krankheitsbewältigung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. Situative, soziodemographische und soziale Einflussfaktoren. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 50, 311-321
- Hunskaar, S./Lose, G./Sykes, D./Voss, S. (2004): The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries. In: *BJU. International* 93, 324-330
- ICN (2003): *ICNP - Internationale Pflegeklassifikation für die Pflegepraxis*. Bern: Hans Huber
- Jacob, R./Eirmbter, W. H./Hahn, A. (1999): Laienvorstellungen von Krankheit und Therapie. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 7, 105-119
- Jünemann, K.-P. (2002): Inkontinenz im Alter. In: *Urologe [A]* 41, 338-341
- Jünemann, K.-P. (2004): *Harn- und Stuhlinkontinenz (Blasen- und Darmschwäche)*. Kassel: Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

- Khullar, V./Damiano, R./Toozs-Hobson, P./Cardozo, L. (1998): Prevalence of faecal incontinence among women with urinary incontinence. In: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105, 1211-1213
- Knieling, J./Weiss, H./Faller, H. (2000): Psychosomatische Krankheits-theorien bei Myasthenia-gravis-Patienten - ein Ausdruck maladaptiver Krankheitsverarbeitung? In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 48, 72-86
- Küchenhoff, J./Mathes, L. (1994): Die mediale Funktion subjektiver Krankheits-theorien. Eine Studie zur Verbindung qualitativer und quantitativer Methoden. In: Faller, H./Frommer, J. (Hrsg.): *Qualitative Psychotherapieforschung. Grundlagen und Methoden*. Heidelberg: Asanger
- Kuhlmey, A./Brennecke, R./Naegler, D. (2005): Das Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ an der Charite - Universitätsmedizin Berlin. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38 Suppl 1, I45-I47
- Laux, L./Weber, H. (1990): Bewältigung von Emotionen. In: *Psychologie der Emotionen*. Göttingen: Hogrefe, 560-612
- Mans, U. (1992): Ursachen der Harninkontinenz. In: Füsgen, I. (Hrsg.): *Der inkontinente Patient*. Bern: Hans Huber, 19-31
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz
- Melchior, H. (1996): Harninkontinenz im Alter. In: *Deutsches Ärzteblatt* 93, A-316-A-320
- Melchior, H. (2003): *GIH-Manual: Harninkontinenz & Miktionsstörungen*. Melsungen: Bibliomed - Medizinische Verlagsgesellschaft mbH
- Melville, J. L./Wagner, L. E./Fan, M. Y./Katon, W. J./Newton, K. M. (2008): Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. In: *Journal of Women's Health (Larchmont)* 17, 1093-1098
- Muthny, F. A./Bechtel, M./Spaete, M. (1992): Laienätiologien und Krankheitsverarbeitung bei schweren körperlichen Erkrankungen: Eine empirische Vergleichsstudie mit Herzinfarkt-, Krebs-, Dialyse- und MS-Patienten. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 42, 41-53
- Myrtek, M. (1985): Stress and type a behavior - risk factors of coronary heart disease? A critical review. In: *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 35, 54-61
- NANDA (2003): *Nursing Diagnoses: Definitions & Classifications 2003-2004*. Philadelphia: NANDA
- Nerenz, D. R./Leventhal, H./Love, R. R. (1982): Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. In: *Cancer* 50, 1020-1027
- Nelson, R./Furner, S./Jesudason, V. (1998): Fecal incontinence in Wisconsin nursing homes: Prevalence and associations. In: *Diseases of the Colon and Rectum* 41, 1226-1229
- Nolen-Hoeksema, S. (2000): The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. In: *Journal of Abnormal Psychology* 109, 504-511
- Norton, C./Christiansen, J./Butler, U./Harari, D./Nelson, R. L./Pemberton, J. et al. (2002): Anal Incontinence. In: *Abrams, P./Cardozo, L./Khoury, S./Wein, A. (Hrsg.): Incontinence*. Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd, 987-1043
- Probst, M. (2004): *Stuhlinkontinenz - Ursachen, Diagnostik und Therapie* [Online]. Verfügbar unter http://www.gih.de/stuhl_inko.html [Stand 2004-09-06]
- Rapp, M. A./Rieckmann, N./Gutzmann, H./Folstein, M. F. (2002): Mikro-Mental-Test - Ein Kurzverfahren zum Demenzscreening. In: *Nervenarzt* 73, 839-844
- Riehl-Emde, A./Buddeberg, C./Muthny, F. A./Landoldt-Ritter, C./Steiner, R./Richter, D. (1989): Ursachenattribution und Krankheitsbewältigung bei Patienten mit Mammakarziom. In: *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 39, 232-238
- Rizk, D. E./Hassan, M. Y./Shaheen, H./Cherian, J. V./Micallef, R./Dunn, E. (2001): The prevalence and determinants of health care-seeking behavior for fecal incontinence in multiparous United Arab Emirates females. In: *Diseases of the Colon and Rectum* 44, 1850-1856
- Roche, B./Chautems, R./Rakotoarimanana, R./Berclaz, O./Marti, M. C. (2002): Epidemiologie der Analinkontinenz. In: *Chirurgische Gastroenterologie* 18, 282-285
- Saleh, N./Bener, A./Khenyab, N./Al-Mansori, Z./Al, M. A. (2005): Prevalence, awareness and determinants of health care-seeking behaviour for urinary incontinence in Qatari women: a neglected problem? In: *Maturitas* 50, 58-65

- Schaefer, U./Bischoff, C. (2002): Qualitative Analyse subjektiver Krankheitskonzepte. Erstellung und Validierung eines Kategoriensystems für den Fragebogen zum Krankheitskonzept (Bischoff, Husen, Schaefer und Reichel). In: Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 52, 398-407
- Schlenger, R. (2004): Das Tabu bei Patienten und Ärzten brechen. Bericht vom 15. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Inkontinenzhilfe, Berlin 2003. In: Ärztliche Praxis Urologie 1, 16
- Staude, G. (1996): Die Stuhlinkontinenz. Ursachen und therapeutische Möglichkeiten. In: Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten 19, 99-105
- Stefan, H./Allmer, F. (2000): Praxis der Pflegediagnosen. Wien: Springer
- Stenzelius, K./Mattiasson, A./Hallberg, I. R./Westergren, A. (2004): Symptoms of urinary and faecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. In: Neurourology and Urodynamics 23, 211-222
- Teunissen, D./Lagro-Janssen, T. (2004): Urinary incontinence in community dwelling elderly: are there sex differences in help-seeking behaviour? In: Scandinavian Journal of Primary Health Care 22, 209-216
- Thomsen, D. K./Mehlsen, M. Y./Olesen, F./Hokland, M./Viidik, A./Avlund, K. et al. (2004): Is there an association between rumination and self-reported physical health? An one-year follow-up in a young and an elderly sample. In: Journal of Behavioral Medicine 27, 215-231
- Wagner, R. F. (1998): Der Einfluss subjektiver Theorien auf den Prozess der Krankheitsverarbeitung - dargestellt am Beispiel von Patienten mit chronischer Pankreatitis. In: Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 48, 491-498
- Wakonig, J. (2003): Harninkontinenz. 12. Geriatricsymposium [Online]. Verfügbar unter <http://www.topmed.at/show.php?id=87> [Stand 2005-06-18]
- Weis, J. (1998): Krankheitsverarbeitung und subjektive Krankheitstheorien - Theoretische Konzepte, Forschungsmethodik und Forschungsergebnisse. In: Koch, U./Weis, J. (Hrsg.): Krankheitsbewältigung bei Krebs. Stuttgart: Schattauer, 13-23
- Zenz, H./Bischoff, C./Fritz, J./Duvenhorst, W./Keller, K. (1989): Das Schicksal von Krankheitstheorien des Patienten im Gespräch mit dem praktischen Arzt. In: Bischoff, C./Zenz, H. (Hrsg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern: Huber, 148-160

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Anne Ahnis

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, anne.ahnis@charite.de

Dr. med. univ. Andrea Riedl

Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, andrea.riedl@charite.de

PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Nina Knoll

Institut für Medizinische Psychologie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, nina.knoll@charite.de

Daniela Hayder, Wilfried Schnepf

Wie Betroffene und pflegende Angehörige den Alltag mit Harninkontinenz gestalten¹

How with urinary incontinence affected persons and their related caregivers arrange everyday life

Urinary incontinence is besides the medical, an emotional, social and financial problem, where in many cases nursing consultation and support would be necessary. How the affected persons and their related caregivers experience and arrange their day-to-day lives has hitherto hardly been studied. This question was pursued in a two and a half year study in the German-speaking region. In this article, the study results concerning the action and interaction strategies of the affected and their caregivers will be illustrated.

47 problem-centered interviews conducted with 32 affected persons and 15 related caregivers were analyzed with the „Grounded Theory“ method, after Strauss and Corbin. The results show that persons with incontinence employ complex strategies to regain control of the bladder. These include: 1. Being prepared for the next urge to urinate or the next incontinent episode, 2. a search for therapy possibilities and 3) the building of a circle of trust.

The counseling services should be newly thought over. Away from the pure thought of healing the symptoms and towards the ability for the afflicted, with their relations, to experience and live a social everyday life.

Keywords

qualitative study, grounded theory, urinary incontinence

Harninkontinenz ist neben dem medizinischen ein emotionales, soziales und finanzielles Problem, bei der in vielen Fällen pflegerische Beratung und Unterstützung notwendig wäre. Wie Betroffene und pflegende Angehörige den Alltag erleben und gestalten, ist bisher kaum untersucht worden. In einer zweieinhalb-jährigen Studie im deutschsprachigen Raum wurde dieser Frage nachgegangen. In vorliegendem Artikel werden die Ergebnisse der Untersuchung bezüglich der Handlungs- und Interaktionsstrategien von Betroffenen und pflegenden Angehörigen dargestellt.

47 problemzentrierte Interviews, geführt mit 32 Betroffenen und 15 pflegenden Angehörigen, wurden mit der Methode der Grounded Theory nach Strauss und Corbin analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die inkontinente Personen komplexe Strategien anwenden,

¹ Auftraggeber und Finanzier der Studie: SCA Hygiene Products

eingereicht 21.4.2009

akzeptiert 09.7.2009 (nach Überarbeitung)

um Kontrolle zurück zu gewinnen. Dazu gehören: 1. vorbereitet sein auf den nächsten Harndrang oder die nächste inkontinente Episode, 2. nach Therapiemöglichkeiten suchen und 3.) einen Kreis des Vertrauens bilden.

Beratungsangebote sollten neu gedacht werden; weg von der reinen Sicht auf die Heilung der Symptome, hin zur Befähigung der Betroffenen und Angehörigen, einen sozialen Alltag zu (er-)leben.

Schlüsselwörter

Qualitative Studie, Grounded Theory, Harninkontinenz

1. Einleitung

Harninkontinenz stellt eine der häufigsten Alterserkrankungen in den Industriestaaten dar. Prävalenzuntersuchungen weltweit haben gezeigt, dass in jüngeren Jahren vor allem Frauen betroffen sind. Mit zunehmendem Alter und Abnahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit steigt das Risiko einer Inkontinenz für beide Geschlechter weiter stetig an. 30 - 50% der älteren Frauen und 8 - 43% der Männer über 65 Jahre sind von Harninkontinenz betroffen (Stenzelius et al. 2004, Hunskaar et al. 2005, Chang et al. 2008). Diese stark divergierenden Zahlen ergeben sich teilweise aufgrund unterschiedlicher Definitionen der Inkontinenz bzw. der Einschlussfaktoren in den einzelnen Studien.

Viele Betroffene empfinden aufgrund der Inkontinenz Einschränkungen im täglichen Leben. Ein Zustand stetiger Wachsamkeit tritt ein, bei dem die Betroffenen wie auch die pflegenden Angehörigen rund um die Uhr ihrer Umgebung und ihren Aktivitäten besondere Aufmerksamkeit zollen. Neben dem Gefühl des eingeschränkt Seins, kann auch der Kontakt zu Freunden oder der Familie darunter leiden. Die Angst, durch eine inkontinente Episode unangenehm aufzufallen, ist stetig präsent (Ashworth und Hagan 1993, Patterson Robinson, 2000; Shapiro et al. 2003, Wilde 2003; Komorowski und Chen, 2006; Ahnis und Knoll, 2008; Mc Alpine et al. 2008, Hayder & Schnepf 2009). Die Lebensqualität der Betroffenen ist eingeschränkt und sinkt mit zunehmender Symptomschwere (Bogener et al 2002, Fultz et al. 2003; Monz et al. 2005, Papanicolaou et al. 2005, , Farage et al. 2008). Dennoch suchen viele Betroffene keine professionelle Hilfe, sondern entwickeln eigene Strategien im Umgang mit der Inkontinenz (Madersbacher et al. 2000; O' Donnell et al 2005; Chang et al. 2008). Dies kann unterschiedliche Gründe haben: Angst vor invasiven Eingriffen, Scham oder die Einstellung, dass Inkontinenz zum Alter dazugehöre und man dagegen nicht viel machen kann (Fall & Yerkes 1998; Dugan et al. 2001). Ferner gestaltet sich das Ansprechen der Inkontinenz für professionelle Akteure im Gesundheitswesen nicht leicht, denn auch sie empfinden Schamgefühle oder vergessen, in der Komplexität anderer Krankheitsbilder der Patienten z.B. nach der Inkontinenz zu fragen (Johnson et al. 1998, Gröning 2001). Dennoch stehen eine Reihe von Behandlungsoptionen für inkontinente Personen zur Verfügung: Veränderungen des Verhaltens und der Gewohnheiten, Medikamente oder Operationen sind möglich und in vielen Fällen Erfolg versprechend. Sie können die Inkontinenz senken oder verringern (Abrams et al. 2005).

Personen, die inkontinent und zudem pflegebedürftig sind, brauchen häufig Unterstützung bei der Ausscheidung. Das heißt, dass diese Personengruppe sich stetig vor anderen Menschen entblößen muss. Ein Zustand anhaltender Verletzlichkeit ist die Folge (Bjurbrant-Birgersson et al. 1993). Doch auch für pflegende Angehörige ist der Eingriff in die Intimsphäre der inkontinenten Person, um bei der Verrichtung der Ausscheidung zu helfen und/oder Hilfsmittel zur Kontinenzförderung anzuwenden, nicht leicht. Empfindungen wie Ekel, Scham und Wut über die Zumutung der Ausscheidungen können dabei auftreten und Auswirkungen auf die zwischenmenschliche Beziehung der inkontinenten Person und dem pflegenden Familienmitglied haben (Gallagher und Pierce 2002, Cassells und Watt 2003, Forbat 2004, Hayder und Schnepf 2008). Dennoch entwickeln pflegende Angehörige für sich und mit dem Pflegebedürftigen Strategien im Umgang mit der Inkontinenz. Sie lassen sich von Familienmitgliedern helfen oder nehmen professionelle Pflegedienste in Anspruch und entwickeln Selbstvertrauen. So ist es ihnen möglich, die Inkontinenz nicht als besonders schwerwiegende Belastung anzusehen, aufgrund derer sie eine Heimeinweisung initiieren würden (Gallagher und Pierce 2002, Hayder und Schnepf 2008).

Um für Betroffene und pflegende Angehörige Beratungs- und Unterstützungsangebote entwickeln zu können, benötigen professionelle Gesundheitsdienstleister spezielles Wissen darüber, wie Personen mit Inkontinenz ihre Probleme wahrnehmen und mit den Auswirkungen der Inkontinenz umgehen. Weltweit liegen dazu wenige Studien vor. In Deutschland beginnt derzeit die Auseinandersetzung mit der facettenreichen Thematik Inkontinenz. Diese wurde nicht zuletzt durch die Entwicklung des nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ angestoßen. Dieser zeigt professionell Pflegenden Handlungsimplicationen zur Einschätzung der Harninkontinenz, Beratung, Maßnahmen zur Kontinenzförderung und Kompensation der Inkontinenz sowie zur Evaluation auf (DNQP 2007).

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, wie Betroffenen und pflegende Angehörige den Alltag mit Harninkontinenz erleben und gestalten. In diesem Artikel werden die Handlungs- und Interaktionstrategien der Betroffenen und pflegenden Angehörigen beschrieben, um den Wissenskörper professionell Pflegender zu erweitern und Hinweise auf Beratungsangebote zu diskutieren.

2. Methodik

In dem hier dargestellten Forschungsprojekt, wird dem Erleben und Handeln von Personen mit Inkontinenz nachgegangen. Aus diesem Grund wurde ein qualitatives Design gewählt, denn das Ziel qualitativer Forschung ist es, subjektive Sichtweisen und soziale Mannigfaltigkeiten der Gesellschaft zu betrachten (Strauss und Corbin 1996; Flick 2002). Das Datenmaterial wurde mit der Methode der Grounded Theory ausgewertet. Dieses Vorgehen wird vor allem dann genutzt, wenn Muster und Entwicklungen sozialer Wirklichkeiten aufgeklärt und dargestellt werden sollen (Strauss und Corbin 1996).

Die Besonderheit dieser Untersuchung liegt in dem als tabuisiert angesehenen Thema. Über Inkontinenz zu sprechen, fällt Betroffenen und pflegenden Angehörigen nicht leicht, denn es ist hoch emotional und geprägt von Schamgefühlen. Da die Gruppe der zu befragenden Personen als vulnerabel eingeschätzt wurde, fand im Vorfeld der Suche nach Studienteilnehmern eine besondere Auseinandersetzung mit der Vorgehensweise bezüglich ihrer Ansprache und des Umgangs mit ihnen statt (Hayder et al. 2009).

Für die Suche nach Teilnehmern wurde weitestgehend auf Gatekeeper verzichtet, um die Personen nicht unter Druck zu setzen. So wurde die Mehrheit der Teilnehmer durch einen Aufruf jeweils in einer Tageszeitung des Ruhrgebietes und einem Krankenkassen-Journal gefunden. Aus dem Personenkreis der Anrufer wurde das Sample theoretisch ausgewählt. Einschlusskriterien für die Studienteilnahme waren: Alter über 18 Jahre, die deutsche Sprache verstehen und sprechen können, selbst wahrgenommene Harninkontinenz, freiwillige Zustimmung zur Studienteilnahme. Am Telefon und mittels schriftlicher Informationen, wurden die potentiellen Teilnehmer über das Ziel der Studie und das Vorgehen (z.B. der Interviewführung) informiert.

Des Weiteren wurde in dem ersten Telefonat um eine kurze Selbsteinschätzung der Anrufer bezüglich der Inkontinenz gebeten. Diese diente in der Folge dem theoretical sampling. Die Auswahl der Studienteilnehmer orientierte sich an den fortlaufenden Ergebnissen und ihrer theoretischen Relevanz. Es wurden Betroffene mit unterschiedlichen Schweregraden der Harninkontinenz und unterschiedlichen Erfahrungszeiträumen und -gebieten eingeschlossen.

In teilweise mehreren telefonischen Gesprächen fassten viele Personen Vertrauen und entschieden sich, mit der Erstautorin über die Inkontinenz zu sprechen.

Insgesamt konnten 47 problemzentrierte Interviews mit inkontinenten Personen und pflegenden Angehörigen geführt werden (Tabelle 1 und 2). Die pflegenden Angehörigen wurden 1. stellvertretend für ihre Familienmitglieder befragt und gaben 2. auf diese Weise Einblicke in ihr Erleben. Die Datenerhebung erfolgte über einen Zeitraum von 11 Monaten (2007 - 2008).

Durchschnittlich lag die Interviewzeit bei ca. einer Stunde, wobei das kürzeste Interview 27 Min. und das längste 116 Min. dauerte. Sie wurden aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert. Zudem wurden in einem Forschungstagebuch nach jedem Interview persönliche Notizen angefertigt. Dies betraf vor allem Beobachtungen oder Besonderheiten aus den Interviews. Diese situationsspezifischen Beobachtungsnotizen wurden während des gesamten Forschungsprozesses durch theoretische oder methodische Memos ergänzt. Sie dienten der Reflexion, der Entwicklung und des Nachgangs von Ideen sowie dem Festhalten erster Erkenntnisse.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels Grounded Theory nach Corbin und Strauss (1996) nach dem Führen der ersten Interviews. In dieser ersten Erhebungsphase erfolgte die Analyse der Daten durch offenes und axiales Kodieren. Beides wechselte sich stetig ab. Ausgehend von „in-vivo-codes“ (wörtlichen Aussagen) wurden Oberbe-

Tab. 1: Sample Betroffene

Merkmal	Anzahl
Alter	
38 – 50	9
51 – 60	5
61 – 70	8
71 – 83	10
Geschlecht	
Männlich	10
Weiblich	22
Familienstand	
Ledig/ Single	5
Verheiratet/ in Partnerschaft	19
Geschieden/getrennt	4
verwitwet	4
Inkontinent seit	
1 – 2 Jahren	5
3 – 5 Jahren	3
6 – 10 Jahren	8
11 – 15 Jahren	5
16 – 20 Jahren	3
über 20 Jahren	8

Tab. 2: Sample Angehörige

Merkmal	Anzahl
Geschlecht	
Männlich	7
Weiblich	8
Beziehung zum Familienmitglied	
Ehemann	5
Ehefrau	2
Sohn	2
Tochter	4
Enkelkind	1
sonstige	1

griffe zusammengefasst und ein Kategoriensystem gebildet. Diese wurden hinsichtlich ihrer Eigenschaften und Dimensionen untersucht und verdichtet. Im letzten Schritt, dem selektiven Kodieren, entwickelte sich das zentrale Element der Studie – die Kernkategorie.

Für die Untersuchung lag ein positives Votum der Ethikkommission des Institutes für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke vor.

3. Ergebnisse

Harninkontinente Menschen verlieren im Zuge eines akuten, chronischen oder psychosomatischen Geschehens teilweise oder vollständig die Kontrolle über ihre Ausscheidungsfunktion. Dadurch erleben Betroffene und pflegende Angehörige einen Zustand der Unberechenbarkeit. Dieser wird im öffentlichen Raum gravierender wahrgenommen als im privaten Bereich und hat Auswirkungen auf die täglichen Aktivitäten, die berufliche Tätigkeit und partnerschaftliche Beziehungen der Betroffenen.

Das größte Streben der Betroffenen und pflegenden Angehörigen liegt darin, ein möglichst „normales“ Leben zu führen. Dies leitet sich aus dem zentralen Phänomen der Studie „Kontrolle zurück gewinnen wollen“ ab. Dazu kommen unterschiedliche Strategien zum tragen: Vorbereitet sein, Therapiemöglichkeiten suchen und nutzen und einen Kreis des Vertrauens bilden.

3.1 Vorbereitet sein

Inkontinente Menschen und pflegende Angehörige unterteilen den Lebensraum in den privaten und den öffentlichen Raum. Während zu Hause das Leben mit Inkonti-

nenz als leichter und freier wahrgenommen wird, stellt der öffentliche Raum eine Zone der Unsicherheit und Angst dar. Dort müssen sie sich sozial angepasst verhalten, um keine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Aus diesem Grund bereiten sich Betroffene und pflegende Angehörige auf den nächsten Harndrang oder die nächste inkontinente Episode vor, um den Kontrollverlust so gering wie möglich zu halten und sich vor Blicken anderer Personen zu schützen. Die genutzten Strategien variieren und entwickeln sich von einer anfänglichen Phase von „Versuch und Irrtum“ zu routinierten Handlungen.

3.1.1 Die Toilette immer im Auge haben

Personen mit Inkontinenz denken immer an ihre Blase und daran, dass sie in regelmäßigen Abständen eine Toilette benötigen. Zu Hause, wo sie zu jeder Zeit die Möglichkeit zur Toilettennutzung haben, ist dies kein Problem. Weiten sie ihren Aktionsradius jedoch aus, bereiten sie die Möglichkeiten der Toilettennutzung genau vor, wie eine Betroffene beschreibt:

„Also ich hab mir schon angewöhnt, dass bevor ich irgendwo hingeh, also bevor ich das Haus verlasse oder von irgendwo weggeh noch mal zur Toilette, einfach so aus Sicherheit. Damit, das was ich nicht spüre, was dann ja in der Blase drin ist, auch auf jeden Fall raus ist.“

Die Mehrheit der Betroffenen geht immer dann prophylaktisch zur Toilette, wenn sie die Möglichkeit haben, eine Toilette zu nutzen und sie sich im Anschluss in einem Gebiet bewegen, in dem die Möglichkeit der Toilettennutzung in Frage gestellt werden muss. Die Blase wird entleert, die Vorlage auf ihr (restliches) Fassungsvermögen hin überprüft und evtl. gewechselt. Dieses Vorgehen vermittelt den Betroffenen und den pflegenden Angehörigen ein sicheres Gefühl. Es stützt sich auf das individuelle Wissen, wie lange sie im Durchschnitt Zeit haben, bis ein neuer Toilettenbesuch notwendig wird. Das stetige auf die Toilette gehen müssen, bedeutet für sie, sich damit auseinander setzen zu müssen, wo sich eine Toilette befindet, wenn sie unterwegs sind. Aus diesem Grund haben Betroffene und Angehörige einen Zeit- und Toilettenplan im Kopf. Dazu eine Betroffene:

„[wenn] ich von hier zur Stadt geh, wenn ich mit der Straßenbahn fahr, bin ich in fünf Minuten in der Stadt oder sieben Minuten, also bin ich, den ersten Punkt hab ich so in einer Viertelstunde erreicht. Ja dann geh ich da, meistens geh ich dann nen Kaffee trinken. Weil die anderen Klos dann noch nicht auf haben, das Café hat aber offen, also geh ich da hin und das ist das Nächste von der Straßenbahnhaltestelle aus.“

Das Kennen von Toilettenmöglichkeiten vermittelt Sicherheit und das Gefühl von Kontrolle. Nur wenige Betroffene verlassen dieses sichere Fahrwasser und begeben sich in Gebiete, die sie nicht kennen.

3.1.2 Trinken

Das Austarieren der Flüssigkeitszufuhr stellt für viele Personen mit Inkontinenz eine wesentliche Strategie dar, um Kontrolle zurück zu gewinnen. Dazu planen die Betroffenen jeden einzelnen Tag, um entscheiden zu können, wann sie welche Menge und welches Getränk (nicht) trinken können.

„Die waren komplett durchgeplant vom Trinken her. Das ich morgens schon gedacht hab, ob jetzt trink ich lieber nur nen Schluck Kaffee oder trink gar nichts, weil drei Stunden muss ich irgendwohin fahren und hab also komplett alles meiner Blase nach ausgerichtet.“

Stehen Aufenthalte im öffentlichen Raum an, schränken viele Betroffenen den Getränkegenuss stark ein. Neben der Einschränkung der Flüssigkeitsmenge, wird auf die Art der Getränkeauswahl geachtet. Werden Kaffee oder Alkohol als treibend wahrgenommen, wird deren Genuss hinsichtlich besonderer Anlässe, wie langen Autofahrten, Arzt- oder Konzertbesuchen genau überlegt. Art und Menge der Flüssigkeitszufuhr spielen auch für den Nachtschlaf eine bedeutende Rolle.

Vielen Interviewten ist klar, dass die dauerhafte Einschränkung der Trinkmenge gesundheitliche Folgen haben kann. Daher verzichten einige Personen bewusst auf diese Handlungsstrategien, andere versuchen Flüssigkeitsdefizite im Anschluss an die Aktivität wieder auszugleichen.

3.1.3 Kleidung gezielt auswählen

Inkontinente Personen wählen ihre Kleidung gezielt, mit dem Ziel des Kaschierens aus. Form, Farbe, Funktionalität und Waschbarkeit der Kleidungsstücke spielen eine Rolle und schränken die Kleiderauswahl ein. Dicke und dunkle Stoffe, weite Oberteile die über das Gesäß reichen, werden bevorzugt getragen. So kann die Kleidung die Hilfsmittel und eine Anzeichen einer inkontinente Episode verdecken. Bei der Unterwäsche spielen Material und Verarbeitung eine wichtige Rolle. Unterbekleidung muss passgenau sitzen und selbst eine gewisse Saugkraft aufweisen. Betroffene und pflegende Angehörige achten darauf, dass die Kleidung sich möglichst leicht an- und auszuziehen lässt.

3.1.4 Hilfsmittel nutzen

Die meisten, jedoch nicht alle Personen mit Inkontinenz, nutzen Hilfsmittel zur Kompensation, um ihren Alltag möglichst normal gestalten zu können. Der Grad der Hilfsmittelnutzung steigt mit Zunahme der Inkontinenz und hängt oft davon ab, ob sich die Betroffenen im öffentlichen oder privaten Raum befinden. Die Nutzung der Hilfsmittel macht es vielen Betroffenen möglich, ein Leben im öffentlichen Raum zu führen. Ein Studienteilnehmer berichtet:

„Wenn Sie keine optimale Versorgung haben, dann haben Sie auch keine, keinen Umkreis, Umfeld, wo Sie rauskönnen. Sie sind eben eingeschränkt dadurch. Wenn Sie ne schlechte

Versorgung haben, sind Sie eingeschränkt. Sie können nicht in die Stadt gehen. Sie können nicht ins Kino gehen oder mal spazieren gehen; das geht einfach dann nicht.“

Die Inkontinenz und der damit einhergehende Kontrollverlust werden als räumliche und zeitliche Einschränkung der bisher erlebten Freiheit betrachtet. Dem setzen die meisten Betroffenen und pflegenden Angehörigen jedoch die Nutzung von Hilfsmitteln entgegen. Sie vermitteln ein Gefühl der Sicherheit, denn sie schützen vor dem für andere sichtbaren Beweis der Inkontinenz. Für viele Betroffene ist das Suchen nach einem als gut befundenen Hilfsmittel mit einer Zeit des Probierens, hinsichtlich der Aspekte: Wohlgefühl, Sicherheit und Kostenverhältnis verbunden. Unterschiedliche Systeme (ableitende oder aufsaugende Hilfsmittel) oder Produktgrößen werden probiert. In dieser Studie griffen viele Betroffene und pflegende Angehörige auf aufsaugende Hilfsmittel zurück und experimentierten mit ihnen, wie folgender Studienteilnehmer schildert:

„Es gibt natürlich eine große Anzahl von Vorlagen in allen erdenklichen Geometrien, Formen und Saugstärken, aber bei meiner hochgradigen Inkontinenz sind nur wenige zu verwenden. Ich habe nahezu alle Möglichkeiten ausgenutzt und probiert. Anfangs, da ich sehr unwissend war, waren die Vorschläge und Erkenntnisse sehr deprimierend.“

Betroffene und pflegende Angehörige setzen sich über einen längeren Zeitraum mit der Produktvielfalt auseinander. Es ist eine Phase der Ungewissheit, die als sehr anstrengend und belastend empfunden werden kann. Wenn die Betroffenen keine Beratung erhalten, lernen sie mit der Methode „Versuch und Irrtum“. So nutzen die meisten Betroffenen zuerst ein kleines Produkt, z.B. Produkte der Monatshygiene, da es nicht auffallen soll. Oft stellt sich jedoch heraus, dass ein solches Produkt zu klein ist, und bei einer inkontinenten Episode nicht ausreichend schützt. Letztendlich muss ein Produkt gefunden werden, welches den täglichen Anforderungen gerecht wird. Eine Betroffene erklärt:

„Ich hab halt auch ne Extremlastung, dadurch dass ich laufe, Rollstuhl fahre und reite. Das ist schon nicht so ganz einfach.“

Betroffene und pflegende Angehörige unterziehen die Produkte einem Praxistest in ihrem Alltag. Zudem spielen eine Reihe von Qualitätsmerkmalen, die sie beschreiben, eine Rolle: Aufnahmekapazität, schnelle Einsauggeschwindigkeit des Urins, Komfort, z.B. Tragegefühl und Trockenheit, Geruchsbindung und Hautverträglichkeit. Es gibt Personen, die eine Vielzahl von Produkten besitzen und diese variabel und bedarfsgerecht, je nach Aktivität einsetzen. So werden im privaten oder öffentlichen Raum jeweils andere Produkte genutzt, genauso wie am Tag und in der Nacht. Für Urlaubsreisen greifen einige Betroffene und pflegende Angehörige auf Produkte zurück, die sie als besonders zuverlässig empfinden.

Daneben ändern sich im Laufe der Zeit bei vielen Betroffenen die Bedingungen bezüglich der Lebensaktivitäten und der Inkontinenzproblematik. Nimmt die Inkontinenz zu, werden größere Produkte bevorzugt oder Produkte übereinander getragen. Nimmt die Inkontinenz ab, wird ein kleineres oder kein Hilfsmittel mehr eingesetzt.

Ganz auf ein Hilfsmittel zu verzichten ist jedoch ein längerfristiger Schritt, der zuerst im privaten Raum und erst später im öffentlichen Raum vollzogen wird. Stehen besondere Anlässe an, wird auf das Sicherheitsvermittelnde Hilfsmittel jedoch nicht verzichtet.

Auch Kosten und Umweltaspekte spielen für viele Betroffene und pflegende Angehörige bei der Hilfsmittelauswahl eine Rolle. Interessanter Weise, kam es im Zeitraum der Studie zu einer Gesetzesänderung in der Hilfsmittelverordnung. Die Lieferung der Hilfsmittel erfolgt nun nach der Ausschreibung der Krankenkasse direkt über einen von der Krankenkasse ausgewählten Anbieter. Die eigenständige Auswahl eines Produktes, z.B. in der Apotheke, entfällt. Die Teilnehmer der Studie sehen dies mit gemischten Gefühlen. Zum einen erkennen sie an, dass durch dieses Vorgehen Kosten und Umwelt geschont werden, zum anderen erleben sie jedoch gravierende Nachteile. Diese bestehen z.B. darin, dass sie das Gefühl haben, nun nicht mehr bei der Produktauswahl entscheiden zu können. Viele Betroffene haben keine Beratung erhalten, sind nicht diskret oder mit falschen Produkten beliefert worden oder sind mit deren Qualität nicht zufrieden. Die Angst, mit einem schlechten Produkt im öffentlichen Raum negativ aufzufallen, steigt. Aus diesem Grund kaufen einige Betroffene, sofern es ihnen finanziell möglich ist, ihre gewohnten Produkte weiterhin.

Im Gegenzug zu Betroffenen, die Hilfsmittel nutzen, gibt es Personen, die dies nicht tun. Dies ist dann der Fall, wenn die Inkontinenz nur sehr gering ist, wenn kein passendes Hilfsmittel gefunden wird, Hautempfindlichkeiten vorliegen oder Ängste bezüglich Infektionen existieren. Dann werden Alternativen gesucht: Handtücher, Toilettenpapier oder Taschentücher, oder das Verhalten wird modifiziert, so dass vor einem Aufenthalt im öffentlichen Raum lange Zeit nicht getrunken wird, um nicht öffentlich inkontinent zu werden.

3.1.5 Auf Sauberkeit und Hygiene achten

Sich selber unwohl zu fühlen und die Gefahr, dass andere Personen die Inkontinenz riechen könnten, führt zu einer Reihe von Maßnahmen, die dem Schutz vor Ausgrenzung und damit der Kontrolle des sozialen Lebens dienen. So wird ständig überprüft, ob es riecht. Dazu werden z.B. die Partner befragt. Zudem werden Hilfsmittel regelmäßig und nach bestimmten Zeiten gewechselt, auf die Körperpflege geachtet und Intimsprays genutzt, verunreinigte Kleidung möglichst schnell gewechselt bzw. gewaschen und benutzte Hilfsmittel schnell nach draußen entsorgt.

3.2 Therapiemöglichkeiten suchen und nutzen

Betroffene eher als Angehörige suchen nach Therapiemöglichkeiten der Inkontinenz. Sie beschreiben, dass zwar eine Gewöhnung und Akzeptanz hinsichtlich der Problematiken einsetzt, dennoch hört die Suche nach Beratung zu Methoden zur endgültigen Bewältigung der Harninkontinenz nie auf. Sie scheint jedoch unterschiedlich stark

ausgeprägt zu sein und hängt von der Dauer der Inkontinenz und ihrer Stärke ab. Interessant scheint auch der Fakt, dass einige Betroffenen aktive Maßnahmen der Kontinenzförderung wie Beckenbodentraining bevorzugen, andere hingegen passive Maßnahmen präferieren. Dies hängt vom Wissen über die Methodenvielfalt, den gemachten Erfahrungen und der Dauer der Inkontinenz ab.

3.2.1 Beratung

Betroffene und pflegende Angehörige fühlen sich oft nicht ausreichend informiert und beraten über unterschiedliche Therapieangebote, die zu ihrer individuellen Lebenssituation passen. So nutzen sie unterschiedliche Medien wie das Internet, diverse Printmedien wie populärwissenschaftliche Lektüre in Form von Zeitungen und Ratgeberbüchern oder besuchen Vorträge. Diese Suche ist vor allem am Anfang der Symptomatik stark ausgeprägt. Mit zunehmender Dauer der Inkontinenz stellt sich hinsichtlich der Informationssuche ein Sättigungsgrad ein, mit dem Gefühl nicht mehr viel Neues zu erfahren.

Die Suche nach Informationen trägt zur Meinungsbildung bei, kann andererseits jedoch verunsichernd wirken, da die individuelle Situation in diesen allgemeinen Angaben der Medien nicht berücksichtigt ist. Aus diesem Grund suchen Betroffene die persönliche Beratung bei Gesundheitsdienstleistern oder wünschen sich spezielle Beratungsangebote. Eine Betroffene erzählt:

„Das wäre wie gesagt noch mein Wunsch, dass das dann irgendwann noch mal so zu dieser Beratungsstelle irgendwo kommt. Dass man noch mehr Informationen bekommt ohne selber im Internet chatten zu müssen, sondern auch immer direkt noch nen Ansprechpartner hat.“

3.2.1.1 Erfahrungen mit professionellen Gesundheitsdienstleistern

Viele Betroffene schilderten ihre Erfahrungen mit professionellen Gesundheitsdienstleistern, vor allem mit Ärzten. Einige Betroffene berichten von einem guten Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt, dass sie Unterstützung erfahren und dass man sich mit allen Problemen an ihn oder sie wenden kann. Andere Betroffene haben hingegen durch Mediziner Verletzungen erfahren, wie das Beispiel einer Studienteilnehmerin zeigt:

„Weil das, ich sach mal, wie so 'ne Art Komplex mir hinterher läuft, weil, wenn ich daran zurückdenke, zum Beispiel im Krankenhaus die Äußerung, eines Arztes: ja, da zieh'n Sie Pampers an. Also das ist also so menschenverachtend, ne, [...] also ich hab, wie ich die Diagnose Krebs gekriegt hatte, da hab ich nicht so geheult, als, äh, die Tatsache, dass ich inkontinent war.“

Wenn Personen mit Inkontinenz erleben, dass dieses für sie schwerwiegende Problem, für das sie sich Hilfe erhoffen, von anderen Personen als nebensächlich oder nicht problematisch abgetan wird, dann verletzt sie dies. Betroffene wünschen sich von den be-

handelnden Ärzten neben der Fachkompetenz ein feinfühliges Vorgehen, sie erwarten Offenheit und wollen Vertrauen aufbauen. Dazu wäre es ihnen wichtig, ausreichend Zeit mit dem Mediziner zu haben, die Probleme ausreichend analysieren zu können, Beratung z.B. bezüglich neuer Therapiemethoden zu erhalten und gemeinsame Lösungswege zu finden.

Wenige Betroffene berichteten über Erfahrungen in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Auch hier wurden positive und negative Erfahrungen gesammelt, wobei die negativen für die Betroffenen schwerer wiegen. Sie empfinden die Inkontinenz als unangenehm und wollen nicht zur Last fallen. Wird ihnen dennoch dieses Gefühl vermittelt, weil man auf ihre Bedürfnisse nicht angemessen reagiert, belastet sie dies und sie ziehen sich zurück. Erleben die Betroffenen hingegen einen normalen Umgang mit sich selbst als Person und den Fakten der Inkontinenz durch professionelle Akteure im Gesundheitswesen, fühlen sie sich gut aufgehoben und als Person angenommen. Zudem scheint gemeinsamer Humor in vielen Situationen über die Peinlichkeit mancher Situation hinwegzuhelfen.

3.2.1.2 Kontinenzberatung

Einige Betroffene finden die bisher erhaltene Beratung durch Ärzte ausreichend, die meisten Betroffenen wünschen sich jedoch in diesem Bereich mehr Angebote. In den Interviews konnte die Gelegenheit genutzt werden, nach diesbezüglichen Wünschen zu fragen. Betroffene wünschen sich die Möglichkeit anonymer Beratung und Ansprechpartner, die über längere Zeit eine Betreuung übernehmen, da sich die Bedingungen mit der Inkontinenz und die Inkontinenz selbst im Laufe der Zeit ändern:

„Dass man immer wieder da mal mit hingehen kann und sagen kann, also grade bei den Leuten wo's nicht so einen Stand erreicht hat und die also immer noch kämpfen und dass man dann sagen kann so, jetzt sieht s bei mir so und so aus, was könnte man denn da noch tun.“

Eine langfristige Beratungsmöglichkeit hat den Vorteil, dass die Betroffenen den für sie notwendigen Vertrauensaufbau vollziehen können. Innerhalb der Beratungssituation wünschen sich vor allem Frauen gleichgeschlechtliche Ansprechpartnerinnen. Als Gründe werden das gleiche Körpergefühl und das Verständnis der weiblichen Erfahrungen angegeben. Für Männer scheint das Geschlecht der beratenden Person hingegen keine ausgeprägte Rolle zu spielen. Für beide Gruppen, wie auch für pflegende Angehörige spielt die Fachkompetenz der beratenden Person eine entscheidende Rolle, eine gewisse Lebenserfahrung und die Vernetzung von unterschiedlichen Berufsgruppen. Insgesamt sollten Gruppenangeboten altersspezifisch aufgebaut werden.

Im Kreis der interviewten Personen hat lediglich eine Betroffene therapeutische Unterstützung über einen längeren Zeitraum und zu Hause erfahren. Sie schildert dies als positive Erfahrung.

3.2.2 *Medikamente und Operationen*

Medikamente und Operationen werden eher als invasiv eingeschätzt. Gefahren und Nebenwirkungen werden angeführt, genauso wie die Möglichkeit, als „Versuchskaninchen“ missbraucht zu werden. Einige Betroffene wägen jedoch genau ab, wann die Medikamente trotz Nebenwirkungen einen positiven Effekt für sie haben und aus diesem Grund einen Nutzen stiften. Stehen bedeutsame öffentliche Termine oder Urlaube an, tendieren sie dazu, die Risiken der Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen, um Aktivitäten ungestört durchführen zu können.

Operationen werden eher von Patienten mit hohem Leidensdruck in Erwägung gezogen und sind mit viel Hoffnung verbunden. Gelingen diese Operationen, sind die Betroffenen glücklich über die wieder gewonnene Kontrolle und Freiheit. Misslingen sie jedoch, löst dies Gefühle der Hoffnungslosigkeit aus.

3.2.3 *Blasentraining*

Das Blasentraining wird in den Interviews sehr selten als kontinenzfördernde Strategie angegeben und eher unter dem Aspekt des „Einhaltens“, verstanden, das sporadisch, hin und wieder und ausschließlich im privatem Raum durchgeführt wird. Eine Anleitung zum gezielten therapeutischen Blasentraining erhielt keine der befragten Personen. Vielmehr führen es die Personen aus eigenem Antrieb durch, um sich nicht zu abhängig von der Blase zu fühlen.

Es ist sicherlich überraschend, dass eine Intervention, die in Fachkreisen als bedeutsam erachtet wird, von den Betroffenen nur marginale Aufmerksamkeit erfährt.

3.2.4 *Beckenbodentraining*

Viele der interviewten Personen schildern Erfahrungen und Überlegungen zum Beckenbodentraining, jedoch wussten die meisten Betroffenen, als die Inkontinenz auftrat nicht, wo die Beckenbodenmuskulatur sitzt und wie man sie aktiv trainieren kann:

„Da wusste ich natürlich überhaupt nichts. Ich wusste noch nicht mal, dass ich einen Beckenboden habe.“

Die meisten Betroffenen schildern, dass sie mit dem Beckenbodentraining prinzipiell zwar vertraut sind und dazu angeleitet wurden, jedoch werden selten positive Aspekte gegenüber dem Beckenbodentraining berichtet. Viele Betroffene sind zwar belastet durch die Inkontinenz, schaffen es jedoch nicht, das Training regelmäßig, über einen längeren Zeitraum durchzuhalten, wie eine Studienteilnehmerin schildert:

„Wenn s mir schlechter ginge oder richtig dreckig ginge, dann würde ich es bestimmt machen, aber so ist alles noch im Rahmen des Erträglichen, sag ich mal. Ich habe mittlerweile auch gelernt, mit diesem Problem umzugehen, muss ich mal sagen.“

Eine zunehmende Akzeptanz der Inkontinenz, das Finden anderer Strategien im Umgang mit der Problematik, fehlende Motivation und Erfolgserlebnisse sowie mangelndes Wissen über diese Behandlungsoption haben negative Auswirkungen auf die Durchführung der Übungen.

Dennoch gibt es Betroffene, die es schaffen das Beckenbodentraining über einen längeren Zeitraum durchzuführen und in den Alltag zu integrieren, diese Maßnahme als sinnvoll erachten und einen positiven Effekt des Trainings auf die Symptomatik der Inkontinenz beschreiben. Diese Betroffenen fühlen sich aus zwei Gründen motiviert. Zum ersten folgen sie einem starken inneren Antrieb, sie sagen, sie stehen mitten im Leben und wollen sich dies nicht kaputt machen lassen, sie haben Angst vor einer Operation, möchten nicht zu lange auf Medikamente angewiesen sein oder denken an ihre Beziehung und das Sexualleben, das sie wieder genießen möchten. Zum zweiten fühlen sie sich durch die ersten positiven Ergebnisse hinsichtlich der zurückgewonnenen Kontrollmöglichkeiten zum Weitermachen ermutigt. Insgesamt scheint sich durch begleitende Motivation und das regelmäßige Üben ein Automatismus einzustellen. Die Übungen werden in den Alltag eingeflochten und die Durchführung an sich nicht mehr hinterfragt.

3.2.5 Elektrostimulation

Wenige Betroffene hatten Erfahrungen mit dieser Therapiemethode und diese waren von positiv bis negativ ausgeprägt. Fraglich ist, wer die Betroffenen über diese Intervention aufklärt. Einige Teilnehmer schienen über diese Therapiemethode eher „gestolpert“, als gezielt aufgeklärt worden zu sein. Neben der Aufklärung scheinen auch Anleitung und Begleitung einer fragwürdigen Praxis zu unterliegen, wie das Beispiel einer Teilnehmerin zeigt:

„Da kam [...] ein Vertreter, der von Inkontinenz so viel Ahnung hatte wie ich vom Programmieren eines Computers und ihm auch peinlich war über die Dinge überhaupt zu reden. Der hatte mal grade die Grundfunktionen des Geräts erklärt, aber was er nicht, noch nicht mal richtig gemacht hatte, der hatte noch nicht mal die Frequenz richtig eingestellt.“

Eine mangelnde ärztliche oder pflegerische Begleitung der Betroffenen und die fehlende Vertrauensbasis zum (kommerziellen) Anbieter des Gerätes wirkten sich bei dieser Interventionsvariante in allen Fällen negativ auf den möglichen Erfolg aus. Gab es hingegen stetige therapeutische Begleitung und Motivation, war dies ein Erfolgsgarant.

3.2.6 Alternative Heilmethoden

Kürbisextrakte, Cranberrykapseln, körperliche Übungen zur Entspannung oder Bauchtanz zum Muskelaufbau, Keilkissen, Liebeskugeln, Mittel aus der Homöopathie oder Heiltees werden von einigen Betroffenen neben den schulmedizinischen Therapien genutzt bzw. angewendet. An deren Wirkung glauben jedoch nicht alle Personen. Es sind eher die Betroffenen mit leichter Inkontinenz, die z.B. aus Gründen der Selbst-

therapie zu diesen Mitteln greifen und auf eine Wirkung hoffen. Von Betroffenen mit starker Inkontinenz werden diese Praktiken und Behandlungsweisen kritisch gesehen.

3.3 Kreise des Vertrauens bilden

Über die Inkontinenz zu reden fällt vielen Personen sehr schwer. Sie haben Angst vor einer Blamage oder vor negativen Reaktionen der Anderen. Aus diesem Grund gibt es eine anfängliche Phase im Leben inkontinenter Personen, in der sie die Inkontinenz gegenüber der Außenwelt verschweigen, um sich vor einer Stigmatisierung zu schützen. Diese Phase kann Monate oder gar Jahre andauern.

Betroffene und pflegende Angehörige überlegen sich sehr genau, wem sie sich, warum und in welcher Tiefe, anvertrauen. Das Offenbaren oder Verschweigen stellt eine durchdachte und aktive Entscheidung dar, die dazu dient, soziale Kontrolle auszuüben.

Ein Vertrauensverhältnis, das Gefühl, die andere Person kann das Problem nachvollziehen und hat Interesse an der eigenen Person/dem Familienmitglied, sind wichtige Voraussetzungen, um das Gegenüber einweihen zu können.

Der engste Familienkreis hat die Grunderkrankung oder inkontinente Episoden miterlebt. Zu ihnen herrscht unbedingtes Vertrauen, zudem geben sie Halt und Unterstützung.

Viele Betroffene weihen außerdem beste Freunde ein. Frauen suchen dabei in erster Linie den Kontakt zu engsten Freundinnen:

„Ich muss auch sagen, dass ich erstmal gar nicht darüber geredet habe, und dann angefangen hab, so mit Freundinnen darüber zu reden, so mit guten Freundinnen.“

Da man das gleiche Geschlecht hat, ähnliche Lebenserfahrungen (z.B. Entbindungen) teilt, fällt es Frauen leichter mit Freundinnen darüber zu reden als mit männlichen Freunden. Auch Männer empfinden es leichter, mit Männern zu sprechen, für sie scheint das Geschlecht jedoch eine nicht so entscheidende Rolle zu spielen, wie bei Frauen.

Diejenigen Betroffenen und pflegenden Angehörigen, die engen Freunden von der Inkontinenz berichten tun dies, um Verständnis und Rücksichtnahme zu erhalten. Dies ist vor allem wichtig, wenn gemeinsame Aktivitäten geplant werden:

„Es ist leichter, als wenn man immer irgendwie so tun muss, als ob nichts [ist].“

Die Offenheit gegenüber anderen Menschen schützt davor, lügen oder die Inkontinenz verheimlichen zu müssen. Zudem verstehen andere Personen das Verhalten der Betroffenen bzw. pflegenden Angehörigen nicht falsch, sondern können es in den Krankheitskontext einordnen. Es gibt jedoch auch die Personen, die es nicht wagen, sich außerhalb der Familie jemandem aus dem Freundeskreis anzuvertrauen, wie folgende Betroffene berichtet:

„Selbst Freundschaften können ja auch ins Gegenteil umschlagen, und weiß ich, ob dann solche intimen Sachen auch bei diesem Menschen nachhaltig sicher aufgehoben sind?“

Einige Betroffene schwanken zwischen dem zuerst als Hürde wahrgenommenen und später als Erleichterung empfundenen Gefühl des Anvertrauens, aus Angst davor, was Andere mit ihrem Wissen anrichten könnten. Das Verschweigen der Inkontinenz bedeutet jedoch für sie, in ihren Freizeitaktivitäten eingeschränkt zu sein, da man nicht jede Unternehmung mitmachen kann. Werden gemeinsame Aktivitäten dennoch unternommen, fühlen sie sich schnell gestresst, da sie alles unternehmen müssen, um die Inkontinenz zu verheimlichen. Letzendlich kann dies dazu führen, dass solche als anstrengend empfundenen Unternehmungen in Frage gestellt und zukünftig womöglich abgelehnt werden. Dann drohen Vereinsamung und Isolation.

Im Berufsleben stehende Betroffene überlegen, ob sie es Kollegen erzählen oder verschweigen. Besteht eine enge räumliche Nähe, kennt man sich über längere Zeit oder bestehen freundschaftliche Gefühle für Arbeitskollegen, fällt das Reden über die Inkontinenz leichter.

Flüchtige Bekannte, Nachbarn oder Fremde werden hingegen nicht eingeweiht und in schwierigen Situationen belogen oder getäuscht. Dieses Vorgehen dient in diesem Fall dem Schutz der Privatsphäre.

5. Diskussion

Personen, die an Inkontinenz leiden, nehmen ihren Körper und damit ihre Ausscheidungsprozesse als gestört und unzuverlässig wahr. Der vormals automatisch ablaufende, nicht durchdachte Prozess des Ausscheidens, wird mit Auftreten der Inkontinenz, also des Kontrollverlustes, problematisch. Im Zuge dessen müssen alltägliche und scheinbar normale Handlungen nun vorbereitet werden. Am Anfang geschieht dies mit hoher Konzentration, bis der veränderte Umgang mit der Ausscheidung und dem (Ab-)Sichern dieser Körperfunktion wieder automatisch verläuft. Dieser dynamische Prozess zeigt sich bei vielen chronischen Erkrankungen. Corbin und Strauß (2005: 73 ff) sprechen in diesem Zusammenhang von einer gescheiterten Performanz, da das Zusammenspiel von Körper und Geist gestört ist und eine eigentlich normale Aktivität nicht mehr (vollständig) durchgeführt oder erreicht werden kann. Die gescheiterte Performanz, der Kontrollverlust über die Harnausscheidung beeinflusst alle Lebensbereiche und hat in ihrer Komplexität Auswirkungen auf soziale, kulturelle und sportliche Aktivitäten, die berufliche Tätigkeit und partnerschaftliche Beziehungen (Hayder und Schnepf 2009).

Das zentrale Phänomen der Studie: „Kontrolle zurück gewinnen wollen“ zeigt, dass Betroffene und pflegende Angehörige nach Planungs- und Managementstrategien suchen, um eine vorhandene „Rest-Kontinenz“ zu erhalten bzw. die Inkontinenz zu verbergen, um ein möglichst normales Leben gestalten zu können. In dieser, wie auch in anderen Studien zeigt sich, dass die Strategien mit Dauer und Schwere der Problematik

ken zunehmen und dem Schutz der Integrität dienen, denn die Rückgewinnung der Kontrolle senkt die Risiken einer inkontinenten Episode (Paterson und Robinson 2000, Paterson 2000, Horrocks 2004, Mc Alpine 2008, Cassels und Watt 2003, Gallagher und Pierce 2002). Die hier vorgestellte Strategie „vorbereitet sein“ spielt für Betroffene und pflegende Angehörige vor allem im öffentlichen Bereich eine besondere Rolle, denn hier wollen sie es vermeiden, unangenehm aufzufallen und dadurch schamhafte Momente zu erleben (Mc Alpine 2008, Ahnis und Knoll 2008), somit steht das Stigma-Management in Vordergrund (Wilde 2003), das zudem Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen hat (Horrocks 2004).

Auffällig ist, dass Betroffene und pflegende Angehörige häufig selbst nach Bewältigungsstrategien im Umgang mit den Symptomen der Inkontinenz suchen und erst mit Zunahme der Problematik professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. In einigen Studien werden diese Erkenntnisse diskutiert. Betroffene haben anscheinend Angst sich zu offenbaren, sehen das Problem als natürlichen Alterungsprozess oder als nicht der Rede wert an und haben Befürchtungen hinsichtlich invasiver Eingriffe oder demütigender Situationen (Hägglund und Wadenstein, 2007; O'Donnell 2005). In vorliegender Studie beschreiben die Teilnehmer jedoch, dass sie sich umfassende Beratung wünschen. Angeboten bekommen sie jedoch häufig nur medizinische Hilfe, die Bewältigung des Alltags, der Umgang mit Hilfsmitteln, Fragestellungen der Partnerschaft oder Sexualität hingegen können die Betroffenen oder pflegenden Angehörigen kaum mit professionellen Gesundheitsdienstleistern erörtern. Ihnen fehlen kontinuierliche, langfristige und individuelle Unterstützungsangebote. Professionell Pflegende werden in diesem Kontext kaum als beratende und unterstützende Personen wahrgenommen. Dies scheint jedoch nicht verwunderlich, da es in Deutschland derzeit an interdisziplinärer und flächendeckender Kontinenzberatung fehlt. Dabei zeigt sich in ersten internationalen Studien, dass professionell Pflegende hinsichtlich kontinenzberatender Funktionen hier einen hohen Stellenwert einnehmen können. Geht es um veraltenstherapeutische Interventionen, wie Blasentraining oder die Anleitung und Motivation zur Durchführung von Beckenbodentraining und Aufklärung über Änderungen des Lebensstils, können durch die Unterstützung und Beratung spezialisierter Pflegefachkräfte Inkontinenzepisoden wie Vorlagenverbrauch gesenkt und die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden (Borrie et al. 2002; Du Moulin et al. 2005). Entsprechende Angebote finden sich in Deutschland allerdings überaus selten und sind oft auf spezielle Betroffenenengruppen, z.B. Patienten der Geriatrie, beschränkt. Doch der Aufbau und die Untersuchung der Effektivität interdisziplinärer Beratungs- und Therapieangebote in Deutschland wären notwendig, um den Betroffenen bei der Bewältigung der Inkontinenz zu helfen. Dazu müssen sich die Angebote an alle Betroffene, wie auch pflegende Angehörige wenden. Die Aufgaben der professionell Pflegenden sind dabei, wie im nationalen Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2007) beschrieben, vielfältig. Neben Einschätzung der Inkontinenz, Beratung, Therapiebegleitung und Evaluation kann sie zudem wichtige koordinierende und damit wegweisende Funktionen übernehmen. Ein weiteres zentrales Ziel professionell Pflegender in diesem Kontext muss es sein, den von Inkontinenz betroffe-

nen Menschen und ihren Angehörigen zu helfen, Alltagskompetenzen zu erhalten bzw. neu aufzubauen. Begleitung und Motivation stellen sich dabei als bedeutende Elemente dar, denn das individuelle Eingehen auf hemmende und fördernde Faktoren, z.B. hinsichtlich der Therapie und die Suche nach möglichen Ressourcen und deren Unterstützung wirken sich fördernd auf den Beratungs- und Therapieeffekt aus (Kincade et al. 1999, Hayder et al. 2008). Für pflegende Angehörige könnte der Prozess des „Hineinwachsens“ in die Pflege eines inkontinenten Familienmitgliedes durch die Beratung erleichtert werden, und so der Aufbau von Kompetenz, Selbstverständnis und Sicherheit der pflegenden Angehörigen unterstützt werden (Hayder und Schnepf 2008).

Neben dem dringend notwendigen Aufbau von angemessenen Beratungsstrukturen in Deutschland ist es weiterhin wichtig, dass Pflegefachkräfte und Ärzte die Problematik der Inkontinenz gegenüber Patienten sensibel und offen ansprechen (Hägglund und Wadensten 2007; Kummer et al. 2008). Betroffenen und pflegende Angehörigen fällt es schwer, über das Thema zu sprechen. Wie in dieser Studie gezeigt werden konnte, vertrauen sie sich nur engsten Personen an. Dies resultiert aus komplexen Entscheidungsprozessen im Umgang mit dem wahrgenommenen Stigma, inkontinent zu sein (Goffman 1967; Joachim und Archorn 2000). Hier jedoch ist es die Aufgabe professioneller Helfer, den Betroffenen und pflegenden Angehörigen die Möglichkeit zu geben, das Schweigen zu brechen.

Ausblick

Diverse Langzeituntersuchungen sind anzustreben, um zu zeigen, dass sich das Erleben und Gestalten des von Inkontinenz geprägten Lebens durch bestimmte Lebensabschnitte, z.B. durch die Berentung verändern kann und pflegerische Beratung einen positiven Effekt auf Aspekte wie Lebensqualität und Kostenminderung haben kann.

Literatur

- Abrams, P.; Cardozo, L.; Khoury, S.; Wein, A. (2005): Incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence Paris, June 26-29.04.2005, 3rd Edition. http://www.icsoffice.org/ASPNET_Membership/Membership/Publications/ICI_3/book.pdf [Stand 01.02.2009]
- Ahnis A.; Knoll N. (2008): Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz – eine qualitative Analyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 41 (4): 251-260
- Ashworth, P.D.; Hagan, M.T. (1993): The meaning of incontinence: a qualitative study of nongeriatric urinary incontinence sufferers. *Journal of advanced nursing*, 18 (9): 1415-1423
- Bjurbrant-Birgersson, AM; Hammar, V; Widerfors, G; Hallberg, IR; Athlin, E. (1993): Elderly women's feelings about being urinary incontinent, using napkins and being helped by nurses to change napkins. *Journal of Clinical Nursing*, 2(3):165-171
- Bogener, H.R.; Gallo, J.J.; Sammel; M.D.; Ford, D.E.; Armenian, H.K.; Eaton, W.W. (2002): Urinary Incontinence and Psychological Distress in Community-Dwelling Older Adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 50, 489-495
- Borrie, M.J.; Bawden, M.; Speechley, M. Kloseck, M. (2002): Interventions led by nurse continence advisers in the management of urinary incontinence: a randomized controlled trail. *Canadian Medical Association Journal*; 166 (10): 1267-73
- Cassells, C.; Watt, E. (2003): The impact of continence on older spousal caregivers. *Journal of advanced*

- nursing, 42, (6): 607-616
- Chang, C. C.; Gonzalez, C.M.; Lau, D.T.; Sier, H.C.(2008): Urinary incontinence and self-reported health among the U.S. Medicare managed care beneficiaries. *Journal of Aging and Health*, 20 (4): 405-419
- Corbin, J.M.; Strauss, A.L. (2005): *Weiterleben lernen*. Huber, Bern
- DNQP: Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. *Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*. Osnabrück, 2007
- Dugan, E.; Roberts, C.P.; Cohen, S.T.; Preisser, J.S.; Davis, C.C.; Bland, D.R.; Albertson, E. (2001): Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *Journal of Geriatrics Society* 49:462-465
- Du Moulin, M.F.M.T.; Hamers, J.P.H.; Paulus, A.T.G.; Berendsen, C.L.; Halfens, R.J.G. (2005): The role of the nurse in community continence care: a systematic review. *International Journal of Nursing Science*, 42 (4): 479-92
- Fall, S.L.; Yerkes, A.M. (1998): Targets, Messages, and Channels for Educational Interventions on Urinary Incontinence. *Journal of Applied Gerontology*, 17(4): 403-418
- Farage, M; Miller; K.W.; Berardesca, E.; Maibach, H.I.(2008): Psychosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. *Arch Gynecol Obstet*, 277, 285-290
- Flick, U.: *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. Rowohlt, Hamburg, 2002
- Fultz, N.; Burgio, K.; Diokno, A.; Kinchen, K.; Obenchain, R.; Bump, R.(2003): Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189 (5): 1275-1282
- Forbat, L.(2004): Listening to carers talking about the subjects of continence and toileting. *Nursingtimes.net* 100 (2): 46-49
- Gallagher M.; Pierce, L.P.(2002): Caregivers' and care recipients' perceptions of dealing with urinary incontinence. *Rehabilitation Nursing*, 271(1): 25-31
- Goffman, E.(1967): *Stigma*. Nomos, Baden-Baden
- Gröning K. (2001). *Entweihung und Scham - Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen*. Frankfurt/Main, Mabuse
- Hägglund, D.; Wadenstein, B.(2007): Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence, *Scand J Caring Sci*; 21, 305-312
- Hayder D.; Schnepf W.(2008): Urinary incontinence – the family caregivers' perspective. *Z Gerontol Geriat*, 41 (4): 261-266
- Hayder, D.; Kuno, E.; Müller M. (2008). *Kontinenz – Inkontinenz-Kontinenzförderung: Praxishandbuch für Pflegenden*. Verlag Hans Huber, Bern
- Hayder, D.; Cintron, A.; Schnell, M.W.; Schnepf, W. (2009): *Umgang mit sensiblen Themen in Interviews – Einblicke das Forschungsprojekt „Harninkontinenz im Alltag der Betroffenen“*, Pflege, in press
- Hayder, D.; Schnepf, W. (2009): *Wie Betroffene und pflegende Angehörige den Alltag mit Harninkontinenz erleben*, Pflege, eingereicht
- Horrocks S.; Somerset, M.; Stoddart H.; Peters, T.J.(2004): What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services, *Family Practice*, 21, 689-696
- Hunnskaar, S.; Burgio, K.; Clark A.; Lapitan, M.C.; Nelson R. Thom; Sillen U.; D. (2005): Epidemiology of urinary and fecal incontinence and pelvic organ prolapse; In: Abrams, P.; Cardozo, L.; Khoury, S.; Wein, A. *Incontinence. 3rd International Consultation on Incontinence Paris, June 26-29.04.2005, 3rd Edition 2005*
http://www.icsoffice.org/ASPNET_Membership/Membership/Publications/ICI_3/book.pdf - [Stand 01.02.2009]
- Joachim, G.; Acorn, S.(2000): Stigma of visible and invisible conditions. *Journal of Advanced Nursing* 1, 243-248
- Johnson, T.M.; Busby-Whithead, J.; Ashford-Works, C.; Kimberly Clark, M.; Fowler, L.; Williams, M.E.

- (1998): Promoting help-seeking-behavior for urinary incontinence, *Journal of Allied Gerontology*, 17(4): 419-441
- Kincade, J. E.; Johnson, T. M.; Ashford-Works, C.; Clarke, M. K.; & Busby-Whitehead, J. (1999). A pilot study to determine reasons for patients' withdrawal from a pelvic muscle rehabilitation program for urinary incontinence. *Journal of Applied Gerontology*, 18(3), 379-396
- Komorowski, L.; Chen, B. (2006): Female Urinary Incontinence in China: Experience and Perspectives. *Health Care for Women International*, 27, 169-181
- Kummer, K.; Dören, M.; Kulmey, A. (2008): Kommunikation der Ärzte und Pflegenden über Inkontinenz – eine Patientenperspektive, *Z Gerontol Geriat*, 41: 267-273
- Madersbacher, S.; Haidinger, G.; Temml, C. (2000): Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz in einer urbanen Bevölkerung: Einfluss auf Lebensqualität und Sexualleben. *Speculum*, 18 (2): 19-24
- Mc Alpine C. P.; Bliss, D. und Hill, J. (2008): The experience of community-living women managing fecal incontinence. *Western Journal of Nursing Research* 30 (7): 817-835
- Monz, B.; Pons, M.E.; Hampel, C.; Hunskaar, S.; Quail, D.; Samsioe, G.; Sykes, D.; Wagg, A.; Papanicolaou, S. (2005): Patient-reported impact of urinary incontinence - Results from treatment seeking women in 14 European countries. *Jouropean Menopause Journal*, 52S: S24-34
- O'Donnell, M.; Lose, G.; Sykes, D.; Voss, S.; Hunskaar, S. (2005): Help-Seeking Behaviour and Associated Factors among Women with Urinary Incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *European Urology*, 47, 385-392
- Papanicolaou, S.; Hunskaar, S.; Lose, G.; Sykes, D. (2005): Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU* 96, 831-838
- Paterson, J. (2000): Stigma associated with postprostatectomy urinary incontinence. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing* 3, 168-173
- Patterson Robinson, J. (2000): Managing Urinary Incontinence in the nursing home: residents' perspective. *Journal of Advanced Nursing* 31, (1): 68-77
- Shapiro, M.; Setterlund, D.; Cragg, C. (2003): Capturing the complexity of women's experience: A mixed-method approach to studying incontinence in older women, *AFFILIA Spring* 18, (1): 21-33
- Stenzelius, K.; Mattiasson, A.; Hallberg, I.R.; Westergren A. (2004): Symptoms of urinary and fecal incontinence among men and women 75+ in relations to health complaints and quality of life. *Neurourology and Urodynamics* 3, 211-222
- Strauss, A.; Corbin, J.: *Grounded Theory – Grundlagen qualitativer Forschung*. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996
- Wilde, M.H. (2003): Life with an Indwelling Urinary Catheter: The Dialectic of Stigma and Acceptance. *Qualitative Health Research* 13, 1189-1204

Daniela Hayder, MScN, BScN, Pflegewissenschaftlerin

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453 Witten, daniela.hayder@uni-wh.de

Prof. Dr. Wilfried Schnepf, Pflegewissenschaftler

Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für Medizin, Institut für Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453 Witten, wilfried.schnepf@uni-wh.de

Beiträge

Ellen Bögemann-Großheim, Annerose Bohrer, Elfriede Brinker-Meyendriesch, Ilona Holtschmidt, Thomas Rein, Anja Walter, Maria Pohl, Renate Schwarz-Govaers, Karin Welling

Wie stellt sich Pflegewissenschaft in den Ausbildungsrichtlinien der Pflegeberufe dar? Eine Analyse von Richtlinien ausgewählter Bundesländer durch die Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft

How nursing science is represented in nursing-education-curricula? An analysis of nursing-education-curricula of select federal states by 'Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft'

The 'Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft' has analyzed the influence of nursing science in nursing-education-curricula of select federal states. These curricula have to fulfill the academic claims of the occupational licensing regulations for nursing. As a result the rules and regulations of law don't find unique interpretation at federal-state-level. Academic subjects in nursing-curricula differ referring to the significance, the level of materializing and the extent.

Keywords

nursing education, nursing-science, nursing-education-curricula of German federal states

Die Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft hat eine auf Pflegewissenschaft fokussierte Analyse von ausgewählten Länder-Ausbildungsrichtlinien der pflegerischen Berufsausbildungen vorgenommen. Diese Richtlinien¹ müssen auf Basis der Berufsgesetze und Ausbildungsverordnungen einen pflegewissenschaftlichen Anspruch einlösen. Die Ergebnisse zeigen, dass die gesetzlichen Vorgaben und Verordnungen auf der

eingereicht 16.3.2009

akzeptiert 24.8.2009 (nach Überarbeitung)

Länderebene sehr unterschiedlich ausgelegt worden sind. Die Bedeutung, der Konkretisierungsgrad und der Umfang der Pflegewissenschaft stellen sich in den Richtlinien sehr heterogen dar.

Schlüsselwörter

Pflegeberufliche Ausbildung, Pflegewissenschaft, Ausbildungsrichtlinien der Bundesländer für die Pflegeberufe

Ausgangslage und Ziel

Mit der Novellierung der Berufsgesetze und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Altenpflege (2003) sowie für die Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (2004) erhielt die Pflegewissenschaft ausdrücklich Eingang in die gesetzlichen Grundlagen der Pflegeausbildungen. Das heißt, es wurde eine pflegewissenschaftliche Ausrichtung als Anspruch an die Ausbildung herangetragen. Heute – über fünf Jahre nach der Gesetzesänderung – stellt sich die Frage, inwieweit und in welcher Form dieser Anspruch in den Richtlinien einzelner Bundesländer umgesetzt ist und wie divergent sich Pflegewissenschaft in den Richtlinien der Länder widerspiegelt.

Die Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft hat hinsichtlich dieser Fragestellung eine beschreibend-vergleichende Analyse der Richtlinien für die pflegerischen Ausbildungen ausgewählter Bundesländer² vorgenommen. Die Auswahl der Richtlinien erfolgte nach folgenden Kriterien: Zum einen fanden Richtlinien der verschiedenen Pflegeberufe Berücksichtigung. Zum anderen wurden Richtlinien aus den alten Bundesländern ebenso einbezogen wie solche aus den neuen Bundesländern. Dabei fanden ausschließlich bis zum Sommer 2007 erschienene Richtlinien Berücksichtigung.

Bei der Analyse geht es um die Beschreibung des Ist-Standes. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass keine Bewertungen der Funde vorgenommen, sondern über die Analyse Fragen aufgeworfen werden sollen, die es in der weiteren Entwicklung pflegeberuflicher Ausbildungsrichtlinien zu beantworten gilt. So könnte sich die Frage nach der Vergleichbarkeit der Pflegeausbildungen innerhalb der Bundesrepublik im Hinblick auf die Prüfungsrelevanz und -form pflegewissenschaftlicher Inhalte stellen. Auch ist zu bedenken, dass Gesetze und Verordnungen nicht den fachlichen Diskurs ersetzen können.

1 Je nach Bundesland und Verortung der Berufsausbildung finden sich unterschiedliche landesspezifische Bezeichnungen, zum Beispiel Lehrplan, Landesrichtlinie, Rahmenrichtlinie, empfehlende Richtlinie. Im Folgenden wird hier aus Gründen der Lesbarkeit durchgängig der Begriff „Richtlinie“ verwendet.

2 Die Richtlinien folgender Bundesländer wurden für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege untersucht: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Thüringen. Die Richtlinie folgender Bundesländer wurden für die Altenpflege untersucht: Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen.

Methodisches Vorgehen bei der Analyse

Das methodische Vorgehen folgt den Schritten des qualitativen Forschungsprozesses (vgl. König & Bentler 1997, 89ff). Zu Beginn fand eine Auseinandersetzung mit dem theoretischen Rahmen der Analyse statt. Dazu wurden die Gegenstandsbereiche der Pflegewissenschaft und verschiedene Bestimmungsversuche pflegerischen Handelns in den Blick genommen (Rennen-Allhoff & Schäffer 2000, Remmers 1997). Durch diese Auseinandersetzung erhöhte sich die theoretische Sensibilität für die Analyse der Richtlinien, ohne dass das entwickelte Verständnis von Pflegewissenschaft an die Richtlinien herangetragen werden sollte. Stattdessen galt es herauszuarbeiten, was in den jeweiligen Richtlinien unter Pflegewissenschaft explizit, manchmal auch implizit verstanden wird.

Die Richtlinien weisen überwiegend eine bestimmte Struktur auf, die wir als Kategorien in unsere Untersuchungsfragen aufnahmen. Es sind dies Lernziele/Kompetenzen, Inhalte und Stundenvolumen. Als eine weitere Kategorie ergab sich die Frage nach der Durchgängigkeit von Pflegewissenschaft in den Richtlinien. Folgende Fragen lagen demnach der Analyse zugrunde:

- Welche Lernziele bzw. Kompetenzen für Lernende werden bezüglich der Pflegewissenschaft in den Richtlinien implizit oder explizit formuliert?
- Welche Inhalte werden unter Pflegewissenschaft gefasst?
- Wie stellt sich Pflegewissenschaft im Hinblick auf ihre Durchgängigkeit in der Richtlinie dar?
- Welches Stundenvolumen ist für Pflegewissenschaft ausgewiesen?

Die Analyse der Richtlinien analog der Untersuchungsfragen erfolgte zunächst arbeits- teilig und anschließend nochmals in einem intersubjektiven Verständigungsprozess innerhalb der Gruppe. Die Ergebnisse stellen die Beschreibung der Kategorien dar. Dabei werden verschiedene Ausprägungsgrade bzw. Dimensionierungen sichtbar.

Bevor die Ergebnisse vorgestellt werden ist anzumerken, dass Entstehungshintergrund und -zeitpunkt der jeweiligen Richtlinie und ebenso die länderspezifische institutionelle Verortung der Pflegeausbildungen im Bildungssystem in der Analyse unberücksichtigt blieben. Selbstverständlich sind der Sektion Bildung die äußerst unterschiedlichen strukturellen, personellen und finanziellen Bedingungen der Richtlinienentwicklungen bewusst. Auch sind die Richtlinien nicht mit den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen auf Bundesebene in Beziehung gesetzt worden, es wurde also nicht bewertet, inwiefern und auf welche Art und Weise nach Ansicht der Sektion Bildung den Gesetzen und Verordnungen entsprochen worden ist.

Die nun anschließende Ergebnisdarstellung erfolgt entlang der Untersuchungsfragen.

Ergebnisse

Welche Lernziele bzw. Kompetenzen für Lernende werden bezüglich der Pflegewissenschaft in den Richtlinien implizit oder explizit formuliert?

Im Verlauf der Analyse stellte sich heraus, dass die Zielperspektive bezüglich der Pflegewissenschaft nicht einfach zu erfassen war. Nur ein Teil der Richtlinien enthält in der Präambel beziehungsweise im Vorwort einführende Angaben zu ihrem pflegewissenschaftlichen Verständnis. Häufiger gibt es Angaben zu berufspädagogischen Grundlegungen wie die Darstellung der Dimensionen beruflicher Handlungskompetenz. Obgleich in den Präambeln ausdrückliche Zielformulierungen für die Pflegewissenschaft weitgehend fehlen, sagt dies noch nichts darüber aus, inwieweit die Pflegewissenschaft innerhalb der Richtlinie tatsächlich präsent ist, da bspw. konkrete Zielformulierungen unter einzelnen Lerneinheiten aufgeführt werden.

Einen Ansatzpunkt zur weiteren Systematisierung der Ergebnisse lieferten die in Lernzielen und Kompetenzformulierungen verwendeten Verben in ihrem jeweiligen Bedeutungszusammenhang. Es wurde deutlich, dass sich die Richtlinien hinsichtlich der Anforderungsebene, das heißt bezüglich der Denk- und Handlungsleistung und dem Bildungsanspruch, der mit dem Erwerb bestimmten pflegewissenschaftlichen Wissens verbunden ist, unterscheiden. So zeigten sich Unterschiede hinsichtlich des Anforderungsprofils, des Interpretationsspielraums, der Variationsbreite, der Handlungsbegründung durch die Pflegewissenschaft, der Bedeutung der Pflegewissenschaft sowie auch des Lehr-Lernverständnisses.

Zum Beispiel benennen die Richtlinien von Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (Altenpflegeausbildung) Ziele, die auf ein erhöhtes Anforderungsprofil hinweisen, wie die folgenden Zitate verdeutlichen:

„Mit den dafür erforderlichen Arbeitsmethoden können die Theoriegrundlagen erarbeitet und analysiert sowie begründet in pflegerische Konzepte und Interaktionen einbezogen werden“ (Baden-Württemberg 2004: 40).

„Sie [die Schülerinnen und Schüler, Anmerkung der Verfasser] beschreiben pflegewissenschaftliche Verfahren und Methoden und schätzen die Bedeutung wissenschaftlicher Ergebnisse für eine Problemstellung ein. Sie analysieren und begründen Pflegehandeln unter Verwendung aktueller Pflegetheorien und aktuellem pflegewissenschaftlichen Kenntnisstand und wenden Pflegefachsprache an“ (Baden-Württemberg 2004: 41).

„Sie [die Schülerinnen und Schüler, Anmerkung der Verfasser] reflektieren Voraussetzungen und mögliche Konsequenzen für die Umsetzung von Forschungsergebnissen in den Handlungsfeldern der Altenpflege“ (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2003a: 33).

Bei einigen Formulierungen besteht ein großer Interpretationsspielraum. Folgende Beispiele sollen dies verdeutlichen:

Die Schülerinnen und Schüler „sollen mit Kernaussagen ausgewählter Pflegemodelle vertraut gemacht werden“ (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2003b: 66).

„Die Schüler sind fähig, sich einen Zugang zu den pflegewissenschaftlichen Fragestellungen und Methoden zu verschaffen“ (Thüringer Kultusministerium 2007: 79).

„Das Anliegen der Ausbildung besteht darin, bei den Schülerinnen und Schülern ein Pflegeverständnis entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Kenntnisse zu entwickeln (...)“ (Freistaat Sachsen 2005: 5).

Ferner liegt eine große Variationsbreite vor, was Schülerinnen und Schüler im Hinblick auf Pflegeforschungsergebnisse lernen sollen. Die Richtlinien variieren zwischen weniger weitreichenden und weitreichenden Ansprüchen mit einem hohen Grad des Gegenstandsaufschlusses:

„Die Lernenden schätzen die Qualität und Aussagekraft von Forschungsergebnissen ein“ (Rheinland-Pfalz 2005: 59).

„Schülerinnen und Schüler beschaffen sich Informationen über die Forschungsergebnisse“ (Baden-Württemberg 2004: 41).

„Die Schülerinnen und Schüler analysieren Methoden des Forschungsprozesses und bewerten anhand von Qualitätskriterien die Ergebnisse von Pflegestudien kritisch. Die Schülerinnen und Schüler nutzen Methoden und Ergebnisse der Pflegeforschung im Rahmen von Projekten zur Qualitätssicherung in den Einrichtungen“ (Freistaat Sachsen 2005: 33).

„Die Schülerinnen und Schüler setzen sich mit unterschiedlichen Konzepten, Modellen und Theorien der Pflege auseinander. (...) Die Schülerinnen und Schüler erkennen, dass die Altenpflege wissenschaftlich fundiert ist und das Wissen ständig aktualisiert werden muss“ (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg 2006: 6).

Die Richtlinie des Saarlands enthält keine Aussage bezüglich des Umgangs mit Forschungsergebnissen (Herausgeber Bundesinstitut für Berufsbildung 2004).

Es war auch festzustellen, dass in einigen Richtlinien die Pflegewissenschaft zur Handlungsbegründung herangezogen wird:

„Sie [die Schülerinnen und Schüler, Anmerkung der Verfasser] begründen Pflegehandeln unter Verwendung aktueller Pflegetheorien und aktuellem pflegewissenschaftlichen Kenntnisstand und wenden Pflegefachsprache an“ (Baden-Württemberg 2004: 41, Hervorhebung durch die Verfasser).

Die Schülerinnen und Schüler „erklären ihr Pflegehandeln anhand pflegetheoretischer Konzepte und beziehen die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft mit ein. Sie integrieren Forschungsergebnisse in das Pflegehandeln“ (Bayerisches Staatsministerium Oktober 2005: 25).

Darüber hinaus wird in den Richtlinien teilweise der Aspekt der Bedeutung der Pflegewissenschaft thematisiert:

„Die Schülerinnen sollen wissen, was unter Pflegewissenschaft inhaltlich – im Unterschied zu anderen Wissenschaften – verstanden wird und wie sie sich in Deutschland – im Vergleich zu anderen Ländern – entwickelt hat“ (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2003b: 68).

„Die Schülerinnen und Schüler kennen die Bedeutung der Pflegewissenschaft als Fachwissenschaft und deren Bezüge zu anderen Wissenschaften“ (Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen 2003a: 33).

Es konnten auf diese Weise fernerhin Eindrücke darüber gewonnen werden, wie das pflegewissenschaftliche Wissen innerhalb der Ausbildung erworben werden soll beziehungsweise welches Lehr-Lern-Verständnis zu Grunde liegt. Einerseits lässt dies Rückschlüsse zu auf ein stärker schülerinnenzentriertes Lehr-Lern-Verständnis, das die Selbsterschließung von pflegewissenschaftlichen Bildungsgehalten durch die Lernenden nahelegt. Folgende Formulierungen veranschaulichen dies: „selbstständig erschließen“, „Informationen beschaffen“, „nutzen selbstständig verschiedene Medien“, „integrieren“. Andererseits finden sich Anhaltspunkte, die auf ein eher lehrerzentriertes Verständnis und auf die stellvertretende Erschließung durch die Lehrenden schließen lassen. Hierfür stehen Begriffe wie: „vermitteln“ und „befähigen“.

Welche Inhalte werden unter Pflegewissenschaft gefasst?

Folgende Inhalte, die auf Pflegewissenschaft verweisen, wurden im Material identifiziert:

- Pflege-theorien
- Pflegemodelle
- Pflegekonzepte
- Pflegeprozess
- Pflegediagnosen
- Pflegeforschung, evidenzbasierte Pflegepraxis, evidenzbasierte Pflege
- Grundzüge wissenschaftlichen Arbeitens
- Evaluation
- Pflege als Wissenschaft: Geschichtliche Entwicklung
- Gegenstandsbereiche der Pflegewissenschaft
- Gesundheits- und pflegetheoretische Konzepte und Klassifikationssysteme
- Arten von Pflegewissen
- Einführung in die Fachsprache

Die Inhalte unterscheiden sich in Hinblick auf folgende Aspekte: Häufigkeit und Differenziertheit ihres Auftretens, Konkretisierungsgrad, Komplexitätsanspruch und Stellung der Pflegewissenschaft im Gefüge aller relevanten Wissenschaften.

Die Häufigkeit und Differenziertheit der Inhalte zum Thema Pflegewissenschaft differiert in den Richtlinien sehr stark: Wenige Inhaltsangaben sind bspw. in den

Richtlinien von Brandenburg und dem Saarland zu finden, während z.B. in den Richtlinien von Baden-Württemberg und Hessen eine Fülle an Inhalten angeführt ist.

Zum Teil wird sehr differenziert beschrieben, welche Inhalte unter Pflegewissenschaft gefasst werden, wie in der Richtlinie von Rheinland Pfalz:

- „Theoriebildung in einer Praxisdisziplin als handlungsleitend erkennen
- Pflege als Wissenschaft: Geschichtliche Entwicklung und Gegenstandsbereich
- Theorien und Modelle der Pflege: Klassifikation und Reichweite
- Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis sowie der Wissenschaften untereinander
- Verhältnis zwischen Pflegewissenschaft und Pflegequalität
- Ausgewählte pflegetheoretische Ansätze: Kernaussagen und Anwendungsbereiche
- Pflegeforschung: Gegenstandsbereiche, Forschungsansätze und -methoden
- Pflegeklassifikationen: Pflegephänomene, Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen“ (Rheinland Pfalz 2005: 59)

Auch in der hessischen Richtlinie werden umfangreiche und weitreichende pflegewissenschaftliche Inhalte genannt:

„Definitionen von Pflege, Gesundheits- und pflegetheoretische Konzepte und Klassifikationssysteme und ihr Nutzen für die pflegerische Praxis, ... Gegenstandsbereiche der Pflegewissenschaft, Grundzüge wissenschaftlichen Arbeitens (z.B. Forschungsprozesse, qualitative und quantitative Forschungsansätze),...“ neben: „... Gezielte Literaturrecherche; Hilfestellungen zum Lesen und Verstehen von Forschungsergebnissen, Verwendung von Forschungsergebnissen im beruflichen Alltag, ... Fachenglisch, ...“ (Rahmenlehrplan Entwurf Hessen 2005: 113).

Der Konkretisierungsgrad einzelner Inhalte variiert. In einigen Richtlinien werden konkrete pflegewissenschaftliche Modelle und Theorien benannt und an konkrete pflegerische Themen gebunden:

„Die Praxisrelevanz pflegerischer Theoriebildung im Zusammenhang mit der Einschätzung des Pflegebedarfs bzw. der Selbstpflegekompetenz eines pflegebedürftigen Menschen sollte unter Einbezug der Pflegelehre von Orem verdeutlicht werden. (...) Die Praxisrelevanz pflegerischer Theoriebildung im Zusammenhang mit der Pflegeanamnese sollte innerhalb dieses Lernmoduls unter Einbezug der bedürfnisorientierten Pflegelehre/-modelle verdeutlicht werden.“ (Rheinland-Pfalz/ Gesundheits- und Krankenpflege 2005: Lernmodul 15a)

Auch werden folgende Pflegelehretheoretikerinnen namentlich in einem jeweiligen Kontext in den untersuchten Richtlinien angeführt: Patricia Benner, Virginia Henderson, Monika Krohwinkel, Madeleine Leininger, Winnifred Logan, Dorothea Orem, Ida Jean Orlando, Hildegard Peplau, Martha Rogers, Nancy Roper und Allison J. Tierney. (Aufzählung hier in alphabetischer Reihenfolge).

Wie bereits unter der Frage der Lernziele bzw. Kompetenzen aufgezeigt wurde, findet sich in einigen Richtlinien ein hoher Komplexitätsanspruch. Hierfür steht folgendes Beispiel:

„(...) *Ethische und ökonomische Begründung evidenzbasierter Pflege, Bedeutung und Grenzen von Leitlinien (Clinical Guidelines) und Standards für die Pflege, (...) Begutachtung eines bekannten Standards, (...) Ursachen für überstürzte Neuanwendungen und unangemessene Verzögerungen*“ (Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg 2004: 43).

Darüber hinaus wird mit einem Zitat von Popper: *„Alle Theorie ist nur Vermutungswissen“* (Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg 2004: 43) auf eine wissenschaftliche Denkrichtung hingewiesen. Dies verweist zugleich auf eine implizite wissenschaftstheoretische Orientierung und darauf, welche theoretischen Strömungen für bedeutsam erachtet werden.

Einzig in der Richtlinie von Hessen sind Arten von Pflegewissen aufgeführt, z.B. empirisches Wissen, ethisches Wissen, ästhetisches Wissen, persönliches Wissen, intuitives Wissen (Hessen Rahmenlehrplan Entwurf 2005: 113).

Schließlich wird der Pflegewissenschaft eine unterschiedliche Stellung im Gefüge der relevanten Wissenschaften zugewiesen: In der Richtlinie des Saarlandes wird Pflegewissenschaft als eine Bezugswissenschaft unter anderen genannt, das heißt, die Pflegewissenschaft hat hier keine hervorgehobene Stellung. In anderen Richtlinien wird die Pflegewissenschaft ausdrücklich als Grundlage der Pflegepraxis gekennzeichnet:

„Der Zugang zu den pflegewissenschaftlichen Verfahren, Methoden und Forschungsergebnissen ist die Grundlage für das Pflegehandeln“ (Freistaat Sachsen 2005: 32).

Wie stellt sich Pflegewissenschaft in den Richtlinien im Hinblick auf ihre Durchgängigkeit dar?

Die Durchgängigkeit pflegewissenschaftlicher Inhalte und Ziele zeigt sich in den Richtlinien in verschiedenen Erscheinungsformen. Um auch an dieser Stelle einer Systematisierung der Befunde nahezukommen, haben die Sektionsmitglieder versucht, Merkmale herauszufiltern. Zum einen wurde Pflegewissenschaft als durchgängiges Prinzip identifiziert, zum anderen zeigte sich Pflegewissenschaft vereinzelt, also vorwiegend punktuell.

Pflegewissenschaft als durchgängiges Prinzip: In den Einführungen beziehungsweise Vorbemerkungen zu einzelnen Lerneinheiten der Richtlinien finden sich zum Teil appellartige Formulierungen, mit denen, so ist zu vermuten, eine grundsätzliche Berücksichtigung der Pflegewissenschaft erreicht werden soll. Beispielsweise wird in den Richtlinien von NRW (2003a: 10) und Rheinland-Pfalz (2005: Anlage 2) an die Verantwortung der Lehrenden appelliert, sich in ihrem Unterricht auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu beziehen. Auch soll pflegerisches Handeln sich immer quer durch alle Themenbereiche – auf pflegewissenschaftlicher Ebene bewegen. Exemplarisch steht hier die Formulierung der Richtlinie aus Sachsen:

„Die Schülerinnen und Schüler führen pflegerische Interventionen geplant auf dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse unter Berücksichtigung interdisziplinärer Zusammenarbeit durch“ (Freistaat Sachsen 2005: 18)

Zudem wurden von der Sektion Bildung die einigen Richtlinien zugrunde liegenden pflegewissenschaftlichen Strukturen identifiziert: In zwei Richtlinien wird für die Themenbereiche 1 und 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ein pflegerisches Klassifikationssystem hinterlegt – die NANDA-Pflegediagnosen in Baden-Württemberg (Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg 2004: 19) und die ICNP-Pflegediagnosen in Hessen (Rahmenlehrplan Entwurf 2005: 10). In der Richtlinie von Thüringen ist als Struktur innerhalb der Lernfelder überwiegend der Bezug auf die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ erkennbar. Auch war innerhalb von Lernfeldern oder Modulen eine Symptom- bzw. Medizinorientierung zu erkennen (z.B. Bayern, Thüringen, Hessen).

Punktuelles Erscheinen der Pflegewissenschaft: Für die Altenpflegeausbildung findet sich beispielsweise in den Richtlinien von NRW (2003a: 33) ein Lernfeld, in dem pflegewissenschaftliche Grundlagen behandelt werden. Das könnte darauf hindeuten, dass pflegewissenschaftliche Inhalte ausschließlich in dieser Lerneinheit thematisiert werden. In einigen anderen Richtlinien wird in verschiedenen Lerneinheiten auf die Pflegewissenschaft verwiesen, mit dem Wortlaut „anhand ausgewählter Pflegeforschungsergebnisse“. Eine Begründung für diese punktuelle Verortung von Pflegewissenschaft war nicht auffindbar. In einigen Richtlinien findet sich dagegen gar kein Verweis auf gesonderte pflegewissenschaftliche Inhalte und Ziele. Das gilt beispielsweise für die Krankenpflegeausbildung im Saarland (www.saarland.de [Stand 2009-03-09]) und in Brandenburg (www.landesrecht.brandenburg.de [Stand 2009-03-09]).

Schließlich muss noch konstatiert werden, dass sich in einigen Richtlinien kein expliziter Verweis auf pflegewissenschaftliche Inhalte und Ziele findet (dazu die Richtlinien für die Altenpflegeausbildung im Saarland und in Brandenburg). Dennoch sind von der Sektion Bildung einige der dort benannten Inhalte unter Pflegewissenschaft gefasst – sie finden sich demnach implizit wieder.

Angemerkt werden muss noch, dass die Erscheinungsweise der Durchgängigkeit der Pflegewissenschaft in den Richtlinien (eben als durchgängiges Prinzip und/oder punktuell) möglicherweise durch die Prüfungsordnung beeinflusst wird, wenn Pflegewissenschaft Inhalt einer Teilprüfung im Rahmen der schriftlichen Prüfung ist.

Welches Stundenvolumen ist explizit ausgewiesen?

Je nachdem, ob es eine eigene Lerneinheit beziehungsweise ein Modul zur Pflegewissenschaft gibt oder nicht, lassen sich mehr oder weniger eindeutige Stundenangaben finden. In den Richtlinien der Gesundheits- und Krankenpflege/Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, in denen Pflegewissenschaft in dem speziellen Themenbereich 6 laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ausgewiesen ist, existiert eine entspre-

chende Stundenangabe. Der Umfang schwankt in den ausgewählten Richtlinien zwischen 52 Stunden (Thüringen) und 150 Stunden (Hessen). Wenn Pflegewissenschaft als durchgängiges Prinzip erkennbar ist, dann lässt sich eine ausgewiesene Stundenangabe kaum finden. An einigen Richtlinien ist jedoch abzulesen, dass in solchen Fällen relativ viele Stunden für pflegewissenschaftliche Inhalte veranschlagt sind (siehe Bayern, Baden-Württemberg).

Zusammenfassung und Ausblick

Ziel der Untersuchung war eine vergleichende Beschreibung der Ausbildungsrichtlinien ausgewählter Bundesländer im Hinblick auf die Darstellung von Pflegewissenschaft. Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass der seit der Novellierung der Berufsgesetze sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen erhobene Anspruch an eine pflegewissenschaftliche Ausrichtung der Ausbildungen, soweit er in den Richtlinien dokumentiert ist, in unterschiedlicher Weise erfüllt wurde. Die Analyse bot den Expertinnen und Experten der Sektion ein sehr heterogenes Bild im Hinblick auf Inhalte und Ziele. Vermutlich steht das auch damit in Zusammenhang, dass die pflegewissenschaftliche Fachdiskussion noch in vollem Gange ist und die Entwicklung der Richtlinien noch nicht auf eine hinreichend ausdifferenzierte Struktur der Pflegewissenschaft aufsetzen konnte. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen – und nachfolgend die Ausbildungsrichtlinien – lassen einen großen Interpretationsspielraum für die Länder im Hinblick auf Pflegewissenschaft zu. Diesen kann unserer Ansicht nach nur die Fachgemeinschaft der Pflege, Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik ausfüllen und spezifizieren.

Die Expertinnen und Experten der Sektion empfehlen als Konsequenzen aus ihrer Analyse, folgende Fragen in den entsprechenden Fach- und politischen Gremien weiter zu verfolgen:

- Inwieweit ist eine pflegewissenschaftliche Struktur in Ausbildungsrichtlinien für die pflegerische Erstausbildung sinnvoll?
- Welche Anforderungen im Hinblick auf pflegewissenschaftliche Inhalte und Ziele werden an die pflegerische Erstausbildung gestellt? Wie werden diese begründet?
- Welche Ausdifferenzierung zwischen schulischer und hochschulischer Ausbildung wird diesbezüglich angestrebt?
- Welcher Beitrag wird der Pflegewissenschaft zum Erreichen beruflicher Handlungskompetenz als Ausbildungsziel beigemessen?
- Was bedeutet die beschriebene Heterogenität der Richtlinien vor dem Hintergrund gleicher gesetzlicher Prüfungsbestimmungen für die Vergleichbarkeit von Prüfungen in den ausgewählten Bundesländern?
- Welche Chancen und Probleme ergeben sich aus der beschriebenen Darstellung von Pflegewissenschaft in den Richtlinien für die curriculare Arbeit an den Schu-

len? Wie kann Lehrenden die durchgängige Integration pflegewissenschaftlicher Inhalte in ihren Unterricht gelingen? Welche Unterstützung benötigen sie dafür?

Abschließend verweisen die Expertinnen und Experten der Sektion Bildung noch einmal darauf, dass auch die Berufsgesetze sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ein bestimmtes Verständnis zur Einbindung von Pflegewissenschaft vorgeben. Die vorliegende Analyse ist ein Beitrag für eine Neubelebung der Diskussion von Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, von Pflegepädagoginnen und -pädagogen respektive Lehrerinnen und Lehrern hinsichtlich der Konturierung und der Umsetzung der Pflegewissenschaft in den beruflichen Erstausbildungen und Hochschulbildungen sowie ein Beitrag für eine zukünftige Revision der Berufsgesetze und der Ausbildungsrichtlinien.

Literatur

- AltPflG. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I, Nr. 44
- AltPflAPrV. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2002, Teil I, Nr. 81
- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2005): Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Krankenpflege und für Kinderkrankenpflege. Ausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. Theoretischer und fachpraktischer Unterricht. 1.-3. Schuljahr
- Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2004): Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. Lernzielorientiertes Curriculum für die praktische und schulische Ausbildung auf der Grundlage des Berufsgesetzes für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflG). Bertelsmann Verlag, Bielefeld. (=Richtlinie für das Bundesland Saarland)
- Freistaat Sachsen, Sächsisches Staatsministerium für Kultus (August 2005): Lehrplan für die Berufsfachschule Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Berufsbezogener Bereich, Klassenstufen 1 bis 3
- Hessisches Sozialministerium (November 2005): Rahmenlehrplan für die Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Hessen (Entwurf)
- König, E. & Bentler, A. (1997). Arbeitsschritte im qualitativen Forschungsprozess – ein Leitfaden. In Friebertshäuser, B. und Prengel, A. (Hrsg.), Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München: Juventa.
- KrPflG. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003, Teil I, Nr. 36
- KrPflAPrV. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Bundesgesetzblatt 2003, Teil I, Nr. 55
- Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (2006): Altenpflegeausbildung nach dem Altenpflegegesetz vom 17.11.2000. Entwurf eines Rahmenlehrplans des Landes Brandenburg
- Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003a,b): Ausbildung und Qualifizierung in der Altenpflege. Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Altenpflegeausbildung. Autorinnen: Hundenborn, G., Kühn, C. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., An-Institut der Katholischen Fachhochschule NW. Düsseldorf: MGSFF
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2005): Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland-Pfalz
- Remmers, H. (1997). Normative Dimensionen pflegerischen Handelns – Zur ethischen Relevanz des Körpers. Pflege 10. Jg, Heft 5, 279-284.

Rennen-Allhoff, B. & Schäffer, D. (2000). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa

Sozialministerium Baden-Württemberg, LAG, Baden-Württemberg e.V. (Hrsg.) (2004): Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oder zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin

Thüringer Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Rahmenlehrplan von Thüringen für die Gesundheits- und Krankenpflege

Internetadressen:

http://www.altenpflege-lernfelder.de/downloads/ausbildungsrichtlinien/Brandenburg%20Entwurfsfassung%2020_01_2006.pdf [Stand 15-04-2007]

http://www.landesrecht.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=andbb_lds_test_eval01.c.5155.de [Stand 2009-03-09]

http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php?gsid=lbm1.c.320085.de&_siteid=10 [Stand 2009-03-09]

http://www.menschenpflegen.de/cms/filewrapper.php?md5id=b0a7f07c8399fcb5c1c9409cf1f58501&objid=142&media_id=449&filename=Rahmenlehrplan.pdf [Stand 2007-04-15]

<http://www.saarland.de/1024.htm> [Stand 2009-03-09]

Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP):

Dr. phil. Ellen Bögemann-Großheim,
Annerose Bohrer, Dipl.-Pfl. Wiss. (FH),
Dr. paed. Elfriede Brinker-Meyendriesch,
Ilona Holtschmidt, MA,
Thomas Rein, Lehramt 2. Staatsexamen,
Dr. phil. Anja Walter,
Maria Pohl, Dipl. Pflege-Päd.,
Dr. rer. soc. Renate Schwarz-Govaers,
Karin Welling, Dipl.-Päd.

Kontaktadresse:

Dr. Elfriede Brinker-Meyendriesch, Sprecherin Sektion Bildung, Martinikirchhof 5-6, 48143 Münster, brinker.ibw@online.de