

Anne Ahnis, Katja Boguth, Antje Braumann, Katja Kummer, Nicoletta Seizmair, Corinna Seither

Inkontinenz bei alten Menschen

Incontinence in old age

This contribution approaches incontinence in old age from a nursing, a sociological and a psychological perspective. These research projects are investigated by students of a PhD-program and empirical findings are presented and implications for clinical practice are given. Incontinence-related burdens experienced by elderly persons and family caregivers, communication between professionals and incontinent persons, information needs and motivation for therapy are addressed as well as the risk of becoming incontinent after being institutionalized.

Keywords

incontinence, urinary and fecal incontinence, age, psychosocial burden, information needs, motivation, communication, family caregivers, risk factors

Harn- und Stuhlinkontinenz als ein relevantes Problem im Alter stand im Fokus pflegewissenschaftlicher, soziologischer und psychologischer Studien, die im Rahmen eines Graduiertenkollegs angefertigt wurden. Die Autorinnen stellen Ergebnisse¹ aus ihren Forschungsarbeiten vor, in denen es sowohl um die Belastungen der betroffenen Personen als auch um die der pflegenden Angehörigen ging. Auch die Kommunikation zwischen den professionellen Berufsgruppen und den betroffenen Personen mit Inkontinenz, der Informationsbedarf von Personen mit Inkontinenz und Aspekte der Therapiemotivation wurden näher betrachtet. Ebenfalls im Fokus der Arbeiten standen die Risikofaktoren im institutionellen Setting. Erste Untersuchungsergebnisse und die abgeleiteten Handlungsempfehlungen werden hier vorgestellt.

Schlüsselwörter

Inkontinenz, Harn- und Analinkontinenz, Alter, Subjektives Belastungserleben, Informationsbedarf, Motivation, Kommunikation, Pflegende Angehörige, Risikofaktoren

Einführung

Inkontinenz ist eine Gesundheitsstörung (Niederstadt et al. 2007), die in ihrem Verlauf häufig chronisch ist. Als ein Phänomen, das den Urogenital- und Analtrakt betrifft, ist es in unserer Gesellschaft schambesetzt und tabuisiert. Man unterscheidet Harn- und Analinkontinenz: Harninkontinenz („urinary incontinence“) wird von der „International Continence Society“ (ICS) (Abrams et al. 2002) als jeglicher unfreiwill-

1 Es wird darauf hingewiesen, dass die vorgestellten Forschungsarbeiten noch nicht abgeschlossen sind.

liger Harnverlust definiert. Unter Analinkontinenz („anal incontinence“) versteht die ICS jeglichen unfreiwilligen Abgang von Darmwinden, flüssigen, weichen/schmierigen oder festen/geformten Stuhl (Norton et al. 2002).

Inkontinenz ist – weltweit gesehen – sehr verbreitet (Niederstadt et al. 2007). Internationale Studien berichten folgende Angaben zur Prävalenz der Inkontinenz bei Personen², die 60 Jahre und älter sind: Bei Frauen liegt die Prävalenz der Harninkontinenz bei 12 - 58 %, bei Männern zwischen 4 - 28 % (Hunnskaar et al. 2002). 0,5 % bis 16,9 % der Frauen und Männer sind von Analinkontinenz betroffen (Norton et al. 2002, Stenzelius et al. 2004). Ist die Harninkontinenz in der Altersgruppe der 60-75-jährigen Frauen noch doppelt so hoch wie bei Männern, gleichen sich die Prävalenzraten der Geschlechter bei Hochaltrigen an (Cheater & Castleden 2000; Hunnskaar et al. 2002, Niederstadt et al. 2007). Bezüglich der Analinkontinenz heben sich die Unterschiede der Prävalenzraten zwischen den Geschlechtern bei den über 75-Jährigen gänzlich auf (Stenzelius et al. 2004). Aufgrund der prognostizierten, sich verändernden Altersverteilung der deutschen Bevölkerung wird Inkontinenz zunehmend an Bedeutung gewinnen (Niederstadt et al. 2007).

Die Ursachen der Inkontinenz im Alter sind oft multifaktoriell (Füsgen 1991, Füsgen 2005, Jünemann 2002, Resnick 1984). Sie lassen sich häufig auf altersbedingte Veränderungen der Ausscheidungsorgane in Kombination mit Einbußen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten zurückführen (Fonda et al. 2002). Ebenfalls kumulieren bei alten Menschen oft verschiedene Risikofaktoren der Inkontinenz wie beispielsweise chronische Erkrankungen (z.B. Demenz, Diabete mellitus), Medikamenteneinnahme (z.B. Diuretika, Psychopharmaka) und Pflegebedürftigkeit.

Es existieren wirksame Methoden, die Inkontinenz im Alter verhindern, beseitigen, verbessern oder kompensieren können (vgl. DNQP 2007, Niederstadt & Doering 2004). Die Vorstellung jedoch, Inkontinenz sei ein normaler physiologischer Bestandteil des Alterungsprozesses mündet oftmals in der Einschätzung, die Behandlung der Inkontinenz bei einem alten Menschen sei nicht Erfolg versprechend (Fonda et al. 2002). Dies führt dazu, dass viele von Inkontinenz Betroffene keine professionelle Hilfe suchen bzw. erhalten; außerdem existieren kaum Präventionsangebote (Niederstadt et al. 2007).

Dies ist Grund genug für eine wissenschaftliche Betrachtung des Themas *Inkontinenz im Alter*, die auch eine pflegewissenschaftliche, soziologische bzw. psychologische Perspektive einnimmt. Diese Perspektivenvielfalt auf das Thema Inkontinenz begegnet dem Faktum, dass die Erkrankung in vielen Handlungsfeldern zum Tragen kommt. Die Interdisziplinarität eröffnet einen Mehrwert. Dieser besteht darin, Interdependenzen zwischen den Fachdisziplinen aufzuzeigen, Schnittmengen zu identifizieren und die Grenzen der professionsbezogenen Disziplin aufzuweichen. So forschen sechs Wissenschaftlerinnen in dem von der Robert Bosch Stiftung geförderten Graduiertenkol-

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

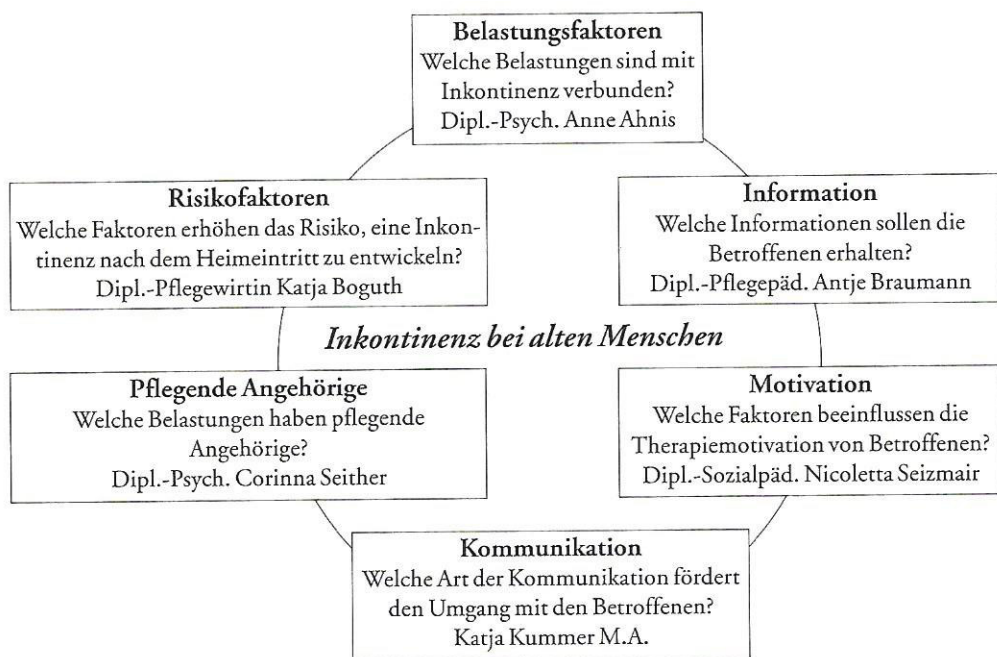


Abbildung 1: Inkontinenz älterer Menschen aus multiprofessioneller Sicht

leg „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ am Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charité – Universitätsmedizin Berlin zu diesem Tabuthema (Kuhlmey et al. 2005). Dabei stehen in erster Linie Menschen, die älter als 60 Jahre sind, im Fokus. Aber auch pflegende Angehörige und Professionelle werden in die Betrachtungen mit einbezogen. In dem vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse dieser Untersuchung zu folgenden Schwerpunkten vorgestellt: Das subjektive Belastungserleben der Betroffenen, deren Informationsbedarf, Aspekte der Therapiemotivation, die Kommunikation der Betroffenen mit den Professionellen aus Medizin und Pflege, die Belastungen von pflegenden Angehörigen sowie Risikofaktoren der neu entstandenen Inkontinenz im institutionellen Setting. Die sich daraus ableitenden Forschungsfragen sind in Abbildung 1 dargestellt. Anhand der Ergebnisse werden abschließend Handlungsempfehlungen für die Praxis formuliert.

Hintergrund der Forschungsarbeiten

Harn- und/oder analinkontinent zu sein, stellt für die Betroffenen neben dem medizinischen, pflegerischen und sozio-ökonomischen Problem (Jünemann 2002) eine erhebliche Belastung dar. Der unfreiwillige Urin- und/oder Stuhlverlust ist sowohl durch allgemeine, auch bei anderen chronischen Erkrankungen vorkommende (s. z.B. Beutel 1988), als auch durch spezifische Belastungen charakterisiert. Letztere sind, so zeigen Studien (z.B. Ashworth & Hagan 1993, Grimby et al. 1993, McClish et al. 1999) vor allem bei jüngeren inkontinenten Betroffenen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich angesiedelt. Welche Belastungen aber mit Inkontinenz im Alter verbun-

den werden und was die Betroffenen am meisten an dem unfreiwilligen Verlust von Urin und/oder Stuhl stört, wurde bislang nicht systematisch untersucht. Ebenso stehen keine Untersuchungsergebnisse im deutschsprachigen Raum zur Verfügung, die den *Informationsbedarf* der älteren inkontinenten Personen abbilden. Information, Beratung und Schulung nehmen aber in der Versorgung und Therapie der Harninkontinenz einen immer größer werdenden Stellenwert ein; ebenso wurden bereits strukturierte Informations- und Schulungsanteile erfolgreich eingesetzt (Subak et al. 2002).

Mangelnde Informationen über Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten der Inkontinenz, Scham sowie entwickelte subjektiv funktionierende Strategien werden in einigen Studien als wichtige Faktoren für die Nichtinanspruchnahme einer Behandlung identifiziert (Horrocks et al. 2004, Milne 2000). Weitere häufig genannte Gründe sind geringfügige Einschränkungen der Lebensqualität, das Missverständnis, Inkontinenz sei eine zwangsläufige Alterserscheinung oder das Empfinden, die Symptome seien nicht schwerwiegend genug (Dugan et al. 2001, Kinchen et al. 2003, Hagglund et al. 2001, Teunissen et al. 2005, Yu et al. 2003). Es fehlen Studien aus dem deutschsprachigen Raum, welche die motivationalen Aspekte von Inkontinenztherapien im Alter aus der Betroffenenpersicht genauer untersuchen.

Bei der Informationsvermittlung, Diagnosestellung und Therapie stellt *Kommunikation* der Betroffenen mit den Professionellen aus Medizin und Pflege das Kernelement dar (Darmann 2000, Schmid Mast et al. 2004). Als ein die Kommunikation prägender Faktor wird in internationalen Befunden das Geschlecht der Akteure genannt: So kommunizieren beispielsweise Patientinnen ihre Beschwerden eher auf der psychosozialen Ebene (Rhoades et al. 2001, Roter et al. 2002), Ärztinnen kommunizieren interaktions- und patientenzentriert und richten ihre Aufmerksamkeit auch auf psycho-soziale Faktoren (Meeuwesen et al. 1991, Hall et al. 1994a, Hall et al. 1994b, Street 2002). Patienten hingegen neigen ebenso wie (männliche) Ärzte zu direkтивem und instrumentellem Kommunikationsverhalten (Athenstaedt et al. 2004, Rhoades et al. 2001). Studien, die sich mit der Kommunikation der medizinischen und pflegerischen Professionellen mit Inkontinenten beschäftigen, stehen noch aus.

Eine bestehende Inkontinenz bei pflegebedürftigen Personen kann sich auch auf die *pflegenden Angehörigen* auswirken. So berichteten pflegende Lebenspartner in einer australischen Untersuchung von Cassells und Watt (2003), dass sich die Inkontinenz ihres Partners bei ihnen in Form von Schlafunterbrechungen, finanziellen Schwierigkeiten, sozialer Isolation, Verlegenheit und schwindender Intimität äußere. Gallagher und Pierce (2002) stellen fest, dass Angehörige durch die Versorgung einer inkontinenten Person zwar mehr Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten gewinnen, gleichzeitig aber auch durch Scham vor Dritten, finanzielle Mehrausgaben sowie Verlust der persönlichen Unabhängigkeit belastet sein können. In einigen Studien erwies sich Inkontinenz als ein Prädiktor für den Umzug in ein Pflegeheim (Thom et al. 1997, Thomas et al. 2004). Dies könnte als ein Hinweis dafür gewertet werden, dass sich pflegende Angehörige durch das Auftreten von Inkontinenz in der Pflegesituation überfordert fühlen. Andere Autoren fanden diesen Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Pflege-

heimenzug jedoch nicht (Holroyd-Leduc et al. 2004). Trotz der Präsenz von Inkontinenz im Pflegealltag wurde bislang unzureichend untersucht, inwiefern die Versorgung der Inkontinenz von pflegenden Angehörigen als problematisch erlebt wird und ob sich daraus Auswirkungen auf ihr Belastungsempfinden ergeben. Dies gilt insbesondere für den deutschen Sprach- und Kulturraum sowie für die Situation pflegender Töchter, Schwiegertöchter und Söhne.

Nicht nur in der häuslichen Versorgung, sondern auch in der stationären Langzeitpflege spielt Inkontinenz eine wichtige Rolle. Nach internationalen Befunden liegt die Prävalenz in Heimen zwischen 44 % und 74 % (Aggazzotti et al. 2000, Boyington et al. 2007, DuBeau et al. 2006). Für Deutschland wurde eine Prävalenz der Harninkontinenz in Pflegeheimen von 73,4 % ermittelt (Dassen 2006). Längsschnittuntersuchungen, die Harninkontinenz zum Aufnahmezeitpunkt und zu unterschiedlichen Zeitpunkten nach der Aufnahme messen, sind noch selten. Vorliegende Befunde weisen darauf hin, dass die Häufigkeit der Harninkontinenz mit der Dauer des Heimaufenthaltes ansteigt (Saxer et al. 2005, Palmer et al. 1991). Als *Risikofaktoren* für die Wahrscheinlichkeit einer Inkontinenzentwicklung nach dem Heimeintritt gelten kognitive Einschränkungen und Immobilität (Borrie et al. 1992, Palmer et al. 1991, Saxer 2004, Saxer et al. 2005). Uneinheitliche Befunde liegen hinsichtlich der Inkontinenzentwicklung differenziert nach Geschlecht vor (Saxer et al. 2005). Für Deutschland existieren bislang keine Längsschnittuntersuchungen, die die Harninkontinenz bei Pflegeheimbewohner betrachten. Es fehlen weitere Studien, die Risikofaktoren der neu entstandenen Harninkontinenz nach der Heimaufnahme fokussieren.

Die aufgezeigten Forschungslücken wurden von den Autorinnen in unterschiedlichen Studien analysiert. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der sechs Einzeluntersuchungen vorgestellt.

Ergebnisse der Forschungsarbeiten

1. Studie: Subjektives Belastungserleben (Anne Ahnis)

Das subjektive Belastungserleben der Betroffenen zu eruieren, war Ziel einer Untersuchung. Dazu wurde als Methode das halbstrukturierte Interview verwendet, welches auf Band aufgenommen, im Anschluss transkribiert und mittels zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) ausgewertet wurde. 112 harn- und/oder analinkontinente Frauen und Männer im Alter von 59 bis 93 Jahren konnten in die Befragung einbezogen werden. Die Daten wurden zu einem Messzeitpunkt im Zeitraum 07/2005 bis 11/2006 erhoben.

Ergebnisse: Die inkontinenten Frauen und Männer berichteten über eine Vielzahl unterschiedlicher Belastungen, die sie aufgrund ihrer Erkrankung erleben. Die genannten Belastungen wurden in 15 Kategorien zusammengefasst und fünf Ebenen zugeordnet: körperliche Ebene (3 Kategorien: „Unwohlsein/Erschöpfung“, „Entzündungen/Schmerzen“, „Geruch“), Verhaltensebene (4 Kategorien: „Verstärkte Hygiene“, „Veränderte Kleidung“, „Aufbewahrungs- und Transportprobleme“, „Toiletten-

suche“), psychische Ebene (4 Kategorien: „Angst/Unsicherheit“, „Kontrollverlust/Wut, Ärger“, „Scham“, „Ekel“), soziale Ebene (3 Kategorien: „Eingeschränkte soziale Aktivitäten“, „Eingeschränkte soziale Beziehungen“, „Probleme in Partnerschaft und Sexualität“) und ökonomische Ebene (1 Kategorie: „Finanzielle Belastung“). Belastungsfaktoren der psychischen Ebene dominieren deutlich in der Stichprobe (insgesamt 56 Nennungen). Soziale Faktoren (insgesamt 28 Nennungen) und Faktoren der Verhaltensebene (insgesamt 17 Nennungen) treten an zweite und dritte Stelle. Körperliche Belastungsfaktoren spielen interessanterweise für nur acht Personen die wichtigste Rolle, ökonomische Aspekte sind für eine Person besonders belastend. Nur zwei Personen konnten keine erkrankungsbedingten Belastungsfaktoren für sich benennen.

Schlussfolgerung: Die aufgezeigte Rangfolge der dominierenden Belastungen macht deutlich, dass den Belastungen der psychischen und sozialen Ebene in der Behandlung der Inkontinenz eine maßgebliche Bedeutung zukommen müsste. Ärzte und Ärztinnen, Pfleger und Pflegerinnen sollten idealerweise schon während ihrer Ausbildung mit ausreichendem Fachwissen (auch im psychologischen Bereich) ausgestattet und für den Umgang mit inkontinenten Personen sensibilisiert werden (vgl. Ahnis 2005).

2. Studie: Informationsbedarf (Antje Braumann)

Ziel dieser Studie war es, den Informationsbedarf harninkontinenter Frauen und Männer und die Gruppenunterschiede (Geschlecht, Alter und Harninkontinenzform) zu untersuchen. Dazu wurde eine Querschnittstudie durchgeführt. Eingeschlossen wurden 73 Frauen und 58 Männer im Alter von 60 bis 94 Jahren, die an einer Stress-, Drang- oder Mischinkontinenz litten und sich bereits in einem Kontinenzprogramm bzw. in einer Therapie der Harninkontinenz befanden. Zur Erfassung der Informationsbedürfnisse, die im Zusammenhang mit ungewolltem Urinverlust stehen (z.B. Umgang mit Harninkontinenz, Management des ungewollten Urinverlustes, Informationen zu professioneller Hilfe, Diagnostik und Therapie), wurde ein 30 Items umfassendes Instrument eingesetzt (Moore et al. 1993).

Ergebnisse: Der Informationsbedarf wurde von den Befragten insgesamt als sehr hoch eingeschätzt. Bei einer Spanne von 1 („nicht wichtig“) bis 5 („sehr wichtig“) lag die durchschnittliche Einschätzung bei 3,75. Als besonders wichtig wurden folgende Items eingeschätzt: Informationen zu Übungen zur Verringerung des Urinverlustes, zu den Ursachen einer Harninkontinenz, zum Erfolg einer entsprechenden Therapie und zu professionellen Ansprechpartnern. Antworten auf Fragen zum individuellen Umgang mit dem Urinverlust, Fragen zu Möglichkeiten der Geruchsreduzierung und Informationen zu Inkontinenzprodukten zählten ebenfalls zu den bedeutsamsten Informationen. Frauen und Männer unterschieden sich statistisch signifikant ($p < .05$) in nur sechs Items: Frauen zeigten einen höheren Bedarf als Männer in den Items, in denen nach Informationen zu „Harninkontinenz und Alter“, „Körperteile und Blasenkontrolle“, „Verstärkung der Harninkontinenz“, „Wirksamkeit der Therapie“ und „Prävention von Blasenentzündungen“ gefragt wurde; für Männer hingegen waren In-

suche“), psychische Ebene (4 Kategorien: „Angst/Unsicherheit“, „Kontrollverlust/Wut, Ärger“, „Scham“, „Ekel“), soziale Ebene (3 Kategorien: „Eingeschränkte soziale Aktivitäten“, „Eingeschränkte soziale Beziehungen“, „Probleme in Partnerschaft und Sexualität“) und ökonomische Ebene (1 Kategorie: „Finanzielle Belastung“). Belastungsfaktoren der psychischen Ebene dominieren deutlich in der Stichprobe (insgesamt 56 Nennungen). Soziale Faktoren (insgesamt 28 Nennungen) und Faktoren der Verhaltensebene (insgesamt 17 Nennungen) treten an zweite und dritte Stelle. Körperliche Belastungsfaktoren spielen interessanterweise für nur acht Personen die wichtigste Rolle, ökonomische Aspekte sind für eine Person besonders belastend. Nur zwei Personen konnten keine erkrankungsbedingten Belastungsfaktoren für sich benennen.

Schlussfolgerung: Die aufgezeigte Rangfolge der dominierenden Belastungen macht deutlich, dass den Belastungen der psychischen und sozialen Ebene in der Behandlung der Inkontinenz eine maßgebliche Bedeutung zukommen müsste. Ärzte und Ärztinnen, Pfleger und Pflegerinnen sollten idealerweise schon während ihrer Ausbildung mit ausreichendem Fachwissen (auch im psychologischen Bereich) ausgestattet und für den Umgang mit inkontinenten Personen sensibilisiert werden (vgl. Ahnis 2005).

2. Studie: Informationsbedarf (Antje Braumann)

Ziel dieser Studie war es, den Informationsbedarf harninkontinenter Frauen und Männer und die Gruppenunterschiede (Geschlecht, Alter und Harninkontinenzform) zu untersuchen. Dazu wurde eine Querschnittstudie durchgeführt. Eingeschlossen wurden 73 Frauen und 58 Männer im Alter von 60 bis 94 Jahren, die an einer Stress-, Drang- oder Mischinkontinenz litten und sich bereits in einem Kontinenzprogramm bzw. in einer Therapie der Harninkontinenz befanden. Zur Erfassung der Informationsbedürfnisse, die im Zusammenhang mit ungewolltem Urinverlust stehen (z.B. Umgang mit Harninkontinenz, Management des ungewollten Urinverlustes, Informationen zu professioneller Hilfe, Diagnostik und Therapie), wurde ein 30 Items umfassendes Instrument eingesetzt (Moore et al. 1993).

Ergebnisse: Der Informationsbedarf wurde von den Befragten insgesamt als sehr hoch eingeschätzt. Bei einer Spanne von 1 („nicht wichtig“) bis 5 („sehr wichtig“) lag die durchschnittliche Einschätzung bei 3,75. Als besonders wichtig wurden folgende Items eingeschätzt: Informationen zu Übungen zur Verringerung des Urinverlustes, zu den Ursachen einer Harninkontinenz, zum Erfolg einer entsprechenden Therapie und zu professionellen Ansprechpartnern. Antworten auf Fragen zum individuellen Umgang mit dem Urinverlust, Fragen zu Möglichkeiten der Geruchsreduzierung und Informationen zu Inkontinenzprodukten zählten ebenfalls zu den bedeutsamsten Informationen. Frauen und Männer unterschieden sich statistisch signifikant ($p < .05$) in nur sechs Items: Frauen zeigten einen höheren Bedarf als Männer in den Items, in denen nach Informationen zu „Harninkontinenz und Alter“, „Körperteile und Blasenkontrolle“, „Verstärkung der Harninkontinenz“, „Wirksamkeit der Therapie“ und „Prävention von Blasenentzündungen“ gefragt wurde; für Männer hingegen waren In-

formationen zu „Harninkontinenz und Sexualleben“ bedeutsamer als für Frauen.

Bei drei Items gab es statistisch signifikante Unterschiede ($p < .05$) hinsichtlich des Alters. Für die Personen unter 70 Jahren waren Informationen zu „Harninkontinenz und Sexualleben“ eher relevant als für die 70-Jährigen und Älteren. Letztere fanden Informationen wichtig, die sich mit der Kompensation des Urinverlustes (Erwerb und Anwendung der Inkontinenzhilfsmittel) und der Prävention von Blasenentzündungen beschäftigten. Die Unterschiede in den Harninkontinenzformen bezogen sich nur auf den Umgang mit der Inkontinenz. So bewerteten die Betroffenen mit einer Mischinkontinenz diese Informationen wichtiger als Frauen und Männer mit einer Dranginkontinenz.

Schlussfolgerung: Aufgrund des sehr hohen Informationsbedarfs in dieser Stichprobe aber der nur geringen statistisch signifikanten Unterschiede, besteht die Forderung, allumfassende Informationen zu Harninkontinenz als einen Bestandteil der Therapie und Versorgung der Harninkontinenz aufzunehmen. Hierbei sind die individuellen Präferenzen der Frauen und Männer mit Harninkontinenz zu beachten.

3. Studie: Motivation (Nicoletta Seizmair)

Ziel dieser Studie ist es, die Akzeptanz professioneller Strategien gegen Inkontinenz zu untersuchen. Anhand eines qualitativen Forschungsdesigns werden aus der Betroffenenperspektive die motivationalen Aspekte von Inkontinenztherapien im Rahmen einer best practice Strategie untersucht. Best practice wird in dieser Arbeit definiert als ein Beratungsangebot für die Betroffenen, das nach der Abklärung des Kontinenzstatus bei Bedarf ein individuelles Therapieangebot beinhaltet. Den theoretischen Bezugsrahmen dieser Studie bildet das Attitude-Social Influence-Self Efficacy model (De Vries et al. 1988, De Vries & Mudde 1998). Motivationsbeeinflussende Aspekte basierend auf diesem Modell sind: Einstellungen (z.B. bezüglich der Inkontinenzproblematik oder gegenüber dem Therapeuten), soziale Einflüsse (z.B. soziale Normen, soziale Kognitionen, soziale Unterstützung bzw. sozialer Druck) und die Selbstwirksamkeitserwartung des Betroffenen. Außerdem spielen soziodemografische, psycho-soziale und medizinische Aspekte eine Rolle (z.B. Wohnsituation, persönliche Ressourcen wie mentale Kapazitäten oder körperliche Fähigkeiten). Zunächst wurde eine Fokusgruppe mit Betroffenen und Professionellen (Pflegerkräfte, Kontinenzberaterin) durchgeführt, um das theoretische Grundlagenmodell in seiner Relevanz zu überprüfen und auf dieser Basis die Instrumente für die qualitativen Interviews weiterzuentwickeln. Für die 30 Interviews mit den Betroffenen wurden mittels des Theoretical Samplings (Glaser et al. 2005) Patienten geriatrischer Rehabilitationskliniken im gesamten Bundesgebiet für problemzentrierte Interviews ausgewählt, die inhaltsanalytisch nach Mayring (1996) ausgewertet werden. Eine praxisrelevante Darstellung der Ergebnisse erfolgt durch die Darstellung von Motivationstypen bzw. Motivationsaspekten, die es ermöglichen, die Interventionsmöglichkeiten zur Kontinenzförderung gezielter auf die Betroffenen und deren Bedürfnisse auszurichten.

Vorläufiges Ergebnis und Schlussfolgerung: Nach dem bisherigen Stand der Forschungsarbeit zeichnet sich die Relevanz eines offensiven Umgangs mit der Thematik Inkontinenz klar ab. Ein wichtiges Ziel für die pflegerische Versorgung von älteren Menschen mit Inkontinenz ist es demnach, den Betroffenen in Form einer niedrigschwelligen Initiativberatung die Möglichkeit zu bieten, über ihr Problem zu sprechen und bei Bedarf professionelle Hilfe zur Verfügung zu stellen.

4. Studie: Kommunikation der Betroffenen mit den Pflegenden (Katja Kummer)

Das Ziel dieser Untersuchung bestand darin mittels eines qualitativen Zugangs (Leitfadeninterviews) das Kommunikationsverhalten der inkontinenten Patienten mit den Pflegenden aus Sicht der Betroffenen zu beschreiben. Als Forschungsfeld diente eine Einrichtung für geriatrische Rehabilitation im Raum Berlin. Insgesamt wurden in die Fallstudie 22 Personen (16 Frauen, sechs Männer) eingeschlossen. Das Patientenkontinenz wies einen Altersdurchschnitt von 81 Jahren (Spanne = 68-94) auf.

Ergebnisse: Die Analyse der Interviews zeigte zwei Ausprägungen, wie Inkontinenz angesprochen wird: Einerseits sprachen die Betroffenen, meist waren es Frauen, die mangelnde Kontinenzfähigkeit selbst an und forderten direkt die benötigten Inkontinenzmaterialien ein. Andererseits erkundigten sich die Pflegenden im Rahmen der pflegerischen Aufnahme erstmals nach der Kontinenzfähigkeit des Patienten, in dem sie vorwiegend nach Problemen mit dem Wasserlassen fragten. Falls die Patienten eine Inkontinenz mitteilten, wurden sie vom Pflegepersonal in der Versorgung der Inkontinenz unterstützt. Die meisten Patienten gaben jedoch an, dass die Pflegenden die Inkontinenz nicht weiter thematisieren. Bezüglich dieser „Sprachlosigkeit“ zeichneten sich bei den Betroffenen folgende Einstellungen ab: (1) selbstständige Patienten hatten die konkrete Wunsch-Vorstellung und Hoffnung, dass Pflegenden im Laufe ihres Aufenthaltes nachfragen. Eine Patientin äußerte „[...] das ist schön, wenn sie darauf ein bisschen Rücksicht nehmen, ruhig mal nachfragen, ob man zurecht kommt oder so was.“; negativ empfand diese Patientin die selbstverständliche Annahme der Pflegenden, dass sie keiner Hilfe bedarf: „[...] sie sind von mir gewöhnt, nicht gebraucht zu werden. [...]. Ich denk', manchmal kümmern sie sich gar nicht drum, das ich das gemacht krieg.“ (2) Zwei Personen ließen Resignation und Rückzug erkennen, äußerten keine Erwartungen an die Kommunikation der Pflegenden, sondern konstatierten stattdessen „Was soll'n sie anders machen?“ – Ein Hinweis dafür, dass Pflegenden sie im Rahmen der aktivierenden Pflege nicht über mögliche Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz informierten. (3) Eine Patientin gab an, dass sie keinerlei Kommunikationsbedarf über die Inkontinenz hat. Bei der Frage, was den Patienten im Gespräch über Inkontinenz wichtig ist, äußerten sie am häufigsten Aspekte, die der Kategorie „positive Grundhaltung und gegenseitige Achtung“ zuzuordnen sind (z.B. einander Grüßen, respektvoller Umgang und Wertschätzung der Person, gute Ausdrucksformen). Ebenso nennen sie Aspekte der Kategorie „professionelles Auftreten“, darunter subsumieren sich z.B. eine verständliche Kommunikation („nicht vor sich hinknurren“).

ren“) sowie das Nicht-Anmerken-Lassen von Zeitdruck und Unmut. Wichtig ist es außerdem, den Personen ein Gefühl des Sich-Aufgehoben-Fühlens zu vermitteln.

Schlussfolgerung: Essenzieller Befund der Interviews mit den Betroffenen ist, dass seitens der Pflegenden paradoxe Kommunikation zu vermeiden ist. Resümierend sei konstatiert, dass es ganz basale Vorstellungen und Wünsche sind, die Patienten an die Kommunikation mit den Pflegenden knüpfen und sie keine differenzierten Erwartungen bezüglich der Inkontinenz haben. Dennoch geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass die grundlegenden Anforderungen an eine gute Kommunikation nicht erfüllt werden – sonst würden sie, so kann angenommen werden, nicht genannt.

5. Studie: Belastungen der pflegenden Angehörigen (Corinna Seither)

Ziel dieser Angehörigenstudie war es die Erfahrungen, die sowohl pflegende Ehepartner als auch pflegende Kinder mit der Inkontinenzversorgung gemacht haben, mit leitfadengestützten Interviews zu eruieren. Dazu wurden in Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige interessierte Teilnehmer und Teilnehmerinnen für Interviews rekrutiert. Insgesamt fanden sechs Interviews statt, davon waren fünf Einzelinterviews und ein Gruppeninterview mit fünf Teilnehmern. Das Interview beinhaltete Fragen zum ersten Auftreten der Inkontinenz beim Pflegebedürftigen, zu der Art der Versorgung, zur Reaktion des Pflegebedürftigen auf die Inkontinenz sowie zu Auswirkungen auf den Umgang zwischen pflegendem Angehörigen und der zu pflegenden Person. Das interviewte Sample setzte sich aus acht pflegenden Frauen und zwei pflegenden Männern zusammen, die zwischen 56 und 80 Jahre alt waren. Es handelte sich um vier Ehefrauen, vier Töchter, die jeweils ihre Mütter pflegten, einen Ehemann sowie einen Sohn, der seinen Vater pflegte. Auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1996) wurde eine zusammenfassende Inhaltsanalyse zur induktiven Kategorienbildung durchgeführt.

Ergebnisse: Es konnten insgesamt elf Kategorien aus dem Textmaterial extrahiert werden, die die von den Teilnehmern berichteten Anforderungen und Belastungsbereiche abdecken. Diese elf Kategorien wurden jeweils einer der drei Hauptkategorien „Subjektive Betroffenheit“, „Versorgung“ und „Interaktion“ zugeordnet. Zu der Gruppe „Subjektive Betroffenheit“ zählen die Kategorien, die zeitliche, körperliche, soziale und emotionale Veränderungen für den Angehörigen seit Auftritt der Inkontinenz des Pflegebedürftigen beschreiben. Darunter fällt beispielsweise ein sensibilisierter Geruchssinn („Wobei ich mittlerweile schon Urin irgendwo rieche, wo gar keiner ist.“) oder die Scham vor Außenstehenden, wenn es in der gemeinsamen Wohnung Hinweise auf die Inkontinenz in Form von feuchten Stellen auf dem Sofa, Geruch oder Flecken auf dem Stuhl gibt. Zu „Versorgung“ wurden die Kategorien zusammengefasst, die Schwierigkeiten in der Versorgung des inkontinenten Pflegebedürftigen wie etwa fehlende Aufklärung über die Diagnose von Seiten der Hausärzte, finanziellen Mehraufwand oder unzureichende Beratung über geeignetes Kontinenzmaterial betreffen. „Interaktion“ umfasst die Kategorien, die die Auswirkungen der Inkontinenz auf die Beziehung innerhalb der Dyade Pflegenden – Gepflegter zum Ausdruck bringen. Dazu

gehören Konflikte, die wegen der Inkontinenz auftreten können; beispielsweise wenn sich der Pflegebedürftige weigert, bei der Anwendung des Kontinenzmaterials Hilfe zuzulassen oder eine Anwendung gänzlich ablehnt („Also die ersten Vorlagen zu benutzen, das ist ja ein Kampf! Das war ein Theater. Er hat sich natürlich geweigert, sich die Dinger reinlegen zu lassen, und dann habe ich es gelassen.“)

Schlussfolgerung: Insgesamt wurde deutlich, dass die Inkontinenz einer pflegebedürftigen Person durchaus weitreichende Auswirkungen für den Angehörigen haben kann, der die Pflege erbringt. Neben Schwierigkeiten auf rein „technischer“ Ebene der Inkontinenzversorgung ist der Angehörige in sozialer, emotionaler und körperlicher Hinsicht mit betroffen.

6. Studie: Risikofaktoren im institutionellen Setting (Katja Boguth)

Im Fokus der Untersuchung lagen mögliche Risikofaktoren einer – nach dem Heimzugang – neu entstandenen Harninkontinenz. Für die Risikofaktorenanalyse konnten Daten eines Trägers gewonnen werden, welche dieser im Rahmen eines elektronischen Pflegedokumentationssystems im Zeitraum 01/2003 bis 04/2005 in 47 Pflegeheimen routinemäßig erfasste. Die für die Fragestellung dieser Arbeit relevanten Daten wurden anhand einer Variablenliste selektiert. Für die Analyse waren insbesondere die Stammdaten der Bewohner und die erweiterte Nortonskala nach Bienstein und Schröder (1993) wichtige Bezugsquellen. Von den 60-jährigen und älteren Bewohnern (M = 81,4 Jahre, Spanne = 60 - 103) wurden alle Eintragungen der ersten sechs Monate nach der Aufnahme entsprechend der vorgegebenen Variablen selektiert. Mit einer Fallzahl von 2.466 Bewohnern lag nun eine belastbare aber nicht repräsentative Datenbasis vor, die auch multivariate Auswertungen erlaubte. Mit dem Verfahren der logistischen Regressionsanalyse wurde ein Modell für „Neuerkrankungen der Harninkontinenz“ berechnet. Als unabhängige Variablen flossen Altersgruppe, Geschlecht, körperliche Situation der Bewohner mit der Beurteilung ihrer Geh- und Bewegungsfähigkeit, ihrer allgemeinen körperlichen Konstitution und ihrer Kooperationsbereitschaft, geistige Zustand der Bewohner, Kontinuität des Heimaufenthaltes, Größe des Heimes und Variablen zur Mitarbeitersituation wie Fachkraftquote, und Fachkraftschlüssel in die Berechnung ein. Neben einer Darstellung der körperlichen und geistigen Situation zum Aufnahmezeitpunkt wurden auch VerlaufsvARIABLEN mit den Ausprägungen „verbessert“, „unverändert“ und „verschlechtert“ transformiert.

Ergebnisse: Die Wahrscheinlichkeit im Laufe der ersten sechs Monate nach der Aufnahme in ein Pflegeheim eine Harninkontinenz zu entwickeln, erhöhte sich, wenn folgende Faktoren vorlagen: Verschlechterung des geistigen Zustandes nach der Heimaufnahme oder bereits zum Aufnahmezeitpunkt als „verwirrt“ eingeschätzt, Verschlechterung der Gehfähigkeit nach der Aufnahme oder bereits zum Aufnahmezeitpunkt mit Hilfe gehfähig oder zum Aufnahmezeitpunkt auf einen Rollstuhl angewiesen, Verschlechterung der Bewegungsfähigkeit nach der Aufnahme, Geschlecht weiblich. Bei Bewohnern deren körperlicher Zustand nach der Aufnahme stabil blieb und die in Heimen mit einer Pflegeplatzzahl zwischen 100-200 einzogen, re-

duzierte sich die Wahrscheinlichkeit der Inkontinenzentwicklung. Mit den zur Verfügung stehenden unabhängigen Variablen konnten 35,6 % der Varianz aufgeklärt werden (Nagelkerkes $R^2 = 0,356$). Damit ist dieses Modell zur Berechnung der Neuerkrankungen als gut zu bewerten.

Schlussfolgerung: Körperliche und geistige Fähigkeiten sind für den Kontinenzhalt von Pflegeheimbewohnern besonders bedeutsam. Somit bestätigten sich die in internationalen Studien bereits gewonnen Befunde auch für Deutschland. Ein wichtiges Ergebnis dieser Forschungsarbeit ist jedoch, dass die auftretende Verschlechterungen von geistigen und körperlichen Fähigkeiten der Bewohner nach dem Heimeinzug die Wahrscheinlichkeit der neu entstandenen Inkontinenz deutlich mehr erhöhten, als Einschränkungen in diesen Bereichen, die schon zum Aufnahmezeitpunkt vorlagen.

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

Die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen zahlreiche Handlungsspielräume für eine interprofessionelle Therapie der älteren von Inkontinenz betroffenen oder bedrohten Personen auf. So reicht es nicht, die körperlichen Belastungen der Betroffenen, wie Schmerzen und Infektionen zu mildern und zu bekämpfen. Gerade die psychischen Belastungen wie z.B. Angst und Unsicherheit, Kontrollverlust und Wut, sind für die Betroffenen besonders belastend, doch bislang fehlen hier die nötigen Hilfsangebote. Diesen spezifischen Belastungen könnte unter anderem durch zielgerichtete und bedarfsgerechte Information begegnet werden. Hierbei ist, wie die Studien gezeigt haben, besonders die Geschlechter- als auch Altersspezifik zu beachten. Vor allem zu den Ursachen der Inkontinenz, zum Toiletten-, Blasen- und Beckenbodentraining und zur Prävention von Blasenentzündung gilt es adäquat zu informieren. 70-jährige und ältere Menschen äußerten im Besonderen einen Informationsbedarf zur Kompensation des unfreiwilligen Urinverlustes. Dieser Themenbereich sollte insbesondere von Pflegenden aufgegriffen werden, da sie tätigkeitsbedingt für die Inkontinenzversorgung verantwortlich sind. Betroffene äußerten jedoch, dass die Inkontinenz zwar bei dem pflegerischen Aufnahmegespräch abgefragt wird, ihnen eine Versorgung mit Kontinenzmaterial zugesichert wird, im weiteren Verlauf des Aufenthaltes jedoch das Thema Inkontinenz nicht mehr zur Sprache kommt – und das vor dem Hintergrund des hohen Belastungserlebens und des erhöhten Informationsbedarfes. Eine Behandlung der Inkontinenz sollte – wie sich zeigte – auch immer die pflegenden Angehörigen einschließen. Denn auch diese sind von Belastungen betroffen, die sich aus der Interaktion mit den zu Pflegenden und aus Versorgungsmängeln ergeben sowie aus ihrer eigenen subjektiven Betroffenheit resultieren.

Ein weiterer Handlungsspielraum ergibt sich für professionell Pflegenden in Pflegeheimen. Es zeigte sich, dass alle Maßnahmen im Hinblick auf die Harninkontinenz präventiv sind, die eine Verschlechterung der Beweglichkeit und Gehfähigkeit der Bewohner verhindern und einem Verlust der kognitiven Fähigkeiten entgegenwirken. Folglich müssen präventive und rehabilitative Interventionen in Pflegeheimen mehr

Handlungsempfehlungen

Belastungsfaktoren

Verständnis und Beachtung psychischer und sozialer Belastungsfaktoren bei der Behandlung der Inkontinenz

Information

Entwicklung eines Kontinenzprogramms für die „60plus-Generation“, welche Informationsanteile enthält, die so zu gestalten sind, dass sich die Informationen am Informationsbedarf dieser Altersgruppe orientieren

Motivation

Betroffenen die Möglichkeit bieten, in Form einer niedrigschwelligen Initiativberatung über ihr Problem zu sprechen und eine auf die Bedürfnisse der Betroffenen zugeschnittene Therapie zur Verfügung zu stellen

Kommunikation

Empathische und kongruente Kommunikation mit großer Sensibilität für die Gesprächsbedürfnisse der Patienten und Patientinnen

Pflegende Angehörige

Vermittlung von pflegerischen Kenntnissen zur Inkontinenzversorgung sowie Ansprechen von psychosozialen Problembereichen der pflegenden Angehörigen durch Professionelle (z.B. Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste, Hausärzte)

Risikofaktoren

Erhalt und Förderung kognitiver und körperlicher Fähigkeit, Erhalt und Förderung der Mobilität als präventive/rehabilitative Maßnahmen nach der Heimaufnahme

Abbildung 2: Handlungsempfehlungen für die Praxis

beachtet werden, da sich durch eine Verbesserung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten auch die Harninkontinenz verbessern lässt.

Leitlinien und Standards wie z.B. die der DEGAM zu Harninkontinenz (Niederstadt & Doering 2004) oder des DNQP zur „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (DNQP 2007) weisen den richtigen Weg, sind jedoch berufsgruppenspezifisch entwickelt. Die in diesem Beitrag skizzierten Forschungsergebnisse des Graduiertenkollegs zeigen jedoch die Bedeutung einer multiprofessionellen Sichtweise auf, die die Entwicklung einer Guideline erfordert. Diese sollte neben der medizinischen und pflegerischen Betrachtungsweise auch eine psychologische, pädagogische und soziologi-

Danksagung

Für die wissenschaftliche Vorbegutachtung des Beitrages wird sehr herzlich Frau Prof. Dr. Martina Dören und Herrn Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer gedankt.

sche Perspektive abbilden. Welche Aspekte in eine solche Guideline aufgenommen werden sollten, zeigen die in der Abbildung 2 angeführten Handlungsempfehlungen.

Literatur

- Abrams, P./Cardozo, L./Fall, M./Griffiths, D./Rosier, P./Ulmsten, U./van Kerrebroeck, P./Victor, A./Wein, A. (2002): The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. In: *Neurology and Urodynamics*, 21 (2), 167-178
- Aggazzotti, G./Pesce, F./Grasse, G./Fantuzzi, G./Righi, E./De Vita, D. (2000): Prevalence of urinary incontinence among institutionalized Patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city in northern Italy. In: *Urology*, 56, 245-249
- Ahnis, A. (2005) Inkontinenz, Scham, Ekel - sprechen wir darüber?! In: Kuhlmeier, A./Rosemeier, H.P./Rauchfuß, M. (Hrsg.): *Tabus in Medizin und Pflege*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 115-133
- Ashworth, P. D./Hagan, M. T. (1993): The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers. In: *Journal of Advanced Nursing* 18, 1415-1423
- Athenstaedt, U./Haas, E./Schwab, S. (2004): Gender Role Self-Concept and Gender-Typed Communication Behavior in mixed-Sex and Same-Sex Dyads. In: *Sex Roles* 50, 37-52
- Beutel, M. (1988): *Verarbeitung chronischer Krankheit. Theorien, Forschung und Möglichkeiten praktischer Hilfen an ausgewählten Krankheitsbildern*. Weinheim: VCH
- Bienstein, C./Schröder, G. (1993): *Dekubitus Prophylaxe Therapie*. (3 ed.) Frankfurt: DBfK
- Borrie, M./Heather Ch. /Davidson, A. (1992): Incontinence in institutions: costs and contributing factors. In: *Canadian Medical Association Journal* 147, 322-328
- Boyington, J./Howard, D./Carter-Edwards, L./Gooden, K./Erdem, N/ Jallah, Y. (2007): Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern United States. In: *Nursing Research*, 56, 97-107
- Cassells, C./Watt, E. (2003): The impact of incontinence on older spousal caregivers. In: *Journal of Advanced Nursing* 42, 607-616
- Cheater, F./Castleden, C. (2000): Epidemiologie and classification of urinary incontinence. In: *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 14, 183-205
- Darmann, I. (2000): Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. In: *Pflege* 13, 219-225
- Dassen, T. (2006): *Prävalenz Pflegeabhängigkeit Sturzereignisse Inkontinenz Dekubitus Erhebung 2006*. In: *Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft*
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2007): *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück
- De Vries H./Dijkstra M./Kuhlman P. (1988): Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. In: *Health Education Research: Theory & Practice* 3 (3), 273-282
- De Vries H./Mudde A.N. (1998): Differential Beliefs, Perceived Social Influences, and Self-Efficacy Expectations among Smokers in Various Motivational Phases. In: *Preventive Medicine* 27 (5), 681-689
- DuBeau, C./Simon, S./Morris, J. (2006): The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. In: *Journal of American Geriatric Society*, 54, 1325-1333
- Dugan E./Roberts C. P./Cohen S. J./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. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 49 (4), 462-465
- Fonda, D./Benvenuti, F./Cottenden, A./DuBeau, C./Kirshner-Hermanns, R. M. K./Palmer, M. et al. (2002): Urinary incontinence and bladder dysfunction in older persons. In: *Abrahms, P./Cardozo, L./Khoury, S./Wein, A. (Hrsg.): Incontinence. 2nd International Consultation on Incontinence July 1-3. Plymouth: Health Publication*, 625-695
- Füsgen, I. (2005): Harninkontinenz im Alter - State of the Art. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, 1/4-1/9

sche Perspektive abbilden. Welche Aspekte in eine solche Guideline aufgenommen werden sollten, zeigen die in der Abbildung 2 angeführten Handlungsempfehlungen.

Literatur

- Abrams, P./Cardozo, L./Fall, M./Griffiths, D./Rosier, P./Ulmsten, U./van Kerrebroeck, P./Victor, A./Wein, A. (2002): The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. In: *Neurology and Urodynamics*, 21 (2), 167-178
- Aggazzotti, G./Pesce, F./Grasse, G./Fantuzzi, G./Righi, E./De Vita, D. (2000): Prevalence of urinary incontinence among institutionalized Patients: a cross-sectional epidemiologic study in a midsized city in northern Italy. In: *Urology*, 56, 245-249
- Ahnis, A. (2005) Inkontinenz, Scham, Ekel - sprechen wir darüber?! In: Kuhlmeier, A./Rosemeier, H.P./Rauchfuß, M. (Hrsg.): *Tabus in Medizin und Pflege*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 115-133
- Ashworth, P. D./Hagan, M. T. (1993): The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers. In: *Journal of Advanced Nursing* 18, 1415-1423
- Athenstaedt, U./Haas, E./Schwab, S. (2004): Gender Role Self-Concept and Gender-Typed Communication Behavior in mixed-Sex and Same-Sex Dyads. In: *Sex Roles* 50, 37-52
- Beutel, M. (1988): *Verarbeitung chronischer Krankheit. Theorien, Forschung und Möglichkeiten praktischer Hilfen an ausgewählten Krankheitsbildern*. Weinheim: VCH
- Bienstein, C./Schröder, G. (1993): *Dekubitus Prophylaxe Therapie*. (3 ed.) Frankfurt: DBfK
- Borrie, M./Heather Ch. /Davidson, A. (1992): Incontinence in institutions: costs and contributing factors. In: *Canadian Medical Association Journal* 147, 322-328
- Boyington, J./Howard, D./Carter-Edwards, L./Gooden, K./Erdem, N./Jallah, Y. (2007): Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern United States. In: *Nursing Research*, 56, 97-107
- Cassells, C./Watt, E. (2003): The impact of incontinence on older spousal caregivers. In: *Journal of Advanced Nursing* 42, 607-616
- Cheater, F./Castleden, C. (2000): Epidemiologie and classification of urinary incontinence. In: *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 14, 183-205
- Darmann, I. (2000): Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. In: *Pflege* 13, 219-225
- Dassen, T. (2006): *Prävalenz Pflegeabhängigkeit Sturzereignisse Inkontinenz Dekubitus Erhebung 2006*. In: *Charité – Universitätsmedizin Berlin Institut für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft*
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2007): *Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege*. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück
- De Vries H./Dijkstra M./Kuhlman P. (1988): Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. In: *Health Education Research: Theory & Practice* 3 (3), 273-282
- De Vries H./Mudde A.N. (1998): Differential Beliefs, Perceived Social Influences, and Self-Efficacy Expectations among Smokers in Various Motivational Phases. In: *Preventive Medicine* 27 (5), 681-689
- DuBeau, C./Simon, S./Morris, J. (2006): The effect of urinary incontinence on quality of life in older nursing home residents. In: *Journal of American Geriatric Society*, 54, 1325-1333
- Dugan E./Roberts C. P./Cohen S. J./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. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 49 (4), 462-465
- Fonda, D./Benvenuti, F./Cottenden, A./DuBeau, C./Kirshner-Hermanns, R. M. K./Palmer, M. et al. (2002): Urinary incontinence and bladder dysfunction in older persons. In: *Abrahms, P./Cardozo, L./Khoury, S./Wein, A. (Hrsg.): Incontinence. 2nd International Consultation on Incontinence July 1-3. Plymouth: Health Publication*, 625-695
- Füsgen, I. (2005): Harninkontinenz im Alter - State of the Art. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38, I/4-I/9

- Ltd, 987-1043
- Palmer, M./German, P./Ouslander, J. (1991): Risk factors for urinary incontinence one year after nursing home admission. In: Research in Nursing & Health, 405-412
- Resnick, N. (1984): Urinary incontinence in the elderly. In: Medical Grand Rounds 3(3), 281-290
- Rhoades, D. R./McFarland, K. F./Finch, W. H./Johnson, A. O. (2001): Speaking and interruptions during primary care office visits. In: Family Medicine 33, 328-332
- Roter, D. L./Hall, J. A./Aoki, Y. (2002): Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-analytic Review. In: Journal of the American Medical Association 288, 756-764
- Saxer, S./Halfens, R./Müller, M./Dassen, T. (2005): Risk factors for urinary incontinence in nursing home residents. In: Swiss Medical Weekly, 135, 459-502
- Schmid Mast, M./Kindlimann, A./Hornung, R. (2004): Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen, aber feinen Unterschied. In: Praxis 93, 1183-1188
- 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: Neurology and Urodynamics 23, 211-222
- Street, R. L. jr. (2002): Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accommodation? Patient Education and Counseling 48, 201-206
- Subak, L.L./Quesenberry, J./Charles, P./Posner, S.F./Cattolica, E./Soghikian, K. (2002): The effect of behavioral therapy on urinary incontinence: a randomized controlled trial. In: Obstetrics & Gynecology 100 (1), 72-78
- Teunissen D./van Weel, C. /Lagro-Janssen, T. (2005): Urinary incontinence in older people living in the community. In: British Journal of General Practice 55, 776-782
- Thom, D. H./Haan, M. N./van den Eeden, S. K. (1997). Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality. Age Ageing, 26, 367-374
- Thomas, P./Ingrand, P./Lalloue, F./Hazif-Thomas, C./Billon, R./Viéban, F./Clément, J.-P. (2004): Reasons of informal caregivers for institutionalising dementia patients previously living at home: the Pixel study. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 19, 127-135
- Yu, H./Wong, W./Chen, J./Chic, W. (2003): Quality of life and treatment seeking in Chinese women with urinary incontinence. In: Quality of Life Research 12, 327-333

Dipl.-Psych. Anne Ahnis

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charitéplatz 1, 10117 Berlin, anne.ahnis@charite.de

Katja Kummer M.A.

Dipl.-Sozialpäd. Nicoletta Seizmeier

Dipl.-Psych. Corinna Seither

Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Luisenstr. 13, 10117 Berlin, katja.kummer@charite.de,
nicoletta.seizmeier@charite.de, corinna.seither@charite.de

Dipl.-Pflegerwirtin Katja Boguth

ServiceNetzwerk Altenpflegeausbildung, INBAS GmbH, IGF e.V., INBAS Sozialforschung
GmbH, Straße des 17. Juni 114, 10623 Berlin

Dipl. Pflegepädagogin Antje Braumann

FB Humanwissenschaften, Dermatologie, Umweltmedizin und Gesundheitstheorie
Sedanstr. 115, 49090 Osnabrück