

Untersuchung der Wirksamkeit des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“

Reinhold Wolke, Astrid Elsbernd

Zusammenfassung

In Pflegewissenschaft und Pflegepraxis werden die Nationalen Expertenstandards intensiv diskutiert und in den Pflegeeinrichtungen nahezu flächendeckend umgesetzt. Die Implementierung der Standards in unterschiedlichen Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege wurde wissenschaftlich begleitet und ausgewertet (DNQP 2004). Weitgehend offen ist allerdings eine hinreichende Evaluation bezüglich der Effektivität und Effizienz des Instrumentes „Expertenstandard“ (Wolke, Hennings, Scheu 2007).

Im Folgenden soll eine Evaluation des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ vorgestellt werden. Ziel ist es, die Wirksamkeit des Standards in seiner Umsetzung in einer stationären Pflegeeinrichtung mit 250 Pflegeplätzen zu prüfen. Das Thema „Förderung der Harnkontinenz“ ist in stationären Pflegeeinrichtungen von wesentlicher Bedeutung. Welz-Barth und Füsgen (2000) gehen davon aus, dass 50 bis 70 Prozent der Menschen im Pflegeheim unter Harninkontinenz leiden.

Es konnte im Rahmen der vorliegenden Studie anhand von zuvor definierten Outcomekriterien festgestellt werden, dass die Einführung des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ im Referenzheim zu wahrnehmbaren Verbesserungen geführt hat. Dabei ist allerdings festzustellen, dass nicht alle Ergebnisse signifikant sind, wohl aber eine einheitliche Tendenz aufzeigen.

Summary

Analysing the effectiveness of the National Expert Standard "Urinary incontinence management in nursing"

In care science and care practice National Expert Standards find high resonance and acknowledgment. The implementation of the Standards was accompanied scientific and evaluated (DNQP 2004). To a large extent openly however is a sufficient evaluation on effectiveness and efficiency.

In the following an evaluation of the National Expert Standard "Urinary incontinence management in nursing" will be presented. A goal is it to examine the effectiveness of the Standard in its conversion in a stationary nursing facility. The topic "promotion of Urinary incontinence" is in stationary nursing facilities of substantial importance. Welz Barth & Füsgen (2000) assume 50 to 70 per cent of the habitants in stationary nursing facilities suffer under urinary incontinence.

It could be stated in the study on the basis of defined Outcome-criteria that the introduction of the National Expert Standard "Urinary incontinence management in nursing" led in the reference stationary nursing facility to perceptible improvements. Not all of the results are significant, probably however a uniform tendency point out.

1. Einleitung

In der bundesdeutschen Fachdiskussion zur externen und internen Qualitätsentwicklung in der Pflege sind „Nationale Expertenstandards in der Pflege“ ein wesentlicher Bestandteil. Dies spiegelt sich einerseits in der Vielzahl einschlägiger Publikationen, andererseits aber auch in der Tatsache wider, dass einschlägige Regelungen in das Sozialgesetzbuch XI und in die Prüfvorschriften des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen aufgenommen wurden.

Mit Nationalen Expertenstandards in der Pflege sind für ausgewählte Leistungsbereiche, die für die Pflegebedürftigen eine hohe Bedeutung haben, Leistungs-niveaus auf semiabstrakter Ebene beschrieben (Schiemann & Moers, 2005). Die bisher vorliegenden sieben nationalen Expertenstandards wurden unter Federführung des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) mit Unterstützung von nationalen Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler erarbeitet (Moers & Schiemann, 2004) (www.dnqp.de).

Im April 2007 erfolgte die Veröffentlichung des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“. Dieser Expertenstandard befasst sich mit erwachsenen Patienten oder Bewohnern, die harninkontinent sind oder gefährdet sind, eine Inkontinenz zu entwickeln (DNQP 2007). Das Thema Förderung der Harnkontinenz ist in stationären Pflegeeinrichtungen von wesentlicher Bedeutung. Welz-Barth und Füsgen (2000) gehen davon aus, dass zirka 30 Prozent der Patienten im Krankenhaus und bis zu 50-70 Prozent der Menschen im Pflegeheim unter Harninkontinenz leiden und folglich über eingeschränkte Fähigkeiten verfügen, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren (DNQP 2007). Bei der deutschlandweiten Prävalenzerhebung des Instituts Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité-Universitätsmedizin Berlin zu den Problemen Dekubitus, Sturz, Pflegeabhängigkeit und Inkontinenz ergab eine Analyse der Daten der Jahre 2003-2005 eine Prävalenz der Harninkontinenz von 73,6 Prozent in stationären Altenhilfeeinrichtungen und 27,2 Prozent in Kliniken (Arndt, Dohrendorf, Tannen, Braumann & Dassen 2006). Welz-Barth und Füsgen (2000) berichten zudem von einer Zunahme der Inzidenz der Inkontinenz mit zunehmender Pflegebedürftigkeit, Immobilität und Hirnleistungsstörungen. Die Auswirkungen von Harninkontinenz sind vielfältig und für die Betroffenen schwerwiegend: Neben den medizinischen Folgen (z. B. Wundheilungsstörungen) kann eine Harninkontinenz psycho-soziale

Probleme und finanzielle Auswirkungen verursachen. Gesamtgesellschaftlich entstehen ebenfalls erhebliche Kosten (Füsgen 1998).

Ziel des Nationalen Expertenstandards ist es, bei jedem Patienten/Bewohner die Harnkontinenz zu erhalten oder zu fördern. Eine identifizierte Harninkontinenz soll beseitigt, weitestgehend reduziert beziehungsweise kompensiert werden (vgl. DNQP 2007). Im Mittelpunkt des Nationalen Expertenstandards stehen die Erkennung und Analyse von Harninkontinenzproblemen, die Einschätzung von Kontinenzprofilen und mögliche Maßnahmen zur Kontinenzförderung. (vgl. DNQP 2007).

Die Implementierung der Nationalen Expertenstandards in unterschiedlichen Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege, so auch des Nationale Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ wurden wissenschaftlich begleitet und ausgewertet (DNQP 2004). Weitgehend fehlend sind allerdings hinreichende Evaluationen in Bezug auf Wirksamkeit und ökonomischen Konsequenzen in der praktischen Umsetzung in Pflegeeinrichtungen (Wolke, Hennings & Scheu 2007). Im Folgenden soll eine Evaluation des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ vorgestellt werden, deren Ziel es ist, die Wirksamkeit des Standards in seiner praktischen Umsetzung in einer Stationären Pflegeeinrichtung zu überprüfen. Folglich handelt es sich in erster Linie nicht um eine klinische Forschungsfrage, bei denen mit doppelt verblindeten randomisierten Kontrollgruppenstudien unter Idealbedingungen Wirkungen im Sinne von efficacy überprüft wird. Vielmehr geht es hier um angewandte Versorgungsforschung, die an Effekten unter Alltagsbedingungen (effectiveness) interessiert ist. Zu den Zielen der Versorgungsforschung gehört es, durch wissenschaftlich begründetes Vorgehen neue Versorgungskonzepte zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren. Typisch für Fragestellungen der Versorgungsforschung ist die Unterscheidung der Ebenen des Inputs (z. B. Versorgungsbedarf, Compliance/Adherence, Qualifikation der Mitarbeiter), des Throughputs (z. B. Prozesse, Organisationsstrukturen, Schnittstellen, Leitlinien, Behandlungspfade), des Outputs (z. B. Versorgungsleistungen) und des Outcomes (z. B. gesundheitliche Verbesserung, Zufriedenheit) sowie der Beziehungen zwischen diesen Variablen (Arbeitskreis Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat der Ärztekammer, 2004). Bei der hier evaluierten Maßnahme handelt es sich um Innovationen auf der Mikroebene des Gesundheitssystems.

2. Evaluation des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ – Ziel, Methode und Material

Das Ziel der nachfolgenden Evaluation ist es, die Wirksamkeit des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in seiner praktischen Umsetzung in einer Stationären Pflegeeinrichtung zu überprüfen (effectiveness). Die Überprüfung soll analog der Vorgaben des Gesetzgebers erfolgen. Als Kriterien, respektive Kategorien, zur Bewertung des Nutzens schlägt der Gesetzgeber bezogen auf die Evaluation von Arzneimitteln folgende Nutzenmaße vor (§ 35b SGB V):

1. Verbesserung des Gesundheitszustandes
2. Verkürzung der Krankheitsdauer
3. Verlängerung der Lebensdauer
4. Verringerung der Nebenwirkungen
5. Verbesserung der Lebensqualität

Damit fokussiert die Untersuchung auf Outcomes, die, wie oben angedeutet, ein wesentlicher Betrachtungsgegenstand der Versorgungsforschung sind (Arbeitskreis Versorgungsforschung beim Wissenschaftlichen Beirat der Ärztekammer, 2004). Für das konkrete Evaluationsvorhaben bedarf es allerdings einer Konkretisierung und Operationalisierung dieser Kriterien, wobei die Reichweite der Intervention zu berücksichtigen war. Von den benannten Kriterien des Gesetzgebers werden hier die Aspekte Verbesserung des Gesundheitszustandes und Verringerung der Nebenwirkungen sowie die Verbesserung der Lebensqualität berücksichtigt und wie folgt operationalisiert:

- Für das Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Verringerung der Nebenwirkungen:
 - Entwicklung der Prävalenz der Inkontinenz,
 - Entwicklung der Ausprägung der Inkontinenz (Kontinenzprofile),
 - Entwicklung der Belastung durch Inkontinenz (ICIQ-Index).
- Für das Ziel der Verbesserung der Lebensqualität:
 - Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D).

Zur Umsetzung der Wirkungsüberprüfung wurde im Zeitraum 2007 bis 2008 eine prospektive Fall-Kontroll-Studie mit zwei Erhebungszeitpunkten durchgeführt, welches sich wie folgt darstellt:

- Für die Heimbewohnerinnen und -bewohner wurde im Rahmen einer Baselineerhebung ein Kontinenzprofil erhoben und Miktionsprotokolle erstellt (t_0 , Frühjahr 2007).
- Aufteilung der Heimbewohnerinnen und -bewohner in zwei Gruppen (abteilungsbezogen). Hierbei wurde geprüft, dass sich die Bewohnergruppen nach Zusammensetzung (Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Wohndauer, Body-Mass-Index, Kontinenzprofil) nicht signifikant unterscheiden (Wolke 2009).
- In der Hälfte der Abteilungen erfolgte die Einführung des Nationalen Expertenstandards. Die Einführung erfolgte in enger Anlehnung an den Empfehlungen des DNQP (2004). Hierzu wurden unter anderem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nach dem Schulungskonzept geschult.
- Abermals wurde für alle Heimbewohnerinnen und -bewohner ein Kontinenzprofil erhoben und Miktionsprotokolle erstellt (t_1 , Frühjahr 2008).
- Es erfolgte die Überprüfung der Wirksamkeit der Intervention durch Vergleich der Outcomes in Interventions- und Kontrollgruppe.

Die Erhebung der Daten fand als Vollerhebung in einer frei-gemeinnützigen stationären Pflegeeinrichtung mit 250 Pflegeplätzen statt (Wolke 2009).

Ethische Implikationen der Untersuchung wurden mit den Verantwortlichen der Einrichtung, die über keine Ethikkommission verfügt, diskutiert und in der Untersuchung berücksichtigt: Die Rechte und das Wohl der betroffenen Personen wurden im Rahmen der Studie umfassend beachtet. Die Teilnahme an der Studie war in jeder Phase freiwillig. Vertraulichkeit der Informationen, Schutz der Gesundheit und der Sicherheit aller betroffenen Personen war garantiert. Auch die Auswertung von einrichtungsinternen Daten erfolgte ausschließlich anonymisiert. Die Daten wurden mit zwei nachfolgend beschriebenen Verfahren – eine Erhebung des Kontinenzprofils und eine Erhebung von Miktionsprotokollen – zu jeweils zwei Zeitpunkte (vor und nach der Intervention/Baseline und Follow up) erhoben.

Erhebung Kontinenzprofil

Die Erhebung des Kontinenzprofils erfolgte für alle Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung. Es handelte sich um ein weitgehend standardisiertes Interview, das von einem geschulten Interviewer durchgeführt wurde. Interviewpartner waren einerseits Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege (Teile 1 - 3), die täglichen Umgang mit den Pflegebedürftigen haben und folglich über gute Kenntnisse der Bewohnerin/des Bewohners verfügen. Andererseits wurden alle Bewohnerin-

nen und Bewohner, die nach Einschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege kognitiv dazu in der Lage und bereit waren, zur Einschätzung Ihrer subjektiven Gesundheit und Ihrer subjektiven Belastung durch Inkontinenz befragt (Teil 4). Eröffnet wurde das Interview mit Einstiegsfragen (Teil 1), die insbesondere zur Analyse bekannter Risikofaktoren für Inkontinenz (Alter, Geschlecht, BMI, Pflegestufe) notwendige Informationen aufnehmen. Die Daten wurden der Pflegedokumentation entnommen. Im Anschluss wurden Fragen zum Kontinenzstatus der Pflegebedürftigen/des Pflegebedürftigen gestellt (Teil 2). Diese stark vorstrukturierten Fragen- Antworten Ja/Nein/Unbekannt) - dienen einer ersten Problemidentifikation; sie entstammen dem Nationaler Expertenstandard (DQNP 2006) und basieren auf der Expertise von Experten. Weiter wurden hier unter anderem ärztliche Diagnosen und vorhandene Katheter aufgenommen (Daten aus Bewohnerakten). Im dritten Teil der Erhebung erfolgt die Einstufung in ein tageszeitlich differenziertes Kontinenzprofil. Die Merkmale sowie Beispiele zum Profil wurden dem Nationalen Expertenstandard entnommen (DQNP 2006). Den vierten Teil der Erhebung stellt die Selbstbeurteilung der Bewohnerin/des Bewohners zur eigenen Gesundheit mittels EQ-5D dar (Greiner 1999). Hierbei handelt es sich um ein validiertes, nichtkrankheitsspezifisches Instrument für die Beschreiben und Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Abschluss bildet die Bewertung der Bedeutsamkeit von Inkontinenz. Der eingesetzte ICIQ-UI- Index ist ein robustes Maß, dass die Auswirkung von Symptomen von Inkontinenz auf einer Skala von 0-21 festsetzt. Die „Third International Consultation on Incontinence“ empfahl, dass alle randomisierten Studien, die die Evaluation von Maßnahmen im Bereich Inkontinenz zum Inhalt haben, insbesondere den ICIQ-Index einsetzen sollen, um Outcomes bei den Patientinnen und Patienten zu beurteilen und Einrichtungsvergleiche durchzuführen (Avery, Donovan, Peters, Shaw, Gotoh & Abram 2004). Die Erhebung fand vor und nach Einführung des Nationalen Expertenstandard in drei Pilotbereichen für sämtliche alle Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung statt.

Miktionsprotokolle

Als weiteres Instrument zur Bestimmung der Folgen der Einführung des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ wurde zudem für alle Bewohnerinnen und Bewohner, die von einer Harninkontinenz betroffen oder diesbezüglich gefährdet waren, über einen Zeitraum von drei Tagen ein stark vorstrukturiertes Miktionsprotokoll seitens der betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege geführt. Analog zum Vorschlag im Expertenstandard wurden insbesondere Miktionsereignisse und der Verbrauch von Inkontinenzmaterial festgehalten (DNQP 2007). Zur Verwendung der Protokolle erfolgte eine Schulung. Für das Ausfüllen des Protokolls wurde eine verantwortliche Person von der Pflegedienstleitung bestimmt. Diese stellte sicher, dass die Protokolle zuverlässig geführt und nach Schichtende an die Pflegedienstleitung abgegeben wurden. Die Erhebung fand vor und nach Einführung des Nationalen Expertenstandard in drei Pilotbereichen für sämtliche alle Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung statt, die von einer Harninkontinenz betroffen oder diesbezüglich gefährdet sind.

Durchgeführte statistische Analysen zeigten, dass es zu Beginn der Studie (Baseline) keine statistisch relevanten Unterschiede in Bezug auf kontinenzrelevante Merkmale zwischen dem Interventionsbereich und dem Kontrollbereich gab.

3. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Eine zentrale Frage ist, ob der Nationale Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege in seiner konkreten Umsetzung im Referenzheim wirksam ist. Mit Bezug auf das Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer Verringerung der Nebenwirkungen wird zunächst auf die die globale Ausprägung der Inkontinenz in der Referenzeinrichtung eingegangen. Hier ist zunächst bemerkenswert, dass bei der Ersterhebung vor der Einführung des Expertenstandards (Baseline) die Beurteilung der Frage Inkontinenz „Verliert die Bewohnerin/der Bewohner ungewollt Urin?“ im späteren Interventionsbereich und in dem späteren Kontrollbereich fast gleich war. Während im späteren Interventionsbereich von 76,4 Prozent inkontinenten Bewohnerinnen und Bewohnern und 23,6 Prozent kontinenten Bewohnerinnen und Bewohnern berichtet wird, kommt der spätere Kontrollbereich auf 75,0 Prozent inkontinente Bewohnerinnen und Bewohnern und 25,0 Prozent kontinente Bewohnerinnen und Bewohnern. Die hier beobachtete Prävalenz korrespondiert mit den Erkenntnissen aus anderen Unter-

suchungen (Welz-Barth & Füsgen 2000, Arndt, Dohrendorf, Tannen, Braumann & Dassen 2006).

Nach der Einführung des Expertenstandards (Follow up) kommt der Interventionsbereich auf 63,4 Prozent inkontinente Bewohnerinnen und Bewohnern und 31,7 Prozent kontinente Bewohnerinnen und Bewohnern (5 Prozent „unbekannt“). Der Kontrollbereich berichtet von vergleichsweise weniger inkontinenten Bewohnerinnen und Bewohnern (58 Prozent), aber auch von weniger kontinenten Bewohnerinnen und Bewohnern (27,5 Prozent) und fällt durch eine hohe Angabe bei „unbekannt“ auf. Bei 14,5 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohnern im Kontrollbereich ist demnach unbekannt, ob diese inkontinent sind.

Tabelle 1: Urinverlust im Vergleich vor/nach Standardeinführung

„Verliert die Bewohnerin/der Bewohner ungewollt Urin?“

Urinverlust	Baseline		Follow up	
	Interventions-Wohnbereich Anteil	Kontroll-Wohnbereich Anteil	Interventions-Wohnbereich Anteil	Kontroll-Wohnbereich Anteil
Ja	76,4 %	75,0 %	63,4 %	58,0 %
Nein	23,6 %	25,0 %	31,7 %	27,5 %
unbekannt			5,0 %	14,5 %
Gesamt	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Quelle: Wolke 2009, Baseline Stand Juni 2007, N = 165 / Follow up Juni 2008, N = 232

Eine statistische Analyse zeigt für die Baseline-Erhebung keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Bereich und Kontinenz (Chi-Quadrat nach Pearson 0,44, sig. 0,834). Für die zweite Erhebung nach Einführung des Expertenstandards (Follow up) kann ein knapp nicht signifikanter Zusammenhang zwischen Interventions-/Kontrollbereich und In-/Kontinenz festgestellt werden (Chi-Quadrat nach Pearson 5,646, sig. 0,059). Deutlich wird allerdings, dass die Achtsamkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das Thema Inkontinenz im Interventionsbereich offensichtlich höher ist als im Kontrollbereich.

Im zweiten Schritt erfolgt ein Vergleich der Kontinenzprofile zwischen Interventions- und Kontrollbereich. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Besetzung der Kontinenzprofile vor und nach der Einführung des Expertenstandards auf.

**Tabelle 2: Kontinenzprofil Tag im Vergleich vor/nach
Standardeinführung**

Kontinenzprofil Tag	Baseline Interventions- Wohnbereich Anteil	Kontroll- Wohnbereich Anteil	Follow up Interventions- Wohnbereich Anteil	Kontroll- Wohnbereich Anteil
Kontinent	17,0 %	15,6 %	16,3 %	20,6 %
unabhängig erreichte Kontinenz	2,8 %	0,8 %	5,8 %	9,2 %
abhängig erreichte Kontinenz	3,8 %	4,7 %	9,6 %	12,2 %
unabhängig kompen- sierte Inkontinenz	12,3 %	10,2 %	11,5 %	4,6 %
abhängig kompensierte Inkontinenz	60,4 %	68,0 %	55,8 %	53,4 %
nicht kompensierte In- kontinenz	3,8 %	0,8 %	1,0 %	0,0 %
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Quelle: Wolke 2009, Baseline Stand Juni 2007, N = 165 / Follow up Juni 2008, = 232

Die statistische Analyse zeigt für die Baseline-Erhebung keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Bereich (Interventions-/Kontrollbereich) und dem Kontinenzprofil (Kendall-Tau-b = 0,022, sig. 0,834). Auch für die zweite Erhebung (Follow up) nach Einführung des Expertenstandards kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bereich (Interventions-/Kontrollbereich) und dem Kontinenzprofil nicht festgestellt werden (Kendall-Tau-b = -0,062, sig. 0,308).

Tabelle 3: Kontinenzprofil Tag: Vergleich vor/nach Standardeinführung

Kendall-Tau-b			Kontinenzprofil Tag
2007 Baseline	Interventionsbereich	Korrelationskoeffizient	,022
		Sig. (2-seitig)	,721
		N	165
			Kontinenzprofil Tag
2008	Interventionswohnbereich	Korrelationskoeffizient	-,062
		Sig. (2-seitig)	,308
		N	235

Quelle: Wolke 2009, Baseline Stand Juni 2007, N = 165 / Follow up Juni 2008, N = 232

Der Blick auf die Entwicklung zeigt allerdings, dass in den Wohnbereichen, in denen der Expertenstandard eingeführt wurde, wiederum eine deutliche Tendenz zu einer besseren Bewertung der Bewohnerinnen und Bewohner bezüglich deren Kontinenzprofil fest zu stellen ist.

Drittens soll auf die Wirkung der Maßnahme auf das Ziel der Verbesserung des Gesundheitszustandes durch Vergleich der Belastung durch Inkontinenz, gemessen mit der und ICIQ-INDEX, zwischen Interventions- und Kontrollbereich eingegangen werden. Der ICIQ-Index misst die Stärke der Belastung durch Inkontinenz auf einer Skala von 0 (keine Belastung) bis 21 (starke Belastung). In der Population wurde im Rahmen der Ersterhebung (Baseline) eine durchschnittliche Belastung von 7,68 festgestellt (Stand 2007).

Tabelle 4: ICIQ-Index: Vergleich vor/nach Standardeinführung

		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Baseline	Interventionswohnbereich	35	8,4000	6,20341	1,04857
	Kontrollwohnbereich	24	6,6250	6,61890	1,35108
		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Follow up	Interventionswohnbereich	39	4,5385	6,01685	,96347
	Kontrollwohnbereich	38	7,5789	6,72081	1,09026

Quelle: Wolke 2009

Bemerkenswert ist hier zunächst, dass bei der Ersterhebung vor der Einführung des Expertenstandards (Baseline) für den späteren Kontrollbereich im Durch-

schnitt ein deutlich niedrigerer Index-Wert von rund 6,6 Indexpunkten, gegenüber 8,4 Indexpunkten für den späteren Interventionsbereich, festgestellt wurde. Wie die statistische Prüfung zeigt, ist dieser Unterschied allerdings nicht signifikant ($p=0,30$).

Nach der Einführung des Expertenstandards (Follow up) kommt der Interventionsbereich auf einen Index-Wert von rund 4,5. Gegenüber der Ersterhebung vor Einführung des Expertenstandards kann folglich von einer deutlich geringeren Belastung durch Inkontinenz seitens der Bewohnerinnen und Bewohner im Interventionswohnbereich ausgegangen werden. Dagegen kommt der Kontrollbereich, hier wurde der Expertenstandard nicht eingeführt, auf einen Index-Wert von 7,6. Die Belastung durch Inkontinenz wird seitens der Bewohnerinnen und Bewohner im Kontrollbereich somit gegenüber der Ersterhebung durchschnittlich als schwerwiegender empfunden. Der durchgeführte Test zeigt, dass dieser Unterschied signifikant ist ($p=0,040$).

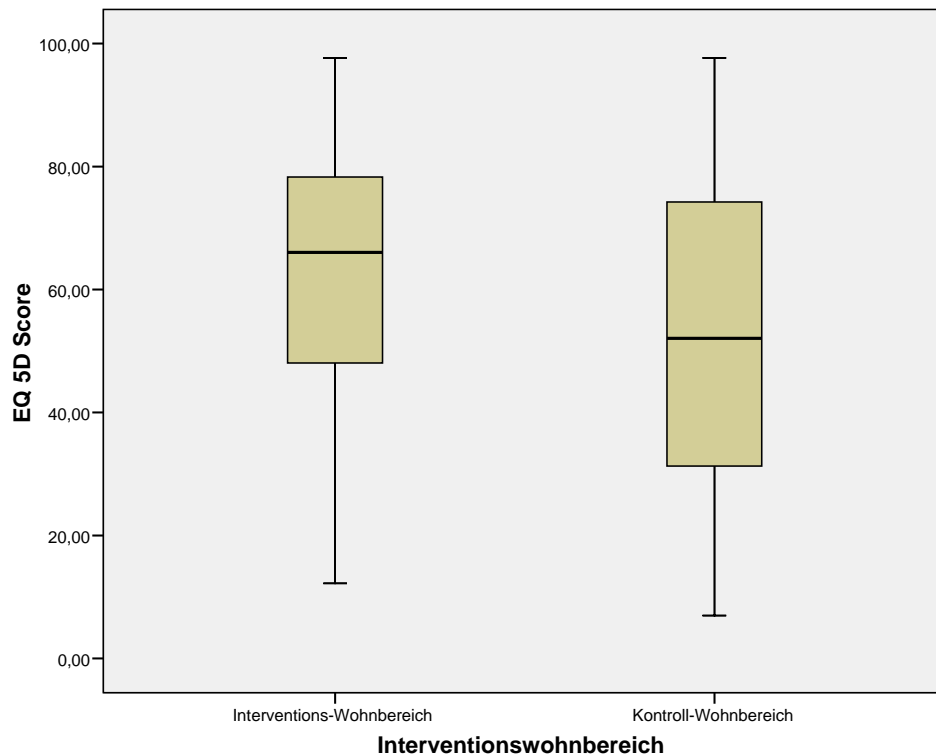
Weiter soll im Rahmen der Evaluation das Ziel der Verbesserung der Lebensqualität geprüft werden. Dies erfolgt durch den Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mittels EQ-5D. Bei dem EQ-5D handelt es sich um ein standardisiertes nichtkrankheitsspezifisches Instrument für die Beschreiben und Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Evaluation des Ziel der Verbesserung der Lebensqualität erfolgt, wie oben aufgeführt, durch den Vergleich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen Interventions- und Kontrollbereich gemessen mit dem Scorewert des EQ-5D.

Für die Baseline-Erhebung zur Kontinenz lag der Mittelwert der Selbsteinschätzung der subjektiven Lebensqualität bei 48,33 Scorepunkten, bei der zweiten Erhebung konnte ein Wert von 58,87 Scorepunkten ermittelt werden. Der Unterschied zwischen der Baseline-Erhebung und dem Follow up wurde einem Mittelwertvergleich unterzogen. Dieser offenbart, dass der Unterschied signifikant ist ($p = 0,01$). Es stellt sich die Frage, ob die durchschnittlich bessere Beurteilung der Lebensqualität gemessen mit dem EQ-5D Score mit der Einführung des Nationalen Expertenstandards erklären lässt? Hierzu werden die Score-Mittelwerte von Interventions- und Kontrollbereich gegenüber gestellt.

Für den EQ-5D Score kann konstatiert werden, dass der Rahmen der Baseline gemessene Mittelwert der Selbsteinschätzung der subjektiven Lebensqualität im späteren Interventionsbereich mit 47,45 Scorepunkten und in dem späteren Kontrollbereich mit 49,91 Scorepunkte fast gleich war (Differenz 2,46 Scorepunkte).

Dieser Unterschied war nicht signifikant. Nach der Einführung des Expertenstandards im Interventionsbereich wird ein Scorewert von 63,28 gemessen.

Abbildung 1: Boxplot EQ-5D Score Vergleich Interventions- zu Kontrollbereich nach Standardeinführung



Quelle: Wolke 2009

Der Kontrollbereich kommt auf einen Scorewert von 54,22 (Follow up, Stand 2008). Auch hier zeigt sich, dass sich der EQ-5D-Scorewert für den Kontrollbereich gegenüber der Baseline-Erhebung sich im Vergleich zum Interventionsbereich weniger günstig entwickelt hat (4,3 Scorepunkte/8,6 Prozent). Dagegen steigt der Scorewert für den Interventionsbereich um 15,8 Indexpunkte respektive 33,4 Prozent. Wie die statistische Prüfung mittels T-Test, dass der Unterschied statistisch knapp nicht signifikant ist ($p= 0,106$).

Zusammenfassend kann in Bezug auf die Wirksamkeit gemessen an den beschriebenen Kriterien festgestellt werden, dass die Einführung des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ im Referenzheim zu wahrnehmbaren Verbesserungen geführt hat. Dabei ist allerdings festzustellen, dass einige Ergebnisse signifikant sind, wohl aber alle eine einheitliche Tendenz aufzeigen. Wünschenswert wären daher weitere Untersuchungen mit einer

größeren Anzahl von Probanden, die dann möglicherweise diese Tendenzen mit statistisch signifikanten Ergebnissen bestätigen.

Bei einer Übertragung der Erkenntnisse ist auf den spezifischen Untersuchungskontext, die Untersuchungen erfolgten exemplarisch für ein Referenzheim mit rund 250 Bewohnerinnen und Bewohnern, hinzuweisen. Für weitergehende Rückfolgerungen bedarf es weiterer Untersuchungen zu den Effekten und Kosten, insbesondere auch unter Berücksichtigung weiterer Kosten- und Nutzenarten und aus unterschiedlichen Perspektiven. Das Evidenzniveau der Nationalen Expertenstandards ist teilweise niedrig, das heißt, viele Empfehlungen spiegeln Expertenmeinungen wider. Dies ist vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Pflegewissenschaft als Disziplin relativ jung ist, schlüssig. Auch bei der vorliegenden Evaluation des Nationalen Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ muss dieser fachtheoretische Hintergrund bei der Interpretation der Ergebnisse Berücksichtigung finden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Wolke, Reinhold, Hochschule Esslingen, Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Flandernstr. 101, D 73732 Esslingen.

Prof. Dr. Elsbernd, Astrid, Hochschule Esslingen, Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Flandernstr. 101, D 73732 Esslingen.

Literatur

Abrams P.; Cardozo, L.; Fall, M.; Griffiths, D.; Rosier, P.; Ulmsten, U.; van Kerrebroeck, P.; Victor, A.; Wein, A.: The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamics* 21 (2): 167-178, 2002. Original Artikel unter www.icsoffice.org.

Ahnis, A.: Inkontinenz, Scham, Ekel - sprechen wir darüber? in: Kulmey, A. & Rosemeier H. P. & Rauchfuß, M.: *Tabus in Medizin und Pflege*, Peter Lang Verlagsgruppe. Frankfurt am Main, 2005: 115-133.

Arbeitskreis .Versorgungsforschung.beim Wissenschaftlichen Beirat der Ärztekammer. (2004). Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Definition.pdf> (20.11.2009) .

Arndt, A; Dohrendorf, H.; Tannen, A.; Braumann, A. & Dassen, T.: Prävalenz der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen: ein unterschätztes Problem, in: *Pflegezeitschrift* 10/2006: 635-638.

Avery, K.; Donaovan, J.; Peters, T.; Shaw, C.; Momokazu, G. & Abrams, P.: ICIQ: A Brief and Robust Measure for Evaluating the Symptoms and Impact of Urinary Incontinence, in *Neurourology and Urodynamics*, 00/2006: 1-9.

Deutsche Kontinenz Gesellschaft (Hrsg.): *Harn- und Stuhlinkontinenz*. Grunewald. Digital- und Printmedien, Kassel, 2006.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.): *Expertenstandard „Förderung der Dekubitusprophylaxe in der Pflege“* Entwicklung - Konsentrierung - Implementierung. 2. Auflage. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, 2004.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.): *Ta-gungsunterlagen zum 9. Workshop des in Berlin am 24.02.2006*. Berlin, 2006a.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.): <http://www.dnqp.de/>. Datum: 19.09.2006. 2006b.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.): *Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“* Entwicklung - Konsentrierung - Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, 2007.

Eisenreich, T. & BALK (Hrsg.): *Handbuch Pflegemanagement. Erfolgreich führen und wirtschaften in der Pflege*. Luchterhand. Neuwied, 2002.

- Elsbernd, A.: Expertenstandards in der Pflege. Aus der Forschung für die Praxis, in: Krankendienst, 3/2005: 65-72.
- Elsbernd, A.: Nationale Expertenstandards in der Pflege: Entstehungshintergründe, Entwicklung, Nutzen und Implementierung in die Pflegepraxis, in: Bechtel, P. (Hrsg.): Erfolgreiches Pflegemanagement im Krankenhaus. CW Haarfeld Verlag, Köln, 2009: 441 – 502.
- Füsgen I.: Blasenfunktionsstörungen beim älteren Patienten - eine Einführung, in: Deutsche Kontinenzgesellschaft e. V. (Hrsg.): Bamberger Gespräche 2005: Der ältere Patient mit Blasenfunktionsstörungen - sinnvolle Diagnostik und Therapie in der Praxis. Römerdruck. Bamberg, 2005: 14-28.
- Goepel, M.; Schwenzer, T.; May, P.; Sökeland, J. & Michel, M.: Harninkontinenz im Alter, in: Deutsches Ärzteblatt 99, Ausgabe 40 vom 04.10.2002, Seite A-2614 / B-2230 / C-2093.
- Greiner, W.: Ökonomische Evaluationen von Gesundheitsleistungen. Baden-Baden. Nomos, 1999.
- Hayder, D.: Nationaler Expertenstandard - Hilfe bei Harninkontinenz, in: Die Schwester Der Pfleger, 45. Jahrg. 9/2006: 714-718.
- Moers, M. & Schiemann, D.: Expertenstandards in der Pflege - Vorgehensweise des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Nutzen für die Praxis, in: Pflege und Gesellschaft, 9. Jahrgang, 2004: 75-78.
- Moers, M. & Schiemann, D.: Expertenstandards, Wissenstransfer braucht Begleitung durch Pflegeexperten, in: Die Schwester Der Pfleger, 46. Jahrg. 07/2007: 646-650.
- Moers, M.; Schiemann, D. & Stehling, H.: Implementierung des Expertenstandards Förderung der Harnkontinenz in der Pflege, in: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege - Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück. 2007:125-172.
- Morell, C.; Harvey, G. & Kitson, A.: Practitioner based quality improvement: a review of the Royal College of Nursing`s dynamic standard setting system, in: Quality in Health Care, Vol. 6 (1), 1997: 29-34.
- Nord, E.: Quality adjustment of life years - possibilities, limitations, alternatives. TidsskrNorLaefeforen 1992; 112 (20): 2668-2670.
- Norton, C.: Praxishandbuch - Pflege bei Inkontinenz. Urban & Fischer Verlag, München. Jena, 1999.
- Nübling, M.; Stöbel, U.; Hasselhorn, H.; Michaelis, M. & Hofmann, F.: Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 1058. Wirtschaftsverlag NW. Dortmund, 2005.
- Oppe, M.; Rabin, R. & de Charro, R. : EQ-5D User Guide. Version 1.0. www.euroqol.org.de, 2008.
- Pfisterer, M.; Kuno, E.; Müller, M.; Schlierf, G. & Oster, P.: Harninkontinenz im Alter - Teil 1: Formen der Harninkontinenz - Basisdiagnostik - Zusatzdiagnostik; Teil 2: Therapie - vom Toiletten - und Beckenbodentraining bis zur

- medikamentösen Therapie und Hilfsmittelversorgung, in: Fortschritte der Medizin 116. Jg. (1998), Nr. 17: 22-32.
- Prakke, H.: Qualität und Qualitätsentwicklung, in: Prakke, H. & Flerchinger, Ch. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung: Allgemeine Qualitätskriterien für die Pflege im Krankenhaus. Bern. Hans Huber, 1999: 2-4.
- Sachsenmaier, B.: Hautschutz ist unverzichtbar, in: Heilberufe spezial, Urban & Vogel, (2004): .42.
- Schäffler, A.; Allert, G. & Dunkel, R. (Hrsg.): Pflege heute: Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, 3. Auflage, München, Jena: Urban & Fischer, 2004.
- Schiemann, D. & Moers, M.: Werkstattbericht über ein Forschungsprojekt zur Weiterentwicklung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2004.
- Schiemann, D. & Moers, M.: Entwicklung und Anwendung nationaler Expertenstandards in der Pflege, in: Dieffenbach et al. (Hrsg.): Management Handbuch Pflege. Heidelberg. Economica, 2005: 1-21.
- Schneider, A.; Broge, B. & Szecsenyi, J.: Müssen wir messen um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement, in: Z. Allg.Med., 2003; 79: 547-552.
- Steffens, J. & Humke, U.: Urologische Geriatrie, in: Urol A 1995; 34: 499-509.
- Swertz, C.: [http:// homepage.univie.ac.at/christian.swertz/texte/limpact/limpact_final.html](http://homepage.univie.ac.at/christian.swertz/texte/limpact/limpact_final.html): 16.08.2006.
- Szende, A.; Oppe, M.; Devlin, N. (Hrsg.): EQ-5D value sets. Springer. Dordrecht, 2007.
- Virani, T.: Implementing a unit based quality improvement programme: one hospitals` experience, in: Canadian journal of nursing administration, Vol. 9 (4), 1996: 73-86.
- Welz-Barth, A. & Füsgen, I.: Harninkontinenz, in: Nikolaus, Thorsten (Hrsg.): Klinische Geriatrie, Springer Verlag. Berlin, 2000: 237-247.
- White, P. & Mc Gillis Hall, L.: Patient Safety Outcomes, in: Doran, D.D. (Hrsg.): Nursing-Sensitive Outcome. Sudbury, USA. State of the Science Jones and Bartett Publishers, 2003.
- Wolke, R.: Umsetzung der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Pflege. Jacobs. Lage, 2009.
- Wolke, R./Hennings, D./Scheu, P.: Gesundheitsökonomische Evaluation in der Pflege: Analyse von Kosten und Nutzen der Einführung des Nationalen Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege in einer Stationären (Langzeit-)Pflegeeinrichtung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2007: 158-177.