

Ute Marion Hestermann

Dr. med.

Häufigkeit und Verlauf von Kontinenzproblemen bei stationären geriatrischen Rehabilitationspatienten mit unterschiedlichen Formen der Kontinenzberatung

Geboren am 01.07.1971 in Siegen

Reifeprüfung am 19.06.1991 in Siegen

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1991 bis SS 1999

Physikum am 30.08.1993 an der Ruhr-Universität Bochum

Klinisches Studium in Bochum und Strassburg

Praktisches Jahr in Heidelberg

Staatsexamen am 06.05.1999 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin

Doktorvater: Prof. Dr. med. P. Oster

Die vorliegende Studie wurde durchgeführt, um die Prävalenz der verschiedenen Arten von Kontinenzproblemen (KP) in einer deutschen geriatrischen Rehabilitationseinrichtung zu ermitteln sowie deren Verlauf abhängig von der Form der Kontinenzberatung zu beschreiben. Eine spezialisierte Pflegefachkraft (Kontinenzberaterin) führte auf einer Station (R1) eine wöchentliche Kontinenzvisite mit dem Stationsarzt und den zuständigen Pflegekräften durch, während auf der anderen Station (R3) Kontinenzberatung auf Anfrage (nach Anmeldung durch den Arzt oder die Pflegekraft) stattfand. Die beratenen PatientInnen wurden während des einjährigen Studienzeitraums prospektiv erfasst. Zusätzlich wurden die Akten aller in dieser Zeit stationär behandelten RehabilitationspatientInnen anhand eines standardisierten Erhebungsbogens retrospektiv ausgewertet. Um einen Vergleich mit einem Patientenkollektiv ohne Kontinenzberatung machen zu können, wurden die Akten von Rehabilitationspatienten einer Station (R1alt) von einem Jahr vor der Einführung der Kontinenzberatungsstelle am Bethanien-Krankenhaus hinsichtlich Kontinenzproblemen ausgewertet.

Auf die Station R1 wurden während des Studienzeitraums (1997/98) 268 (67% weiblich) Patienten, auf die R3 257 (71% weiblich) und auf die R1alt (1994/95) 211 (66% weiblich) aufgenommen. Hinsichtlich Alter (Mittelwert 78,6 Jahre) und Minimalstatus nach Folstein

(Mittelwert 24,9 Punkte) unterschieden sich die drei Stationen nicht signifikant, wohingegen zwischen den beiden Stationen mit Kontinenzberatung (R1, R3) und der Station ohne Kontinenzberatung (R1alt) signifikante Unterschiede bei der Verweildauer (28,1 Tage vs. 41,4 Tage) und der erreichten Punktzahl in den Aktivitäten des täglichen Lebens (niedrigere ADL bei Aufnahme und Entlassung auf R1) zu finden waren. Die beiden Hauptaufnahmediagnosen Erkrankungen des Nervensystems und des Bewegungsapparates machten zusammengenommen 85,5% der Hauptaufnahmediagnosen aus, wobei Männer häufiger zur Behandlung einer neurologischen Erkrankung (56,6% der Männer) und Frauen häufiger zur Behandlung einer Erkrankung des Bewegungsapparates (55,7% der Frauen) stationär aufgenommen wurden.

Die Prävalenz der dokumentierten KP lag bei 51,5% (R1), 42,0% (R3) und 33,5% (R1alt). Die häufigsten Kontinenzprobleme waren instrumentelle Harnableitung (R1: 25%, R3: 31%, R1alt: 19%) und Harninkontinenz (R1: 58%, R3: 59%, R1alt: 47%). Die übrigen KP (kombinierte Harn- und Stuhlinkontinenz, isolierte Stuhlinkontinenz und Drangsymptomatik ohne Inkontinenz) lagen bei 17% (R1), 10% (R3) und 26% (R1alt) der PatientInnen mit KP vor. PatientInnen mit KP waren auch in anderen Aktivitäten des täglichen Lebens von Hilfe abhängiger als PatientInnen ohne KP.

Von den PatientInnen mit KP wurden 83,3% (R1) und 61,0% (R3) von der Kontinenzberatungsstelle betreut. Über den Einfluss der Kontinenzberatung auf den Verlauf von KP lässt das Studiendesign keine eindeutige Aussage zu, da bei den geriatrischen Rehabilitationspatienten nicht klar zwischen allgemeinen funktionellen Verbesserungen und eventuell durchgeführter Inkontinenzbehandlung unterschieden werden kann.

Einige erarbeitete Daten sprechen für das Modell der wöchentlichen Kontinenzvisite im Vergleich zum Modell der Kontinenzberatung auf Anfrage:

- Trotz höherer Arbeitsbelastung (höhere Belegung und weniger Pflegekräfte) wurden auf der Station R1 häufiger KP dokumentiert (höhere Gewissenhaftigkeit bzw. Sensibilität der Pflegekräfte im Bezug auf Kontinenzprobleme)
- Auf beiden Stationen wurde ein erstaunlich hoher Anteil an PatientInnen mit dokumentiertem KP nicht mit der Kontinenzberaterin besprochen. Dieser Anteil war auf der Station R1 jedoch niedriger („nur“ 9,3% vs. 17,4% auf der anderen Station).
- Die Kontinenzprobleme der PatientInnen mit Kontinenzvisite wurden häufiger abgeklärt, was die regelmäßige Durchführung basisdiagnostischer Maßnahmen (wie Restharnmessung und Miktionsprotokoll) zeigt.

Erfreulicherweise wurde vom Pflegepersonal bei insgesamt 53,5% der PatientInnen mit der einen oder anderen Form der Kontinenzberatung eine Verbesserung der Kontinenzproblematik dokumentiert. Im Hinblick auf Kontinenz bei Entlassung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stationen mit Kontinenzberatung. Bei Entlassung waren von den Patienten auf der Station R1 mit KP und Kontinenzvisite 29% (n=30) wieder kontinent, mit KP und ohne Kontinenzvisite waren es 27% (n=6). Auf der R3 wurden von den PatientInnen mit KP und Kontinenzberatung 27% (n=17) und mit KP und ohne Kontinenzberatung 32% (n=13) wieder kontinent. Aufgeteilt nach den unterschiedlichen Arten von KP fand man, dass auf der Station R1 (R3 und R1alt in Klammern) 34% (22%, 22%) der harninkontinenten, 14% (20%, 13%) der Harn- und Stuhlinkontinenten und 21% (41%, 42%) der Patienten mit instrumenteller Harnableitung bei Entlassung wieder kontinent waren. Der hohe Anteil an wieder kontinent gewordenen PatientInnen mit instrumenteller Harnableitung unterstreicht die Notwendigkeit eines Katheter-Auslassversuchs bei geriatrischen RehabilitationspatientInnen. Das gleichzeitige Vorliegen einer kombinierten Harn- und Stuhlinkontinenz war in dieser Studie mit einer schlechteren Prognose hinsichtlich Kontinenz bei Entlassung verbunden.