


10

Mio

Menschen mit Inkontinenz



Maßnahmen zur zielgenaueren
Steuerung der Gesundheitsversorgung
bei der Behandlung von Inkontinenz
und Erkrankungen des Beckenbodens

 **INKONTINENZ
BEHANDELN
LEIDEN
LINDERN**

 **GESUND-
HEITSSYSTEM
ENTLASTEN**



Inkontinenz ist eine Volkskrankheit – fast jede 9. Person ist betroffen, quer durch alle Altersgruppen. Mit dem demographischen Wandel wird die Zahl weiter steigen. Die gute Nachricht: Medizinisch können wir viel tun.

Wir müssen jetzt handeln – für Lebensqualität, Teilhabe und Würde von Millionen Menschen.

Es liegt auf der Hand: Wer Kosten im Gesundheitssystem sparen will, muss Inkontinenz auf die gesundheitspolitische Agenda setzen!

Prof. Dr. med. Andreas Wiedemann
1. Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
Chefarzt der Klinik für Urologie
Evangelischen Krankenhaus Witten

DAS ERWARTET SIE IN DIESER BROSCHÜRE

EXECUTIVE SUMMARY

Politik in der Pflicht: Inkontinenzversorgung auf die Agenda!

FORDERUNG:

10 Millionen Betroffene: Nationale Gesundheitsstrategie Inkontinenz. Jetzt!
Inkontinenzversorgung sichern - Kostenexplosion verhindern: 9 Forderungen

AUSFÜHRUNG:

Darstellung der Versorgungsrealität

- 1. Inkontinenz:** Volkskrankheit von volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Bedeutung
- 2. Behandlung** der Inkontinenz kann Gesundheits- und Sozialwesen deutlich entlasten
- 3. Frühzeitige Behandlung** der Inkontinenz setzt Ressourcen in der Altenpflege frei
- 4. Versorgungsrealität:** Fehlsteuerung im Vergütungssystem korrigieren
- 5. Arzneimittelversorgung:** Sicherheit, Qualität und Innovation
- 6. Hilfsmittelversorgung:** Inkontinenzberatung und bedarfsgerechte Versorgung
- 7. Schlussbemerkung**

EXECUTIVE SUMMARY

Die Wahrscheinlichkeit, an Inkontinenz zu erkranken, ist hoch. In Deutschland leiden etwa **10 Mio. Menschen an Harninkontinenz** und etwa **5 Mio. Menschen an Stuhlinkontinenz**. Gerechnet auf die Gesamtbevölkerung ist fast jede 9. Person von Inkontinenz betroffen. Europaweit sind es sogar 55-60 Mio. Menschen, die an Inkontinenz leiden. Unter Frauen ist Harninkontinenz sogar die am meisten verbreitete Erkrankung. Noch vor Hypertonie, Demenz, Depression und Diabetes.

Mit der Diagnose Inkontinenz leben in Deutschland etwa so viele Personen, wie mit der statistisch besser erfassten Diabetes

Mit der Diagnose Inkontinenz leben in Deutschland in etwa so viele Personen, wie mit der statistisch besser erfassten Diabetes Erkrankung. Während der Diabetes Erkrankung in der gesundheitspolitischen Diskussion viel Beachtung geschenkt wird, wird der Inkontinenz kein Raum gegeben. Inkontinenz wird noch immer als unabwendbare Erscheinung des Alters gesehen und bagatellisiert. Ein fatales Fehlurteil, das hohe sozioökonomische Kosten im Gesundheitswesen und in den Sozialsystemen nach sich zieht. Kosten, die vermeidbar wären, da Inkontinenz bei adäquater Behandlung eine Verbesserungs- oder sogar Heilungschance von 80-90 % hat.

Inkontinenz ist keine harmlose Alterserscheinung, der Leidensdruck der Betroffenen ist hoch

Inkontinenz ist keine harmlose Alterserscheinung, auch wenn die Wahrscheinlichkeit im Alter zunimmt. Es sind alle Altersgruppen betroffen: 10 % der 20-30-Jährigen, 25 % der 40-50-Jährigen und 40 % der über 80-Jährigen(1).

Der Leidensdruck der Betroffenen ist hoch, eine Teilhabe am sozialen Leben und auch am Arbeitsalltag ist häufig nicht mehr möglich, darüber hinaus ist unbehandelt mit einer Vielzahl an Folgeerkrankungen zu rechnen.

Es gibt nicht „die eine Inkontinenz“. Inkontinenz in ihren unterschiedlichen Ausprägungen ist vielmehr ein Symptomkomplex, der unterschiedliche, häufig miteinander verbundene Ursachen haben kann. Inkontinenz steht fast nie allein, sie kann Folge oder Symptom anderer Erkrankungen, einer Gebrechlichkeit oder Komplikation operativer oder medikamentöser Therapien sein. Die individuelle Betrachtung und Diagnose der Inkontinenz ist daher von entscheidender Bedeutung für die erfolgreiche Behandlung.

INKONTINENZ IST KEINE HARMLOSE ALTERSERSCHEINUNG. INKONTINENZ KANN JEDEN TREFFEN.

25 %
ALLER FRAUEN
ZWISCHEN 40
UND 50 JAHREN SIND
VON INKONTINENZ
BETROFFEN

10 %
ALLER FRAUEN
ZWISCHEN 20
UND 30 JAHREN



**INKONTINENZ-
VERSORGUNG
GEWÄHRLEISTEN –
FÜR LEBENSQUALITÄT
UND TEILHABE!**

**INKONTINENZ WIRD IN DEN
VERGÜTUNGSKATALOGEN
SYSTEMATISCH UNTER-
BEWERTET – DIE
VERSORGUNG IST
DADURCH GEFÄHRDET.
AMBULANT UND STATIONÄR!**

Inkontinenzversorgung aufgrund finanzieller Fehlsteuerung im Finanzierungssystem nicht mehr gesichert

Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. weist mit Nachdruck darauf hin, dass die medizinische Versorgung von Menschen mit Inkontinenz aktuell nicht mehr adäquat gewährleistet werden kann, da im Finanzierungssystem eine eklatante finanzielle Fehlsteuerung vorliegt. Die Erkrankung Inkontinenz wird in den Vergütungskatalogen sowohl im Bereich der niedergelassenen Ärzt:innen als auch stationär ungenügend abgebildet. Die Folge ist, dass sich immer mehr Praxen und Gesundheitseinrichtungen aus der Versorgung inkontinenter Menschen zurückziehen. Besonders sichtbar ist die Fehlsteuerung bei der Urodynamikuntersuchung, die eine zentrale Untersuchung für die Diagnose von Harninkontinenz ist. Die Diagnosestellung ist ein wesentlicher Faktor für den Therapieerfolg.

Die Urodynamikuntersuchung wird nicht adäquat vergütet, so dass diese sowohl in Praxen als auch in Kliniken häufig nicht mehr angeboten wird. In einem ökonomisch geprägten Gesundheitswesen sind Gesundheitseinrichtungen gezwungen ökonomische Faktoren zu berücksichtigen. Wird diese zentrale Untersuchungsmethode nicht mehr durchgeführt, sind Fehldiagnosen und möglicherweise auch verfrühte Operationen wahrscheinlich. Folgekosten sind vorprogrammiert.

Es ist unstrittig, dass eine zielgerichtete Behandlung und Versorgung von Inkontinenz Patient:innen Kosten im Gesundheitswesen verursachen, bleibt die adäquate Behandlung jedoch aus und wird die hohe Heilungschance außer Acht gelassen, werden sich Kosten verstetigen und mit zunehmender Dauer der unbehandelten Erkrankung aufgrund der Verschlechterung und der einsetzenden Folgeerkrankungen drastisch erhöhen.

Adäquate Behandlung von Inkontinenz jetzt, verringert sozioökonomische Kosten später

Welche ökonomischen, ökologischen und gesundheitlichen Folgen die Nicht-Behandlung von Inkontinenz hat, ist bisher noch nicht umfassend betrachtet worden. Auf europäischer Ebene liegt inzwischen eine Veröffentlichung vor, die die sozioökonomische Belastung durch die Erkrankung Inkontinenz bestätigt(2).

Gemäß getroffenen Schätzungen lag die gesamtwirtschaftliche Belastung durch Inkontinenz im Jahr 2023 in Europa bei 69,1 Mrd.€. Sollten weiterhin keine gesundheitspolitischen Maßnahmen ergriffen werden, geht die Studie bis 2030 von einem Anstieg um 25 % aus, auf etwa 86,7 Mrd.€(3).

Die aktuell bestehenden Kosten bei Inkontinenz beziehen in der Berechnung die medizinischen Konsultationen, die Produkte wie z.B. Kontinenzeinlagen, inkontinenzbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Einweisungen in Pflegeheime und die Umweltauswirkungen der Inkontinenzversorgung mit ein. Für Deutschland liegen aktuell noch keine systematischen Berechnungen vor.

Es liegt jedoch auf der Hand, dass auch in Deutschland mit weiteren hohen Kosten zu rechnen ist, wenn Inkontinenz nicht adäquat medizinisch behandelt wird. Dabei lenkt die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. die Aufmerksamkeit insbesondere auf entstehende Kosten durch Folgeerkrankungen. Es liegt nahe, dass Gesundheitskosten bei einer adäquaten Versorgung von Inkontinenz auf lange Sicht reduziert werden können.

Aus Sicht der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V. wird der gesundheitspolitische Handlungsbedarf, auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels offensichtlich, durch den mit einem Anstieg der Inkontinenzprävalenz zu rechnen ist. Dies wird Auswirkungen auf das Pflegesystem und das Sozialsystem haben. Inkontinenz ist einer der häufigsten Gründe für die ambulante Pflege oder den Einzug in ein Pflegeheim. Durch eine frühzeitige Behandlung der Inkontinenzkrankung kann dies verzögert werden. Zudem kann eine rechtzeitige Inkontinenztherapie dazu beitragen, in der Altenpflege Ressourcen einzusparen und Pflegefachpersonen zu entlasten. Die pflegerische Versorgung von Menschen mit Inkontinenz ist mit hohem Aufwand verbunden.



Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. fordert:

Inkontinenz und Beckenboden-erkrankungen müssen endlich auf die gesundheitspolitische Agenda!

Eine frühzeitige Therapie lindert nicht nur körperliches und psychisches Leid – sie entlastet auch nachhaltig unser Gesundheitssystem.



**10 MILLIONEN MENSCHEN
SIND BETROFFEN!**

**INKONTINENZ MUSS IN DEN
GESUNDHEITSPOLISCHEN
FOKUS – EINE NATIONALE
GESUNDHEITSSTRATEGIE
IST ÜBERFÄLLIG!**

WECKRUF AN DIE POLITIK: INKONTINENZVERSORGUNG – 9 FORDERUNGEN

1 Etablierung einer nationalen Inkontinenz-Strategie

Inkontinenz ist eine Volkskrankheit mit hohen sozioökonomischen Kosten. Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V. fordert die Bundesregierung auf – analog der nationalen Diabetesstrategie – eine nationale Inkontinenz-Strategie zu erarbeiten. Hierfür ist ein Expert:innengremium einzusetzen, das Leistungsträger und Leistungserbringer sowie Betroffene an einen Tisch bringt. Ziel ist die Erarbeitung von Eckpunkten zur Verbesserung der präventiven, diagnostischen und therapeutischen Versorgung bei Inkontinenz. Inkontinenz muss im gesundheitspolitischen Diskurs eine größere Rolle spielen. Darüber hinaus ist darauf hinzuwirken, eine bessere Überwachung der epidemiologischen Daten zu erreichen.

2 Aufklärungskampagne starten

Inkontinenzkrankungen gehören zu den tabuisierten Erkrankungen. Die Scham, die Erkrankung offen anzusprechen ist hoch. Das verhindert häufig eine ärztliche Behandlung. Um dieses Tabu zu beenden, ist eine nationale Aufklärungsstrategie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erforderlich: Inkontinenz ist kein unabwendbares Schicksal, es ist eine Erkrankung, die geheilt oder gelindert werden kann.

Die Abwesenheit vom Arbeitsplatz ist ein wesentlicher Faktor der hohen Kosten, die im Zusammenhang mit Inkontinenz stehen. Hier muss es mehr Unterstützung für Menschen mit Inkontinenz geben. In Personalabteilungen ist gezielt Aufklärungsarbeit zu leisten, um ein Verständnis für Inkontinenz, etwa in Folge einer Krebserkrankung oder auch bei Schwangerschaft, zu entwickeln.

3 Prävention stärken

Neben der Aufklärung ist die Prävention zu stärken. Bisher gibt es keine Präventionsprogramme für die Inkontinenzkrankung. Es ist Zeit das Thema Inkontinenz in der Gesundheitserziehung aufzunehmen.

Gerade weil es eine Vielzahl von Ursachen und Risiken für Inkontinenz gibt, kann mit unterschiedlichen Perspektiven Präventionsarbeit geleistet werden. Dazu gehören Informationen zur Funktion des Beckenbodens und zur Wirkungsweise des Beckenbodentrainings. Gemeinsam mit den Krankenkassen sollten gezielt physiotherapeutische Präventionsprogramme gestartet werden.

4 Sicherstellung einer bedarfsgerechten Hilfsmittelversorgung

Betroffene dürfen nicht länger in die Selbstversorgung über den Drogeriemarkt abgedrängt werden. Die Hilfsmittelversorgung ist so auszugestalten, dass eine quantitative und qualitative Versorgung der Betroffenen möglich und finanziell abgesichert ist. Die Vergütungspauschalen sind so anzupassen, dass ausreichend und vor allem bedarfsgerechte Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus sind die Verträge mit den Hilfsmittelerbringern so zu gestalten, dass den Betroffenen eine Wahlmöglichkeit geboten wird. Hierzu gehört auch eine umfassende und fachlich gute Beratung. Diese sollte der S2k-Leitlinie „Hilfsmittelberatung“ folgen. Die Hilfsmittelberatung ist künftig gesondert zu vergüten.

5 Anpassung der Vergütungsstruktur

Anreize zur Behandlung von Inkontinenzkrankungen sind zu stärken. Das verbessert die Versorgungssituation von Betroffenen und entlastet im Ergebnis das Gesundheitssystem. Die durch den einheitlichen Bewertungsmaßstab zur Abrechnung der Versorgung von Patient:innen (EBM) und durch das Abrechnungssystem der diagnosebezogene Fallgruppen in Krankenhäusern (DRG) vorgesehenen Vergütungen für die Inkontinenzversorgung sind zu erhöhen, zumal durch die anstehende Ambulantisierung eine weitere Verknappung der Erlössituation zu erwarten ist.

Inkontinenz und Beckenbodenerkrankungen sind komplexe Erkrankungen, die vielfach nur interdisziplinär behandelt werden können. Im ambulanten Bereich ist die Behandlung über Selektivverträge extrabudgetär abzusichern. Die Begleitung einer Verhaltensänderung im Zusammenhang mit Inkontinenz und Beckenbodendysfunktionen sind auch ein Merkmal der Physiotherapie. Die Rahmenbedingungen für die Abrechnung durch den Heilmittelkatalog sind zu überarbeiten.



6 Pay for Performance: Zertifizierung muss sich lohnen

Die Qualität der medizinischen Versorgung ist entscheidend für den Behandlungserfolg. Daher ist in der Behandlung von Inkontinenz und Beckenbodenerkrankungen das Prinzip Pay for Performance (P4P) einzuführen. Dies schließt Zuschläge für die Teilnahme an Qualitätsprogrammen oder Zertifizierungen mit ein.

7 Modifizierung der Arzneimittelversorgung

Die Qualität der medizinischen Versorgung, Umweltschutzkriterien, Sozialstandards und nicht zuletzt eine ausreichende Versorgungssicherheit in Europa sind als feste Bestandteile von Rabattverträgen in Leitlinien vorzugeben. Bestehende Regeln dürfen Innovation nicht behindern. Die Reduzierung auf das Vergabekriterium „Preis“ führt im Ergebnis zu Mehrkosten, wenn dadurch die Versorgung bei Inkontinenz und Beckenbodenerkrankungen verschlechtert wird. Die Themen der Adhärenz und der Compliance müssen stärker berücksichtigt werden.

8 Forschung und Entwicklung stärken

Forschung und Entwicklung in der Medizin, aber auch in den Bereichen Arzneimittel, Medizintechnik und digitale Gesundheitsanwendungen, sind zu stärken. Insbesondere die Versorgungsforschung ist in den Fokus zu nehmen. Dabei muss der Funktionserhalt im Zentrum des Erkenntnisinteresses stehen. Die Fachbereiche Physiotherapie und Pflege sind gleichrangig mit einzubeziehen. Im Rahmen der Akademisierung von Physiotherapie und Pflegeberufen sind Forschungsarbeiten zu fördern. Der bestehende Innovationsfond als gesundheitspolitisches Instrument ist zu einem signifikanten Anteil auch auf das Thema Inkontinenz zu lenken, um die Gesundheitsversorgung bei diesem Krankheitsbild zu verbessern.

9 Förderung digitaler Gesundheitsanwendungen

Digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA) unterstützen Betroffene bei der Prävention und Therapie, vielfach können sie auch der Diagnosestellung dienen. Gerade bei Inkontinenzkrankungen sind digitale Gesundheitsanwendungen hilfreich und können beispielsweise die Adhärenz der Patient:innen fördern und die Therapie unterstützen. Positive Versorgungseffekte konnten nachgewiesen werden. Um den Nutzen von DIGA weiter zu unterlegen, ist die DIGA-Forschung auszubauen und zu fördern. Zur Sicherstellung der Therapiehoheit des Arztes dürfen die Krankenkassen den Einsatz von DIGA nicht weiter behindern(4). Das Digitale Versorgungs Gesetz (DVG) ist als neuer Leistungsanspruch auf Versorgung mit DIGA eingeführt worden und ist nunmehr von der Krankenkasse umzusetzen.



**WER INKONTINENZ IGNORIERT,
ZAHLT SPÄTER DOPPELT –
VERSORGUNG JETZT STÄRKEN!**

**INKONTINENZVERSORGUNG
IST KEIN LUXUS – SIE IST
KLUGE GESUNDHEITSPOLITIK**

AUSFÜHRUNG: DARSTELLUNG DER VERSORGUNGSREALITÄT

1 INKONTINENZ – VOLKSKRANKHEIT VON VOLKSWIRTSCHAFT- LICHER UND GESUNDHEITSPOLITISCHER BEDEUTUNG

Die Wahrscheinlichkeit an Inkontinenz zu erkranken ist hoch. Etwa **10 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Inkontinenz**. Gerechnet auf die Gesamtbevölkerung fast jede 9. Person.

Etwa 5 Mio. Menschen, das sind etwa **5 % der Bevölkerung**, leiden nach Schätzungen unter **Stuhlinkontinenz**. Von Inkontinenz sind alle Altersstufen betroffen, allerdings nimmt die Häufigkeit mit zunehmendem Alter zu(5).

Bei der Betrachtung jüngerer Patient:innen ist darzulegen, dass 58 % der Patient:innen mit Multiple Sklerose an einer Blasenfunktionsstörung und 29 % an Stuhlinkontinenz leiden(6). Eine ähnlich hohe Prävalenz von Blasenfunktionsstörungen wird auch bei Patient:innen mit Querschnittsverletzungen berichtet (70-84 %)(7).

Darzulegen ist auch, dass Geburt und Schwangerschaft, die natürliche Vorgänge sind, und die es nicht zu pathologisieren gilt, gleichwohl die Gefahr einer langfristigen Beckenboden-Funktionsstörung birgt. Die Veränderungen werden aktuell nicht systematisch in der Begleitung von Frauen in der Schwangerschaft erfasst und dokumentiert. Um diesen Themenbereich zu beleuchten, ist es notwendig künftig verstärkt auf Assessments zu setzen. Auf diese Weise kann zielorientierter der richtige Versorgungsweg etwa unter Hinzuziehung einer spezialisierten Physiotherapie aufgezeigt werden.

Was diese bereits jetzt erschreckenden Zahlen betrifft, ist weiterhin davon auszugehen, dass eine erhebliche Dunkelziffer vorliegt, da betroffene Personen aus Scham keine Ärzt:in aufsuchen oder in der ärztlichen Beratung nicht gezielt danach gefragt werden. Inkontinenz gehört noch immer zu den tabuisierten Erkrankungen.

Mit der Diagnose Inkontinenz leben damit in Deutschland in etwa so viele Personen, wie mit der statistisch besser erfassten Diabetes-Erkrankung. Speziell **unter Frauen ist Harninkontinenz die weit verbreitetste Erkrankung(8). Noch vor Hypertonie(9), Herzinsuffizienz(10), Depression(11) und Diabetes(12).**

Ein weiterer Vergleich: Ende des Jahres 2021 lebten in Deutschland fast 1,8 Millionen Menschen mit **Demenz**, 2/3 davon sind weiblich(13).

Anders als die Demenz, die Hypertonie, die Depression oder der Diabetes wird der Inkontinenz und den Erkrankungen des Beckenbodens in der gesundheitspolitischen Diskussion kein Raum gegeben.

Inkontinenz wird als unabwendbare Erscheinung des Alters gesehen und auf ein Symptom beschränkt. Ein fatales Fehlurteil, das hohe sozioökonomische Kosten im Gesundheitswesen und in den Sozialsystemen nach sich zieht. Kosten, die vermeidbar wären, da Inkontinenz und Erkrankungen des Beckenbodens bei adäquater Behandlung sehr gute Heilungschancen aufweisen.

TROTZ DER HOHEN ANZAHL DER AN INKONTINENZ LEIDENDEN MENSCHEN WIRD DIE THEMATIK GESUNDHEITSPOLITISCH VERNACHLÄSSIGT:

**SYSTEMATISCHE ERFASSUNG UND FRÜHERKENNUNG MÜSSEN GESTÄRKT
UND DIE VERSORGFORSCHUNG GEFÖRDERT WERDEN.**

**INKONTINENZ MUSS ALS RELEVANTE CHRONISCHE ERKRANKUNG MIT
HOHER PRÄVALENZ UND BELASTUNG ANERKANNT UND DIE VERSORGFUNG
SICHERGESTELLT WERDEN.**

**INKONTINENZ
IST EINE VOLKS-
KRANKHEIT.
10 MIO. MENSCHEN
SIND BETROFFEN
– BESONDERS
FRAUEN!**




“

Frauen sind besonders häufig von Inkontinenz betroffen – Daten aus einer deutsch-dänischen Studien zeigen dass bei Frauen über 18 Jahren 48,3 % von Inkontinenz betroffen sind. Darunter auch jüngere Frauen, insbesondere nach der Geburt.

Das zeigt: Inkontinenz ist kein Randthema, sondern ein zentrales gesundheitliches Anliegen. Wenn wir die Behandlungschancen konsequent nutzen, lindern wir nicht nur individuelles Leid, sondern entlasten auch langfristig unser Gesundheitssystem, indem wir sozioökonomische Folgekosten senken.

Prof. Dr. med. Christl Reisenauer
2. Vorsitzende, der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
Leitende Ärztin der Sektion Urogynäkologie
Universitäts-Frauenklinik Tübingen



**BLASENSCHWÄCHE
KENNT KEIN ALTER UND
KANN JEDE:N TREFFEN!**

EXKURS: HARN - UND STUHLINKONTINENZ

Inkontinenz bezeichnet die mangelnde Fähigkeit des Körpers, den Blasen- und Darminhalt zu speichern und die Entleerung selbstbestimmt durchzuführen.

Die Ursachen für Inkontinenz sind vielfältig, individuell und komplex. Je nach Ursachen, Symptomen und Mechanismen werden unterschiedliche Formen der Inkontinenz unterschieden.

Die Harninkontinenz ist das Unvermögen, den Harnabgang bewusst zu kontrollieren. Die Harninkontinenz hat verschiedene Formen, wie z.B. Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz, überaktive Blase (Reizblase), Überlaufinkontinenz oder auch die neurologische Inkontinenz(14).

Die Stuhlinkontinenz (auch Darminkontinenz, anale, anorektale Inkontinenz) beschreibt die Unfähigkeit, Stuhl oder Darmgase zurückzuhalten bzw. den Darm bewusst zu entleeren. Die Ursachen sind ebenso vielfältig. Auch hier gibt es unterschiedliche Formen, wie die Stuhl-Dranginkontinenz, die Flatusinkontinenz, die passive Inkontinenz, die Rektalinkontinenz und die Überlaufinkontinenz.

Sowohl bei der Harninkontinenz als auch bei der Stuhlinkontinenz gibt es auch Mischformen der unterschiedlichen Formen.

BEHANDLUNG DER INKONTINENZ KANN GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN ENTLASTEN

An Inkontinenz erkrankte Menschen leiden. Häufig ist den Betroffenen eine Teilhabe am sozialen Leben und am Arbeitsalltag nicht mehr möglich. Die körperlichen und psychischen Belastungen können dramatisch sein und gehen weit über die typischen Symptome hinaus, auf die die Krankheit in der öffentlichen Wahrnehmung reduziert wird.

Für betroffene Menschen ist Inkontinenz mehr als unbeabsichtigter Urin- oder Stuhlverlust. Schamgefühl und Angst führen häufig zu sozialem Rückzug. Darüber hinaus ist mit Folgeerkrankungen (siehe unten) zu rechnen, die die Lebensqualität weiter in einem hohen Maße einschränken.

Inkontinenz ist sowohl als individuelle Krankheitserfahrung als auch gesamtgesellschaftlich von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung und verdient Aufmerksamkeit.

Gerade die Folgeerkrankungen einer Inkontinenz machen ein gesundheitspolitisches Paradoxon sichtbar: Inkontinenz findet im Vergütungssystem des Gesundheitswesens nicht mehr statt. Diese Nicht-Behandlung der Erkrankung führt zu höheren Kosten im Gesundheitswesen.

Weil Inkontinenz und Erkrankungen des Beckenbodens in der Gesundheitspolitik zu wenig Beachtung geschenkt werden, findet inzwischen häufig keine adäquate medizinische Behandlung mehr statt. Die Erkrankung ist damit nicht mehr präsent. Die Konsequenz: im Vergütungssystem des Gesundheitswesens werden in Folge Fehlanreize gesetzt. Da die Erkrankung nicht präsent ist, wird sie im Vergütungssystem ungenügend abgebildet, die notwendige Grundlagen- und Versorgungsforschung findet kaum mehr statt. Verstärkt wird dies dadurch, dass die Erkrankung nach wie vor tabuisiert wird. In letzter Konsequenz bleibt häufig der Arzt:innenbesuch der Betroffenen aus, oder es wird letztlich zur Selbstversorgung über den Drogeriemarkt gegriffen.

Vermeintlich werden dadurch für das System Einsparungen erreicht. Diese Einsparungen in der Erforschung, Diagnose und Behandlung der Inkontinenz führen aber nicht zu niedrigeren, sondern letztlich zu höheren Kosten im Gesundheitswesen.

Eine zielgerichtete Behandlung und Versorgung von Inkontinenz Patient:innen verursacht Kosten im Gesundheitswesen. Bleibt diese jedoch aus und wird die hohe Heilungschance außer Acht gelassen, dann werden sich die Kosten verstetigen und mit zunehmender Dauer der unbehandelten Erkrankung aufgrund der Verschlechterung und der weiter einsetzenden Folgeerkrankungen drastisch erhöhen.

Inkontinenz ist – in den meisten Fällen – sehr gut durch konservative oder minimal invasive Eingriffe behandelbar⁽¹⁵⁾. Es kann von einer Verbesserungschance von 80 bis 90 % ausgegangen werden. Dies bedeutet nicht nur das Ende der körperlichen und psychischen Leiden erkrankter Menschen, sondern zweifelsfrei mittel- und langfristige auch eine pekuniäre Entlastung des Gesundheitswesens.

TYPISCHE FOLGEERKRANKUNGEN:

HAUTREIZUNGEN, INFEKTIONEN UND GESCHWÜRE IM GENITAL-
UND ANALBEREICH DURCH DEN STÄNDIGEN KONTAKT MIT URIN ODER STUHL

HARNWEGSINFEKTIONEN, BLASEN- ODER
NIERENBECKENENTZÜNDUNGEN

SELBSTWERTPROBLEME, SOZIALE ISOLATION, ANGSTSTÖRUNGEN
UND DEPRESSIONEN, BIS HIN ZU SUIZIDGEDANKEN

STÜRZE

KEINE VERGÜTUNG -
KEINE VERSORGUNG.
INKONTINENZ IST IM
GESUNDHEITSSYSTEM
UNTERFINANZIERT.

NICHT VERSORGEN HEIßT:
MEHR LEID,
MEHR FOLGEERKRANKUNGEN,
MEHR KOSTEN!

BEISPIEL: DIE FOLGEERKRANKUNGEN DEPRESSION UND STURZRISIKO

DEPRESSION

Vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an einer Depression. **Jedes Jahr treiben Depressionen etwa 7.000 Menschen in den Suizid.** Der Volkswirtschaft kostet die Depressionserkrankung insgesamt bis zu 22 Mrd. €(16).

In der Forschung zeigt sich ein **Zusammenhang zwischen Inkontinenz und Depressionserkrankungen(17)**. Gerade bei Frauen tritt Harninkontinenz und Depression häufig zusammen auf(18). Forschungsarbeiten gehen davon aus, dass etwa 20 % der an Inkontinenz leidenden Menschen auch Depressionen aufweisen. Das wären in Deutschland nach vorliegenden Zahlen etwa 800.000 Menschen.

Eine weitere Studie geht in Deutschland von ca. 26.000 Depressionen aus, aufgrund der Diagnose überaktive Blase. Die Kosten werden dabei pro Fall auf 1.610 € pro Jahr gerechnet(19). Die Pro-Kopf-Kosten für die Depressionsbehandlung in den vergangenen Jahren wurde in zwei Studien näher untersucht: Im Rahmen der European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) wurde im Jahr 2005 für die direkten Kosten in Deutschland ein jährlicher Betrag von durchschnittlich 686 € pro Patient:in errechnet.

Die zweite Studie „Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in haus- und fachärztlicher Versorgung in Deutschland“ aus dem Jahr 2004 kam für die depressionsbezogenen Behandlungskosten auf einen Durchschnittswert von 2.542 € pro Kopf und Jahr.

Nicht eingerechnet sind bei beiden Studien die indirekten Kosten etwa durch Verlust des Produktivitätspotenzials am Arbeitsplatz oder mögliche Folgekosten durch Arbeitsplatzverlust etwa bei den sozialen Sicherungssystemen.

STURZRISIKO

Es wird geschätzt, dass in Deutschland ca. 40.000 Stürze und 12.000 Frakturen auf eine überaktive Blase zurückzuführen sind(20). Dabei kann ein Durchschnittswert von von ca. 14.800 € pro Frakturereignis im Falle eines Krankenhausaufenthalts angenommen werden(21).

DER VERGLEICH: KOSTEN INKONTINENZBEHANDLUNG

Im Vergleich dazu belaufen sich die durchschnittlichen Kosten pro Patient:in bei einer adäquaten Therapie für die Behandlung einer Belastungsinkontinenz auf etwa 1.200 €, für eine Dranginkontinenz auf etwa 1.400 € und für eine Mischinkontinenz auf etwa 1.600 € pro Jahr. In Übereinstimmung damit werden in einem aktuellen, europäischen Positionspapier jährliche Inkontinenzkosten pro Patient:in von 1.471 € für EU-Länder angegeben(22). Werden noch zusätzliche Kosten durch Pflegekräfte berücksichtigt, steigen diese Kosten auf 1.700 € pro Patient:in und Jahr. Die Kosten für Deutschland liegen dabei über dem europäischen Durchschnitt(23). Bei der Inkontinenzbehandlung bestehen sehr gute Heilungschancen, was dazu führt, dass Behandlungen abgeschlossen werden können und keine Folgekosten mehr entstehen. Das Einsparungspotenzial ist offensichtlich.

“

Ich hatte mich komplett zurückgezogen – keine Treffen mit Freunden, kein Theater, kein Café. Die Angst vor einem ‚Unfall‘ war größer als der Wunsch nach Austausch und Nähe. Erst durch die richtige medizinische Versorgung habe ich mein Leben zurückgewonnen. Heute bin ich wieder Teil der Gesellschaft – und das verdanke ich einer guten medizinischen Versorgung. Leider gilt das nicht mehr für alle Betroffenen.

Birgit Bulla
Betroffene von Reizblase und Dranginkontinenz
Autorin des Buchs „Noch ganz dicht?“
14 Q @pinkelbelle



1.000 € PRO HARN-
WEGSINFEKTION
– WER INKONTI-
NENZ NICHT FRÜH
BEHANDELT,
ZAHLT SPÄTER DRAUF.

NICHT ZU
BEHANDELN WIRD
TEURER ALS
RECHTZEITIG ZU
VERSORGEN.
INKONTINENZ-
BEHANDLUNG HAT
EINE 80-90 %
BESSERUNGS- ODER
SOGAR HEILUNGS-
CHANCE

BEISPIEL: KATHETER-ASSOZIIERTE HARNWEGSINFEKTIONEN (CA-UTI)

Harnwegsinfektionen gehören in Deutschland zu den häufigsten nosokomialen Infektionen. Nosokomiale Infektionen (NI) verschlechtern die Behandlungsergebnisse von Patient:innen erheblich, was zu einer deutlich verminderten Lebensqualität und zu höherer Sterblichkeitsrate führt. Darüber hinaus stellen sie eine erhebliche wirtschaftliche Belastung für das Gesundheitssystem und insbesondere für Krankenhäuser dar.

Zu 60 % der Fälle sind die Harnwegsinfektionen katheterassoziiert(24). Die Verweildauer des Katheters ist dabei ein entscheidender Risikofaktor.

Die meisten Harnwegsinfektionen im Krankenhaus entstehen durch transurethrale Dauerkatheter. Ein transurethraler Dauerkatheter ist ein medizinisches Hilfsmittel, das zur kontinuierlichen Ableitung von Urin aus der Blase verwendet wird. Wenn dieser Katheter durch die Harnröhre in die Blase gelegt wird (transurethral), können Bakterien eingebracht werden oder es kann ein Weg für Keime entstehen. Die Folge ist die Harnwegsinfektion.

Damit können auch schwerwiegende Komplikationen verbunden sein, so ist die Harnwegsinfektion eine der häufigsten Ursachen für Sepsisfälle im Krankenhaus. Etwa 12 % der Sepsisfälle sind auf eine Harnwegsinfektion zurückzuführen(25). Die Indikation zur Katheterisierung sollte daher immer geprüft und eine kurze Verweildauer des Katheters angestrebt werden.

Neben den kurz dargestellten medizinischen Implikationen ist auch ein Blick auf den Kostenfaktor zu richten. Der größte Kostenfaktor der katheterassoziierten Harnwegsinfektion ist die verlängerte Krankenhausverweildauer(26). Die verlängerten Aufenthalte führen zu belegten Bettentagen, was für Krankenhäuser Opportunitätskosten nach sich zieht.

Die Vermeidung einer einzelnen nosokomialen Infektion reduziert die Verweildauer um 3 bis 5 Tage und steigert für das Krankenhaus den Tageserlös um etwa 120 bis 200 €. Die freien Betten stehen dem Krankenhaus zur Verfügung, um neue Einnahmen oder eine effizientere Ressourcennutzung zu realisieren. Die Opportunitätskosten können pro vermeidbaren Fall über 1.000 € betragen(27).

Hochrechnungen zufolge treten jährlich rund 152.000 bis 155.000 solcher Infektionen in Deutschland auf(28). Die ökonomische Belastung der Krankenhäuser ist erheblich.

Aktuelle gesundheitsökonomische Zahlen für katheterassoziierte Harnwegsinfektionen liegen nicht vor, aber die Opportunitätskosten geben einen ersten Eindruck von der gesundheitsökonomischen Relevanz.

Bis heute wird eine Studie aus dem Jahre 2008 zitiert, die angibt, dass eine katheterassoziierte Harnwegsinfektion das Gesundheitssystem in Deutschland im Durchschnitt mit rund 1.000 € pro Fall belastet(29).

Was die Kosten von Folgeerkrankungen betrifft, könnten weitere eindruckliche Beispiele aufgeführt werden. Kurzum: Nicht zu behandeln wird teurer als rechtzeitig zu versorgen.



DER DEMOGRAFISCHE
WANDEL WIRD DIE
SITUATION WEITER
VERSCHÄRFEN.

EXKURS: DEMOGRAFISCHER WANDEL

In Deutschland zeigt sich in der Bevölkerungsentwicklung seit Jahren eine Verschiebung in Richtung alter und hochaltriger Bevölkerungsgruppen.

Das Statistische Bundesamt prognostiziert in Deutschland von 2013 bis 2030 einen Anstieg des Anteils der 60-Jährigen und darüber von 27 % auf 39 % (30). Insbesondere die Zahl der Hochaltrigen wird zunehmen (31).

Im Bericht der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird aufgezeigt, dass die Zahl der Menschen, die 80 Jahre oder älter sind, von 4,4 Mio. im Jahr 2013 und 6,0 Mio. im Jahr 2020, auf 6,5 Mio. im Jahr 2030 wachsen wird. Das ist ein Anstieg von 48 % (32).

Ab 2027 werden die zehn geburtenstärksten Jahrgänge 1959 bis 1968 das Lebensalter von 65 Jahren erreichen. In diesem Alter steigen auch die Risiken für Inkontinenzkrankungen.

FRÜHZEITIGE BEHANDLUNG DER INKONTINENZ SETZT RESSOURCEN IN DER ALTENPFLEGE FREI

Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit der Inkontinenz überproportional. Hochbetagte Menschen sind besonders häufig von einer Harn- und Stuhlinkontinenz betroffen.

Nicht fachgerecht behandelt, belastet die Inkontinenz alter Menschen nicht nur das Gesundheits- und Pflegesystem hinsichtlich der Kosten, die etwa für die Behandlung der Folgeerkrankungen aufgebracht werden müssen. Die nicht zielgerichtet therapierte Inkontinenz bindet in der ambulanten und stationären Altenpflege Ressourcen, die gesellschaftlich dringend gebraucht werden.

Nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie sind circa 40 % der über 70-Jährigen in Deutschland inkontinent, das sind etwa 5,2 Mio(33). Unter den Bewohner:innen in Pflegeeinrichtungen sind durchschnittlich 75 % harninkontinent und 60 % stuhlinkontinent(34).

Es liegt nahe, dass der demografische Wandel diese Situation weiter verschärft. Insbesondere vor dem Hintergrund der nun kommenden geburtenstarken Jahrgänge. Es ist zweifelsfrei mit einem weiteren Anstieg der Inkontinenzprävalenz zu rechnen. Die Auswirkungen auf das Pflegesystem und die Pflegekassen liegen auf der Hand.

Ein weiteres kommt hinzu: Inkontinenz ist häufig der Grund ambulante Pflegeleistungen zu beanspruchen oder auch den Lebensmittelpunkt in eine Pflegeeinrichtung zu verlagern.(35) Aber nicht nur die finanzielle Belastung der Pflegekassen ist relevant.

Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in der Pflege ist auch die zeitliche Bindung von Pflegefachkräften ein wichtiger Aspekt.

Die dem Expertenstandard entsprechende, qualitativ hochwertige Pflege von pflegebedürftigen Menschen mit Inkontinenz bedeutet für die Träger von Pflegeeinrichtungen für die Versorgung ausreichend Ressourcen zur Verfügung stellen zu müssen.

Einer Studie zur informellen Pflege zufolge erhielten Frauen ohne Inkontinenzprobleme durchschnittlich 5,9 Stunden Pflege pro Woche, Frauen mit Inkontinenzproblemen hingegen 19,7 Stunden(36). Der Mehraufwand ist offensichtlich. Es ist an dieser Stelle zu betonen, dass die genaue Pflegezeit individuell variieren kann und von der jeweiligen Situation abhängt. In jedem Fall wird die Situation "Pflege bei Inkontinenz" insgesamt sowohl von den Pflegefachpersonen als auch von den Betroffenen als belastend empfunden.

EINE (FRÜHZEITIGE) BEHANDLUNG DER INKONTINENZERKRANKUNG KÖNNTE HIER EINE ENTSCHEIDENDE VERBESSERUNG BRINGEN:

DER EINZUG IN EIN PFLEGEHEIM ODER DIE BEANSPRUCHUNG DER AMBULANTEN PFLEGE KANN VERZÖGERT WERDEN.

EINSPARUNG VON RESSOURCEN, DIE IN DER PFLEGE BEREITS JETZT KNAPP SIND.

**INKONTINENZ
GEHÖRT ZU DEN
HÄUFIGSTEN GRÜNDEN
FÜR DEN EINZUG IN DIE
PFLEGEINRICHTUNG.
EINE FRÜHZEITIGE
BEHANDLUNG KANN
DAS VERZÖGERN.**

VERSORGUNGSREALITÄT: FEHLSTEUERUNG IM VERGÜTUNGSSYSTEM KORRIGIEREN

Inkontinenz ist keine harmlose Alterserscheinung, sondern eine ernsthafte Erkrankung mit enormen Auswirkungen für die Betroffenen und – unbehandelt – mit hohen sozioökonomischen Kosten. Diese Kosten können vermieden werden, denn Inkontinenz und Erkrankungen des Beckenbodens sind behandelbar.

Je nach Ursache für die Erkrankung des Beckenbodens und der Form der Inkontinenz bestehen verschiedene therapeutische Möglichkeiten, ausgehend von Verhaltensänderungen, physiotherapeutischen Interventionen, Hilfsmitteln, medikamentösen Therapien bis zu minimalinvasiven Eingriffen und Operationen.

Vor der Festlegung der Therapie ist immer eine umfassende ärztliche Diagnose notwendig.

Genau hier zeigen sich aktuell in der Versorgungsrealität erhebliche Probleme. Für betroffene Personen wird es immer schwieriger, eine adäquate ärztliche Versorgung zu finden, weil sich diese für die Ärzt:innen nicht mehr lohnt und die Behandlung daher nicht mehr angeboten wird.

Dieser Rückzug steht im direkten Zusammenhang mit einer bestehenden Fehlsteuerung im Vergütungssystem (GOÄ/AOP/DRG) der Gesundheitsversorgung. In einem ökonomisch geprägten Gesundheitssystem müssen die Ärzt:innen – unabhängig ob niedergelassen oder im Krankenhaus – auch nach ökonomischen Gesichtspunkten handeln und entscheiden.

Das Finanzierungssystem im Gesundheitswesen ist darauf ausgerichtet, die Vergütung dem Versorgungsbedarf und den Versorgungszielen anzupassen.

Der bestehende – und deutlich anwachsende – Versorgungsbedarf bei Inkontinenz- und Erkrankungen des Beckenbodens ist aktuell außerhalb des Blickwinkels und des Bewusstseins der verantwortlichen politischen Akteure geraten. Die Erkrankung wird bagatellisiert.

In den unterschiedlichen Vergütungskatalogen bestehen keine finanziellen Anreize mehr für die Behandlung der Inkontinenz- und Beckenbodenerkrankung. Die Folge: Die betroffenen Menschen bleiben unversorgt oder werden – letztlich verstärkt durch die Tabuisierung – in die mangelhafte Selbstversorgung getrieben, etwa durch den Kauf aufsaugender Hilfsmittel im Drogeriemarkt. Die Folgeerkrankungen sind vorprogrammiert und führen zu zusätzlichen Behandlungskosten.

Diese Fehlsteuerung ist vor dem Hintergrund der dargestellten Entwicklung dringend zu korrigieren, um Diagnose und Heilung von Inkontinenz und Beckenbodenerkrankungen nicht weiter zu behindern. Stattdessen ist alles daran zu setzen, eine Diagnose und Therapie der Inkontinenz und Erkrankungen des Beckenbodens zu fördern und die betroffenen Menschen zu ermutigen, sich in die ärztliche Behandlung zu begeben.

INKONTINENZ IST EINE ERNSTHAFTE ERKRANKUNG UND FUNKTIONSSTÖRUNG

**FRÜHZEITIGE DIAGNOSE UND THERAPIE SIND MEDIZINISCH SINNVOLL,
MENSCHLICH GEBOTEN UND ÖKONOMISCH NOTWENDIG – SIE VERHINDERN
FOLGEERKRANKUNGEN UND ENTLASTEN MITTELFRISTIG DAS SYSTEM.**


**DIE AKTUELLE VERGÜTUNGSSTRUKTUR VERHINDERT EINE ADÄQUATE
ÄRZTLICHE VERSORGUNG – WIRTSCHAFTLICHE FEHLANREIZE FÜHREN
ZU UNTERVERSORGUNG.**



“

Inkontinenz ist keine harmlose Alterserscheinung, sondern eine ernsthafte Erkrankung mit hohen Folgekosten. Eine umfassende ärztliche Versorgung wäre möglich – doch sie lohnt sich für viele Gesundheitseinrichtungen nicht. Der Rückzug aus der Versorgung ist Folge einer Fehlsteuerung im Vergütungssystem. Das muss sich dringend ändern!

Prof. Dr. med. Werner Kneist,
Schatzmeister der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V.
Direktor der Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Thoraxchirurgie,
Klinikum Darmstadt GmbH



ES GIBT NICHT 'DIE
INKONTINENZ' – NUR
EINE INDIVIDUELLE
DIAGNOSE ERMÖG-
LICH WIRKSAME
THERAPIE. DAS
MUSS SICH IM
VERGÜTUNGSSYSTEM
WIDERSPIEGELN.

EXKURS: VERGÜTUNGSFORMEN IM GESUNDHEITSWESEN

„Die Inkontinenz“ gibt es nicht.

Die Inkontinenz in ihren unterschiedlichen Ausprägungen ist ein Symptomkomplex, der unterschiedlichste Ursachen haben kann, die häufig noch miteinander kombiniert sind. Aus diesem Grund sind eine sehr ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung der betroffenen Patient:innen zwingende Voraussetzung für eine individuelle und gezielte Therapie. Je nach den Ergebnissen sind oftmals auch weiterführende apparative Untersuchungen und/oder labormedizinische Untersuchungen notwendig, bevor eine eindeutige Diagnose und damit ein wirksamer Therapieplan erstellt werden kann.

Doch damit nicht genug: In vielen Fällen haben verhaltensbedingte und/oder psychosomatische Aspekte einen signifikanten Anteil an der Ausprägung der Inkontinenz, die eine Beratung und Therapiebegleitung der Patient:innen erfordern.

Dies zeigt, dass die für eine erfolgreiche Therapie zwingend notwendige Ursachenanalyse sehr aufwändig ist und bedingt neben apparativem Aufwand vor allem einen hohen persönlichen Aufwand der Ärzt:innen.

Ganz real stellen Patient:innen mit der Diagnose „Inkontinenz“ in der urologischen Versorgung die zeitaufwändigste Patient:innengruppe neben den onkologischen Patient:innen dar. Dem stehen die Leistungsvergütung und damit die Versorgungsrealität bei der Diagnose „Inkontinenz“ diametral entgegen.


BEISPIELE: VERSORGUNGSALLTAG UND DIE ÄRZTLICHE VERGÜTUNGSSTRUKTUR

Im **EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)** = Vergütungssystem der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung), in dem die abrechnungsfähigen Leistungen für GKV-Patient:innen im ambulanten Sektor definiert sind, gibt es keine spezifische Abrechnungsziffer für „Inkontinenz“. Stattdessen sind alle Leistungen, die im Rahmen der Anamnese und der körperlichen Untersuchung sowie der Therapieberatung und Therapiebegleitung inkontinenter Patient:innen erbracht werden müssen, in der so genannten „Grundpauschale“ enthalten. Diese beträgt für Patient:innen ab dem 60. Lebensjahr bei Urolog:innen 22,98 €. Allerdings beträgt das dafür zur Verfügung stehende „Budget“ (RLV) z.B. in Niedersachsen nur 21,97 € (Stand Q3/23) und enthält eine Vielzahl weiterer Leistungen. Das bedeutet, dass eine Urolog:in in Niedersachsen für die oftmals 30-60 Minuten und mehr dauernde Anamnese, körperliche Untersuchung, Therapieaufklärung und in den meisten Fällen notwendige Verhaltens- und Ernährungsberatung maximal 21,97 € bekommt – und dies nur, wenn im gleichen Quartal keine anderen Budget-(RLV)-relevanten Leistungen bei dem/der Patient:in abrechnet. Dies ist zum Beispiel die Sonografie, die bei vielen inkontinenter Patient:innen notwendig ist, um die mögliche Restharnbildung zu bestimmen und in vielen KVen im Budget (RLV) enthalten ist. Das ist in keiner urologischen Praxis in Deutschland wirtschaftlich abzubilden.

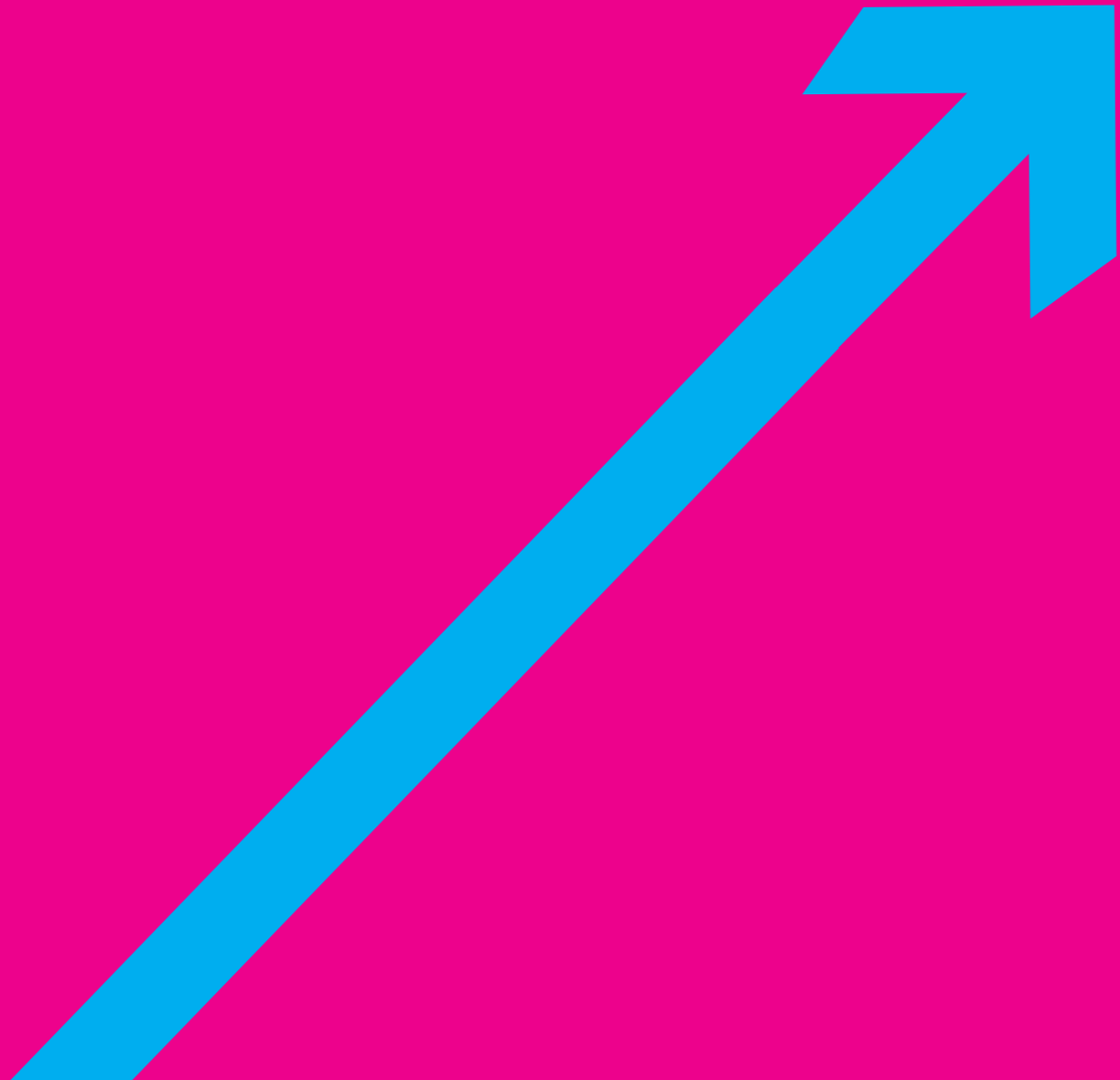
Die „**Urodynamik**“ ist die einzige technische Leistung im EBM, die sich explizit auf die Diagnostik bestimmter Formen der Inkontinenz bezieht. Die Urodynamik Untersuchung ist im Bereich der Inkontinenz eine der wichtigsten Diagnoseinstrumente. Die Untersuchung dauert je nach Umfang und Blasenkapazität in der Regel ca. 60 Minuten und wird üblicherweise durch eine Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit einer Fachärzt:in durchgeführt. Das Honorar dafür beträgt 98,25 € – ist aber in den meisten KVen ebenfalls im Budget (RLV) enthalten. Das bedeutet, sie wird bei einem Budget (RLV) von ca. 20-25 € (je nach KV) praktisch nicht bezahlt. Noch gesteigert wird dies dadurch, dass die notwendigen Spezial-Messkatheter im Wert von ca. 40 € pro Stück nicht als Sachkosten erstattet werden, sondern in der offiziellen Vergütung von 98,25 € enthalten sind. Das bedeutet, die Praxis bekommt nicht nur kein Geld für die Untersuchung, wenn ihr Budget (RLV) pro Quartal voll ist, sie muss sogar noch 40 € für den Katheter draufzahlen. Konsequenz ist, dass in der Versorgungsrealität seit Jahren ein deutlicher Rückgang von urodynamischen Untersuchungen zu verzeichnen ist. Daran ändert auch nichts, dass einzelne KVen für die Urodynamik ein zusätzliches Budget zur Verfügung stellen, das in der Regel bestenfalls Materialkosten, nicht jedoch den enormen Aufwand deckt.

In einer Forschungsarbeit von Martin Baunacke et al. von 2022 wurde nachgewiesen, dass in Deutschland von 2013 bis 2018 insgesamt ein Rückgang um 14 % der Urodynamikuntersuchungen zu verzeichnen ist(37). Im ambulanten Bereich kam es zu einem Rückgang um 11%, in Krankenhäusern sank die Nutzung der Urodynamikuntersuchung um 26 %. Auch im stationären Sektor besteht keine eigentliche Rückvergütung – die Urodynamik wird hier durch Pauschalen einer prästationären Abklärung oder im Rahmen einer persönlichen Ermächtigung ungenügend oder als „Serviceleistung“ überhaupt nicht refinanziert.

In der Konsequenz wird sowohl im ambulanten als auch im klinischen Bereich in sehr vielen Fällen keine adäquate Diagnostik und keine adäquate Therapieberatung bei inkontinenter Patient:innen durchgeführt. Dies führt zu unzureichenden oder falschen Therapien, im schlimmsten Fall sogar zu falschen Indikationsstellungen von Operationen. In allen Fällen aber zu erheblichen Folgekosten im Gesundheitswesen und einer dramatischen Belastung der Patient:innen bei einer Erkrankung, die in den meisten Fällen bei adäquater Anamnese, Diagnostik und Beratung gut therapierbar wäre.



EINE ADÄQUATE
DIAGNOSTIK UND
THERAPIEBERATUNG
BEI INKONTINENTEN
PATIENT:INNEN
FINDET IN VIELEN
FÄLLEN NICHT STATT.



**DER POLITISCHE
HANDLUNGSBEDARF
IST OFFENSICHTLICH.**

ARZNEIMITTELVERSORGUNG: SICHERHEIT, QUALITÄT UND INNOVATION

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von vergleichbaren Arzneimitteln, zum Teil auch identischer Zusammensetzung. Die Preise auf dem Arzneimittelmarkt variieren jedoch stark. Um die Krankenversicherung (GKV) nicht ungebührlich mit Arzneimittelkosten zu belasten und bestmöglich preisgünstige und qualitativ gleichwertige Medikamente zur Verfügung zu stellen, wurden 1989 Arzneimittelfestbeträge, also Höchstbeträge für die Erstattung von Arzneimittelpreisen, eingeführt. Hier sind aktuell alle Inkontinenzmedikamente, die zur Behandlung etwa der Überaktiven Blase (ÜAB) eingesetzt werden (Anticholinergika und β -3-Mimetika) in einer Festbetragsgruppe zusammengefasst und unterliegen dem Wettbewerb durch Rabattverträge.

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Inkontinenzpatient:innen zeigen sich Probleme mit dem „aut idem“ Verfahren, also dem Signal der Ärzt:in, dass auch der Austausch mit einem Präparat mit gleichem Wirkstoff möglich ist. Gemäß der aut-idem-Regelung muss die Apotheker:in in der Regel ein kostengünstiges Präparat wählen. Häufig unterscheiden sich die Präparate dann in Form, Farbe oder Größe. Das kann zur Verunsicherung von Patient:innen führen und in der Folge zur Abnahme der nötigen Compliance der Einnahme.

Sicherheit und Qualität sind wichtige Bausteine der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung, siehe § 1 Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG). Ohne Innovation ist beides dauerhaft nicht zu gewährleisten.

Rabattverträge, die Wettbewerb verhindern, wie zum Beispiel Exklusivverträge mit nur einem Anbieter, hemmen diese Innovationen. Die Arzneimittelhersteller werden in einen Kostendruck getrieben, was unweigerlich zu einer Einschränkung der Innovationsbemühungen führt.

Letztlich ist es die Ausgestaltung der Rabattverträge, die ausschlaggebend für die Entwicklung der Innovationsbemühungen bei den Arzneimittelherstellern und auch für die Versorgungssicherheit selbst ist.

Statt Exklusivverträge sind sogenannte Open-House-Modelle zu bevorzugen, denen alle Hersteller beitreten können, die die Vorgaben der Kassen erfüllen. Diese Modelle erhöhen die Versorgungssicherheit, ohne die Innovationskraft zu bremsen.

Was die Versorgungssicherheit betrifft, ist ein weiterer wichtiger Aspekt, dass bei der Vergabe von Rabattverträgen künftig nicht nur der Preis, sondern auch Kriterien wie Qualität, Umweltschutz- und Sozialstandards zu berücksichtigen sind.

Für die Versorgungssicherheit sollte bei den Ausschreibungen auch darauf geachtet werden, dass entsprechende Wirkstoffe von unterschiedlichen Herstellern stammen. Auf diese Weise kann auch die Arzneimittelherstellung und Wirkstoffherstellung in Deutschland bzw. Europa gefördert werden. Alternativ bietet sich auch an originale Arzneimittel von den Verträgen auszunehmen und Rabattverträge nur für generische Arzneimittel abzuschließen, die keinen Patentschutz mehr haben.

ENTSCHEIDENDE ASPEKTE FÜR EINE ZUKUNFTSFÄHIGE ARZNEIMITTELVERSORGUNG

MEHR ALS NUR DER PREIS ZÄHLT: BEI RABATTVERTRÄGEN MÜSSEN AUCH QUALITÄTS-, UMWELT- UND SOZIALSTANDARDS BERÜCKSICHTIGT WERDEN

LIEFERFÄHIGKEIT STÄRKEN: VIELFALT BEI DEN HERSTELLERN SICHERT DIE VERSORGUNG - DIE PRODUKTION IN DEUTSCHLAND UND EUROPA IST AUSZUBAUEN

PATIENTENSICHERHEIT GEHT VOR: KOSTENERSPARNISSE DÜRFEN NICHT ZU LASTEN VON SICHERHEIT UND THERAPIETREUE GEHEN



**ARZNEIMITTEL-
VERSORGUNG BRAUCHT
QUALITÄT, TRANSPARENZ
UND VERLÄSSLICHKEIT.
NICHT NUR RABATT.**



Eine Inkontinenztherapie nimmt Zeit in Anspruch. Während der Behandlung und auch darüber hinaus kann eine Hilfsmittelversorgung notwendig sein. Um eine optimale und qualitativ hochwertige Versorgung für Hilfsmittel sicher zu stellen, ist die Hilfsmittelberatung von besonderer Bedeutung. Nur so können die individuell bedarfsgerechten Hilfsmittel gefunden werden.

Um die Dimension deutlich zu machen: Nach Angaben des GKV-Spitzenverband werden etwa 1,5 Mio. von Inkontinenz betroffene Menschen mit aufsaugenden Hilfsmitteln wie spezielle Vorlagen oder Inkontinenzhosen versorgt.⁽³⁸⁾ Die Inkontinenzversorgung mit aufsaugenden Hilfsmitteln ist im Grundsatz eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die von den Krankenkassen bezuschusst oder vollständig übernommen wird. Sie folgt dem Sachleistungsprinzip. Der Anspruch ist im SGB V § 33 geregelt und die Kassen sind verpflichtet, Inkontinenz-Patient:innen ab Schweregrad 2 mit individuell notwendigen Inkontinenzhilfsmitteln auszustatten. Das Hilfsmittelverzeichnis konkretisiert diesen Sachleistungsanspruch.

Die Notwendigkeit der Beratung, Bemusterung und der intensive Austausch mit den Patient:innen wird auch von Krankenkassen betont. Im Alltag der Betroffenen zeigt sich ein anderes Bild. Die Versorgung mit Inkontinenzmitteln ist nicht zufriedenstellend. Eine angemessene Beratung nach festgelegten Qualitätsstandards findet nicht oder nur ungenügend statt.

Die Chancen einer medizinischen Behandlung und umfassenden Hilfsmittelberatung als Teil der Therapie werden vertan. Diese Entwicklung ist im Wesentlichen auf die zu geringen Pauschalen zurückzuführen, die unabhängig vom individuellen Bedarf, dem Schweregrad der Inkontinenz oder der Art des Produkts gezahlt werden.

Ein Leistungserbringer erhält für einen Versicherten mit leichter Harninkontinenz die gleiche Pauschale wie für einen Versicherten mit schwerer Doppelinkontinenz, obwohl der Versorgungsbedarf und die Kosten erheblich voneinander abweichen.

Die Konsequenz ist, dass insbesondere bei schweren Fällen oder speziellen Produkthanforderungen die Versorgung regelmäßig unterfinanziert ist. Die Pauschale deckt in diesen Fällen die tatsächlichen Kosten nicht ab, sodass Versicherte zu privaten Aufzahlungen gedrängt werden, obwohl diese laut § 33 SGB V ausgeschlossen sind (Sachleistungsprinzip).

Die Höhe der Vergütungspauschalen wird von den Krankenkassen mit den Leistungserbringern verhandelt und in Verträgen festgelegt. Die Vergütung unterscheidet sich innerhalb einer Produktgruppe bei aufsaugenden Hilfsmitteln nicht, die Produktarten wie Vorlagen oder Windelhosen und damit auch der Schweregrad der Inkontinenz wird nicht differenziert betrachtet. Häufig wird nur eine eingeschränkte Auswahl an Produkten für die Betroffenen angeboten. Dies stellt eine enorme Einschränkung für die bedarfsgerechte Versorgung dar, die die Besonderheiten und Lebensumstände des Betroffenen nicht einbezieht.

Die Betroffenen haben kaum mehr Mitspracherecht bei der Auswahl der Hilfsmittel und müssen teilweise hohe Zuzahlungen leisten, um ein bedarfsgerechtes Produkt zu erhalten. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen, die Vergütungspauschalen für aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel in den letzten Jahren weiter verringert haben, um weiter Kosten einzusparen. Zum Nachteil der Betroffenen.



Eine umfassende Versorgung und Begleitung bei Inkontinenz und Entleerungsstörungen erfordert einen einfachen Zugang zur Diagnostik, der jedoch durch fehlende Kostendeckung zunehmend erschwert wird – mit der Folge, dass Betroffene länger auf notwendige Untersuchungen warten oder diese gar nicht erhalten. Damit die Bedürfnisse und gesetzlichen Ansprüche der Betroffenen wirklich berücksichtigt werden, müssen alle Elemente der Versorgungskette – von der Diagnostik über die Therapie bis zur individuellen Beratung bei der Hilfsmittelversorgung – zugänglich und aufeinander abgestimmt sein, sich sinnvoll ergänzen und möglichst wenige Hürden enthalten.

Matthias Zeisberger
1. Vorsitzender der Inkontinenz Selbsthilfe e.V.
www.inkontinenz-selbsthilfe.com

BEISPIELE FÜR DIE SENKUNG DER VERGÜTUNGSPAUSCHALEN:

**DIE AOK NORDWEST VERRINGERTE DIE VERGÜTUNG FÜR
AUFSAUGENDE INKONTINENZHILFEN 2022 UM 30 % VON 17 € AUF 12 €**

**DIE AOK RHEINLAND/HAMBURG VERRINGERTEN 2022 UM 25 % VON
RUND 20 € PRO MONAT AUF RUND 15 €**

**DIE BARMER GEK HAT DIE VERGÜTUNG 2019 UM 20 %
REDUZIERT, VON 18 € AUF 14 €**

Aber nicht nur der undifferenzierte Umgang hinsichtlich des bestehenden Schweregrads der Inkontinenz und hinsichtlich der Produktgruppen ist problematisch. Auch was die benötigte Menge der aufsaugenden Hilfsmittel betrifft, besteht Handlungsbedarf.

Die benötigte Stückzahl wird auf Basis der im Prüflabor – beispielsweise mithilfe eines Prüftorsos – ermittelten, theoretischen Aufnahmekapazität der aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel berechnet. In der praktischen Anwendung und im Alltag der Anwender:innen weichen diese Werte jedoch oftmals deutlich von den tatsächlichen Bedürfnissen und Bedarfen ab.

Diese dargestellten Einschränkungen in der Hilfsmittelversorgung sind gesetzlich nicht gewollt.

Nach § 33 SGBV besteht ein Anspruch auf eine bedarfsgerechte Versorgung ohne wirtschaftliche Aufzählungen.

An dieser Stelle sei der Vollständigkeit halber dargestellt, dass ableitende Hilfsmittel über Festbetragsvereinbarungen vergütet werden. Daher gibt es bei diesem Hilfsmittel deutlich weniger Probleme in Bezug auf wirtschaftliche Aufzahlung. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass bei den ableitenden Hilfsmitteln häufig das Problem von Mengenbeschränkungen besteht.

Das System der Pauschalvergütung bei der Hilfsmittelversorgung muss an die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe angepasst werden. Niedrige und vor allem undifferenzierte Pauschalen sind kein geeignetes Instrument zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung.

Sie sind nicht mehr und nicht weniger als ein Vergütungsmodell, das derzeit deutlich zu niedrig angesetzt ist.

Die derzeit sehr unterschiedlichen Pauschalen der Krankenkassen sollten auf einem deutlich höheren Niveau als bisher vereinheitlicht werden. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die Versorgung weiterhin bedarfsgerecht und individuell an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst bleibt.

Darüber hinaus ist es wünschenswert und notwendig, den Fokus verstärkt auf Innovationen im Bereich Hilfsmittel zu legen und Innovationen in diesem Bereich zu fördern.

Dies gilt insbesondere für Systeme, die gegebenenfalls in anderen Ländern bereits erfolgreich eingesetzt werden.

Von besonderer Bedeutung ist darüber hinaus den Beratungsprozess auf Basis der S2k- Leitlinie „Hilfsmittelberatung“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) zu standardisieren und gesondert zu vergüten, so dass eine abgestimmte Versorgung wieder gewährleistet ist. Dies hätte auch den Vorteil, dass sich die Hilfsmittelversorgung nicht nur um aufsaugende Hilfsmittel dreht, sondern auch andere Hilfsmittel wie etwa das Kondomurinal oder die oft beratungs- und schulungsintensive Selbstkatheterisierung einbezogen werden. Dadurch können Therapien besser begleitet werden.

Im Zusammenhang mit dem Beratungsprozess ist es darüber hinaus auch wünschenswert, die Ärzteschaft gezielt zum Thema Inkontinenzversorgung zu schulen. Auf diese Weise könnte erreicht werden, dass Inkontinenz ordnungsgemäß diagnostiziert wird, angemessene Therapien zu einer Verbesserung oder Heilung eingeleitet werden und Verordnungen spezifischer gestellt werden können.

Zur Gewährleistung von Qualität, Sicherheit der Produkte und für eine qualitativ hochwertige Versorgung müssen die Hilfsmittel den Anforderungen des Hilfsmittelverzeichnisses entsprechen. Die bestehende Unterfinanzierung und die ausbleibende oder zum Teil mangelhafte Beratung, haben zur Folge, dass Betroffene gänzlich auf die ärztlich überwachte Hilfsmittelversorgung verzichten.

VERHANDELTE VERGÜTUNGSPAUSCHALEN MÜSSEN SICH AM VERSORGUNGSBEDARF ORIENTIEREN – INDIVIDUELL UND DIFFERENZIIERT

INKONTINENZBERATUNG VERPFLICHTEND EINFÜHREN UND GESONDERT VERGÜTEN – FÜR EINE QUALITÄTSGESICHERTE, INDIKATIONSGERECHTE VERSORGUNG

FÜR EINE BEDARFGERECHTE HILFSMITTELVERSORGUNG SIND FOLGENDE ASPEKTE VON BEDEUTUNG

INDIVIDUELLE VERSORGUNGSBEDARFE MÜSSEN BERÜCKSICHTIGUNG FINDEN

DIE INKONTINENZBERATUNG IST NACH DER LEITLINIE HILFSMITTELBERATUNG SICHERZUSTELLEN UND GESONDERT ZU VERGÜTEN

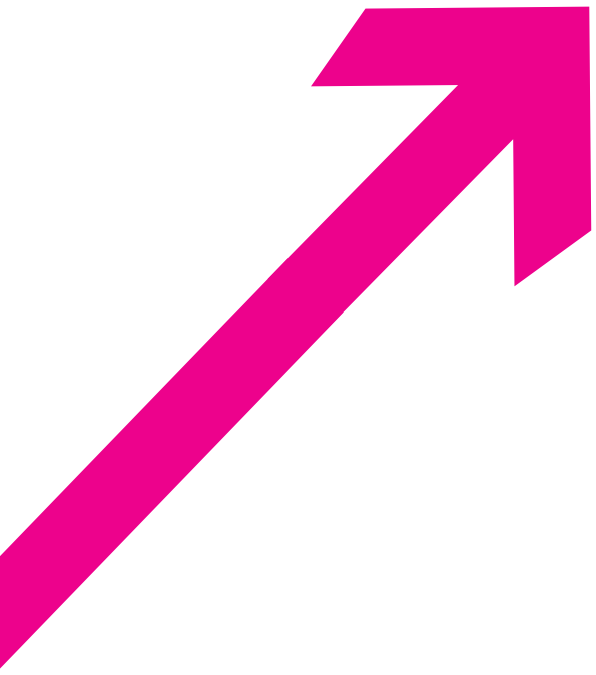
7 SCHLUSSBEMERKUNG

Wie aufgezeigt worden ist, führen vermeintliche Einsparungen in der Erforschung, Diagnose und Behandlung von Beckenbodenerkrankungen und Inkontinenz nicht zu niedrigeren, sondern zu höheren Kosten im Gesundheitswesen und auch im Sozialwesen.

Das persönliche Leid, das Menschen mit einer Inkontinenzkrankung und auch ihre Familien und Freunde erdulden, lässt sich nicht an Zahlen festmachen. Die gesellschaftlichen Belastungen sind auch vor diesem Hintergrund hoch.

Auch wenn noch keine verlässlichen und stringenten Berechnungen vorliegen, konnte hier doch dargelegt werden, dass eine unbehandelte Beckenboden- und Inkontinenzkrankung, zu hohen volkswirtschaftlichen Kosten führt: zum einen direkt durch ambulante und stationäre Behandlung insbesondere der Folgeerkrankungen, zum anderen indirekt durch sekundäre Kosten, wie Erwerbsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus binden Inkontinenzkrankungen dringend benötigte Ressourcen in der Pflege.

Die frühzeitige Therapie von Inkontinenzkrankungen beenden nicht nur das körperliche und psychische Leiden erkrankter Menschen, es ist zugleich mittel- und langfristig ein aktiver Beitrag zur finanziellen Entlastung des Gesundheitswesens. Inkontinenzkrankungen und Erkrankungen des Beckenbodens müssen in den gesundheitspolitischen Fokus gerückt werden.



WIR BRAUCHEN DRINGEND EINE NATIONALE GESUNDHEITSSTRATEGIE INKONTINENZ.

Kommen Sie mit uns ins Gespräch!

Dr. Marion Friers

Geschäftsführerin

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.

Friedrichstraße 15

60323 Frankfurt

Telefon: 069 – 795 88 393

Telefax: 069 – 795 88 383

E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de

Internet: www.kontinenz-gesellschaft.de

QUELLEN

- (1) Für Deutschland existieren unterschiedliche Angaben. Nach Angaben der Landesärztekammer Hessen: [https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2024/dezember-2024/harninkontinenz#:~:text=Die%20H%C3%A4ufigkeit%20der%20Inkontinenz%20nimmt%20mit%20dem%20Alter,chronische%20Erkrankung%2C%20noch%20vor%20Hypertonie%20und%20Diabetes%20mellitus](https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2024/dezember-2024/harninkontinenz#:~:text=Die%20H%C3%A4ufigkeit%20der%20Inkontinenz%20nimmt%20mit%20dem%20Alter,chronische%20Erkrankung%2C%20noch%20vor%20Hypertonie%20und%20Diabetes%20mellitus.). Eine weitere Statistik ist bei Statista einzusehen: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1231323/umfrage/blasenschwaeche-unter-frauen-in-deutschland-nach-art-der-betroffenheit/>. Neure Daten aus einer deutsch-dänischen Untersuchung von 2017 zeigen eine Prävalenz bei Frauen mit steigendem Alter über 18 Jahre von 48,3 %. Vgl. dazu AWMF-Leitlinie 015-091 S2k Leitlinie Harninkontinenz der Frau, Dezember 2021, S. 52
- (2) An Urge to Act. THE HEALTH, SOCIO-ECONOMIC AND ENVIRONMENTAL COSTS OF CONTINENCE PROBLEMS IN THE EU. Herausgegeben von der Association of Urology EAU 2023
- (3) Urology Week 24-30 September 2023. <https://uroweb.org/press-releases/the-annual-economic-burden-of-urinary-incontinence-could-reach-87-billion-in-2030-if-no-action-is-taken>. Ausführliche Veröffentlichung: THE HEALTH, SOCIO-ECONOMIC AND ENVIRONMENTAL COSTS OF CONTINENCE PROBLEMS IN THE EU. Herausgegeben von der European Association of Urology EAU 2023
- (4) Amy Walker: Krankenkassen treten Patientenrechte mit Füßen. Zwei Kassen verlieren Rechtstreit. In: Frankfurter Rundschau vom 23.10.2023
- (5) Robert Koch Institut – Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 39, Harninkontinenz, S. 17. Ebenso: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1231321/umfrage/umfrage-zu-blasenschwaeche-unter-frauen-in-deutschland-nach-alter/#:~:text=Ver%C3%B6ffentlicht%20von%20Rainer%20Radtke%2C%2024.01.2022%20In%20einer%20von,49%20Jahren%20an%2C%20unter%20einer%20Blasenschw%C3%A4che%20zu%20leiden>
- (6) A. Hennessey, N.P. Robertson, R. Swingler, D.A. Compston: Urinary, faecal and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. In: Journal of Neurology 1999; 246 (11): S.1027–32
- (7) William Dodd, Kartik Motwani, Coulter Small et al.: Spinal cord injury and neurogenic lower urinary tract dysfunction: what do we know and where are we going? In: Journal of Mens Health, 2022;18 (1):24. Siehe: <https://www.jomh.org/articles/10.31083/jjomh1801024>
- (8) Angaben Landesärztekammer Hessen: <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2024/dezember-2024/harninkontinenz>
- (9) https://www.gesundheitsatlas-deutschland.de/erkrankung/arterielle_hypertonie?activeValueType=praevalence&activeLayerType=state
- (10) <https://herzstiftung.de/infos-zu-herzerkrankungen/herzinsuffizienz> – etwa vier Millionen Menschen leiden in Deutschland an Herzschwäche. Vgl. auch Stephan Ensminger, Holger Tehile, Volkmar Falk, Volker Rudolph: Der Deutsche Herzbericht – Update 2024 – Eine Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse. In: Die Kardiologie (vormals Der Kardiologe) 24.10.2024, <https://link.springer.com/article/10.1007/s12181-024-00715-7>
- (11) Siehe Statistik: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210910-1> 7,2% der Menschen in Europa geben an, an einer Depression zu leiden. In Deutschland sind es 9,7% der Frauen. Vgl. auch Robert-Koch Institut, Erkennen- Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Psychische Gesundheit in Deutschland. DEGS-Studie, S.45 https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/DEGS/degs_start_inhalt.html
- (12) Vgl. Deutsche Diabetes Gesellschaft https://www.ddg.info/fileadmin/user_upload/DDG_Factsheet_Stand_Maerz_2022_F.pdf
- (13) Vgl. Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Informationsblatt 1: <https://www.deutsche-alzheimer.de/artikel/deutsche-alzheimer-gesellschaft-stellt-neue-zahlen-zur-demenz-vor-in-den-kommenden-jahren-immer-mehr-menschen-betroffen>
- (14) Zu den unterschiedlichen Formen der Inkontinenzkrankungen siehe auch die zusammenfassende Informationsbroschüre „Harn- und Stuhlinkontinenz“ der Deutschen Kontinenz Gesellschaft e.V., Ausgabe 2025
- (15) Alex Todhunter-Brown, Christine Hazelton et al.: Conservative interventions for treating urinary incontinence in women: an Overview of Chorane systemativ reviews. 02. September 2022. Siehe: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012337.pub2/full> https://www.cochrane.org/de/evidence/CD012337_conservative-interventions-urinary-incontinence-women-overview-cochrane-reviews Vgl. auch: AWMF-Leitlinie 015-091 S2k-Leitlinie Harninkontinenz der Frau, Dezember 2021
- (16) Gesundheitsreport „Depression - Wie die Krankheit unsere Seele belastet“ der Allianz Deutschland AG und des Rheinisch Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI), Herausgegeben 2011
- (17) W.D. Steers, K.S. Lee: Depression and incontinence. In: World Journal of Urology, 2001 Nov;19(5):351-7. doi: 10.1007/s003450100227. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11760784/>
- (18) Kristin J. Hung, Christopher S. Awtrey, Alexander C. Tsai: Urinary Incontinence, Depression, and Economic Outcomes in a Cohort of Women between the Ages of 54 and 65 Years, 2014. In: Obstetrics & Gynecology 123 (4), S. 822-827, April 2014
- (19) Theodor Klotz, Bernd Brüggjenjürgen, Martin Burkart, Ansgar Resch: The economic cost of overactive bladder in Germany. In: European Urology 2007 Jun; 51 (6):1654-62
- (20) Angaben der Uniklinik RWTH Aachen: <https://www.ukaachen.de/en/kliniken-institute/klinik-fuer-urologie-und-kinderurologie/fuer-patienten/erkrankungen/blase/ueberaktive-blase/> Ebenso folgende Studie: Noriaki Kurita, Shin Yamazaki, Norio Fukumori et al: Overactive bladder symptom severity is associated with falls in community-dwelling adults: LOHAS study. In BMJ Open. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/5/e002413.full.pdf>
- (21) Florian Zandt: So belasten Brüche das deutsche Gesundheitswesen, 20.10.2021. Siehe: <https://de.statista.com/infografik/26008/geschaeetzte-kosten-in-zusammenhang-mit-fragilitaetsfrakturen/> Die Zahl von ca. 14.800 € pro Sturz mit Fraktur ergibt sich aus einer einfachen Division der Gesamtkosten durch die Anzahl der Fälle im Jahr 2017: Laut der International Osteoporosis Foundation (IOF) traten in Deutschland im Jahr 2017 etwa 765.000 Fragilitätsfrakturen auf. Die damit verbundenen Gesamtkosten für das Gesundheitssystem lagen bei 11,3 Milliarden Euro. Dazu auch: Uwe Fachinger, Birte Schöpke, Svenja Halten: Zur ökonomischen Relevanz von Lösungen zur Sturzerkennung.

- Discussion Paper 22/2025. Institut für Gerontologie – Ökonomie und Demographischer Wandel. Universität Vechta. https://www.uni-vechta.de/fileadmin/user_upload/Gerontologie/Discussion_Paper/Discussion_Paper_22_2015.pdf
- <https://www.gbe.rki.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Sass-2019-Sturzunfaelle-bei-Erwachsenen.html>
- (22) Chrissy Bishop, Federico Rodrigues-Cairolí, Arnold Hagens et al.: Prevalence, Socioeconomic, and Environmental Costs of Urinary Incontinence in the European Union. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40483231/>
- Siehe auch: The European Association of Urology (Policy Office) (Hrsg.): Die gesundheitlichen, sozioökonomischen und ökologischen Kosten von Kontinenzproblemen in der EAU. EU-Gesundheitspolitik für Kontinenz: Ein Grundsatzprogramm für politische Reformen. European Association of Urology (EAU): An Urge to Act: The Health, Socio Economic and Environmental Costs of Continence Problems in the EU. Siehe: https://d56bochluxqz.cloudfront.net/media/Socio-economic_report_UrgetoAct.pdf
- (23) European Association of Urology (EAU) : An Urge to Act: The Health, Socio Economic and Environmental Costs of Continence Problems in the EU https://d56bochluxqz.cloudfront.net/media/Socio-economic_report_UrgetoAct.pdf
- (24) <https://www.aerzteblatt.de/archiv/katheter-assoziierte-harnwegsinfektionen-bei-erwachsenen-patienten-37358c27-e6b0-4988-b0f3-e59a47d5eda0>.
- (25) <https://www.vorsorge-online.de/magazin/vorsorge-in-zahlen/details/sepsis-mehr-als-jede-zehnte-durch-harnwegsinfektionen>
- (26) https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/praktische-krankenhaushygiene-und-umweltschutz/kosten-nosokomialer-infektionen?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-41169-4_22
- (27) Lulseged M. Asegu, Anne Kitschen, Meike M. Neuwirth, Dirk Sauerland: The economic burden of nosocomial infections for hospitals: evidence from Germany. In: BMC Infectious Diseases, 13.11.2024.: 1294. Siehe: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39538236/>
- (28) Angaben von BVMed – Hochrechnung basieren auf Daten des statistischen Bundesamtes und dem Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System-KISS). Basierend auf R.-P. Vonberg, M. Behnke, H. Rüden, P. Gastmeier: Kosten durch Harnwegsinfektionen in Deutschland. Eine Hochrechnung der Daten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. In: Die Urologie, Volume 47, Seite 54-58, (2008). 29.11.2007. Bitte beachten Sie die Änderung des Zeitschriftentitels von „Der Urologe“ in „Die Urologie“ im Jahr 2022
- (29) R.-P. Vonberg, M. Behnke, H. Rüden, P. Gastmeier: Kosten durch Harnwegsinfektionen in Deutschland. Eine Hochrechnung der Daten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System. In: Die Urologie, Volume 47, Seite 54-58, (2008). 29. 11.2007. Bitte beachten Sie die Änderung des Zeitschriftentitels von „Der Urologe“ in „Die Urologie“ im Jahr 2022
- (30) Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung Deutschlands bis 20260. 13. koordinierte Bevölkerungsberechnung, S. 48
- (31) Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Bevölkerung Deutschlands bis 20260. 13. koordinierte Bevölkerungsberechnung, S. 24
- (32) <https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Gesundheit-im-Lebensverlauf/Demografischer-Wandel/demografischer-wandel-node.html>. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland 2015. Kapitel 09. Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Gesundheit-in-Deutschland/09_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- (33) <https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/aktuelle-meldungen/1635-aktualisierte-dgg-leitlinie-zu-harninkontinenz-veroeffentlicht>. Siehe auch: S2k-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (u.a.): Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten – Diagnostik und Therapie. Version. Nr. 7.1. (update 2024). AWMF-Register Nr. 084/001.
- (34) Daniela Metzenbauer, Karin Haubenwaller: Kontinenzmanagement in einer Langzeitpflegeeinrichtung. Prävalenzdaten als Grundlage für eine professionelle Pflege bei Inkontinenz. In: Pro Care. Pflegepraxis 31.October 2024, Volume 29, S. 24-28, (2024). Vgl. dazu auch Ralf Suhr, Nils Axel Lahmann, Urinary incontinence in home care: a representative multicenter study on prevalence, severity, impact on quality of life, and risk factors. In: Ageing Clinical and Experimental Research, Volume 30, 2018, S. 589-594. Siehe auch: <https://at.lpz-um.eu/de/CareIndicators/Incontinence>
- (35) Ralf Suhr, Nils Axel Lahmann, Urinary incontinence in home care: a representative multicenter study on prevalence, severity, impact on quality of life, and risk factors. In: Ageing Clinical and Experimental Research, Volume 30, 2018, S. 589-594
- (36) Kenneth M. Langa, Nancy H. Fultz, Sanjay Saint, et al.: Informal caregiving time and costs for urinary incontinence in older individuals in the United States. In: Journal of the American Geriatrics Society (J Am Geriatr Soc) 2002; 50:733–7, Apr. 2002. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11982676/>
- (37) Martin Braunacke et al.: Decreasing Number of Urodynamics in Urological and Gynecological Clinics Reflects Decreased Importance for Surgical Indications: German Population-Based Data from 2013 to 2019. In: Urologia Internationalis 2022, S. 1068-1074
- (38) GKV-Spitzenverband: Pressemitteilung vom 15. März 2016: Qualität der Inkontinenzversorgung wird deutlich verbessert. Siehe: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/PM_2016_03_15_Qualitaet_der_Inkontinenzversorgung_wird_deutlich_verbessert.pdf

IMPRESSUM

Herausgeber und verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V., 1. Vorsitzender, Prof. Dr. med. A. Wiedemann, Friedrichstraße 15, 60323 Frankfurt am Main **Satz und Druck:** Die Umwelt Druckerei, Digital- und Printmedien, Haus der Medien, Bödekerstraße 10, 30161 Hannover **Layout, Design:** Rebecca Donner, www.rebecca-donner.de **Alle Rechte vorbehalten:** Die Deutsche Kontinenz Gesellschaft behält sich sämtliche Rechte an den Inhalten dieser Publikation vor – einschließlich Nachdruck, Vervielfältigung, öffentlicher Vorführung, Sendung, sowie Speicherung in elektronischen Systemen. Dies gilt auch für Auszüge und Abbildungen.

Fotonachweise: Stockfotos © Adobe Stock, Stockfotos © Shutterstock, Fotografien auf den Seiten 4,17,23,31: Adalis/Jan Stehli



GEMEINSAM
VERÄNDERUNG
SCHAFFEN