

Journal für

Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Kostenproblem Harninkontinenz

Füsgen I

Journal für Urologie und

*Urogynäkologie 1998; 5 (1) (Ausgabe
für Österreich), 7-12*

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

I. Füsgen

KOSTENPROBLEM HARNINKONTINENZ

Die durch Inkontinenz verursachten Kosten für den Einzelnen bzw. für die Gesellschaft kann wahrscheinlich zum jetzigen Zeitpunkt niemand genau feststellen. Dies ist einerseits ohne Zweifel durch den Tabuisierungsgrad des Krankheitsbildes bedingt, andererseits aber auch durch die vielfältigen Einflüsse der Inkontinenz auf den Menschen und das tägliche Leben. Ohne Zweifel entstehen dem Gesundheitswesen erhebliche medizinische, pflegerische und direkt finanzielle Kosten und den Betroffenen „Kosten“ durch persönliches Leid [1]. In der vorliegenden Arbeit wird versucht, die Inkontinenz mit ihren „Kosten“ oder besser ausgedrückt „Einschränkungen, Belastungen und Schädigungen“ in ihrer gesamten Bandbreite soweit wie möglich aufzuzeigen.

Kosten werden üblicherweise in Form einer Geldsumme oder entsprechender Aufwendungen ausgedrückt. Inkontinenz mit seinen Problemen bedeutet aber – wie angesprochen – mehr als nur reine Geld- oder Sachkosten und bedeutet zusätzlich auch Einschränkungen und Belastungen, z. B. notwendige Anstrengungen, Leiden oder sogar Verlust. In diesem Sinne kann man die Inkontinenz in drei sich überschneidende „Kostenbereiche“ zur Aufarbeitung des Themas nach Wyman [2] einteilen: somatisch, psychosozial und ökonomisch.

KÖRPERLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

Kosten für körperliche Probleme können einerseits direkt durch

die Inkontinenz bedingt sein, andererseits indirekt Folge der Inkontinenzbehandlung sein (Tab. 1). Hier sind besonders Hautprobleme (Dermatitis) und Infektionen zu nennen. Weitere Problembereiche sind Harnwegsinfekte, Druckgeschwüre bei immobilen Patienten, Stürze bei behinderten älteren Patienten (häufig beim Gang von und zur Toilette), und im Einzelfall sogar eine Urosepsis [3, 4, 5]. Von Inkontinenz Betroffene vermeiden körperliche Aktivitäten, um nicht Gefahr zu laufen, mit einem ungewollten Urinabgang konfrontiert zu werden, bauen körperlich ab und sind dann auch vermehrt von Stürzen betroffen.

Als Beispiel für indirekt entstehende Kosten wäre das Beispiel des Pilzbefalls der Vagina als Konsequenz einer antibiotischen Behandlung wegen eines Harnwegsinfektes zu nennen. Beispiele für andere indirekt auftretende Kosten wären iatrogene Komplikationen und allergische Reaktionen durch Urologika, die bei Inkontinenz eingesetzt werden. Aber auch allergische Reaktionen durch

Urin-Katheter oder andere eingesetzte Hilfsmittel müssen an dieser Stelle erwähnt werden.

Eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse zum Vergleich von Mehrwegartikel und Einwegvorlagen hat für die Verwendung von Einwegvorlagen eine Besserung des Hautzustandes um 65 % gezeigt, verglichen mit einer Besserung von nur 3 % beim Verwenden von Mehrwegartikeln aus Stoff. Auch sind insgesamt die Einwegvorlagen kostengünstiger als Mehrwegvorlagen [6–8].

Neben der Form der Inkontinenzversorgung dürfte auch die Qualität des jeweiligen Inkontinenzhilfsmittels beim Thema Wirtschaftlichkeit und Kosten eine entscheidende Rolle spielen. Im Rahmen einer Studie über Hautunverträglichkeit der verschiedenen körpernahen Inkontinenzhilfsmittel [9] zeigte sich recht deutlich die wirtschaftliche Abhängigkeit von der Art des Produktes. Je geringer die Qualität des Inkontinenzhilfsmittels, desto eher ist mit Hautunverträglichkeiten zu rechnen, und die Inkontinenzversorgung wird insgesamt teurer. Seit August 1997 liegen nun eindeutige Qualitätsvorstellungen für den Hilfsmittelbereich vor, die im Rahmen der WHO-Konsensus-Konferenz in Bonn erarbeitet wurden (Tab. 2).

Es gibt bisher keine detaillierten Erhebungen bzw. finanziellen Einschätzungen aus der Bundesrepublik Deutschland zu diesem gesamten Problemkreis. Die einzigen vorliegenden Zahlen stammen aus den USA und betreffen Untersuchungen pfl-

Tabelle 1: Körperliche Beeinträchtigungen durch Inkontinenz

Direkte Kosten

- Hautunverträglichkeiten
- Harnwegsinfekt
- Druckgeschwür
- Stürze
- Urosepsis
- Einschränkung der körperlichen Aktivität

Indirekte Kosten

- Allergie (medikamentös, aber auch durch Hilfsmittel)
- Medikamentennebenwirkung
- Medikamenteninteraktion

Tabelle 2: Qualitätsanforderungen an aufsaugende Hilfsmittel (WHO-Konsensus-Konferenz, Bonn 20.08.1997)

- Lebensqualität
(Handling, Rutschsicherheit im Alltag und Diskretion, Geruchssicherheit, geräuscharm, Tragekomfort, Hautschutz, Produktsicherheit, Auslauf-sicherheit, diskrete Entsorgung, Produktverfügbarkeit)
- Wirtschaftlichkeit
- Umweltgerechtes Produkt

gebedürftiger Inkontinenter [10–12]. Nach diesen amerikanischen Untersuchungen haben 35 % der pflegebedürftigen Patienten Hautveränderungen, die einer speziellen Hautpflege bedürfen, 12 % haben ausgeprägte Hautprobleme, die eine ärztliche Behandlung erfordern und 3 % haben Druckgeschwüre. Dafür wurde von den Untersuchern für die Hautpflege ein Betrag zwischen 55,- bis 166,- US\$ (Grundlage 1988) abhängig vom Typ und der Schwere der Hautveränderungen mit insgesamt jährlichen Kosten über 70,5 Mio. US\$ für alle Pflegeheime in den USA errechnet [7, 8, 13].

PSYCHOSOZIALE PROBLEME

Eine Reihe von psychosozialen Problemen werden in der vorliegenden Literatur beschrieben (Tab. 3). Studien über die dadurch verursachten Kosten liegen aber bisher nicht vor. Besonders zu erwähnen sind Scham, Angst, Frustration, Furcht, Depression, sozialer Rückzug bis zur sozialen Isolation, Verlust der Selbstachtung, Rollenverlust in der Gesellschaft, Sexualstörungen,

Tabelle 3: Psychosoziale Probleme (nach [2, 14] zusammengestellt und ergänzt)

Auswirkungen auf den Betroffenen

Scham, Angst, Trauer, Auflehnung, Resignation, Depression, sozialer Rückzug, Isolation, Rollenverlust, Verlust der Sexualität, Verminderung der Lebensqualität, verminderte oder eingeschränkte Arbeitsfähigkeit

Auswirkungen auf Angehörige

Psychisch überlastet, erschöpft, Furcht vor falscher Betreuung, Frustration, Depression, Schuldgefühle

Auswirkungen auf die Pflegenden

Schuldgefühle, Angst, Frustration, Ekel, Mitleid, Überforderung

Auswirkungen auf Mitbewohner im Heim

Ablehnung, empfinden das Zimmer unsauber, Angst, Schuldgefühle

Auswirkungen auf die Gesellschaft

Vorurteile, Ausgrenzung als Außenseiter, Belastung der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung)

Lebensqualitätsverlust, Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Ohne Zweifel sind psychosoziale Probleme aufgrund der Inkontinenz abhängig vom Typ der Inkontinenz. Eine Drang-Inkontinenz vom Typ der nicht-inhibierten Blase beeinträchtigt den Betroffenen erheblich und schafft hohen Leidensdruck im Gegensatz zu z. B. einer Stress-Inkontinenz [15]. Viele Frauen können die bei ihnen vorliegende Stress-Inkontinenz recht gut einschätzen und dementsprechend auch damit umgehen. Der Leidensdruck ist beschränkt. Weiterhin beeinflusst sind die psychosozialen Probleme von der Inkontinenz-Bewältigungsstrategie des Betroffenen [14].

ÖKONOMISCHE KOSTEN

Bisher liegen keine umfassenden Erhebungen zu den gesamten finanziellen Aufwendungen für Urininkontinenz beim Einzelnen, für Einrichtungen und für die Gesellschaft vor. Dies mag daran

liegen, daß Inkontinenz bei sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern auftritt und auch in unterschiedlichen Schweregraden vorliegt. Diagnostische und therapeutische Aufwendungen, aber auch Dauerversorgungsmaßnahmen sind von den jeweiligen zugrunde liegenden Krankheitsursachen abhängig. Auch der Einbezug von Inkontinenzkomplikationen wie z. B. Harnwegsinfekte, durch Inkontinenz verursachte Heimaufnahmen sind sehr unterschiedlich. Darum müssen manche in der Literatur genannten Zahlen sehr differenziert gesehen werden.

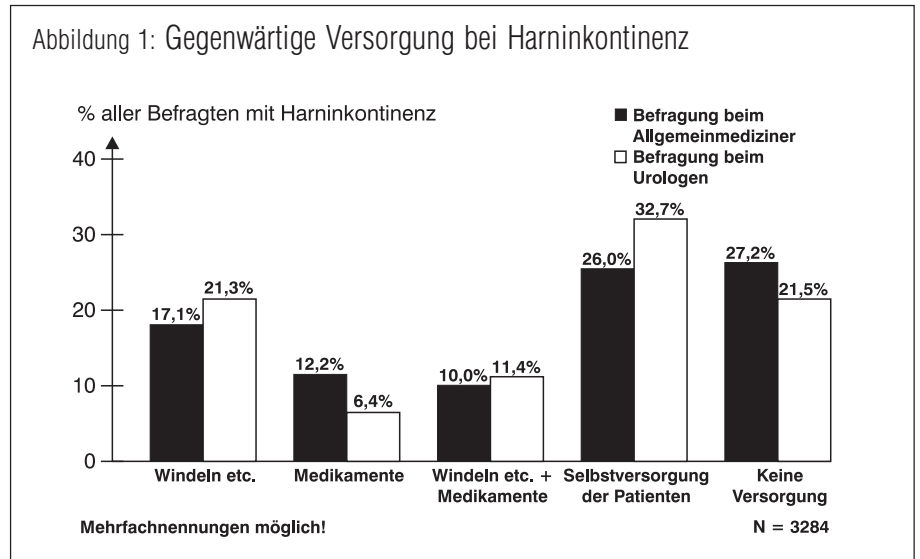
In Frankreich werden von Ballenger und Rischmann die Kosten nur für die weibliche Inkontinenzbetreuung ohne Inkontinenzhilfsmittel auf 3 Milliarden Franc veranschlagt. Für die Windelkosten in Frankreich wurden pro Jahr und Patient 2.000,- US\$ geschätzt [17]. Das würde bei geschätzten 2,5 Mio. Inkontinenten etwa 5 Mrd. Dollar allein für die Windelversorgung bedeuten. Die Inkon-

tinenzkosten in Schweden sollen nach Ekelund und Mitarbeiter [18] über 2 % der gesamten Kosten im Gesundheitswesen ausmachen. Für England wird berichtet, daß allein die Kosten für Inkontinenzhilfsmittel 68 Mio. Pfund betragen würden [19].

In Deutschland betragen zur Zeit die durchschnittlichen Windelkosten pro Patient und Jahr zwischen 800 und 1.500 DM. Bei insgesamt geschätzten 3,7 Mio. Betroffenen würde dies einen Betrag von ca. 300 Mio. bis eine halbe Milliarde DM allein für die Windelkosten ausmachen. Über die sozialpflegerischen Aufwendungen, bzw. über die medizinischen Kosten im Bereich von Diagnostik und Therapie gibt es weder Angaben noch Schätzungen. Vermutlich liegen die Gesamtkosten in der Bundesrepublik Deutschland für die ambulante Diagnostik und Therapie über 2 Mrd. DM [20].

Die Betreuung harninkontinenter Patienten in Heimen ist ebenfalls mit nicht unerheblichem Aufwand verbunden. Nach Untersuchungen aus Velbert muß pro Jahr und Patient mit 8.510 DM ohne die Hilfsmittelerstattung durch die Krankenkassen gerechnet werden [21]. Dies ergibt einen jährlichen Aufwand für die Pflege von harninkontinenten Personen von 2,25 Mrd. DM für den Heimbereich in der Bundesrepublik Deutschland.

Hu schätzte 1994 16,4 Mrd. US\$ an Betreuungskosten für Inkontinenzbetroffene in den USA [22]. Die höchsten Kosten von 11,2 Mrd. US\$ schätzte er für den häuslichen Bereich, dem er



allerdings auch das Akutkrankenhaus zuordnete. Für den Pflegeheimbereich schätzte er nur 5,2 Mrd. US\$ an Kosten.

Zu diesen Zahlen kamen Hu und seine Mitarbeiter durch Erhebungen über 10 Jahre [7, 8, 10, 22, 23]. Im Rahmen der Erhebungen konnten Hu und Mitarbeiter [22] auch feststellen, daß allein in den letzten 5 Jahren ein Anstieg der finanziellen Kosten von über 60 % zu verzeichnen ist. Dies führte die Arbeitsgruppe auf die sich verändernde Bevölkerungsstruktur mit wachsendem Anteil Älterer zurück. Bei der Inkontinenz handelt es sich um eine deutlich altersabhängige Erkrankung.

Die Altersabhängigkeit der Inkontinenz ist ein Faktor, der bei unserer derzeitigen Bevölkerungsentwicklung für die Zukunft enorme Bedeutung hat. Durch diese Entwicklung wird sich die Zahl inkontinenter Personen in der Bundesrepublik von derzeit etwa 3,7 Mio. auf 4,4 Mio. im Jahre 2030 erhöhen. Damit

werden auch die Kosten um ca. 25 % zunehmen.

Die wirklichen Kosten für die Inkontinenzbetreuung dürften höher liegen, als sie aufgrund der vorliegenden Studie angesprochen werden. Für England schätzt Bastow [24], daß ca. 20 % der Älteren für die notwendigen Hilfsmittel in der Inkontinenzversorgung selbst aufkommen. Bei der von der Fa. Madaus unterstützten Inkontinenz-erfassung in Allgemein- und urologischen Facharztpraxen fand sich für Deutschland ein weitaus höherer Anteil (Abb. 1). Bis weit über 50 % der Betroffenen versorgen sich selbst und werden damit nicht in den gängigen Erhebungen erfaßt.

Die typische Harninkontinenzform im höheren Lebensalter ist die Harndrang- oder Urge-Inkontinenz. Bei dieser Form der Inkontinenz ist durch konservative Therapiemaßnahmen (Toiletentraining und medikamentöse Therapie mit Anticholinergika) ein hoher Therapieerfolg im

Sinne einer Kontinenz zu erreichen. Eine Studie [25] untersuchte Patienten mit Reizblasensymptomatik und Drang-Inkontinenz, unter anticholinergischer Therapie mit Trosipiumchlorid konnte eine Kostenreduktion um ca. 25,- DM pro Woche festgestellt werden. Unter Berücksichtigung der Therapiekosten selbst wurde die Nettoersparnis mit 4,50 DM pro Woche oder 235,- DM pro Jahr bestimmt. Diese Einsparungen ergeben sich überwiegend in der Rubrik „selbstgekauft Hilfsmittel“, doch ließen sich auch die Kosten für verordnete Hilfsmittel halbieren.

Ausgehend von einer geschätzten Zahl von 3,7 Mio. inkontinenter Personen für Deutschland und unter der vorsichtigen Annahme, daß nur etwa die Hälfte dieses Personenkreises unter die Indikation einer anticholinergen Therapie fällt, läßt sich das Einsparpotential auf 435 Mio. DM beziffern. An diesem Beispiel wird deutlich, welche Bedeutung die Enttabuisierung des Themas Inkontinenz, die engagierte Diagnostik und gezielte Therapie für die Kostenfrage in der Bundesrepublik hat. In der Studie [25] konnte auch gezeigt werden, daß nicht nur mit einer erfolgreichen Therapie der Inkontinenz, hier mit der medikamentösen Therapie durch Trosipiumchlorid, Kosten gesenkt werden können, sondern daß auch die Lebensqualität und damit auch nicht finanzielle „Kosten“ beeinflusst werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Harninkontinenz ist verbunden mit körperlichen Beeinträchtigungen, psychosozialen Problemen und ökonomischen Kosten. Diese Belastungen für den Betroffenen, aber auch für die Gesellschaft beinhalten erhebliche „Kosten“, die bisher viel zu wenig untersucht und dargestellt wurden. Die Dimension des Kostenproblems übersteigt bereits bei Teilerfassungen alle Vorstellungen. Dabei stellen aufgrund der hohen Tabuisierung der Inkontinenz diese Teilerfassungen wiederum nur Teilkosten dar.

Von Bedeutung für die Beeinflussung der Kosten sind ohne Zweifel erfolgreiche Diagnostik und Therapie. Die Qualität der eingesetzten Hilfsmittel beinhaltet ebenfalls eine mögliche Beeinflussung der Kosten. Studien zur Kostenerfassung der Inkontinenzproblematik sind bei der vermuteten bzw. angedeuteten Größenordnung dringlich notwendig.

Literatur

1. Mohide EA. The prevalence and scope of urinary incontinence. *Clin Geriatr Med* 1986; 2: 639–55.
2. Wyman JF. The „Costs“ of Urinary Incontinence. *Eur Urol* 1997; 32 (suppl 2): 13–9.
3. Diokno AC, Brock BM, Herzog AR, Bromberg I. Medical correlates of urinary incontinence in the elderly. *Urology* 1990; 36: 129–38.
4. Ouslander JG, Umann HN, Rubenstein LZ. Incontinence among nursing home patients: clinical and functional correlates. *J Am Geriatr* 1987; 35: 324–30.
5. Ouslander JG, Morishita L, Blaustein J, Orzeck S, Dunn S, Sayre I. Clinical, functional and psychosocial characteristics of an incontinent nursing home population. *J Gerontol* 1987; 42: 631–7.
6. Hu T, Kaltreider DL, Igou J. Incontinence products, which is best? *Geriatric Nursing* 1989; 7–8: 184–6.
7. Hu T, Kaltreider DL, Igou J. The cost effectiveness of disposable versus reusable diapers: a controlled experiment in a nursing home. *J Gerontol Nursing* 1990; 16: 19–24.
8. Hu T. Impact, of urinary incontinences on health-care costs. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 292–5.
9. Kühnel R, Füsigen I. Untersuchungen zur Hautunverträglichkeit. *Altenpflege* 1986; 9: 542.
10. Hu T. The economic impact of urinary incontinence. *Clin Geriatr Med* 1986; 2 (4): 673–88.
11. Baker DI, Brice TW. The influence of urinary incontinence on publicly financed home care services to low-income elderly people. *Gerontol* 1995; 35: 360–9.
12. Borrie MJ, Davidson HA. Incontinence in institutions: costs and contributing factors. *Can Med Assoc J* 1992; 147: 322–8.
13. Ouslander JG, Kane RL, Abrass IB. Urinary incontinence in elderly nursing home patients. *JAMA* 1982; 248: 1194–8.
14. Grond E. *Pflege Inkontinenter*. B. Kunz Verlag, Hagen; 1997.
15. Vinsness AG, Hunskaar S. Distress associated with urinary incontinence as measured by a visual analogue scale. *Scand J Caring Sci* 1991; 5: 57–61.
16. Ballanger PH, Rischmann P. Incontinence urinaire de la femme – évaluation et traitement. *Progrès Urologie* 1995; 5: 739–63.
17. McGrother C, Clare M. Inkontinenz. In: Ebrahim S, Kalache A (eds.). *Epidemiology in Old Age*. BMJ Publishing Group, London 1996; 353–68.
18. Ekelund P, Grimby AG, Milsom I. Urinary incontinence – social and financial costs high. *BMS* 1993; 306: 1344.
19. Working Party on Incontinence. *Incontinence: Causes, management and provision of services*. A report of the Royal College of Physicians. Royal College of Physicians of London 1995.
20. Melchior H. Blasenfunktionsstörungen im Alter. *Urologie A* 1995; 34: 329–33.

Prof. Dr. med. Ingo Füsgen

Geboren 1944 in Freistadt/Österreich. 1963–1970 Medizinstudium in Köln und Wien. 1970 Staatsexamen in Köln, Dissertation unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Dr. M. Schneider, Physiologie/Köln. 1971 Promotion zum Doktor der Medizin an der Universität Köln. Anschließend Ableistung der Wehrdienstzeit. 1972 Fachinternistische Ausbildung an der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Kliniken Nürnberg unter Prof. Dr. R. Schubert (gleichzeitig Lehrstuhl für Allgemeine Geriatrie an der Universität Erlangen/Nürnberg). 1978 Facharztanerkennung für Innere Medizin und Oberarzt an der II. Medizinischen Klinik der Städtischen Kliniken Nürnberg. 1980 Chefarzt der III. Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Geriatrie der Kliniken St. Antonius Velbert-Neviges, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Düsseldorf. 1987 Erteilung der *Venia legendi* für Gerontologie an der Universität/Gesamthochschule Wuppertal. 1989 Umhabilitation für das Gebiet „Gerontologie“ an die Universität Witten/Herdecke. 1990 Berufung auf den Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke. Gleichzeitig wurde die III. Medizinische Klinik der Kliniken St. Antonius Geriatrie Klinik für die Universität Witten/Herdecke.

Mitglied und Vorstandsmitglied nationaler und internationaler Fachgesellschaften und Gremien.

Über 300 Veröffentlichungen und 15 Bücher sowie Herausgeber von 17 weiteren Sammelwerken. Mitherausgeber, Herausgeber, Schriftleitung sowie im wissenschaftlichen Beirat zahlreicher Fachzeitschriften.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ingo Füsgen
Chefarzt der 3. Medizinischen Klinik der Kliniken St. Antonius Velbert-Neviges, Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke
D-42553 Velbert, Tönisheiderstraße 24



21. Lenzen E, Füsgen I. Ökonomische Bedeutung der Inkontinenz. *Kontinenz* 1995; 4: 200–2.

22. Hu T. The cost impact of urinary incontinence on health care services. National Multi-Speciality Nursing Conference on Urinary Continence. Phoenix/AZ 1994.

23. Hu TW. Economic and public policy issues of urinary incontinence. *Dan Med Bull* 1988; suppl 8: 10–12.

24. Bastow MD, Rawlings JR, Allison SP. Undernutrition, hyperthermia, an injury in elderly women with fractured femur: an injury response to altered metabolism. *Lancet* 1983; 1: 143–6.

25. Wiedemann A, Monser C, Braun W, Zumbé J. Sozioökonomische Aspekte der Harninkontinenz – Einsparpotential durch Anticholinergika. *Forum Urologikum* 08.12.1997.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)