

S2k-Leitlinie Hilfsmittelberatung bei Harninkontinenz

AWMF-Registernummer 043-054

Version 2.0

Federführende Gesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Urologie

Korrespondenz Prof. Dr. Andreas Wiedemann

Urologische Klinik am Ev. Krankenhaus Witten gGmbH

Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke

Pferdebachstr. 27 58455 Witten

Tel. +49 2302 175 2521

awiedemann@evk-witten.de

Autoren (in alphabetischer Ordnung):

Marius Butea-Bocu, Christian Fiebig, Michael Fröhner, Jochen Gleisner, Ruth Kirschner-Hermanns, Timo Liebold, Clemens Linne, Andreas Manseck, Volker Moll, Alexander Piotrowski, Alexander Schorn, Joachim Stein, Arnold Wagner, Andreas Wiedemann

Korrespondenz:

Prof. Dr. Andreas Wiedemann

Urologische Klinik am Ev. Krankenhaus Witten gGmbH

Lehrstuhl für Geriatrie Universität Witten/Herdecke

awiedemann@evk-witten.de

Mandatsträger weiterer Fachgesellschaften

Dr. med. Klaus Becher, Wartenberg: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie

Prof. Dr. Christl Reisenauer, Tübingen: Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Prof. Dr. Daniela Schultz-Lampel, Villingen-Schwenningen: Deutsche Kontinenz Gesellschaft

Prof. Dr. Daniela Hayder-Beichel, Krefeld: Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Hr. Matthias Zeisberger, Berlin: Inkontinenz Selbsthilfe e.V.

1. Einleitung

1.1. Das Versorgungsdefizit

Im Juli 2017 publizierte die „Stiftung Warentest“ unter dem Titel „kein Verlass auf Profis“ das Ergebnis eines systematischen Tests über die Beratungsleistung von 20 Anbietern, die Patienten mit aufsaugenden Inkontinenzprodukten versorgen (<https://www.test.de/Beratung-bei-Inkontinenz-Kein-Verlass-auf-Profis-5196555-0/>).

Es wurden 10 Homecare-Unternehmen als Vertragspartner von gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, 5 Sanitätshäuser und 5 Apotheken stichprobenhaft ausgewählt und von 7 geschulten Testern besucht. Beurteilt wurde die Erstberatung bei einer Harninkontinenz bei 7 Testfällen, die von Fachgutachtern (A. Wiedemann, Witten, E. Heßdörfer, Berlin) mit typischen Symptomen, Hintergrundinformationen und aktuellen Beschwerden erstellt worden waren. Bewertet wurden die Beratungsleistung selbst, die Gesprächsatmosphäre und -umgebung, die Art und der Umfang der Bemusterung und die Beratung zur Erstattung bzw. Zuzahlung.

Das ernüchternde Ergebnis des Tests: In kaum einem Beratungsgespräch wurden nach der Art der Harninkontinenz und deren Umfang – für eine sinnvolle Hilfsmittelversorgung wichtige Informationen – gefragt. Das Beratungsgespräch selbst fand nur in Ausnahmefällen in einem separaten Raum statt – häufig wurde der Betroffene „am Schalter“ zumeist kurz und bündig beraten. Die Bemusterung fand selten in sinnvollem Umfang und häufig unter hygienisch bedenklichen Umständen (Überreichen von Produkten von Hand zu Hand) statt. Eine ehrliche Beratung zu den Kosten bzw. einer eventuellen Zuzahlung fand ebenfalls selten statt. Insgesamt reichte das Gesamturteil der Stiftung Warentest von „Befriedigend“ bis „Mangelhaft“ bei Homecare Unternehmen, bei Sanitätshäusern und Apotheken von „Ausreichend“ bis „Mangelhaft“. Auch zeigt das Beispiel einer Verschreibung von „Endloswindeln“ als Hilfsmittelversorgung, dass bei der Verschreibung von Hilfsmitteln vieles im Argen liegt und dieser Prozess dringend optimierungsbedürftig ist. Die Stiftung Warentest kam zu dem Fazit, dass „kein Verlass auf Profis“ sei und wies auf das Verbesserungspotential hin.

1.2. Problemstellung in der Uro-Geriatrie, Arbeitskreis „geriatriische Urologie“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie

Der Arbeitskreis „geriatriische Urologie“ wurde 2018 gegründet. Im Auftrag des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Urologie sollte den Besonderheiten des geriatrischen Patienten in der ambulanten und stationären Urologie Rechnung getragen werden; einen Sektor der urologischen Versorgung, der mit dem Begriff „Uro-Geriatrie“ umschrieben wird. Eine Definition dieses Begriffes wurde durch den Arbeitskreis publiziert ¹. Als Themen wurden definiert:

1. Immobilität: Indikation, Durchführung, Folgen und Alternativen zur Harnblasenlangzeitdrainage
2. Instabilität/Sturzneigung: Einflüsse und Folgen von Operationen und medikamentösen Therapien auf urologischem Sektor
3. Irritabilität/Kognition: Veränderungen der Kognition nach urologischen Eingriffen und unter urologischer medikamentöser Therapie
4. Harninkontinenz: Besonderheiten der Ätiologie, Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz bei Hochbetagten und deren Einflüsse auf den Selbstbestimmungsgrad, die Mobilität und Lebensqualität
5. Iatrogene Schädigung: Einflüsse der nicht-urologischen und urologischen Medikation bzw. Komedikation auf den Harntrakt und andere Organsysteme
6. Besonderheiten bei Ursachen, Diagnostik und Therapie von Blasenfunktionsstörungen wie z. B. die Blasenatonie bei Hochbetagten
7. Symptom „Makrohämaturie“ z. B. auch als Ausdruck von Medikamentenfolgen und Medikamenteninteraktionen im Spannungsfeld zwischen Blutverdünnung und Harntrakt-Risikofaktoren wie Blasenentleerungsstörungen, Infektionen, anatomischen Harntraktveränderungen z. B. bei BPH und anderen Erkrankungen des unteren Harntraktes
8. Ergebnisse, Folgen und besondere Nebenerscheinungen von Operationen auf urologischem Fachgebiet bei Hochbetagten
9. Sinnhaftigkeit und Nutzen von verschiedenen Assessments bei urologischen Patienten
10. Nebenwirkungen und Folgen von etablierten urologischen Behandlungsmethoden bei Hochbetagten im Vergleich mit Jüngeren

Hier wird deutlich, dass für den vulnerablen, von Chronifizierung und Autonomieverlust bedrohten Betroffenen besonders durch die Kombination von Immobilität, Sturzneigung und kognitiven Veränderungen eine besondere Bewertung klassischer urologischer Behandlungsmethoden notwendig ist. Insbesondere beim multimorbiden Patienten mit wenig Therapiemöglichkeiten bekommt die angepasste Hilfsmittelversorgung des Betroffenen einen besonderen Stellenwert. Zu unterscheiden ist eine unabhängige Kontinenz von einer gut ‚versorgten‘, sozial verträglichen oder akzeptierten Inkontinenz. In engem Austausch mit Patient, Angehörigen und unter Berücksichtigung der Art und der Schwere der Inkontinenz spielen eine richtige Versorgung mit adäquaten aufsaugenden Hilfsmitteln, beim Mann die Versorgung mittels Kondomurinal und ggf. eine Katheterversorgung eine wichtige Rolle

Dies zieht einen Qualitätsanspruch für den Prozess einer Hilfsmittelversorgung nach sich, der neben der Materialqualität der einzelnen Produkte entscheidend für den Erfolg der Hilfsmittelversorgung ist.

1.3. Prozessbeschreibung, Geltungsbereich

Der Prozess der Hilfsmittelversorgung vom Rezept bis zur Auslieferung umfasst viele Schnittstellen und Akteure unterschiedlicher Professionen und Fachrichtungen.

Gelebte Praxis ist, dass neben der ärztlichen Hilfsmittelversorgung der Betroffene selbst eine Beratungsleistung, zumeist bei leichter Harninkontinenz nachsucht. Dies gilt auch für pflegende oder betreuende Angehörige. Auf der Seite der die Beratung Leistenden handelt es sich um verschiedenste Berufsgruppen (Apotheker, Pharmazeutisch-technische Assistentinnen, Sanitätshausmitarbeiter, Call-Center-Mitarbeiter, Pflegefachpersonen in Kontinenzzentren oder Homecare-Unternehmen). Die Ausbildung und der Kenntnisstand bezüglich einer Harn- oder Stuhlinkontinenz sind mutmaßlich sehr unterschiedlich. Diese Faktoren machen den Beratungsprozess anfällig für Informationsverluste und Qualitätsmängel.

Eine Reglementierung durch eine Leitlinienempfehlung, wie sie für andere Behandlungsoptionen selbstverständlich ist und häufig von mehreren Fachrichtungen parallel existieren, gibt es jedoch bisher nicht. Diesen Mangel will der Arbeitskreis „geriatrische Urologie“ der Deutschen Gesellschaft für Urologie ausgleichen und den Beratungsprozess bei der Hilfsmittelversorgung strukturieren, vereinheitlichen, verbessern und Handreichungen für eine bessere Kommunikation liefern. Dabei soll sich die vorliegende Leitlinie ausschließlich auf die Beratung zur Hilfsmittelversorgung bei Harninkontinenz beziehen und aufsaugende sowie sammelnde körpernahe und körperferne Hilfsmittel, die der Patient selbst benutzt, umfassen. Die Versorgung mit invasiven Hilfsmitteln (Katheter, Urethra-Pessare, etc.) ist ausdrücklich ausgenommen, diese erfolgt zusammen mit der Indikationsstellung und Erstberatung in aller Regel durch einen (Fach-)Arzt oder in Absprache mit diesem.

Geltungsbereich der Leitlinie soll die Hilfsmittelberatung in allen Beratungs- und Verkaufsinstitutionen in und jenseits von Arztpraxen, Krankenhäusern und Kontinenzzentren sein. Hierzu zählen Apotheken, Sanitätshäuser, Homecare-Unternehmen und überregionale Versorger mit ihren Telefon-Hotlines.

Im Einzelnen sind damit gemeint (s. Tab. 1):

aufsaugend	Körpernah	körperfern
	Vorlagen	Betteinlagen
	Futterale	
	Schutzhosen	
sammelnd	Kondomurinal	Bettflasche
		Toilettenstuhl
		Toilettensitzerhöhung
funktionell-anatomisch	Inkontinenztampons	

Tabelle 1: Art der Hilfsmittel im Prozess der Hilfsmittelberatung

Der Beratungsprozess bei Hilfsmittelversorgung lässt sich in folgende Schritte gliedern (s. Abb. 1):

2. Erfassung

2.1. Inkontinenz-assoziierte Faktoren

I Eine palliative Versorgung einer Harninkontinenz ist leitlinienkonform (s. Leitlinie Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, AWMF-Leitlinienregister 84-001) dann möglich, wenn alle kurativen Therapieansätze frustriert verliefen oder nicht gewünscht werden oder ihre Anwendung mit besonderen Risiken für den Betroffenen verbunden ist. 20/20, starker Konsens, Statement, Empfehlung offen

II Die Indikation für die Hilfsmittelversorgung anstelle kurativer Therapieformen sollte dokumentiert werden. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

III Eine Versorgung einer Harninkontinenz mit Hilfsmitteln ist begleitend zu einer kurativen Therapie sinnvoll, bis diese zu dem erwünschten Therapieerfolg geführt hat, bzw. (mit reduziertem Bedarf) in eine palliative Versorgung einer residuellen Harninkontinenz übergeht. 20/20, starker Konsens, Statement, Empfehlung offen

Hintergrund: Zwar kann jede Harninkontinenz prinzipiell mit Hilfsmitteln versorgt werden, dieses stellt jedoch nur eine „Versorgung“ und keine „Therapie“ dar. Zu dieser stehen konservativ-physikalische Therapiemaßnahmen wie Beckenbodenphysiotherapie, Beckenbodenelektrostimulation und die Verhaltensintervention mit Trinkschulung, Miktionstraining und anderen Methoden zur Verfügung. Medikamentöse Interventionen sind mit Anticholinergika, Cholinergika, β 3-Mimetika, lokal anzuwendende Östrogenpräparate, Serotonin-Noradrenalin-Reuptake-Hemmern, Botulinum Toxin und DDAVP-Analoga (synthetische Analoga des Antidiuretischen Hormons oder Desmopressins) möglich. Zu den zahlreichen von einem anatomischen Defekt ausgehenden operativen Therapieverfahren zählen u. a. die Anlage spannungsfreier suburethraler Schlingen, die Injektion von Bulking Agents sowie die Implantation artifizierender Sphinkter bei Belastungsinkontinenz. Für die Therapie der über- bzw. unteraktiven Blase stehen die Injektion von Botulinumtoxin A (bei therapierefraktärer idiopathischer und neurogener überaktiver Blase infolge MS und Rückenmarksläsion), die sacrale Neuromodulation bei einer über- oder unteraktiven Blase, die endourologische oder offene Operation der Blasenaustrittsobstruktion z. B. durch ein benignes Prostatasyndrom zur Verfügung. Domäne der seltenen vesicovaginalen oder ureterovaginalen Fisteln sind der operative Fistelverschluss .

IV Alle betroffenen Patienten sollen in Abhängigkeit von ihrem Rehabilitationspotential und der zu erwartenden Prognose auf kurative Behandlungsoptionen hingewiesen werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

Allen kurativen Therapieverfahren ist gemeinsam, dass sie mit spezifischen Risiken verbunden sind, die besonders bei multimorbiden, gebrechlichen Patienten zu berücksichtigen sind und häufig zu einer Nichtanwendbarkeit der geplanten Therapie führen, ein Therapieversagen mit sich bringen oder primär eine Kontraindikation darstellen. Als Beispiele seien folgende Konstellationen genannt (s. Tabelle 2)

Risikokonstellation	Geplante Intervention	Zusammenhang/Folge
Obstipation	Anticholinergika	Verstärkung Obstipation
Engwinkelglaukom	Anticholinergika	Erhöhung Augeninnendruck
Tachykardes Vorhofflimmern	Anticholinergika	Verstärkung Tachykardie
Kognitives Defizit, beginnende Demenz, Delirgefährdung bzw. Delir in der Anamnese	Anticholinergika	Verschlechterung der Kognition und bei chronischer Gabe Entwicklung einer Demenz (bei tertiären Aminen) ²
	Miktionstraining	erschwerter Compliance
„Anticholinerge Last“ der Komedikation	Anticholinergika	Anticholinerge Summeneffekte, s. ACB-Score ^{3,4}
Schlecht eingestellte Hypertonie	Mirabegron	Verstärkung Hypertonus ⁵
Lokaler Östrogenmangel	suburethrale Bandchirurgie	Höhere Komplikationsrate
	Elektrostimulation	Erschwertes Einführen Vaginalelektrode
Immobilität	Beckenbodenphysiotherapie	Mangelnde Compliance
Latente Herzinsuffizienz	ADH-Analoga (DDAVP)	Hypotone Hyperhydratation, Wasserretention, Hyponatriämie, Delir, Lungenödem
Restharnbildung	Botulinum Toxin	Verschlimmerung der Restharnbildung bis zur Harnverhaltung/Überlaufinkontinenz
Einnahme von Serotonin-Reuptake-Hemmern (z. B. Fluoxetin) oder CYP-Inhibitoren (z. B. Ciprofloxacin)	Gabe von Duloxetin	Serotonin-Syndrom mit Tachykardie, Agitiertheit, Fieber, Tremor, Rigor, Myoklonus, Hyperreflexie und Ataxie bis hin zu Koma

Tabelle 2: Besondere Risikokonstellationen einer kurativen Therapie der Harninkontinenz

Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass besonders bei jüngeren Patienten ohne Komorbiditäten die Möglichkeiten der kurativen Inkontinenztherapie Erwähnung finden sollten.

V Zu einer ausreichenden, sinnvollen und angemessenen Hilfsmittelberatung sollen wichtige medizinische Vorinformationen vorliegen. Hierzu gehören u. a. Medikamentenplan, relevante Operationen und Vorbehandlungen. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

Eine Hilfsmittelberatung kann nur umfassend und angemessen sein, wenn der gesamte Patient mit Vorgeschichte, Begleiterkrankungen und -medikamenten betrachtet wird. Aspekte, die bei der Hilfsmittelversorgung Berücksichtigung finden sollten, sind beispielhaft:

- Einnahme relevanter Medikamente im zeitlichen Verlauf (z. B. Diuretika, SGLT-2-Hemmer, inkontinenzassoziierte Medikation)
- Allergien
- körperliche Besonderheiten
- Hinweise auf Mobilitätsdefizite wie Gelenkersatzoperationen, neurologische Erkrankungen

- kognitive Defizite
- Hinweise auf das soziale Umfeld/Vorhandensein von Betreuungspersonen
- Vorlieben des Patienten, bisherige Versorgung

VI Für eine sinnvolle Hilfsmittelversorgung sollte die Inkontinenzform des Patienten berücksichtigt werden. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

Generell werden nach der International Continence Society^{6,7} 5 Inkontinenzformen unterschieden: Belastungsinkontinenz (Urinverlust bei körperlicher Belastung), Überaktive Blase (gehäufte Drang mit Nykturie mit oder ohne Dranginkontinenz, engl. overactive bladder wet bzw. dry, „nasse“ oder „trockene“ OAB), Überlaufinkontinenz (Urinverlust bei voller Blase), neurogene Harninkontinenz (Urinverlust bei neurologischem Grundleiden) und die extraurethrale Inkontinenz (Urinverlust an der Harnröhre vorbei z. B. bei Fistelbildungen). Während für die Belastungsinkontinenz das Ausmaß des Urinverlustes nicht nur durch den Inkontinenzschweregrad determiniert wird, sondern auch von den Aktivitäten des Betroffenen und seiner Mobilität, ist bei einer Fistelinkontinenz mit einem eher gleichmäßigen Urinverlust zu rechnen. Demgegenüber führt die nasse Form der Überaktiven Blase zu einem schwallartigen, meist kompletten Urinverlust. Klassische Konstellationen sind in Tabelle 3 zusammengestellt:

Inkontinenzform	Typ des Urinverlustes	Konsequenz für die Hilfsmittelversorgung
Belastungsinkontinenz	(mit Ausnahme der drittgradigen Ausprägung) abhängig von körperlicher Aktivität/Mobilität	Anpassung an geplante Aktivitäten mit größerem Urinverlust als in Ruhe
Überaktive Blase (nasse Form)	Schwallartiger Verlust größerer Urinmengen	Anpassung der Versorgung an die Blasenkapazität
Überlaufinkontinenz	Urinverlust bei voller Blase	Keine alleinige Hilfsmittelversorgung
Neurogene Harninkontinenz	Je nach Ausprägung (neurogene Überaktive Blase, neurogene Belastungsinkontinenz...) s. dort	s. dort, wegen der potentiellen Gefährdung der oberen Harnwege immer nur im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes
Fistelinkontinenz	typisch dauernder Urinverlust	Anpassung an das Ausmaß

Tabelle 3: Inkontinenztypologien

Der Gesetzgeber hat im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V (HMV, Aufstellung bei <https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/home/verzeichnis/1c409b8e-16f1-44ee-acb6-0635f95206f4>) Angaben zu Indikationen und den einzelnen Produktarten erstellt. Diese sind im GKV-Bereich zu berücksichtigen

VII Für eine ausreichende und angemessene Hilfsmittelversorgung soll der Schweregrad der Harninkontinenz berücksichtigt werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

Eine Harninkontinenz besteht bei „jedem unfreiwilligem Urinverlust“. Mit dieser Definition veränderte die International Continence Society 2003 den bis dahin gültigen Inkontinenzbegriff^{6,7} („Urinverlust, der ein soziales oder hygienisches Problem ausmacht“). So kann eine Inkontinenz nur einige wenige Tropfen in 24 Stunden betragen oder auch die gesamte Urinmenge von 24 Stunden unkontrolliert verlieren lassen. Eine weitere Rolle spielt die Intensität des Urinverlustes pro Zeiteinheit („ständig“ oder „intervallartig, in kurzer Zeit größere Mengen“). Dies macht eine Anpassung der Hilfsmittelversorgung an die Menge und die Dynamik (Menge des Urinverlustes pro Zeiteinheit bzw. im Tages- oder Nachtverlauf) notwendig.

VIII So vorhanden, sollten weitergehende Informationen zum Ausmaß des Urinverlustes, dem zeitlichen Vorkommen und die Lebensumstände des Patienten Gegenstand der Kommunikation sein. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

Das Ausmaß einer Harninkontinenz wird genauer z. B. durch den Vorlagenverbrauch, die Art und Größe der bisher benutzten Hilfsmittel und medizinische Untersuchungsverfahren wie z. B. dem Vorlagenwiegetest beschrieben. In der Basisdiagnostik wird der Urinverlust unter definierten Bedingungen in einem definierten Zeitintervall gemessen (z. B. ICS-Pad-Kurztest⁸, 24-h-Pad-Test). Liegen solche Informationen vor, sollten sie in die Hilfsmittelversorgung einfließen.

IX Zur Erfassung von Inkontinenzart, - Schweregrad und der individuellen Beeinträchtigung können strukturierte Assessmentverfahren, die eine Erfassung von Symptomen und die Beeinträchtigung der inkontinenz-assoziierten Lebensqualität im zeitlichen Verlauf untersucherunabhängig erlauben, benutzt werden. Hierzu bietet sich z. B. der „ICIQ-SF“-Fragebogen (<https://iciq.net/iciq-ui-sf>) an. 20/20, starker Konsens, Empfehlung offen

Strukturierte Assessmentverfahren bieten den Vorteil, Fragestellungen komplett, untersucherunabhängig, im zeitlichen Verlauf und in einer komprimierten Darstellung zu erfassen. Sie sind in der Geriatrie weit verbreitet und eignen sich besonders zur strukturierten Dokumentation von Funktionszuständen. Der zeitliche Aufwand ist minimal, zudem kann bei kooperativen Patienten ein Fragebogen selbst ausgefüllt werden. Der ICIQ-Kurzfragebogen ist einerseits wegen des geringen Aufwandes, seiner weiten Verbreitung, der Empfehlung zur Nutzung z. B. im Zertifizierungsverfahren eines Kontinenz- und Beckenbodenzentrums, andererseits wegen der hier enthaltenen Informationen zur Menge des Urinverlustes sowie ersten Hinweisen auf die Inkontinenzform und die individuelle Belastung besonders geeignet⁹ (s. Abb. 2).

2.2. Patientenrelevante Informationen

X Für eine individuelle Hilfsmittelversorgung sollen die Lebensumstände, die Mobilität und die individuellen Ziele des Patienten bekannt sein. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

Die Ausprägung einer Harninkontinenz wird durch die Inkontinenzform, den Inkontinenzschweregrad und die Mobilität des Betroffenen bestimmt. So kann bei einem Immobilen, der einen Toilettenstuhl nutzen kann, eine Belastungsinkontinenz ein geringeres Problem darstellen als bei einem mobilen Patienten, der sportliche Aktivitäten ausübt. Andersherum ist eine Dranginkontinenz bei einem immobilen, überwiegend bettlägerigen Patienten ein gravierenderes Problem als bei einem teilmobilen Patienten, der trotz des imperativen Harndranges überwiegend rechtzeitig die Toilette erreicht.

XI Für eine sinnvolle Hilfsmittelverordnung soll die Mobilität des Betroffenen erfasst und kommuniziert werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

Es existieren validierte Assessmentverfahren zur Beschreibung von Mobilitätsdefiziten wie z. B. der „Timed-up-and-go-Test“, diese sind jedoch selten im Focus des Hilfsmittel verordnenden Facharztes. Sie werden idealerweise im Team durch eine geschulte Pflegefachperson ermittelt.

XII Die Erfassung der Mobilität kann in Kategorien erfolgen. 20/20, starker Konsens, Empfehlung offen

Diese Kategorien können beispielhaft sein (Mehrfachnennungen möglich):

- vollständig bettlägerig
- teilweise bettlägerig
- rollstuhlpflichtig
- mobil mit Gehhilfen (Stützen, Rollator)
- mobil auf Zimmerebene
- mobil auf Stationsebene/Etagenebene im häuslichen Umfeld
- uneingeschränkt mobil mit/ohne Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl)
- berufstätig
- besondere Aktivitäten (Sport)

XIII Für die Kommunikation im Rahmen der Hilfsmittelberatung zwischen Verordner und Versorger und umgekehrt sollte ein strukturierter Laufbogen Verwendung finden. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

Auf einem Hilfsmittelrezept wird lediglich die Diagnose gefordert, alle anderen Informationen gehen für den Beratungsprozess entweder verloren oder müssen doppelt erfragt werden. Ein ergänzender „Laufbogen“ und – so vorhanden – der ausgefüllte ICIQ-SF-Fragebogen für die Kommunikation entlang des Hilfsmittelrezeptes könnte diese Informationslücke in beide Richtungen schließen. Da häufig Verordner und Versorger sich nicht kennen und keine direkten Beziehungen unterhalten, ermöglicht ein solcher zweiteiliger Laufbogen auch eine Kommunikation vom Versorger zum Verordner zurück mit Informationen über die vorgeschlagene Hilfsmittelversorgung und eine eventuelle Anpassung bei einer Wiederholungs-Beratung („recall“). Wünschenswert wäre es, diesen Bogen digital zur Verfügung zu stellen.

(Vorschlag für einen „Laufbogen“ S. Kapitel „Laufbogen“)

1. Wiedemann A, Gleisner J, Karstedt H, et al. [Geriatric urology : Definition]. *Urologe A* 2018;57:389.
2. Gray SL, Anderson ML, Dublin S, et al. Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern Med* 2015;175:401-7.
3. Boustani M, Munger S, Beck R, Campbell N, Weiner M. A gero-informatics tool to enhance the care of hospitalized older adults with cognitive impairment. *Clin Interv Aging* 2007;2:247-53.
4. Pasina L, Djade CD, Lucca U, et al. Association of anticholinergic burden with cognitive and functional status in a cohort of hospitalized elderly: comparison of the anticholinergic cognitive burden scale and anticholinergic risk scale: results from the REPOSI study. *Drugs Aging* 2013;30:103-12.
5. Chapple CR, Khullar V, Gabriel Z, Muston D, Bitoun CE, Weinstein D. The effects of antimuscarinic treatments in overactive bladder: an update of a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol* 2008;54:543-62.
6. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The standardisation of terminology of lower urinary tract function. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1988;114:5-19.
7. Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003;61:37-49.
8. Batista Miranda JE, Da Silva Virgilio F, Granda Contijoch M, Puigpelat Font T, Errando Smet C, Arano Bertran P. [Quantification of urine leaks: standardized one-hour pad test]. *Actas Urol Esp* 1997;21:111-6.
9. Zuchelo LTS, Bezerra IMP, Da Silva ATM, et al. Questionnaires to evaluate pelvic floor dysfunction in the postpartum period: a systematic review. *Int J Womens Health* 2018;10:409-24.
10. Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2004;23:322-30.

3. Hilfsmittelrezept

Der Hilfsmittelkatalog des GKV-Spitzenverbandes enthält eine Auflistung von Hilfsmitteln, deren Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß der Heilmittel-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses übernommen werden (https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktartlisteZurPG_input.action?paramGruppeld=15). Angestrebtes Ziel soll eine umfassende Produkttransparenz für Versicherte, Leistungserbringer, Vertragsärzte und Krankenkassen sein.

Unter der Produktgruppe 15 „Inkontinenzhilfen“ findet sich eine Auflistung weiterer Gruppen von Produkten mit diesem Indikations-Spektrum. Von besonderem Interesse sind hier die Untergruppen:

15.25.02 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen Größe 1 bzw. 2

15.25.02.0 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen Größe 1

15.25.02.1 Netzhosen für Inkontinenzvorlagen Größe 2

15.25.30. Saugende Inkontinenzvorlagen

15.25.30.0 Anatomisch geformte Vorlagen, normale Saugleistung

15.25.30.1 Anatomisch geformte Vorlagen, erhöhte Saugleistung

15.25.30.2 Anatomisch geformte Vorlagen, hohe Saugleistung

15.25.30 Rechteckvorlagen

15.25.30.3 Rechteckvorlagen, normale Saugleistung

15.25.30.4 Rechteckvorlagen, erhöhte Saugleistung

15.25.31. Saugende Inkontinenzhosen (nicht wiederverwendbar)

15.25.31.0 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 1

15.25.31.1 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 2

15.25.31.2 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, normale Saugleistung, Größe 3

15.25.31.3 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 1

15.25.31.4 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 2

15.25.31.5 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, erhöhte Saugleistung, Größe 3

15.25.31.6 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 1

15.25.31.7 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 2

15.25.31.8 Inkontinenzwindelhosen/Inkontinenzunterhosen, hohe Saugleistung, Größe 3

15.25.32 Wiederverwendbare saugende Inkontinenzhosen

15.25.32.0 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, normale Saugleistung

15.25.32.1 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, erhöhte Saugleistung

15.25.32.2 Wiederverwendbare Inkontinenzwindelhosen, hohe Saugleistung

15.25.04. Externe Urinableiter

15.25.04.1 Urinableiter für Frauen

15.25.04.2 Urinableiter für Männer

15.25.04.3 Urinableiter für Kinder

15.25.04.4 Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, nicht gebrauchsfertig

15.25.04.5 Urinal-Kondome/Rolltrichter, latexhaltig, gebrauchsfertig verpackt

15.25.04.6 Urinal-Kondome/Rolltrichter, aus latexfreien Materialien, nicht gebrauchsfertig

15.25.04.7 Urinal-Kondome/Rolltrichter, aus latexfreien Materialien, gebrauchsfertig verpackt

15.25.04.8 Urinal-Kondome/Rolltrichter bei ISK, Sonderform

15.25.21. Intravaginale Kontinenztherapiesysteme

15.25.21.0 Pessare

15.25.21.2 Vaginaltampons

Das Hilfsmittelrezept enthält die vorgeschriebenen Informationen (Diagnose mit ICD-Code und verordnetes Hilfsmittel). Im ICD-10-Code findet sich die Harninkontinenz unter den Ziffern N31, N32 und N39 (<https://www.icd-code.de/icd/code/N39.-.html>):

N31 Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert

N31.0 Ungehemmte neurogene Blasenentleerung, anderenorts nicht klassifiziert

N31.1 Neurogene Reflexblase, anderenorts nicht klassifiziert

N31.2 Schlaaffe neurogene Harnblase, anderenorts nicht klassifiziert inkl.:

Neurogene Harnblase: atonisch (motorisch) (sensorisch)

Neurogene Harnblase: autonom

Neurogene Harnblase: bei autonomer Neuropathie

Neurogene Harnblase: bei Frontalhirnsyndrom

Neurogene Harnblase: nach operativer Deafferentierung

Neurogene Harnblase: nichtreflektorisch

N31.8 Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase

N31.80 Neuromuskuläre Low-compliance-Blase, organisch fixiert

N31.81 Hypo- und Akontraktilität des Blasenmuskels ohne neurologisches Substrat inkl.: „Lazy bladder“

N31.82 Instabile Blase ohne neurologisches Substrat inkl.: Urgency

N31.88 Sonstige neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase

N31.9 Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet inkl.: neurogene Dysfunktion der Harnblase o. A.

N32 Sonstige Krankheiten der Harnblase exkl.: Blasenhernie oder -prolaps bei der Frau (N81.1)

N32.0 Blasenhalsostruktion inkl.: Detrusor-Blasenhalso-Dyssynergie, Harnblasenhalstenose (erworben)

N32.1 Vesikointestinalfistel inkl.: Vesikorektalfistel

N32.2 Harnblasenfistel, anderenorts nicht klassifiziert exkl.: Fistel zwischen Harnblase und weiblichem Genitaltrakt (N82.0-N82.1)

N32.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase inkl.: Harnblase: kalzifiziert, kontrahiert, überaktiv

N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems exkl.: Hämaturie

N39.3 Belastungsinkontinenz [Stressinkontinenz], als Rezidivinkontinenz N39.47

N39.4 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz exkl.: Enuresis o. n. A. (R32)

Harninkontinenz: nichtorganischer Ursprung (F98.0-)

N39.40 Reflexinkontinenz

N39.41 Überlaufinkontinenz

N39.42 Dranginkontinenz

N39.43 Extraurethrale Harninkontinenz

N39.47 Rezidivinkontinenz

N39.48 Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz

N82 Fisteln mit Beteiligung des weiblichen Genitaltraktes

N82.0 Vesikovaginalfistel (Blasen-Scheiden-Fistel)

XIV Ein Hilfsmittelrezept soll nicht nur mit der Minimal-Information der ICD-Kodierung der Inkontinenzform, sondern mit weitergehenden spezifischen Informationen hinterlegt werden (s. Kapitel Laufzettel). 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XV Der Umfang der verschriebenen Hilfsmittel soll sich an dem realistisch erwarteten Bedarf orientieren. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XVI Für den verordnenden Arzt kann es hilfreich sein, nähere Informationen bei der für ihn zuständigen KV oder dem jeweiligen Kostenträger (PKV, BG) hinsichtlich regionaler Besonderheiten der Hilfsmittelversorgung (z. B. Produktmengen) einzuholen. 20/20, starker Konsens, Empfehlung offen

4. Beratungsgespräch

Zur Qualität von Beratungsleistungen existieren im medizinischen Bereich keine allgemeinen Bewertungskriterien. Instrumente der Qualitätssicherung werden in Kliniken und Praxen sowie auch in Unternehmen der Kontinenzversorgung häufig eingesetzt und können zur Bewertung der Prozessqualität verwendet werden. Als Qualität wird hierbei jedoch nur bewertet, inwiefern interne Standards vorhanden sind und die Beratung diesen internen Standards gerecht wird. Eine Bewertung des Inhalts dieser internen Standards kann durch diese Instrumente nicht erfolgen. Wissenschaftliche Arbeiten zum Einfluss einer internen Qualitätssicherung auf patientenrelevante Outcome-Parameter fehlen.

In Anlehnung an die Empfehlungen des europäischen Rates zur Qualitätssicherung von Beratungsleistungen lebensumspannender Beratung (<https://www.agenda-erwachsenenbildung.de/service/eu-dokumente>) können jedoch grundlegende Charakteristika für die Durchführung einer professionellen Beratung definiert werden. Für ihre Ausgestaltung im Bereich der Kontinenzberatung existieren keine qualitativ ausreichenden wissenschaftlichen Studien.

Das Beratungsgespräch beinhaltet persönliche, sensible, intime und belastende Themen. Diese führen zu besonderen Anforderungen an den Ort der Beratung, seine Inhalte und die Gesprächsführung.

4.1. Teilnehmende Personen

Teilnehmende Personen sind Patient und Berater, können aber auch Angehörige, Betreuer, gesetzlicher Betreuer oder Vertrauenspersonen allein oder in Begleitung z. B. durch betreuender Pflegefachpersonen sein.

XVII Der Status einer eventuellen Begleitperson und ihre Beziehung zum Betroffenen soll initial erfragt werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XVIII Es ist wünschenswert, wenn besonders bei hochbetagten oder kognitiv eingeschränkten Betroffenen eine Begleitperson anwesend ist, es sollte eine 4-Augen-Beratung angeboten werden, wenn der Betroffene damit einverstanden ist. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

4.2. Inhalt Beratungsgespräch

Im Zentrum der Beratung steht die ratsuchende Person. An ihren Ressourcen, Bedürfnissen und Erwartungen orientiert sich das Beratungsgespräch.

XIX Der Beratende soll das Beratungsgespräch in einer für den Patienten angemessenen Form leiten und für einen strukturierten Ablauf sorgen. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

Folgende Punkte sollten in einem Erstgespräch bei der Beratung zur Versorgung mit Kontinenzprodukten thematisiert werden:

- Allgemeine Informationen
 - medizinische und kontinenzbezogene Anamnese, bisherige Behandlung, beteiligte Ärzte
 - psychosoziale Situation
 - Mobilität
 - aktuelle Pflege und Versorgung
 - Ziele, Erwartungen, Lebensqualitätsaspekte
 - Versicherungssituation, finanzielle Ressourcen
- Hilfsmittelbezogene Beratung
 - bisherige Erfahrungen mit Inkontinenzversorgung
 - Klärung der Leistung und Limitation einer Hilfsmittelversorgung
 - Erläuterung und Demonstration möglicher Inkontinenzprodukte
 - praktische Anleitung zur Verwendung von Inkontinenzprodukten, wenn geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen.
 - Darstellung und Vorbeugung typischer Problemsituationen, Komplikationen wie Infekte oder Hautschäden und Grenzen einer Hilfsmittelversorgung

XX Nach der Initialberatung soll eine Reevaluation, ggf. eine Anpassung und Nachberatung der getesteten Versorgung angeboten und dokumentiert werden (Laufzettel Beratungsteil). 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXI Das Ergebnis der Beratung soll dem Verordner zur Kenntnis gebracht werden (Laufzettel), besonders, wenn eine Anpassung bzw. Nachberatung notwendig war, bevor eine Dauerverordnung initiiert wird. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXII Bei entsprechendem Bedarf sollen weitere Beratungsgespräche angeboten werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

4.3. Beratungsort

Die räumlichen Voraussetzungen stellen im Hinblick auf Diskretion, Gesprächsatmosphäre und Erfolg der Hilfsmittelversorgung wichtige Aspekte dar.

XXIII Für eine Hilfsmittelberatung soll ein separater Raum ohne Publikumsverkehr mit ausreichenden Sitzgelegenheiten, der durch entsprechenden Sicht- und Schallschutz Diskretion gewährleistet, angeboten werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXIV Der Beratungsraum soll eine ausreichende Größe besitzen. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXV Eine Hilfsmittelberatung kann auch im häuslichen Umfeld angeboten werden. 20/20, starker Konsens, Empfehlung offen

XXVI Gruppenberatungen oder offene Beratungen können zur allgemeinen Informationsvermittlung zu Kontinenzprodukten ergänzend eingesetzt werden, sollen ein

individuelles Beratungsgespräch in geschützter Situation aber nicht ersetzen. 20/20, starker Konsens, Empfehlung offen

XXVII Moderne Telekommunikationsmethoden können zur Kontinenzberatung auch mit Angehörigen oder Betreuungspersonen ergänzend eingesetzt werden, wenn dies gewünscht wird der Betroffene zu deren Nutzung in der Lage ist und eine persönliche Beratung face-to-face nicht durchgeführt werden kann. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

4.4. Anleitung zur Hilfsmitteltestung

Zur Ergänzung einer eigentlichen Hilfsmittelberatung kann eine alltagsnahe Testung von Hilfsmitteln mit Hilfestellung, z. B. mit dem Anlegen von Kondomurinalen oder dem Anpassen von aufsaugenden Hilfsmitteln, angeboten werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Schwierigkeiten oder Komplikationen bei einer Standardversorgung aufgetreten oder zu erwarten sind. Hier sind Pflegefachpersonen führend.

XXVIII Wird eine praxisnahe Anleitung zum Gebrauch von Hilfsmitteln angeboten, sollen die räumlichen Gegebenheiten den hygienischen Anforderungen (z. B. wischbarer Fußboden, desinfizierbare Oberflächen) entsprechen. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXIX Für diesen Fall sollte ein Zugang zu einer Toilette und geeigneten Entsorgungsmöglichkeiten vorhanden sein. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

4.5. Zeitaspekte

Das Beratungsgespräch ist immer individuell und muss an die Anforderungen, und die Besonderheiten des Patienten angepasst werden. Eine zeitliche Begrenzung ist daher nicht sinnvoll.

XXX Die Dauer eines Beratungsgesprächs sollte besonders bei einer Erstberatung an die Bedürfnisse des Betroffenen angelehnt ausreichend bemessen werden. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

XXXI Falls gewünscht und notwendig, sollte eine wiederholte Beratung und Anleitung angeboten werden. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

4.6. Transparenz der Beratung

Eine Hilfsmittelberatung findet durch folgenden Beratungseinrichtungen statt:

- als Teil der medizinischen Behandlung durch einen behandelnden Arzt bzw. einer speziell ausgebildeten Pflegefachperson
- ehrenamtlich z. B. durch eine Selbsthilfegruppe.
- als Serviceleistung eines kommerziellen Herstellers von Inkontinenzprodukten
- als Serviceleistung durch Händler/Versorger wie Apotheke oder Sanitätshaus

Hier bestehen teilweise finanzielle Interessen.

XXXII Zu Beginn des Beratungsprozesses sollen die Beziehungen des Beratenden zu einer Firma und/oder Organisation benannt werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXXIII Berufliche und finanzielle Interessen des Beratenden mit Bezug zur Beratungsleistung sollen vorab oder während des Beratungsprozesses transparent besprochen werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXXIV Personelle Veränderungen im Beratungsteam sollten wenn möglich auf ein Minimum reduziert werden. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

XXXV In nicht zufriedenstellenden Beratungssituationen sollte eine Erweiterung des Beraterteams oder ein Wechsel des Beraters in Betracht gezogen werden. Dies sollte auch vom Berater selbst angeboten werden. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

5. Bemusterung

Eine Bemusterung mit Inkontinenzmaterial ist sinnvoll und am Ende kostensparend durch die Vermeidung einer Fehlversorgung. Das bedeutet, dass ein Patient die Gelegenheit erhalten soll, verschiedene erstattungsfähige Produkte zu testen, bevor vom Versorger (Apotheke, Sanitätshaus) ein definitives Produkt für einen längeren Zeitraum ausgegeben wird. Eine Bemusterung ist auch bei einem Produktwechsel notwendig.

XXXVI Das „voraussichtliche Zielprodukt“ soll durch die Ermittlung der Art und des Ausmaßes der Harninkontinenz, ihrer Art und den Vorlieben/Besonderheiten des Patienten durch die Anamnese – idealerweise ersichtlich im Laufbogen (s. dort) – ermittelt werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXXVII Im Regelfall sollte eine Bemusterung durch das gleichzeitige Aushändigen von mindestens 2 erstattungsfähigen und 2 zuzahlungspflichtigen Hilfsmittelalternativen in einer Menge, die einem Tagesbedarf für jeweils 2 – 3 Tage entspricht, erfolgen. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

XXXVIII Zur validen und nachvollziehbaren Bewertung soll der Patient (ggf. seine Betreuungsperson) einen Bewertungsbogen (Laufzettel Patiententeil) ausfüllen. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXXIX Nach einer ersten Testphase kann ggf. eine weitere Testung auf Anfrage erfolgen. 20/20, starker Konsens, Empfehlung offen

6. Red flags

Der Begriff „red flag“ bedeutet übersetzt aus dem Englischen „rote Flagge“ oder „rote Fahne“. Die „rote Fahne“ dient in vielfältiger Weise als Alarmsignal. In der Medizin wird der Begriff angewendet, wenn Symptome oder klinische Zeichen auf eine schwerwiegende, dringend behandlungsbedürftige Erkrankung oder Verletzung hinweisen und eine entsprechende Reaktion erfolgen. Die klinische Anwendung findet Berücksichtigung bei der Einschätzung (Triage) der Dringlichkeit von Beschwerdebildern oder Leitsymptomen, wie zum Beispiel bei der Anwendung des Manchester Triage Systems (MTS) in der Notfallmedizin. Die rote Markierung im MTS erfordert einen unverzüglichen Behandlungsbeginn aufgrund lebensbedrohlicher Umstände.

Bei der Definition von „red flags“ im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln zur Versorgung bei Harninkontinenz ist zu berücksichtigen, dass ein unterschiedlicher Ausbildungs- und Wissensstand bei den unterschiedlichen Beteiligten vorliegen kann. Grundsätzlich ist zwischen ärztlichen- und nichtärztlichen Versorgungspartnern zu unterscheiden. Die ärztliche Berufsgruppe setzt sich aus verschiedenen Fachgruppen zusammen (z.B. Allgemeinmediziner, Internisten, Gynäkologen, Urologen, Geriater). Bei den nichtärztlichen Versorgungspartnern sind die unterschiedlichen Pflegeberufe der Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Weiterbildungen/Ausbildungen von Mitarbeitern ohne Pflegeausbildung in Apotheken, Sanitätshäusern oder Homecare Unternehmen abzugrenzen.

Im Rahmen der Verordnung von Hilfsmitteln können ärztliche „red flags“ dazu beitragen, Hinweise auf mögliche behandlungsbedürftige Ursachen der Harninkontinenz zu erhalten, die einer speziellen fachärztlichen Abklärung und ggf. Therapie bedürfen.

Bei der nichtärztlichen Hilfsmittelberatung stellen „red flags“ Warnhinweise dar, die dazu führen sollen, dass sich der Patienten zeitnah in ärztliche Behandlung begibt.

Red flags bei ärztlicher Beratung

- Hämaturie
- Dysurie
- neu aufgetretene Paresen oder Parästhesien
- Überlaufsymptomatik (kontinuierlicher Urinverlust besonders im Kontext einer vorangegangenen Operation im kleinen Becken)
- aktuelle Änderung der Medikation
- in Zusammenhang mit der Harninkontinenz stehende Traumata (Verletzungen, Unfälle)
- durchlaufende, kontinuierliche Inkontinenz nach vorangegangenen Operationen
- neu diagnostizierte neurologische Erkrankungen (Medikamente)

Red flags bei einer nichtärztlichen Beratung über Hilfsmittel bei Harninkontinenz:

- roter/trüber/übelriechender Urin
- durchlaufende, kontinuierliche Inkontinenz nach vorangegangenen Operationen
- Brennen beim Wasserlassen
- Schmerzen im Unterleib
- auf eine Nierenbeteiligung hindeutende Rückenschmerzen

- neu aufgetretene Lähmungen oder Empfindungsstörungen
- ständiges Wasserlassen in kleinen Portionen
- Hautveränderungen
- Fieber

XXXX Bei Identifikation eines oder mehrerer „red flag“ Symptome soll eine ärztliche/fachärztliche Vorstellung erfolgen bzw. eine Abklärung vor einer Hilfsmittelversorgung erfolgen. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXXXI Ist eine ärztliche Abklärung von „red flags“ gesichert, kann eine vorläufige Hilfsmittelversorgung trotz Vorliegen eines oder mehrerer „red flag“ Symptome erfolgen, bis diese definitiv abgeklärt sind bzw. die Entscheidung zu einer dauerhaften Hilfsmittelversorgung gefallen ist. 20/20 ,starker Konsens, Empfehlung offen

XXXXII Vor einer erneuten ärztlichen Verordnung oder einer nichtärztlichen Beratung (recall) soll überprüft werden, ob die ärztliche/fachärztliche Vorstellung zur Abklärung des „red flag“ Symptoms stattgefunden hat und welche Auswirkung das Ergebnis auf eine erneute Verordnung oder Beratung hat. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

7. Kosten

7. Kosten

7.1. Gesetzliche Regelungen

Bei einer Hilfsmittelversorgung mit Inkontinenzartikeln, die zum Verbrauch bestimmt sind, entsteht für gesetzlich versicherte Personen ab dem 18. Lebensjahr eine Zuzahlung von 10% bis höchstens 10€ für den Monatsbedarf. Jedoch nicht mehr als die Kosten des Hilfsmittels. Im Kalenderjahr betragen die Zuzahlungen maximal 2% des jährlichen Bruttoeinkommens. Bei schwerwiegend chronisch Erkrankten beträgt die Zuzahlung nur 1%.

Privat Versicherte haben auch einen Anspruch auf Kostenübernahme von Hilfsmitteln, welche im Hilfsmittelkatalog aufgeführt sind. Dabei gelten grundsätzlich die jeweiligen Höchstgrenzen und Zeitintervalle. Für die Hilfsmittelversorgung mit Inkontinenzartikeln soll eine ausreichende Finanzierung sichergestellt sein.

Seit dem 1.1.2009 ist nach §§ 127 und 33 SGB V die Hilfsmittelversorgung geregelt. Es schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den Leistungserbringern Verträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln und deren Wiedereinsatz sowie deren Preise ab. Durch öffentliche Ausschreibungen ist es zu heftigen Preiskämpfen gekommen. Nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019 wurden durch Änderung des §127 öffentliche Ausschreibungen als Mittel zur Vertragsanbahnung in der Hilfsmittelversorgung daher abgeschafft.

Den Verträgen sind dabei die in § 139 Absatz 2 im Hilfsmittelverzeichnis festgelegten Mindestanforderungen an die Qualität der Versorgung und Produkte zugrunde zu legen. Es soll bei der Hilfsmittelversorgung sowohl eine ausreichende Menge als auch eine entsprechende Qualität durch die Kostenträger erstattet werden.

Die Versorgung der Versicherten erfolgt üblicherweise über die ausgewählten Vertragspartner der Krankenkassen. Versicherte können grundsätzlich alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Bei berechtigtem Interesse können die Versicherten ausnahmsweise auch andere Leistungserbringer wählen. Dadurch entstehende Mehrkosten, die müssen die Versicherten aber selbst tragen (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hilfsmittel.html>).

XXXXIII Bei der Wahl eines alternativen Leistungserbringers sollen dem Versicherten die zur Verfügung stehenden Finanzmittel übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt werden, damit dieser die zu tragenden Mehrkosten kalkulieren kann. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

7.2. Versorgungspauschalen

Die Versorgungspauschalen für aufsaugende Inkontinenzhilfen der einzelnen Krankenkassen variieren. Die Höhe der Pauschalvergütung kann bei den Krankenkassen erfragt werden. Sie liegt häufig im Bereich von 10 bis 32 Euro. Es ist jedoch zu einem Sinken der Versorgungspauschalen gekommen. So hat die AOK Nordwest die Vergütung ab Februar 2022 um 30% gesenkt. Das Problem ist, dass bei niedrigen Versorgungspauschalen sich nur schwer Leistungserbringer finden, die zu dieser Pauschale eine Monatsversorgung anbieten. Dies führt dazu, dass in der Realität Versicherte gezwungen werden, unterschiedlich hohe Zuzahlungen zu leisten, obwohl prinzipiell ein Rechtsanspruch auf eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung besteht.

Die Versorgungspauschale umfasst neben dem erforderlichen Hilfsmittel auch medizinisch notwendige Zubehörteile und alle damit im Zusammenhang stehenden Dienst- und Serviceleistungen.

XXXXIV Die Versorgungspauschalen sollten den Durchschnitt nicht um mehr als 20 % unterschreiten. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

7.3. Festbeträge

Der GKV-Spitzenverband bestimmt Hilfsmittel für die Festbeträge festgesetzt werden (vgl. § 36 SGB V). Diese begrenzen die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und damit den Versorgungsanspruch der Versicherten. Bestehen die Versicherten auf Versorgungsleistungen, die den Festbetrag überschreiten, müssen sie den Mehrbetrag selbst tragen.

Aktuell bestehen Festbeträge für ableitende Inkontinenzhilfen. Die Wirksamkeit des Festbetragskonzeptes setzt rechtlich wie praktisch eine Vergleichbarkeit von Versorgungsleistungen voraus. Gemäß § 36 Abs. 1 SGB V sind funktional gleichartige und gleichwertige und damit grundsätzlich miteinander austauschbare Hilfsmittel in Gruppen zusammenzufassen, für die ein gemeinsamer Festbetrag festgesetzt wird. Wesentlicher Gesichtspunkt ist folglich allein die Funktion der Produkte, die wiederum eng mit der Wirkungsweise und dem zu erreichenden Therapieziel verknüpft ist, so dass indikationsbezogene Vergleichsgruppen entstehen. Da auch die Systematik des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 SGB V von einer indikativen Produktklassifizierung ausgeht, bilden die Gliederungen der einzelnen Produktgruppen die Grundlage für die Festbetragsgruppensysteme.

Für die gebildeten Festbetragsgruppen werden in einem zweiten Schritt Festbeträge gesetzt. Hinsichtlich der Höhe der Festbeträge sind von Seiten des Gesetzgebers in § 35 SGB V allgemeine Vorgaben gemacht worden. Demnach soll im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung möglich sein. Insbesondere sollen Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft und ein Preiswettbewerb ausgelöst werden. Die Festbeträge haben sich daher an preisgünstigen Versorgungsmöglichkeiten auszurichten.

Sowohl bei der Bildung von Festbetragsgruppen als auch bei der Festsetzung von Festbeträgen bestehen für die Verbände der Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller (§ 36 SGB V) und für bestimmte Interessenvertretungen der Patienten und Patientinnen Anhörungsrechte. Die Hersteller und Leistungserbringer sind zudem verpflichtet dem GKV-Spitzenverband auf Verlangen die zur Festbetragsfestsetzung erforderlichen Informationen und Auskünfte, insbesondere auch zu den Abgabepreisen der Hilfsmittel, zu erteilen. Die Festbeträge sollen die Kosten für qualitativ ausreichende Hilfsmittelversorgung decken (<https://www.gkv-spitzenverband.de>).

7.4. Individuelle Verträge der Kassen für Festbeträge

Hilfsmittel dürfen nur auf der Grundlage von Verträgen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern oder deren Verbände an Versicherte abgegeben werden (vgl. § 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Für Hilfsmittel, bei denen ein Festbetrag gesetzt ist, können gemäß § 127 Abs. 4 SGB V in den Verträgen nur Preise bis höchstens des Festbetrags vereinbart werden. Der Festbetrag ist somit ein Höchstbetrag. Es können unterhalb der Festbeträge Vergütungen vereinbart werden. Hiermit soll ein Vertragswettbewerb ausgelöst werden. Deshalb variieren die Vergütungen der einzelnen Krankenkassen (<https://www.gkv-spitzenverband.de>).

XXXXV Bei einer Unterschreitung der Festbeträge soll es zu keinen Qualitätseinbußen kommen. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

Die Festbetragsfestsetzungen vom 1. Dezember 2004 für aufsaugende Inkontinenzhilfen und für Stomaartikel in der Fassung der Beschlüsse vom 23. Oktober 2006 wurden mit Wirkung ab dem 1. Januar 2018 aufgehoben.

XXXXVI Eine Aufklärung über das System der Kostenerstattung von Hilfsmitteln durch die Krankenkassen soll erfolgen. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXXXVII Die anfallenden Kosten bei einer über die Standardversorgung hinausgehenden Hilfsmittelwahl sollen dem Patienten unter Nennung der monatlichen Mehrkosten (unter Berechnung des voraussichtlichen Bedarfs) transparent dargestellt werden. Hierbei soll über kostengünstigere Alternativen informiert werden. Eine Dokumentation ist erforderlich. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

XXXXVIII

Ist eine ausreichende Versorgung einer Harninkontinenz aus medizinischen Gründen mit Standardmaterialien oder -mengen nicht möglich, soll per Antrag bei der Krankenkasse eine Einzelfallentscheidung im Hinblick auf eine Erweiterung oder Veränderung der Versorgung herbeigeführt werden. 20/20, starker Konsens, starke Empfehlung

Relevante Gesetze

V Sozialgesetzbuch (https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/)

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vom 6. Mai 2019

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/T/TSVG_BGBL.pdf

8. Qualifikation des Beratenden

An dem Prozess einer Hilfsmittelversorgung sind verschiedene Akteure beteiligt. Sowohl für der verordnenden Arzt als auch für den die Hilfsmittelberatung Durchführenden sind spezielle Kenntnisse und Qualifikationen auf dem Sektor der Harninkontinenz unabdingbar.

8.1. Qualifikation des verordnenden Arztes

Die Hilfsmittelverschreibung ist jedem approbierten Arzt möglich. Um diese sinnvoll zu gestalten, sind Vorkenntnisse auf dem Sektor der Harninkontinenz erforderlich.

XXXXVIII Liegt kein Facharztstandard der mit der Inkontinenzbehandlung primär befassten Disziplinen wie Urologie oder Gynäkologie vor, sind Grundkenntnisse in Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz und Erfahrungen in der Hilfsmittelverordnung notwendig. Hierzu gehören:

- **Anatomie und Physiologie des unteren Harntraktes**
- **Pathophysiologie der Harninkontinenz**
- **aktuelle Inkontinenzterminologie, Inkontinenzformen und – schweregrade,**
- **diagnostische Maßnahmen**
- **konservative und operative Therapieformen**
- **Hilfsmittelversorgung**
- **Red flags (s. Kapitel 6)**

Komplikationen als Folge einer Harninkontinenz und deren Versorgung. 20/20, starker Konsens, statement, Empfehlung offen

Statement: Da eine Harninkontinenz auch ein altersabhängiges Phänomen darstellt, ist know-how hinsichtlich der Besonderheiten des geriatrischen Patienten wünschenswert.

8.2. Qualifikation der mit Hilfsmittelberatung befassten Personen

Die Qualifikation für eine Hilfsmittelberatung ist bisher nicht definiert. Dennoch findet Hilfsmittelberatung statt. Als besonders geeignet erscheint zur Qualifizierung der beratenden Person erscheint beispielsweise eine Ausbildung zum Urotherapeuten/zur Urotherapeutin oder die eine Fachweiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde Ein Basiswissen und der Besuch entsprechender Fortbildungsangebote bei Beratungspersonen ohne eine solche spezifische Ausbildung ist zu fordern.

XXXXIX Die beratende Person sollte eine Basisqualifikation in der Diagnostik und Therapie der Harninkontinenz besitzen. Hierzu gehören Grundkenntnisse in

- **der relevanten Anatomie und Physiologie,**
- **der Pathophysiologie der Harninkontinenz,**
- **Inkontinenzterminologie, Inkontinenzformen und – Schweregraden,**
- **therapeutischen Alternativen zur Hilfsmittelversorgung,**
- **Red flags (s. Kapitel),**

Komplikationen als Folge einer Harninkontinenz und deren Versorgung. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

L Die Qualifikation der Beratungsperson sollte dem Ratsuchenden transparent dargestellt werden. Dies gilt insbesondere für eine telefonische oder internet-basierte Beratung. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

LI Aufgrund der Sensibilität und Intimität des Themas sollte die beratende Person über ein Basiswissen der Gesprächsführung und Kommunikation verfügen. 20/20, starker Konsens, Empfehlung

Statement: Für die Zukunft wäre die Etablierung eines standardisierten Schulungs- und Fortbildungsangebotes wünschenswert.

Versionsnummer: 2.0

Erstveröffentlichung: 07/2020

Überarbeitung von: 01/2025

Nächste Überprüfung geplant: 01/2030

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**