



Kassenärztliche Bundesvereinigung ▶ Herbert-Lewin-Platz 2 ▶ 10623 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Dr. van Treeck
Unparteiischer Vorsitzender des
Unterausschusses Methodenbewertung
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin
Postfach 12 02 64
10592 Berlin
www.kbv.de

**Antrag gemäß § 138 SGB V i.V.m. § 135 Abs. 1 SGB V zur Bewertung des
Beckenbodentrainings in der Schwangerschaft zur Prävention von prä- und
postpartaler Harninkontinenz**

Dr. med. Monika Mund
Abteilungsleiterin
Dezernat Ärztliche und
Veranlasste Leistungen
Abteilung Indikationsbezogene
Versorgungskonzepte

Sehr geehrter Herr Dr. van Treeck,

die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt hiermit einen Beratungsantrag gemäß
§ 138 SGB V i.V.m. § 135 Abs.1 SGB V zur Bewertung des Beckenbodentrainings zur
Prävention von prä- und postpartaler Harninkontinenz.

Tel.: 030 4005-1238
E-Mail: MMund@kbv.de

13. November 2024

Medizinischer Hintergrund

Harninkontinenz, von der International Continence Society (ICS) definiert als jeglicher ungewollter Urinverlust, ist ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem unter Frauen. Betroffene berichten nicht nur über eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität, sondern auch über körperliche, psychische, soziale und ökonomische Folgen (1).

Pathophysiologisch lassen sich verschiedene Formen der Harninkontinenz unterscheiden, wobei die häufigsten die Belastungsinkontinenz, die Dranginkontinenz und eine Mischform aus diesen beiden darstellen. Die Dranginkontinenz ist definiert als ein während der Blasenfüllungsphase auftretender starker Harndrang mit unwillkürlichem Urinabgang. Unter Stress- oder Belastungsinkontinenz versteht man den unwillkürlichen Urinabgang bei körperlichen Anstrengungen (z.B. Husten, Niesen, Sport) aufgrund einer eingeschränkten Funktionsfähigkeit des Verschlussapparates der Harnblase. Dieser gestörten Schließmuskelfunktion, die zur Belastungsinkontinenz führt, liegen oft eine Beckenbodenschwäche und nervale Fehlsteuerungen zugrunde. Eine Beckenbodenschwäche kann im Laufe der Zeit altersbedingt, bei Bindegewebsschwäche, nach verschiedenen Operationen und insbesondere während und nach Schwangerschaften und Geburten auftreten.

Angaben zur Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen unterscheiden sich zum Teil sehr stark. Eine repräsentative Befragung in Deutschland aus dem Jahr 2005 ergab eine steigende Prävalenz mit zunehmendem Alter: 7,8 % bei den 18- bis 40-Jährigen, 11,3 % bei den 41- bis 60-Jährigen und 27,1 % bei den über 60-Jährigen

(2). Neuere Daten aus dem Jahr 2017 legen jedoch eine deutlich höhere Gesamtprävalenz von 48,3 % nahe (3). Studien zeigen außerdem, dass Frauen nach Schwangerschaft und Geburt ein erhöhtes Risiko aufweisen, im Laufe ihres Lebens eine Harninkontinenz zu entwickeln. Sowohl die Schwangerschaft als auch die vaginale Geburt stellen dabei relevante Risikofaktoren dar (4).

Ungefähr 41 % aller schwangeren Frauen berichten über ungewollten und nicht kontrollierbaren Urinabgang, wobei die Belastungsincontinenz mit 63,3 % die häufigste Form der Harninkontinenz während der Schwangerschaft ist (5). Die Prävalenz einer prä- und postpartalen Harninkontinenz nimmt während der Schwangerschaft zu. Sie liegt im ersten Trimester bei 9 % und im dritten Trimester bei 34 % (5). Die Prävalenz der anhaltenden Harninkontinenz in den ersten drei Monaten nach der Geburt liegt bei 33 % (6). Sechs Monate nach der Geburt liegt die Prävalenz noch bei 31 % (7) und selbst 12 Monate nach der Geburt sinkt die Prävalenz gemäß der Mehrzahl der Studien um weniger als 5 % (6). Auch zwölf Jahre nach einer Geburt sind laut einer Studie aus dem Jahr 2016 (8) noch 76,4 % der Frauen, die drei Monate nach der Geburt inkontinent waren, von Inkontinenz betroffen. Frauen, die schon während der Schwangerschaft eine Harninkontinenz entwickeln, haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko (Odds Ratio 3,77), selbst zwölf Jahre nach der Geburt inkontinent zu sein (9).

Trotz der hohen Prävalenz von prä- und postpartaler Harninkontinenz adressieren die Mutterschafts- und die Heilmittel-Richtlinie des G-BA (10, 11) das Thema Prävention einer Harninkontinenz nicht. Systematische Reviews und Metaanalysen zeigen, dass präventives Beckenbodentraining das Risiko einer prä- oder postpartalen Harninkontinenz reduziert (12, 13, 14). Mehrere internationale Leitlinien enthalten Empfehlungen zu Beckenbodentraining während oder nach einer Schwangerschaft zur Reduktion des Risikos oder der Schwere der Symptome einer Harninkontinenz (siehe Ausführungen unten).

Beckenbodentraining ist bislang als kurative Maßnahme bei diagnostizierter Harninkontinenz Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenkassen; präventives Beckenbodentraining ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (15). Zwar sollen Geburtsvorbereitungskurse unter anderem „Beckenbodenübungen, Beckenbewegungsübungen“ beinhalten und allgemeine Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett vermitteln (16), es ist jedoch weder festgelegt, welchen Stellenwert die Themen Beckenbodentraining und Harninkontinenz innerhalb des Kurses haben und in welchem Umfang das Training erfolgen soll, noch zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft die Kurse absolviert werden sollen. Auch im Rahmen von Präventionskursen nach § 20 SGB V wird Beckenbodentraining angeboten, dieses ist aber nicht auf die Bedürfnisse von Frauen während der Schwangerschaft abgestimmt. Zudem schwankt das Angebot von Präventionskursen regional stark und die Kosten werden nur unter bestimmten Voraussetzungen und zu einem bestimmten Anteil von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Beschreibung des neuen Heilmittels

Unter Beckenbodentraining versteht man eine Abfolge von willkürlichen Kontraktionen und Entspannungen der Beckenbodenmuskulatur. Es wird bereits als kurative Leistung im Rahmen der Heilmittel-Richtlinie angewendet, um eine bestehende Harninkontinenz zu behandeln.

Präventives Beckenbodentraining zur Vorbeugung einer prä- oder postpartalen Harninkontinenz stellt jedoch eine neue Indikation dar. Zielgruppe hierfür sind grundsätzlich alle Schwangeren. Sowohl die Frequenz, Intensität und Steigerung der Übungen als auch die Dauer des Trainings sollte vorgegeben

werden. Das Training kann in Einzel- oder Gruppenkursen durch qualifizierte Hebammen oder Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, digital und mit oder ohne Hilfsmittel (Biofeedback, Elektrostimulation, Vaginalkegel) erfolgen.

Angaben zum Nutzen und zur medizinischen Notwendigkeit

Mehrere internationale Leitlinien (1, 17, 18, 19) zur Schwangerenvorsorge empfehlen allen Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt Beckenbodentraining.

In der deutschen S2k-Leitlinie zur Harninkontinenz der Frau (1) wird festgestellt, dass eine präpartale Physiotherapie, die auch Beckenbodentraining umfasst, das Risiko der Entstehung einer Harninkontinenz verringern kann. Daher wird empfohlen, allen schwangeren Frauen ein professionell angeleitetes Beckenbodentraining anzubieten.

Die amerikanische Leitlinie „Clinical practice guideline for the management of pregnancy“ (17) empfiehlt allen Schwangeren schon früh in der Schwangerschaft Beckenbodentraining, um einer Harninkontinenz während der späten Schwangerschaft vorzubeugen. Die „Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience“ der WHO (18) weisen darauf hin, dass Beckenbodentraining während der Schwangerschaft oder nach der Geburt den Beckenboden stärken und so einer Harninkontinenz und anderen mit einer Beckenbodenschwäche verbundenen Erkrankungen (Stuhlinkontinenz, Organprolaps) vorbeugen soll. Die NICE-Leitlinie (19) empfiehlt, Frauen während und nach der Schwangerschaft zu Beckenbodentraining zu motivieren und darüber aufzuklären, dass Beckenbodentraining einer Harninkontinenz entgegenwirken kann.

Viele dieser Leitlinien beziehen sich in ihrer Begründung unter anderem auf den Cochrane-Review von Woodley et al. (12), in den randomisierte kontrollierte Studien (RCT) und quasi-randomisierte Studien eingeschlossen wurden. Schwangere Frauen und/oder Frauen nach einer Geburt praktizierten in der Interventionsgruppe Beckenbodentraining; die Vergleichsgruppen erhielten entweder die gewöhnliche prä- und postpartale Versorgung, eine Placebo-Intervention oder keine Behandlung. Die Auswertung der eingeschlossenen Studien zeigt, dass Beckenbodentraining als präventive Maßnahme bei kontinenten Schwangeren das Risiko für eine Inkontinenz in der späten Schwangerschaft (62 % Risikoreduktion, Risk Ratio 0,38; moderate Evidenz) und in den ersten sechs Monaten nach der Geburt (29 % Risikoreduktion, RR 0,71; hohe Evidenz) reduziert. Auch wenn nicht differenziert wird zwischen kontinenten und inkontinenten Frauen, reduziert Beckenbodentraining vor der Geburt das Risiko einer Harninkontinenz in der späten Schwangerschaft (22 % Risikoreduktion, RR 0,78; moderate Evidenz).

Zusammenfassend erscheint es wichtig, den Schwangeren möglichst früh in der Schwangerschaft Beckenbodentraining zu empfehlen und Zugang zu professionell angeleiteten Übungen zu gewähren, um eine prä- und postpartale Harninkontinenz zu verhindern.

Wirtschaftlichkeit

Laut einem 2023 veröffentlichten Bericht der European Association of Urology im Rahmen der An Urge To Act-Initiative (20) werden die durch Harninkontinenz verursachten Kosten in Deutschland für 2023 auf insgesamt 21,6 Mrd. Euro geschätzt, wobei 16,3 Mrd. Euro für von Harninkontinenz betroffene Frauen ausgegeben werden. Bei betroffenen Frauen werden die größten Kosten verursacht durch eine Minderung

der Produktivität (Arbeitsausfall der betroffenen Patientinnen und Pflegenden, 43 %), gefolgt von den Kosten für Inkontinenzbinden (22 %) und Physiotherapie (12%).

Eine australische Studie (21) vergleicht die Wirtschaftlichkeit von präventivem Beckenbodentraining präpartal mit kurativem Beckenbodentraining prä- und postpartal und kommt zu dem Schluss, dass präventives Beckenbodentraining präpartal als Gruppentraining, jedoch auch als individuelles Angebot für jede Frau, zu einer Kostenersparnis führt im Vergleich zu den Kosten, die durch die Behandlung einer Harninkontinenz entstehen.

Präventives präpartales Beckenbodentraining weist demnach eine höhere Kosteneffizienz auf als die Behandlung einer bestehenden Harninkontinenz und kann die durch Harninkontinenz verursachten Kosten reduzieren.

Angaben zu Relevanz und Dringlichkeit

Vor dem geschilderten Hintergrund ist das Thema hochrelevant im Hinblick auf postpartale Morbidität und Lebensqualität. Die Vorsorgeuntersuchungen während einer Schwangerschaft und die postpartalen Untersuchungen gemäß der Mutterschafts-Richtlinie des G-BA sehen weder Untersuchungen zu oder Aufklärungen über Harninkontinenz im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt vor, noch werden Schwangere zu regelmäßigem Beckenbodentraining angehalten. Frauen sollten schon während der Schwangerschaft im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie über die präventive Bedeutung von Beckenbodentraining aufgeklärt und dazu motiviert werden. Auch die Heilmittel-Richtlinie des G-BA enthält bislang keine Maßnahme für Schwangere zur Prävention einer prä- oder postpartalen Harninkontinenz.

Aktuelle Studien zeigen, dass präventives Beckenbodentraining das Risiko für eine prä- und postpartale Harninkontinenz reduziert. Bislang ist Beckenbodentraining jedoch nur als kurative Leistung bei diagnostizierter Inkontinenz Leistungsinhalt der gesetzlichen Krankenkassen. Sollte sich der positive präventive Effekt von Beckenbodentraining hinsichtlich einer prä- oder postpartalen Harninkontinenz im Rahmen dieses Bewertungsverfahrens bestätigen, ist die Heilmittel-Richtlinie entsprechend zu ergänzen und jeder Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gemäß der Mutterschafts-Richtlinie präventives Beckenbodentraining zu empfehlen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Mund', written in a cursive style.

Dr. Monika Mund
Abteilungsleiterin Indikationsbezogene Versorgungskonzepte

Literaturverzeichnis

1. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2021). Leitlinienprogramm Harninkontinenz der Frau. [Online] https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-091l_S2k_Harninkontinenz-der-Frau_2022-03.pdf (letzter Zugriff am 10.09.2024)
2. Beutel ME, Hessel A, Schwarz R et al. (2005). Prävalenz der Urininkontinenz in der deutschen Bevölkerung. Komorbidität, Lebensqualität, Einflussgrößen. *Urologe* 2005; A 44: 232-238.
3. Schreiber Pedersen L, Lose G, Hoybye MT et al. (2017). Prevalence of urinary incontinence among women and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2017; 96:939-948.
4. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC (1999). Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth, and obstetric techniques. *American Journal of Public Health* 1999; 89(2):209-12.
5. Moosdorff-Steinhauser HFA, Berghmans BCM, Spaanderman MEA, Bols EMJ (2021). Prevalence, incidence and bothersomeness of urinary incontinence in pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2021 Jul; 32(7):1633-1652. doi: 10.1007/s00192-020-04636-3.
6. Thom DH, Rortveit G (2010). Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010 Dec; 89(12):1511-22. doi: 10.3109/00016349.2010.526188.
7. Wesnes S, Hunskaar S, Bo K, Rortveit G (2009). The effect of urinary incontinence status during pregnancy and delivery mode on incontinence postpartum. A cohort study. *BJOG* 2009; 116:700–707.
8. MacArthur C, Wilson D, Herbison P et al. (2016). Prolong study group. Urinary incontinence persisting after childbirth: extent, delivery history, and effects in a 12-year longitudinal cohort study. *BJOG.* 2016 May; 123(6):1022-9. doi: 10.1111/1471 0528.13395.
9. Pizzoferrato AC, Fauconnier A, Quiboeuf E et al. (2014). Urinary incontinence 4 and 12 years after first delivery: risk factors associated with prevalence, incidence, remission, and persistence in a cohort of 236 women. *Neurourol Urodyn.* 2014 Nov; 33(8):1229-34. doi: 10.1002/nau.22498.
10. Gemeinsamer Bundesausschuss (2023). Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mu-RL). [Online] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3335/Mu-RL_2023-09-28_iK-2023-12-19.pdf (letzter Zugriff am 10.09.2024)
11. Gemeinsamer Bundesausschuss (2024). Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (HeilM-RL). [Online] https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3500/HeilM-RL_2024-04-18_iK-2024-07-23.pdf (letzter Zugriff am 10.09.2024)
12. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R et al. (2020). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 5. Art. No.: CD007471. DOI: 10.1002/14651858.CD007471.pub4

13. Davenport MH, Nagpal TS, Mottola MF et al. (2018). Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2018 Nov; 52(21):1397-1404. doi: 10.1136/bjsports-2018-099780. Erratum in: *Br J Sports Med.* 2019 Jan; 53(2):e1. doi: 10.1136/bjsports-2018-099780corr1. Erratum in: *Br J Sports Med.* 2020 Mar; 54(5):e3. doi: 10.1136/bjsports-2018-099780corr2. PMID: 30337466.
14. Zhang D, Bo K, Montejo R et al. (2024). Influence of pelvic floor muscle training alone or as part of a general physical activity program during pregnancy on urinary incontinence, episiotomy and third- or fourth-degree perineal tear: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2024; 103:1015-1027.
15. Gemeinsamer Bundesausschuss (2024). Heilmittel-Richtlinie, II. Zweiter Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (in Verbindung mit § 12 der HeilM-RL), Heilmittelkatalog, Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V. [Online] https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2024-04-18_Heilmittelkatalog.pdf (letzter Zugriff am 10.09.2024)
16. GKV-SV (2018). Hebammenhilfevertrag, Anlage 1.2: Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. [Online] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf (letzter Zugriff am 10.09.2024)
17. Department of Veterans Affairs (DV), Department of Defense (DoD). VA/DoD (2023). Clinical practice guideline for the management of pregnancy, version 4.0. [Online] https://www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/VA-DoD-CPG-Pregnancy-Full-CPG_508.pdf (letzter Zugriff am 10.09.2024)
18. World Health Organization (WHO) (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. [Online] <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1> (letzter Zugriff am 10.09.2024)
19. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021). Pelvic floor dysfunction: prevention and non-surgical management. NICE guideline NG210. [Online] <https://www.nice.org.uk/guidance/ng210/resources/pelvic-floor-dysfunctionprevention-and-nonsurgical-management-pdf-66143768482501> (letzter Zugriff am 10.09.2024)
20. European Association of Urology (2023). The health, socio-economic and environmental costs of continence problems in the EU. [Online] https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/media/Socio-economic_report_UrgetoAct.pdf#asset:4080543@1 (letzter Zugriff am 10.09.2024)
21. Brennen R, Frawley HC, Martin J, Haines TP (2021). Group-based pelvic floor muscle training for all women during pregnancy is more cost-effective than postnatal training for women with urinary incontinence: cost-effectiveness analysis of a systematic review. *J Physiother.* 2021 Apr; 67(2):105-114. Erratum in: *J Physiother.* 2021 Jul; 67(3):161. PMID: 33771484.