



Verband der Diagnostica-Industrie

**„VDGH-Expertentalk am Mittag“ Schwangerschaftsdiagnostik kann mehr!  
29. November 2011, Hotel „The Regent Berlin“**

**Dr. Klaus König**

**2. Vorsitzender  
Berufsverband der Frauenärzte e. V.**

**Fakten zum Statement**

Es gilt das gesprochene Wort

# Nutzen von Vorsorgemaßnahmen vor und während der Schwangerschaft

Dr. med. Klaus König  
Frauenarzt  
2. Vorsitzender  
Berufsverband der Frauenärzte

## **8. Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe** **Weiterbildungsinhalte**

### **Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in**

den allgemeinen Inhalten der Weiterbildung für die Abschnitte B und C der Gesundheitsberatung einschließlich Stillberatung und den Grundlagen der Ernährungsmedizin,

**der Feststellung einer Schwangerschaft, der Mutterschaftsvorsorge, der Erkennung und Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen, Risikoschwangerschaften und der Wochenbettbetreuung der Geburtsbetreuung einschließlich Mitwirkung bei Risikogeburten und geburtshilflichen Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade sowie der Versorgung und Betreuung des Neugeborenen einschließlich der Erkennung und Behandlung von Anpassungsstörungen**

den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung der Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie der Indikationsstellung zum

**Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gesundheitlichen einschließlich psychischen Risiken**

# **Richtlinien**

**des Bundesausschusses  
der Ärzte und Krankenkassen**

**über die ärztliche Betreuung  
während der Schwangerschaft  
und nach der Entbindung  
(„Mutterschafts-Richtlinien“)**

in der Fassung vom 10. Dezember 1985  
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 60 a vom 27. März 1986)

zuletzt geändert am 19. Mai 2011  
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 124, S. 2894  
in Kraft getreten am 19. August 2011



Herausgeber:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

Wegelystraße 8  
10623 Berlin  
[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Während der Schwangerschaft sollten Sie Ihren Mutterpass immer bei sich haben und zu jeder ärztlichen Untersuchung mitbringen, insbesondere auch zur Entbindung. Ihr Mutterpass gehört zu den Dokumenten, die Sie immer sorgfältig aufbewahren sollten.

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. § 196 der Reichsversicherungsordnung (RVO) bzw. § 23 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1972) beschlossenen Richtlinien dienen der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1, 28 Abs. 1, 70 Abs. 1 und 73 Abs. 2 SGB V).

- c) Serologische Untersuchungen auf Infektionen
  - z. B. Röteln bei Schwangeren ohne dokumentierte zweimalige Impfung, Lues, Hepatitis B,
  - bei begründetem Verdacht auf Toxoplasmose und andere Infektionen
  - zum Ausschluß einer HIV-Infektion; auf freiwilliger Basis nach vorheriger ärztlicher Beratung der Schwangeren sowie
  - blutgruppenserologische Untersuchungen während der Schwangerschaft (siehe Abschnitt C.)
  
- d) Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe (siehe Abschnitt D.)

## A. Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft

1. Die Schwangere soll in ausreichendem Maße ärztlich untersucht und beraten werden. Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung erstrecken. Jeder Schwangeren soll ein HIV-Antikörpertest empfohlen werden, da die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. Die Testdurchführung erfordert eine Information zum Test und die Einwilligung der Schwangeren. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu dieser Untersuchung ist das Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten“ (Muster siehe Anlage 3) zur Verfügung zu stellen.

Zudem soll die Schwangere über die Impfung gegen saisonale Influenza beraten werden. Gesunden Schwangeren soll diese Impfung ab dem zweiten Trimenon empfohlen werden, Schwangeren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens bereits im ersten Trimenon.

b) Die Allgemeinuntersuchung, die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion. Die Untersuchung wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäureamplifizierenden Tests (NAT) durchgeführt. Zur Wahrung des

Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Test in einem Poolingverfahren durchgeführt werden, bei dem Proben von bis zu fünf Patientinnen gemeinsam getestet werden. Dabei dürfen nur Testkits verwendet werden, die für die Anwendung im Poolingverfahren geeignet sind. Die Zuverlässigkeit der Tests im Poolingverfahren ist in den Laboren durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Schnelltests (sogenannte „bed-side-Tests“, Tests auf vorgefertigtem Reagenzträger) sind für diese Untersuchung nicht geeignet.

3. Ergeben sich im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko, so ist der Arzt gehalten, die Schwangere über die Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und/oder humangenetischen Untersuchung aufzuklären.

## **C. Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft**

1. Bei jeder Schwangeren sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt aus einer Blutprobe

- a) der TPHA (Treponema-pallidum-Hämagglutinationstest) oder ELISA (Enzyme-linked-immunosorbent-assay) oder TPPA (Treponema pallidum-Partikelagglutinationstest) als Lues-Suchreaktion (LSR),
- b) gegebenenfalls ein HIV-Test,
- c) die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors D,
- d) ein Antikörper-Suchtest (AK)

durchgeführt werden.

## **I. Inkrafttreten**

Die Richtlinien treten am 28. März 1986 in Kraft.

Köln, den 10. Dezember 1985

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen  
Der Vorsitzende

# Forderung BVF

Aufnahme in die Mu - Vo

- **Toxoplasmose, Windpocken**
- **oGTT**

## Verbesserungen

- **Chlamydienscreening** direkter Abstrich aus dem Cervikalkanal.
- Abrechnungsziffer für die ausführliche Beratung Screening bis 25 Jahre

## Studien abwarten

- **Cytomegalivirus (CMV)**

## Nicht zwingend notwendig

- **B-Streptokokken** (da er keine Konsequenz für die Schwangerschaft, sondern nur für die Geburt hat; Abstrich unter der Geburt)
- **Parvovirus - B19-Infektionen**

# INDIVIDUELLE GESUNDHEITS-LEISTUNGEN (IGeL)

**Der Leitsatz der kassenärztlichen Behandlung lautet:**

**WIRTSCHAFTLICH - AUSREICHEND - NOTWENDIG - ZWECKMÄßIG**

**Die meisten Kassenleistungen sind heute budgetiert, es werden immer mehr Leistungen von den Patienten nachgefragt, ohne dass mehr Geld ins System kommt. Deshalb muss sich der Arzt auf die im EBM festgelegten notwendigen Leistungen beschränken, die aber bei weitem heute nicht mehr alles abdecken.**

**So kam es zur Einführung der IgeL-Leistungen (Individuelle Gesundheitsleistungen), die heute einen Teil der ärztlichen Tätigkeit ausmachen, von den Patienten auch hinterfragt werden. Diese Leistungen müssen qualifiziert angeboten und nach GOÄ privat abgerechnet werden. Voraussetzung ist eine von der Patientin unterschriebene Einwilligungserklärung.**

Individuelle Gesundheits-Leistungen:

- >> kein Leistungsumfang der GKV
- >> von Patienten nachgefragt
- >> ärztlich empfehlenswert - ärztlich vertretbar

Der Arzt/die Ärztin sollte nur die Leistungen erbringen, die er/sie medizinisch vertreten kann, die von ihm/ihr qualifiziert erbracht werden kann.

Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages vom 18.-21. Mai 2004 in Bremen  
**Auf Antrag von Frau Dr. Bühren, Frau Dr. Bert, Dr. König und Dr. von Knoblauch zu Hatzbach (Drucksache VI-25) fasst der 107. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung: Geringere finanzielle Belastung in der Schwangerschaft**

Der 107. Deutsche Ärztetag fordert die Bundesregierung und die Krankenkassen auf, alle gesetzlichen Zuzahlungen und die ärztlichen Leistungen während einer Schwangerschaft neu zu bewerten.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und einer extrem niedrigen Geburtenrate von 1,3 Kindern pro Frau in unserem Land, sollten alle Schwangere von sämtlichen schwangerschaftsassozierten Zuzahlungen freigestellt werden. Diese Frauen nehmen mit der Geburt von Kindern, die zukünftig Steuern zahlen und Renten erarbeiten, ohnehin Karriereeinbußen, niedrigere Gehälter und Rente in Kauf. **Seit dem 01.10.2004 müssen schwangere Frauen durch die kurzsichtige Kostendämpfungspolitik für die Prävention mit Präparaten wie Magnesium, Eisen und Jodid und für Heil- und Hilfsmittel, wie z. B. Kompressionsstrümpfe, relativ hohe Zuzahlungen leisten.** Das Entbindungsgeld wurde bereits ersatzlos gestrichen und nicht in sozialpolitisch sinnvoller Weise steuerfinanziert erhalten.

**Weiterhin muss die gesamte Schwangerenbetreuung frei von der Praxisgebühr bleiben,** nicht nur die vorgeschriebenen Ziffern der Mutterschaftsvorsorge. Beispielsweise ist bei notwendigen Untersuchungen, wie der Fluordiagnostik zur Frühgeburtenverhinderung z. Zt. eine Zahlung der Praxisgebühr erforderlich.

# IV - Verträge

**BEK** und seit 1.01.2010 **GEK**

**bvf.de**

§73c SGB V

Förderung der frühzeitigen Diagnostik des Gestationsdiabetes

Information und 75g oGTT (1h) inkl. Sachkosten

Mitglied BVF

19,50€

*Nichtmitglieder minus 1,50 €*

18,00€

Abrechnung über BEK

## DAK

„Willkommen Baby“

§ 140 a ff. SGB V

Prävention von Frühgeburten und der Vermeidung bzw.  
Senkung der Frühgeburtenrate

Ärztliches Gespräch über Risikofaktoren der Frühgeburt  
einschließlich Einweisung in die Handhabung des Testhandschuhes 30,00 €

Zusätzliche sonographische Diagnostik, einmalig im Frühstadium  
der Schwangerschaft (vaginaler Ultraschall) 33,30 €

75g oraler Glucosetoleranztest (1 Studentest) inklusive  
Auslagenersatz für Sachkosten 19,50 €

Abrechnung via DAK – Fachzentrum Stationäre Leistungen Stuttgart

---

*Vergütung der Krankenhäuser*

*Pauschale für die im Rahmen der Integrierten Versorgung  
„Willkommen Baby“ erbrachten Leistungen 20,00 €*

---

# Neues zum Gestationsdiabetes



## Leitlinien-Detailansicht

# Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge

Registernummer 057 - 008

Klassifikation **S3**

Stand: 31.08.2011 , gültig bis 31.08.2016

Adressaten: Diabetologen, Gynäkologen, Neonatologen, Internisten, Allgemeinmediziner

Patientenzielgruppe: Schwangere Frauen mit Gestationsdiabetes

### Basisdaten

#### Verfügbare Dokumente

Langfassung der Leitlinie "Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge"

[Download](#) PDF 0,81 MB

Patientenleitlinie "Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge"

[Download](#) PDF 0,25 MB

Leitlinienreport

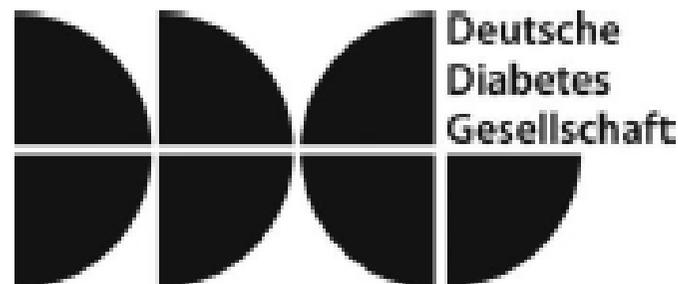
[Download](#) PDF 0,06 MB

#### Verbindung zu vorhandenen Leitlinien anderer Fachgesellschaften

Langfassung der Leitlinie "Therapie des Diabetes mellitus Typ 1" [pdf-Datei, 1,66 MB]

#### Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) [Visitenkarte](#)



## Gestationsdiabetes mellitus (GDM)

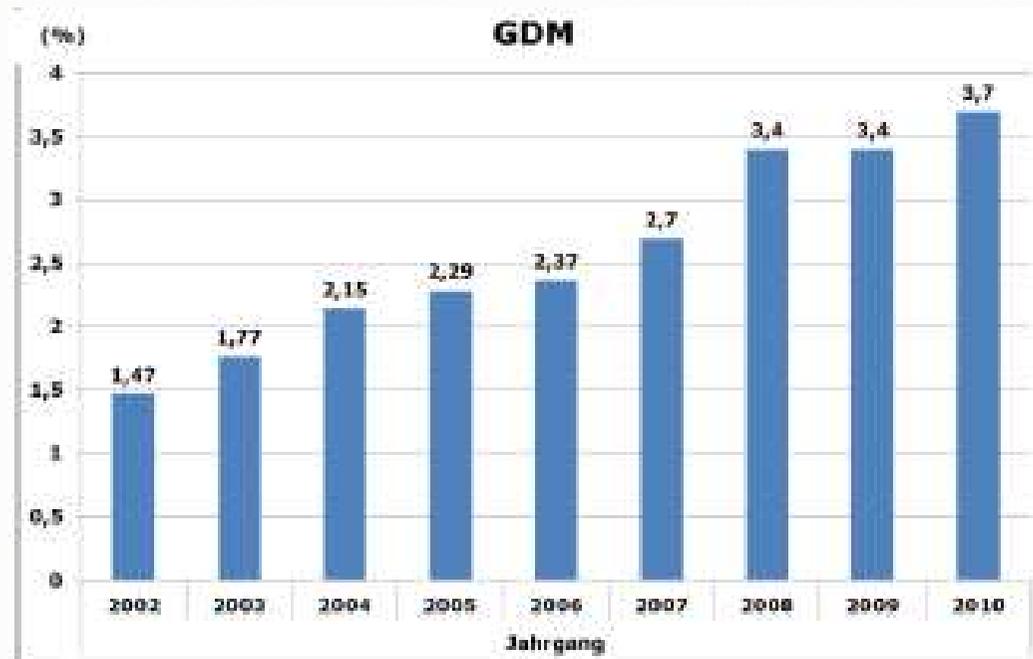
**Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnostik, Therapie u. Nachsorge  
der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)  
und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)**

Herausgeber DDG: M.Kellerer, S.Matthaei; Herausgeber DGGG: R.Kreienberg

Autoren: H.Kleinwechter<sup>1</sup>, U.Schäfer-Graf<sup>2</sup>, C.Bührer<sup>3</sup>, I.Hoesli<sup>4</sup>, F.Kainer<sup>5</sup>, A.Kautzky-Willer<sup>6</sup>,  
B.Pawlowski<sup>7</sup>, K.Schunck<sup>8</sup>, T.Somville<sup>9</sup>, M.Sorger<sup>10</sup>

Erstveröffentlichung 07/2011

Geplante Überarbeitung 07/2016



**Abb.1**  
Relative Häufigkeiten des Gestationsdiabetes in Deutschland 2002-2010

Planung

GBA

## Agenda

- **Sektorenübergreifende Qualitätssicherung**
- **Sektorspezifische Qualitätssicherung**
- **Disease-Management-Programme**
- **Bereich Familienplanung**
- **Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V**
- **Qualitätsinitiative**
- **Qualitätsdarstellung und Information**

## Bereich Familienplanung – Mutterschafts-RL

### **Einführung eines Screenings auf Gestationsdiabetes:**

- RL-Anderung einschließlich Empfehlungen zur QS weitgehend abgeschlossen
- zweistufiges Screening – Such- und Bestätigungstest (keine Regelung nach § 135 Abs. 2 SGB V vorgesehen)
- Beschlussfassung verzögert sich wegen Kassenantrag auf Erstellung eines Merkblatts durch das IQWiG (Plenumsbeschluss ggf. Anfang 2012)

In-Kraft-Setzung des G-BA Vorratsbeschlusses zur **Neuorganisation des Ultraschallscreenings** in der Schwangerschaft voraussichtlich Mitte 2012

## Gestationsdiabetes mellitus (GDM) -

### Gemeinsames Konsensuspapier 2011 für Hessen der/des

- Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) e.V., Landesgruppe Hessen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)  
(Vorsitzender: PD Dr. med. E.G. Biegel, Limburg)
- Berufsverbandes der Frauenärzte e.V., Landesverband Hessen  
(Vorsitzender: Dr. med. K. König, Steinbach)
- Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)  
(Leiter: Dr. med. B. Misselwitz, Eschborn)
- Arbeitsgemeinschaft Materno-fetale Medizin (AGFMF) der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGOG)  
(Vorsitzender: PD Dr. med. M. Gonsor, Wiesbaden)

Die neue Gestationsdiabetes mellitus-Leitlinie (GDM-LL) ist veröffentlicht [1] und **AWMF-akkreditiert (S3-LL)**. Damit ändern sich die diagnostischen Grenzwerte für Hessen geringfügig (Tab.: Hessen bisher [3]).

#### Diagnostik:

- oGTT nur noch aus venösem Vollblut. Messwertangabe in Plasma-Äquivalenten
- Handmessgeräte wegen Abweichungen von  $\pm 15-20\%$  für die Diagnostik **nicht** zugelassen.
- Point-of-care (POC)-Messgeräte mit Nadelmethode können weiterhin verwendet werden
- Ggf. Plasma-Referenzierung (d.h. Umrechnung in Plasma-Äquivalente) erforderlich:  $+11\%$

#### Diagnostischer 75g oraler Glukosetoleranz-Test (oGTT) mg/dl: Grenzwerte

Messzeitpunkt	Hessen bisher [3] (Kapillarblut)	Hessen, gem. S3-LL [1] (ven. Vollblut) $+11\%$ $\rightarrow$ ven. Plasma)	
0 h (nüchtern)	90	93	92
1 h	160	162	160
2 h*	140	138	153

- Bereits ein erreichter Grenzwert führt zur Diagnose „GDM“ [1, 2, 3]
- Ein oGTT mit 0h- und 1h-Messung führt zu einer Prävalenz des GDM von 14% [2]
- \* Der „Zugewinn“ für 2h Wartezeit beträgt für die Schwangerschaft lediglich 2,1% [2]

#### Therapie-Kontrolle: per Selbstkontrolle

- weiterhin aus **kapillärem** Vollblut und mit Handmessgeräten möglich [1]

Zielwerte (mg/dL):	0h	1h	2h	
- Fet eutroph	<95	<140	<120	(Plasma-referenziert)
	<86	<126	<108	(Kapillarblut, direkt)

#### Literatur

1. Kleinwechter H, Schöler-Graf U, Bötter C et al.: Gestationsdiabetes mellitus (GDM): Evidenzbasierte Leitlinie zu Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGOG), 2011 ([http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mittellungen/leitlinien/ubersicht\\_leitlinien\\_evidenzbasiert.php](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mittellungen/leitlinien/ubersicht_leitlinien_evidenzbasiert.php))
2. Coustan DR, Lowe LP, Metzger BE et al.: The Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) study: paving the way for new diagnostic criteria. Am J Obstet Gynecol 2010; 202: 654.e1-5
3. Usadel KH, König K, Gonsor M et al.: Empfehlungen der HASO und der HFD zum Gestationsdiabetes. Hessisches Ärzteblatt 12: 539, 2001

NEU

NEU

## Gemeinsames Konsensuspapier 2011 für Hessen

PD Dr. med. E.G. Siegel  
Vorsitzender der HFD



Dr. med. K. König  
Vorsitzender, Berufsverband der Frauenärzte  
Landesverband Hessen



Dr. med. B. Missewitz  
Leiter der GDH



PD Dr. med. M. Gonser  
Vorsitzender der AGMFM



Limburg / Steinbach / Eschborn / Wiesbaden, im Oktober 2011

## Bereich Familienplanung – Mutterschafts-RL



### Einführung eines Screenings auf Gestationsdiabetes

- Änderung der Mutterschafts-RL inklusive Empfehlungen zur QS abgeschlossen
- **Einführung eines 2-stufigen Screenings – Such- und Bestätigungstest** (keine QS-Regelung nach § 135 Abs. 2 SGB V vorgesehen)
- G-BA Beschlussfassung frühestens 12/2011
- IQWiG- Merkblatt für die Schwangeren-Aufklärung liegt in Entwurfsfassung vor

# Komplikationen

## Diabetes mellitus in der Schwangerschaft

**häufigste Ursache für eine Totgeburt: Anteil 30%**

**Diabetesbedingte Makrosomie und Fetopathie**

**häufigste Ursache für Geburtskomplikationen:**

**sekundäre Sectio oder Schulterdystokie**

**Verletzung der mütterlichen Geburtswege, Schädigung  
des Kindes**

**Therapiebedürftige Hypoglykämie des Neugeborenen**

**Spätfolgen mit Adipositas- und Diabetesdisposition.**