



Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Neufassung der Mutterschafts-Richtlinien:
Formale Überarbeitung

Vom 21. September 2023

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Stellungnahmeverfahren	3
4.	Bürokratiekostenermittlung	4
5.	Verfahrensablauf	4
6.	Anlagen	5
6.1	Volltexte schriftliche Stellungnahmen	5
6.2	Übersicht Würdigung schriftliche Stellungnahmen	5
6.3	Wortprotokoll mündliche Anhörung.....	5

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Die vom G-BA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 SGB V beschlossenen Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien [Mu-RL]) regeln die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung einschließlich der Indikationen für die einzelnen Maßnahmen sowie Art, Umfang und Durchführung der Maßnahmen einschließlich der Dokumentation relevanter Untersuchungsergebnisse, die in der Anlage 3 der Mu-RL (Mutterpass) eingetragen werden.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2005 beschlossen, die Geschäftsführung damit zu beauftragen auf eine zügige und einheitliche Gestaltung der Richtlinien und sonstigen Veröffentlichungen des G-BA hinzuwirken¹. Dabei sollen die Bezeichnung „Richtlinie“ im Namen im Singular verwendet und der G-BA als Normgeber angegeben werden, eine Inhaltsübersicht der Richtlinie vorangestellt werden und eine Untergliederung der Richtlinie nach einem einheitlichen Musterblatt unter Benennung von Paragraphenzeichen, Absätzen und Sätzen erfolgen.

Der G-BA ist zudem überein gekommen, bei der Abfassung von Richtlinien texts dem Grundsatz der sprachlichen Gleichbehandlung von Frauen und Männern Rechnung zu tragen.

Die o. g. Vorgaben zur Gestaltung der Richtlinien des G-BA und der sprachlichen Gleichbehandlung werden in den Mu-RL und ihren Anlagen umgesetzt.

Weitere Änderungen:

In den Mu-RL und ihren Anlagen wird aktuell sowohl das Wort „Geburt“ als auch das Wort „Entbindung“ verwendet. Analog zum Nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ und der S3 Leitlinie „Die vaginale Geburt am Termin“ wird der Begriff „Entbindung“ in den Mu-RL und ihren Anlagen durch „Geburt“ ersetzt.

In der Anlage 3 der Mu-RL (Mutterpass) werden Folgeänderungen bzgl. eines Beschlusses des G-BA vom 16. Februar 2023 zur klarstellenden Anpassung des Regelungsumfangs der Mu-RL umgesetzt.²

¹ **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die einheitliche Gestaltung von Richtlinien und sonstigen Veröffentlichungen des G-BA vom 21. Juni 2005 [online]. Berlin (GER); 2022 [Zugriff: 23.05.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5880/2023-02-16_Mu-RL_Klarstellende-Anpassung-Hebammenhilfe_BAnz.pdf

² **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur klarstellenden Anpassung des Regelungsumfangs der Mutterschafts-Richtlinien des G-BA vom 16. Februar 2023 [online]. Berlin (GER); 2023 [Zugriff: 23.05.2023]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-224/2005-06-21_Beschluss_Richtlinien_Gestaltung.pdf

3. Stellungnahmeverfahren

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung hat am 27. Juli 2023 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und § 92 Absatz 1b, 7d SGB V beschlossen. Am 27. Juli 2023 wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum 10. August 2023 eingeleitet.

Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V

Die Bundesärztekammer hat mit Schreiben vom 28. Juli 2023 mitgeteilt, dass auf die Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme verzichtet wird.

Stellungnahmen der Organisationen der Hebammen gemäß § 92 Absatz 1b SGB V

Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschland e.V. hat keine Stellungnahme abgegeben.

Der Deutsche Hebammenverband hat am 10. August 2023 eine Stellungnahme abgegeben.

Stellungnahmen gemäß § 92 Absatz 7d SGB V

Die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft hat am 10. August 2023 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe (DGGG) hat am 10. August 2023 mitgeteilt, dass die übermittelten formalen Überarbeitungen befürwortet werden und deshalb keine Stellungnahme abgegeben wird. Zudem hat die DGGG am 11. August 2023 eine (verfristete eingegangene) Stellungnahme übermittelt.

Die nachfolgend einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaft wurde über ihr Stellungnahmerecht mit Schreiben vom 27. Juli 2023 informiert, hat aber keine Stellungnahme abgegeben:

- Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin

Die nachfolgend wissenschaftliche Fachgesellschaft wurden von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften zusätzlich ausgewählt:

- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe hat am 31. Juli 2023 eine Stellungnahme abgegeben.

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hat am 8. August 2023 mitgeteilt, dass kein Stellungnahmebedarf gesehen wird.

Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen

Aus den schriftlichen Stellungnahmen haben sich formale Änderungen am Beschlussentwurf ergeben. Zudem wurden seitens der Stellungnehmenden diverse inhaltliche Änderungsvorschläge an den G-BA übermittelt. Im Ergebnis der Auswertung dieser Änderungsvorschläge hat sich der G-BA darauf verständigt, dass diese gesondert beraten werden, um die Beratungen zur formalen Überarbeitung der Mu-RL nicht zu verzögern. Somit wird u.a. auch gewährleistet, dass ein Neudruck der Anlage V der Mu-RL (Versicherteninformation zu den Basisultraschalluntersuchungen), deren inhaltliche Änderung mit gewissem zeitlichen Versatz zur formalen Überarbeitung der Mu-RL beraten

wurden, nur einmalig erforderlich ist und somit eine wirtschaftliche Verwendung von mit staatlichem Zwang erhobenen Beitragsmitteln sichergestellt wird.

Aus den mündlichen Stellungnahmen resultierten keine Änderungen des Beschlussentwurfs.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
21.06.2005	Plenum	Beschluss des G-BA zur Beauftragung der Geschäftsführung, auf eine zügige und einheitliche Gestaltung der Richtlinien und sonstigen Veröffentlichungen des G-BA hinzuwirken
27.07.2023	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlung, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 1b, 7d SGB V
24.08.2023	UA MB	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen, Würdigung der mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung
21.09.2023	Plenum	Beschlussfassung
20.11.2023		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit
14.12.2023		Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger
15.12.2023		Inkrafttreten des Beschlusses

Berlin, den 21. September 2023

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Anlagen

6.1 Volltexte schriftliche Stellungnahmen

6.2 Übersicht Würdigung schriftliche Stellungnahmen

6.3 Wortprotokoll mündliche Anhörung



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 28.07.2023

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430
Fax +49 30 400 456-455
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd/Gr
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

per E-Mail

Gemeinsamer Bundesausschuss
Abteilung Methodenbewertung und
veranlasste Leistungen

[REDACTED]
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der
Mutterschafts-Richtlinien: Formale Überarbeitung**

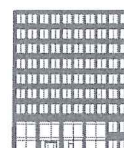
Ihr Schreiben vom 27.07.2023

[REDACTED]
vielen Dank für Ihr Schreiben vom 27.07.2023, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur formalen Überarbeitung der
Mutterschafts-Richtlinien gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der
Bundesärztekammer
in Berlin

Von: [Wolf Lütje](#)
An: [MU-RL](#); st-gba@awmf.org
Betreff: Stellungnahmerechte einschlägige FG AWMF nach § 92 Abs. 7d S. 1 HS 1 SGB V | Mu-RL | Formale Überarbeitung
Datum: Montag, 31. Juli 2023 15:10:31

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Moin,
Die DGPPF hat keine Einwände - nein sie begrüßt die formale Überarbeitung der Mutterschafts- Richtlinien.
MfG

Dr. Wolf Lütje
Geburtshelfer, Frauenarzt, Psychotherapeut, Gutachter, Autor
ehem. Chefarzt der Frauenklinik am Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus
Präsident DGPPF
Brunsdorfer Weg 4
22359 Hamburg
wluetje@googlemail.com
01787664466

Von: [DGKJ | Politik](#)
An: [MU-RL](#)
Cc: st-gba@awmf.org; [DGKJ | Olbrisch](#)
Betreff: DGKJ zu Mu-RL | Formale Überarbeitung
Datum: Dienstag, 8. August 2023 16:12:12

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die DGKJ sieht zu dem o. g. Verfahren aus Sicht der Kinder- und Jugendmedizin keinen
Stellungnahmebedarf.

Mit freundlichen Grüßen
Juliane Schmidt

Juliane Schmidt
- Referentin Politik -
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Chausseestr. 128/129 | 10115 Berlin
Tel. +49 30 3087779-15 | Fax +49 30 3087779-99
politik@dgkj.de | www.dgkj.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
Eingetragen beim Amtsgericht Berlin unter VR26463B.
Sitz des Vereins: Berlin. USt.-IdNr. 27/663/60401. Vorstand i.S.d. § 26 BGB:
Prof. Dr. Jörg Dötsch, Präsident; Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Schatzmeister.

Von: AWMF | Geschäftsstelle <office@awmf.org>
Gesendet: Donnerstag, 27. Juli 2023 16:24
An: st-gba@awmf.org
Cc: mu-rl@g-ba.de
Betreff: WG: Stellungnahmerechte einschlägige FG AWMF nach § 92 Abs. 7d S. 1 HS 1 SGB V |
Mu-RL | Formale Überarbeitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir leiten Ihnen die Unterlagen des G-BA (5 pdf-Dokumente) über eine formale Überarbeitung der
Mutterschafts-Richtlinien für eine mögliche Stellungnahme weiter.

Wir bitten Sie, Ihre Einschätzung bis **Do, 10. August 2023** an den G-BA (mu-rl@g-ba.de) und in
Kopie auch an die AWMF (st-gba@awmf.org) zu senden.

Vielen Dank!

Bitte beachten Sie, dass die beigefügten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass

Von: [Stellungnahmen DGGG](#)
An: [MU-RL](#)
Cc: "st-gba@awmf.org"; [Stellungnahmen DGGG](#)
Betreff: WG: Stellungnahmerechte einschlägige FG AWMF nach § 92 Abs. 7d S. 1 HS 1 SGB V | Mu-RL | Formale Überarbeitung
Datum: Donnerstag, 10. August 2023 16:14:31

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die DGGG befürwortet die übermittelten formalen Überarbeitungen und gibt deshalb keine Stellungnahme ab.

Vielen Dank und freundliche Grüße
i.A. Heiko Hohenhaus
Stellungnahmenbüro
Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften
Jägerstr. 58–60
10117 Berlin
stellungnahmen@dggg.de | +49 (0) 30 / 514 88 33 33 | www.dggg.de

Pflichtinformation zur DSGVO: www.dggg.de/datenverarbeitungsgemdsdgv/

Diese Nachricht ist vertraulich und ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

Von: AWMF | Geschäftsstelle <office@awmf.org> **Gesendet:** Donnerstag, 27. Juli 2023 16:24
An: st-gba@awmf.org
Cc: mu-rl@g-ba.de
Betreff: WG: Stellungnahmerechte einschlägige FG AWMF nach § 92 Abs. 7d S. 1 HS 1 SGB V | Mu-RL | Formale Überarbeitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir leiten Ihnen die Unterlagen des G-BA (5 pdf-Dokumente) über eine formale Überarbeitung der Mutterschafts-Richtlinien für eine mögliche Stellungnahme weiter.

Wir bitten Sie, Ihre Einschätzung bis **Do, 10. August 2023** an den G-BA (mu-rl@g-ba.de) und in Kopie auch an die AWMF (st-gba@awmf.org) zu senden.

Vielen Dank!

Bitte beachten Sie, dass die beigelegten Dokumente vertraulich behandelt werden müssen und dass die abgegebenen Stellungnahmen vom G-BA im Rahmen der Dokumentation des Verfahrens veröffentlicht werden können.

Mit freundlichen Grüßen
i.A. Sabine Lehmann

Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Formale Überarbeitung

Stellungnahmerecht des DHV gemäß § 92 Abs. 1b SGB V | Mu-RL | Formale Überarbeitung

Der Deutsche Hebammenverband (DHV) begrüßt die formale Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinie ausdrücklich und schließt sich der ausführlichen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) an.

Im Einzelnen nimmt der DHV darüber hinaus wie folgt zu dem vorliegenden Entwurf Stellung:

Zur Vorbemerkung vor § 1 auf S.3, Angaben zur Hebammenhilfe

Der DHV weist darauf hin, dass die Änderung des Abschnitt A Nr. 7 “Delegation an Hebamme” vom 20. April bzw. der ersatzlosen Streichung des Passus erneut Irritationen auf ärztlicher Seite hervorgerufen hat.

Trotz der Informationen der Berufsverbände wurde in den letzten Monaten vermehrt die Aussage getätigt, dass durch die Streichung entweder eine hebammenhilfliche Vorsorge gar nicht möglich sei oder zumindest nicht in Kooperation bzw. im Wechsel mit Gynäkolog*innen.

Der DHV würde es daher begrüßen, wenn dieser Fehlentwicklung durch eine deklaratorische Ergänzung des letzten Satzes der Präambel im Rahmen der formalen Überarbeitung entgegengetreten werden würde.

Der DHV regt folgende Ergänzung an:

Die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie. **Dies schließt jedoch eine fachgerechte Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme nicht aus.**

Zur Änderung in § 2 Absatz 12, Ersatz des Begriffes Entbindungsklinik durch Geburtsklinik

Der durch die redaktionelle Änderung gewählte Begriff der “Geburtsklinik” umfasst als Geburtsort ausschließlich die Klinik. Durch diese Begrenzung wird der grundsätzlich freien Wahl des Geburtsortes und der unabhängigen Aufklärung der Gebärenden nicht ausreichend Rechnung getragen und somit den Vorgaben der aktuellen S3 Leitlinie nicht entsprochen. Der Begriff Geburtsort wäre somit nach Auffassung des DHV die passende redaktionelle Anpassung.

Nur durch eine umfassende Information über sämtliche Geburtsorte durch alle betreuenden Geburtshelfer wird dem nationalen Gesundheitsziel zur Transparenz aller Geburtsorte ausreichend Genüge getan.

Der DHV regt daher an, im § 2 Absatz 12 folgende Änderung vorzunehmen:

(12) Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere bei ~~der-dem~~ von ihr gewählten ~~EntbindungGeburtsklinik~~ **Geburtsort** rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen. Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch die **betreuende Hebamme**, betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt ~~der-EntbindungGeburtsklinik des Geburtsortes~~ **erfolgen**. Dies schließt eine geburtshilfliche Untersuchung, eine Besprechung mit der Schwangeren sowie gegebenenfalls eine sonografische Untersuchung ein.

Berlin, den 10.08.2023



Ulrike Geppert-Orthofer
Präsidentin

Der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) ist ein Bundesverband und setzt sich aus 16 Landesverbänden zusammen. Mit über 22.000 Mitgliedern ist der DHV der größte Hebammenberufsverband in Deutschland und vertritt die Interessen aller Hebammen. In ihm sind angestellte und freiberufliche Hebammen, Lehrer*innen für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftler*innen, Familienhebammen, hebammengeleitete Einrichtungen sowie Hebammenschüler*innen und Studierende vertreten. Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit das zentrale Anliegen des Deutschen Hebammenverbandes. Als Mitglied in der European Midwives Association (EMA), im Network of European Midwifery Regulators (NEMIR) und in der International Confederation of Midwives (ICM) setzt sich der Verband auch auf europäischer und internationaler Ebene für die Stärkung der Hebammenarbeit sowie die Gesundheit von Frauen und ihren Familien ein.

Kontakt

Deutscher Hebammenverband e.V.

Büro Berlin
Lietzenburger Straße 53
10719 Berlin

T. 030-39406770

info@hebammenverband.de
www.hebammenverband.de

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für
Hebammenwissenschaft e.V.**

zum

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Neufassung der Mutterschafts-Richtlinien:

Formale Überarbeitung

vom 27.07.2023

Autorinnen: Caroline Agricola, Mirjam Peters, Sabine Scholz-de Wall

Datum: 10. August 2023

Die DGHWi begrüßt die formelle Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinie. Sie unterstützt die Ersetzung des „sprachlich“ passiven Wortes „Entbindung“ durch das aktive Wort „Geburt“ und die Umsetzung des Grundsatzes der sprachlichen Gleichbehandlung ausdrücklich. Zudem werden die Änderungen, die zu mehr Übersichtlichkeit führen, wie die Inhaltsübersicht, Paragraphierung, Satznummerierung und die Vereinheitlichung von Angaben sowie die Nennung der Richtlinie im Singular begrüßt. Die DGHWi befürwortet zudem die Folgeänderungen in der Anlage 3 (Mutterpass) zum Beschluss des G-BA vom 16. Februar 2023. Detaillierte Änderungsvorschläge seitens der DGHWi werden in dieser Stellungnahme tabellarisch für die unten aufgeführten Bereiche dargestellt. Darüber hinaus werden folgende übergeordnete Hinweise zu den Bereichen gegeben:

1. **Konsistenz:**

- a. §2 (6) 2b): Streichung des Wortes „Patientinnen“ aus der Mutterschaftsrichtlinie und Ersetzung durch den Begriff „Schwangere“, analog zur S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“ sowie analog zum Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Die DGHWi gibt zu bedenken, dass die Begriffe „Schwangere“, „Wöchnerin“ und „Patientin“ weiblich sind. Jedoch auch männliche Personen schwanger sind und Kinder bekommen.
- b. Konsistente Verwendung von entweder medizinischen oder allgemeingültigen Terminologien. Relevant bei Begriffen wie „Kind/kindlichen“ (z.B. §2 (8), Satz 7) und „Fetus/fetal“ (z.B. §2 (9) 2.) sowie „Uterus“ und „Gebärmutter“. Die DGHWi plädiert für den Begriff des Kindes und der Gebärmutter, da diese allgemeinverständlicher sind.
- c. Ersetzung des Begriffs „Mutterschaftsvorsorge“ (z.B. §2 (10) Satz 5) durch den Begriff „Schwangerschaftsvorsorge“. Die DGHWi plädiert für den Begriff der „Schwangerschaftsvorsorge“, da dieser im allgemeinen Sprachgebrauch häufiger verwendet wird und die Schwangerschaftsvorsorge sprachlich sowohl die Mutter als auch das Kind/ die Kinder umfasst.

2. **Eindeutigkeit:** Die DGHWi erfährt aus der Praxis, dass die ersatzlose Streichung zur „Delegation an Hebammen“ (Abschnitt A Nr. 7) vom 20.04.2023 zu weiteren Missverständnissen in der Praxis geführt hat. So wird die Tätigkeit von Hebammen in der Schwangerenvorsorge gänzlich in Frage gestellt. Um weiter anhaltenden Missverständnissen vorzubeugen würde die DGHWi eine erneute Klarstellung in Anlehnung an die Forderungen des Deutschen Hebammenverbandes e.V. in Form der folgenden Ergänzung begrüßen: „Die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie. **Dies schließt jedoch eine fachgerechte Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme nicht aus.**“

3. **Rechtschreibung:** Das Dokument beinhaltet Fehler bei der Kommasetzung sowie überflüssige Leerzeichen und eine uneinheitliche Formatierung. Die DGHWi bittet hier um eine redaktionelle Überarbeitung.

Die DGHWi schlägt zudem die folgenden Änderungen in der Reihenfolge der Paragraphen und Absätze in der Richtlinie vor:

1. Reihenfolge			
Seite	Aktuell	Vorschlag DGHWi	Begründung
2	§ 4, § 6	Vorziehen des §6 vor §4	Logische Reihenfolge, dass die „Voraussetzungen für die Durchführung von serologischen Untersuchungen“ vor den tatsächlichen „Serologische[n] Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft“ aufgeführt werden.
6	§2 (5) Schwangerschaftskonflikt	Von (5) in (1) tauschen	Logische Reihenfolge, dass über potentielle Schwangerschaftskonflikte zu Beginn aufgeklärt wird.

Die DGHWi schlägt zudem die folgenden Änderungen in der Rechtschreibung, Kommasetzung und Formatierung in der Richtlinie vor:

2. Rechtschreibung und Formatierung			
Seite	Aktuell	Vorschlag DGHWi	Begründung
2	§ 4 Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft	§ 4 Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft	„r“ fehlt.
6	§2 (6) 1. d) die Arbeits- und Sozialanamnese;	§2 (6) 1. d) die Arbeits- und Sozialanamnese.	Verwendung eines Punktes statt eines Semikolons.
7	§2 (6) 2. b) die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion:	§2 (6) 2. b) die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion.	Verwendung eines Punktes statt eines Doppelpunktes.
8	§2 (8) 2 In den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind im Allgemeinen je zwei Untersuchungen angezeigt.		Der Buchstabe a bei „angezeigt“ sieht optisch durchgestrichen aus.
11	§3 (1) 1. f): Rißverletzungen	§3 (1) 1. f): Rissverletzungen	„ß“ in „ss“.
12	3.c) Jede Art von Mißverhältnis Kind/Geburtswege.	3.c) Verdacht auf Missverhältnis Kind/Geburtswege.	„ß“ in „ss“.

13	§3 (3b): 1 Die Ärztin oder der Arzt, der oder die die Schwangere vor [...]	§3 (3b): 1 Die Ärztin oder der Arzt, der oder die, die Schwangere vor [...]	Komma nach „der oder die“.
18	§ 4 (3) 2 Der nicht invasive Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesussensibilisierung (NIPT-RhD) [...]	§ 4 (3) 2 Der nicht invasive Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesus-Sensibilisierung (NIPT-RhD) [...]	Konsistenz.
27	Anlage I c 1. Durchführung intrauteriner Eingriffe wie Amniocentese, [...]	Anlage I c 1. Durchführung intrauteriner Eingriffe wie Amniozentese , [...]	„z“ statt „c“.
29	Anlage II 2. h) Verdacht auf Plazenta-Insuffizienz nach klinischem oder biochemischem Befund	Anlage II 2. h) Verdacht auf Plazentainsuffizienz nach klinischem oder biochemischem Befund	Rechtschreibung.
2	Inhaltsverzeichnis	Einrücken der jeweils zweiten Zeile der Überschriften	Leserlichkeit.
2	Inhaltsverzeichnis	Einheitliche Ausrichtung der Seitenzahlen an der rechten Seite sowie einheitliche Bepunktung vor den Seitenzahlen	Konsistenz.
3	§1 (1)	Satz 3 benötigt keine Abspaltung von Satz 2	Leserlichkeit.
7	§2 (6) 3.	Nach links einrücken	Konsistenz mit (6) 1. 2.

8	§2 (9) 1. der genauen Bestimmung des Gestationsalters,	Aufzählungen nach links einrücken	Konsistenz mit §2 (9) 1.
8	1. a) Sonografie mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie,	Aufzählungen nach links einrücken	Konsistenz.
ab S.31	Alle Versicherteninformationen Uneinheitliche Verwendung von Textpassagen in bold	Einheitliche Verwendung von Textpassagen in bold bei z.B. Überschriften und relevanten Textpassagen	Konsistenz.
36	Anlage V Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ult-raschalluntersuchungen angeboten?	Anlage V Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten?	Silbentrennung von „Ult-raschalluntersuchungen“ im Titel aufheben.
36	Die wichtigsten Informationen dieses Merkblatts:		Einrücken der jeweils zweiten Zeile von Aufzählung 1 und 3
37	Sie können auf Ultraschalluntersuchungen verzichten, ohne Gründe nennen zu müssen und ohne dass dies Folgen für den Versicherungsschutz hat.		Optisch Leerzeichen zwischen „nennen“ und „zu“, daher gerne linksbündig ausrichten.

38	Sind die vier Kammern des Herzens ausgebildet?		Optisch Leerzeichen zwischen „vier“ und „Kammern“, daher gerne linksbündig ausrichten.
38	Sind Magen und Harnblase zu sehen?		Optisch Leerzeichen zwischen „Harnblase“ und „zu“, daher gerne linksbündig ausrichten.

Die DGHWi schlägt zudem die folgenden Änderungen für die Konsistenz der Formalia und Sprache der Richtlinie vor:

Konsistenz			
Seite	Aktuell	Vorschlag DGHWi	Begründung
2	§ 3 Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sowie Schwangerschaften mit besonderen Risiken und Risikogeburten	§ 3 Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sowie Schwangerschaften mit besonderen Risiken und Risikogeburten	Doppelung des Begriffes „Schwangerschaft“.
2	Anlage II: Indikationen zur Kardiotokografie (CTG) während der Schwangerschaft	Anlage II: Indikationen zur Kardiotokografie (CTG) in der Schwangerschaft	Konsistenz mit den anderen Überschriften, in denen einheitlich „in“ verwendet wird.
2	Anlage VI: Versicherteninformation zum Test auf Schwangerschaftsdiabetes	Anlage VI: Versicherteninformation zum oralen Glukosetoleranztest (oGTT)	Konsistenz mit den Namen der Testverfahren und Akronymen (CTG) und (NIPT) in den Überschriften.
43	Die beste Methode, einen Schwangerschaftsdiabetes festzustellen, ist ein Zuckertest (Glukosetoleranztest).	Die beste Methode, einen Schwangerschaftsdiabetes festzustellen, ist ein Zuckertest (oralen Glukosetoleranztest (oGTT)) .	Offiziellen Name vom Testverfahren ergänzen.
2	Anlage VII: Versicherteninformation zur	Anlage VII: Versicherteninformation zur	Konsistenz mit den anderen Überschriften, in denen einheitlich „in der Schwangerschaft“ verwendet wird.

	Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt	Bestimmung des Rhesusfaktors in der Schwangerschaft	
3	§ 1 (1) [...] Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet [...].	[..] Gesundheit von Mutter oder Kind(ern)/ Kind oder Kindern abgewendet [...].	Sprachliche Berücksichtigung von Mehrlingen.
3	§ 1 (2) Ärztinnen und Ärzte	Ärzt:innen/ Ärzt*innen	Leserlichkeit.
3	§1 (2) [...] während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken	§1 (2) [...] während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Hebammen interprofessionell zusammenwirken	Sprachliche Anpassung an das Nationale Gesundheitsziel.
6	Die Empfehlungen der Schutzimpfungs-RL zur Pertussisimpfung in der Schwangerschaft sind zu beachten.	Die Empfehlungen der Schutzimpfungs- Richtlinie (RL) zur Pertussisimpfung in der Schwangerschaft sind zu beachten.	Akronym „RL“ wurde noch nicht definiert.
8	§2 (8) 6. Kontrolle des Stands der Gebärmutter,	§2 (8) 6. Kontrolle des Höhenstands der Gebärmutter ,	Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Uterus“ oder „Gebärmutter“.
10	§2 (12) (...) in der von ihr gewählten Geburtsklinik rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen (...)	(...) den dem von ihr gewählten Geburtsort rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen (...)	Schwangere gebären an verschiedenen Geburtsorten, wie Geburtskliniken, Geburtshäusern oder Zuhause. Die Begriffsanpassung wird diesem Sachverhalt gerecht.

11	§3 (1) 1. e) Zustand nach Uterusoperationen (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung),	§3 (1) 1. e) Zustand nach Operationen an der Gebärmutter (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung),	Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Uterus“ oder „Gebärmutter“.
8	§2 (8) 7. Kontrolle der kindlichen Herzaktionen,	§2 (8) 7. Kontrolle der kindlichen Herzaktionen,	Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „kindlichen“ oder „fetalen“.
8	§2 (9) 3. der Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen sowie	§2 (9) 3. der Suche nach auffälligen kindlichen Merkmalen sowie	Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „kindlichen“ oder „fetalen“.
26	Anlage I c 7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Fetus	Anlage I c 7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Kindes	Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Kind“ oder „Fetus“.
9	§2 (11) 1 Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit nachfolgend beschriebenem Ablauf angeboten werden.	§2 (11) 1 Jede Schwangere, bei der nicht bereits ein manifester Diabetes diagnostiziert wurde, [...]	Sprachliche Anpassung.
9	(11a) Screeningablauf: 1 Im Zeitraum zwischen 24 +0 und 27 +6 SSW [...]	(11a) Screeningablauf: 1 Im Zeitraum zwischen 24 +0 und 27 +6 Schwangerschaftswochen (SSW) [...]	Akronym „SSW“ wurde noch nicht definiert.

18	§ 4 (3) 2. b) 1 Die verantwortliche ärztliche Person, die die Schwangere vor und nach Durchführung des [...]	§ 4 (3) 2. b) 1 Ärztinnen und Ärzte , die die Schwangere vor und nach Durchführung des [...]	Konsistenz mit dem Gendern.
19	§5 (1) 3 Bei RhD-positivem Kind ist bei der RhD-negativen Mutter eine weitere Standarddosis Anti-D-Immunglobulin (um 300 µg) innerhalb von 72 Stunden post partum zu applizieren [...]	§5 (1) 3 Bei RhD-positivem Kind ist bei der RhD-negativen Mutter eine weitere Standarddosis Anti-D-Immunglobulin (um 300 µg) innerhalb von 72 Stunden post partum zu injizieren [...]	Konsistente Verwendung der Terminologie „injizieren“ oder „applizieren“ (siehe §4 3a)
45	Ist das Kind rhesus-positiv, erhält die Mutter innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt eine weitere Spritze mit Anti-D-Immunglobulinen.	Ist das Kind rhesus-positiv, erhält die Mutter innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt eine weitere Injektion mit Anti-D-Immunglobulinen.	Konsistente Verwendung der Terminologie „injizieren“ oder „applizieren“
39	2) Das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung ist unauffällig, obwohl das Ungeborene gesundheitliche Probleme oder Fehlbildungen hat.	2) Das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung ist unauffällig, obwohl das Kind gesundheitliche Probleme oder Fehlbildungen hat.	Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Kind“, „Fetus“, „Ungeborene“ oder „Baby“
39	Auf der anderen Seite kann eine Ultraschalluntersuchung den Eindruck vermitteln, dass sich das Ungeborene normal	Auf der anderen Seite kann eine Ultraschalluntersuchung den Eindruck vermitteln, dass sich das	Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Kind“, „Fetus“, „Ungeborene“ oder „Baby“

	entwickelt, obwohl es gesundheitliche Probleme hat.	Kind normal entwickelt, obwohl es gesundheitliche Probleme hat.	
43	Für die Mutter und das Baby bringt der Test keine Risiken mit sich, aber manche Frauen empfinden die süße Flüssigkeit als unangenehm.	Für die Mutter und das Kind bringt der Test keine Risiken mit sich, aber manche Frauen empfinden die süße Flüssigkeit als unangenehm.	Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Kind“, „Fetus“, „Ungeborene“ oder „Baby“
29	Anlage II 1. A. Indikationen zur erstmaligen CTG – in der 26. und 27. SSW drohende Frühgeburt	Indikationen zur erstmaligen CTG ab der 26 und 27. SSW – drohende Frühgeburt	Sinnvolle Strukturierung des Satzes an den darauffolgenden Absatz.
36	Anlage V Wir hoffen, dass Ihnen diese Informationen beim Gespräch mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt helfen [...]	Anlage V Wir hoffen, dass Ihnen diese Informationen beim Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt helfen [...]	Konsistente Verwendung der Terminologie „Ärztin/Arzt“ oder „Frauenärztin/Frauenarzt“.
37	Für die Untersuchung trägt die Frauenärztin oder der Frauenarzt ein Gel auf den Bauch auf und bewegt den Schallkopf des Ultraschallgerätes darüber.	Für die Untersuchung trägt die Ärztin oder der Arzt ein Gel auf den Bauch auf und bewegt den Schallkopf des Ultraschallgerätes darüber	Konsistente Verwendung der Terminologie „Ärztin/Arzt“ oder „Frauenärztin/Frauenarzt“
9	5 Die Anwendung dopplersonografischer Untersuchungen zur weiterführenden Diagnostik ist	5 Die Anwendung dopplersonografischer Untersuchungen zur weiterführenden Diagnostik ist	Verwendung der Terminologie „Schwangerschaftsvorsorge“

	ebenfalls Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge.	ebenfalls Bestandteil der Schwangerschaftsvorsorge.	
25	1. - fehlenden Untersuchungsergebnissen aus dem Ultraschall-Screening bei Übernahme der Mutterschaftsvorsorge durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt	1. - fehlenden Untersuchungsergebnissen aus dem Ultraschall-Screening bei Übernahme der Schwangerschaftsvorsorge durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt	Verwendung der Terminologie „Schwangerschaftsvorsorge“
10	§ 2 (11a) 3 Bei Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologisch qualifizierten Ärztin bzw. einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen.	§ 2 (11a) 3 Bei Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologisch qualifizierten Ärztin bzw. einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen.	Unnötige Dopplung.
	§ 2 (12) 2 Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt der Geburtsklinik erfolgen.	§ 2 (12) 2 Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt oder betreuende Hebamme der Geburtsklinik erfolgen.	Die Geburt wird in hebammengeleiteten Kreißsälen von den Hebammen geleitet.
11	§ 3 (1) 1. Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (z. B. an Niere und	§ 3 (1) 1. Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (z. B. an Niere und Leber oder erhebliche Adipositas)	Das Wort „erheblich“ sollte mit einem Adipositas Grad präzisiert oder weglassen werden.

	Leber oder erhebliche Adipositas)		
11	§ 3 (1) 1. c) Totgeborenes oder geschädigtes Kind,	§ 3 (1) 1. c) Totgeborenes oder geschädigtes -Kind,	Das Wort „geschädigt“ ist kein definierter Begriff.
11	§ 3 (1) 1. d) Vorausgegangene Geburten von Kindern über 4.000 g Gewicht, hypotrophen Kindern (small for date babies), Mehrlingen,	§ 3 (1) 1. d) Vorausgegangene Geburten von Kindern über 4.000 g Gewicht, hypotrophen Kindern (small for gestational age) Mehrlingen,	Anpassung an die Terminologie „SGA/ small for gestational age“, siehe auch S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“
11	§3 (1) 1. h) Mehrgebärende über 40 Jahre, Vielgebärende mit mehr als vier Kindern (Gefahren: Genetische Defekte, sogenannte Plazentainsuffizienz, geburtsmechanische Komplikationen).	h) Mehrgebärende über 40 Jahre, Vielgebärende (Gefahren: Genetische Defekte, sogenannte Plazentainsuffizienz, geburtsmechanische Komplikationen).	Dopplung, eine Vielgebärende hat per Definition mindestens 4 Kinder geboren. Alternativ „Gebärende mit mehr als 4 Kindern“ „Sogenannte“ entfernen, wenn nicht, den Rechtschreibfehler „sogennante“ entfernen.
11	§3 (1) 2. f) Diskrepanz zwischen Uterus- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer (z. B. fraglicher Geburtstermin, retardiertes Wachstum, Riesen-kind, Gemini, Molenbildung, Hydramnion, Myom),	f) Diskrepanz zwischen Gebärmutter - bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer (z. B. fraglicher Geburtstermin, retardiertes Wachstum, Makrosomie, Mehrlinge , Molenbildung, Hydramnion, Myom),	Verwendung der Terminologie „Gebärmutter“ statt „Uterus“ und „Makrosomie“ oder „makrosomes Kind“ sowie „Mehrlinge“ statt „Gemini“ wie in §3 (1) 2. h) verwenden
11	§3 (1) 2. h) Mehrlinge; pathologische Kindslagen,	h) Mehrlinge k) Regelwidrige Kindslagen	Aspekte sind inhaltlich unabhängig voneinander, daher neuer Aufzählungspunkt.

11	§3 (1) 2. i) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Termin,	§3 (1) 2. i) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Geburtstermin ,	Begriff „Geburtstermin“ ausschreiben.
12	§3 (2) 1. 1.a) Frühgeburt	§3 (2) 1. 1.a) Zustand nach Frühgeburt oder Frühgeburtsbestrebungen	Satz spezifizieren.
14	§3 (5)5. Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der Wahl der Geburtsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.	§3 (5)5. Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der Wahl der Geburtsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, dass die Klinik über die nötigen personellen und strukturellen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.	Globaler formulieren.
20	§ 6 1Die serologischen Untersuchungen nach den Abschnitten C. und D. § 4 und § 5 sollen nur von solchen Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen.	§ 6 1Die serologischen Untersuchungen nach den Abschnitten C. und D. § 4 und § 5 sollen nur von solchen Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und strukturellen Voraussetzungen verfügen.	Begriff „Einrichtungen“ unspezifisch.
20	§7 (3) 6. Beratung der Mutter.	Die Untersuchung und Beratung umfasst:	Der Punkt „Beratung der Mutter“ passt nicht unter die Überschrift „Die Untersuchung umfasst.“, da eine Beratung keine Untersuchung darstellt.
21	§9 (1) Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt die	§9 (1) Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt die Ärztin	Begriff “Mutterpass” ausschreiben.

	Ärztin oder der Arzt der Schwangeren einen Mutterpass gemäß Anlage III aus, sofern sie nicht bereits einen Pass dieses Musters gemäß Anlage III besitzt.	oder der Arzt der Schwangeren einen Mutterpass gemäß Anlage III aus, sofern sie nicht bereits einen Mutterpass dieses Musters gemäß Anlage III besitzt.	
23	Anlage I Abdomen/Thorax-quer-Durchmesser (ATD) und Abdomen/Thorax-a. p.-Durchmesser (APD)	Siehe auch S.24	Akronym „a. p.“ (anterior posterior) definieren.
23	Anlage I b) Sonografie mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie durch einen besonders qualifizierte Untersucherin oder einen besonders qualifizierten Untersucher.	Anlage I b) Sonografie mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie durch einen besonders qualifizierte Ärztin oder Arzt .	Leserlichkeit.
25	1. Sicherung des Schwangerschaftsalters bei - Diskrepanz zwischen Uterusgröße und berechnetem Gestationsalter aufgrund des klinischen oder sonografischen Befundes	1. Sicherung des Gestationsalters bei - Diskrepanz zwischen Gebärmuttergröße und berechnetem Gestationsalter aufgrund des klinischen oder sonografischen Befundes	Konsistente Verwendung der Terminologie „Gestationsalter“ oder „Schwangerschaftsalter“.
26	Anlage I c 9. Ultraschall-Kontrollen bei gestörtem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer	Anlage I c 9. Ultraschall-Kontrollen bei regelwidrigem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer Wendung aus	Vermeidung von “gestört” als unspezifischen Begriff.

	Wendung aus Beckenend- oder Querlage in Schädel- lage.	Beckenend- oder Querlage in Schädel- lage.	
27	Anlage I d 3. Zustand nach Mangelgeburt	Anlage I d 3. Zustand nach (Small for gestational age)	An die Terminologie „Small for gestational age“ (SGA), “Fetal growth restriction” (FGR) oder “Intrauterine growth restriction” (IUGR) anpassen.
29	Anlage II 2. B. Indikationen zur CTG-Wiederholung c) Dezeleration(en) (auch wiederholter Dip null)	Anlage II 2. B. Indikationen zur CTG-Wiederholung c) Dezeleration(en) (auch wiederholter Dip null)	Dip null ist kein Fachterminus.
29	Anlage II 2. i) Verdacht auf Übertragung	Anlage II 2. i) Verdacht auf Übertragung	Eine Übertragung ist medizinisch per berechnetem Geburtstermin (ET) gegeben oder nicht.
38	Andernfalls ist eine Überweisung an eine andere Frauenarztpraxis nötig.	Andernfalls ist eine Überweisung an eine andere gynäkologische Praxis nötig.	Gendern.
40	Oft nehmen Frauen ihren Partner oder eine andere nahestehende Person zur Untersuchung mit.	Oft nehmen Frauen ihren Partner, Partnerin oder eine andere nahestehende Person zur Untersuchung mit.	Partnerinnen mit einschließen.
39-40	Falls sich dann nach der Geburt völlig unerwartet eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung oder Fehlbildung zeigt, kann das ein Schock sein.	Falls sich dann nach der Geburt völlig unerwartet eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung oder Fehlbildung zeigt, kann das eine Bestürzung/Erschütterung sein.	Alternatives Wort wählen.
42	Liebe Leserin,	Liebe Leserin, Lieber Leser	Partner:innen mit einschließen.
42	Die weitaus meisten Frauen mit	Die weitaus -meisten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes [...]	Sachlicher formulieren.

	Schwangerschaftsdiabetes [...]		
42	[...] Fachleute von Schwangerschaftsdiabetes.	[...] Fachleute von Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes).	Fachbegriff ergänzen.
43	Bei größeren Kindern kommt es aber nach Austritt des Kopfes häufiger zu einer Verzögerung der Geburt	Bei größeren Kindern kommt es aber nach Austritt des Kopfes selten zu einer Verzögerung der Geburt	Sachlicher formulieren.
43	Der Zuckertest wird im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonat angeboten.	Der Zuckertest (oGTT) wird im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonat (24+0 und 27+6 Schwangerschaftswoche) angeboten.	Relevanten Inhalt ergänzen. Fachterminus hinzufügen.
51	Die Kosten werden übernommen, • wenn sich aus anderen Untersuchungen ein Hinweis auf eine Trisomie ergeben hat oder	Die Kosten werden jedoch übernommen, • wenn sich aus anderen Untersuchungen ein Hinweis auf eine Trisomie ergeben hat oder	Widerspruch mit vorherigem Satz aufheben.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GYNÄKOLOGIE UND
GEBURTSHILFE e.V.

DGGG e.V. • Jägerstr. 58-60 • 10117 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen
Gutenbergstraße 13
10587 Berlin

per E-Mail

Schriftführer
PD Dr. med. Gert Naumann

DGGG e.V.
Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Jägerstr. 58-60
D-10117 Berlin

Telefon: +49 (0) 30 514 88 33 40
Telefax: +49 (0) 30 514 88 34 4
E-Mail: stellungnahmen@dggg.de

Berlin, den 11. August 2023

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.
(DGGG)**

zur

Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Formale Überarbeitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme und kommentieren wie folgt:

**Antrag der DGGG e.V. auf Änderung der Mu-RL zu §7 Untersuchungen und
Beratungen der Wöchnerin**

Betr.: § 7 Untersuchung und Beratung der Wöchnerin Absatz (3)

(2. Nachuntersuchung nach der Geburt)

Unter § 7 Absatz (3) sollte Ausschluss bzw. Feststellung einer Harninkontinenz und gegebenenfalls Induktion einer Therapie als neue Felder aufgenommen werden. (s. Anlage)



Begründung:

Bei der 6 bis 8 Wochen nach der Geburt durchgeführten Mutterschaftsnachsorge besteht ein Versorgungsdefizit. Etwa ein Drittel aller Frauen leiden an Inkontinenz oder Prolapsbeschwerden (1). In der Regel haben diese ihre Ursachen Schwangerschaft und Geburt. Eine früh eingeleitete Diagnostik und Therapie ist in den allermeisten Fällen einfach durchführbar und kann Beckenbodenprobleme dieser Frauen erheblich vermindern (2). Bisher erfolgt meistens keine Diagnostik und Therapie.

(1) Über die Prävalenz der Harninkontinenz post partum gibt es zahlreiche Untersuchungen. Die größte wurde in Norwegen mit über 15.000 Frauen durchgeführt (Hunskar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section, New England Journal of Medicine 2014, 348(10):9009). Eine aktuelle holländische Studie wies nach, dass 12 Monate post partum die Inzidenz der Inkontinenz höher liegt als direkt post partum.) Heidi F. A. Moosdorff-Steinhauser et al International Urogynecology Journal volume 32, 1675–1693 (2021))

(2) Die Therapie der Harninkontinenz wird in den 2 S Leitlinien Harninkontinenz der Frau sowie in mehreren Lehrbüchern ausführlich dargestellt. Eine aktuelle Studie aus Deutschland, die im Deutschen Ärzteblatt beschrieben wurde (Beckenboden-REhabilitations-Studie: BREST; Rainer Lange, Elham Tabibi, Thomas Hitschold, Sören Lange, Gert Naumann; Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.. 32. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. German Medical Science GMS Publishing House; 2021. Doc65) zeigte eine hohe Erfolgsrate bei einer frühzeitigen konservativen Therapie.

Die gezielte Frage nach Beckenbodenfunktionsstörungen 6-8 Wochen nach Entbindung erfolgt bislang nur freiwillig und führt häufig zur Nichterkennung bzw. Nichtbehandlung der betroffenen Frauen. Die Abfrage nach einer Inkontinenz und einer geplanten/eingeleiteten Therapie stärkt die Versorgungsqualität unserer Patientinnen nach Entbindung.

Anlage auf der folgenden Seite



Anlage:

Bisheriger Mutterpass:

Änderungsvorschlag:

Die Stellungnahme wurde von Herrn Priv. Doz. Dr. med. habil. Gert Naumann (Erfurt), Schriftführer der DGGG e.V., verfasst.

Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

**des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der
Mutterschafts-Richtlinien:**

Formale Überarbeitung

Stellungnehmer	Reihenfolge nach Eingang der schriftlichen Stellungnahme beim G-BA
Bundesärztekammer	28.07.2023 (Mitteilung, dass auf die Abgabe einer Stellungnahme verzichtet wird)
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe	31.07.2023
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	08.08.2023 (Mitteilung, dass kein Stellungnahmebedarf gesehen wird)
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe	10.08.2023 (Mitteilung, dass die übermittelten formalen Überarbeitungen befürwortet werden und deshalb keine Stellungnahme abgegeben wird)
Deutscher Hebammenverband	10.08.2023
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft	10.08.2023
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe	11.08.2023 (verfristet)

Allgemeine Hinweise der Stellungnehmer

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
1	<p>Deutsche Hebammenverband „Der Deutsche Hebammenverband (DHV) begrüßt die formale Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinie ausdrücklich und schließt sich der ausführlichen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaften (DGHWi) an.“</p>	Dank und Kenntnisnahme.	s. Nr. 2.
2	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Die DGHWi begrüßt die formelle Überarbeitung der Mutterschaftsrichtlinie. Sie unterstützt die Ersetzung des „sprachlich“ passiven Wortes „Entbindung“ durch das aktive Wort „Geburt“ und die Umsetzung des Grundsatzes der sprachlichen Gleichbehandlung ausdrücklich. Zudem werden die Änderungen, die zu mehr Übersichtlichkeit führen, wie die Inhaltsübersicht, Paragraphierung, Satznummerierung und die Vereinheitlichung von Angaben sowie die Nennung der Richtlinie im Singular begrüßt. Die DGHWi befürwortet zudem die Folgeänderungen in der Anlage 3 (Mutterpass) zum Beschluss des G-BA vom 16. Februar 2023. Detaillierte Änderungsvorschläge seitens der DGHWi werden in dieser Stellungnahme tabellarisch für die unten aufgeführten Bereiche dargestellt. Darüber hinaus werden folgende übergeordnete Hinweise zu den Bereichen gegeben:</p>	<p>PatV: 1. Den vorgeschlagenen Änderungen schließen wir uns dankend an. 2. Die beschriebene Praxiserfahrung können wir bestätigen und plädieren dringend auf Klarstellung durch Erwähnung der Hebammenvorsorge. 3. Die PatV bedankt sich für die ausführliche Übersicht.</p>	<p>1a) Die PatV schließt sich dem Vorschlag an, das Wort Schwangere statt Patientin zu nutzen. b) Die PatV schließt sich dem Vorschlag an, Kind und Gebärmutter als durchgängige Termini zu nutzen. c) Die PatV schließt sich dem Vorschlag an, den Begriff Schwangerschaftsvorsorge zu verwenden. 2. Der vorgeschlagene Satz sollte hinzugefügt werden.</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>1. Konsistenz:</p> <p>a. §2 (6) 2b): Streichung des Wortes „Patientinnen“ aus der Mutterschaftsrichtlinie und Ersetzung durch den Begriff „Schwangere“, analog zur S3-Leitlinie “Vaginale Geburt am Termin” sowie analog zum Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Die DGHWi gibt zu bedenken, dass die Begriffe “Schwangere”, „Wöchnerin“ und „Patientin“ weiblich sind. Jedoch auch männliche Personen schwanger sind und Kinder bekommen.</p> <p>b. Konsistente Verwendung von entweder medizinischen oder allgemeingültigen Terminologien. Relevant bei Begriffen wie „Kind/kindlichen“ (z.B. §2 (8), Satz 7) und „Fetus/fetal“ (z.B. §2 (9) 2.) sowie „Uterus“ und „Gebärmutter“. Die DGHWi plädiert für den Begriff des Kindes und der Gebärmutter, da diese allgemeinverständlicher sind.</p> <p>c. Ersetzung des Begriffs „Mutterschaftsvorsorge“ (z.B. §2 (10) Satz 5) durch den Begriff „Schwangerschaftsvorsorge“. Die DGHWi plädiert für den Begriff der „Schwangerschaftsvorsorge“, da dieser im allgemeinen Sprachgebrauch häufiger verwendet wird und die Schwangerschaftsvorsorge sprachlich sowohl die Mutter als auch das Kind/ die Kinder umfasst.</p> <p>2. Eindeutigkeit: Die DGHWi erfährt aus der Praxis, dass die ersatzlose Streichung zur „Delegation an Hebammen“ (Abschnitt A Nr. 7) vom 20.04.2023 zu weiteren Missverständnissen in der Praxis geführt hat. So wird die Tätigkeit von Hebammen in der Schwangerenvorsorge gänzlich in Frage gestellt. Um weiter anhaltenden</p>	<p>Danke für den Hinweis. Das Pooling soll nicht auf Proben von Schwangeren beschränkt werden. Der Laborarzt soll hier auch die Möglichkeit haben, Proben, die im Rahmen der ESA-RL für ein Chlamydien-Screening gewonnen wurden, zu verwenden.</p> <p>b.KBV/ GKV-SV: Keine Anpassung der empfohlenen Textpassagen. Die medizinischen Begrifflichkeiten Uterus und Fetus müssen nicht allgemeinverständlich sein, da sich die Mu-RL an Ärztinnen und Ärzte richtet.</p> <p>b.PatV: Die Verwendung einheitlicher Terminologie ist anzustreben.</p>	<p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p> <p>In §2 (6) 2b): Streichung des Wortes „Patientinnen“ und Ersetzung durch den Begriff „Personen“</p> <p>KBV/ GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>b.PatV: Anpassung von Kind und Gebärmutter</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Missverständnissen vorzubeugen würde die DGHWi eine erneute Klarstellung in Anlehnung an die Forderungen des Deutschen Hebammenverbandes e.V. in Form der folgenden Ergänzung begrüßen: „Die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie. Dies schließt jedoch eine fachgerechte Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme nicht aus.“</p> <p>3. Rechtschreibung: Das Dokument beinhaltet Fehler bei der Kommasetzung sowie überflüssige Leerzeichen und eine uneinheitliche Formatierung. Die DGHWi bittet hier um eine redaktionelle Überarbeitung.“</p>	<p>c. KBV/GKV-SV: Keine Anpassung der empfohlenen Textpassagen. Beide Begriffe können synonym verwendet werden.</p> <p>c. PatV: Der Begriff Schwangerschaftsvorsorge ist gängig und sollte durchgehend verwendet werden.</p> <p>KBV zu 2.: Die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie. Zudem widerspricht der vorgeschlagene Satz dem Satz davor. Ein Ausschluss des Anspruches auf Hebammenhilfe gemäß §24d SGB V über die Mu-RL ist nicht möglich. Der Satz ist verwirrend und wird daher nicht aufgenommen.</p> <p>GKV-SV zu 2.: Dank und Kenntnisnahme. Die MU-RL ist eine ärztliche Richtlinie und trifft keine Aussage zur QS der Hebammenverträge</p> <p>PatV zu 2. : Im Sinne der interprofessionellen Vorsorge sollte auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht werden, eine Hebamme in Anspruch nehmen zu können. Die gängige Praxis führt weiterhin zu Verwirrungen. Auch müssen sich die Hebammen an die Vorschriften der MuRL</p>	<p>KBV/ GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: durchgängige Verwendung des Begriffs Schwangerschaftsvorsorge</p> <p>KBV: keine Anpassung</p> <p>GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Hinzufügen des vorgeschlagenen Satzes</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
		<p>halten, sodass von einer strikten Trennung nicht die Rede sein kann.</p> <p>Zu 3.:Finale Formatierung erfolgt mit BAnz-Veröffentlichung/ Inkrafttreten.</p>	<p>der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

I. Die Mutterschafts-Richtlinien werden wie folgt gefasst:

„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/ Mu-RL)

Inhalt

§ 1 Allgemeine Grundsätze

Fehler! Textmarke nicht definiert.

§ 2 Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft

Fehler! Textmarke nicht definiert.

§ 3 Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sowie Schwangerschaften mit besonderen Risiken und Risikogeburten

Fehler! Textmarke nicht definiert.

§ 4 Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft

Fehler!

Textmarke nicht definiert.

§ 5 Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe

Fehler! Textmarke nicht definiert.

§ 6 Voraussetzungen für die Durchführung serologischer Untersuchungen

Fehler! Textmarke nicht definiert.

§ 7 Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin

Fehler! Textmarke nicht definiert.

§ 8 Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln
Fehler!

Textmarke nicht definiert.

§ 9 Aufzeichnungen und Bescheinigungen
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anlage I Ultraschall-Untersuchungen in der Schwangerschaft (a - d)
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anlage II Indikationen zur Kardiotokografie (CTG) während der Schwangerschaft
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anlage III Mutterpass
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anlage IV Versicherteninformation zum HIV-Test in der Schwangerschaft
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anlage V Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anlage VI Versicherteninformation zum Test auf Schwangerschaftsdiabetes
Fehler!

Textmarke nicht definiert.

Anlage VII Versicherteninformation zur Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anlage VIII Versicherteninformation zum nicht-invasiven Pränataltest (NIPT) auf Trisomie 13, 18 und 21
Fehler! Textmarke nicht definiert.

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 24c bis § 24f SGB V bzw. § 8 Absatz 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) beschlossene Richtlinie dient 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 Geburt (§§ 2 Absatz 1, 12 Absatz 1, 28 Absatz 1, 70 Absatz 1 und 73 Absatz 2 SGB V).

Die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
3	Deutscher Hebammenverband „Zur Vorbemerkung vor § 1 auf S.3, Angaben zur Hebammenhilfe Der DHV weist darauf hin, dass die Änderung des Abschnitt A Nr. 7	Siehe Nr.2: zu 1c	

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>“Delegation an Hebamme” vom 20. April bzw. der ersatzlosen Streichung des Passus erneut Irritationen auf ärztlicher Seite hervorgerufen hat.</p> <p>Trotz der Informationen der Berufsverbände wurde in den letzten Monaten vermehrt die Aussage getätigt, dass durch die Streichung entweder eine hebammenhilfliche Vorsorge gar nicht möglich sei oder zumindest nicht in Kooperation bzw. im Wechsel mit Gynäkolog*innen.</p> <p>Der DHV würde es daher begrüßen, wenn dieser Fehlentwicklung durch eine deklaratorische Ergänzung des letzten Satzes der Präambel im Rahmen der formalen Überarbeitung entgegengetreten werden würde.</p> <p>Der DHV regt folgende Ergänzung an: Die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie. Dies schließt jedoch eine fachgerechte Schwangerenvorsorge durch eine Hebamme nicht aus.“</p>		
4	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§ 4, § 6 Vorschlag: Vorziehen des §6 vor §4</p> <p>Begründung: Logische Reihenfolge, dass die „Voraussetzungen für die Durchführung von serologischen Untersuchungen“ vor den tatsächlichen „Serologische[n] Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft“ aufgeführt werden.“</p> <p>„§ 4 Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft“ Vorschlag: § 4 Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft</p>	<p>Die aktuelle Reihenfolge ist inhaltlich eine korrekte Darstellung. Zuerst erfolgt die Nennung, welche serologische Untersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinie durchgeführt werden dürfen und anschließend welche Voraussetzung dafür notwendig sind.</p> <p>Falsche/fehlende Angabe nicht im BE enthalten.</p>	<p>keine Anpassung</p> <p>keine Anpassung</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Begründung: „r“ fehlt.“</p> <p>„Inhaltsverzeichnis Vorschlag: Einrücken der jeweils zweiten Zeile der Überschriften</p> <p>Begründung: Leserlichkeit.“</p> <p>„Inhaltsverzeichnis Vorschlag: Einheitliche Ausrichtung der Seitenzahlen an der rechten Seite sowie einheitliche Bepunktung vor den Seitenzahlen</p> <p>Begründung: Konsistenz.“</p>	<p>Finale Formatierung erfolgt mit BAnz-Veröffentlichung/ Inkrafttreten.</p> <p>Finale Formatierung erfolgt mit BAnz-Veröffentlichung/ Inkrafttreten.</p>	<p>keine Anpassung</p> <p>keine Anpassung</p>

§ 1 Allgemeine Grundsätze

- (1) ¹Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. ²Die ärztliche Beratung der Versicherten umfasst bei Bedarf auch Hinweise auf regionale Unterstützungsangebote für Eltern und Kind (z. B. „Frühe Hilfen“).

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
5	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§ 1 (1) [...] Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet [...].“</p> <p>Vorschlag: [...] Gesundheit von Mutter oder Kind(ern)/ Kind oder Kindern abgewendet [...].</p> <p>Begründung: Sprachliche Berücksichtigung von Mehrlingen.“</p>	<p>Die Mehrlinge sind inhaltlich miterfasst. Da das Kind hier als Individuum betrachtet wird, ist eine sprachliche Anpassung nicht notwendig.</p>	<p>keine Anpassung</p>

³Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
6	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§1 (1) Vorschlag: Satz 3 benötigt keine Abspaltung von Satz 2</p> <p>Begründung: Leserlichkeit.“</p>	<p>Finale Formatierung erfolgt mit BAnz-Veröffentlichung/ Inkrafttreten.</p>	keine Anpassung

- (2) Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
7	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§ 1 (2) Ärztinnen und Ärzte</p> <p>Vorschlag: Ärzt:innen/ Ärzt*innen</p> <p>Begründung: Leserlichkeit.“</p> <p>„§1 (2) [...] während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken</p> <p>Vorschlag: §1 (2) [...] während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Hebammen interprofessionell zusammenwirken</p> <p>Begründung: Sprachliche Anpassung an das Nationale Gesundheitsziel.“</p>	<p>KBV: Eine Verbesserung der „Leserlichkeit“ kann nicht nachvollzogen werden.</p> <p>PatV: Durch die Verwendung des Umlauts im Plural des Wortes Arzt ist das Gendern mit Sternchen oder Doppelpunkt nicht regelkonform.</p> <p>GKV-SV: das Amtliche Regelwerk der deutschen Rechtschreibung empfiehlt keine Aufnahme von Asterisk („Gender-Stern“), Unterstrich („Gender-Gap“), Doppelpunkt oder anderen verkürzten Formen zur Kennzeichnung mehrgeschlechtlicher Bezeichnungen.</p> <p>KBV/ GKV-SV: Der Änderungsvorschlag ist potenziell inhaltlich. Da es sich um eine formale Änderung der Mu-RL handelt, kann dem</p>	<p>KBV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p> <p>GKV-SV: keine anpassung</p> <p>KBV/ GKV-SV: keine Anpassung</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
		<p>Vorschlag nicht gefolgt werden.</p> <p>PatV: Dass eine angestrebte interprofessionelle Zusammenarbeit explizit erwähnt wird, ist begrüßenswert.</p>	<p>PatV: Hinzufügen des Wortes "interprofessionelle"</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

- (3) ¹Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte treffen ihre Maßnahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch Gesetz bestimmten Rahmens. ²Die Ärztinnen und Ärzte sollten diese Richtlinie beachten, um den Versicherten und ihren Angehörigen eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßige und ausreichende ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt unter Vermeidung entbehrlicher Kosten zukommen zu lassen.
- (4) ¹Die Maßnahmen nach dieser Richtlinie dürfen nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte ausführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen. ²Sofern eine Ärztin oder ein Arzt Maßnahmen nach § 2 Absatz 10 sowie Einzelmaßnahmen nach § 3, § 4 und § 5 nicht selbst ausführen kann, sollen diese von solchen Ärztinnen oder Ärzten ausgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen.
- (5) Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte haben darauf hinzuwirken, dass für sie tätig werdende Vertreterinnen und Vertreter diese Richtlinie kennen und beachten.
- (6) Es sollen nur Maßnahmen angewendet werden, deren diagnostischer und vorbeugender Wert ausreichend gesichert ist.

(7) ¹Ärztliche Betreuung im Sinne des § 24d SGB V sind solche Maßnahmen, welche der Überwachung des Gesundheitszustandes der Schwangeren bzw. Wöchnerinnen dienen, soweit sie nicht ärztliche Behandlung im Sinne des § 28 Absatz 1 SGB V darstellen. ²Im Einzelnen gehören zu der Betreuung:

1. Untersuchungen und Beratungen während der Schwangerschaft¹ (siehe § 2),
2. Frühzeitige Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften - amnioskopische und kardiotokografische Untersuchungen, Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw. (siehe § 3),
3. 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,
 - blutgruppenserologische Untersuchungen an der Schwangeren während der Schwangerschaft (siehe § 4) sowie
 - die nichtinvasive Untersuchung des fetalen Rhesusfaktors D bei RhD-negativen Schwangeren (siehe § 4),
4. Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe (siehe § 5),
5. Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin (siehe § 7),
6. Medikamentöse Maßnahmen und Verordnungen von Verband- und Heilmitteln (siehe § 8),
7. Aufzeichnungen und Bescheinigungen (siehe § 9).

(8) Sofern in dieser Richtlinie Angaben zum Gestationsalter gemacht werden, gilt für diese die Zählweise post menstruationem (p.m.).

§ 2 Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft

- (1) ¹Die Schwangere soll in ausreichendem Maße ärztlich untersucht und beraten werden. ²Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung erstrecken. ³Jeder Schwangeren soll ein HIV-Antikörpertest empfohlen werden, da die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. ⁴Die Testdurchführung erfordert eine Information zum Test und die Einwilligung der Schwangeren. ⁵Als 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“ (siehe Anlage IV) zur Verfügung zu stellen.
- (2) ¹Zudem soll die Schwangere über die Impfung gegen saisonale Influenza beraten werden. ²Gesunden Schwangeren soll diese Impfung ab dem zweiten Trimenon empfohlen werden, Schwangeren mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge

¹ Die Untersuchung zum Zwecke der Feststellung der Schwangerschaft ist Bestandteil der kurativen Versorgung.

eines Grundleidens bereits im ersten Trimenon. ³Die Empfehlungen der Schutzimpfungs-RL zur Pertussisimpfung in der Schwangerschaft sind zu beachten.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
8	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Die Empfehlungen der Schutzimpfungs-RL zur Pertussisimpfung in der Schwangerschaft sind zu beachten.“</p> <p>Vorschlag: Die Empfehlungen der Schutzimpfungs-Richtlinie (RL) zur Pertussisimpfung in der Schwangerschaft sind zu beachten.</p> <p>Begründung: Akronym „RL“ wurde noch nicht definiert.“</p>	Dank und Kenntnisnahme	RL wird ausgeschrieben

- (3) Darüber hinaus soll die Ärztin oder der Arzt in der Schwangerschaft bedarfsgerecht über die Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind aufklären.
- (4) ¹In die ärztliche Beratung sind auch ernährungsmedizinische Empfehlungen als Maßnahme der Gesundheitsförderung einzubeziehen. ²Dabei ist insbesondere auf eine ausreichende Jodzufuhr (in der Regel ist eine zusätzliche Zufuhr von 100 bis 200 µg Jodid pro Tag notwendig²) und den Zusammenhang zwischen Ernährung und Kariesrisiko hinzuweisen.
- (5) Die Schwangere soll über ihren Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) unterrichtet werden.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
9	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§2 (5) Schwangerschaftskonflikt</p> <p>Vorschlag: Von (5) in (1) tauschen</p> <p>Begründung: Logische Reihenfolge, dass über potentielle Schwangerschaftskonflikte zu Beginn aufgeklärt wird.“</p>	<p>Die Untergliederung bringt keine Priorisierung zum Ausdruck. Dem Vorschlag wird nicht gefolgt.</p> <p>Die Schwangere soll über ihren Rechtsanspruch auf Beratung zu allgemeinen Fragen der Schwangerschaft nach § 2 des</p>	Keine Anpassung

² Dieser Hinweis führt nicht automatisch zur Verordnungsfähigkeit von Jodid.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
		Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) unterrichtet werden. §2 SchKG bezieht sich nicht prioritär auf Schwangerschaftskonflikte.	

(6) ¹Die erste Untersuchung nach Feststellung der Schwangerschaft sollte möglichst frühzeitig erfolgen. ²Sie umfasst:

1. a) Die Familienanamnese,
- b) die Eigenanamnese,
- c) die Schwangerschaftsanamnese,
- d) die Arbeits- und Sozialanamnese;

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
10	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§2 (6) 1. d) die Arbeits- und Sozialanamnese; Vorschlag: §2 (6) 1. d) die Arbeits- und Sozialanamnese. Begründung: Verwendung eines Punktes statt eines Semikolons.“	Vorschlag nicht nachvollziehbar	keine Anpassung

2. a) Die Allgemeinuntersuchung,
- b) die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion: Die Untersuchung wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden 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.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
11	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft		

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>„§2 (6) 2. b) die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion:</p> <p>Vorschlag: §2 (6) 2. b) die gynäkologische Untersuchung einschließlich einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion.</p> <p>Begründung: Verwendung eines Punktes statt eines Doppelpunktes.“</p>	Vorschlag nachvollziehbar	Verwendung eines Punktes

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

³Umfasst sind zudem weitere diagnostische Maßnahmen. ⁴Zu diesen gehören:

3.
 - a) Blutdruckmessung,
 - b) Feststellung des Körpergewichts,
 - c) Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker,
 - d) Hämoglobinbestimmung und – je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g pro 100 ml = 70 % Hb) – Zählung der Erythrozyten,
 - e) bakteriologische Urinuntersuchungen soweit nach Befundlage erforderlich (z. B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege).

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
12	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§2 (6) 3.</p> <p>Vorschlag: Nach links einrücken</p> <p>Begründung: Konsistenz mit (6) 1. 2.“</p>	Finale Formatierung erfolgt mit BAnz-Veröffentlichung/ Inkrafttreten.	keine Anpassung

- (7) Ergeben sich im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko, so ist die Ärztin oder der Arzt gehalten, die Schwangere über die Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und/oder humangenetischen Untersuchung aufzuklären.
- (8) ¹Die nachfolgenden Untersuchungen sollen – unabhängig von der Behandlung von Beschwerden und Krankheitserscheinungen – im Allgemeinen im Abstand von vier Wochen stattfinden und umfassen:
1. Blutdruckmessung,
 2. Gewichtskontrolle,
 3. Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker,
 4. Hämoglobinbestimmung – im Regelfall ab 6. Monat, falls bei Erstuntersuchung normal –; je nach dem Ergebnis dieser Bestimmung (bei weniger als 11,2 g je 100 ml = 70 % Hb) Zählung der Erythrozyten,
 5. bakteriologische Urinuntersuchungen soweit nach Befundlage erforderlich (z. B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege),
 6. Kontrolle des Stands der Gebärmutter,
 7. Kontrolle der kindlichen Herzaktionen,

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
13	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§2 (8) 7. Kontrolle der kindlichen Herzaktionen, Vorschlag: §2 (8) 7. Kontrolle der kindlichen Herzaktionen, Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „kindlichen“ oder „fetalen“.“	KBV: s. Nr. 16 PatV/ GKV-SV: Dank und Kenntnisnahme	KBV: keine Anpassung PatV/ GKV-SV: keine Anpassung

8. Feststellung der Lage des Kindes.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
14	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§2 (8) 6. Kontrolle des Stands der Gebärmutter, Vorschlag: §2 (8) 6.	Dank und Kenntnisnahme	Anpassung: Höhenstand

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	Kontrolle des Höhenstands der Gebärmutter , Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Uterus“ oder „Gebärmutter“.		

²In den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind im Allgemeinen je zwei Untersuchungen angezeigt.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
15	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§2 (8) 2 In den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind im Allgemeinen je zwei Untersuchungen angezeigt.“ Begründung: Der Buchstabe a bei „angezeigt“ sieht optisch durchgestrichen aus.“	Vorschlag nicht nachvollziehbar	keine Anpassung

(9) ¹Im Verlauf der Schwangerschaft soll ein Ultraschallscreening mittels B-Mode-Verfahren angeboten werden. ²Die Untersuchungen erfolgen in den Schwangerschaftswochen (SSW):

1. 8 + 0 bis 11 + 6 SSW (1. Screening),
2. 18 + 0 bis 21 + 6 SSW (2. Screening),
3. 28 + 0 bis 31 + 6 SSW (3. Screening).

³Dieses Ultraschallscreening dient der Überwachung einer normal verlaufenden Schwangerschaft insbesondere mit dem Ziel

1. der genauen Bestimmung des Gestationsalters,
2. der Kontrolle der somatischen Entwicklung des Feten,
3. der Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen sowie

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
16	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft	Die Aussage bezieht sich auf das Ungeborene.	keine Anpassung

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>„§2 (9) 3. der Suche nach auffälligen fetalen Merkmalen sowie</p> <p>Vorschlag: §2 (9) 3. der Suche nach auffälligen kindlichen Merkmalen sowie</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „kindlichen“ oder „fetalen“.“</p>	Entsprechend ist „fetales Merkmal“ eine korrekte Formulierung.	

4. dem frühzeitigen Erkennen von Mehrlingsschwangerschaften.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
17	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§2 (9) 1. Der genauen Bestimmung des Gestationsalters,</p> <p>Vorschlag: Aufzählungen nach links einrücken</p> <p>Begründung: Konsistenz mit §2 (9) 1.“</p>	Finale Formatierung erfolgt mit BAnz-Veröffentlichung/ Inkrafttreten.	Keine Anpassung

⁴Der Inhalt des Screenings ist für die jeweiligen Untersuchungszeiträume in **Anlage I a** festgelegt.

⁵Vor Durchführung des 1. Ultraschallscreenings ist die Schwangere über Ziele, Inhalte und Grenzen sowie mögliche Folgen der Untersuchung aufzuklären.

⁶Im Anschluss an dieses Gespräch stehen der Schwangeren folgende Optionen für die Durchführung der Ultraschalluntersuchungen im zweiten Trimenon offen:

1. Sonografie mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie,

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
18	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„1. A) Sonografie mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie,</p> <p>Vorschlag: Aufzählungen nach links einrücken</p>	Finale Formatierung erfolgt mit BAnz-Veröffentlichung/ Inkrafttreten.	Keine Anpassung

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	Begründung: Konsistenz.“		

2. Sonografie mit Biometrie und systematische Untersuchung der fetalen Morphologie durch einen besonders qualifizierten Untersucher.

⁷Die ärztliche Aufklärung wird unterstützt durch das Merkblatt gemäß Anlage V (siehe Anlage V).

⁸Ergeben sich aus dem Screening auffällige Befunde, die der Kontrolle durch Ultraschalluntersuchungen mit B-Mode oder gegebenenfalls anderen sonografischen Verfahren bedürfen, sind diese Kontrolluntersuchungen auch außerhalb der vorgegebenen Untersuchungszeiträume Bestandteil des Screenings.

⁹Dies gilt insbesondere für Untersuchungen bei den in **Anlage I b** aufgeführten Indikationen.

- (10) ¹Ergibt sich aus den Screening-Untersuchungen gegebenenfalls einschließlich der Kontrolluntersuchungen die Notwendigkeit zu einer weiterführenden sonografischen Diagnostik, auch mit anderen sonografischen Verfahren, sind diese Untersuchungen ebenfalls Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge, aber nicht mehr des Screenings. ²Dies gilt auch für Untersuchungen nach § 3 Absatz 3. ³Dies gilt auch für alle weiterführenden sonografischen Untersuchungen, die notwendig werden, den Schwangerschaftsverlauf und die Entwicklung des Feten zu kontrollieren, um gegebenenfalls therapeutische Maßnahmen ergreifen oder geburtshilfliche Konsequenzen ziehen zu können. ⁴Die Indikationen hierfür sind in den **Anlagen I c** und **I d** angeführt.

⁵Die Anwendung dopplersonografischer Untersuchungen zur weiterführenden Diagnostik ist ebenfalls Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge. ⁶Diese Untersuchungen können nur nach Maßgabe der in Anlage I d aufgeführten Indikationen durchgeführt werden.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
19	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„5 Die Anwendung dopplersonografischer Untersuchungen zur weiterführenden Diagnostik ist ebenfalls Bestandteil der Mutterschaftsvorsorge.</p> <p>Vorschlag: 5 Die Anwendung dopplersonografischer Untersuchungen zur weiterführenden Diagnostik ist ebenfalls Bestandteil der Schwangerschaftsvorsorge.</p>	<p>KBV: siehe Nr. 2</p> <p>GKV-SV: Begründung nicht nachvollziehbar- beide Termini sind korrekt</p> <p>PatV: s. Nr. 2</p>	<p>KBV/ GKV-SV: keine Anpassung</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	Begründung: Verwendung der Terminologie „Schwangerschaftsvorsorge“		

⁷Ergibt sich aus sonografischen Untersuchungen die Notwendigkeit zu weiterführender sonografischer Diagnostik durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt, sind die relevanten Bilddokumentationen, welche die Indikation zu dieser weiterführenden Diagnostik begründen, dieser Ärztin oder diesem Arzt vor der Untersuchung zur Verfügung zu stellen.

- (11) ¹Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit nachfolgend beschriebenem Ablauf angeboten werden. ²Als Hilfestellung für die Information der Frau zu diesem Screening ist das Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?“ zur Verfügung zu stellen (siehe Anlage VI). ³Dieses wird der Schwangeren frühzeitig ausgehändigt, um eine informierte Entscheidung auch angesichts möglicher Therapieoptionen treffen zu können.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
20	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§2 (11) 1 Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll ein Screening auf Schwangerschaftsdiabetes mit nachfolgend beschriebenem Ablauf angeboten werden.“ Vorschlag: §2 (11) 1 Jede Schwangere, bei der nicht bereits ein manifester Diabetes diagnostiziert wurde, [...] Begründung: Sprachliche Anpassung.“	Der sprachliche Änderungsvorschlag ist inhaltlich identisch. Da der Originaltext formal korrekt ist, hier keine Anpassung.	keine Anpassung

(11a) Screeningablauf:

¹Im Zeitraum zwischen 24 +0 und 27 +6 SSW Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration eine Stunde nach oraler Gabe von 50g Glucoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit, nicht nüchtern).

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
21	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft	Abkürzung wird in § 2 Abs. 9 eingeführt.	keine Anpassung

Nr	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
.	<p>„(11a) Screeningablauf: 1 Im Zeitraum zwischen 24 +0 und 27 +6 SSW [...]</p> <p>Vorschlag: (11a) Screeningablauf: 1 Im Zeitraum zwischen 24 +0 und 27 +6 Schwangerschaftswochen (SSW) [...]</p> <p>Begründung: Akronym „SSW“ wurde noch nicht definiert.“</p>		

²Schwangere mit Blutzuckerwerten $\geq 7,5$ mmol/l (≥ 135 mg/dl) und $\leq 11,1$ mmol/l (≤ 200 mg/dl) erhalten zeitnah einen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) mit 75g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens 8 Stunden Nahrungskarenz. ³Bei Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologisch qualifizierten Ärztin bzw. einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen. ⁴In die Entscheidung über eine nachfolgende Behandlung sind Möglichkeiten zur Risikosenkung durch vermehrte körperliche Betätigung und einer Anpassung der Ernährung einzubeziehen.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
22	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§ 2 (11a) 3Bei Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologisch qualifizierten Ärztin bzw. einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen.“</p> <p>Vorschlag: § 2 (11a) 3Bei Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einer diabetologisch qualifizierten Ärztin bzw. einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen.</p> <p>Begründung: Unnötige Dopplung.“</p>	<p>Vorschlag nachvollziehbar</p> <p>nicht</p>	Keine Anpassung

⁵Grenzwerte:

1. Nüchtern: $\geq 5,1$ mmol/l (92 mg/dl),
2. nach 1 Stunde: $\geq 10,0$ mmol/l (180 mg/dl),
3. nach 2 Stunden: $\geq 8,5$ mmol/l (153 mg/dl).

(11b) Empfehlungen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

¹Die Blutzucker-Bestimmung erfolgt im Venenblut mittels standardgerechter und qualitätsgesicherter Glukosemessmethodik. ²Das Messergebnis wird als Glukosekonzentration im venösen Plasma angegeben. ³Dabei sind geeignete Maßnahmen zur Vermeidung von Verfälschungen der Messwerte durch Glykolyse vorzusehen.

⁴Werden zum Screening und zur Erstdiagnostik des Gestationsdiabetes Unit-use-Reagenzien und die entsprechenden Messsysteme in der patientennahen Sofortdiagnostik angewendet, müssen diese nach Herstellerempfehlungen für die ärztliche Anwendung in Diagnose und Screening vorgesehen sein.

⁵Geräte, die lediglich zur Eigenanwendung durch die Patientin bestimmt sind, sind damit ausgeschlossen.

⁶Neben diesen Regelungen zur Qualitätssicherung gelten unverändert die Regelungen der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. ⁷Dabei ist insbesondere auf die Vorgaben zur regelmäßigen Qualitätskontrolle der Messsysteme Teil B1, Abschnitte 2.1.5 und 2.1.6 der genannten Richtlinie der Bundesärztekammer hinzuweisen.

- (12) ¹Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere in der von ihr gewählten Geburtsklinik rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen. ²Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt der Geburtsklinik erfolgen. ³Dies schließt eine geburtshilfliche Untersuchung, eine Besprechung mit der Schwangeren sowie gegebenenfalls eine sonografische Untersuchung ein.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
23	Deutscher Hebammenverband „Zur Änderung in § 2 Absatz 12, Ersatz des Begriffes Entbindungsklinik durch Geburtsklinik Der durch die redaktionelle Änderung gewählte Begriff der „Geburtsklinik“ umfasst als Geburtsort ausschließlich die Klinik. Durch diese Begrenzung wird der grundsätzlich freien Wahl des Geburtsortes und der unabhängigen Aufklärung der Gebärenden nicht ausreichend Rechnung getragen und somit den Vorgaben der aktuellen S3 Leitlinie nicht entsprochen. Der Begriff Geburtsort wäre somit nach Auffassung	KBV: Der Änderungsvorschlag ist potenziell inhaltlich. Da es sich um eine formale Änderung der Mu-RL handelt, kann dem Vorschlag nicht gefolgt werden. GKV-SV: Zur Aufnahme Geburtsort (a) §2 Abs. 12 thematisiert die Geburtsklinik und sollte daher nicht in Geburtsort umgeändert werden. Das	KBV: Keine Anpassung. GKV-SV: keine Anpassung

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>des DHV die passende redaktionelle Anpassung. Nur durch eine umfassende Information über sämtliche Geburtsorte durch alle betreuenden Geburtshelfer wird dem nationalen Gesundheitsziel zur Transparenz aller Geburtsorte ausreichend Genüge getan.</p> <p>Der DHV regt daher an, im § 2 Absatz 12 folgende Änderung vorzunehmen:</p> <p>(12) Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der dem von ihr gewählten EntbindungGeburtsklinik Geburtsort rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen. Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch die betreuende Hebamme, betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt der EntbindungGeburtsklinik des Geburtsortes erfolgen. Dies schließt eine geburtshilfliche Untersuchung, eine Besprechung mit der Schwangeren sowie gegebenenfalls eine sonografische Untersuchung ein.“</p>	<p>eine Schwangere ihren Geburtsort frei wählen kann ist unstrittig und sollte auch formuliert werden. Die Aufnahme dieser Aussage hier wäre aber keine formale Anpassung mehr und müsste beraten werden.</p> <p>PatV: Da nicht zwingend eine Geburtsklinik zur Geburt aufgesucht werden muss, schließen wir uns dem Vorschlag der Änderung des Terminus an.</p>	<p>PatV: Anpassung des vorgeschlagenen Satzes: Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der dem von ihr gewählten EntbindungGeburtsklinik Geburtsort rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen. Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch die betreuende Hebamme, betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt der EntbindungGeburtsklinik des Geburtsortes</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
		<p>GKV-SV: Zur Aufnahme Hebamme (b): Es handelt sich um eine ärztliche Richtlinie, die Aufgaben der Hebammen sind in den Hebammenverträgen verankert.</p>	<p>erfolgen. Dies schließt eine geburtshilfliche Untersuchung, eine Besprechung mit der Schwangeren sowie gegebenenfalls eine sonografische Untersuchung ein.“</p> <p>GKV-SV:keine Anpassung</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>
24	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§2 (12) (...) in der von ihr gewählten Geburtsklinik rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen (...)</p>	<p>KBV: Siehe Nr. 23 GKV-SV: Siehe Nr. 23a PatV: s. Nr 23</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Anpassung des</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Vorschlag: (...) den dem von ihr gewählten Geburtsort rechtzeitig vor der zu erwartenden Geburt vorstellen (...)</p> <p>Begründung: Schwangere gebären an verschiedenen Geburtsorten, wie Geburtskliniken, Geburtshäusern oder Zuhause. Die Begriffsanpassung wird diesem Sachverhalt gerecht.“</p> <p>„§ 2 (12) 2 Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt der Geburtsklinik erfolgen.</p> <p>Vorschlag: § 2 (12) 2 Dabei soll die Planung der Geburtsleitung durch die betreuende Ärztin oder den betreuenden Arzt oder betreuende Hebamme der Geburtsklinik erfolgen.</p> <p>Begründung: Die Geburt wird in hebammengeleiteten Kreißsälen von den Hebammen geleitet.“</p>	GKV-SV: Siehe Nr. 23 b	<p>vorgeschlagenen Abschnittes</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p> <p>GKV-SV:keine Anpassung</p>

§ 3 Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sowie Schwangerschaften mit besonderen Risiken und Risikogeburten

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
25	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§ 3 Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sowie Schwangerschaften mit besonderen Risiken und Risikogeburten</p> <p>Vorschlag: § 3 Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sowie</p>	<p>KBV/ GKV-SV: Siehe Nr. 22</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme, nachvollziehbarer Einwand</p>	<p>KBV/ GKV-SV:: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Schwangerschaften mit besonderen Risiken und Risikogeburten</p> <p>Begründung: Doppelung des Begriffes „Schwangerschaft“.</p>		

(1) ¹Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf sind Schwangerschaften, bei denen aufgrund der Vorgeschichte oder erhobener Befunde nach ärztlicher Beurteilung im konkreten Einzelfall mit einem erhöhten Risiko für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind zu rechnen ist. ²Dazu zählen insbesondere:

1. Anamnestische Besonderheiten
 - a) Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (z. B. an Niere und Leber oder erhebliche Adipositas),

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
26	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§ 3 (1) 1. Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (z. B. an Niere und Leber oder erhebliche Adipositas)</p> <p>Vorschlag: § 3 (1) 1. Schwere Allgemeinerkrankungen der Mutter (z. B. an Niere und Leber oder erhebliche Adipositas)</p> <p>Begründung: Das Wort „erheblich“ sollte mit einem Adipositas Grad präzisiert oder weglassen werden.“</p>	<p>KBV/ GKV-SV: siehe Nr. 23</p> <p>PatV: inhaltliche Veränderung, jedoch nachvollziehbarer Einwand</p> <p>GKV-SV: Das Stellungnahmeverfahren wurde wegen der formalen Anpassung eingeleitet. Inhaltliche Änderungen/Streichungen müssten gesondert beraten werden.</p>	<p>KBV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Streichung des Wortes</p> <p>GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

- b) Zustand nach Sterilitätsbehandlung, wiederholten Aborten oder Frühgeburten,
- c) Totgeborenes oder geschädigtes Kind,

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
27	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§ 3 (1) 1. c) Totgeborenes oder geschädigtes Kind, Vorschlag: § 3 (1) 1. c) Totgeborenes oder geschädigtes Kind, Begründung: Das Wort „geschädigt“ ist kein definierter Begriff.“</p>	<p>KBV/ GKV-SV:: Siehe Nr.23 PatV: inhaltlicher Einwand</p>	<p>KBV/ GKV-SV/ PatV: keine Anpassung Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

- d) Vorausgegangene Geburten von Kindern über 4.000 g Gewicht, hypotrophen Kindern (small for date babies), Mehrlingen,

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
28	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§ 3 (1) 1. d) Vorausgegangene Geburten von Kindern über 4.000 g Gewicht, hypotrophen Kindern (small for date babies), Mehrlingen, Vorschlag: § 3 (1) 1. d) Vorausgegangene Geburten von Kindern über 4.000 g Gewicht, hypotrophen Kindern (small for gestational age) Mehrlingen,</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>Terminus wird angepasst</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	Begründung: Anpassung an die Terminologie „SGA/ small for gestational age“, siehe auch S3-Leitlinie „Vaginale Geburt am Termin“		

e) Zustand nach Uterusoperationen (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung),

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
29	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§3 (1) 1. e) Zustand nach Uterusoperationen (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung),</p> <p>Vorschlag: §3 (1) 1. e) Zustand nach Operationen an der Gebärmutter (z. B. Sectio, Myom, Fehlbildung),</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Uterus“ oder „Gebärmutter“.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr.2: 1b</p> <p>PatV: Einheitliche Verwendung der Begriffe scheint sinnvoll</p>	<p>PatV: Verwendung des Wortes Gebärmutter</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

f) Komplikationen bei vorangegangenen Geburten (z. B. Placenta praevia, vorzeitige Lösung der Plazenta, Rißverletzungen, Atonie oder sonstige Nachgeburtsblutungen, Gerinnungsstörungen, Krämpfe, Thromboembolie),

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
30	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§3 (1) 1. f): Rißverletzungen</p>	Dank und Kenntnisnahme	„ss“ statt „ß“

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	Vorschlag: §3 (1) 1. f): Rissverletzungen Begründung: „ß“ in „ss“.		

- g) Erstgebärende unter 18 Jahren oder über 35 Jahre,
- h) Mehrgebärende über 40 Jahre, Vielgebärende mit mehr als vier Kindern (Gefahren: Genetische Defekte, sogenannte Plazentainsuffizienz, geburtsmechanische Komplikationen).

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
31	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§3 (1) 1. h) Mehrgebärende über 40 Jahre, Vielgebärende mit mehr als vier Kindern (Gefahren: Genetische Defekte, sogenannte Plazentainsuffizienz, geburtsmechanische Komplikationen).</p> <p>Vorschlag: h) Mehrgebärende über 40 Jahre, Vielgebärende (Gefahren: Genetische Defekte, sogenannte Plazentainsuffizienz, geburtsmechanische Komplikationen).</p> <p>Begründung: Dopplung, eine Vielgebärende hat per Definition mindestens 4 Kinder geboren. Alternativ „Gebärende mit mehr als 4 Kindern“</p> <p>„Sogenannte“ entfernen, wenn nicht, den Rechtschreibfehler „sogennante“ entfernen.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 23</p> <p>Formatierungsvorschlag nicht nachvollziehbar</p> <p>Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>keine Anpassung</p> <p>Rechtschreibung wird korrigiert</p>

- 2. Befunde (jetzige Schwangerschaft)
 - a) Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen),
 - b) Anämie unter 10 g/100 ml (g %),
 - c) Diabetes mellitus,
 - d) Uterine Blutung,

- e) Blutgruppen-Inkompatibilität (Früherkennung und Prophylaxe des Morbus haemolyticus fetalis bzw. neonatorum),
- f) Diskrepanz zwischen Uterus- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer (z. B. fraglicher Geburtstermin, retardiertes Wachstum, Riesenkind, Gemini, Molenbildung, Hydramnion, Myom),

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
32	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§3 (1) 2. f) Diskrepanz zwischen Uterus- bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer (z. B. fraglicher Geburtstermin, retardiertes Wachstum, Riesen-kind, Gemini, Molenbildung, Hydramnion, Myom),</p> <p>Vorschlag: f) Diskrepanz zwischen Gebärmutter - bzw. Kindsgröße und Schwangerschaftsdauer (z. B. fraglicher Geburtstermin, retardiertes Wachstum, Makrosomie, Mehrlinge, Molenbildung, Hydramnion, Myom),</p> <p>Begründung: Verwendung der Terminologie „Gebärmutter“ statt „Uterus“ und „Makrosomie“ oder „makrosomes Kind“ sowie „Mehrlinge“ statt „Gemini“ wie in §3 (1) 2. h) verwenden</p>	<p>KBV/GKV-SV: Gebärmutter: Siehe Nr.2: 1b</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>KBV/GKV-SV: Mehrlinge: siehe Nr.23</p>	<p>KBV/ GKV-SV: Riesenkind wird gestrichen und durch Makrosomie ersetzt</p> <p>PatV: Ersetzen durch die Worte Mehrlinge, Makrosomie und Mehrlinge und Streichung des Riesenkindes</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

- g) Drohende Frühgeburt (vorzeitige Wehen, Zervixinsuffizienz),

h) Mehrlinge; pathologische Kindslagen,

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
33	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§3 (1) 2. h) Mehrlinge; pathologische Kindslagen,</p> <p>Vorschlag: h) Mehrlinge k) Regelwidrige Kindslagen</p> <p>Begründung: Aspekte sind inhaltlich unabhängig voneinander, daher neuer Aufzählungspunkt.</p>	<p>KBV: Keine Anpassung. Der Terminus pathologische Kindslagen ist korrekt.</p> <p>PatV: Nachvollziehbarer Einwand, da es inhaltliche Unterschiede gibt</p> <p>Ein Semikolon verbindet Sätze sowie Wortgruppen. Es wird dann verwendet, wenn ein Punkt zu stark, aber ein Komma zu schwach trennt. Daher Begründung nicht nachvollziehbar. Pathologisch durch regelwidrig zu ersetzen ist keine formale Anpassung, sondern eine inhaltlich – Siehe Nr. 26</p>	<p>KBV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Einführung eines neuen Aufzählungspunktes</p> <p>GKV-SV:keine Anpassung</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

i) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Termin,

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
34	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§3 (1) 2. i) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Termin,</p> <p>Vorschlag: §3 (1) 2. i) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Geburtstermin,</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>Anpassung erfolgt</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	Begründung: Begriff „Geburtstermin“ ausschreiben.“		

j) Pyelonephritis.

³Bei Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf können häufigere als vierwöchentliche Untersuchungen (bis zur 32. SSW) und häufigere als zweiwöchentliche Untersuchungen (in den letzten 8 SSW) angezeigt sein.

(2) ¹Aus Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf oder besonderen Risiken können sich Risikogeburten entwickeln. ²Bei folgenden Befunden ist mit einem erhöhten Risiko unter der Geburt zu rechnen:

1. Frühgeburt,

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
35	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§3 (2) 1. 1.a) Frühgeburt Vorschlag: §3 (2) 1. 1.a) Zustand nach Frühgeburt oder Frühgeburtsbestrebungen Begründung: Satz spezifizieren.“	KBV/GKV-SV: Der Satz bezieht sich auf den Zustand unter der Geburt, sodass Frühgeburt hier der korrekte Begriff ist. PatV: Dank und Kenntnisnahme	KBV/GKV-SV: Keine Anpassung PatV: keine Anpassung

2. Placenta praevia, vorzeitige Plazentalösung,

3. Jede Art von Mißverhältnis Kind/Geburtswege.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
36	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „3.c) Jede Art von Mißverhältnis Kind/Geburtswege. Vorschlag: 3.c) Verdacht auf Missverhältnis Kind/Geburtswege. Begründung: „ß“ in „ss“.“	Dank und Kenntnisnahme	„ss“ statt „ß“

(3) ¹Bei besonderen Risiken oder zur Abklärung von Auffälligkeiten können im Einzelfall neben den üblichen Untersuchungen noch folgende Untersuchungen in Frage kommen. ²Dabei handelt es sich nicht um Screening-Untersuchungen. ³Für die Untersuchungen nach Nummer 5, 6 und 7 sind zusätzlich die Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) zu beachten:

1. Ultraschall-Untersuchungen (Sonografie):

Die Voraussetzungen für die Durchführung von zusätzlichen Ultraschall-Untersuchungen bei Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf oder besonderen Risiken, die über das sonografische Screening nach § 2 Absatz 9 hinausgehen, werden im § 2 Absatz 10 abgehandelt und sind in den Anlagen I c und I d zu dieser Richtlinie spezifiziert.

2. Tokografische Untersuchungen vor der 28. SSW bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit oder bei medikamentöser Wehenhemmung,

3. Kardiotokografische Untersuchungen (CTG):

CTG sind nur nach Maßgabe des Indikationskataloges nach Anlage II der Richtlinie angezeigt,

4. Amnioskopien,

5. Untersuchungen an fetaler DNA aus mütterlichem Blut zur Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21 (Nicht-invasiver Pränataltest - NIPT) mit dem Ziel der Vermeidung der unter den Nummern 6 und 7 geregelten invasiven Maßnahmen: ¹Der Test kann dann durchgeführt werden, wenn er geboten ist, um der Schwangeren eine Auseinandersetzung mit ihrer individuellen Situation hinsichtlich des Vorliegens einer Trisomie im Rahmen der ärztlichen Begleitung zu ermöglichen. ²Eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie allein reicht für die Anwendung dieses Tests nicht aus.

6. Fruchtwasseruntersuchungen nach Gewinnung des Fruchtwassers durch Amniozentese,

7. Transzervikale Gewinnung von Chorionzotengewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe.

(3a) ¹Für Untersuchungen gemäß Absatz 3 Nummer 5 dürfen nur NIPT-Verfahren verwendet werden, die die Validität ihrer Ergebnisse durch eine Qualitätssicherung absichern. ²Die Testgüte zur Abklärung der jeweils gegenständlichen Trisomien muss im Rahmen von prospektiv geplanten, verblindeten Studien untersucht worden sein. ³Dabei muss für Trisomie 21 eine Sensitivität von mindestens 97 % und eine Spezifität von mindestens 99 % und für Trisomie 13 eine Spezifität von mindestens 99 % sowie für Trisomie 18 eine Spezifität von 99 % nachgewiesen worden sein.

⁴Die Studienergebnisse müssen entsprechend den wissenschaftlichen Standards vollständig veröffentlicht worden sein.

⁵Diese Regelungen zur NIPT lassen die sonstigen rechtlichen Voraussetzungen, insbesondere datenschutzrechtliche Vorgaben im Hinblick auf besonders schützenswerte genetische Daten, unberührt.

⁶Voraussetzung für die NIPT-Untersuchung ist das Vorliegen des sonografisch bestimmten Gestationsalters und die Kenntnis der Anzahl der Embryonen oder Feten.

⁷Liegen zum Zeitpunkt der Blutabnahme Befunde vor, deren Abklärung ein invasives Vorgehen erfordert, sodass das Ziel einer Vermeidung von invasiven Maßnahmen nach

Nummer 6 oder 7 nicht erreichbar ist, kann der Test nicht im Rahmen dieser Richtlinie erbracht werden.

⁸Sofern die Probe auswertbar war, muss das Testergebnis eine Angabe enthalten, ob ein auffälliges oder unauffälliges NIPT-Ergebnis bezüglich der Fragestellung (Trisomie) vorliegt. ⁹Weist das Testergebnis auf eine Trisomie hin, muss der Befund die Information enthalten, dass eine gesicherte Diagnose einer invasiven Abklärungsdiagnostik bedarf.

(3b) ¹Die Ärztin oder der Arzt, der oder die die Schwangere vor und nach Durchführung des NIPT aufklärt und berät, muss über eine Qualifikation gemäß GenDG und den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission verfügen und die Aufklärungs- und Beratungsverpflichtungen des GenDG entsprechend erfüllen.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
37	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§3 (3b): 1 Die Ärztin oder der Arzt, der oder die die Schwangere vor [...]“</p> <p>Vorschlag: §3 (3b): 1 Die Ärztin oder der Arzt, der oder die, die Schwangere vor [...]“</p> <p>Begründung: Komma nach „der oder die“.</p>	<p>Gemäß Duden-Regel K117 ist die vom G-BA vorgeschlagene Schreibweise korrekt.</p>	keine Anpassung

²Die Aufklärung und Beratung haben ergebnisoffen stattzufinden und dienen dem Ziel einer eigenständigen informierten Entscheidung der Schwangeren. ³Die Bedeutung der Untersuchungsergebnisse ist in verständlicher Form zu erläutern. ⁴Die möglichen Folgen einer Entscheidung für diesen Test sind in die Beratung einzubeziehen. ⁵Insbesondere ist das jederzeitige Recht auf Nichtwissen, auch für Teilergebnisse des NIPT, zu betonen. ⁶Im Zusammenhang mit der Fragestellung Trisomie ist der Hinweis zu geben, dass es die Möglichkeit gibt, über die entsprechenden Selbsthilfeorganisationen oder Behindertenverbände mit betroffenen Familien Kontakt aufzunehmen.

⁷Zur Unterstützung der Beratung zu Untersuchungen auf Trisomie 13, 18 oder 21 ist die Versicherteninformation (siehe Anlage VIII) dieser Richtlinie zu verwenden.

- (4) ¹Von der Erkennung eines Risikomerkmals ab soll eine Ärztin oder ein Arzt die Betreuung einer Schwangeren nur dann weiterführen, wenn sie oder er die Untersuchungen nach Absatz 3 Nummer 1 bis 7 erbringen oder veranlassen und die sich daraus ergebenden Maßnahmen durchführen kann. ²Anderenfalls soll sie oder er die Schwangere einer Ärztin oder einem Arzt überweisen, die oder der über solche Möglichkeiten verfügt.
- (5) Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der Wahl der Geburtsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
38	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§3 (5)5. Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der Wahl der Geburtsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, dass die Klinik über die nötigen personellen und apparativen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.</p> <p>Vorschlag: §3 (5)5. Die betreuende Ärztin oder der betreuende Arzt soll die Schwangere bei der Wahl der Geburtsklinik unter dem Gesichtspunkt beraten, dass die Klinik über die nötigen personellen und strukturellen Möglichkeiten zur Betreuung von Risikogeburten und/oder Risikokindern verfügt.</p> <p>Begründung: Globaler formulieren.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: siehe Nr. 23</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

- (6) ¹Gemäß § 2a Absatz 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) gelten folgende Anforderungen an die Aufklärung und Beratung: Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der der Schwangeren die Diagnose mitteilt, über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärztinnen oder Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, gemäß § 2a Absatz 1 SchKG verständlich und ergebnisoffen zu beraten. ²Dies umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie der Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. ³Die Ärztin oder der Arzt hat über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach § 2 SchKG zu informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen nach § 3 SchKG und zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden zu vermitteln.

§ 4 Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft

- (1) Bei jeder Schwangeren sollte zu einem möglichst frühen Zeitpunkt aus einer Blutprobe
1. der TPHA (Treponema-pallidum-Hämagglutinationstest) oder ELISA (Enzyme-linked-immunosorbent-assay) oder TPPA (Treponema pallidum-Partikelagglutinationstest) als Lues-Suchreaktion (LSR) durchgeführt werden: ¹Ist die

Lues-Suchreaktion positiv, so sollen aus derselben Blutprobe die üblichen serologischen Untersuchungen auf Lues durchgeführt werden. ²Bei der Lues-Suchreaktion ist lediglich die Durchführung und nicht das Ergebnis der Untersuchung im Mutterpass zu dokumentieren.

2. gegebenenfalls ein HIV-Test durchgeführt werden:

¹Aus dem Blut der Schwangeren ist ein immunochemischer Antikörpertest vorzunehmen, für welchen die benötigten Reagenzien staatlich zugelassen³ sind. ²Ist diese Untersuchung positiv, so muss das Ergebnis mittels Immuno-Blot aus derselben Blutprobe gesichert werden. ³Alle notwendigen weiterführenden Untersuchungen sind Bestandteil der kurativen Versorgung. ⁴Die Durchführung der Beratung und die Durchführung des HIV-Antikörpertest sind im Mutterpass zu dokumentieren. ⁵Das Ergebnis der Untersuchung wird im Mutterpass nicht dokumentiert.

3. die Bestimmung der Blutgruppe und des Rh-Faktors D der Mutter durchgeführt werden:

¹Die Untersuchung des Merkmals RhD erfolgt mit mindestens zwei verschiedenen Testreagenzien. ²Für die Untersuchung wird die Anwendung zweier monoklonaler Antikörper (IgM-Typ), die die Kategorie D^{VI} nicht erfassen, empfohlen. ³Bei negativem Ergebnis beider Testansätze gilt die Schwangere als RhD-negativ. ⁴Bei übereinstimmend positivem Ergebnis der beiden Testansätze ist die Schwangere RhD-positiv. ⁵Bei Diskrepanzen oder schwach positiven Ergebnissen der Testansätze ist eine Klärung z. B. im indirekten Antiglobulintest mit geeigneten Testreagenzien notwendig. ⁶Fällt dieser Test positiv aus, so ist die Schwangere RhD-positiv (z. B. weak RhD).

⁷Die Bestimmung der Blutgruppe und des Merkmals RhD der Mutter entfällt, wenn entsprechende Untersuchungsergebnisse bereits vorliegen und von einer Ärztin oder einem Arzt bescheinigt wurden.

4. ein Antikörper-Suchtest (AK) durchgeführt werden:

¹Der Antikörpersuchtest wird mittels des indirekten Antiglobulintests gegen zwei Test-Blutmuster mit den Antigenen D, C, c, E, e, Kell, Fy und S durchgeführt. ²Bei Nachweis von Antikörpern sollen möglichst aus derselben Blutprobe deren Spezifität und Titerhöhe bestimmt werden.

³Gegebenenfalls müssen in solchen Fällen auch das Blut des Kindesvaters und die Bestimmung weiterer Blutgruppen-Antigene der Mutter in die Untersuchung einbezogen werden. ⁴Eine schriftliche Erläuterung der Befunde an die überweisende Ärztin oder den überweisenden Arzt kann sich dabei als notwendig erweisen.

⁵Auch nicht zum Morbus haemolyticus neonatorum führende Antikörper (IgM und/oder Kälte-Antikörper) sind in den Mutterpass einzutragen, da sie gegebenenfalls bei einer Bluttransfusion für die Schwangere wichtig sein können.

5. eine Untersuchung auf Hepatitis B-Virus-Antigen (HBsAg) durchgeführt werden:

¹Jeder Schwangeren soll ein Screening auf HBsAg empfohlen werden, da die Wahrscheinlichkeit einer Hepatitis B-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann.

²Ist das Ergebnis positiv, soll bei der Schwangeren erforderlichenfalls eine Mitbehandlung durch Ärztinnen und Ärzte mit Fachkenntnissen in Bezug auf die Behandlung dieser Patientinnen-Gruppe erfolgen.

³ Zulassung der Reagenzien durch das Paul-Ehrlich-Institut, Langen

³Ist das Ergebnis positiv, soll das Neugeborene unmittelbar post partum gegen Hepatitis B aktiv/passiv immunisiert werden.

⁴Die Untersuchung auf HBsAg entfällt, wenn Immunität (z. B. nach Schutzimpfung) nachgewiesen ist.

⁵Nicht geimpften gesunden Schwangeren mit erhöhtem Expositionsrisiko sollte eine Impfung entsprechend den Vorgaben der Schutzimpfungs-RL empfohlen werden.

(7) ¹Ein Test auf Rötelnantikörper ist bei Schwangeren ohne Rötelnimmunität erforderlich.

²Immunität, und damit Schutz vor Röteln-Embryopathie für die bestehende Schwangerschaft ist anzunehmen, wenn der Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen vorliegt oder wenn spezifische Antikörper rechtzeitig vor Eintritt dieser Schwangerschaft nachgewiesen worden sind und dieser Befund ordnungsgemäß dokumentiert worden ist. ³Die Ärztin oder der Arzt soll sich solche Befunde vorlegen lassen und sie in den Mutterpass übertragen. ⁴Liegen Befunde aus der Vorschwangerschaftszeit vor, die auf Immunität schließen lassen (siehe Absatz 2 Satz 2), so kann von einem Schutz vor einer Röteln-Embryopathie ausgegangen werden.

⁵Liegen entsprechende Befunde nicht vor, so ist der Immunstatus der Schwangeren zu bestimmen. ⁶Im serologischen Befund ist wörtlich auszudrücken, ob Immunität angenommen werden kann oder nicht.

⁷Wird Immunität erstmals während der laufenden Schwangerschaft serologisch festgestellt, kann Schutz vor Röteln-Embryopathie nur dann angenommen werden, wenn sich aus der gezielt erhobenen Anamnese keine für die Schwangerschaft relevanten Anhaltspunkte für Röteln-Kontakt oder eine frische Röteln-Infektion ergeben. ⁸Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Schwangere betreut, ist deshalb gehalten, die Anamnese sorgfältig zu erheben und zu dokumentieren. ⁹Bei auffälliger Anamnese sind weitere serologische Untersuchungen, gegebenenfalls in Absprache mit dem Labor erforderlich (Nachweis rötelnspezifischer IgM-Antikörper und/oder Kontrolle des Titerverlaufs).

¹⁰Schwangere, bei denen ein Befund vorliegt, der nicht auf Immunität schließen läßt, sollen aufgefordert werden, sich unverzüglich zur ärztlichen Beratung zu begeben, falls sie innerhalb der ersten vier Schwangerschaftsmonate Röteln-Kontakt haben oder an rötelnverdächtigen Symptomen erkranken. ¹¹Auch ohne derartige Verdachtsmomente soll bei diesen Schwangeren in der 16. -17. SSW eine erneute Antikörper-Untersuchung gemäß Absatz 2 durchgeführt werden.

¹²Eine aktive Rötelnimpfung soll während der Schwangerschaft nicht vorgenommen werden.

(8) ¹Jeder RhD-negativen Schwangeren mit einer Einlingsschwangerschaft soll die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors an fetaler DNA aus mütterlichem Blut angeboten werden. ²Der nicht invasive Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesussensibilisierung (NIPT-RhD) ist frühestens ab der 11+0 SSW möglich, sofern der verwendete Test die in Nummer 1 geforderten Testkriterien erfüllt. ³Für diese genetische vorgeburtliche Untersuchung gelten die Vorgaben des GenDG. ⁴Als Hilfestellung für die Information der Schwangeren zu dieser Untersuchung ist die Versicherteninformation mit dem Titel: „Welchen Nutzen hat die Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt?“ (siehe Anlage VII) zur Verfügung zu stellen.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
39	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§ 4 (3) 2 Der nicht invasive Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesussensibilisierung (NIPT-RhD) [...]“</p> <p>Vorschlag: § 4 (3) 2 Der nicht invasive Pränataltest zur Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung einer mütterlichen Rhesus-Sensibilisierung (NIPT-RhD) [...]</p> <p>Begründung: Konsistenz.“</p>	<p>Vorschlag wird angenommen</p>	<p>Anpassung entsprechend Vorschlag</p>

1. ¹Für die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors an fetaler DNA aus mütterlichem Blut dürfen nur NIPT-RhD-Verfahren verwendet werden, für die die Validität ihrer Ergebnisse durch eine Qualitätssicherung abgesichert ist. ²Die Testgüte zur Abklärung des fetalen Rhesusfaktors muss für den im konkreten Fall zum Einsatz kommenden Test im Rahmen von prospektiv geplanten, verblindeten Studien untersucht worden sein und eine Sensitivität von mindestens 99 % sowie eine Spezifität von 98 % aufweisen. ³Die Studienergebnisse zur Testgüte müssen entsprechend den wissenschaftlichen Standards vollständig veröffentlicht worden sein.

2. ¹Die verantwortliche ärztliche Person, die die Schwangere vor und nach Durchführung des NIPT-RhD genetisch berät, muss über eine Qualifikation für diese Beratung gemäß GenDG und den Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission verfügen. ²Die Aufklärungs- und Beratungsverpflichtungen müssen erfüllt sein.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
40	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§ 4 (3) 2. b) 1 Die verantwortliche ärztliche Person, die die Schwangere vor und nach Durchführung des [...]“</p> <p>Vorschlag: § 4 (3) 2. b) 1 Ärztinnen und Ärzte, die die Schwangere vor und nach Durchführung des [...]“</p> <p>Begründung: Konsistenz mit dem Gendern.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Die verantwortliche ärztliche Person ist durch das GenDG vorgegeben. Hier steht nicht das Gendern im Vordergrund, sondern die Legaldefinition des GenDG.</p> <p>PatV: Ärztliche Person ist nicht bereits geschlechtsbestimmend</p>	<p>Vorschlag wird nicht übernommen.</p>

3. ¹Die Ergebnismitteilung muss eine Angabe enthalten, ob beim Fetus ein *RHD*-negatives oder *RHD*-positives Ergebnis vorliegt, sofern die Probe auswertbar war. ²Das Ergebnis ist im Mutterpass zu dokumentieren, wenn die Einwilligung hierfür sowie die Einwilligung in die Untersuchung und die Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe ebenfalls vorliegt und nicht widerrufen wurde.

(3a) ¹Ein weiterer Antikörper-Suchtest ist bei allen Schwangeren (RhD-positiven und RhD-negativen) in der 23+0 bis 26+6 SSW durchzuführen. ²Sind bei RhD-negativen Schwangeren keine Anti-D-Antikörper nachweisbar, so soll in der 27+0 bis 29+6 SSW eine Standarddosis (um 300 µg) Anti-D-Immunglobulin injiziert werden, um möglichst bis zur Geburt eine Sensibilisierung der Schwangeren zu verhindern. ³Das Datum der präpartalen Anti-D-Prophylaxe ist im Mutterpass zu vermerken.

⁴Liegt bis 29+6 SSW kein Ergebnis des NIPT-RhD vor, soll die ungezielte Anti-D-Prophylaxe durchgeführt werden.

⁵Eine Anti-D-Prophylaxe bei der RhD-negativen Schwangeren ist nicht notwendig, wenn der Fetus mit einem Verfahren gemäß Absatz 3 *RHD*-negativ bestimmt wurde oder wenn die RhD-negative Schwangere mit *RHD*-positivem Feten bereits Antikörper entwickelt hat.

§ 5 Blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe

(1) ¹Bei jedem Kind einer RhD-negativen Mutter ist unmittelbar nach der Geburt das Merkmal RhD unter Beachtung der Ergebnisse des direkten Coombstests zu bestimmen. ²Ist dieser RhD-Faktor positiv (D+) oder liegt eine schwach ausgeprägte RhD-Variante (z. B. weak RhD) vor, so ist aus derselben Blutprobe auch die Blutgruppe des Kindes zu bestimmen. ³Bei RhD-positivem Kind ist bei der RhD-negativen Mutter eine weitere Standarddosis Anti-D-Immunglobulin (um 300 µg) innerhalb von 72 Stunden post partum zu applizieren, selbst wenn nach der Geburt schwach reagierende Anti-D-Antikörper bei der Mutter gefunden worden sind und/oder der direkte Coombstest beim Kind schwach positiv ist. ⁴Hierdurch soll ein schneller Abbau der insbesondere während der Geburt in den mütterlichen Kreislauf übergetretenen RhD-positiven Erythrozyten bewirkt werden, um die Bildung von Anti-D-Antikörpern bei der Mutter zu verhindern.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
41	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§5 (1) 3 Bei RhD-positivem Kind ist bei der RhD-negativen Mutter eine weitere Standarddosis Anti-D-Immunglobulin (um 300 µg) innerhalb von 72 Stunden post partum zu applizieren [...]</p> <p>Vorschlag: §5 (1) 3 Bei RhD-positivem Kind ist bei der RhD-negativen Mutter</p>	<p>KBV/GKV-SV: „applizieren“ ist ein korrekter Terminus und bedarf keiner Änderung.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: Keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>eine weitere Standarddosis Anti-D-Immunglobulin (um 300 µg) innerhalb von 72 Stunden post partum zu injizieren [...]</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie „injizieren“ oder „applizieren“ (siehe §4 3a)“</p>		

- (9) RhD-negativen Frauen mit fehlenden Anti-D-Antikörpern und unbekanntem fetalen Rhesusfaktor oder bekannt *RHD*-positivem Fetus sollte so bald wie möglich nach einer Fehlgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch, jedoch innerhalb 72 Stunden post abortum bzw. nach Schwangerschaftsabbruch, Anti-D-Immunglobulin injiziert werden.

§ 6 Voraussetzungen für die Durchführung serologischer Untersuchungen

¹Die serologischen Untersuchungen nach § 4 und § 5 sollen nur von solchen Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen. ²Dieselben Voraussetzungen gelten für Untersuchungen in Instituten.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
42	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§ 6 1Die serologischen Untersuchungen nach den Abschnitten C. und D. § 4 und § 5 sollen nur von solchen Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und Einrichtungen verfügen.“</p> <p>Vorschlag: § 6 1Die serologischen Untersuchungen nach den Abschnitten C. und D. § 4 und § 5 sollen nur von solchen Ärztinnen oder Ärzten durchgeführt werden, die über die entsprechenden Kenntnisse und strukturellen Voraussetzungen verfügen.</p> <p>Begründung: Begriff „Einrichtungen“ unspezifisch.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: siehe Nr. 23</p> <p>PatV: nachvollziehbarer Einwand</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Anpassung</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

§ 7 Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin

- (1) ¹Eine Untersuchung soll innerhalb der ersten Woche nach der Geburt vorgenommen werden. ²Dabei soll das Hämoglobin bestimmt werden.
- (2) Die Empfehlungen der Schutzimpfungs-RL zur Pertussisimpfung im Wochenbett sind zu beachten.
- (3) ¹Eine weitere Untersuchung soll etwa sechs Wochen, spätestens jedoch acht Wochen nach der Geburt durchgeführt werden. ²Die Untersuchung umfasst:
1. Allgemeinuntersuchung (falls erforderlich einschließlich Hb-Bestimmung),
 2. Feststellung des gynäkologischen Befundes,
 3. Blutdruckmessung,
 4. Untersuchung des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker,
 5. bakteriologische Urinuntersuchungen soweit nach Befundlage erforderlich (z. B. bei auffälligen Symptomen, rezidivierenden Harnwegsinfektionen in der Anamnese, Z. n. Frühgeburt, erhöhtem Risiko für Infektionen der ableitenden Harnwege) sowie
 6. Beratung der Mutter.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
43	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „§7 (3) 6. Beratung der Mutter.</p> <p>Vorschlag: Die Untersuchung und Beratung umfasst:</p> <p>Begründung: Der Punkt „Beratung der Mutter“ passt nicht unter die Überschrift „Die Untersuchung umfasst:“, da eine Beratung keine Untersuchung darstellt.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Die Untergliederung bringt keine Priorisierung zum Ausdruck.</p> <p>PatV: nachvollziehbarer Einwand</p>	<p>KBV/GKV-SV: Keine Anpassung</p> <p>PatV: Anpassung und Übernahme des Vorschlags</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

§ 8 Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln

¹Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und im Zusammenhang mit der Geburt Anspruch auf Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. ²Die für die Leistungen nach den §§ 31 bis 33 SGB V geltenden Vorschriften gelten entsprechend; bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Geburt finden die Regelungen, die für die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln eine Zuzahlung der Versicherten vorsehen, keine Anwendung.

§ 9 Aufzeichnungen und Bescheinigungen

(1) Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt die Ärztin oder der Arzt der Schwangeren einen Mutterpass gemäß Anlage III aus, sofern sie nicht bereits einen Pass dieses Musters gemäß Anlage III besitzt.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
44	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„§9 (1) Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt die Ärztin oder der Arzt der Schwangeren einen Mutterpass gemäß Anlage III aus, sofern sie nicht bereits einen Pass dieses Musters gemäß Anlage III besitzt.</p> <p>Vorschlag: §9 (1) Nach Feststellung der Schwangerschaft stellt die Ärztin oder der Arzt der Schwangeren einen Mutterpass gemäß Anlage III aus, sofern sie nicht bereits einen Mutterpass dieses Musters gemäß Anlage III besitzt.</p> <p>Begründung: Begriff „Mutterpass“ ausschreiben.“</p>	Dank und Kenntnisnahme	Übernahme von „Mutterpass“

(2) ¹Als Mutterpass im Sinne dieser Richtlinie gelten sowohl der Mutterpass gemäß Anlage III als auch der elektronische Mutterpass gemäß den Festlegungen nach § 355 Absatz 1 SGB V. ²Nach dem Mutterpass richten sich die von der Ärztin oder vom Arzt vorzunehmenden Eintragungen der Ergebnisse der Untersuchungen im Rahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt. ³Darüber hinausgehende für die Schwangerschaft relevante Untersuchungsergebnisse sollen in den Mutterpass eingetragen werden, soweit die Eintragung durch die Richtlinien nicht ausgeschlossen ist (Lues-Suchreaktion sowie HIV-Untersuchung). ⁴Die vorzunehmenden Eintragungen erfolgen entweder im Mutterpass gemäß der Anlage III oder auf Wunsch der Versicherten im elektronischen Mutterpass. ⁵Um die Vollständigkeit der Daten zu gewährleisten, sollte vermieden werden, innerhalb einer Schwangerschaft zwischen der Dokumentation im elektronischen Mutterpass und der Dokumentation im Mutterpass gemäß Anlage III zu wechseln.

- (3) Die Befunde der ärztlichen Betreuung und der blutgruppenserologischen Untersuchungen hält die Ärztin oder der Arzt für ihre oder seine Patientenkartei fest und stellt sie bei eventuellem Arztwechsel der anderen Ärztin oder dem anderen Arzt auf deren oder dessen Anforderung zur Verfügung, sofern die Schwangere zustimmt.
- (4) ¹Beim Anlegen eines weiteren Mutterpasses sind die Blutgruppenbefunde zu übertragen. ²Die Richtigkeit der Übertragung ist ärztlich zu bescheinigen.
- (5) Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, Änderungen am Mutterpass gemäß Anlage III vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Mutterpass gemäß Anlage III nicht in seinem Aufbau und in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

Anlage I Ultraschall-Untersuchungen in der Schwangerschaft (a – d)
(zu § 2 Absatz 9 und § 3 Absatz 3 der Mutterschafts-Richtlinie)

Ultraschall-Untersuchungen in der Schwangerschaft (Sonografie)

Es gilt die Anlage I der Mutterschafts-Richtlinie in der Fassung vom 22. November 1994, zuletzt geändert am 21. März 2013.

Anlage I a⁴

(zu § 2 Absatz 9 der Mutterschafts-Richtlinie)

Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft

¹Die nachfolgend aufgeführten Befunde sind mittels B-Mode-Verfahren im jeweiligen Zeitraum zu erheben. ²Dabei ist die jeweilige Bilddokumentation durchzuführen.

1. Untersuchung: 8 + 0 bis 11 + 6 SSW

Intrauteriner Sitz:	ja/nein
Embryo darstellbar:	ja/nein
Mehrlingsschwangerschaft:	ja/nein
- monochorial	ja/nein
Herzaktion:	ja/nein

Biometrie I:

Scheitelsteißlänge (SSL)

⁴ Für die Durchführung der in Anlage I a unter 1., 2.a, und 3. angeführten Ultraschalluntersuchungen ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1 der Anlage I der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik (Ultraschall-Vereinbarung) Voraussetzung. Für die Durchführung der Untersuchung nach 2 b) ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1a) der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung Voraussetzung, letzteres beinhaltet, dass ein entsprechender Befähigungsnachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erbracht wurde.

oder: Biparietaler Durchmesser (BPD)

Auffälligkeiten:

ja/nein/kontrollbedürftig

Zeitgerechte Entwicklung:

ja/nein/kontrollbedürftig

Weiterführende Untersuchung veranlasst:

ja/nein

Bilddokumentation der Biometrie (ein Maß) und auffälliger oder kontrollbedürftiger Befunde.

2. Untersuchung: 18 + 0 bis 21 + 6 SSW

a) Sonografie mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie

Einlingsschwangerschaft:

ja/nein

Herzaktion:

ja/nein

Biometrie II:

- Biparietaler Durchmesser (BPD)
- Fronto-okzipitaler Durchmesser (FOD)
oder: Kopfumfang (KU)
- Abdomen/Thorax-quer-Durchmesser (ATD)
und Abdomen/Thorax-a. p.-Durchmesser (APD)
oder: Abdomen/Thorax-Umfang (AU)

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
45	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Anlage I Abdomen/Thorax-quer-Durchmesser (ATD) und Abdomen/Thorax-a. p.-Durchmesser (APD) Vorschlag: Siehe auch S.24 Begründung: Akronym „a. p.“ (anterior posterior) definieren.“	Dank und Kenntnisnahme	a.p. wird ausgeschrieben, Änderung in: Abdomen/Thorax -anterior -posterior- Durchmesser

- Messung einer Femurlänge (FL)

Zeitgerechte Entwicklung: ja/nein/kontrollbedürftig

Hinweiszeichen für Entwicklungsstörungen hinsichtlich:

- Fruchtwassermenge ja/nein/kontrollbedürftig
- körperlicher Entwicklung ja/nein/kontrollbedürftig
- Plazentalokalisation und -struktur: normal/kontrollbedürftig

Weiterführende Untersuchung veranlasst: ja/nein

Bilddokumentation von insgesamt vier der in Biometrie II genannten Maße sowie auffälliger und/oder kontrollbedürftiger Befunde.

b) Sonografie mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie durch eine besonders qualifizierte Untersucherin oder einen besonders qualifizierten Untersucher. Zusätzlich zu den unter a) vorgegebenen Untersuchungsinhalten Beurteilung der folgenden fetalen Strukturen:

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
46	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage I b) Sonografie mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie durch einen besonders qualifizierte Untersucherin oder einen besonders qualifizierten Untersucher.</p> <p>Vorschlag: Anlage I b) Sonografie mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie durch einen besonders qualifizierte Ärztin oder Arzt.</p> <p>Begründung: Leserlichkeit.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Vorschlag ist grammatikalisch fehlerhaft</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Änderung in: “Sonografie mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie durch eine besonders qualifizierte Ärztin oder einen besonders qualifizierten Arzt.</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
			Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.

Kopf:

- Ventrikelauffälligkeiten ja/nein
- Auffälligkeiten der Kopfform ja/nein
- Darstellbarkeit des Kleinhirns ja/nein

Hals und Rücken:

- Unregelmäßigkeit der dorsalen Hautkontur ja/nein

Thorax:

- Auffällige Herz/Thorax-Relation (Blickdiagnose) ja/nein
- Linksseitige Herzposition ja/nein
- Persistierende Arrhythmie im

Untersuchungszeitraum ja/nein

- Darstellbarkeit des Vier-Kammer-Blicks ja/nein

Rumpf:

- Konturunterbrechung an der vorderen Bauchwand ja/nein
- Darstellbarkeit des Magens im linken Oberbauch ja/nein
- Darstellbarkeit der Harnblase ja/nein

Bilddokumentation der Auffälligkeiten.

3. Untersuchung: 28 + 0 bis 31 + 6 SSW

Einlingsschwangerschaft: ja/nein

Kindslage:

Herzaktion:

ja/nein

Biometrie III:

- Biparietaler Durchmesser (BPD)
- Fronto-okzipitaler Durchmesser (FOD)
oder: Kopfumfang (KU)
- Abdomen/Thorax-quer-Durchmesser (ATD)
und Abdomen/Thorax-a. p.-Durchmesser (APD)
oder: Abdomen/Thorax-Umfang (AU)
- Messung einer Femurlänge (FL)

Zeitgerechte Entwicklung:

ja/nein/kontrollbedürftig

Kontrolle der Hinweiszeichen für Entwicklungsstörungen gemäß dem 2. Screening (gemäß 2a).

Weiterführende Untersuchung veranlasst:

ja/nein

Bilddokumentation von insgesamt vier der in Biometrie III genannten Maße sowie auffälliger und/oder kontrollbedürftiger Befunde.

Anlage I b

(zu § 2 Absatz 9 und § 3 Absatz 3 der Mutterschafts-Richtlinie)

Über die in Anlage I a genannten Screening-Untersuchungen hinaus können bei Vorliegen einer der nachfolgend angeführten Indikationen weitere sonografische Untersuchungen zur Überwachung der Schwangerschaft angezeigt sein, die als Kontrolluntersuchungen Bestandteil des Screenings sind.

1. Sicherung des Schwangerschaftsalters bei
 - unklarer Regelanamnese
 - Diskrepanz zwischen Uterusgröße und berechnetem Gestationsalter aufgrund des klinischen oder sonografischen Befundes
 - fehlenden Untersuchungsergebnissen aus dem Ultraschall-Screening bei Übernahme der Mutterschaftsvorsorge durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
47	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„1. Sicherung des Schwangerschaftsalters bei - Diskrepanz zwischen Uterusgröße und berechnetem Gestationsalter aufgrund des klinischen oder sonografischen Befundes</p> <p>Vorschlag: 1. Sicherung des Gestationsalters bei - Diskrepanz zwischen Gebärmuttergröße und berechnetem Gestationsalter aufgrund des klinischen oder sonografischen Befundes</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie „Gestationsalter“ oder „Schwangerschaftsalter“.</p> <p>„1. - fehlenden Untersuchungsergebnissen aus dem Ultraschall-Screening bei Übernahme der Mutterschaftsvorsorge durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt</p> <p>Vorschlag: 1. - fehlenden Untersuchungsergebnissen aus dem Ultraschall-Screening bei Übernahme der Schwangerschaftsvorsorge durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt</p> <p>Begründung: Verwendung der Terminologie „Schwangerschaftsvorsorge““</p>	<p>KBV/GKV-SV: Die vorgeschlagene Terminologie wird synonym verwendet. Keine Änderung notwendig.</p> <p>PatV: Die Festlegung eines Terminus wäre erstrebenswert.</p> <p>KBV: siehe Nr.2: 1c)</p> <p>GKV-SV: Begründung nicht nachvollziehbar- beide Termini sind korrekt – Siehe auch Nr. 19</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Annahme des Vorschlages</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p> <p>PatV: Änderung in Schwangerschaftsvorsorge</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
			gesondert beraten werden.

2. Kontrolle des fetalen Wachstums bei
 - Schwangeren mit einer Erkrankung, die zu Entwicklungsstörungen des Feten führen kann,
 - Verdacht auf Entwicklungsstörung des Feten aufgrund vorausgegangener Untersuchungen
3. Überwachung einer Mehrlingsschwangerschaft
4. Neu- oder Nachbeurteilung des Schwangerschaftsalters bei auffälligen Ergebnissen der in der Mutterschaftsvorsorge notwendigen serologischen Untersuchungen der Mutter
5. Diagnostik und Kontrolle des Plazentasitzes bei vermuteter oder nachgewiesener Placenta praevia
6. Erstmaliges Auftreten einer uterinen Blutung
7. Verdacht auf intrauterinen Fruchttod
8. Verdacht auf Lageanomalie ab Beginn der 36. SSW.

Anlage I c

(zu § 3 Absatz 3 der Mutterschafts-Richtlinie)

¹Über die in Anlage I a und I b genannten Untersuchungen hinaus können weitere Ultraschall-Untersuchungen mittels B-Mode oder auch mit anderen sonografischen Verfahren angezeigt sein, wenn sie der Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden dienen und eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt. ²Diese Untersuchungen gehören zwar zum Programm der Mutterschaftsvorsorge, sind aber nicht mehr Bestandteil des Screenings.

I.⁵

⁵ Für die Durchführung der unter Abschnitt I angeführten Ultraschalluntersuchungen ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1 oder 9.1a der Anlage 1 der Ultraschall-Vereinbarung Voraus-

1. Rezidivierende oder persistierende uterine Blutung
2. Gestörte intrauterine Frühschwangerschaft
3. Frühschwangerschaft bei liegendem IUP, Uterus myomatosus, Adnex-tumor
4. Nachkontrolle intrauteriner Eingriffe
5. Cervixmessung mittels Ultraschall bei Cervixinsuffizienz oder Verdacht
6. Bestätigter vorzeitiger Blasensprung und/oder vorzeitige Wehentätigkeit
7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Fetus

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
48	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage I c 7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Fetus</p> <p>Vorschlag: Anlage I c 7. Kontrolle und gegebenenfalls Verlaufsbeobachtung nach Bestätigung einer bestehenden Anomalie oder Erkrankung des Kindes</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Kind“ oder „Fetus“.“</p>	<p>KBV: siehe Nr.2: 1b) GKV-SV: siehe Nr.2b</p> <p>PatV: Die Festlegung eines Terminus wäre erstrebenswert.</p>	<p>PatV: Übernahme des Vorschlages</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

8. Verdacht auf vorzeitige Plazentalösung

setzung, für die unter Abschnitt II angeführten Ultraschalluntersuchungen sind die Anforderungen nach Anwendungsbereich 9.2 der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung zu erfüllen.

9. Ultraschall-Kontrollen bei gestörtem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer Wendung aus Beckenend- oder Querlage in Schädellage.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
49	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage I c 9. Ultraschall-Kontrollen bei gestörtem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer Wendung aus Beckenend- oder Querlage in Schädellage.“</p> <p>Vorschlag: Anlage I c 9. Ultraschall-Kontrollen bei regelwidrigem Geburtsverlauf z. B. vor, während und nach äußerer Wendung aus Beckenend- oder Querlage in Schädellage.</p> <p>Begründung: Vermeidung von “gestört” als unspezifischen Begriff.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr.23</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

II.⁶

1. Durchführung intrauteriner Eingriffe wie Amniocentese, Chorionzottenbiopsie, Fetalblutgewinnung, Körperhöhlen- oder Gefäßpunktionen, Fruchtwasserersatz-Auffüllungen, Transfusionen, Anlegen von Shunts, Fetoskopie

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
50	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage I c 1. Durchführung intrauteriner Eingriffe wie Amniocentese, [...]“</p> <p>Vorschlag: Anlage I c 1. Durchführung intrauteriner Eingriffe wie Amniozentese, [...]</p> <p>Begründung: „z“ statt „c“.“</p>	<p>Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>„z“ statt „c“</p>

⁶ Für die Durchführung der unter Abschnitt I angeführten Ultraschalluntersuchungen ist die Erfüllung der Anforderungen gemäß Anwendungsbereich 9.1 oder 9.1a der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung Voraussetzung, für die unter Abschnitt II angeführten Ultraschalluntersuchungen sind die Anforderungen nach Anwendungsbereich 9.2 der Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung zu erfüllen.

2. Gezielte Ausschlußdiagnostik bei erhöhtem Risiko für Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fetus aufgrund von
 - a) ultraschalldiagnostischen Hinweisen
 - b) laborchemischen Befunden
 - c) genetisch bedingten oder familiär gehäuften Erkrankungen o-der Fehlbildungen in der Familienanamnese
 - d) teratogenen Noxen
 oder als Alternative zur invasiven pränatalen Diagnostik.

Anlage I d

(zu § 3 Absatz 3 der Mutterschafts-Richtlinie)

Dopplersonografische Untersuchungen

Die Anwendung der Dopplersonografie als Maßnahme der Mutterschaftsvorsorge ist nur bei einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Indikationen und - mit Ausnahme der Fehlbildungsdiagnostik - nur in der zweiten Schwangerschaftshälfte zulässig.

1. Verdacht auf intrauterine Wachstumsretardierung
2. Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen)
3. Zustand nach Mangelgeburt/intrauterinem Fruchttod

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
51	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Anlage I d 3. Zustand nach Mangelgeburt Vorschlag: Anlage I d 3. Zustand nach (Small for gestational age) Begründung: An die Terminologie „Small for gestational age“ (SGA), „Fetal growth restriction“ (FGR) oder „Intrauterine growth restriction“ (IUGR) anpassen.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 28 PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>Small for gestational age wird übernommen</p>

4. Zustand nach Präeklampsie/Eklampsie
5. Auffälligkeiten der fetalen Herzfrequenzregistrierung

6. Begründeter Verdacht auf Fehlbildung/fetale Erkrankung
7. Mehrlingsschwangerschaft bei diskordantem Wachstum
8. Abklärung bei Verdacht auf Herzfehler/Herzkrankungen.

Anlage II Indikationen zur Kardiotokografie (CTG) während der Schwangerschaft

(zu § 3 Absatz 3 Nummer 3 der Mutterschafts-Richtlinie)

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
52	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage II: Indikationen zur Kardiotokografie (CTG) während der Schwangerschaft</p> <p>Vorschlag: Anlage II: Indikationen zur Kardiotokografie (CTG) in der Schwangerschaft</p> <p>Begründung: Konsistenz mit den anderen Überschriften, in denen einheitlich „in“ verwendet wird.“</p>	<p>Die aktuelle Schreibweise ist korrekt.</p>	Keine Anpassung

Indikationen zur Kardiotokografie (CTG) während der Schwangerschaft

Eine CTG ist im Rahmen der Schwangerenvorsorge nur angezeigt, wenn eine der nachfolgend aufgeführten Indikationen vorliegt:

1. **Indikationen zur erstmaligen CTG**
 - in der 26. und 27. SSW drohende Frühgeburt

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
53	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage II 1. A. Indikationen zur erstmaligen CTG – in der 26. und 27. SSW drohende Frühgeburt</p>	<p>Die aktuelle Formulierung ist inhaltlich korrekt und entspricht der Darstellung in der S3 Leitlinie „fetale Überwachung in der</p>	keine Anpassung

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Vorschlag: Indikationen zur erstmaligen CTG ab der 26 und 27. SSW – drohende Frühgeburt</p> <p>Begründung: Sinnvolle Strukturierung des Satzes an den darauffolgenden Absatz.“</p>	Schwangerschaft“ (Seite 28).	

– ab der 28. SSW

- a) Auskultatorisch festgestellte Herztonalterationen
- b) Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit.

2. Indikationen zur CTG-Wiederholung

CTG-Alterationen

- a) Anhaltende Tachykardie (> 160/Minute)
- b) Bradykardie (< 100/Minute)
- c) Dezeleration(en) (auch wiederholter Dip null)

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
54	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage II 2. B. Indikationen zur CTG-Wiederholung</p> <p>c) Dezeleration(en) (auch wiederholter Dip null)</p> <p>Vorschlag: Anlage II 2. B. Indikationen zur CTG-Wiederholung</p> <p>c) Dezeleration(en) (auch wiederholter Dip null)</p> <p>Begründung: Dip null ist kein Fachterminus.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 23</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

- d) Hypooszillation, Anoszillation
- e) Unklarer Kardiotokogramm-Befund bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit

- f) Mehrlinge
- g) Intrauteriner Fruchttod bei früherer Schwangerschaft
- h) Verdacht auf Plazenta-Insuffizienz nach klinischem oder bio-chemischem Befund

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
55	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage II 2. h) Verdacht auf Plazenta-Insuffizienz nach klinischem oder biochemischem Befund</p> <p>Vorschlag: Anlage II 2. h) Verdacht auf Plazentainsuffizienz nach klinischem oder biochemischem Befund</p> <p>Begründung: Rechtschreibung.“</p>	Dank und Kenntnisnahme	Schreibweise wird angepasst: Plazentainsuffizienz

- i) Verdacht auf Übertragung

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
56	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Anlage II 2. i) Verdacht auf Übertragung</p> <p>Vorschlag: Anlage II 2. i) Verdacht auf Übertragung</p> <p>Begründung: Eine Übertragung ist medizinisch per berechnetem Geburtstermin (ET) gegeben oder nicht.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr.23, Zudem ist eine Übertragung nicht in jedem Fall berechenbar oder sonografisch bestimmbar, bspw. bei später Erstvorstellung der Schwangeren.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

- j) Uterine Blutung
- Medikamentöse Wehenhemmung

Anlage III (siehe Mutterpass)

Anlage IV Versicherteninformation zum HIV-Test in der Schwangerschaft (zu § 2 Absatz 1 der Mutterschafts-Richtlinie)

Ich bin schwanger.

Warum wird allen Schwangeren ein HIV-Test angeboten?

Diese Information erläutert, warum allen Schwangeren in Deutschland ein HIV-Test angeboten wird. Sie soll Sie bei Ihrem Beratungsgespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt unterstützen. Bei weitergehenden Fragen können Sie sich auch an Beratungsstellen, zum Beispiel bei Ihrem Gesundheitsamt, oder an die örtliche AIDS-Hilfe wenden.

Die wichtigsten Informationen vorab:

- HIV kann während der Schwangerschaft, bei der Geburt und später durch die Muttermilch auf das Kind übertragen werden.
- Die frühzeitige Feststellung einer HIV-Infektion ist wichtig. Durch eine rechtzeitige Behandlung besteht eine sehr gute Aussicht, eine Ansteckung des Kindes zu verhindern. Aber auch wenn eine Ansteckung erst später in der Schwangerschaft festgestellt wird, kann eine Behandlung das Kind immer noch schützen.
- Ein anonymer HIV-Test ist möglich.

Sie haben Anspruch auf einen HIV-Test. Sie haben aber selbstverständlich das Recht, einen HIV-Test abzulehnen.

Was ist HIV?

Das HI-Virus („Humanes Immunschwäche-Virus“) befällt Zellen des Abwehrsystems des Körpers und zerstört sie. Die meisten Menschen mit HIV haben über Jahre kaum Beschwerden. Wenn das Virus das Immunsystem aber stark geschwächt hat, treten schwere Erkrankungen auf. Diese Phase wird als „AIDS“ (deutsch: „erworbenes Immunschwäche-Syndrom“) bezeichnet. Eine lebenslange Behandlung mit Medikamenten kann verhindern, dass HIV zu AIDS führt. Eine Heilung von HIV und AIDS ist momentan nicht möglich.

Frauen stecken sich meistens durch ungeschützten sexuellen Kontakt an, bei dem Samenflüssigkeit oder Blut in den Körper gelangt. Auch beim gemeinsamen Benutzen von Spritzen oder Injektionsnadeln kann HIV übertragen werden.

Warum wird mir ein HIV-Test angeboten?

In Deutschland sind nur wenige Schwangere mit HIV infiziert. Aber es kommt vor, dass eine Frau nicht weiß, dass sie sich angesteckt hat.

Es ist wichtig zu wissen, ob eine HIV-Infektion besteht, denn das Virus kann auf das Kind übertragen werden. Wenn eine Schwangere HIV hat, kann sie eine Ansteckung ihres Kindes wirksam verhindern, wenn sie während der gesamten Schwangerschaft Medikamente einnimmt. Das Risiko für eine Übertragung sinkt dann auf unter 1 %. Die heutigen Behandlungsmöglichkeiten sind so gut, dass eine Mutter mit HIV oft ohne Beschwerden leben und so auch für ihr Kind da sein kann.

Falls ich HIV habe, wie kann ich mein Kind schützen?

Die Gefahr einer HIV-Übertragung auf das Kind ist sehr gering, wenn

1. Sie während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen, die HIV bekämpfen. Bei einer erfolgreichen Behandlung sinkt die Zahl der Viren so stark, dass sie im Blut nicht mehr nachweisbar sind.
2. die Art der Geburt angepasst wird: Wenn die Behandlung erfolgreich war, ist eine normale Geburt möglich. Wenn Sie keine Medikamente nehmen oder sie nicht ausreichend wirken, kann ein Kaiserschnitt das Übertragungsrisiko verringern.
3. Sie nach der Geburt darauf verzichten, das Kind zu stillen. Ihre Muttermilch kann HIV enthalten, außerdem Reste der Medikamente. Deshalb darf das Kind auch keine abgepumpte Muttermilch bekommen. Handelsübliche Fertigmilch ist eine sichere Alternative.
4. das Kind nach der Geburt behandelt wird.

Kann ich mich auch in der Schwangerschaft mit HIV infizieren?

Eine HIV-Infektion ist auch während der Schwangerschaft möglich. Bei sexuellen Kontakten sind Kondome ein guter Schutz.

Gibt es Bedenken bei einem HIV-Test?

Für die meisten Frauen ist ein HIV-Test nur ein Test unter vielen in der Schwangerschaft. Die Entscheidung für einen HIV-Test fällt jedoch nicht immer leicht und kann Ängste auslösen. Die Wartezeit bis zum Testergebnis kann als belastend erlebt werden. Bei Bedenken oder Sorgen können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt, aber auch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Beratungsstellen sprechen – auf Wunsch auch anonym.

Wer mit HIV infiziert ist und dies weiß, muss mit Nachteilen rechnen, zum Beispiel beim Abschluss einer (Lebens-)Versicherung. Unabhängig davon, ob Sie den Test durchführen lassen und welches Ergebnis er hat, wirkt sich das aber zum Beispiel nicht auf Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsstatus oder den Aufenthaltsstatus als Migrantin in Deutschland aus.

Wer erfährt von dem Test?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt teilt Ihnen das Testergebnis in einem vertraulichen Gespräch mit. Ärztinnen, Ärzte und ihr Personal unterliegen der Schweigepflicht. Arbeitgeber oder andere Stellen werden über das Ergebnis nicht informiert.

Sie alleine entscheiden, wer von dem Test und seinem Ergebnis erfährt. Nur mit Ihrem Einverständnis wird es an andere Ärztinnen oder Ärzte übermittelt.

Die Durchführung der Beratung und die Durchführung des HIV-Antikörpertestes sind im Mutterpass zu dokumentieren. Das Ergebnis der Untersuchung wird im Mutterpass nicht dokumentiert.

Kann ich mich anonym testen lassen?

Sie können sich auch anonym testen lassen. Dies ist zum Beispiel in einer Arztpraxis, in Kliniken mit einer HIV-Ambulanz, beim Gesundheitsamt, bei manchen AIDS-Beratungsstellen oder einem Tropeninstitut möglich.

Was passiert bei einem HIV-Test?

Für einen HIV-Test wird eine Blutprobe entnommen und in einem Labor untersucht. Beim Test kann das Virus nur entdeckt werden, wenn im Blut Zeichen dafür vorhanden sind, dass der Körper schon gegen die Infektion kämpft. Normalerweise kann HIV spätestens drei Monate nach der Ansteckung im Blut nachgewiesen werden.

Ein Testergebnis wird als „positiv“ bezeichnet, wenn Viren im Blut nachgewiesen wurden. Mit dem Ausdruck „HIV-positiv“ ist gemeint, dass ein Mensch HIV im Blut hat.

Wenn Sie meinen, dass Sie sich mit HIV angesteckt haben könnten, zum Beispiel durch einen ungeschützten sexuellen Kontakt, können Sie sich an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt wenden, um einen oder mehrere Test-Zeitpunkte zu vereinbaren. Der Test ist sehr genau.

Was kostet der HIV-Test?

Die Kosten für einen HIV-Test in einer Arztpraxis werden während der Schwangerschaft von den Krankenkassen übernommen. Wenn Sie einen Test anonym durchführen lassen wollen, kann dies mit geringen Kosten für Sie verbunden sein.

Wo bekomme ich weitere Informationen?

Für weitere Informationen können Sie sich an Ihre Ärztin, Ihren Arzt, an Ihr Gesundheitsamt oder die örtliche AIDS-Hilfe wenden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet unter der Nummer 01805 / 555 444 eine anonyme Telefonberatung an.

Über die Website der BZgA können Sie auch Beratungsstellen finden und sich anonym im Internet beraten lassen: www.aidsberatung.de

Quellen:

Chou R, Smits AK, Huffman LH, Fu R, Korthuis PT, US Preventive Services Task Force. Prenatal screening for HIV: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2005; 143: 38-54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15998754>

Chou R, Cantor A, Bougatsos C, Zakher B. Screening for HIV in pregnant women: systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK114880/pdf/TOC.pdf>.

Coutsoudis A, Dabis F, Fawzi W, Gaillard P et al. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: an individual patient data meta-analysis. *J Infect Dis* 2004; 189: 2154-2166. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15181561>

Deutsche AIDS-Gesellschaft (DAIG) u.a. S2k-Leitlinie: Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. September 2011. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/055-002.html>

Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM et al. A national review of vertical HIV transmission. *AIDS* 2012; 26(6): 757-763. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22210635>

Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford G, Read JS. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Sys Rev* 2009; (1): CD006734. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160297>

Read JS, Newell M-L. Efficacy and safety of cesarean delivery for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1. *Cochrane Database Sys Rev* 2005; (4): CD005479. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235405>

Robert Koch Institut (RKI). RKI-Ratgeber für Ärzte. Dezember 2013. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HIV_AIDS.html?nn=2374210

Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P, Sint TT. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Sys Rev* 2011; (7): CD003510. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21735394>

Sturt AS, Dokubo EK, Sint TT. Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women. *Cochrane Database Sys Rev* 2010; (3): CD008440. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238370>

World Health Organization (WHO) 2010: ANTIRETROVIRAL drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Recommendations for a public health approach - 2010 Version. HIV/Aids Programme; Strengthening health service to fight HIV/AIDS) http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf

Anlage V Versicherteninformation zu Basis-Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft

(zu § 2 Absatz 9 der Mutterschafts-Richtlinie)

Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten?

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
57	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Anlage V Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ult-raschalluntersuchungen angeboten? Vorschlag: Anlage V Ich bin schwanger. Warum werden allen schwangeren Frauen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten? Begründung: Silbentrennung von „Ultr-raschalluntersuchungen“ im Titel aufheben.“	Formatierung der Anlage entspricht nicht dem Druckerzeugnis	keine Anpassung

Viele Frauen und ihre Partner freuen sich bei einer Schwangerschaft auf die Ultraschalluntersuchungen. Die Bilder stärken oft die erste Beziehung zum heranwachsenden Kind. Doch das ist nicht der Grund, warum allen Schwangeren drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten werden. Die Untersuchungen haben vielmehr einen medizinischen Hintergrund: Mit ihrer Hilfe soll festgestellt werden, ob die Schwangerschaft normal verläuft und ob sich das Kind normal entwickelt. Das ist die Regel: Von 100 Schwangeren bringen 96 bis 98 ein gesundes Kind zur Welt. Manchmal zeigen sich beim Ultraschall aber Auffälligkeiten, die dann weitere Untersuchungen notwendig machen.

Dieses Merkblatt beschreibt die Basis-Ultraschalluntersuchungen auf die gesetzlich kranken-versicherte Frauen einen Anspruch haben. Diese Untersuchungen werden im Mutterpass mit dem englischen Begriff für Reihenuntersuchung als „Screening“ bezeichnet. Das Merkblatt erläutert auch, welche Fragen durch die Untersuchungen aufgeworfen werden können und was gegen die Untersuchungen sprechen kann. Wir hoffen, dass Ihnen diese Informationen beim Gespräch mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt helfen und die Entscheidung für oder gegen Ultraschalluntersuchungen erleichtern. Wenn Sie im Zusammenhang mit Ihrer Schwangerschaft Fragen haben, können Sie sich außerdem jederzeit an eine psychosoziale Beratungsstelle und Beratungsstellen für werdende Eltern wenden.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
58	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Anlage V Wir hoffen, dass Ihnen diese Informationen beim Gespräch mit Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt helfen [...]	KBV/GKV-SV: Die Versicherteninformationen der Mu-RL wurden nach aufwendiger qualitativer/quantitativer Nutzerinnentestung vom IQWIG erstellt.	KBV/GKV-SV: Keine Anpassung

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Vorschlag: Anlage V Wir hoffen, dass Ihnen diese Informationen beim Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt helfen [...]</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie „Ärztin/Arzt“ oder „Frauenärztin/Frauenarzt“.</p>	<p>Die vorgeschlagenen Änderungen werden nicht übernommen.</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>PatV: keine Anpassung</p>

Die wichtigsten Informationen dieses Merkblatts:

- Während einer unkomplizierten Schwangerschaft haben Sie Anspruch auf drei Basis-Ultraschalluntersuchungen, wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind.
- Mithilfe der Basis-Ultraschalluntersuchungen soll vor allem abgeschätzt werden, ob die Schwangerschaft und die Entwicklung des Kindes normal verlaufen.
- Direkte unerwünschte Wirkungen oder Risiken der Ultraschalluntersuchung selbst sind weder für die Schwangere noch für das Ungeborene bekannt.
- Ultraschalluntersuchungen können auch auf Auffälligkeiten hindeuten und schwierige Entscheidungen erforderlich machen.
- Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, Sie vor dem Ultraschall über die Vor- und Nachteile aufzuklären.
- Sie können auf Ultraschalluntersuchungen verzichten, ohne Gründe nennen zu müssen und ohne dass dies Folgen für den Versicherungsschutz hat.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
59	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Die wichtigsten Informationen dieses Merkblatts:</p> <p>Begründung: Einrücken der jeweils zweiten Zeile von Aufzählung 1 und 3“</p> <p>„Sie können auf Ultraschalluntersuchungen verzichten, ohne Gründe nennen zu müssen und ohne dass dies Folgen für den Versicherungsschutz hat.</p>	<p>Formatierung der Anlage entspricht nicht dem Druckerzeugnis.</p>	<p>keine Anpassung</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	Begründung: Optisch Leerzeichen zwischen „nennen“ und „zu“, daher gerne linksbündig ausrichten.“		

Was ist eine Ultraschalluntersuchung?

Mit einer Ultraschalluntersuchung (Sonografie) kann das Kind in der Gebärmutter sichtbar gemacht werden. Dazu werden Schallwellen verwendet, die nicht hörbar sind. Die Schallwellen werden von Gewebeschichten im Körper als Echo zurückgeworfen.

Für die Untersuchung trägt die Frauenärztin oder der Frauenarzt ein Gel auf den Bauch auf und bewegt den Schallkopf des Ultraschallgerätes darüber. Der Schallkopf sendet Schallwellen aus und empfängt auch ihre Echos. Diese werden vom Ultraschallgerät in ein Bild umgewandelt, das auf einem Bildschirm sichtbar wird. Bei der ersten Ultraschalluntersuchung kann auch eine sogenannte Vaginalsonde eingesetzt werden. Sie wird in die Scheide eingeführt und sendet von dort Schallwellen aus.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
60	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Für die Untersuchung trägt die Frauenärztin oder der Frauenarzt ein Gel auf den Bauch auf und bewegt den Schallkopf des Ultraschallgerätes darüber.</p> <p>Vorschlag: Für die Untersuchung trägt die Ärztin oder der Arzt ein Gel auf den Bauch auf und bewegt den Schallkopf des Ultraschallgerätes darüber</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie „Ärztin/Arzt“ oder „Frauenärztin/Frauenarzt““</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

Wann erhalte ich die Ergebnisse der Untersuchung und wer erfährt davon?

In der Regel teilt Ihnen Ihre Frauenärztin oder Ihr Frauenarzt die Ergebnisse während oder direkt nach der Untersuchung mit. Sie können mit Ihrer Frauenärztin

oder Ihrem Frauenarzt besprechen, ob Sie die Ultraschallbilder sehen wollen. Wenn Sie das Geschlecht des Kindes nicht erfahren möchten, sprechen Sie dies vor der Untersuchung an. Alle im Rahmen der Untersuchung erhobenen Befunde sind zu dokumentieren.

Ärztinnen, Ärzte und das Praxispersonal unterliegen der Schweigepflicht.

Welche Basis-Ultraschalluntersuchungen gibt es in der Schwangerschaft?

Wenn Sie gesetzlich krankenversichert sind und nicht als Risikoschwangere gelten, werden Ihnen drei Basis-Ultraschalluntersuchungen angeboten. Diese Untersuchungen liefern grundlegende Informationen über die Schwangerschaft, etwa wie groß das Ungeborene ist und wie es liegt. Die Frauenärztin oder der Frauenarzt schaut nach der Lage des Mutterkuchens (Plazenta) und der Fruchtwassermenge. Die Größe des Kindes wird gemessen und im Mutterpass in einer Wachstumskurve dokumentiert. Die Untersuchungsergebnisse können dabei helfen, die Geburt vorzubereiten.

Bei allen drei Ultraschalluntersuchungen wird überprüft,

- ob sich das Ungeborene altersgerecht entwickelt,
- ob es sich vielleicht um Mehrlinge handelt und
- ob es Hinweise auf Entwicklungsstörungen gibt.

Darüber hinaus wird bei den einzelnen Untersuchungen Folgendes untersucht:

9. bis 12. Schwangerschaftswoche: 1. Basis-Ultraschalluntersuchung

Der erste Basis-Ultraschall dient vor allem dazu, die Schwangerschaft zu bestätigen. Es wird geprüft, ob sich die befruchtete Eizelle in der Gebärmutter eingenistet und zu einem Embryo oder Fötus entwickelt hat. In den ersten Schwangerschaftswochen spricht man von einem Embryo, nach der 10. Woche von einem Fötus. Beim ersten Ultraschall können bereits die Körperlänge oder der Durchmesser des Kopfes gemessen werden. Die Ergebnisse helfen dabei, die Schwangerschaftswoche und den voraussichtlichen Geburtstermin zu schätzen. Die Frauenärztin oder der Frauenarzt kontrolliert auch, ob ein Herzschlag feststellbar ist und ob es sich um Mehrlinge handelt.

19. bis 22. Schwangerschaftswoche: 2. Basis-Ultraschalluntersuchung

Beim zweiten Ultraschall können Sie zwischen zwei Alternativen wählen, um eventuelle Auffälligkeiten zu erkennen:

- a) Einer „Basis-Ultraschalluntersuchung“
- b) Einer „erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung“

Wenn Sie sich für eine Basis-Ultraschalluntersuchung entscheiden, werden die Größe von Kopf und Bauch des Kindes sowie die Länge des Oberschenkelknochens gemessen. Außerdem wird die Position der Plazenta in der Gebärmutter beurteilt. Wenn die Plazenta besonders tief sitzt, können bei der weiteren Betreuung und für die Geburt besondere Vorkehrungen nötig werden.

Wenn Sie sich für einen erweiterten Basis-Ultraschall entscheiden, werden zusätzlich folgende Körperteile genauer untersucht:

- Kopf: Sind Kopf und Hirnkammern normal geformt? Ist das Kleinhirn sichtbar?
- Hals und Rücken: Sind sie gut entwickelt?
- Brustkorb: Wie ist das Größenverhältnis von Herz und Brustkorb? Ist das Herz auf der linken Seite sichtbar? Schlägt das Herz rhythmisch? Sind die vier Kammern des Herzens ausgebildet?

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
61	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Sind die vier Kammern des Herzens ausgebildet? Begründung: Optisch Leerzeichen zwischen „vier“ und „Kammern“, daher gerne linksbündig ausrichten.“	Formatierung der Anlage entspricht nicht dem Druckerzeugnis.	keine Anpassung

- Rumpf: Ist die vordere Bauchwand geschlossen? Sind Magen und Harnblase zu sehen?

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
62	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Sind Magen und Harnblase zu sehen? Begründung: Optisch Leerzeichen zwischen „Harnblase“ und „zu“, daher gerne linksbündig ausrichten.“	Formatierung der Anlage entspricht nicht dem Druckerzeugnis.	keine Anpassung

Auch der erweiterte Basis-Ultraschall wird in der Regel von Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt durchgeführt, wenn sie oder er eine entsprechende Wissensprüfung absolviert hat. Andernfalls ist eine Überweisung an eine andere Frauenarztpraxis nötig.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
63	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Andernfalls ist eine Überweisung an eine andere Frauenarztpraxis nötig. Vorschlag: Andernfalls ist eine Überweisung an eine andere gynäkologische Praxis nötig. Begründung: Gendern.“	KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58 PatV: Dank und Kenntnisnahme	KBV/GKV-SV: keine Anpassung PatV: keine Anpassung

29. bis 32. Schwangerschaftswoche: 3. Basis-Ultraschalluntersuchung

Beim dritten Basis-Ultraschall werden Kopf, Bauch und Oberschenkelknochen gemessen. Auch die Lage des Kindes und sein Herzschlag werden kontrolliert.

Sollte ein Ultraschall auf Auffälligkeiten hindeuten oder zu unklaren Ergebnissen führen, können diese durch weiterführende Untersuchungen abgeklärt werden. Welche zusätzlichen Untersuchungen infrage kommen, können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt besprechen.

Was gehört nicht zum Basis-Ultraschall?

Wenn es besondere medizinische Gründe gibt, übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen auch weitergehende Ultraschalluntersuchungen. Nicht zum Basis-Ultraschall gehört zum Beispiel der sogenannte Fein-Ultraschall (Organ-Ultraschall) durch besonders spezialisierte Frauenärztinnen und Frauenärzte. Er kann sinnvoll sein, wenn etwa eine Schwangerschaft als Risikoschwangerschaft eingeschätzt wird oder wenn andere Untersuchungen zu unklaren Ergebnissen geführt haben. Ein Fein-Ultraschall ist auch ohne medizinische Begründung möglich. Er ist dann aber eine individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), die selbst bezahlt werden muss. Auch alle weiteren Ultraschalluntersuchungen, die keinen konkreten medizinischen Anlass haben, müssen selbst bezahlt werden.

Untersuchungen, in denen gezielt nach Hinweisen auf genetisch bedingte Auffälligkeiten gesucht wird, unterliegen dem Gendiagnostikgesetz. Dazu gehört beispielsweise der Nacken-transparenz-Test, bei dem mittels Ultraschall nach Hinweisen zum Beispiel auf ein Down-Syndrom gesucht wird. Vor solchen Untersuchungen sind Ärztinnen und Ärzte zu einer besonderen Aufklärung und genetischen Beratung verpflichtet. Dabei geht es nicht nur um medizinische Fragen, sondern auch um psychische und soziale Belange, die im Zusammenhang mit der Untersuchung und ihren Ergebnissen von Bedeutung sein können.

Auch beim Basis-Ultraschall können Auffälligkeiten am Ungeborenen entdeckt werden, die verschiedene, auch genetische, Ursachen haben können. Ihre Ärztin oder Ihr Arzt muss Ihnen dann ebenfalls eine besondere Beratung anbieten.

Wie zuverlässig sind die Ergebnisse des Basis-Ultraschalls?

Bestimmte Entwicklungsstörungen des Kindes sind bei einem Basis-Ultraschall unmittelbar erkennbar. Bei anderen gesundheitlichen Problemen oder Fehlbildungen liefert die Untersuchung nur Hinweise auf Auffälligkeiten. Wieder andere Probleme und Entwicklungsstörungen lassen sich mit einer Ultraschalluntersuchung nicht erkennen.

Wie alle Untersuchungen können Ultraschalluntersuchungen zu falschen Ergebnissen führen. Dabei sind zwei Fehler möglich:

- 1) Der Ultraschall kann beispielsweise auf Entwicklungsstörungen hinweisen, obwohl sich das Kind normal entwickelt.
- 2) Das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung ist unauffällig, obwohl das Ungeborene gesundheitliche Probleme oder Fehlbildungen hat.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
64	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „2) Das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung ist unauffällig, obwohl das Ungeborene gesundheitliche Probleme oder Fehlbildungen hat.	KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58 PatV: Dank und Kenntnisnahme	KBV/GKV-SV: keine Anpassung PatV: keine Anpassung

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Vorschlag: 2) Das Ergebnis der Ultraschalluntersuchung ist unauffällig, obwohl das Kind gesundheitliche Probleme oder Fehlbildungen hat.</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Kind“, „Fetus“, „Ungeborene“ oder „Baby“</p>		

Wie häufig ein Ultraschall in Deutschland zu fehlerhaften Ergebnissen führt, lässt sich nicht genau sagen. Die Fehlerhäufigkeit hängt unter anderem davon ab, wie viel Fruchtwasser die Fruchtblase enthält, wie das Kind liegt und wie dick die Bauchwand der Schwangeren ist. Auch die Qualität des Ultraschallgeräts und die Qualifikation des Untersuchenden können das Ergebnis beeinflussen. Nach internationalen Zahlen muss etwa eine von 100 Schwangeren mit einem falschen Ergebnis rechnen.

Kann eine Ultraschalluntersuchung auch schaden?

Die bei den Basis-Ultraschalluntersuchungen verwendeten Schallwellen schaden nach jetzigem Stand des Wissens weder der Schwangeren noch dem Kind. Ein Ultraschall kann aber schaden, wenn er unklare Ergebnisse oder Auffälligkeiten zeigt. Dies kann Ängste oder Sorgen auslösen und dazu führen, dass zur Abklärung weitere Untersuchungen angeboten werden. Weitere Untersuchungen können aufwendig sein und ihrerseits manchmal schwerwiegende Auswirkungen haben und die werdenden Eltern stark belasten.

Auf der anderen Seite kann eine Ultraschalluntersuchung den Eindruck vermitteln, dass sich das Ungeborene normal entwickelt, obwohl es gesundheitliche Probleme hat. Dann gehen die werdenden Eltern fälschlicherweise davon aus, dass ihr Kind gesund ist. Falls sich dann nach der Geburt völlig unerwartet eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung oder Fehlbildung zeigt, kann das ein Schock sein.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
65	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Auf der anderen Seite kann eine Ultraschalluntersuchung den Eindruck vermitteln, dass sich das Ungeborene normal entwickelt, obwohl es gesundheitliche Probleme hat.“</p> <p>Vorschlag: Auf der anderen Seite kann eine Ultraschalluntersuchung den Eindruck vermitteln, dass sich das Kind normal entwickelt, obwohl es gesundheitliche Probleme hat.</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Kind“, „Fetus“, „Ungeborene“ oder „Baby““</p> <p>„Falls sich dann nach der Geburt völlig unerwartet eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung oder Fehlbildung zeigt, kann das ein Schock sein.</p> <p>Vorschlag: Falls sich dann nach der Geburt völlig unerwartet eine schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung oder Fehlbildung zeigt, kann das eine Bestürzung/Erschütterung sein.</p> <p>Begründung: Alternatives Wort wählen.“</p>	<p>Vorschlag nicht nachvollziehbar</p>	<p>keine Anpassung</p>

Zudem sind nicht alle Untersuchungsergebnisse eindeutig und nicht alle Probleme, die bei einer Ultraschalluntersuchung festgestellt werden können, sind behandelbar. Dies kann belasten, verunsichern und schwierige Entscheidungen erforderlich machen. Wenn es Hinweise gibt, dass das Ungeborene körperlich oder geistig beeinträchtigt sein könnte, kann sich zum Beispiel die Frage nach Abbruch oder Fortsetzung der Schwangerschaft stellen. Dies kann zu inneren Konflikten führen. Manche Frauen sagen im Nachhinein, sie hätten die Untersuchung nicht machen lassen, wenn sie die möglichen Folgen vorher bedacht hätten.

Wenn Sie sich Sorgen machen oder wegen weiterer Untersuchungen und möglicher Schritte unsicher sind, können Sie mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt und Beraterinnen und Beratern von verschiedenen Beratungsstellen sprechen.

Kann ich auf Ultraschalluntersuchungen verzichten?

Sie haben das Recht, auf alle oder einzelne Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft zu verzichten. Vielleicht möchten Sie nur wissen, ob sich Ihr Kind altersgemäß entwickelt, aber nicht, ob es Fehlbildungen hat. In diesem Fall wird die Ärztin oder der Arzt Sie bitten, Ihre Entscheidung durch Ihre Unterschrift zu bestätigen. Sie entbinden sie bzw. ihn dadurch von der Informationspflicht. Für sie oder ihn kann dies eine Entlastung sein, da sie oder er nicht mehr in jedem Fall dafür haftbar gemacht werden kann, wenn Sie über auffällige Untersuchungsergebnisse nicht informiert werden wollten. Oder Sie entscheiden sich ganz gegen Ultraschalluntersuchungen, weil Sie sich den damit verbundenen Unsicherheiten und möglichen Entscheidungsnöten nicht aussetzen möchten, zum Beispiel wenn für Sie feststeht,

dass Sie die Schwangerschaft in jedem Fall fortsetzen werden, ganz gleich wie sich ihr Kind entwickelt.

Auf der anderen Seite kann auch ein Verzicht auf Ultraschalluntersuchungen oder auf bestimmte Informationen Nachteile haben. So könnten Auffälligkeiten des ungeborenen Kindes unerkannt oder unbehandelt bleiben, obwohl eine Behandlung im Mutterleib vielleicht möglich gewesen wäre. Darüber hinaus könnten auch Befunde, die Ihre eigene Gesundheit betreffen, etwa zur Lage der Plazenta in der Gebärmutter, nicht erhoben werden. Bestimmte Untersuchungsergebnisse können auch dafür sprechen, sich während der weiteren Schwangerschaft und Geburt in einer spezialisierten Klinik oder Praxis betreuen zu lassen.

Eine Entscheidung gegen Ultraschalluntersuchungen hat keine Auswirkungen auf Ihren Krankenversicherungsschutz oder den Ihres Kindes.

Wie erleben andere schwangere Frauen Ultraschalluntersuchungen?

Einige Frauen benötigen Zeit, um herauszufinden, ob sie wirklich ein Kind haben möchten, und wollen die Ultraschallbilder nicht sehen. Viele Frauen freuen sich aber darauf, ihr Kind beim Ultraschall zum ersten Mal zu sehen. Oft nehmen Frauen ihren Partner oder eine andere nahestehende Person zur Untersuchung mit. Familie und Freunden ein Foto des ungeborenen Kindes zu zeigen, kann zudem eine Möglichkeit sein, andere an der Schwangerschaft teilhaben zu lassen. Bei aller Freude können Ultraschalluntersuchungen aber auch mit Ängsten, Aufregung oder Unsicherheit verbunden sein.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
66	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Oft nehmen Frauen ihren Partner oder eine andere nahestehende Person zur Untersuchung mit.“</p> <p>Vorschlag: Oft nehmen Frauen ihren Partner, Partnerin oder eine andere nahestehende Person zur Untersuchung mit.</p> <p>Begründung: Partnerinnen mit einschließen.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: notwendiges Gendern</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Einfügen von Partnerin</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

Was kostet eine Basis-Ultraschalluntersuchung?

Die Kosten für alle hier beschriebenen Basis-Ultraschalluntersuchungen werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Sie haben in jedem Schwangerschaftsdrittel (Trimenon) Anspruch auf eine Basis-Ultraschalluntersuchung. Im 2. Trimenon kann diese entweder als Basis-Ultraschalluntersuchung oder als erweiterte Basis-Ultraschalluntersuchung erfolgen.

Wo finde ich weitere Informationen?

Bei allen Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt können Sie sich an eine Schwangerschaftsberatungsstelle wenden. Der Anspruch auf Beratung umfasst auch die Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft. Die Beratung ist in der Regel kostenlos.

Hilfen zu Fragen rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt bieten auch viele andere Beratungsstellen für werdende Eltern. Adressen und weitere Informationen finden Sie auf der Website der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unter www.familienplanung.de. Dort finden Sie auch Adressen von Beratungsstellen in Ihrer Nähe.

Stand:

Juli 2013

Das Merkblatt ist eine Anlage der Mutterschafts-Richtlinie.

Herausgeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Wegelystraße 8

10623 Berlin

Telefon: 030 / 27 58 38 - 0

Telefax: 030 / 27 58 38 - 990

www.g-ba.de

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland, in dem seit 2004 auch Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter aktiv mitwirken.

Erstellung:

Dieses Merkblatt wurde im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.iqwig.de) entworfen, nachfolgend vom G-BA weiterbearbeitet und in der vorliegenden Fassung beschlossen.

Anlage VI Versicherteninformation zum Test auf Schwangerschaftsdiabetes (zu § 2 Absatz 12 der Mutterschafts-Richtlinie)

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
67	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Anlage VI: Versicherteninformation zum Test auf Schwangerschaftsdiabetes</p> <p>Vorschlag: Anlage VI: Versicherteninformation zum oralen Glukosetoleranztest (oGTT)</p> <p>Begründung: Konsistenz mit den Namen der Testverfahren und Akronymen (CTG) und (NIPT) in den Überschriften.“</p>	<p>KBV: Der vorgeschlagene Titel ist inhaltlich nicht korrekt: Der Test auf Schwangerschaftsdiabetes ist ein zweizeitiges Screening, das mit einem 50 g Zuckerbelastungstest / Vortest beginnt. Der alleinige 75g oGTT ist nicht Bestandteil der Mu-RL. Der 100g oGTT ist gar kein Bestandteil der Mu-RL.</p> <p>GKSV-SV: Dank und Kenntnisnahme</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV: keine Anpassung</p> <p>GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

Ich bin schwanger. Warum wird allen schwangeren Frauen ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?

Liebe Leserin,

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
68	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Liebe Leserin,</p> <p>Vorschlag: Liebe Leserin, Lieber Leser</p> <p>Begründung: Partner:innen mit einschließen.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: Dank und Kenntnisnahme</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

dieses Merkblatt erläutert, warum allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) angeboten wird. Sie erfahren unter anderem, wie der Test abläuft, welche Folgen ein Schwangerschaftsdiabetes haben kann und welche Behandlungsmöglichkeiten es gibt.

Die wichtigsten Informationen:

- Bei einem Schwangerschaftsdiabetes sind die Blutzuckerwerte erhöht. Damit nimmt das Risiko für bestimmte seltene Geburtskomplikationen etwas zu. Das Risiko kann aber meist schon durch eine Umstellung der Ernährung wieder normalisiert werden.
- Wenn Schwangerschaftsdiabetes festgestellt wird, eröffnet dies die Möglichkeit, selbst etwas dagegen zu tun.
- Die weitaus meisten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes haben eine ansonsten normale Schwangerschaft und bringen ein gesundes Kind zur Welt.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
69	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Die weitaus meisten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes [...]</p> <p>Vorschlag: Die weitaus meisten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes [...]</p> <p>Begründung: Sachlicher formulieren.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: unnötiges Wording</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Streichung von "weitaus"</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

- Schwangerschaftsdiabetes bedeutet nicht, dass Sie dauerhaft zuckerkrank sind (Diabetes Typ 1 oder Typ 2).

Sie haben Anspruch auf einen Test auf Schwangerschaftsdiabetes.

Sie haben selbstverständlich auch das Recht, diesen Test abzulehnen.

Was ist Schwangerschaftsdiabetes?

Bei den meisten Frauen bleiben die Blutzuckerwerte während der Schwangerschaft normal. Wenn der Blutzucker während der Schwangerschaft jedoch bestimmte Werte übersteigt, sprechen Fachleute von Schwangerschaftsdiabetes. Sehr hohe Blutzuckerwerte können ein Zeichen sein, dass eine Frau schon vor der Schwangerschaft einen Diabetes aufwies, ohne davon zu wissen. Diesen Frauen wird eine besondere Betreuung angeboten, über die Ärztinnen und Ärzte dann informieren.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
70	<p>Deutsche Hebammenwissenschaft für „[...] Fachleute von Schwangerschaftsdiabetes.</p> <p>Vorschlag: [...] Fachleute von Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes).</p> <p>Begründung: Fachbegriff ergänzen.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: Sinnvolle Ergänzung eines Synonyms</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung PatV: Einfügen des Synonyms</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

Erhöhte Blutzuckerwerte treten häufiger bei Frauen mit starkem Übergewicht, mit Verwandten mit Diabetes oder einem früheren Schwangerschaftsdiabetes auf. Vielleicht wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie schon zu Beginn der Schwangerschaft nach solchen Faktoren fragen und dann zu einem Test raten.

Welche Folgen kann ein Schwangerschaftsdiabetes haben und was ändert eine Behandlung?

Wohl jede Schwangere wünscht sich eine normale Schwangerschaft und Geburt. Wichtig ist deshalb zu wissen, dass sich auch bei den meisten Schwangeren mit Schwangerschaftsdiabetes das Kind ganz normal entwickelt. Es gibt jedoch Frauen, bei denen eine Behandlung Vorteile hat.

Kinder von Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes sind bei der Geburt im Durchschnitt etwas schwerer. Das allein ist aber kein Grund zur Beunruhigung. Bei größeren Kindern kommt es aber nach Austritt des Kopfes häufiger zu einer Verzögerung der Geburt.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
71	<p>Deutsche Hebammenwissenschaft für „Bei größeren Kindern kommt es aber nach Austritt des Kopfes häufiger zu einer Verzögerung der Geburt</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: inhaltliche Fragestellung kann nicht beantwortet werden</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	Vorschlag: Bei größeren Kindern kommt es aber nach Austritt des Kopfes selten zu einer Verzögerung der Geburt Begründung: Sachlicher formulieren.“		

Bei einer solchen „Schulterdystokie“ müssen Hebammen und Ärztinnen/Ärzte dann ohne Verzögerung reagieren, dabei kommt es manchmal zu Verletzungen bei Mutter oder Kind. Auch wenn die-se Verletzungen nur selten bleibende Folgen haben – Schulterdystokien sind seltener, wenn ein Schwangerschaftsdiabetes behandelt wird. In Studien zeigte sich: Während es ohne Behandlung bei 3 bis 4 von 100 Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes zu einer Schulterdystokie kam, war dies nach einer Behandlung nur bei 1 bis 2 von 100 Geburten der Fall.

Bei erhöhtem Blutzucker steigt zudem das Risiko für eine ebenfalls seltene Schwangerschaftserkrankung: die sogenannte Präeklampsie. Diese Schwangerschaftserkrankung geht mit einer erhöhten Eiweißausscheidung im Urin einher, der Blutdruck steigt, und es kommt zu Wassereinlagerungen im Körper. Ohne Behandlung kann eine Präeklampsie Mutter und Kind schaden. Dem kann eine Behandlung des Schwangerschaftsdiabetes nach heutigem Kenntnisstand vorbeugen.

Wie wird Schwangerschaftsdiabetes festgestellt?

Die beste Methode, einen Schwangerschaftsdiabetes festzustellen, ist ein Zuckertest (Glukosetoleranztest). Der Test misst, wie der Körper auf eine größere Menge Traubenzucker (Glukose) reagiert. Für die Mutter und das Baby bringt der Test keine Risiken mit sich, aber manche Frauen empfinden die süße Flüssigkeit als unangenehm.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
72	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Die beste Methode, einen Schwangerschaftsdiabetes festzustellen, ist ein Zuckertest (Glukosetoleranztest). Vorschlag: Die beste Methode, einen Schwangerschaftsdiabetes festzustellen, ist ein Zuckertest (oraler Glukosetoleranztest (oGTT)). Begründung: Offiziellen Name vom Testverfahren ergänzen.“	KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58 sowie Nr. 67 PatV: Dank und Kenntnisnahme	KBV/GKV-SV: keine Anpassung PatV: keine Anpassung

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>„Für die Mutter und das Baby bringt der Test keine Risiken mit sich, aber manche Frauen empfinden die süße Flüssigkeit als unangenehm.</p> <p>Vorschlag: Für die Mutter und das Kind bringt der Test keine Risiken mit sich, aber manche Frauen empfinden die süße Flüssigkeit als unangenehm.</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie entweder „Kind“, „Fetus“, „Ungeborene“ oder „Baby““</p>		

Der Zuckertest wird im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonat angeboten.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
73	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Der Zuckertest wird im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonat angeboten.</p> <p>Vorschlag: Der Zuckertest (oGTT) wird im 6. oder 7. Schwangerschaftsmonat (24+0 und 27+6 Schwangerschaftswoche) angeboten.</p> <p>Begründung: Relevanten Inhalt ergänzen. Fachterminus hinzufügen.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: Verdeutlichung der genauen SSW scheint sinnvoll</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: Ergänzung durch die Klammer</p> <p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

Wenn Sie sich dafür entscheiden, machen Sie zunächst einen Vortest, bei dem Sie ein Glas Wasser mit 50 Gramm Zucker trinken. Für diesen Vortest müssen Sie nicht nüchtern sein. Nach einer Stunde wird Ihnen Blut aus einer Armvene abgenommen

und die Höhe des Blutzuckers bestimmt. Liegt der Wert unter 7,5 Millimol pro Liter (mmol/l, das entspricht 135 mg/dl), ist das Ergebnis unauffällig und der Test beendet.

Wird im Vortest ein erhöhter Wert gefunden, ist das noch keine Diagnose. Der Vortest dient dazu, die Frauen zu erkennen, denen dann ein zweiter, entscheidender Zuckertest angeboten wird. Dieser zweite Test ist aufwändiger: Für diesen „Diagnosetest“ muss die Schwangere nüchtern sein, das heißt, mindestens acht Stunden nichts gegessen oder getrunken haben, nur Wasser ist erlaubt. Der Test beginnt damit, dass der Frau nüchtern Blut abgenommen wird. Erst dann trinkt sie eine Zuckerlösung mit 75 Gramm Glukose. Nach einer und nach zwei Stunden wird erneut Blut aus einer Armvene abgenommen. Wenn einer der drei folgenden Blutzuckerwerte erreicht oder überschritten ist, wird die Diagnose „Schwangerschaftsdiabetes“ gestellt:

Nüchtern: 5,1 mmol/l (92 mg/dl), nach einer Stunde: 10,0 mmol/l (180 mg/dl), nach zwei Stunden: 8,5 mmol/l (153 mg/dl).

Das Ergebnis wird im Mutterpass dokumentiert. Die Kosten beider Tests werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Wie kann ein Schwangerschaftsdiabetes behandelt werden?

Meist kann der erhöhte Blutzucker allein durch eine Umstellung der Ernährung und mehr Bewegung ausreichend gesenkt werden. Betroffene Frauen erhalten dazu eine spezielle Beratung. Nur wenige Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes haben so anhaltend hohe Zuckerwerte, dass sie Insulin spritzen sollten. Andere Diabetes-Medikamente sind für schwangere Frauen nicht zugelassen.

Nach der Geburt wird Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes ein erneuter Zuckertest angeboten, um sicher zu sein, dass sich die Blutzuckerwerte wieder normalisiert haben. Dann ist keine weitere Behandlung erforderlich. Allerdings entwickeln Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes später im Leben häufiger einen Diabetes Typ 2.

Der Umgang mit der Diagnose Schwangerschaftsdiabetes

Die Diagnose „Schwangerschaftsdiabetes“ kommt oft aus heiterem Himmel. Es sind ja keine Beschwerden spürbar. Die Sorge um das Wohlbefinden des Kindes und um die eigene Gesundheit kann dann die Schwangerschaft belasten. Auch die zur Behandlung gehörenden Umstellungen sind anfangs gewöhnungsbedürftig. Sie können aber schnell zu einem selbstverständlichen Teil des Alltags werden. Und es ist wichtig, eins nicht aus dem Blick zu verlieren: Auch mit Schwangerschaftsdiabetes kommen die allermeisten Kinder gesund zur Welt.

Stand:

Dezember 2011

Das Merkblatt ist eine Anlage der Mutterschafts-Richtlinie.

Herausgeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Wegelystraße 8

10623 Berlin

Telefon: 030/ 27 58 38 – 0

Telefax: 030 / 27 58 38 - 990

www.g-ba.de

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland, in dem seit 2004 auch Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter aktiv mitwirken.

Erstellung:

Dieses Merkblatt wurde im Auftrag des G-BA vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (www.iqwig.de) entwickelt.

Anlage VII Versicherteninformation zur Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
74	<p>Deutsche Hebammenwissenschaft für</p> <p>„Anlage VII: Versicherteninformation zur Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt</p> <p>Vorschlag: Anlage VII: Versicherteninformation zur Bestimmung des Rhesusfaktors in der Schwangerschaft</p> <p>Begründung: Konsistenz mit den anderen Überschriften, in denen einheitlich „in der Schwangerschaft“ verwendet wird.“</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: Einwand nicht nachvollziehbar</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

(zu § 4 Absatz 3 Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft)

Welchen Nutzen hat die Bestimmung des Rhesusfaktors vor der Geburt?

Ein Bluttest kann den Rhesusfaktor eines Kindes bereits während der Schwangerschaft bestimmen. Dies hilft zu erkennen, ob eine Anti-D-Prophylaxe für Rhesus-negative Frauen sinnvoll ist. Nachteile dieses vorgeburtlichen Tests sind nicht zu erwarten.

Der Rhesusfaktor RhD ist ein wichtiges Blutgruppenmerkmal. Er zeigt an, ob sich das Blut zweier Menschen verträgt, wenn es vermischt wird – wie zum Beispiel das Blut von Mutter und Kind bei der Geburt. Haben sie verschiedene Blutgruppenmerkmale, kann dies zu Problemen führen.

Ob sich das Blut von Mutter und Kind verträgt, hängt vom Blutgruppenmerkmal RhD ab, einem bestimmten Eiweißstoff auf der Oberfläche der roten Blutkörperchen. Er wird auch Antigen D genannt und findet sich bei den meisten Menschen; sie sind „rhesus-positiv“. Einigen Menschen fehlt er; sie sind „rhesus-negativ“. In Europa betrifft dies etwa 15 % der Bevölkerung.

Schwangerschaft bei negativem Rhesusfaktor D

Etwa 30 bis 40 % der Schwangeren mit negativem Rhesusfaktor erwartet ein rhesus-negatives Kind. Dann sind keine Probleme zu erwarten: Das Blut von Mutter und Kind verträgt sich.

Erwartet eine rhesus-negative Frau aber ein rhesus-positives Kind, kann das mütterliche Blut Abwehrstoffe (Anti-D-Antikörper) gegen den Rhesusfaktor des Kindes bilden. Das kann passieren, wenn sich das kindliche Blut mit dem der Mutter mischt – zum Beispiel bei der Geburt durch kleine Verletzungen des Mutterkuchens (Plazenta) oder der Nabelschnur. Auch während der Schwangerschaft kann es zu einer Vermischung kommen, entweder ohne äußere Einwirkung oder durch Eingriffe wie etwa eine Fruchtwasseruntersuchung.

Anti-D-Antikörper schaden dem Kind normalerweise nicht, wenn eine Frau zum ersten Mal schwanger ist. Wird sie aber erneut schwanger und erwartet wieder ein rhesus-positives Kind, können die Antikörper dessen Entwicklung beeinträchtigen. Die sogenannte Anti-D-Prophylaxe soll dies vermeiden: Dabei bekommen rhesus-negative Schwangere eine Spritze mit Anti-D-Immunglobulinen. Sie können meistens verhindern, dass Abwehrstoffe gebildet werden. **Die Anti-D-Immunglobuline werden aus menschlichem Spenderblut gewonnen. Das Übertragungsrisiko für Infektionen ist sehr gering, aber nicht vollständig ausgeschlossen.**

Bisherige Anti-D-Prophylaxe in Deutschland

In der Mutterschafts-Richtlinie ist die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt festgelegt. Zu den Vorsorgeuntersuchungen für schwangere Frauen gehört beispielsweise eine Blutuntersuchung, um ihren Rhesusfaktor zu bestimmen. Stellt sich heraus, dass eine schwangere Frau rhesus-negatives Blut hat, erhält sie eine Anti-D-Prophylaxe. Ob das Kind aber rhesus-positives oder rhesus-negatives Blut hat, ist zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht bekannt. **Ob sich die Blutgruppen von Kind und Mutter vertragen, weiß man ohne den Einsatz des hier beschriebenen Tests aus mütterlichem Blut erst nach der Geburt. Denn die Blutgruppe des Kindes wird bislang erst nach der Geburt aus dem Nabelschnurblut bestimmt.** Dann verfährt man derzeit so: Ist das Kind rhesus-positiv, erhält die Mutter innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt eine weitere Spritze mit Anti-D-Immunglobulinen. Diese zweite Dosis soll bereits übergetretene Blutkörperchen des Kindes im Blut der Mutter rasch abbauen und so die Bildung von Antikörpern verhindern. Bei dem bisherigen Vorgehen erhalten etwa 30 bis 40 % aller rhesus-negativen Schwangeren eine unnötige Anti-D-Prophylaxe. Denn nur, wenn sie ein rhesus-positives Kind erwarten, bildet ihr Blut Antikörper – und nur dann kann eine Anti-D-Prophylaxe überhaupt Vorteile haben.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
75	Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft „Ist das Kind rhesus-positiv, erhält die Mutter innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt eine weitere Spritze mit Anti-D-Immunglobulinen.“	KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58 sowie Nr. 41 PatV: Verwendung von medizinischen Terminus erscheint sinnvoll	KBV/GKV-SV: keine Anpassung PatV: Ersetzung durch Injektion

Nr	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Vorschlag: Ist das Kind rhesus-positiv, erhält die Mutter innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt eine weitere Injektion mit Anti-D-Immunglobulinen.</p> <p>Begründung: Konsistente Verwendung der Terminologie „injizieren“ oder „applizieren“</p>		<p>Im Ergebnis der Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen verständigt sich der G-BA darauf, dass die von der PatV befürworteten inhaltlichen Änderungen gesondert beraten werden.</p>

Anti-D-Prophylaxe mit Pränataltest

Seit einigen Jahren ist ein nichtinvasiver Pränataltest verfügbar, der den Rhesusfaktor des Kindes bereits vor der Geburt bestimmt. Der Pränataltest soll vermeiden, dass rhesus-negative Frauen eine unnötige Anti-D-Gabe während der Schwangerschaft erhalten: Sie bekommen die Spritze nur dann, wenn der Test ergibt, dass das Kind rhesus-positives Blut hat. Für den Pränataltest wird eine Blutprobe der schwangeren Frau benötigt. Das mütterliche Blut enthält Erbmateriale des Kindes, das sich zur Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors eignet.

Zuverlässigkeit des Tests

Nach aktuellen Erkenntnissen kann der Test den Rhesusfaktor des ungeborenen Kindes zuverlässig bestimmen. Bei Mehrlingsschwangerschaften hat sich der Test noch nicht als ausreichend zuverlässig erwiesen, sodass er in dieser Situation nicht empfohlen werden kann.

Unmittelbar nach der Geburt wird der Rhesusfaktor jedes Kindes einer Mutter mit Rhesus-negativem Blut bestimmt, um bei einem seltenen falsch negativen Testergebnis eine Anti-D-Prophylaxe nach der Geburt sicherzustellen.

Vor- und Nachteile des Tests

Die aktuellen Erkenntnisse sprechen dafür, dass der Test weder für Schwangere noch für ihre Kinder erkennbare Nachteile hat. Das Ergebnis des Tests kann Schwangeren mit rhesus-negativem Blut, die ein rhesus-negatives Kind erwarten, eine Anti-D-Prophylaxe ersparen.

Beratung und Aufklärung

Da es sich um eine Untersuchung am Erbmateriale Ihres Kindes handelt, wird Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie nach den gesetzlichen Vorschriften beraten und aufklären. Ihre schriftliche Einwilligung zur Untersuchung und zur Dokumentation des Testergebnisses im Mutterpass ist erforderlich.

Quellen

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Nicht invasive Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zur Vermeidung einer mütterlichen

Rhesussensibilisierung: Abschlussbericht; Auftrag D16-01. 20. März 2018. (IQWiG-Berichte; Band 607). https://www.iqwig.de/download/D16-01_Bestimmung-fetaler-Rhesusfaktor_Abschlussbericht_V1-0.pdf.

Anlage VIII Versicherteninformation zum nicht-invasiven Pränataltest (NIPT) auf Trisomie 13, 18 und 21

(zu § 3 Absatz 3 Nummer 5: Untersuchungen an fetaler DNA aus mütterlichem Blut zur Frage des Vorliegens einer Trisomie 13, 18 oder 21 | Nicht-invasiver Pränataltest – NIPT-Trisomie 13,18,21)

Bluttest auf Trisomien – Der nicht invasive Pränataltest (NIPT) auf Trisomie 13, 18 und 21 – Eine Versicherteninformation

Worum geht es?

Liebe Leserin, lieber Leser,

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat mit Ihnen über einen „nicht invasiven Pränataltest“ (NIPT) gesprochen. Der NIPT ist ein Bluttest auf die Trisomien 13, 18 und 21. Diese Trisomien sind seltene genetische Veränderungen, die die körperliche und geistige Entwicklung unterschiedlich beeinflussen. Am bekanntesten ist die Trisomie 21 (Down-Syndrom).

Der NIPT gehört nicht zu den allgemein empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft. Er wird nur dann von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt, wenn Sie und Ihre Ärztin oder Ihr Arzt gemeinsam entschieden haben, dass der Test für Sie sinnvoll ist. Das hängt vor allem von Ihrer persönlichen Situation ab.

Wichtig ist: Falls der Test für Sie infrage kommt, muss Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Sie vorher ausführlich aufklären und zu den möglichen Konsequenzen beraten.

Diese Broschüre soll über den Test informieren und die Beratung unterstützen.

Inhaltsverzeichnis

Vorgeburtliche Untersuchungen

Aufklärung und Beratung

Was sind Trisomien?

Was ist ein NIPT?

Was bedeuten die Testergebnisse?

Wie zuverlässig ist ein NIPT?

Wie entscheiden?

Weitere Informationen

Vorgeburtliche Untersuchungen – ja oder nein?

Alle vorgeburtlichen Untersuchungen sind **freiwillig** – das heißt, Sie können eine angebotene Untersuchung oder einen Test jederzeit ohne Begründung ablehnen. Ihr Recht auf Nichtwissen ist so wichtig, dass Sie niemand zu einer Untersuchung drängen darf.

Vorgeburtliche Untersuchungen können weitreichende Folgen haben. Bevor Sie sich für oder gegen einen NIPT auf Trisomie 13, 18 und 21 entscheiden, ist es wichtig, dass Sie sich über folgende Fragen Gedanken machen und **rechtzeitig gut beraten lassen**:

- Möchten Sie überhaupt erfahren, ob Ihr ungeborenes Kind eine Trisomie hat?
- Was würden Sie bei einem auffälligen Ergebnis tun:
 - Würden Sie das Kind auf jeden Fall bekommen?
 - Oder würde ein Schwangerschaftsabbruch für Sie infrage kommen?

- Was wissen Sie über Kinder mit einer Trisomie?
- Benötigen Sie weitere Informationen?

Welche Aufklärung und Beratung gibt es?

- Die ärztliche Aufklärung und Beratung: Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, über die Ziele, die Aussagekraft und die möglichen Folgen einer Untersuchung aufzuklären und zu beraten. Wenn es um genetische Untersuchungen geht, dürfen nur Ärztinnen und Ärzte die Beratung übernehmen, die dafür eine Berechtigung erworben haben. Das kann Ihre Frauenärztin oder Ihr Frauenarzt sein, eine Praxis oder ein Institut für Pränataldiagnostik oder Humangenetik.
- Die psychosoziale Beratung: Sie wird vor allem von Schwangerschaftsberatungsstellen angeboten. Sie werden dort persönlich, online oder telefonisch beraten (auf Wunsch auch anonym). Die Beratung kann bei der Entscheidung für oder gegen einen Test helfen, aber auch beim Umgang mit einem auffälligen Ergebnis. Außerdem können Sie dort Erwartungen und Sorgen besprechen, die mit Ihrer Schwangerschaft verbunden sind. In der manchmal belastenden Wartezeit auf ein Testergebnis kann sie ebenfalls unterstützen.

Ärztinnen und Ärzte sind vor genetischen Untersuchungen und nach einem auffälligen Befund verpflichtet, auf den Anspruch einer genetischen und psychosozialen Beratung hinzuweisen. Auf Wunsch müssen sie konkrete Kontakte zu Schwangerschaftsberatungsstellen vermitteln. Sie nennen auch Kontaktadressen von Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden.

Was sind Trisomien?

Bei Trisomien sind bestimmte Chromosomen in den Zellen des Kindes dreifach statt zweifach vorhanden. Dies verändert die Entwicklung des Kindes schon im Mutterleib. Folgende Trisomien können durch vorgeburtliche Untersuchungen erkannt werden:

Trisomie 21 (Down-Syndrom)

Kinder mit Down-Syndrom entwickeln sich ganz unterschiedlich. Sie sind von ihrer Persönlichkeit her genauso vielfältig wie andere Kinder. Auch wenn sie bestimmte körperliche Merkmale haben und sich meist langsamer entwickeln: Oft haben sie nur leichte Beeinträchtigungen und können vieles, das andere auch können. Einige leben als Erwachsene weitgehend selbstständig. Andere sind stärker beeinträchtigt und brauchen mehr Unterstützung. Viele werden 60 Jahre und älter. Wie sich ein Kind mit Down-Syndrom entwickeln wird, lässt sich vor der Geburt nicht feststellen.

Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)

Kinder mit Trisomie 18 haben Fehlbildungen am Kopf, am Körper und an den inneren Organen. Diese sind häufig im Ultraschall erkennbar. Fast alle Kinder haben einen schweren Herzfehler. Sie sind geistig stark behindert. Die meisten Kinder sterben noch im Mutterleib oder in den ersten Tagen nach der Geburt. Etwa 10 % der lebend Geborenen können bis zu fünf Jahre oder älter werden. Dies gilt aber in erster Linie für Kinder mit leichteren Fehlbildungen.

Trisomie 13 (Patau-Syndrom)

Diese Kinder haben verschiedene, fast immer schwere körperliche Fehlbildungen, die sich auch im Ultraschallbild zeigen. Typisch sind Veränderungen des Herzens und des Gehirns, viele haben eine Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte. Hinzu kommt eine starke geistige Behinderung. Ihre Lebenserwartung ist ähnlich wie die von Kindern mit einer Trisomie 18.

Was bedeutet ein Kind mit einer Trisomie für das Familienleben?

Diese Frage lässt sich nicht allgemein beantworten, denn jede Familie macht ihre ganz eigenen Erfahrungen. Es hängt davon ab, wie gut ein Kind und seine Familie unterstützt wird und wie es gelingt, das gemeinsame Leben zu gestalten. Auch die Art der Trisomie spielt eine Rolle.

Kinder mit einem Down-Syndrom brauchen besondere Unterstützung – manche mehr, andere weniger. Viele entwickeln sich gut und sind oft sehr zugewandte, fröhliche und zufriedene Menschen. Die meisten Kinder mit Down-Syndrom erlernen Alltagsfähigkeiten wie Lesen und Schreiben. Viele Eltern berichten von einem ziemlich normalen und erfüllten Leben mit ihren Kindern. Natürlich bringt es auch eigene Herausforderungen mit sich.

Neben einer frühzeitigen Förderung ist wie bei allen Kindern die Bindung zur Familie und anderen Menschen sehr wichtig. Den meisten Eltern gelingt es, mit den Anforderungen gut umzugehen. Dabei können verschiedene Unterstützungsangebote helfen, beispielsweise Frühförderstellen, Beratungsstellen, Wohlfahrts- und Elternverbände und sozialpädiatrische Zentren. Die Krankenkassen und andere Träger finanzieren verschiedene Unterstützungsleistungen.

Kinder mit einer Trisomie 13 oder 18 benötigen immer umfassende Hilfen. Ihre Familien haben oft nur wenige gemeinsame Tage, selten auch Monate oder Jahre mit dem Kind. Auch in dieser Situation kann ein bereicherndes gemeinsames Leben gelingen.

Wie häufig sind Trisomien?

Die folgende Tabelle zeigt, dass Trisomien bei Schwangeren in jedem Alter selten sind. Die Häufigkeit nimmt mit dem Alter aber zu. Die häufigste Trisomie ist das Down-Syndrom (Trisomie 21).

Alter der Schwangeren	Zahl der Trisomien pro 10 000 Schwangerschaften		
	Down-Syndrom	Trisomie 18	Trisomie 13
20 – 24 Jahre	8 von 10 000	2 von 10 000	1 von 10 000
25 – 29 Jahre	10 von 10 000	2 von 10 000	1 von 10 000
30 – 34 Jahre	17 von 10 000	3 von 10 000	2 von 10 000
35 – 39 Jahre	52 von 10 000	10 von 10 000	4 von 10 000
über 40 Jahre	163 von 10 000	41 von 10 000	10 von 10 000

Wie häufig sind Trisomien?

Trisomien sind in jedem Alter selten. Deshalb sind die Angaben zur Häufigkeit auf 10 000 Frauen bezogen. Die folgende Grafik soll das veranschaulichen.

[Hier schließt sich in der Internet-Version der Mutterschafts-Richtlinie eine Graphik zur Veranschaulichung des Textes zum Abschnitt „Wie häufig sind Trisomien?“ mit folgendem Erklärungstext an:

Diese Punkte entsprechen 10 000 schwangeren Frauen.

Beispiel:

Etwa 17 von 10 000 Schwangeren zwischen

30 und 34 Jahren erwarten ein Kind mit einem Down-Syndrom.]

Was ist ein nicht invasiver Pränataltest (NIPT)?

Mit einem nicht invasiven Pränataltest (NIPT) lässt sich kindliches Erbgut (die DNA) aus der Plazenta (Mutterkuchen) untersuchen. Da für den Test kein Eingriff in die Gebärmutter nötig ist, wird er „nicht invasiv“ (nicht eingreifend) genannt. Beim NIPT besteht kein Risiko einer Fehlgeburt.

Für den Test wird Blut aus der Armvene einer Schwangeren entnommen. Ihr Blut enthält etwa ab der 10. Woche so viel Erbgut des ungeborenen Kindes, dass es im Labor untersucht werden kann.

Das Testergebnis liegt meist innerhalb von einer Woche vor. Es wird von der Ärztin oder dem Arzt in einem Gespräch mitgeteilt.

Wichtig ist: Mit einem NIPT werden nur einzelne genetische Veränderungen untersucht. Ob das ungeborene Kind insgesamt gesund ist, kann der Test nicht erkennen.

Es ist auch möglich, vorher abzusprechen, sich nur bestimmte Ergebnisse eines NIPT mitteilen zu lassen: zum Beispiel nur das Ergebnis zu den Trisomien 13 und 18, aber nicht zum Down-Syndrom.

Wann wird der NIPT von den Krankenkassen übernommen?

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für einen NIPT auf Trisomie 13, 18 und 21. Dieser Test ist keine Routineuntersuchung. Die Kosten werden übernommen,

- wenn sich aus anderen Untersuchungen ein **Hinweis auf eine Trisomie** ergeben hat oder
- wenn eine Frau gemeinsam mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu der Überzeugung kommt, dass der Test in ihrer **persönlichen Situation** notwendig ist.

Nr.	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
76	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Die Kosten werden übernommen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn sich aus anderen Untersuchungen ein Hinweis auf eine Trisomie ergeben hat oder <p>Vorschlag: Die Kosten werden jedoch übernommen,</p>	<p>KBV/GKV-SV: Siehe Nr. 58</p> <p>PatV: inhaltlicher Einwand</p>	<p>KBV/GKV-SV: keine Anpassung</p> <p>PatV: keine Anpassung</p>

Nr	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<ul style="list-style-type: none"> wenn sich aus anderen Untersuchungen ein Hinweis auf eine Trisomie ergeben hat oder <p>Begründung: Widerspruch mit vorherigem Satz aufheben.“</p>		

Diese Situation kann entstehen, wenn die Möglichkeit einer Trisomie eine Frau so stark belastet, dass sie dies abklären lassen möchte.

Ein Hinweis auf eine Trisomie kann sich zum Beispiel durch die normalen Vorsorgeuntersuchungen oder das sogenannte Ersttrimester-Screening (ETS) ergeben, das manche Frauenärztinnen und -ärzte zwischen der 12. und 14. Woche anbieten. Das ETS besteht aus einer Ultraschalluntersuchung und der Bestimmung bestimmter Blutwerte der Mutter. Dies kann Hinweise auf Trisomien und andere Auffälligkeiten ergeben. Ein ETS kann eine Trisomie aber nicht sicher feststellen, sondern nur eine Wahrscheinlichkeit errechnen. Ein ETS wird in der Regel nicht von den Krankenkassen bezahlt und kostet zwischen 150 und 250 Euro.

Was bedeutet das Ergebnis des NIPT?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt wird Sie über das Testergebnis informieren und darüber aufklären, was daraus folgt. Die folgenden drei Ergebnisse sind möglich.

„Der Test kann nicht ausgewertet werden“

Der NIPT lässt sich manchmal nicht auswerten, weil die Blutprobe zu wenig Erbgut des ungeborenen Kindes enthält. Bei etwa 2 bis 6 von 100 Schwangeren ist das **Ergebnis nicht eindeutig**. Dann kann der NIPT etwas später wiederholt werden. Unter Umständen schlägt die Ärztin oder der Arzt auch direkt eine Fruchtwasseruntersuchung vor.

„Der Test ist unauffällig“

Dieses **Ergebnis ist sehr zuverlässig**. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass das Ungeborene eine Trisomie hat. Zur Abklärung einer Trisomie sind dann **keine weiteren Untersuchungen** wie eine Fruchtwasseruntersuchung nötig.

„Der Test ist auffällig“

Dieses **Ergebnis ist ein starker Hinweis** auf eine Trisomie. Dennoch kommt es vor, dass das Ergebnis des NIPT falsch ist, das Kind also doch keine Trisomie hat. So ist es möglich, dass nur in einem Teil der Zellen der Plazenta eine Trisomie vorliegt. Zur **Abklärung** ist dann zum Beispiel eine Fruchtwasseruntersuchung nötig.

Wie wird ein auffälliges NIPT-Ergebnis abgeklärt?

Ein auffälliges Testergebnis kann nur durch einen Eingriff sicher bestätigt oder widerlegt werden, bei dem das Erbgut des Kindes untersucht wird. Dazu gibt es zwei Möglichkeiten:

- **Entnahme von Gewebe aus der Plazenta (Chorionzottenbiopsie):** möglich ab der 12. Schwangerschaftswoche. Das Gewebe wird im Labor untersucht. Ein vorläufiger Befund liegt nach etwa zwei Tagen vor, das endgültige Ergebnis nach zwei bis drei Wochen.

- **Entnahme von Fruchtwasser (Amniozentese):** möglich ab etwa der 16. Woche. Das Ergebnis liegt nach etwa zwei Wochen vor. Es gibt einen Schnelltest, der nach ein bis zwei Tagen ein Ergebnis liefert. Er muss aber meist selbst bezahlt werden.

Bei beiden Untersuchungen führt die Ärztin oder der Arzt unter Ultraschallkontrolle eine dünne Nadel durch die Bauchdecke in die Gebärmutter ein. Eine Betäubung ist meist nicht notwendig.

Der Eingriff selbst ist körperlich wenig belastend. Einige Stunden bis Tage kann ein leichtes Ziehen im Unterleib zu spüren sein.

Schwerwiegender ist aber, dass **etwa 1 bis 4 von 1000 Frauen** durch den Eingriff eine **Fehlgeburt** haben. Deshalb versucht man, diese eingreifenden Untersuchungen möglichst zu vermeiden.

Wie zuverlässig ist ein NIPT?

Grundsätzlich ist ein NIPT zwar genau, trotzdem kommt es auch zu falschen Ergebnissen. Deshalb kann der Test keine sichere Diagnose einer Trisomie stellen.

Bei einem NIPT können **zwei Fehler** passieren:

- **Eine Trisomie wird übersehen.** Beim Down-Syndrom passiert das bei weniger als 1 von 10 000 Untersuchungen.
- **Der NIPT ist auffällig, das Ungeborene hat aber in Wirklichkeit keine Trisomie.** Das wird falscher Verdachtsbefund genannt. Dazu kommt es beim Down-Syndrom in etwa 5 von 10 000 Untersuchungen.

Bei Trisomie 13 und 18 passieren solche Fehler häufiger als beim Down-Syndrom.

Das **Beispiel zum Down-Syndrom** auf der folgenden Seite zeigt:

- Bei den allermeisten Frauen ist der NIPT unauffällig.
- Auch wenn der NIPT ein auffälliges Ergebnis zeigt, heißt es nicht, dass das Ungeborene tatsächlich eine Trisomie hat. Es kann auch ein falscher Verdachtsbefund sein.
- Um das auszuschließen, ist es nötig, einen auffälligen NIPT-Befund durch einen Eingriff weiter abklären zu lassen.

Zuverlässigkeit: Beispiel Down-Syndrom

Das Verhältnis von richtigen zu falschen Befunden hängt davon ab, wie wahrscheinlich eine Trisomie ist. Diese Wahrscheinlichkeit hängt unter anderem vom Alter ab.

Stellen Sie sich eine Gruppe von **10 000 Schwangeren** vor, von denen **10** ein Ungeborenes mit einem Down-Syndrom haben. Wenn alle diese Frauen ein auswertbares Ergebnis erhalten, ergibt sich Folgendes:

10 000 Frauen erhalten ein Testergebnis

- Bei 15 Frauen ist der Test auffällig
 - 10 Frauen haben tatsächlich ein Kind mit einem Down-Syndrom
 - 5 Frauen haben kein Kind mit einem Down-Syndrom, obwohl der Test auffällig war

Mit anderen Worten: In diesem Beispiel ist **jedes dritte auffällige Ergebnis falsch** (bei 5 von 15 Frauen).

Vor einer Untersuchung - wie entscheiden?

Die Entscheidung für oder gegen eine Untersuchung wie den NIPT kann schwerfallen. Manche Frauen oder Paare fühlen sich gedrängt, schnell zu entscheiden, ob sie einen Test machen wollen. Es ist jedoch genug Zeit, sich umfassend **ärztlich oder psychosozial beraten** zu lassen. Eine Frau hat zudem das gesetzliche Recht, allein zu entscheiden.

Viele entscheiden sich **für vorgeburtliche Untersuchungen**, weil sie so weit wie möglich sichergehen möchten, dass ihr Kind keine größere Beeinträchtigung hat. Ein unauffälliges Ergebnis kann Sorgen nehmen. Auf der anderen Seite können Untersuchungen aber auch verunsichern. Zudem bieten sie **keine** „Garantie“: Nicht alles kann während der Schwangerschaft erkannt oder ausgeschlossen werden.

Andere entscheiden sich von vornherein **gegen bestimmte vorgeburtliche Untersuchungen**, wie etwa auf Trisomien. Ein Grund kann sein, dass sie das Kind so annehmen möchten, wie es ist. Ein Schwangerschaftsabbruch kommt für sie nicht infrage.

Nicht alle, die sich für solche Untersuchungen entscheiden, möchten die Schwangerschaft später abbrechen. Ein Testergebnis kann auch Anlass sein, sich auf ein Kind mit Trisomie einzustellen und sich vorzubereiten. Zudem kann es immer sein, dass man seine Einstellung während der Schwangerschaft ändert.

Was, wenn eine Trisomie festgestellt wird?

Durch eine Abklärungsuntersuchung kann sich ein Hinweis auf eine Trisomie bestätigen. Dann stellt sich für einige Frauen oder Paare die Frage, ob sie die Schwangerschaft fort-führen oder abbrechen. Sie fühlen sich häufig unter Druck, vor der 12. Woche entscheiden zu müssen. Zeitdruck gibt es bei einer Trisomie aber nicht: Ein Abbruch ist auch nach der 12. Woche möglich. Es ist also genug Zeit, um sich psychosozial beraten zu lassen, mit Familie, Freundinnen und Freunden darüber zu sprechen und zu einer passenden Entscheidung zu kommen.

Zudem besteht die Möglichkeit, Kinder oder Erwachsene mit Down-Syndrom zu treffen oder sich mit den Eltern auszutauschen. Ärztinnen und Ärzte können Adressen von Selbsthilfegruppen nennen, die dann einen Kontakt vermitteln.

Viele Kinder mit den Trisomien 13 und 18 leben nach der Geburt nur eine kurze Zeit. Es gibt Frauen und Paare, die ihr Kind trotzdem zur Welt bringen möchten. Sie möchten nicht „bestimmen“, wann das Kind aus dem Leben tritt. Eine solche Geburt wird medizinisch und psychologisch begleitet und „palliative Geburt“ genannt. Sie gibt Eltern die Möglichkeit, ihr Kind kennenzulernen und sich von ihm zu verabschieden.

Weitere Informationen

Diese Broschüre kann nicht alle Fragen zum NIPT beantworten. Sie soll die Beratung durch Ihre Ärztin oder Ihren Arzt oder eine Beratungsstelle unterstützen. Im Gendiagnostik- und im Schwangerschaftskonfliktgesetz ist beschrieben, welche Rechte auf Aufklärung und Beratung Sie haben.

Informationen dazu und zu weiteren Fragen finden Sie hier:

- **www.familienplanung.de**: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) informiert über viele Themen rund um Schwangerschaft und Geburt, und auch zum Thema Schwangerschaftsabbruch. Das BZgA-Portal bietet zudem eine Suche nach Schwangerschaftsberatungsstellen.
- **www.kindergesundheit-info.de**: Diese Internetseite der BZgA informiert über das Leben mit Kindern. Teil des Angebots ist ein „Wegweiser für Familien mit einem behinderten oder chronisch kranken Kind“.

- **www.familienratgeber.de:** Der Ratgeber der Aktion Mensch enthält Informationen, Rat und Adressen für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige.

Informationen zu Trisomien finden Sie unter anderem auf diesen Seiten:

- www.ds-infocenter.de: Deutsches Down-Syndrom InfoCenter
- www.down-syndrom.org: Arbeitskreis Down-Syndrom Deutschland e. V.
- www.leona-ev.de: Familienselbsthilfe bei seltenen Chromosomenveränderungen (wie Trisomie 13 und 18)

Standarduntersuchungen	Zusätzliche Untersuchungen
<p>9.-12. Woche: Ultraschall</p> <p>Hinzu kommen weitere Untersuchungen wie das Abtasten des Bauches und Blutentnahmen.</p> <p>Standarduntersuchungen sollen abschätzen, ob die Schwangerschaft und die Entwicklung des Kindes normal verlaufen.</p> <p>19.-22. Woche: Ultraschall</p> <p>29.-32. Woche: Ultraschall</p>	<p>Ab 10. Woche:</p> <p>Nicht invasiver Pränataltest (NIPT)</p> <p>Kann einen Hinweis auf eine Trisomie geben.</p> <p><input type="checkbox"/> Seite 10</p> <p>Ab 12. Woche: Entnahme von Gewebe aus der Plazenta (Chorionzottenbiopsie)</p> <p><input type="checkbox"/> Seite 13</p> <p>Ab 16. Woche: Entnahme von Fruchtwasser (Amniozentese)</p> <p><input type="checkbox"/> Seite 13</p> <p>Dienen zur Abklärung eines Verdachts auf Trisomien oder anderer Auffälligkeiten.</p>
<p>Es gibt weitere Untersuchungen, die in der Regel selbst bezahlt werden müssen. Dazu gehört beispielsweise das Ersttrimester-Screening (ETS). Dies kann Hinweise auf verschiedene Auffälligkeiten geben, auch auf Trisomien.</p>	

Welche Fragen haben Sie?

Hier können Sie Ihre Fragen notieren:

Platz für Ihre Fragen

Quellen

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
Versicherteninformation zur Pränataldiagnostik. Abschlussbericht; Auftrag P17-01.
2020

Weitere Informationen:

www.gesundheitsinformation.de/praenataldiagnostik

Nr	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
77	<p>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</p> <p>„Alle Versicherteninformationen Uneinheitliche Verwendung von Textpassagen in bold</p> <p>Vorschlag: Einheitliche Verwendung von Textpassagen in bold bei z.B. Überschriften und relevanten Textpassagen</p> <p>Begründung: Konsistenz.“</p>	<p>Layout der Druckerzeugnisse entspricht nicht dem der Anlagen der Mu-RL.</p>	<p>keine Anpassung</p>

II. Die Anlage 3 (Mutterpass) wird wie folgt geändert:

1. Auf der vorderen Innenseite werden vor dem Wort „Arzt“ die Wörter „Ärztin oder“ vorangestellt.
2. Auf der vorderen Innenseite wird das Wort „Arbeitgeber“ durch das Wort „Arbeitgebende“ ersetzt.
3. Auf der vorderen Innenseite werden den Wörtern „zu jeder ärztlichen Untersuchung“ die Wörter
4. „zu jeder Vorsorgeuntersuchung sowie“ vorangestellt und das Wort „Entbindung“ durch die Wörter „Geburt, Nachsorge“ ersetzt.
5. Auf der vorderen Innenseite wird der Spiegelstrich „ - Beraten Sie sich mit Ihrem Arzt und befolgen sie seine Ratschläge!“ wie folgt geändert:
„ - Beraten Sie sich mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt oder ihrer Hebamme.“
6. Auf der hinteren Innenseite wird das Wort „Entbindung“ durch das Wort „Geburt“ ersetzt.
7. Auf der hinteren Innenseite werden die Wörter „beim Kinderarzt oder Hausarzt“ durch die Wörter „bei der Kinderärztin/ dem Kinderarzt oder der Hausärztin/ dem Hausarzt“ ersetzt.

8. Auf der hinteren Umschlagseite werden den Wörtern „zu jeder ärztlichen Untersuchung“ die Wörter „zu jeder Vorsorgeuntersuchung sowie“ vorangestellt und das Wort „Entbindung“ durch das Wort „Geburt“ ersetzt.
 9. Den Wörtern „des Arztes“ werden jeweils die Wörter „der Ärztin oder“ vorangestellt.
 10. Auf Seite 2 und Seite 18 werden jeweils die Wörter „den behandelnden Arzt nicht von seiner“ durch die Wörter „die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt nicht von ihrer oder seiner“ ersetzt.
 11. Auf Seite 3 und Seite 19 wird jeweils die Angabe „Abschnitt C Nr. 1 der Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Angabe „§ 4 Absatz 2 der Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt.
 12. Auf Seite 6 und Seite 22 wird die Angabe „Placenta-Insuffizienz“ durch die Angabe „Plazenta-Insuffizienz“ ersetzt.
 13. Auf Seite 6 und Seite 22 wird nach der Angabe „140/90“ die Angabe „mmHg“ angefügt.
 14. Das Wort „Entbindungstermin“ wird jeweils durch das Wort „Geburtstermin“ ersetzt.
 15. Das Wort „Entbindungsklinik“ wird jeweils durch das Wort „Geburtsklinik“ ersetzt.
 16. Auf Seite 9 und Seite 25 wird das Wort „Cardiotokographische“ durch das Wort „Kardiotokografische“ ersetzt.
 17. Auf Seite 12 und Seite 28 werden die Wörter „Anlage 1 b zu den Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Wörter „Anlage I b zu der Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt.
 18. Dem Wort „Untersucher“ werden jeweils die Wörter „Untersucherin oder“ vorangestellt.
 19. Auf Seite 14 und Seite 30 werden die Wörter „Anlage 1 c zu den Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Wörter „Anlage I c zu der Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt.
 20. Das Wort „Dopplersonographische“ wird jeweils durch das Wort „Dopplersonografische“ ersetzt.
 21. Auf Seite 14 und Seite 30 werden die Wörter „Anlage 1 d zu den Mutterschafts-Richtlinien“ durch die Wörter „Anlage I d zu der Mutterschafts-Richtlinie“ ersetzt.
 22. Das Wort „Entbindung“ wird jeweils durch das Wort „Geburt“ ersetzt.
 23. Das Wort „Entbindungen“ wird jeweils durch das Wort „Geburten“ ersetzt.
 24. Das Wort „entbunden“ wird jeweils durch das Wort „geboren“ ersetzt.
- III. Die Neufassung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Nr	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
78	<p>Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe</p> <p>„Die DGPFG hat keine Einwände - nein sie begrüßt die formale Überarbeitung der Mutterschafts- Richtlinien.“</p>	Dank und Kenntnisnahme.	Keine Anpassung
79	<p>Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe</p> <p>„Antrag der DGGG e.V. auf Änderung der Mu-RL zu §7 Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin</p> <p>Betr.: § 7 Untersuchung und Beratung der Wöchnerin Absatz (3) (2. Nachuntersuchung nach der Geburt)</p> <p>Unter § 7 Absatz (3) sollte Ausschluss bzw. Feststellung einer Harninkontinenz und gegebenenfalls Induktion einer Therapie als neue Felder aufgenommen werden. (s. Anlage)</p> <p>Begründung:</p> <p>Bei der 6 bis 8 Wochen nach der Geburt durchgeführten Mutterschaftsnachsorge besteht ein Versorgungsdefizit. Etwa ein Drittel aller Frauen leiden an Inkontinenz oder Prolapsbeschwerden (1). In der Regel haben diese ihre Ursachen Schwangerschaft und Geburt. Eine früh eingeleitete Diagnostik und Therapie ist in den allermeisten Fällen einfach durchführbar und kann Beckenbodenprobleme dieser Frauen erheblich vermindern (2). Bisher erfolgt meistens keine Diagnostik und Therapie.</p> <p>(1) Über die Prävalenz der Harninkontinenz post partum gibt es zahlreiche Untersuchungen. Die größte wurde in Norwegen mit über 15.000 Frauen durchgeführt (Hunskar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section, New England Journal of</p>	Die vorgeschlagenen inhaltlichen Änderungen der Mu-RL und ihrer Anlage 3 (Mutterpass) können nicht im Zuge der formalen Überarbeitung der Mu-RL umgesetzt werden. Die zuständigen Gremien des G-BA werden den Sachverhalt jedoch prüfen und ggf. im Zuge eines gesonderten Beratungsverfahrens über eine entsprechende Änderung der Mu-RL beraten.	Keine Anpassung

Nr	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
	<p>Medicine 2014, 348(10):9009). Eine aktuelle holländische Studie wies nach, dass 12 Monate post partum die Inzidenz der Inkontinenz höher liegt als direkt post partum.) Heidi F. A. Moosdorff-Steinhauser et al International Urogynecology Journal volume 32, 1675–1693 (2021))</p> <p>(2) Die Therapie der Harninkontinenz wird in den 2 S Leitlinien Harninkontinenz der Frau sowie in mehreren Lehrbüchern ausführlich dargestellt. Eine aktuelle Studie aus Deutschland, die im Deutschen Ärzteblatt beschrieben wurde (Beckenboden-REhabilitations-Studie: BREST; Rainer Lange, Elham Tabibi, Thomas Hitschold, Sören Lange, Gert Naumann; Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.. 32. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. German Medical Science GMS Publishing House; 2021. Doc65) zeigte eine hohe Erfolgsrate bei einer frühzeitigen konservativen Therapie.</p> <p>Die gezielte Frage nach Beckenbodenfunktionsstörungen 6-8 Wochen nach Entbindung erfolgt bislang nur freiwillig und führt häufig zur Nichterkennung bzw. Nichtbehandlung der betroffenen Frauen. Die Abfrage nach einer Inkontinenz und einer geplanten/eingeleiteten Therapie stärkt die Versorgungsqualität unserer Patientinnen nach Entbindung.</p> <p>Bisheriger Mutterpass:</p>		

Nr	Stellungnehmer	Würdigung der Stellungnahme	vorgenommene Anpassung
----	----------------	-----------------------------	------------------------

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynök. Befund unauffällig ja nein ja %

RPR /

Mutter stillt hat nicht gestillt hat abgestillt

Kind: U 3 durchgeführt ja nein ja nein

lebt und ist gesund ja nein ja nein

ist lt. U 3 behandlungsbedürftig ja nein ja nein

ist verstorben am

Untersuchungsdatum _____ Unterschrift/Stampel _____

Änderungsvorschlag:

Besonderheiten im Wochenbett _____

gynök. Befund unauffällig ja nein ja %

RPR /

Mutter stillt hat nicht gestillt hat abgestillt

Kind: U 3 durchgeführt ja nein ja nein

lebt und ist gesund ja nein ja nein

ist lt. U 3 behandlungsbedürftig ja nein ja nein

ist verstorben am

Untersuchungsdatum _____ Unterschrift/Stampel _____

16

”

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Mutterschafts-Richtli- nien: Formale Überarbeitung

vom 24. August 2023

Vorsitzende:	Frau Dr. Lelgemann
Beginn:	10:59 Uhr
Ende:	11:12 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutscher Hebammenverband
Frau Ramsell

Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
Frau Peters
Frau Lahmann

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Herr Dr. Naumann

Beginn der Anhörung: 10:59 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Ich begrüße Sie zu unserem Unterausschuss! Wir starten heute mit einer mündlichen Anhörung, und zwar zu:

Mutterschafts-Richtlinien: Formale Überarbeitung

Zu der mündlichen Anhörung sind uns Vertreterinnen und Vertreter von drei Organisationen gemeldet, und zwar vom Deutschen Hebammenverband Frau Ramsell, schönen guten Morgen! – Dann für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft Frau Peters und Frau Lahmann, schönen guten Morgen! – Und für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Herr Dr. Naumann, einen schönen guten Morgen!

Einige Vorbemerkungen: Wir bedanken uns für die eingegangenen schriftlichen Stellungnahmen, die wir gelesen und gewürdigt haben. Es ist also im Rahmen dieser Anhörung nicht notwendig, alles noch einmal zu wiederholen. Noch einmal: Es handelt sich um formale Änderungen unserer Mutterschafts-Richtlinie.

Uns sind – insbesondere von der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft – viele weitere Anregungen zugegangen, die wir zur Kenntnis genommen haben, die aber nicht Gegenstand der heutigen Anhörung und des momentanen Beschlussverfahrens sind. Von daher bitte ich darum, diesen Teil heute nicht in den Vordergrund zu stellen, denn es liegt schriftlich vor. Wir werden das nicht ignorieren, aber es ist nicht Gegenstand der heutigen Anhörung und es ist nicht Gegenstand des jetzigen Beschlussverfahrens. Das ist meine Bitte und ich denke, ich spreche da auch im Namen der Mitglieder des Unterausschusses.

Ansonsten: Wir erstellen von dieser Anhörung eine Aufzeichnung und davon ein Wortprotokoll, dieses wird dann Bestandteil der tragenden Gründe sein. – Nun erteile ich Frau Ramsell für den Deutschen Hebammenverband das Wort. Bitte, Frau Ramsell, Sie haben das Wort.

Frau Ramsell (DHV): Herzlichen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme seitens des Deutschen Hebammenverbandes. – Uns ist bewusst, dass es sich um eine formale, eine redaktionelle Überarbeitung handelt. Uns ist wichtig, dass „Geburtsklinik“ durch „Geburtsort“ ersetzt wird, weil es eben alle Geburtsorte umfasst, die der Wahlmöglichkeit der Frauen in Deutschland entsprechen, und nicht nur jene der klinischen Geburtshilfe.

Des Weiteren bitten wir dringend um eine deklaratorische Ergänzung, die besagt, dass die Hebammenhilfe nach § 24d SGB V nicht Gegenstand dieser Richtlinie ist. Es geht nicht um eine Veränderung der Mutterschafts-Richtlinie, sondern um eine Klarstellung, weil nach der Streichung des Passus „der Delegation an die Hebamme“ die irrtümliche Meinung in Fachkreisen herrscht, dass Hebammen jetzt gar keine Schwangerenvorsorge mehr durchführen dürfen, und dies auch so von den Verbänden der Ärzte kolportiert wird. Da gibt es ein großes Missverständnis, nämlich dass die Mutterschafts-Richtlinie ohne die Delegation an Hebammen, ohne diese Formulierung, die Hebammen völlig ausschließt. Dass diese Richtlinie gar nicht die Hebammenhilfe zum Gegenstand hat, ist da nicht wirklich bekannt. Deswegen würde es uns sehr helfen, wenn deklaratorisch dieser Satz noch aufgenommen würde. – Herzlichen Dank.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Frau Ramsell. – Wir sind so ein bisschen in Sorge. Ich meine, wir sind ja dem Wunsch der Hebammen entgegengekommen und haben versucht, durch diese Streichung zu einer Klärung beizutragen. Jetzt müssen wir die Streichung erklären, damit es keine Missverständnisse gibt. Wir haben etwas Sorge, dass wir da in einen never ending Kreislauf kommen. Von daher: Wir haben das gehört und werden das überdenken. Vielen Dank für Ihren Kommentar dazu. – Frau Peters für die Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft.

Frau Peters (DGHWi): Wir möchten noch einmal formulieren, dass wir die vorgeschlagenen Änderungen sehr begrüßen, insbesondere im Hinblick auf die Verständlichkeit für Nutzer und eine nutzerorientierte Sprache. Wir bitten darum, das auch weiterhin durchgängig zu beachten innerhalb der Mutterschafts-Richtlinie, auch über die vorgeschlagenen Änderungen hinaus. Und wir unterstützen die Aussagen, die der Deutsche Hebammenverband durch Frau Ramsell aufgeworfen hat, wir sehen da leider auch aktuell Probleme in der Praxis.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Frau Lahmann.

Frau Lahmann (DGHWi): Ja, auch wir möchten gern anregen, ob es möglich ist, das Ganze noch einmal im Hinblick auf leichte Sprache zu überarbeiten, da wir Zielgruppen haben, die sich etwas schwertun mit dem Verständnis der Sprache.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Okay. Ich hätte dazu einige Rückfragen, aber jetzt übergebe ich erst einmal an Herrn Dr. Naumann für die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

Herr Dr. Naumann (DGGG): Wir haben eine kleine formale Bitte bei der Änderung des Mutterpasses, der sich in den letzten 50 Jahren grundlegend in vielen Dingen präpartal, intrapartal geändert hat und antiquiert ist, und zwar der Teil den Ärzte zur Dokumentation zum Wochenbett nach 6 Wochen nutzen. Hier existiert in einem vielseitigen Mutterpass ein einziges Feld zum Ankreuzen: „Gynäkologischer Status OB: Ja/Nein“. Wir wissen, dass es in der Oberprävalenz 30 % an geburts-hilflichen Problemen nachher noch bei einigen Spontanentbindungen gibt. Dies wird so nicht abgefragt, wenn nicht notwendig. Wir sehen hier ein klares Versorgungsdefizit und bitten um eine formale Ergänzung von zwei weiteren Ankreuzformulierungen: „Herrscht eine Inkontinenz vor?“ sowie „Wird eine Behandlung eingeleitet oder gewünscht?“. – Das motiviert unsere Kollegen, wenn sie hierzu gefragt werden, das zu beantworten, es mit dem Patienten zu klären, und würde unsere Sachlage deutlich verbessern.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Dr. Naumann, für den Hinweis, das haben wir aufgenommen. – Gibt es Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses an unsere zugeschalteten Expertinnen und Experten? – Dann eine kurze Bemerkung von mir: Natürlich sollten unsere Richtlinien verständlich sein. Wobei: Diese Richtlinien richten sich ja nicht an medizinische Laien. Also das ist ja keine Patienteninformation in dem Sinne oder Information für Versicherte. Selbstverständlich nehmen wir auf, dass wir uns verständlich ausdrücken sollten, darum bemühen wir uns immer. Aber es handelt sich ja doch um ein Dokument, das eben nicht für Verbraucherinnen und Verbraucher gedacht ist. – Bitte, eine Frage der PatV.

PatV: Vielen Dank. Ich habe eine Frage an Frau Lahmann, Frau Peters und Frau Ramsell. Sie haben moniert, dass wir mit der Streichung des Delegationsbezugs eine Verschlimmbesserung in der Praxis gemacht haben. Ist das jetzt Ihre Vermutung, Ihre Befürchtung, oder gibt es dazu schon faktische Erfahrungen, die wir hier in die weitere Beratung einspeisen könnten? Also ist diese Sorge schon durch konkrete Erfahrungen gestärkt, oder ist das eher eine Vermutung und Analyse Ihrerseits?

Frau Ramsell (DHV): Herzlichen Dank für die Frage. Wir haben uns gar nicht vorgestellt, dass die Streichung des Delegationsvorbehalts diese Folge haben kann. Das ist tatsächlich eine konkrete Information, die an die niedergelassenen Gynäkologen geht, von ihrem Berufsverband zum Teil, dass eine kooperative Schwangerenvorsorge mit Hebammen durch die Streichung des Passus „Delegation“ nicht mehr möglich ist. Das haben wir uns natürlich nicht vorgestellt, als wir angeregt haben, „Delegation“ zu streichen. Deshalb ist uns da eine Richtigstellung wichtig, denn die Informationen aus dem Berufsverband besagen ganz klar, dass eine kooperative Schwangerenvorsorge nicht mehr machbar ist bzw. eine Vorsorge durch die Hebamme, was diese Richtlinie ja gar nicht zum Inhalt hat. Dass das diese Folgen hat, haben wir uns nicht ausmalen können. Deshalb ist die Klarstellung so wichtig. Das ist keine Vermutung unsererseits – leider –, sondern Realität.

Frau Dr. Lelgemann (Vorsitzende): Vielen Dank. – Wobei vielleicht auch ein Schreiben des Berufsverbandes hierbei klärende Wirkung haben könnte, aber natürlich nehmen wir Ihre

Anregungen auf. – Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis des Unterausschusses? – Das ist nicht der Fall. Dann bedanke ich mich ganz herzlich für Ihre Stellungnahmen, für Ihre Teilnahme an dieser kurzen mündlichen Anhörung zu den formalen Aspekten. Die zusätzlichen Punkte werden wir weiter prüfen. Ich wünsche allen einen schönen Tag! – Und an die Mitglieder des Unterausschusses richte ich die Bitte, sich mit dem neuen Link für die Hauptsitzung einzuwählen. – Vielen Dank, machen Sie es gut!

Schluss der Anhörung: 11:12 Uhr