

schaften vor. Davon entfallen rund die Hälfte auf die Mißbildungsform des Anenzephalus, die im Rahmen des ersten nach den Mutterschafts-Richtlinien vorgesehenen Ultraschall-Screenings zwischen der 16. und 20. Schwangerschaftswoche erkannt werden kann. Die andere Hälfte des Vorkommens offener Neuralrohrdefekte betrifft die Spina bifida aperta, die somit in der Bundesrepublik Deutschland ebenfalls eine Inzidenz von etwa einem Fall auf 1000 Schwangerschaften aufweist. Dies bedeutet in bezug auf das Bundesgebiet, daß bei einer Geburtenzahl von jährlich etwa 600 000 mit rund 600 derart mißgebildeten Feten pro Jahr gerechnet werden muß. Aufgrund der derzeitigen Möglichkeiten in der Mutterschaftsvorsorge ist davon auszugehen, daß die Mißbildungsform der Spina bifida aperta im Rahmen des ersten Ultraschall-Screenings in der 16. bis 20. Schwangerschaftswoche nicht erkannt wird.

Mit der Untersuchung auf Alpha-Fetoprotein im Serum der Mutter steht ein Testverfahren zur Verfügung, das in bezug auf die Erkennung von Feten mit Spina bifida aperta eine Sensitivität von ca. 70 Prozent und eine Spezifität von rund 98 Prozent aufweist. Aufgrund der Inzidenz der Spina bifida aperta in der Bundesrepublik von rund 1 Prozent aller Schwangerschaften und einer Spezifität des AFP-Tests von lediglich 98 Prozent müßte aufgrund eines generellen AFP-Screenings mit jährlich rund 12 000 falsch positiven Ergebnissen gerechnet werden. Der daraus resultierende Vorhersagewert von ca. 3 Prozent bedeutet, daß von 100 Verdachtsfällen aufgrund eines positiven Testergebnisses im AFP-Screening nur drei Schwangere im Rahmen der weiterführenden Diagnostik tatsächlich die Gewißheit über ein mißgebildetes Kind erhalten, während demgegenüber 97 Schwangere zunächst unnötigerweise verunsichert würden. Ferner ist davon auszugehen, daß bei einem großen Teil der 12 000 Schwangeren mit falsch positivem Testergebnis eine Amniozentese durchgeführt würde. Dies beinhaltet, neben der körperlichen Belastung für die Schwangeren, die – wenn auch nur sehr geringe – Gefahr eines iatrogenen Aborts aufgrund eines falsch positiven Testergebnisses. Im übrigen führt auch die Bestätigung eines positiven Testergebnisses in den meisten Fällen zur Empfehlung eines Schwangerschaftsabbruchs, da eine intrauterine Behandlung von Feten mit Spina bifida aperta derzeit nicht möglich ist und die häufig schwer geschä-

digten Kinder zumeist relativ kurz nach der Geburt versterben.

Schließlich kann als erwiesen angesehen werden, daß die Aussagekraft einer AFP-Untersuchung in hohem Maße abhängig ist von der richtigen Bestimmung des tatsächlichen Gestationsalters sowie von der exakten Laboranalytik in entsprechend ausgestatteten Laboratorien. Angesichts der häufig bestehenden Unsicherheit hinsichtlich des Gestationsalters und der dezentralen Durchführung der AFP-Untersuchungen ist zu befürchten, daß unter Screening-Bedingungen noch mehr als 12 000 falsch positive Testergebnisse resultieren könnten. Offensichtlich hat der Bundesausschuß aus den genannten Gründen in der Vergangenheit von der Einführung eines generellen AFP-Screenings auf Neuralrohrdefekte abgesehen. Die Beratungen sollten dann wieder aufgenommen werden, wenn sich in der Einschätzung der beschriebenen Probleme wesentliche Änderungen ergeben, die im Ergebnis für die Einführung eines Screening-Angebots sprechen. Dar-

über hinaus bleibt die Möglichkeit, aufgrund anamnestischer (z. B. familiärer Belastung) oder klinischer Hinweise gezielte Bestimmungen des Alpha-Fetoproteins durchzuführen. Von dieser Möglichkeit wird offensichtlich zunehmend Gebrauch gemacht, wie die im Jahr 1989 zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen bundesweit durchgeführten 113 200 AFP-Bestimmungen in der Mutterschaftsvorsorge nahelegen. Dabei mag zusätzlich eine Rolle spielen, daß sich Alpha-Fetoprotein auch im Zusammenhang mit der Diagnostik der Trisomie 21 (Morbus Down) als zunehmend interessanter Parameter erweist. Auch dieser Aspekt der AFP-Bestimmung sollte daher vom Bundesausschuß weiter sorgfältig beobachtet werden.

Anschrift der Verfasser:

Dr. med. Erhard Effer
Dr. med. Lothar Krimmel
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Vertragsabteilung
Herbert-Lewin-Str. 3
5000 Köln 41

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Änderung der Mutterschafts-Richtlinien

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 22. Juni 1990 beschlossen, die Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Neufassung vom 10. Dezember 1985 und der geänderten Fassung vom 9. November 1989 wie folgt zu ändern:

1. In Abschnitt B. erhält Nummer 4. Buchstabe b) folgende Fassung:

„b) tokographische Untersuchungen vor der 28. Schwangerschaftswoche bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit oder bei medikamentöser Wehenhemmung“.

Die bisherigen Buchstaben b) bis e) erhalten die Bezeichnung c) bis f).

2. In Abschnitt C. erhält die Nummer 2. folgende Fassung:

„2. Ein weiterer Antikörpersuchtest ist (bei Rh-positiven Schwangeren) in der 24. bis 29. Schwangerschaftswoche durchzuführen. Bei Rh-negativen Schwangeren ist der weitere Antikör-

persuchtest in der 28. oder 29. Schwangerschaftswoche durchzuführen. Bei diesen Schwangeren soll unmittelbar im Anschluß an die Blutentnahme für diesen Antikörpersuchtest Anti-D-Immunglobulin injiziert werden, um möglichst bis zur Geburt eine Sensibilisierung der Schwangeren zu verhindern. Das Datum der präpartalen Anti-D-Prophylaxe ist im Mutterpaß zu vermerken.“

3. In Anlage 2 zu den Mutterschafts-Richtlinien erhält Buchstabe A. folgende Fassung:

„A. Indikationen zur erstmaligen CTG

– in der 26. und 27. Schwangerschaftswoche

Drohende Frühgeburt

– ab der 28. Schwangerschaftswoche

a) Auskultatorisch festgestellte Herztonalterationen

b) Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit.“

Die vorstehenden Änderungen treten am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesarbeitsblatt in Kraft.

Köln, den 22. Juni 1990

