

Generelles Screening auf Hepatitis B in der Schwangerschaft

Gegenstand der nunmehr vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschlossenen und nachstehend angeführten Änderung der Mutterschafts-Richtlinien ist die Durchführung des Screening auf Hepatitis B bei sämtlichen Schwangeren. Nach den bisher gültigen Richtlinien war die Untersuchung auf HBsAg (Hepatitis B surface antigen) nur bei solchen Schwangeren durchzuführen, die in bezug auf das Infektionsrisiko mit Hepatitis B einem besonders gefährdeten Personenkreis angehören. Die als infektionsgefährdet geltenden Risikogruppen waren in der Anlage 4 zu den Richtlinien im einzelnen angeführt.

Zur Vorgeschichte

Im Deutschen Ärzteblatt Heft 37/1990 wurde über neue Aspekte in der gesetzlichen Mutterschaftsvorsorge berichtet. In diesem Rahmen wurde auf die damals diskutierten Fragen im Zusammenhang mit der Mutterschaftsvorsorge und dabei auch auf die Indikationen zur Untersuchung auf HBsAg in der Schwangerschaft eingegangen. Schon damals wurde darauf hingewiesen, daß eine möglichst vollständige Erfassung der HBsAg-positiven Schwangeren die Voraussetzung ist für die Vermeidung des Auftretens von Hepatitis B bei Säuglingen. Der Gefährdung von Neugeborenen durch die perinatale Infektion kann wirksam begegnet werden durch die Verabfolgung eines kombinierten aktivpassiven Immunschutzes gegen Hepatitis B bei allen von HBsAg-positiven Müttern entbundenen Kindern. Eine entsprechende Bestimmung findet sich bereits im Abschnitt C. Nr. 3 der Richtlinien.

Risikogruppen

Da die Mehrzahl dieser Schwangeren bestimmten Risikogruppen zugeordnet werden können, wurde in den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen festgelegt, daß die Untersuchung auf HBsAg nach der 32. Schwangerschaftswoche (möglichst nahe am Geburtstermin) nur bei solchen Schwangeren durchzuführen ist, die in bezug auf das Infektionsrisiko mit Hepatitis B einem besonders gefähr-

deten Personenkreis (Risikogruppe) angehören. Nach damaligen Schätzungen konnten mehr als 100 000 Schwangere (von 600 000 pro Jahr) den neun in der Anlage 4 zu den Mutterschafts-Richtlinien aufgeführten Risikogruppen zugeordnet werden. Angesichts der Zahl der zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechneten Untersuchungen auf HBsAg in der Schwangerschaft ist jedoch davon auszugehen, daß auf diese Weise nur ein kleiner Teil der HBsAg-positiven Schwangeren erfaßt werden kann. Aus diesem Grunde wurde auf die Bedeutung der Durchführung der HBsAg-Untersuchung bei allen Angehörigen von Risikogruppen durch die mit der Betreuung von Schwangeren befaßten Ärzte hingewiesen.

Schon damals wurde Kritik an der Begrenzung der HBsAg-Untersuchungen auf Angehörige von Risikogruppen geübt, da in Anbetracht der Schwierigkeiten bei der Zuordnung zu Risikogruppen die Erkennung HBsAg-positiver Schwangerer unnötig erschwert wird. Darüber hinaus ist auch die nicht unbedeutende Zahl von HBsAg-positiven Schwangeren außerhalb der bekannten Risikogruppen zu berücksichtigen. Bis zur Einführung eines mehrfach diskutierten generellen Screening auf HBsAg bei Schwangeren im dritten Trimenon wurde zunächst von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine flexiblere Handhabung des Indikationskatalogs nach den Mutterschafts-Richtlinien empfohlen.

Aktuelle Konsequenzen

Aufgrund der in den letzten Jahren festgestellten unzureichenden Wirksamkeit dieser selektiven Maßnahme, mit der HBV-infizierte Schwangere nicht ausreichend erfaßt werden und die somit nicht zu einer deutlichen Senkung der Häufigkeit von Hepatitis B-Virusinfektionen bei Neugeborenen geführt hat, wurde in zunehmendem Maße die Notwendigkeit eines Screening auf HBsAg bei allen Schwangeren propagiert.

Der Arbeitsausschuß Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen hat sich daher nunmehr erneut mit der Frage eines generellen Screening auf Hepatitis B in der

Schwangerschaft befaßt. Dabei wurden insbesondere die folgenden Feststellungen als maßgeblich angesehen für die Notwendigkeit, die HBsAg-Untersuchung nicht nur auf Schwangere aus sogenannten Risikogruppen zu beschränken:

▷ Die Häufigkeit von Hepatitis B-Virus (HBV)-Dauerträgern in der deutschen Bevölkerung beträgt – regional unterschiedlich – 0,3-0,8 Prozent; bei den in Deutschland lebenden Ausländern (vor allem aus Osteuropa und den Mittelmeerländern) liegt der Anteil chronisch HBV-Infizierter etwa 10fach höher. Im Jahr 1991 wurden etwa 12 Prozent der in Deutschland registrierten Neugeborenen von Ausländerinnen geboren, die überwiegend aus diesen Gebieten stammen.

▷ Aus der vorgenannten Häufigkeit ergibt sich, daß bei etwa 800 000 Geburten pro Jahr mindestens 2 500–6 500 Kinder von HBV-infizierten Müttern geboren werden. In Abhängigkeit vom Ausmaß der Virämie bei den Schwangeren liegt ein Infektionsrisiko für Kinder von HBsAg-positiven Müttern bei 10–90 Prozent der Schwangerschaften vor. Mindestens 90 Prozent dieser Infektionen bei Neugeborenen gehen in eine chronische HBV-Infektion über. Es treten also mindestens 750–1 500 chronische HBV-Infektionen bei Neugeborenen in Deutschland auf. Etwa ein Viertel dieser perinatal infizierten Kinder stirbt im Jugend- oder Erwachsenenalter an den Folgen einer chronischen HBV-Infektion. Pro Jahr sind demnach 200–400 Todesfälle als Folge dieser Infektion zu erwarten.

▷ Die 1984 in Deutschland (und zahlreichen anderen europäischen und außereuropäischen Ländern) eingeführte HBsAg-Untersuchung von Schwangeren aus sogenannten Risikogruppen (Anlage 4 zum Abschnitt C. Nr. 3 der Mutterschafts-Richtlinien; Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, Heft 50/1984) hat – in allen Ländern – nicht zu einer Abnahme der Häufigkeit von HBV-Infektionen bei Neugeborenen geführt. Bei Nachuntersuchungen HBV-infizierter Kinder wurde ermittelt, daß nur etwa ein Drittel der Schwangeren, die ihre HBV-Infektion perinatal auf das Neugeborene übertragen hatten, einer der „klassischen“ HBV-Risikogruppen angehörten; die Mehrzahl wurde also nicht erfaßt.

▷ Die Ausbildung der chronischen HBV-Infektionen nach perinataler Infektion des Neugeborenen kann in mehr als 90 Prozent der Fälle durch eine unmittelbar post partum vorgenommene

aktiv-passive Hepatitis B-Simultanprophylaxe verhindert werden.

▷ Die Kosten für eine routinemäßige HBsAg-Untersuchung aller Schwangeren werden mit etwa 20 Mio DM pro Jahr angegeben. Hierzu kommen die Kosten für die Simultanprophylaxe (HB-Hyperimmunglobulin, HB-Impfstoff) bei den Neugeborenen HBsAg-positiver Schwangerer. Dagegen werden die Kosten für die Behandlung und Pflege nicht verhindert, perinatal erworbener Hepatitis-B-Infektionen auf etwa 750 Mio DM pro Jahr geschätzt.

▷ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat kürzlich die Länder, in denen die Häufigkeit von HBV-Dauerträgern unter 1 Prozent beträgt, aufgefordert, zur Verbesserung der Bekämpfung der Hepatitis B ein HBsAg-Screening aller Schwangeren einzuführen. Nach Angaben der WHO haben inzwischen elf Länder in Europa (29 Länderberichte) ein generelles HBsAg-Screening eingeführt, zwei Länder bereiten diese Maßnahme derzeit vor, ein selektives HBsAg-Screening wird in acht Ländern durchgeführt. In weiteren acht Ländern besteht kein Screening.

Generelles Screening

Die Empfehlungen der WHO ergeben sich aus der bereits erwähnten, in den letzten Jahren festgestellten unzureichenden Wirksamkeit der bisherigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Hepatitis B in den Industrieländern, die zu keiner deutlichen Senkung der Erkrankungszahlen geführt haben.

Der Arbeitsausschuß Mutterschafts-Richtlinien hat sich aus diesen Gründen für die Aufnahme eines Screening aller Schwangeren auf Hepatitis B in die Richtlinien ausgesprochen. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ist bei seiner Sitzung im August dieses Jahres dieser Empfehlung gefolgt.

Mit den unter den nachfolgenden Nummern 1. und 2. angeführten Änderungen der Richtlinien werden die diesbezüglichen Abschnitte der generellen Durchführung des Screening auf Hepatitis B in der Schwangerschaft angepaßt. Wie unter Nr. 3. angegeben, entfällt mit diesem Screening nunmehr aller Schwangeren die Anlage 4, die bisher die Risikogruppen für eine Untersuchung auf Hepatitis B definiert. Unverändert bleiben die in Abschnitt C. Nr. 3 festgelegten Bestimmungen zur Impfung der Neugeborenen von HBsAg-positiven Müttern. KBV

*) HBsAg = Hepatitis B surface antigen

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Änderung der Mutterschafts-Richtlinien

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 23. August 1994 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz. Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 17. Juni 1992 (BAnz. Nr. 183b vom 29. September 1992), wie folgt zu ändern:

1. Im Abschnitt *Allgemeines* wird unter der Nummer 7.c) *Serologische Untersuchungen auf Infektionen* der Text zum ersten Spiegelstrich wie folgt neu gefaßt:

„- z. B. Lues, Röteln, Hepatitis B“

Der Text zum zweiten Spiegelstrich wird gestrichen.

2. In Abschnitt C. *Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während*

der Schwangerschaft wird Nummer 3 Satz 1 wie folgt neu gefaßt:

„Bei allen Schwangeren ist nach der 32. Schwangerschaftswoche, möglichst nahe am Geburtstermin, das Blut auf HBsAg*) zu untersuchen.“

3. Die Anlage 4 zu den *Mutterschafts-Richtlinien (Abschnitt C 3) „Untersuchung auf HBsAg in der Schwangerschaft“* wird aufgehoben.

Die Änderung der Richtlinien ist am 30. September 1994 in Kraft getreten.

Köln, den 23. August 1994

Bundesausschuß der Ärzte
und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Schroeder-Printzen

BUNDESÄRZTEKAMMER

Einladung zum 19. Interdisziplinären

Forum der Bundesärztekammer

„Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

11. bis 14. Januar 1995 im Maritim Hotel Köln

Mittwoch, 11. Januar, 14.00 Uhr

Eröffnung durch den Präsidenten der Bundesärztekammer und der Deutschen Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar
Eröffnungsreferat: Prävention von Erkrankungen älterer Menschen
Prof. Dr. Hannes B. Stähelin, Basel

Mittwoch, 11. Januar, 15.00 Uhr

„Rehabilitation älterer Menschen“
Moderator: Priv.-Doz. Dr. Hans-Peter Meier-Baumgartner, Hamburg

Donnerstag, 12. Januar, 9.00 Uhr

„Differentialdiagnostik und Therapie von Angstzuständen“
Moderator: Prof. Dr. Paul L. Janssen, Dortmund

Donnerstag, 12. Januar, 15.00 Uhr

„Der unklare Todesfall“
Moderator: Prof. Dr. Hans-Joachim Wagner, Homburg/Saar

Freitag, 13. Januar, 9.00 Uhr

„Prävention, Therapie und Rehabilitation der Drogenabhängigkeit“
Moderator: Prof. Dr. Klaus Wanke, Homburg/Saar

Freitag, 13. Januar, 15.00 Uhr

„Interdisziplinäre Betreuung von chronisch Kranken (am Beispiel des Rheumakranken)“
Moderator: Prof. Dr. Henning Zeidler, Hannover

Samstag, 14. Januar, 9.00 Uhr

„Aktuelle Arzneitherapie (Schmerz- und Antibiotikatherapie)“
Moderator: Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen, Berlin

Auskunft und Anmeldung:

Bundesärztekammer, Herbert-Le-win-Straße 1, 50931 Köln, Tel 02 21/ 40 04-2 23 und -2 24, Fax 40 04-3 88 □