



Test auf Schwangerschaftsdiabetes wird GKV-Leistung – Merkblatt unterstützt die ärztliche Aufklärung

Berlin, 15. Dezember 2011 – Schwangere Frauen haben künftig Anspruch auf einen Test auf Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Einen entsprechenden Beschluss, der unter anderem auf den Ergebnissen der Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) basiert, fasste der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) heute in Berlin.

Ein Gestationsdiabetes liegt vor, wenn der Blutzucker während der Schwangerschaft bestimmte Werte übersteigt. Damit nimmt das Risiko für bestimmte seltene Geburtskomplikationen zu. Das IQWiG weist in seinem Bericht darauf hin, dass sich der Nutzenbeleg für die Therapie des Gestationsdiabetes auf Schwangere bezieht, die mit Hilfe eines zweistufigen Screenings bestimmt wurden. Dem entsprechend sind in der ärztlichen Betreuung von Schwangeren zukünftig zwei Testungen vorgesehen: Der Vortest und soweit erforderlich auch der zweite Test sollen im sechsten oder siebten Schwangerschaftsmonat angeboten werden. Der Vortest dient dazu, die Frauen zu erkennen, denen dann ein zweiter, entscheidender Zuckertest angeboten wird. Wenn ein Gestationsdiabetes festgestellt wurde, kann häufig schon mit einer Ernährungsumstellung und vermehrter körperlicher Aktivität eine Normalisierung der Werte erreicht werden.

„Zusätzlich zu Eckpunkten zur Qualitätssicherung der Untersuchungen wurde mit dem Beschluss ein Merkblatt erarbeitet, das schwangere Frauen beim Beratungsgespräch mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin unterstützen soll“, sagte Dr. Harald Deisler, unparteiisches Mitglied des G-BA und Vorsitzender des Unterausschusses Methodenbewertung.

Der Beschluss des G-BA wird dem Bundesministerium für Gesundheit zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der Beschlusstext sowie die tragenden Gründe werden in Kürze im Internet auf folgender Seite veröffentlicht:

<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/zum-aufgabenbereich/26/>



Der **Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)** ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreter und Patientenvertreterinnen an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

**Pressemitteilung Nr. 44 / 2011
vom 15. Dezember 2011**

Ihre Ansprechpartnerin:
Kristine Reis

Telefon:
0049(0) 30-275838-173

Telefax:
0049(0) 30-275838-105

E-Mail:
kristine.reis@g-ba.de

Internet:
www.g-ba.de