LABOR-FACHINFORMATION

Hamburg, 28. September 2026

LABOR HEIDRICH & KOLLEGEN

Präeklampsie frühzeitig erkennen: sFlt-1 und PlGF gezielt einsetzen

Zusammenfassung
*Die Präeklampsie ist eine schwerwiegende Multisystemerkrankung von der etwa **2-5 % der Schwangeren betroffen** sind. Sie stellt eine der Hauptursachen für die mütterliche und perinatale Morbidität und Mortalität dar. Weltweit sterben jährlich etwa 76.000 Frauen und 500.000 Babys an dieser Erkrankung (Lit. 1). Die S2k-Leitlinie „Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft: Diagnostik und Therapie“ ist zuletzt 2024 aktualisiert worden, und beschreibt ausführlich den aktuellen Stand der Diagnostik und Therapie dieser Schwangerschaftspathologie. Die Evaluation im ersten Trimester erlaubt eine frühzeitige Identifizierung von Frauen mit einem erhöhten Risiko. Bei begründetem Verdacht auf Präeklampsie können die Laborparameter **sFlt-1 und PlGF** eine wertvolle Ergänzung der Diagnostik darstellen und sind unter bestimmten Bedingungen auch Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ein niedriger **sFlt-1/PlGF-Quotient** kann insbesondere helfen, eine kurzfristig zu erwartende Präeklampsie auszuschließen. Ein erhöhter Quotient weist hingegen auf ein erhöhtes Risiko hin, ersetzt jedoch nicht die klinische Beurteilung.*

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebes Praxisteam,

die Präeklampsie gehört zu den wichtigsten hypertensiven Erkrankungen in der Schwangerschaft. Das frühzeitige Erkennen einer Präeklampsie und zuverlässige Einschätzen des kurzfristigen Erkrankungsrisikos sind entscheidend, um gefährdete Schwangere rechtzeitig einer engmaschigen Überwachung und ggf. einer stationären Betreuung zuzuführen.

Risikofaktoren für eine Präeklampsie sind z. B. Diabetes mellitus, Autoimmunerkrankungen, das Antiphospholipid-syndrom (APS) oder ein erhöhter BMI (> 35), Mehrlings-schwangerschaften, vorangegangene Schwangerschaft mit Präeklampsie oder die Familienanamnese (Mutter mit Präeklampsie). Die aktuelle S2k-Leitlinie (Lit. 1) empfiehlt die Bestimmung angiogener Faktoren als Ergänzung zur klinischen und laborchemischen Diagnostik bei ent-sprechendem Verdacht bzw. erhöhtem Risiko.

sFlt-1 und PlGF – zwei Gegenspieler der Angiogenese
Bei einer gestörten Plazentation kommt es zu einer Verschiebung des angiogenen Gleichgewichts: sFlt-1 (soluble fms-like tyrosine kinase-1) steigt an und wirkt antiangiogen. PlGF (Placental Growth Factor) fällt ab und steht für eine gestörte angiogene Aktivität. Der daraus berechnete sFlt-1/PlGF-Quotient bildet dieses Ungleichgewicht besonders aussagekräftig ab. Damit kann die Untersuchung insbesondere bei klinisch unklaren Situationen die Einschätzung unterstützen, ob eine Präeklampsie wahrscheinlich ist oder kurzfristig auftreten kann.

Wann ist die Untersuchung sinnvoll?
Die angiogenen Faktoren sind nicht für ein allgemeines Screening aller Schwangeren vorgesehen. Eine gezielte Bestimmung ist bei klinischem Verdacht oder entsprechenden Befunden sinnvoll, insbesondere bei neu aufgetretener oder exazerbierender Hypertonie (≥140/90 mmHg) und Proteinurie (Gesamteiweiß i.U. >300 mg/24h oder >0.27 g/g Kreatinin).

Darüber hinaus können folgende Befunde im Zusammenhang mit einer Präeklampsie stehen (Lit. 2):

- Kopfschmerzen, Sehstörungen, Oberbauchschmerzen
- erniedrigte Thrombozytenzahl
- erhöhte Leberwerte
- Verdacht auf fetale Wachstumsrestriktion
- Ödeme im Gesicht, oder an Händen / Füßen
- Gewichtszunahme >1kg/Woche im 3. Trimester
- erhöhte Widerstände der Aa. uterinae im 2. Trimester
- sonstige klinische Hinweise auf eine Präeklampsie.

Der sFlt-1/PlGF-Quotient in der klinischen Praxis
Besonders wichtig ist der negative Vorhersagewert des Quotienten. Für Schwangere zwischen der 24+0 und 36+6 SSW gilt für den bei uns verwendeten Test (Elecsys, cobas / Roche):

≤ 38: Eine Präeklampsie innerhalb der nächsten Woche ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen.
> 38: Erhöhtes Risiko, weitere klinische und fetomaternale Beurteilung erforderlich.

Diese Grenzwerte wurden in der PROGNOSIS-Studie (Lit. 2) bei Einlingsschwangerschaften ermittelt. Die Cutoffs, ab denen die Werte als höchstwahrscheinlicher Hinweis auf eine Präeklampsie interpretiert werden, sind auch von der Gestationsphase abhängig (Lit. 3). Es gelten hierfür unterschiedliche Werte für die frühe (SSW 20+0 bis 33+6) und späte Gestationsphase (SSW 34+0 bis Geburt). Eine grafische Darstellung finden Sie auf der Rückseite.

Ein erhöhter Quotient allein stellt keine Diagnose einer Präeklampsie dar und ist KEINE alleinige Indikation für eine Entbindung. Die Interpretation muss stets gemeinsam mit Blutdruck, weiteren Laborparametern (v.a. Proteinurie, Blutbild, Nierenretentionsparametern, Transaminasen, LDH) sowie unter Einbeziehung von Klinik und dopplersono-graphischer Beurteilung erfolgen.

Bitte wenden ►►►

Telefon: (0 40) 97 07 999 – 0
Telefax: (0 40) 97 07 999 – 99
Labor Dr. Heidrich & Kollegen MVZ GmbH
Klinikweg 23 · 22081 Hamburg
e-Mail: info@labor-heidrich.de
Internet: www.labor-heidrich.de

Wann ist die Untersuchung eine GKV-Leistung?
Die Bestimmung angiogener Faktoren ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Ein allgemeines Screening ohne entsprechenden Verdacht bzw. ohne eine relevante Risikokonstellation ist jedoch nicht vorgesehen.

WICHTIG: Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit nach EBM ist die Erfüllung eines der folgenden Kriterien der Präeklampsie:

- Neu auftretender oder bestehender Hypertonus
- Präeklampsie-assoziierter organischer oder labordiagnostischer Untersuchungsbefund, welcher keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann
- Fetale Wachstumsstörung
- auffälliger dopplersonographischer Befund der Aa. uterinae in einer Untersuchung nach der Gebührenordnungs-position 01775

Die Anforderung im Rahmen der GKV ist **frühestens ab der SSW 24+0 und höchstens dreimal pro Behandlungsfall** berechnungsfähig.

Für die Praxis
Bitte geben Sie in jedem Fall auf dem Laborauftrag die Schwangerschaftswoche an, sowie möglichst auch:

- klinische Fragestellung / Verdachtsdiagnose
- relevante Symptome bzw. Befunde
- ggf. Blutdruck und Proteinurie
- ggf. Hinweis auf fetale Wachstumsstörung oder auffälligen Doppler

Laborparameter	Elecsys sFIT-1/PlGF-Quotient (cobas, Roche)
Material	Serum (mind. 300 µl)
Stabilität bei	
15-25°C:	6 Tage
2-8°C:	15 Tage
-20°C:	6 Monate

Nach der Blutentnahme sollte die Probe zeitnah zur Serumgewinnung zentrifugiert und separiert werden.

Abrechnung

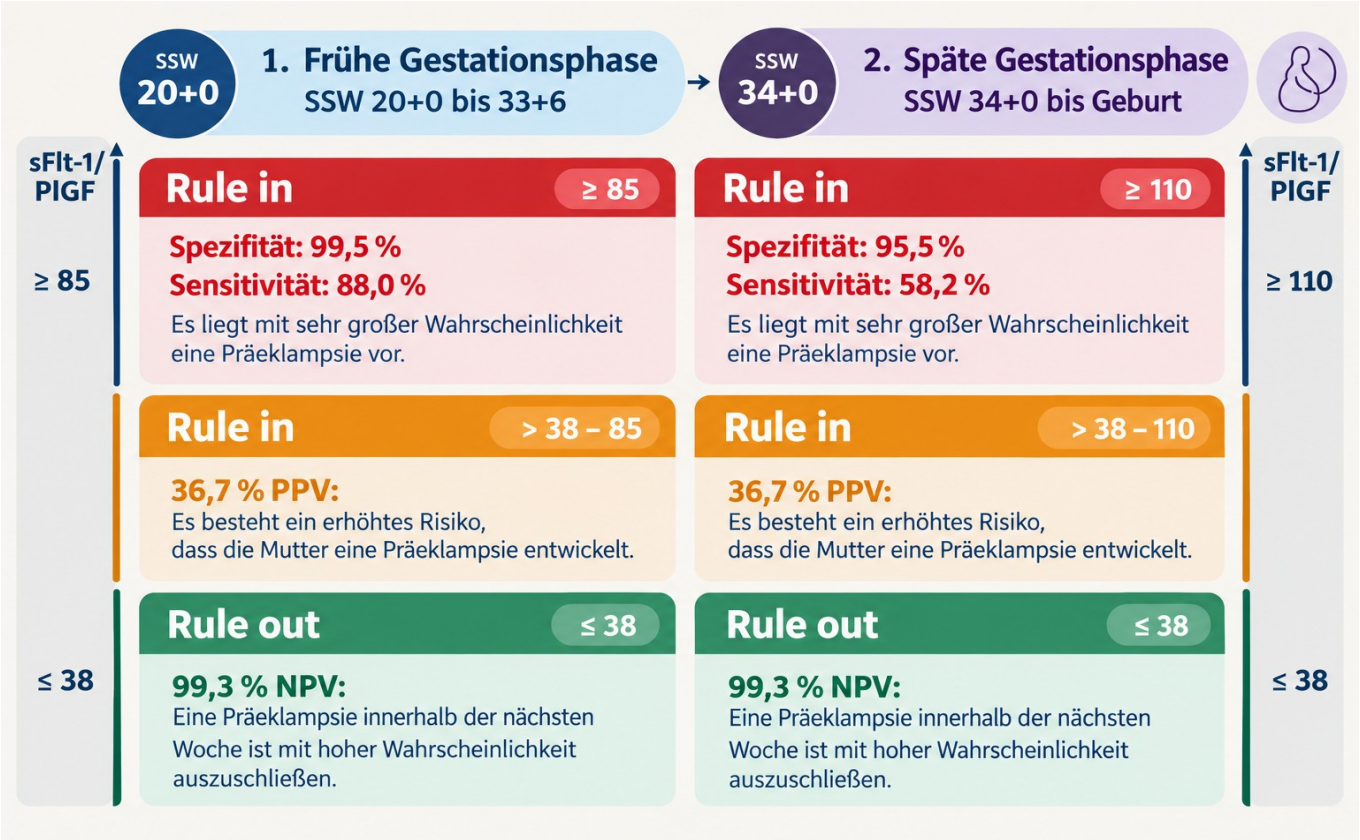
	EBM 32363	GOÄ 2 x 4069 (1.15-fach)
sFlT-1/PlGF-Quotient	€ 57,27	€ 100,54

Bei Fragen zur Labordiagnostik stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen,
Ihr Labor-Team

Literatur:
1. Pecks U, Baumann M, Binder J, et al. Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft (HES): Diagnostik und Therapie. Leitlinie der DGGG, OEGGG und SGGG (S2k-Level, AWMF-Registernummer 015/018, Juni 2024). Geburtshilfe Frauenheilkd. 2025;85(8):810–850. doi:10.1055/a-2522-2347.
2. Zeisler H, Llurba E, Chantraine F, et al. Predictive Value of the sFlt-1 Ratio in Women with Suspected Preeclampsia. N Engl J Med. 2016;374(1):13–22. doi:10.1056/NEJMoa1414838.
3. Verlohren S, Herraiz I, Lapaire O, et al. New gestational phase-specific cutoff values for the use of the sFlt-1/PlGF ratio as a diagnostic test for preeclampsia. Hypertension. 2014;63(2):346–352. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.01787.

Cutoffs des sFIT-1/PlGF-Quotienten für den Ausschluss einer oder Hinweis auf eine Präeklampsie (Lit. 2+3):



NPV: negativer prädiktiver Wert; PPV: positiver prädiktiver Wert. (Infografik in Anlehnung an Fa. Roche mit KI erstellt)