

Diabetes und Schwangerschaft

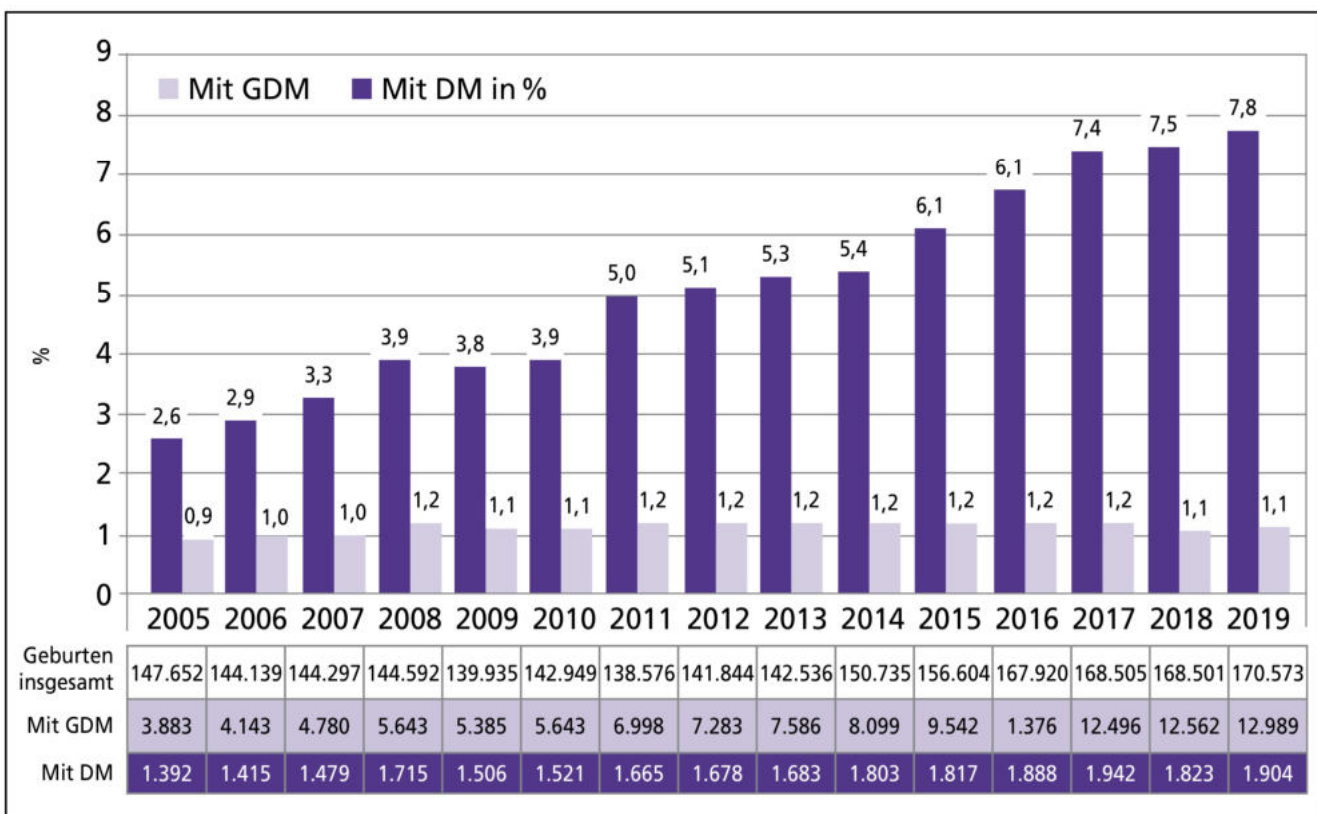
Heinke Adamczewski¹ für die GestDiab-Studiengruppe
(in Kooperation mit Michael Hummel² für die
AG Diabetes und Schwangerschaft der DDG)

¹ Diabetologische SPP Köln-Ost & winDiab-Konsortium

² Diabetologische SPP Rosenheim & Forschergruppe Diabetes, TU München

Abb. 1:
Prävalenz Gestationsdiabetes und präexistenter Diabetes mellitus in der Schwangerschaft 2005–2019 in Nordrhein-Westfalen (BQS Institut, Jahresauswertungen Geburtshilfe NRW gesamt)

In Deutschland steigt die Prävalenz des Gestationsdiabetes (GDM), wie an dieser Stelle bereits mehrfach berichtet, seit Jahren stark an. Die zuletzt erhobene Zahl aus dem Jahr 2017 von 5,9 Prozent aller Schwangerschaften entspricht ca. 45.000 Frauen mit GDM [1]. Seit dem Jahr 2018 werden vom IQTIG (*Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*) leider keine aktuellen bundesweiten Zahlen mehr veröffentlicht. Die Datenreihe aus Nordrhein-Westfalen zeigt stellvertretend einen kontinuierlichen Anstieg von 2,6 Prozent der erfassten Geburten im Jahr 2005 bis 7,8 Prozent im Jahr 2019 (Abb. 1). Die Betreuung während der Schwangerschaft und bei der Entbindung ist der



nahe liegende Fokus für die betroffenen Frauen und ihre Behandler. Hierbei ist das Ziel, Schäden von Mutter und Kind fernzuhalten und den betroffenen Schwangeren zu helfen, eine möglichst gesunde, aber auch unbeschwerte Schwangerschaft zu erleben.

Die Diagnose Gestationsdiabetes identifiziert ein Hochrisikokollektiv für Diabetes und kardiovaskuläre Erkrankungen

Direkt nach der Schwangerschaft ist ein Diabetes zumeist nicht mehr nachweisbar. Dabei darf nicht aus dem Blickfeld geraten, dass die Diagnose GDM per se diese Frauen als Hochrisikokollektiv identifiziert: Sie haben nach der Index-Schwangerschaft mit GDM ein 7-fach erhöhtes Risiko, an einem manifesten Diabetes zu erkranken [2–5]. Darüber hinaus besteht für sie ein deutlich erhöhtes Risiko, Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu entwickeln [4–6]. Aufgrund der hohen Anzahl der betroffenen Frauen verursacht dies neben der individuellen Belastung in jungem Lebensalter auch erhebliche Kosten für die Gesellschaft [7]. Trotz dieser ungünstigen Ausgangslage für die Patientinnen ist die **Nachsorge nach Schwangerschaftsdiabetes in Deutschland unzureichend** und eine wirksame Präventionsstrategie fehlt komplett.

Nachbetreuung des GDM – Probleme beim derzeitigen Vorgehen

Die aktuelle Vorgehensweise laut S3-Leitlinie GDM der *Deutschen Diabetes Gesellschaft* [8] unterscheidet zwischen dem postpartalen Diabetes-Screening und der GDM-Nachsorge in den Jahren danach. Das postpartale Diabetes-Screening beinhaltet bei allen Frauen mit GDM 6–12 Wochen nach der Entbindung einen Glukosebelastungstest. Die weitere GDM-Nachsorge, die sich an das postpartale Diabetes-Screening anschließt, beinhaltet eine jährliche Diabetesdiagnostik mit der Messung des HbA_{1c} und der venösen Nüchternglukose oder auch einen Glukosebelastungstest.

Die Verantwortlichkeiten

Die Verantwortlichkeit für das postpartale Diabetes-Screening liegt laut Leitlinie bei der behandelnden Diabetes-Schwerpunktpraxis (DSP) [8]. Im Gegensatz dazu bleibt die genaue Rollenverteilung für die weitere GDM-Nachsorge unklar. Sehr bemerkenswert:

Direkt nach der Schwangerschaft ist ein Diabetes zumeist nicht mehr nachweisbar. Wichtig: Die Diagnose GDM per se identifiziert diese Frauen als Hochrisikokollektiv!

Das postpartale Diabetes-Screening ist bei der Betreuung in diabetologischen DSPen ein Schlüsselpunkt.

In 42 Prozent der Fälle zeigt das postpartale Diabetes-Screening einen auffälligen Befund – aber 60 Prozent der Frauen nehmen am postpartalen Diabetes-Screening nicht teil!

Postpartales Diabetes-Screening

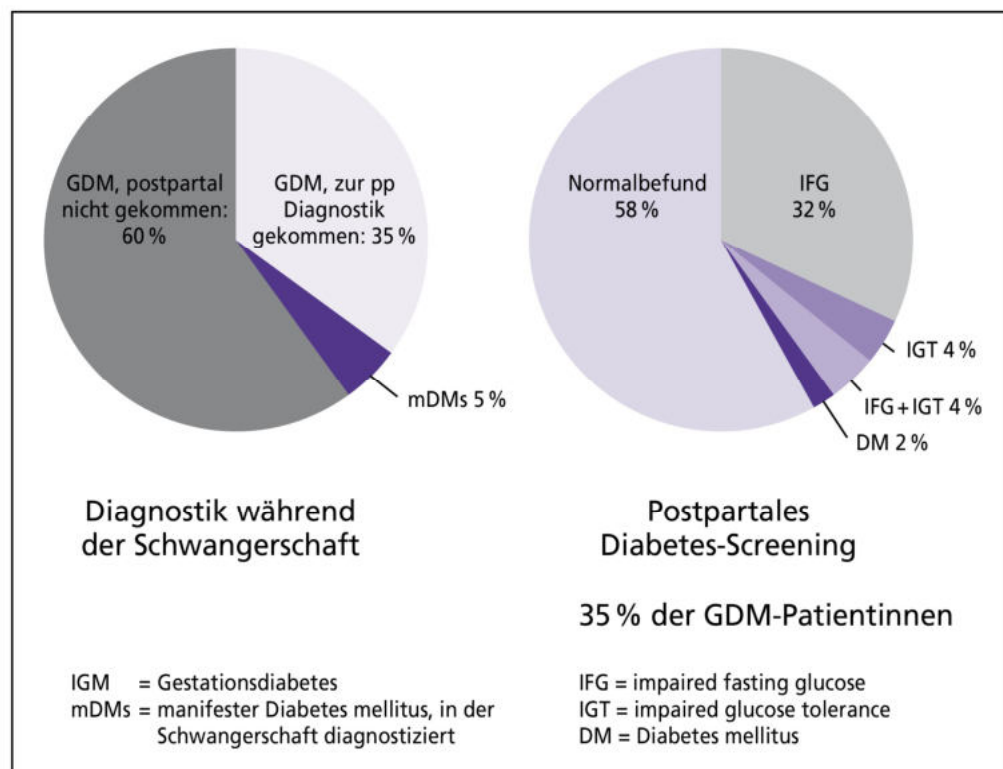
Das postpartale Diabetes-Screening ist bei der Betreuung in diabetologischen DSPen ein Schlüsselpunkt, denn es umfasst sowohl die postpartale Diabetesdiagnostik, die Aufklärung der Mutter über ihre Stoffwechselprognose und die Überleitung in die langfristige Nachsorge bei Hausärzten oder Frauenärzten.

GestDiab

GestDiab ist das größte Register zu Diabetes und Schwangerschaft in Deutschland. Seit 2008 erfasst und analysiert es Daten. Als fortlaufendes Projekt von *winDiab* (wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen) bildet das Register *GestDiab* den Versorgungsprozess schwangerer Frauen mit Gestationsdiabetes oder präexisten-tem Diabetes in DSPen ab [9].

Bei den in diesem Register dokumentierten Schwangerschaften der Jahre 2013–2017 wurde bereits in der Schwangerschaft bei 5 Prozent der behandelten Frauen ein manifester Diabetes diagnostiziert (Abb. 2). In diesen Fällen ist die weitere Behandlung dieser Frauen

Abb. 2:
Postpartales Diabetes-Screening nach GDM, Daten aus dem *GestDiab*-Register 2013–2017

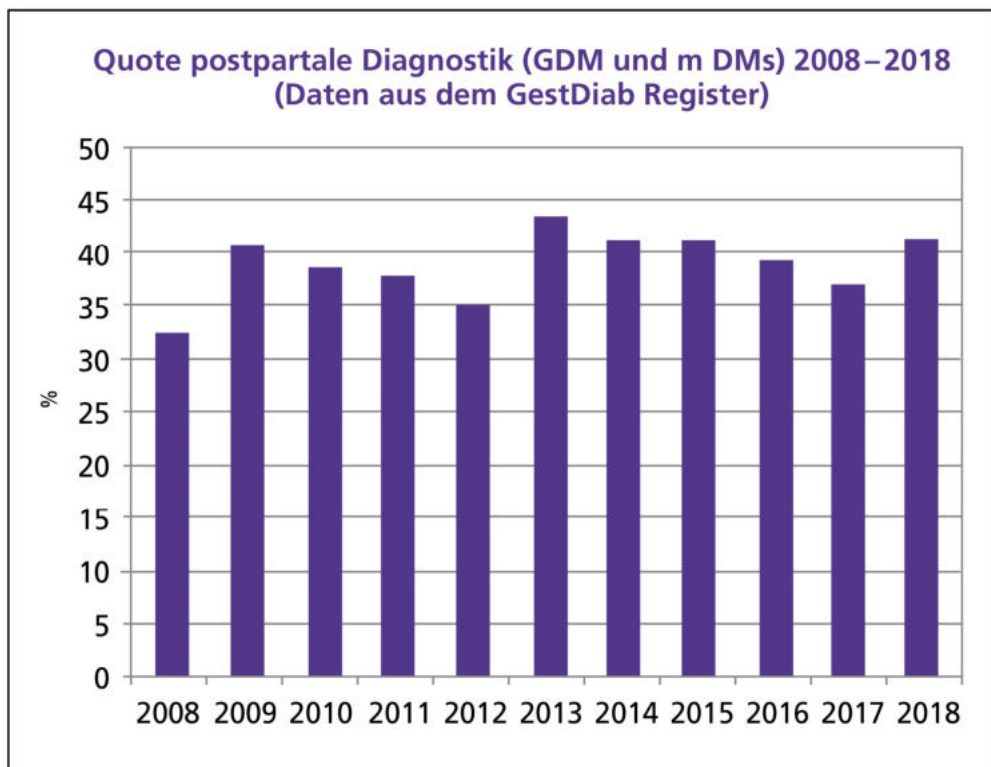


klar strukturiert: Sie werden unmittelbar im Anschluss an die Schwangerschaft hausärztlich im Rahmen des DMP Diabetes mellitus und, wie in der NVL empfohlen, weiter betreut [8, 10]. Von den Frauen, die sich zum postpartalen Diabetes-Screening vorstellten, wurde bei weiteren 2 Prozent ein manifester Diabetes festgestellt. Bei 40 Prozent wurde ein Prädiabetes gefunden, also eine erhöhte Nüchtern glukose und/oder eine eingeschränkte Glukosetoleranz. Nur bei 58 Prozent dieser Gruppe fand sich ein normaler Glukosestoffwechsel (Abb. 2, rechter Teil). Die metabolische Lage der Mütter, die sich nicht zum postpartalen Diabetes-Screening vorstellen, bleibt unklar (Abb. 2, linker Teil).

Vor diesem Hintergrund ist es besonders besorgniserregend, dass sich 60 Prozent aller Frauen, die in der Schwangerschaft einen GDM entwickelt hatten, nicht zum postpartalen Diabetes-Screening vorgestellt haben. Die niedrige Testquote konnten die teilnehmenden DSPen des Registers GestDiab auch mit verschiedene Strategien (Belohnung mit kleinen Geschenken, schriftliche oder telefonische Erinnerung, Terminmitteilung an die mitbehandelnden Hausärzte oder Gynäkologen) über mehrere Jahre nicht dauerhaft wesentlich erhöhen [9] (Abb. 3). Dies ist im Einklang mit nationalen und internationalen Beobachtungen, bei denen ebenfalls Erinnerungs- und Belohnungsstrategien ausprobiert wurden [11 – 14].

Eine weitere Limitierung der Betreuung unmittelbar postpartal ist, dass zwar eine umfassende Information der jungen Mütter über

**Besorgnis-
erregend:
60 Prozent aller
Frauen, die in
der Schwan-
gerschaft einen
GDM entwi-
ckelt hatten,
haben sich
nicht zum post-
partalen Diabe-
tes-Screening
vorgestellt.**



*Abb. 3:
Teilnahme am
postpartalen Dia-
betes-Screening
in den GestDiab-
Praxen*

ihr Stoffwechselrisiko im Rahmen einer Schulung von der Leitlinie angesprochen wird, dass hierfür aber kein Curriculum existiert und dass eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht vorgesehen ist.

Aber auch bei den Frauen, bei denen postpartal keine pathologischen Blutzuckerwerte vorliegen, ist das Risiko, in den Jahren nach der Index-Schwangerschaft einen manifesten Diabetes zu entwickeln, erheblich höher, als wenn kein GDM vorgelegen hätte [4, 5, 15]. Dieses Risiko ist noch höher, wenn starkes Übergewicht vorliegt, eine Insulintherapie in der Schwangerschaft nötig war oder wenn die Mütter nicht stillen [4]. In dieser Phase werden die Frauen von ihrem Frauenarzt und Hausarzt begleitet, eine Überleitung von den DSPen ist aber formal nicht klar strukturiert. In welchem Maße Frauen nach GDM leitliniengerecht mit postpartalem Diabetes-Screening und langfristiger Nachsorge nachbetreut werden, ist unklar.

Nachsorge des GDM – der ideale Zeitpunkt für eine sinnvolle und hocheffektive Diabetesprävention

GDM-Nachsorge

Die Nachsorge über mehrere Jahre erfüllt zwei wichtige Aspekte: einerseits die Möglichkeit, die Entwicklung eines Diabetes frühzeitig zu erkennen, andererseits aber auch die kontinuierliche, am individuellen Risiko und den klinischen Befunden ausgerichtete Motivation zu einem langfristig gesunden Lebensstil. Verhaltensänderungen, insbesondere Gewichtsreduktion, ausreichend sportliche Bewegung und eine gesunde Ernährung senken nachgewiesenermaßen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes in dieser Risikogruppe [16].

In der Diabetes Prevention Study lag diese Reduktion der Diabetesprävalenz bei 58 Prozent! [15].

Aber auch die GDM-Nachsorge durch Hausärzte und Frauenärzte ist bislang kein Bestandteil der Regelversorgung. So ist z. B. die Bestimmung des HbA_{1c} auch in der neuen Version des Check-up nicht enthalten. Bestehende Präventionsprogramme wie „INA“ (Ich nehme ab) oder „Praedias“ sind nicht auf diese ausgesprochen junge Personengruppe zugeschnitten und sind darüber hinaus meist nur als Selbstzahlerleistung verfügbar.

Überlegungen für eine Verbesserung der Prävention

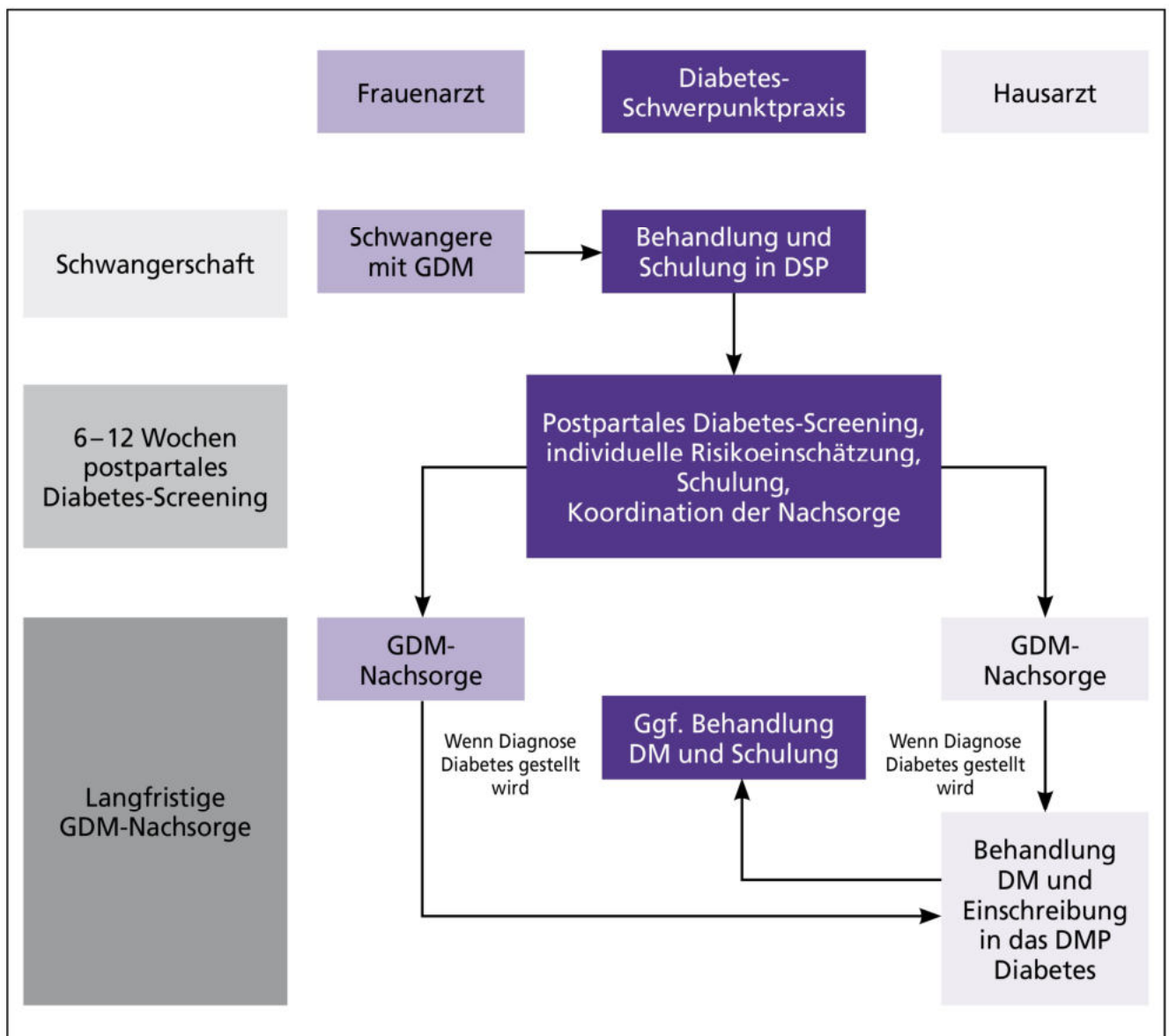
Wesentliche Schwächen der aktuellen Nachsorgesituation könnten möglicherweise mit den folgenden Ansätzen verbessert werden (Abb. 4).

Auch die GDM-Nachsorge durch Hausärzte und Frauenärzte ist bislang kein Bestandteil der Regelversorgung.

- ▶ Strukturierte schriftliche Überleitung von den DSPen an Frauenärzte, Hausärzte und Kinderärzte mit individueller Risikoeinschätzung der Stoffwechsellage
- ▶ Vorschlag einer individuell angepassten Stoffwechselforsorge und Schulung nach der Index-Schwangerschaft mit GDM
- ▶ Verknüpfung der GDM-Nachsorge beim Hausarzt mit dem Check-up
- ▶ HbA_{1c} in Check-up Leistungsinhalt aufnehmen
- ▶ Verbreitung der Kenntnis über das postpartale Diabetes-Screening und die GDM-Nachsorge in der Öffentlichkeit und bei allen Behandlern

Die Verknüpfung mit anderen Vorsorgeleistungen wird voraussichtlich die Bedeutung und Inanspruchnahme jeder einzelnen Maßnahme verstärken. Es sind weitere Kenntnisse erforderlich, um ein Modell zu

*Abb. 4:
Postpartales Diabetes-Screening
und Überleitung
in die langfristige
Nachsorge*



entwickeln, das nach anschließender Evaluation und positivem Ergebnis seinen Weg in die Regelversorgung finden kann.

Projekt „GestDiNa_basic“ – gefördert durch den Innovationsfonds

Projekt „GestDiNa_basic – Nachsorge bei Gestationsdiabetes“: Kenntnisse der Versorgungswege; fundiertes Verständnis der aktuellen Motivationen, Hemmnisse, Alltagserfahrungen und Einstellungen der betroffenen Frauen und der Leistungserbringer.

Voraussetzungen für die optimale Ausgestaltung der Nachsorge bei Frauen mit Gestationsdiabetes sind detaillierte Kenntnisse der Versorgungswege und ein fundiertes Verständnis der aktuellen Motivationen, Hemmnisse, Alltagserfahrungen und Einstellungen, sowohl der betroffenen Frauen als auch der beteiligten Leistungserbringer. Das Projekt „GestDiNa_basic – Nachsorge bei Gestationsdiabetes“ möchte hier mehr Klarheit schaffen. „GestDiNa_basic“ wird im Themenfeld „Bedarfsgerechte Versorgung“ aus den Mitteln des Innovationsfonds gefördert und hat zum Ziel, aktuelle Versorgungsprozesse in der Nachsorge zu analysieren und oben genannte Haltungen der involvierten Gruppen zu erfassen, um auf Grundlage dieser Kenntnisse ein Versorgungsmodell zu erarbeiten, das in die Regelversorgung übernommen werden kann [17]. **Gestartet ist das Projekt im September 2019, der Förderzeitraum reicht bis August 2022.** Neu an diesem Projekt ist, dass disziplinübergreifend gearbeitet wird und die Interaktionen zwischen allen Beteiligten im Bereich Nachsorge bei Gestationsdiabetes untersucht wird. Eingebunden sind alle Leistungserbringergruppen (Diabetologen, Gynäkologen, Pädiater, Hebammen, Hausärzte), die Kostenträger (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung) und auch die Betroffenen.

Konsortialpartner des Projekts „GestDiNa_basic“ sind:

- ▶ als Konsortialführer das Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf),
- ▶ das Institut für Allgemeinmedizin am Centre for Health and Society, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
- ▶ Universitätsfrauenklinik Düsseldorf,
- ▶ Universitätskinderklinik Düsseldorf,
- ▶ das Institut für Biometrie und Epidemiologie des Deutschen Diabetes-Zentrums Düsseldorf,
- ▶ der Bereich Hebammenwissenschaft des Instituts für Angewandte Gesundheitsforschung der Hochschule für Gesundheit Bochum,
- ▶ die PMV forschungsgruppe der Universität zu Köln,
- ▶ das wissenschaftliche Institut niedergelassener Diabetologen winDiab gGmbH/ Düsseldorf,
- ▶ die KV Nordrhein,

- ▶ die Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK Gesundheit, IKK classic und pronova BKK,
- ▶ eine Patientenvertreterin.

In einer Mixed-Methods-Studie werden mittels quantitativer und qualitativer Verfahren Wissen, Problembewusstsein, Einstellungen, Handlungsrountinen und Erfahrungen von betroffenen Patientinnen und beteiligten Leistungserbringer*innen in der aktuellen Situation ermittelt und analysiert. Anhand der Abrechnungsdaten der verschiedenen Krankenkassen und der *KV Nordrhein* sowie Daten des GestDiab-Registers wird die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen von Frauen mit GDM nach der Geburt ermittelt.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden in ein Modell integriert, in dem die gewichteten Barrieren und Ressourcen für die einzelnen Gruppen zueinander und zur Analyse der aktuellen Versorgung in Beziehung gesetzt werden. Daraus wird ein geeignetes patientinnenzentriertes Versorgungsmodell zur Nachsorge bei Patientinnen mit GDM abgeleitet, das in nachfolgenden Projekten evaluiert werden soll.

Die Literaturliste zu dem Artikel finden Sie auf:
www.diabetologie-online.de/gesundheitsbericht oder hier:



Für die Autoren:

Dr. Heinke Adamczewski

GestDiab-Studiengruppe

Diabetologische SPP Köln-Ost & winDiab-Konsortium

Wichtige Aussagen und Fakten

- ▶ Mindestens 45.000 Frauen erkranken in Deutschland jährlich an Gestationsdiabetes – die Prävalenz steigt weiter kontinuierlich an.
- ▶ Gestationsdiabetes zeigt ein hohes Risiko für einen späteren Diabetes an.
- ▶ Die GDM-Nachbetreuung ist nicht zufriedenstellend und Präventionsstrategien fehlen.
- ▶ Versorgungsmodelle und Präventionsmaßnahmen für GDM-Frauen sind dringend zu etablieren.
- ▶ Die optimale Betreuung von Frauen mit Gestationsdiabetes in und nach der Schwangerschaft könnte die womöglich effektivste Diabetesprävention überhaupt darstellen.
- ▶ Das Projekt „GestDiNa_basic“ untersucht die aktuelle Nachsorgesituation als Voraussetzung für die Erarbeitung eines geeigneten patientinnenzentrierten Versorgungsmodells.