

Dr. med. Erik Wizemann

Internist, Diabetologe DDG

Dr. med. Annette Böckh

Fachärztin für Allgemeinmedizin

- Diabetesberatung und Schulung -

Hindenburgstr. 9/1, 71083 Herrenberg, Tel.: 07032-24461

Fax: 07032-959093, E-Mail: Diabetes@diabeteszentrum-herrenberg.de

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008



Diabeteszentrum DDG

Fußambulanz DDG

Pumpenzentrum

Diabetologische

Schwangerschaftsbetreuung

[www.diabeteszentrum-](http://www.diabeteszentrum-herrenberg.de)

[herrenberg.de](http://www.diabeteszentrum-herrenberg.de)

Checkliste für Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes



Was ist ein Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes, abgekürzt GDM)?

Schwangerschaftsdiabetes ist eine Störung des Blutzuckerstoffwechsels im Körper. Diese kann während der Schwangerschaft durch hormonelle Veränderungen, genetische Veranlagung oder starkes Übergewicht entstehen. Um den Blutzuckerspiegel konstant zu halten, produziert die Bauchspeicheldrüse das Hormon Insulin. Schwangerschaftshormone können die Wirkung des Insulins beeinträchtigen und zu einer Insulinresistenz (Störung der Zuckeraufnahme in die Zellen) führen. Dadurch kann der Blutzuckerspiegel sowohl bei der Mutter als auch über die Nabelschnur beim Kind erhöht sein. Das Kind gewöhnt sich an die zu hohen Blutzuckerwerte, beginnt vermehrt Insulin zu produzieren und ein ungleichmäßiges Wachstum des Kindes wird gefördert.

Was ist ein Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM)?

Ein T2DM ist durch eine Störung des Zuckerstoffwechsels im Körper gekennzeichnet, die zu einer chronischen Erhöhung des Blutzuckers führt. Bei einem T2DM ist die Produktion von Insulin zwar erhalten aber oft vermindert, die Ausschüttung des Insulins ist meist verlangsamt und die Wirkung, auf Grund der erhöhten Insulinresistenz, eingeschränkt. Insgesamt ist eine Vielzahl von Stoffwechselaktivitäten im Körper verändert. Aus dem gestörten Zuckerstoffwechsel, verbunden mit Störungen des Fettstoffwechsels und oft auch des Blutdrucks, kann es zu schweren Schäden der Blutgefäße kommen. Die Folge können Störungen der Nierenfunktion, der Nerven oder Schädigungen der Augen sein. Es resultieren häufig Herzinfarkte oder Schlaganfälle. Ein T2DM ist meist durch genetische Veranlagungen und Umweltfaktoren bedingt und wird u.a. durch den Lebensstil beeinflusst. Übergewicht und Bewegungsmangel spielen hier eine zentrale Rolle.

Wenn man einen Schwangerschaftsdiabetes hatte, hat man dann automatisch Diabetes?

Ein Schwangerschaftsdiabetes muss nicht automatisch bedeuten, dass man dauerhaft zuckerkrank ist oder bleibt. Bei der Mehrzahl der Frauen normalisieren sich die Blutzuckerwerte nach der Geburt des Kindes wieder.

Aber: Nach einem Schwangerschaftsdiabetes

- entwickelt etwa *jede fünfte* Frau bereits im **ersten Jahr nach der Geburt** eine Erhöhung der Blutzuckerwerte unter Zuckerbelastung (Vorstufe Diabetes Typ 2).
- erkrankt etwa *jede zweite* Frau in den **ersten 10 Jahren** nach der Geburt trotz normaler Blutzuckerwerte unmittelbar nach Geburt an einem Diabetes mellitus.
- besteht ein *etwa 40 %-iges* Risiko, bei erneuter Schwangerschaft, wieder einen Schwangerschaftsdiabetes zu entwickeln.
- besteht ein etwa *zweimal* so hohes Erkrankungsrisiko am Herz-/Kreislaufkrankungen (wie z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall) im Vergleich zu Frauen ohne Schwangerschaftsdiabetes.



Insgesamt steigt die Wahrscheinlichkeit eines erneuten Schwangerschaftsdiabetes mit

- dem Übergewicht
- einer in der vorherigen Schwangerschaft notwendigen Behandlung mit Insulin oder
- einem vor der 24. Schwangerschaftswoche aufgefallenen Diabetes in vorangegangenen Schwangerschaften.

Was kann ich tun, um mein Diabetesrisiko zu vermindern?



Unmittelbar nach der Schwangerschaft

Stillen: Das Stillen eines Babys unterstützt dabei, das Risiko für einen dauerhaften (manifesten) Diabetes zu verringern oder dessen Auftreten zu verzögern. Um dies zu erreichen, wird allgemein empfohlen, 4-6 Monate lang bestenfalls voll zu stillen. Ungeachtet dessen, ist es für Mutter und Kind eine wertvolle und verbindende Erfahrung.

Kontrolle: 6-12 Wochen nach Geburt wird ein erneuter Blutzucker-Test z.B. beim Hausarzt, Frauenarzt oder Diabetologen empfohlen.

Innerhalb der folgenden Jahre:

- Auf das Körpergewicht achten: Gewicht möglichst im BMI-Normalbereich halten (Erwachsene: 18,5 -24,9 kg/m²) *
- Gesundheitsbewusste Ernährung: z.B. entsprechend den Empfehlungen der DGE**
 - ✂ ○ Bevorzugt frisches Obst, Gemüse und Vollkornprodukte essen
 - Wasser oder Tee – statt zuckerhaltiger Getränke oder Limonaden – trinken
- Regelmäßige Bewegung
 - 🚴 ○ WHO-Empfehlungen für Erwachsene: 90 Minuten intensive oder 150 Minuten moderate Bewegung pro Woche
- Blutzucker-Testung in regelmäßigen Abständen (alle 1-3 Jahre) beim z.B. Hausarzt
- Bei Glukosetoleranzstörung in Kontakt mit einem diabetologisch erfahrenen Arzt bleiben
- Kontrolltermine im Auge behalten oder sich durch ein Kalendereintrag daran erinnern lassen

*BMI = Body-Mass-Index = Körpergewicht (in Kilogramm) geteilt durch das Quadrat der Körpergröße (in Metern) <https://adipositas-gesellschaft.de/bmi/>

** DGE = Deutsche Gesellschaft für Ernährung – 10 Regeln der DGE <https://www.dge.de/fileadmin/dok/gesunde-ernaehrung/ernaehrungsempfehlung/10-regeln/10-Regeln-der-DGE.pdf>

Vorbereitung auf eine nächste Schwangerschaft

- Es empfiehlt sich bereits einige Monate vor, spätestens aber mit bekannt werden der Schwangerschaft, Folsäure (ca. 400 µg/d) und Jod (100 – 200 µg/Tag) einzunehmen
- Bei geplanter Schwangerschaft sollte das Körpergewicht so normnah wie möglich sein
- Die Blutfette und der Blutdruck sollten bereits lange vor dem Eintritt der Schwangerschaft im Normbereich liegen

Nach bekannt werden einer Schwangerschaft

- Bei all den Frauen, die bereits einmal einen Schwangerschaftsdiabetes hatten und insulinpflichtig waren, sollte in der 10. – 14. Schwangerschaftswoche ein oraler Glukose Toleranztest (oGTT) durchgeführt werden
- Ansonsten sollte der oGTT in der 24. – 28. SSW angesetzt werden

Gut zu wissen nach Schwangerschaftsdiabetes:

Die Wahrscheinlichkeit einen Diabetes zu entwickeln ist 3 – 6 Jahre nach Geburt am höchsten. Bei einer Schwangerschaft wird ein frühzeitiges erneutes Diabetes Screening empfohlen.

Quellen: DDG et al.: S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 2. Auflage 2018 - Plows, J.F. et al.: The pathophysiology of gestational diabetes mellitus. *Int J Mol Sci* 2018, 19:3342 1-21 - Ziegler, A.G. et al: Long term protective effect of lactation on the development of type 2 diabetes mellitus in women with recent gestational diabetes mellitus. *Diabetes* 2012, 61: 3167-3171 - Vounzoulaki et al: Progression to type 2 diabetes in women with known history of gestational diabetes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020, 369: m1361 - Benhalima et al.: Review: The risk for glucose intolerance after gestational diabetes mellitus since the introduction of the IADPSG Criteria: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Med* 2019, 8: 1431

Alles Gute, Ihr Diabetesteam GP Dres. Wizemann/Böckh