Gestationsdiabetes?

oGTT-Screening bleibt umstritten

Viele internationale Fachgesellschaften, auch die Deutsche Diabetes-Gesellschaft, empfehlen bei jeder Schwangeren einen oralen Glukosetoleranztest mit 75 g Glukose in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche. Dadurch erhöht sich die Zahl der Schwangeren mit der Diagnose „Gestationsdiabetes“. Dass dieses Screening jedoch tatsächlich einen positiven Effekt hat, ist nach Meinung des IQWiG bisher nicht zweifelsfrei belegt.

Ausgangspunkt der Empfehlung einer internationalen Expertengruppe sind die Ergebnisse einer 2008 publizierten internationalen Studie (HAPO – Studie), die die Grundlage für die Definition neuer Grenzwerte bei der Diagnostik eines Gestationsdiabetes liefert. In diesem HAPO-Konsensus wird allen Schwangeren zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche ein oraler Glukosetoleranztest mit 75 g Glukose empfohlen. Grenzwerte im Sinne eines Gestationsdiabetes sind ein Nüchternwert von > 92 mg/dl und 1- bzw. 2-Stunden-Wert nach Glukosebelastung von >180 bzw. 153 mg/dl.

Schon ein Wert reicht zur Diagnose ...

„Schon wenn nur einer dieser Grenzwerte erreicht wird, wird die Diagnose eines Gestationsdiabetes gestellt und eine entsprechende Behandlung als erforderlich angesehen“, berichtete Dr. Klaus Koch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bei der 46. Jahrestagung der Deutschen Diabetes-Gesellschaft in Leipzig. Zudem wird als Therapieziel ein Blutzuckertagesprofil mit Werten unter 90 mg/dl nüchtern bzw. unter 120 mg/dl zwei Stunden postprandial gefordert. Kann dies mit Lebensstiländerun-

gen nicht erreicht werden, so besteht die Indikation für eine Insulintherapie.

Geburtsgewicht profitiert am meisten

Der G-BA hat das IQWiG beauftragt, die Studienlage zum Gestationsdiabetes zu prüfen und zu bewerten. Die Auswertung der vorliegenden Daten zeigt, dass eine antidiabetische Therapie bei Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes gewisse Risiken verringern kann. Diese beziehen sich aber in erster Linie auf Geburtskomplikationen. So trat eine Schulterdystokie seltener auf, wenn Schwangere mit Gestationsdiabetes konsequent behandelt wurden. Diese ist aber insgesamt recht selten und auch in der HAPO-Studie nur bei 1,3% der Geburten eingetreten. Am deutlichsten zeigt sich der Effekt einer blutzuckersenkenden Therapie bei Gestationsdiabetes am Geburtsgewicht. Im Durchschnitt waren die Kinder der behandelten Frauen mit Gestationsdiabetes um etwa 60–150g leichter. „Dies allein genügt dem IQWiG jedoch nicht als Rechtfertigung für eine allgemeine Therapieempfehlung“, so Koch. Denn: Die Geburt eines leichteren Kindes per se bedeute noch keinen Benefit.

Auch wenn ein gewisser Nutzen durch ein Screening angenommen werden kann, so müssen diesem doch auch

eventuelle Nachteile oder Schadensrisiken durch die Therapie gegenüber gestellt werden. Nach Meinung von Koch erfordert eine insgesamt positive Bilanz, dass drei Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Aufklärung über einen Gestationsdiabetes muss so erfolgen, dass nach Möglichkeit kein psychologischer Schaden entsteht.
- Die Intensität der Therapie muss individuell der Schwere der Glukosetoleranzstörung angepasst werden.
- Das Screening sollte nur solche Frauen umfassen, die denjenigen entsprechen, die in die maßgeblichen Therapiestudien aufgenommen worden sind.

Letzter Punkt ist, so Koch, deshalb von großer Bedeutung, da in den vorliegenden Therapiestudien die Diagnose des Schwangerschaftsdiabetes auf einer zweistufigen Selektion beruhte. Alle diese Frauen zeigten bereits einen erhöhten Blutzuckerwert in einem oralen Glukosetoleranztest mit 50 g Glukose bevor in einer zweiten Stufe erneut ein oraler Glukosetoleranztest mit 75 bzw. 100 g Glukose gemacht wurde. „Nur für Frauen, die eine solche zweistufige Diagnose erhalten haben, ist der Nutzen einer Therapie dokumentiert“, so Koch. Diese Bedingung erfülle der HAPO-Konsensus jedoch nicht. Welchen Nutzen Schwangere haben, die nach den HAPO-Kriterien diagnostiziert werden, bleibe deshalb unklar. Bevor nicht zweifelsfrei bewiesen sei, dass der HAPO-Konsensus Schwangeren mehr nutze als schade, sollte man bei der Diagnosestellung „Gestationsdiabetes“ zurückhaltender sein.

(Peter Stiefelhagen)