Neue Grenzwerte für die Diagnose Gestationsdiabetes

Internationaler Konsens zum Glukosetoleranztest

Für die Diagnostik eines Gestationsdiabetes (GDM) wurden jetzt neue Grenzwerte aufgestellt. 60 Experten aus fünf Kontinenten haben sie anhand der Daten der internationalen HAPO-Studie erarbeitet.

Je höher die Blutzuckerwerte der Mutter sind, desto höher ist das Risiko der Kinder für ein erhöhtes Geburtsgewicht. Das wiederum geht mit Hypoglykämien und Entwicklungsstörungen einher, wie die „Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome“- (HAPO-) Studie bestätigt hat. Viele Frauen mit GDM werden bisher nicht entdeckt. Zur Früherkennung wird jetzt allen Schwangeren zwischen der 24. und der 28. Schwangerschaftswoche zu einem oralen Glukosetoleranztest (OGTT) mit 75 Gramm Glukose geraten (Diab Care 33, 2010, 676). Gemessen werden der Nüchternwert sowie der Ein- und Zweistundenwert nach Glukosebelastung. Die neuen Grenzwerte liegen bei 92, 180 und 153 mg/dl, wie Dr. Helmut Kleinwechter beim Diabetes Update in Düsseldorf berichtet hat. Wird nur ein Grenzwert erreicht, liegt ein GDM vor und eine Therapie ist indiziert. Sie erfolgt nach Blutzuckertagesprofil mit Zielwerten unter 90 mg/dl nüchtern und unter 120 mg/dl zwei Stunden postprandial. Reichen Lebensstiländerungen nicht aus, muss mit Insulin behandelt werden. Orale Antidiabetika sind für Schwangere nicht zugelassen.

Schon bald könnte der OGTT für alle Schwangeren Kassenleistung werden. Ein Vorbericht des IQWiG bestätigt Hinweise auf einen Nutzen. Bis dahin bleibt der Test für anamnestisch unauffällige Schwangere ein IGeL-Angebot. *eis/ÄZ*

Kommentar

G-BA ist am Zug bei Gestationsdiabetes

Gestationsdiabetes ist eine der häufigsten Komplikationen in der Schwangerschaft und nimmt weltweit zu. Nach neuen Studiendaten wird in Deutschland bei etwa jeder 30. Schwangeren die Krankheit registriert. Viele Betroffene werden zudem nicht erkannt, was vor allem für Ungeborene fatale Folgen hat. So lassen sich nach Angaben der Deutschen Diabetesgesellschaft 28% der pränatalen Todesfälle auf Schwangerschaftsdiabetes zurückführen. Werden betroffene Frauen nicht oder nur unzureichend behandelt, dann haben ihre Kinder zudem ein hohes Risiko, später selbst Diabetes zu bekommen. Und 40% der betroffenen Mütter entwickeln binnen zehn Jahren einen Typ-2-Diabetes.

Der als GKV-Leistung angebotene Urinzuckertest in der Mutterschaftsvorsorge ist überholt, denn damit werden 90% der Fälle eines Gestationsdiabetes übersehen. Der viel empfindlichere OGTT wird aber bisher von der GKV nur Schwangeren mit Risikofaktoren bezahlt. Die DDG fordert seit Jahren, allen Schwangeren diesen Test anzubieten. Auch das IQWiG hat 2009 Hinweise auf den Nutzen des Screenings anerkannt. Jetzt ist der G-BA am Zug, damit der Test Kassenleistung wird und breit eingesetzt werden kann.

Wolfgang Geissel

G-BA-Entscheidung

Insulinanaloga nur noch für Risikopatienten

Ärzte erhalten bei der Verschreibung von Insulinanaloga in Zukunft mehr Verantwortung. Denn die lang wirksamen Analoga Insulinglargin und Insulin detemir bleiben bei Diabetes Typ 2 nur dann zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig, wenn sie nicht teurer sind als Humaninsulin. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 18. März beschlossen.

Bei Typ-2-Diabetikern, die ein hohes Risiko für schwere Hypoglykämien oder eine Allergie gegen Humaninsulin haben, wird es möglich sein, Glargin zu verschreiben. Dem muss aber eine intensivierte Insulintherapie mit individueller Therapiezielprüfung und Anpassung der Blutzuckersenkung vorgegangen sein, die aber das Risiko einer schweren Unterzuckerung nicht beheben konnte.

„Es ist nicht sinnvoll, mit einer Verordnung von Insulinanaloga zu warten, bis ein Schaden eingetreten ist und die Patienten eine schwere Hypoglykämie haben“, so Rainer Hess, unparteiischer

Vorsitzender des G-BA. Zukünftig liege die Entscheidung beim behandelnden Arzt, welcher Patient ein solches Risiko habe. Im Juli 2006 hatte der G-BA auf der Grundlage einer Nutzenbewertung des IQWiG beschlossen, dass schnell wirkende Insulinanaloga keinen medizinischen Zusatznutzen im Vergleich zu Humaninsulin haben. In der Folge wurden Insulinanaloga nur dann von der GKV übernommen, wenn sie nicht teurer waren als Humaninsulin. Hess forderte Krankenkassen und Arzneimittelhersteller dazu auf, weitere Rabattverträge über Insulinanaloga zu schließen. Damit würde die Therapiewahl der Ärzte wesentlich leichter. „Rabattierte Insulinanaloga sind umgehend und ohne weiteren Beschluss des G-BA voll zulasten der GKV verordnungsfähig“, so Hess. Der Beschluss wird nun dem Bundesministerium vorgelegt. Nach Nichtbeanstandung und Publikation im Bundesanzeiger tritt er in Kraft. Bis dahin sind die Präparate wie bisher verordnungsfähig. *sun/ÄZ*