Präv Gesundheitsf 2021 · 16:374–380
<https://doi.org/10.1007/s11553-020-00811-y>
 Eingegangen: 7. Mai 2020
 Angenommen: 14. August 2020
 Online publiziert: 17. September 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Andrea Dehn-Hindenberg¹ · Heike Saßmann¹ · Marie-Luise Dierks² · Marius Haack² · Antje Meyer² · Ulla Walter² · Karin Lange¹

¹ Forschungs- und Lehrereinheit Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

² Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

„Die ersten drei Einträge ...“

Informationsverhalten von Frauen mit Gestationsdiabetes

Hinführung zum Thema

Gestationsdiabetes mellitus (GDM) ist eine in der Schwangerschaft auftretende Glukosetoleranzstörung, die langfristig mit einem erhöhten Risiko für Typ-2-Diabetes (T2D) verbunden ist [17, 28]. Aktuell existieren keine maßgeschneiderten T2D-Präventionsprogramme für Frauen mit GDM nach der Geburt. Um diese zu entwickeln, sind Kenntnisse über Mediennutzung und Informationsbedarfe der Betroffenen erforderlich. Mit der Studie „Take Care“ sollten bevorzugte Informationsquellen, der Kenntnisstand und das Risikobewusstsein von Frauen mit GDM erfasst werden.

Einleitung

Die Diagnose GDM gehört zu den häufigsten Erkrankungen während der Schwangerschaft [28]. Im Jahr 2016 lag in 5,38 % aller erfassten Geburten in Deutschland bei den Müttern ein GDM vor [28]. Die Prävalenz steigt weltweit [2]. Gründe hierfür sind zum einen neue diagnostische Grenzwerte, zum anderen ein Anstieg der Risikofaktoren, wie höheres Alter der Schwangeren und Übergewicht bzw. Adipositas [28].

Der GDM ist mit einem erhöhten Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen assoziiert und ist ein Risikofaktor für die spätere Entwicklung eines T2D [12, 15, 17]. Das Risiko für T2D ist für die Betroffenen gegenüber der Allgemeinbevölkerung um das 7- bis 8-Fache erhöht [13, 15, 27, 28]. Kinder

von Frauen mit GDM haben ein erhöhtes Risiko, später übergewichtig bzw. adipös zu werden oder einen T2D zu entwickeln [10].

Damit stellt die Gruppe der Frauen mit GDM eine wichtige Zielgruppe für die Prävention des T2D dar. Als Präventionsmaßnahmen werden eine bedarfsangepasste Ernährung, Gewichtsnormalisierung, ggf. Nichtrauchertraining und regelmäßige körperliche Aktivität nach der Entbindung in nationalen und internationalen Leitlinien empfohlen [2, 19, 28]. Frühzeitig angebotene Interventionen zur Lebensstilmodifikation können die Inzidenz von Glukosetoleranzstörung und T2D reduzieren [7, 23]. Bislang fehlen jedoch systematische Studien zu präventiven Angeboten von T2D nach GDM im deutschsprachigen Raum.

Die hier dargestellte Studie dient der Vorbereitung und Entwicklung von bedürfnisgerechten Awareness-Kampagnen und Unterstützungsmaßnahmen für Frauen mit GDM. Dafür sind Kenntnisse über deren Wissensstand, Strategien und Quellen der Informationssuche grundlegend [3]. Weiterhin ist von Interesse, wie die Frauen die Qualität von Gesundheitsinformationen bewerten.

Eine aktuelle Studie der Bertelsmann-Stiftung konnte für die Allgemeinbevölkerung zeigen, dass bei der Suche nach Gesundheitsinformationen am häufigsten Ärztinnen und Ärzte [25], das Internet oder auch Medien wie Funk und Fernsehen [8] genannt werden. In einer Studie von Paprott et al. [20] wurde eine Bevölkerungsstichprobe im Alter zwischen

18 und 97 Jahren u. a. zu Krankheitswahrnehmung, Informationsbedürfnissen und Informationsverhalten zum T2D telefonisch interviewt. Auch hier wurden am häufigsten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, gefolgt von gedruckten Informationen, Radio- oder Fernsehsendungen und schließlich Websites zum Thema Gesundheit genannt. Teilnehmende mit mittlerer oder hoher Bildung nutzten häufiger Websites im Vergleich zu Teilnehmenden mit niedrigerem Bildungsabschluss.

Die Informationsbedürfnisse und das Informationsverhalten speziell von Schwangeren mit GDM zur Gesundheit wurden bisher nicht systematisch untersucht. Auch ist nicht bekannt, ob sich die Frauen ihres T2D-Risikos bewusst und damit für Informationen in Medien und Präventionsangebote erreichbar sind.

Forschungsfragen

Die Studie hat zum Ziel, das Spektrum individueller Gewohnheiten und Präferenzen von Frauen mit GDM bei der Informationssuche und deren Risikowahrnehmung von T2D zu erfassen. Folgende handlungsleitende Forschungsfragen werden dazu in einem qualitativen Studienansatz untersucht:

1. Welche Informationsquellen nutzen Frauen mit GDM zu Gesundheitsfragen?
2. Welche Suchstrategien setzen Frauen mit GDM dabei ein?
3. Welche Quellen halten Frauen mit GDM für vertrauenswürdig?

Tab. 1 Kategorien des Leitfadens mit Haupt- und Unterkategorien

Thematische Hauptkategorie	Unterkategorien	Beispiele für die Umsetzung
Informationsverhalten zu Gesundheitsthemen	Wahrnehmung von Informationsquellen	Erinnerung aus den letzten 4 Wochen: „Zum Thema Gesundheit habe ich gehört ...“ (Blitzlichtfrage)
	Auswahl und Nutzung von Informationsquellen	Unterfragen zur Blitzlichtfrage
	Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationsquellen	Szenario: Strategien beim Umgang mit unterschiedlichen Empfehlungen zum Thema „Gripeschutzimpfung“
Awareness zum T2D	Wissen über T2D	Szenario: Persönliche Einschätzung eines Zeitschriftenartikels zum Thema T2D
	Individuelles Risikobewusstsein T2D Wissen über T2D-Prävention und persönliche Relevanz von T2D	Unterfragen zum Szenario
Bedarfe und Bedürfnisse bezüglich Gesundheitsinformationen und Prävention	Informationsquellen	Statement: Was müsste der Bundesgesundheitsminister tun, damit Menschen besser über T2D informiert sind?
	Informationsinhalte	Unterfragen zur Statementfrage
	Bewertungshilfen für Informationsquellen	Unterfragen zur Statementfrage

T2D Typ-2-Diabetes

- Welches Wissen haben Frauen mit GDM über T2D?
- Welche Bedarfe und Bedürfnisse haben Frauen mit GDM bezüglich Information und präventiver Maßnahmen?

Methodik

Die Datenerhebung erfolgte qualitativ auf der Basis von Fokusgruppen. Gruppendiskussionen im Rahmen von Fokusgruppen sind ein geeignetes Verfahren um Diskussionsfelder, in denen noch wenig Wissen vorhanden ist zu explorieren sowie Handlungsstrategien, Problemstellungen und Bedarfe zu identifizieren. Dabei werden Erfahrungen, Einstellungen, Bedürfnisse und Handlungsstrategien mittels leitfadengestützter Fragestellungen in einer Gruppe diskutiert, erfasst und Prozesse der Meinungsbildung aus alltäglichen Erfahrungsbezügen genutzt [4, 5, 16, 24].

In die Studie sollten Frauen im Alter zwischen 18 und 40 Jahren mit der Diagnose GDM eingeschlossen werden. Geplant waren 6 Fokusgruppen mit jeweils 6–8 Teilnehmerinnen. Die Fallauswahl erfolgte entsprechend des „theoretical samplings“ auf Grundlage der Grounded-theory-Methodologie [6]. Es war geplant, nach Bildungsgrad, Region (Ost/West, Stadt/Land) und Migrationshintergrund zu stratifizieren.

Die Fokusgruppen fanden zwischen September 2018 bis Januar 2019 statt. Die Teilnehmerinnen wurden in diabetologischen Schwerpunktpraxen in Niedersachsen und Thüringen rekrutiert und unter Beachtung der Deklaration von Helsinki über das Ziel und das Aufnahme- und Verwertungsverfahren der Ergebnisse aufgeklärt. Alle Teilnehmerinnen haben schriftlich ihr Einverständnis zur Teilnahme gegeben. Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover vor (Nr. 7993_BO_S_2018).

Leitfaden und Fragebogen

Der Fokusgruppenleitfaden wurde im Konsortium aller beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler entwickelt. Neben Blitzlichtfragen, zu denen jede Teilnehmerin individuell angesprochen wurde, enthält der Leitfaden themenspezifische Szenarien mit Unterfragen zur Diskussionsanregung. Einen Überblick über die thematischen Kategorien des Leitfadens und Beispiele für Szenarien stellt **Tab. 1** zusammen. Zusätzlich wurden soziodemografische Merkmale sowie gesundheitsrelevante Daten erhoben.

Datenauswertung

Die Audioaufnahmen der Fokusgruppen und Einzelinterviews wurden vollständig und pseudonymisiert transkribiert. Die Aussagen der Teilnehmenden wurden mit der Software MAXQDA inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet [16]. Für die Analyse des gewonnenen Materials wurde eine Mischform des induktiv-deduktiven Kodierens gewählt. Das Material wurde anschließend anhand des Kategoriensystems theoriegeleitet bearbeitet. Die Kategorien bilden eine Zusammenfassung des in den Transkripten enthaltenen Sinns ab, die als Ausgangspunkt für die Interpretation der Gruppengespräche und Einzelinterviews dient [16].

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an den für die Forschungsfragen relevanten Hauptkategorien und ihren Unterkategorien. Die ausgewählten Zitate sind exemplarisch für die entsprechende Hauptkategorie bzw. Unterkategorie zu verstehen. Extrahiert und dargestellt werden für die jeweilige Fragestellung besonders prägnante und aussagekräftige Textstellen.

Ergebnisse

Sample

Es wurden insgesamt 6 Fokusgruppen mit 25 Frauen mit GDM durchgeführt.

A. Dehn-Hindenbergh · H. Saßmann · M.-L. Dierks · M. Haack · A. Meyer · U. Walter · K. Lange

„Die ersten drei Einträge ...“. Informationsverhalten von Frauen mit Gestationsdiabetes

Zusammenfassung

Hintergrund. Frauen mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM) haben ein erhöhtes Risiko, später an Typ-2-Diabetes (T2D) zu erkranken. Für die Entwicklung individualisierter Strategien zur Prävention von T2D in dieser Hochrisikogruppe sind Kenntnisse über deren Risikobewusstsein, Wissensstand und Präferenzen bei der Informationssuche notwendig.

Fragestellung. Welche Strategien verfolgen Frauen mit GDM bei der Suche nach Informationen zu gesundheitsbezogenen Themen und wie sind ihr Kenntnisstand und ihr Risikobewusstsein bezogen auf T2D?

Methodik. Es wurden 6 Fokusgruppen und 8 Einzelinterviews mit insgesamt 33 Schwangeren mit GDM durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind für die Befragten die vertrauenswürdigste Informationsquelle. Alle Teilnehmerinnen nutzen zusätzlich das Internet, um sich über gesundheitsbezogene Themen zu informieren, obwohl sie die Inhalte der Websites nur als bedingt vertrauenswürdig einschätzen. Sie geben einzelne Begriffe in die Suchmaschine ein und berücksichtigen oft nur die ersten Einträge. Systematische Suchstrategien oder das gezielte Aufsuchen institutioneller, qualitätsgesicherter Websites wenden die Teilnehmerinnen in der Regel nicht an, sie weisen erhebliche Wissensdefizite bzgl. T2D auf. Eine realistische Risikowahrnehmung ist nur in Ansätzen vorhanden und motiviert kaum zu einer Lebensstiländerung.

Schlussfolgerung. Die befragten Frauen haben nur wenige Kenntnisse über T2D und ihr individuelles Erkrankungsrisiko. Ihre Fähigkeit, systematisch nach Gesundheitsinformationen im Internet zu suchen, ist sehr begrenzt. Um die Motivation zur Prävention von T2D zu stärken, sollten das Risikobewusstsein sowie Strategien zur systematischen Informationssuche durch geeignete, zielgruppenspezifische Maßnahmen gefördert werden.

Schlüsselwörter

Informationssuche · Typ-2-Diabetes · Gestationsdiabetes · Prävention · Risikowahrnehmung

“The first three entries ...“. Information seeking habits in women with gestational diabetes mellitus

Abstract

Background. Women diagnosed with gestational diabetes mellitus (GDM) have an elevated risk of developing type 2 diabetes (T2D) later on. Knowledge concerning the awareness of the risk of diabetes, level of knowledge and information seeking habits is fundamental to develop tailored T2D prevention strategies for this high-risk group of women.

Objective. What strategies do women with GDM use to find information on health-related issues and what is their level of knowledge and risk awareness related to T2D?

Methods. Overall, 6 focus groups and 8 individual interviews with a total of 33 women

diagnosed with GDM were conducted and evaluated using a qualitative content analysis.

Results. The treating doctors were the most reliable source of information for the participants. All women also used the Internet to find out about health-related topics, although they only rated the content of the websites as partially trustworthy. They entered individual terms in the search engine and often only considered the first entries. The participants generally did not use systematic search strategies or targeted searches for institutional quality-assured websites. The women with GDM showed considerable knowledge deficits about T2D. A realistic perception of the risk was only partially

present and hardly motivated them to change their lifestyle.

Conclusion. The women interviewed had little knowledge of T2D and their individual risk of developing it. Their ability to systematically search for health information on the Internet was very limited. In order to strengthen their motivation to prevent T2D, risk awareness and strategies for systematic searching for information should be promoted by suitable target group-specific measures.

Keywords

Information search · Type 2 diabetes · Gestational diabetes · Prevention · Risk awareness

Da für einige Frauen, die vorangeschrittene Schwangerschaft oder die Betreuung der Geschwisterkinder eine Teilnahme nicht möglich machte, wurden mit 8 weiteren Frauen leitfadengestützte Einzelinterviews durchgeführt. Die soziodemografischen und klinischen Daten der 33 Frauen sind in **Tab. 2** dargestellt.

Die Gruppendiskussionen fanden in Hannover, Jena, Hameln, Northeim und in der Gemeinde Grasleben statt. Die vorgesehene Stratifizierung nach Bildungsgrad, Region und Migrationshintergrund

konnte unter den befragten Frauen weitgehend umgesetzt werden, jedoch waren Frauen mit höherem Bildungsgrad in diesem Sample überproportional vertreten. Unter den teilnehmenden Frauen waren 30,3 % übergewichtig und 24,2 % adipös. Gegenüber repräsentativen Daten zum Gewicht von schwangeren Frauen mit GDM (35 % adipös) war in der vorliegenden Studie der Anteil adipöser Frauen niedriger (24,2 % adipös; [1]). Gleiches gilt für den Anteil von Frauen mit GDM und Migrationshintergrund.

In den Fokusgruppen hatten 18,2 % der Frauen einen Migrationshintergrund, gegenüber 31,6–40,5 % in anderen deutschsprachigen Studien [1, 11]. Trotz dieser Abweichungen bildet das Sample alle relevanten Subgruppen mit GDM ab, so dass bei der Datenerhebung von einer theoretischen Sättigung ausgegangen werden kann.

Tab. 2 Soziodemographische und klinische Daten der Teilnehmerinnen (n = 33)

Merkmal	Ausprägung	M (SD)
Alter	–	32 (5,5)
	–	n (%)
	18–25 Jahre	4 (12,1)
	26–40 Jahre	29 (87,9)
Schulbildung	–	n (%)
	Hoch ^a	20 (60,6)
	Mittel ^b	8 (24,2)
	Niedrig ^c	5 (15,2)
Migrationshintergrund	Ja ^d	6 (18,2)
	Nein	27 (81,8)
Gewicht vor der Schwangerschaft	Untergewichtig (BMI <18,5 kg/m ²)	2 (6,1)
	Normalgewichtig (BMI 18,5–24,9 kg/m ²)	13 (39,4)
	Übergewichtig (BMI 25 bis 29,9 kg/m ²)	10 (30,3)
	Adipös (BMI >30 kg/m ²)	8 (24,2)
BMI vor der Schwangerschaft	–	M (SD) 26,95 (7,27)

^a>Realschulniveau^bRealschulabschluss oder vergleichbar^c<Realschulniveau^dMuttersprache ≠ Deutsch

BMI Body Mass Index, SD Standardabweichung, M Mittelwert

Welche Informationsquellen nutzen Frauen mit GDM zu Gesundheitsfragen?

Als wichtigste Informationsquelle werden am häufigsten die Ärztin/der Arzt genannt: „Und wenn ich jetzt konkrete Fragen habe zu einem Wert, dann kann ich mich auch direkt an sie wenden, und dann kriege ich eine sehr schnelle direkte Antwort auf meine konkrete Frage. Das ist eigentlich dann schon die beste Form der Betreuung, weil es alles Fachleute sind, und ich mich drauf verlassen kann einfach. Ein sicheres Gefühl habe ...“ (JS02/35).

Daneben nutzen alle Teilnehmerinnen regelmäßig das Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen: „Also hauptsächlich Fragen zur Schwangerschaft. Da habe ich viel im Internet gelesen, teilweise auch in Foren ...“ (HS09/1); „Ja, auch viel vom Internet her, ...“ (JS02/5).

Im Internet werden sowohl Sachinformationen, als auch Erfahrungsberichte abgerufen. Einige erklären, dass sie auf Videoplattformen nach geeigneten Beiträgen suchen: „Und dann höre ich mir einfach auch ganz gerne diese Erfah-

rungsberichte an, gerade so YouTube, gar nicht irgendwelche medizinischen Seiten, sondern einfach Leute, die damit Erfahrung gemacht haben“ (HAS04/4).

Welche Suchstrategien setzen Frauen mit GDM dabei ein?

Bei der Suche im Internet geben die meisten Befragten Schlagwörter in die Suchmaschinen ein und wählen die Seiten, die der Suchalgorithmus vorgibt: „Bei mir ist es allerdings nicht so, dass ich mir da jetzt vorher erst hier die Quellen angucke, sondern ich gucke da einfach wirklich nach dem Prinzip, so, was als erstes kommt und ... was mir zusagt von diesem Titel halt, was oben dann dasteht“ (JS02/11).

„Schon die ersten Einträge. Und wenn ich da dann nichts gefunden habe, was mich zufriedenstellt, durchaus auch einmal so auf die nächsten zwei, drei Seiten. Aber in der Regel / Also, ich hatte immer das Gefühl, wenn mir im ersten Artikel meine Fragen beantwortet wurden, dann war es dann für mich auch in Ordnung“ (HS06/4).

Welche Quellen halten Frauen mit GDM für vertrauenswürdig?

Die vertrauenswürdigste Quelle ist für nahezu alle Teilnehmerinnen ihre Ärztin oder ihr Arzt. Eine Teilnehmerin mit Migrationshintergrund beschreibt dies wie folgt: „Interviewer: Wie ist es bei Ihnen mit der Vertrauenswürdigkeit? Teilnehmerin: Ja immer, ich frage so Frauenarzt. Ich denke, nicht andere. Ja, ist besser. Und immer Frauenarzt zu mir gesagt, das ist gut, und das geht und. Interviewer: Da haben Sie am meisten Vertrauen? Teilnehmerin: Ja.“ (HAS04/13). Häufig waren Äußerungen, die die Bedeutung ärztlicher Empfehlungen verdeutlichten: „... man kann sich natürlich im Internet belesen, aber der Arzt hat dann doch das letzte Wort bei mir“ (OSS10/3).

Dagegen wird die Vertrauenswürdigkeit des Internets mehrheitlich kritisch gesehen. Dies gilt auch für Foren, deren Inhalte häufig als subjektiv und wenig zuverlässig beschrieben werden. So erklärt eine Teilnehmerin: „Na, eigentlich, ich halte nicht wirklich viel, mich über das Internet zu informieren. Weil meistens man macht sich selbst verrückt oder man glaubt eh nicht, was da drinsteht, weil immer wieder irgendwas anderes geschrieben wird. Also, es ist nie direkte Frage, die man drin stellt wird einem beantwortet. Es kommen zwar manche Fragen, die du halt schon selber denken hätten könntest, aber sonst eigentlich... Ich hole mir halt Informationen mehr von Ärzten“ (JS02/16).

Die Vertrauenswürdigkeit von Websites machen viele Teilnehmerinnen am optischen Eindruck der betreffenden Seite fest. Als vertrauenswürdig werden z. B. Seiten beurteilt, die gut strukturiert sind, keine Werbung enthalten, keine Rechtschreibfehler aufweisen, insgesamt seriös wirken und auf denen sich Fachleute äußern: „Es gibt leider auch keinen Anhaltspunkt, der die Seite wirklich, also oder dass ich es weiß, vertrauenswürdig macht. Irgendwie ein Zertifikat oder so, was man unten, ein Symbol oder so, das würde einem echt helfen. Dass man sagt: Okay, da hat wer drüber geguckt, der sich mit Gesundheit wirklich auskennt und der die Antworten auch geprüft hat. Aber so muss man jede Ant-

wort eigentlich noch mal hinterfragen und dann noch mal auf eine andere Seite gucken“ (HAS04/9).

Verbreitete Zertifikate oder Siegel für die Beurteilung der Qualität der Informationen einer Website sind nach Aussage mehrerer Teilnehmerinnen wünschenswert. Bereits existierende Siegel sind den Teilnehmerinnen nicht bekannt. „Dass man wirklich schnell eine seriöse Quelle an oberer Stelle hat bei der Google-Suche“ (JS02/36).

Welches Wissen haben Frauen mit GDM über T2D?

Das Wissen bezüglich T2DM ist bei der Mehrzahl der Teilnehmerinnen gering. Detaillierte Kenntnisse über die Entwicklung von T2DM und präventive Maßnahmen sind nicht vorhanden. So formuliert eine Befragte: „Dass es die Vorstufe ist zu Typ 1, oder? Also, so habe ich das gehört?“ (JS02/31), oder zur Prävention: „Also Zucker nicht so viel essen und so was“ (NHS12/15).

Eine andere Frau berichtet über die Erfahrungen in ihrer Familie, sagt aber auch, dass sie über die Krankheit kaum etwas weiß: „Also, mein Papa hatte Typ 2. Der musste spritzen. Ja, der durfte da auch nicht so viel essen, aber ehrlich gesagt, ich muss zugeben, ich bin gar nicht informiert darüber“ (JS02/33).

Welche Bedarfe und Bedürfnisse haben Frauen mit GDM bezüglich Information und präventiver Maßnahmen?

Das Thema Prävention von T2DM hat für die Mehrzahl der Teilnehmerinnen aktuell keine oder nur eine geringe Bedeutung. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema T2DM und dem eigenen Risiko möchten die Teilnehmerinnen in der überwiegenden Mehrheit vermeiden: „Ich glaube, also es war bei mir beim letzten Mal halt auch, das ist dann erst mal weg. Man hat die Schwangerschaftsdiabetes hinter sich und ist einfach froh, dass man wieder normal essen kann, nicht dieses ständige Stechen, Messen. Da ist man einfach froh, wenn man diese Last einfach erst mal wieder weg hat. Und das ist dann erst mal aus den Augen, aus

dem Sinn. ... Aber ich glaube, in dem Moment erst mal nicht. Das ist weg und das ist gut“ (HAS04/20). Ähnlich äußert sich eine andere Teilnehmerin: „Wenn ich ehrlich sein soll, wenn die Schwangerschaftsdiabetes nach der Schwangerschaft weg ist, ... also dann möchte ich damit (mit Diabetes, Anmerkung d. Autorinnen) auch eigentlich gar nicht mehr so großartig (beschäftigen, Anm. d. Autorinnen.)“ (HAS04/20).

Informationsmaterialien sind für die Teilnehmerinnen ausschließlich dann von Interesse, wenn diese individuelle Bedürfnisse bzw. akute Erkrankungen der Betroffenen thematisieren: „Und bestimmte Themen, die interessieren einen halt auch eher nicht. Und, ich weiß nicht, vielleicht auch einfach zu viel auf einmal, tatsächlich. Dass ich dann denke: Oh, ist schon so viel Schrifftkram, das reicht. Es reicht jetzt, ich will nicht. Zack, weg in Müll“ (HAS04/16).

Diskussion

Das Vorliegen eines GDM ist ein relevanter Prädiktor für T2D. Betroffene Frauen sind daher eine bedeutsame Zielgruppe für präventive Angebote im jüngeren Erwachsenenalter. Bisher gibt es nur wenige (englischsprachige) Konzepte, die sich maßgeschneidert an diese relativ jungen Frauen richten [7, 23]. Deshalb wurde mit dieser qualitativen Studie untersucht, wie und über welche Informationskanäle diese Risikogruppe effektiv erreicht werden könnte.

Als vertrauenswürdige Informationsquelle in Gesundheitsfragen werden von allen Teilnehmerinnen Ärztinnen oder Ärzte genannt. Weiterhin nutzen alle Teilnehmerinnen das Internet, obwohl die Informationen dort als wenig vertrauenswürdig angesehen werden.

Die Internetsuche erfolgt unsystematisch und ohne konkrete Qualitätskriterien, sodass in der Regel nur die ersten Einträge der Suchmaschine berücksichtigt werden. Institutionelle, qualitätsgesicherte Websites werden nicht gezielt aufgesucht. Dieses unspezifische Vorgehen bei der Informationssuche entspricht dem Verhalten von Befragten ohne besonderes Gesundheitsrisiko [25]. Einzig hoch gebildete Teilnehmerinnen aus Ge-

sundheitsberufen nannten öffentlich finanzierte oder institutionelle Websites als regelmäßige Informationsquellen. Auch Perez et al. [22] fanden einen Zusammenhang zwischen einem höherem Bildungsgrad und einem gezielteren Vorgehen bei der Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet. Im Unterschied zu den Ergebnissen des RKI-Telefonsurvey [20] spielen bei den Frauen mit GDM Printmedien, Radio und Fernsehen eine geringere Rolle als das Internet. Möglicherweise ist dies darauf zurück zu führen, dass die Teilnehmerinnen im Durchschnitt jünger sind als beim RKI-Telefonsurvey.

Viele Teilnehmerinnen wünschen sich Gütesiegel für Internetseiten oder Hinweise von vertrauenswürdigen Personen (i. d. R. die Ärztin/der Arzt). Nach ihren Aussagen ist v. a. der Mangel an Kriterien zur Beurteilung einer Internetseite ein Grund für die unsystematische Suche. Die gezielte Vermittlung von Informationen über vertrauenswürdige Websites und Bewertungsstrategien kann hilfreich sein und den Einfluss weniger qualifizierter Quellen mindern. Eine Erleichterung im Umgang mit den Medien und mehr Transparenz wird auch im Rahmen des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz gefordert [26]. Die Bertelsmann-Stiftung bemängelt in einer Studie eine unzureichende Unterstützung durch Fachleute bei der Internetrecherche [9]. Danach ermutigen nur 20 % der Ärzte ihre Patienten und Patientinnen zur Informationssuche im Internet oder leiten sie gezielt an. In Anbetracht der Tatsache, dass in der vorliegenden Studie alle Teilnehmerinnen berichten, im Internet nach gesundheitsrelevanten Informationen zu suchen, erscheint eine gezielte Unterstützung dieser Informationssuche sinnvoll. Das Aufsuchen qualitativ hochwertiger Websites geht mit einer korrekteren Informiertheit der Betroffenen einher [14].

Die Aussagen zum T2D weisen auf erhebliche Wissensdefizite bei vielen Frauen mit GDM hin. Weiterhin machen sie deutlich, dass kein Interesse daran besteht, sich während und direkt im Anschluss an eine Schwangerschaft mit T2D zu beschäftigen, solange keine Diagnose gestellt ist. Das persönliche T2D-Ri-

siko wird entweder als gering oder aktuell nicht bedeutsam eingeschätzt. Hier besteht konkreter Handlungsbedarf, die Awareness für T2D zu erhöhen, um nicht nur die Risikogruppe der Frauen mit GDM sondern auch deren Kinder vor T2D und seinen Folgen zu schützen [18, 28].

Bedingt durch ein fehlendes Risikobewusstsein äußern die Teilnehmerinnen wenig konkretes Interesse an präventiven Angeboten nach der Geburt. Demgegenüber ist aus diabetologischer Sicht eine frühzeitige Lebensstiländerung indiziert, um diese relativ jungen Frauen vor einer frühen T2D-Manifestation zu bewahren [13, 27]. Eine intensivere Betreuung nach der Entbindung, mit einem Schwerpunkt auf Awareness, Edukation und Hilfen zur Lebensstilmodifikation könnte zur T2D-Prävention beitragen. Das T2D-Risikobewusstsein, das Handlungswissen und die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich Prävention sollten daher in dieser besonders vulnerablen Gruppe gestärkt werden. Ausgangspunkt könnten hier die behandelnden Gynäkologen und Gynäkologinnen gemeinsam mit Diabetesschwerpunktpraxen sein, die Patientinnen den Weg zu qualifizierten Informationen und Angeboten im Internet weisen. Diese kompetente Unterstützung kann als systembezogene Facette der Gesundheitskompetenz verstanden werden [29], die notwendig ist, um die Gesundheitskompetenz der Frauen mit GDM im Sinne des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz zu stärken [26]. Die Angebote wiederum sollten sich auf die konkrete Lebenssituation von Müttern mit Säuglingen und Kleinkindern beziehen, deren Interessen aufgreifen und deren Selbstmanagementkompetenzen fördern.

Limitationen

In der Studie war es eine Herausforderung, dass vorgesehene „theoretical sampling“ zu realisieren. In der besonderen Situation der Teilnehmerinnen, limitierten z.B. die Anfahrt, der Zeitaufwand, die Organisation der Betreuung von Geschwisterkindern und der allgemeine Gesundheitszustand die Teilnahmebereitschaft. Die Methode der

Fokusgruppe hat in erster Linie Frauen mit einem hohen Schulabschluss angesprochen. Teilnehmerinnen aus bildungsfernen Schichten waren schwerer zu erreichen. Dennoch konnte eine bezogen auf die relevanten Merkmale heterogene Gruppe von Frauen mit GDM für die Untersuchung gewonnen werden, so dass von einer theoretischen Sättigung ausgegangen werden kann [21]. Einen Anspruch auf Verallgemeinerbarkeit erhebt diese qualitative Studie nicht.

Fazit für die Praxis

- Ärztinnen und Ärzte als die wichtigsten und vertrauenswürdigsten Ansprechpartner könnten über qualitätsgesicherte Websites informieren.
- Frauen mit und nach Gestationsdiabetes mellitus (GDM) sollten gezielt bei der Informationssuche im Internet unterstützt und über hilfreiche Strategien aufgeklärt werden, um die Gesundheitskompetenz der Betroffenen zu stärken.
- Der Bekanntheitsgrad von existierenden Gütesiegeln bzw. Anhaltspunkten für vertrauenswürdige Seiten im Internet sollte deutlich erhöht werden.
- Bei Frauen mit und nach GDM sollte das Risikobewusstsein bezüglich Typ-2-Diabetes (T2D) durch bedürfnisgerechte Awareness-Kampagnen erhöht werden; insbesondere bei übergewichtigen Frauen mit GDM.
- Diese Maßnahmen können zur Erhöhung der Präventionsbereitschaft bei Frauen nach GDM beitragen.

Korrespondenzadresse

Heike Saßmann

Forschungs- und Lehrinheit Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland
Sassmann.Heike@mh-hannover.de

Förderung. Dieses Projekt wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert.

Funding. Open Access funding provided by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A. Dehn-Hindenberg, H. Saßmann, M.-L. Dierks, M. Haack, A. Meyer, U. Walter und K. Lange geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Beschriebene Untersuchungen am Menschen wurden im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Personen liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor. Für die Studie liegt ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover vor (Nr. 7993_BO_S_2018).

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Adamczewski H, Weber D, Faber-Heinemann G, Heinemann L, Kaltheuner M (2016) Einfluss der Gestationsdiabetes-Leitlinie der DDG auf die Versorgungsrealität: Analysen des Register GestDiab. Diabetol Stoffwechs 11:341–349
2. American Diabetes Association (2020) 14. Management of diabetes in pregnancy: standards of medical care in diabetes—2020. Diabetes Care 43(1):S183–S192. <https://doi.org/10.2337/dc20-S014>
3. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D (2009) Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet 373(9677):1777–1783
4. Bitzer EM, Dierks ML (1999) Wie kann man Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten im Qualitätsmanagement berücksichtigen? – Erhebungsverfahren und Erfahrungen aus der ambulanten Versorgung. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Nomos, Baden-Baden, S 125–184

5. Bohnsack R (2000) Rekonstruktive Sozialforschung, Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung, 4. Aufl. Leske + Budrich, Opladen
6. Glaser BG, Strauss AL (1968) Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Huber, Bern u. a.
7. Guo J, Chen JL, Whittemore R, Whitaker E (2016) Postpartum lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes among women with history of gestational diabetes: a systematic review of randomized clinical trials. *J Womens Health* 25(1):38–49
8. Hambrock U (2018) Die Suche nach Gesundheitsinformationen. Patientenperspektiven und Marktüberblick. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh <https://doi.org/10.11586/2017053>
9. Haschke C, Grote-Westrick M, Schwenk U (2018) Gesundheitsinfos. Wer sucht, der findet – Patienten mit Dr. Google zufrieden. Hrsg.: Bertelsmann-Stiftung. Spotlight Gesundheit, 2. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Gesundheitsinfos_final.pdf. Zugriffen: 12. Nov. 2019
10. Kautzky-Willer A, Harreiter J, Winhofer-Stöckl Y et al (2019) Gestationsdiabetes (GDM) (Update 2019). *Wien Klin Wochenschr* 131(Suppl 1):91. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1419-8>
11. Kleinwechter H, Ratjen I, Demandt N, Nolte A (2019) Gestationsdiabetes mellitus nach WHO-2013-Kriterien – Qualitätsanalyse von 1074 Einzelschwangerschaften aus einer Diabetes-Schwerpunktpraxis (prospektive Kohortenstudie 2012–2017). *Diabetol Stoffwechs* 14:204–217
12. Kleinwechter H, Schäfer-Graf U, Bührer C, Hoesli I, Kainer F, Kautzky-Willer A et al (2015) Gestationsdiabetes mellitus (GDM) – Diagnostik, Therapie und Nachsorge. *Diabetol Stoffwechs* 10(S 02):S205–S217
13. Kleinwechter H, Schäfer-Graf U (2018) Diabetes und Schwangerschaft. In: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), diabetesDE (Hrsg) Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2018: Die Bestandsaufnahme. Deutsche Diabetes Gesellschaft, Kirchheim/Mainz, S 182–189
14. Kwakernaak J, Eekhof JAH, De Waal MWM, Barenburg EAM, Chavannes NH (2019) Patients' use of the internet to find reliable medical information about minor ailments: vignette-based experimental study. *J Med Internet Res* 21(11):e12278. <https://doi.org/10.2196/12278>
15. Lee AJ, Hiscock RJ, Wein P, Walker SP, Permezel M (2007) Gestational diabetes mellitus: clinical predictors and long-term risk of developing type 2 diabetes: a retrospective cohort study using survival analysis. *Diabetes Care* 30(4):878–883
16. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Beltz, Weinheim
17. Melchior H, Kurch-Bek D, Mund M (2017) Prävalenz des Gestationsdiabetes Eine populationsbasierte Leistungsdatenanalyse des Screenings in der ambulanten Versorgung. *Dtsch Arztebl Int* 114(24):412–418. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.2017.0412>
18. Müller G, Weser G, Schwarz PEH (2013) The European perspective of diabetes prevention: the need for individualization of diabetes prevention. *J Endocrinol Invest* 36(5):352–357
19. Padayachee C, Coombes JS (2015) Exercise guidelines for gestational diabetes mellitus. *World J Diabetes* 6(8):1033–1044
20. Paprott R, Heidemann C, Stühmann LM, Baumert J, Du Y et al (2018) Erste Ergebnisse der Studie „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017)“. *J Health Monit* 3(53):23–61. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-062>
21. Patton MQ (2002) Qualitative research and evaluation methods. SAGE, Thousand Oaks
22. Perez SL, Paterniti DA, Wilson M, Bell RA, Chan MS, Villareal CC, Nguyen HH, Kravitz RL (2015) Characterizing the processes for navigating Internet health information using real-time observations: a mixed-methods approach. *J Med Internet Res* 17(7):e173. <https://doi.org/10.2196/jmir.3945>
23. Pérez-Ferre N, Del Valle L, Torrejón MJ, Barca I, Calvo MI, Matía P, Rubio MA, Calle-Pascual AL (2015) Diabetes mellitus and abnormal glucose tolerance development after gestational diabetes: a three-year, prospective, randomized, clinical-based, Mediterranean lifestyle interventional study with parallel groups. *Clin Nutr* 34(4):579–585
24. Pohontsch NJ et al (2018) Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung. *Gesundheitswesen* 80:864–870
25. Schaeffer D, Bauer U, Hurrelmann K (2019) Strategiepapier #5 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz systematisch erforschen. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz, Berlin <https://doi.org/10.4119/unibi/2936985>
26. Schaeffer D, Hurrelmann H, Bauer U, Kolpatzik K (Hrsg) (2018) Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart, Berlin
27. Schienkiewitz A, Mensink G, Kuhnert R, Lange C (2017) Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *J Health Monit* 2(2):21–27
28. Schäfer-Graf U et al (2018) S3 Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 2. Aufl. AWMF-Registernummer: 057-008 (DDG, DGGG-AGG)
29. Seidel G, Meyer A, Lander J, Dierks M-L (2019) Facetten von Gesundheitskompetenz. Ergebnisse einer qualitativen Studie mit gesunden und chronisch kranken Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland. *Präv Gesundheitsf*. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00736-1>