



Was ist neu? Essentials der neuen GDM-Leitlinie

Prof. Dr. med. Ute Schäfer-Graf, Leiterin Berliner Diabeteszentrum für Schwangere, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, St. Joseph Krankenhaus, Berlin

Im März 2018 wurden die Empfehlungen der aktualisierten S3-Leitlinie „Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge“, bei der die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) federführend war, auf die Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) gestellt und löst die vorherige Version von 2011 ab. Die Empfehlungen sind entstanden in Kooperation von Experten der Geburtsmedizin, Neonatologen, Hebammen und Diabetologen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Ein wichtiger klinischer, viel diskutierter Aspekt betraf das Prozedere beim GDM-Screening im 3. Trimenon: Um Schwangere mit erhöhtem Risiko für GDM zu identifizieren, schreiben die deutschen Mutterschaftsrichtlinien vor, zunächst allen Schwangeren einen verkürzten oralen Glukosetoleranztest (oGTT) anzubieten – den einstündigen 50-g-Test ohne Bestimmung des Nüchternwertes. Nur bei Überschreiten eines Grenzwertes darf der zweistündige 75-g-oGTT durchgeführt werden, über den dann GDM diagnostiziert oder ausgeschlossen wird.

Die neuen Empfehlungen der Leitlinie zum GDM-Screening im 3. Trimenon lauten: „Nach der vorliegenden Evidenz soll bei Schwangeren ein 75-g-oGTT zwischen 24+0 SSW und 27+6 SSW durchgeführt werden (Empfehlungsgrad A). [...] wird entsprechend der deutschen Mutterschaftsrichtlinien ein 50-g-GCT zwischen 24+0 SSW und 27+6 SSW durchgeführt, sollte im Falle eines negativen GCT ergänzend die Nüchternblutglukose bestimmt werden (Empfehlungsgrad A). [...] wegen fraglicher Validität entspricht dies (der 50-g-Test) nicht den Empfehlungen der Fachgesellschaften“.

Es ist lobenswert, dass in der Zusammenarbeit vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Screeningangebote auf ihren Nutzen auf die gesundheitlichen Effekte und im Hinblick auf vorhandene Ressourcen geprüft werden. Mit der Entscheidung von 2013, den 50-g-Test in die Mutterschaftsrichtlinien einzuführen und zu bezahlen, wurde ein erster wichtiger Schritt getan. Seitdem wurden jedoch auch neue Daten veröffentlicht und ganz aktuell, die einer Studie, deren Ergebnisse nicht nur mit Spannung erwartet wurden, sondern die ebenfalls hohe Relevanz für die Diskussion hatten, die die neuen Empfehlungen zum Screening ausgelöst haben. Eine weitere Arbeit vergleicht das maternale und neonatale Outcome bei einzeitigem versus zweizeitigem GDM-Screening, also Angebot des 75g-oGTT an alle Schwangeren versus 50-g-Test gefolgt von 75-g-oGTT.

Wo stehen wir heute, wie ist die Datenlage:

- 33 % der Schwangeren mit GDM haben nur isoliert einen erhöhten Nüchternwert und werden beim zweizeitigen Screening nicht erkannt, da beim primären 50-g-Test kein Nüchternwert bestimmt wird.
- Erhöhte Nüchternwerte im oralen Glukosetoleranztest sind mit ungünstigem Schwangerschaftsoutcome assoziiert.
- Die Sensitivität des 50-g-Tests, Frauen mit GDM-Risiko zu identifizieren, beträgt nur 66 %.
- In Studiengruppen mit einzeitigem Screening ist die Rate an Neugeborenen mit zu hohem Geburtsgewicht (Makrosomie), neonataler Unterzuckerung (Hypoglykämie) und Notwendigkeit der Verlegung in die Kinderklinik geringer.
- In den beiden Interventionsstudien, die den Nutzen der GDM-Therapie belegen, wurde ein zweizeitiges Screening angewandt.
- International sind die Empfehlungen zum Screeningprozedere nicht einheitlich, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) empfehlen ein einzeitiges Screening.

Welche Konsequenzen ergeben sich für uns bezüglich unseres Screeningprozederes? Rechtfertigen die Daten, die nach Einführung des Screenings in die Mutterschaftsrichtlinien 2012 veröffentlicht wurden, eine Wiederaufnahme der Beratungen im G-BA?

Es ist für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen die schwierige Situation entstanden, dass die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) und der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG) ein von der Mutterschaftsrichtlinie abweichendes Prozedere empfiehlt. Basierend auf den neuen Daten wird die Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der DGGG e. V. (AGG) deshalb beim G-BA einen Antrag auf zeitnahe Wiederaufnahme der Beratung zum GDM-Screening stellen, um eine Klärung für das Vorgehen in der Praxis zu erreichen.

4.390 Zeichen

Kontakt:

Prof. Dr. med. Ute Schäfer-Graf
Leiterin Berliner Diabeteszentrum für Schwangere
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
St. Joseph Krankenhaus
Wüsthoffstr. 15
12101 Berlin
E-Mail: ute.schaefer-graf@sjk.de