

REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

Folge 5 – Zuckersüße Babys

Vorspann mit Hintergrundmusik

PROF. TANJA GROTEN: Wir wissen ja, dass inzwischen fast 10 Prozent aller Schwangeren einen Gestationsdiabetes entwickeln, also so einen Schwangerschaftsdiabetes.

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Es ist eine Erkrankung, für, wo man wirklich selbstständig als Patientin sehr viel selber machen kann.

PROF. TANJA GROTEN: Wichtig ist dazu, dass man versteht, dass der, Schwangerschaftsdiabetes erst in der Schwangerschaft entsteht.

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Ich glaub, was nochmal ganz wichtig ist, ist, dass die Tatsache, wenn man einen Schwangerschaftsdiabetes entwickelt, ja, bitte nicht im Internet lesen soll.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Schwangerschaftsdiabetes. Es gibt Frauen, die entwickeln während der Schwangerschaft einen sogenannten Gestationsdiabetes und es gibt Frauen, die leiden schon vor ihrer Schwangerschaft an Diabetes mellitus. Egal wie der Fall liegt, bestens versorgt sind Schwangere in unserem Kompetenzzentrum Diabetes und Schwangerschaft. Und wie genau, darüber sprechen wir heute mit unseren beiden Expertinnen Professor Tanja Groten, hallo.

PROF. TANJA GROTEN: Hallo.

MODERATORIN: Und Dr. Friederike Weschenfelder.

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Hallo, auch von meiner Seite.

MODERATORIN: Die beiden leiten das Kompetenzzentrum hier in der Klinik für Geburtsmedizin. Welche Fälle behandeln Sie denn häufiger? Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes oder Frauen, die vorher schon einen Diabetes hatten?

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Prinzipiell behandeln wir mehr Patientinnen mit Gestationsdiabetes, einfach weil es auch wesentlich häufiger ist und vorkommt. Frauen mit Typ 1 Diabetes, würde ich sagen, ist dann die zweite Stelle und Typ 2-Diabetikerinnen, ja, die nehmen die dritte Stelle eigentlich ein. Aber auch da sehen wir zunehmend mehr Patientinnen, die doch einen Typ 2-Diabetes schon mitbringen in der Schwangerschaft.

PROF. TANJA GROTEN: Genau, wir wissen ja, dass inzwischen fast 10 Prozent aller Schwangeren einen Gestationsdiabetes entwickeln, also so ein Schwangerschaftsdiabetes. Und das finden wir auch eigentlich eine ganz erwartbare Zahl, weil wir wissen, dass eben 10 Prozent der Bevölkerung später einen Diabetes entwickeln. Und der Diabetes, der in der Schwangerschaft entsteht und auch nach der Schwangerschaft in der Regel wieder verschwindet, ist trotzdem eine Form des Prä-Diabetes, wie man sagt. Also es sind Anzeichen dafür, dass ein Risiko besteht, dass man später vielleicht einen Diabetes entwickelt. Und wenn das 10 Prozent der Bevölkerung sind, sind das in der Regel auch 10 Prozent der Schwangeren, die wir haben. Und deshalb ist das so ungefähr der Bereich, in dem wir an Häufigkeit erwarten würden, der auch nicht jetzt als beunruhigend zu bewerten ist. Und darüber hinaus höhere Zahlen erwarten wir aber tatsächlich nicht.

MODERATORIN: Was ist denn das Besondere in unserem Kompetenzzentrum?

PROF. TANJA GROTEN: Wir.

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Wir, genau. Das Besondere ist eigentlich natürlich zum einen, dass die Frau Professor Groten Diabetologin DDG ist, was ja für eine Frauenärztin oder Gynäkologin, Geburtshelferin jetzt nicht typisch ist. Also da ist sie einer der wenigen in Deutschland. Ich arbeite da aktuell noch dran, aber das Ziel ist es auch, dass ich mich da in der Richtung weiterentwickle. Und natürlich auch unser Team von Diabetesberaterinnen und auch Hebammen, die mittlerweile auch Diätberaterin sind. Und dass wir halt mittwochs eine Sprechstunde haben, die sich wirklich nur mit der Thematik beschäftigt und da letztendlich das geballte Team an einem Tag zusammenbringt, sodass die Frauen halt auch nicht mehrere Termine brauchen, schlussendlich dann halt wirklich den Ultraschall bekommen, die Beratung bekommen, die Einweisung und auch Anpassungen, weil es insoweit notwendig ist. Passiert halt alles an einem Tag und das ist, glaube ich, das Besondere bei uns. Sodass eigentlich ein Diabetologe und ein Geburtshelfer gleichzeitig auf das Kind und die Mutter schaut. Und das ist das Besondere bei uns.

PROF. TANJA GROTEN: Genau. Also das erleben wir auch oft so, dass eben die, ich denke, dass die schwangeren Diabetikerinnen, egal ob Gestationsdiabetikerinnen oder Diabetikerinnen, die schwanger werden, auch in den Schwerpunktpraxen wirklich gut versorgt sind. Aber da ist es eben so, dass man auf die Informationen, die man von dem betreuenden Frauenarzt, von der betreuenden Frauenärztin bekommt, eben immer noch angewiesen ist, dass die mitgebracht wird. Und bei uns ist es eben so, dass wir das quasi gleichzeitig machen. Wir gucken das Kind an und die Mutter in dem gleichen Termin und können dann eben sehr engmaschig das eine auf das andere abstimmen und das miteinander verknüpfen. Und ich glaube, was noch etwas Besonderes ist in unserem Zentrum, ist ja wirklich, dass wir an dem Mittwoch eben diese Schwangerschafts-Diabetes-Sprechstunde haben. Und wir sehen im Jahr so circa 250 Patientinnen, die eben regelmäßig zu uns kommen. Und die kommen alle immer mittwochs. Und erstens mal ist es so, dass dort man erleben kann, dass man nicht alleine ist mit diesem Problem, sondern dass es eben viele sind. Und das macht, glaube ich, ganz viel aus, dass man einfach so ein bisschen Normalität in diese, ja, Schwangerschaftskomplikationen, aber insgesamt eben doch eine gut behandelbare Komplikation und einfach etwas, mit dem man sehr gut umgehen kann, wo man so ein bisschen Normalität da reinbringt. Und es sind auch wirklich hier schon Freundschaften entstanden bei uns in der Sprechstunde, wenn die Frauen sich regelmäßig treffen, vielleicht aus derselben Richtung hierher gefahren kommen. Es hat sich auch schon Fahrgemeinschaften gebildet. Also ich glaube, das ist auch etwas sehr Besonderes. Und es ist eben wirklich so, dass unser Team oft wirklich enge Beziehungen auch entwickelt zu den Frauen, insbesondere unsere Diabetesberaterin, die so ein bisschen zum Herz unserer Sprechstunde jetzt geworden ist. Und das macht wirklich Spaß, mit den Frauen zu arbeiten und dann auch zu sehen, dass sie sich bei uns wohlfühlen und Vertrauen haben und eben dann auch mit diesem Schwangerschaftsdiabetes so umgehen, wie man damit umgehen sollte, nämlich, dass man das annimmt, dass man sich darum kümmert, dass man versucht, den Blutzucker gut einzustellen, aber dass es eben keine große Belastung oder keine, also weit weg von allem, was man jetzt wirklich als schwere Komplikation bezeichnen sollte, ist.

MODERATORIN: Und zu welchem Zeitpunkt in der Schwangerschaft kommen die denn zum ersten Mal hierher und wie oft müssen sie dann kommen?

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Also prinzipiell der Test auf Schwangerschaftsdiabetes wird ja ab der 24. Schwangerschaftswoche durchgeführt, sodass wir die meisten Frauen nach der 24. Woche, also nach dem Zuckertest, das erste Mal eigentlich sehen. Allerdings ist es mittlerweile so, dass manche, also mehr Frauen halt auch Risikofaktoren mitbringen, sodass jetzt auch ein größerer Anteil in den letzten Jahren jetzt auch schon früher diagnostiziert wird. Gerade Patientinnen, die mit mehr Gewicht schon in die Schwangerschaft gehen, also adipös oder übergewichtig sind, da empfiehlt man den Test schon früher. Dann kann das auch sein, dass das vor der 20. Schwangerschaftswoche schon passiert.

PROF. TANJA GROTEN: Genau, die kommen zu uns meistens eben schon mit der Diagnose, die beim Frauenarzt gestellt wird, weil es ja ganz normal in der Mutterschaftsvorsorge verankert ist, der Test auf Schwangerschaftsdiabetes. Und dann kommt es eben ganz darauf an, was sie mitbringen. Die werden von uns ausführlich beraten, also deshalb sind die auch bei dem ersten Besuch bei uns in dem sogenannten tagesstationären Setting, wo wir wirklich den ganzen Tag

einplanen, weil eben sie ihren ersten Ultraschall bekommen, die ausführliche ärztliche Aufklärung bekommen und dann eine ausführliche Schulung über Ernährung und auch darüber, wie man den Blutzucker misst. Und dann ist es ja so, dass die Frauen praktisch erst mal wieder nach Hause gehen, ihren Blutzucker messen, ihre Ernährung umstellen, wie das in ihren Möglichkeiten liegt und dass man dann die Blutzuckerwerte erst mal beobachtet. Und dann gibt es eben ein Drittel, das Insulin braucht, die sehen wir häufiger. Die sehen wir im Zwei-Wochen-Rhythmus zumindest über die Zeit in der Schwangerschaft, in der da auch noch sehr viel Dynamik in dem ganzen Prozess drin ist und die, die gut mit einer Ernährungsumstellung und vielleicht einem Plus an Bewegung mit guten Blutzuckerwerten durch die Schwangerschaft gehen, da sehen wir die nur alle vier Wochen. Wichtig ist dazu, dass man versteht, dass der Schwangerschaftsdiabetes erst in der Schwangerschaft entsteht, weil letztlich der Mutterkuchen ja nicht entweder da ist oder wächst, sondern dass der wächst über die ganze Schwangerschaft hinweg und dass der Mutterkuchen je größer er wird, eben mehr von diesen sogenannten Gegenspielern gegen das Insulin produziert. Und Insulin bringt eben den Zucker in die Zelle und wenn der Körper der Schwangeren nicht in der Lage ist, mehr Insulin zu produzieren, dann ist das zum Beispiel ein Grund, wo irgendwann dieser Mehrbedarf nicht mehr ausgeglichen werden kann und dann bekommt man einen hohen Blutzucker und damit einen Schwangerschaftsdiabetes in der Schwangerschaft. Und dieser Punkt, der kann eben an ganz verschiedenen Zeitpunkten in der Schwangerschaft entstehen. Und wenn man so einen Schwangerschaftsdiabetes diagnostiziert hat, dann kann es eben durchaus sein, dass sich die Stoffwechselsituation auch noch verschlechtert mit zunehmendem Schwangerschaftsalter. Und deshalb ist es eben so, dass wir eine Zeit lang auch etwas engmaschiger beobachten, weil es durchaus sein kann, dass jemand, der mit 26 Schwangerschaftswochen seine Diagnose bekommt oder ihre Diagnose in dem Fall mit 30 Wochen noch kein Insulin braucht, aber mit 32 oder 33 eben schon. Also man muss am Anfang ein bisschen engmaschiger hingucken und kann am Ende dann wirklich ein bisschen großzügiger sein. Und unsere Philosophie hier bei uns am Zentrum ist, dass wir sehr lange hingucken, was man an der Ernährung und was man mit Bewegung noch verändern kann, bevor wir dann tatsächlich Insulin applizieren. Aber ich versuche immer wieder dafür zu werben, dass man auch diese Insulingabe in der Schwangerschaft im Rahmen der üblichen Substitutionen sehen muss, weil es einfach so ist, dass den Frauen, die in der Schwangerschaft einen Diabetes entwickeln, denen mangelt es an Insulin. Und wenn es an Eisen mangelt, dann kriegt man Eisen, zum Teil sogar EV appliziert. Vitamine, wissen wir alle, werden hochdosiert eingenommen in den Schwangerschaften. Und wenn es eben an Insulin mangelt, dann muss man eben auch Insulin geben in der Schwangerschaft, damit eben für das Kind alles in Ordnung ist und die Kinder eben gesund sind und sich normal entwickeln können.

MODERATORIN: Trotzdem ist aber Insulingabe nicht bei jedem Schwangerschaftsdiabetes notwendig.

PROF. TANJA GROTEN: Ne, genau. Das hatte ich ja gesagt. Also ein Drittel ungefähr braucht Insulin. Und es ist wirklich so, dass diese Betreuung beim Schwangerschaftsdiabetes wie bei vielen anderen Besonderheiten in der Schwangerschaft auch, machen wir viel Betreuung in der Schwangerschaft, damit wir dann möglichst eben zum Zeitpunkt der Geburt nichts machen müssen, also eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind haben. Und das muss man immer so sehen, dass man wirklich mit dieser Behandlung, mit dem Management des Blutzuckers, investiert in einen möglichst ungestörten Start zur Geburt hin. Das Kind muss nicht in die Kinderklinik und geht mit der Mama gesund nach Hause.

MODERATORIN: Was wäre denn, wenn der Insulinhaushalt während der Schwangerschaft aus den Fugen gerät? Was sind denn die Risiken?

PROF. TANJA GROTEN: Wenn der Blutzucker bei der Mutter ansteigt, also wenn wir nichts tun würden quasi, also wenn die Mutter den Mehrbedarf an Insulin in der Schwangerschaft nicht ausgleichen kann, also nicht mehr Insulin produzieren kann, dann steigt der Blutzucker bei der Mutter. Auch wenn sie außerhalb der Schwangerschaft keinen Diabetes hatte, bekommt sie dann einen Diabetes. Und das Problem ist, dass dieser Zucker eben eins zu eins übergeht über den Mutterkuchen zum Kind. Und das heißt, der Blutzucker steigt beim Kind auch an. Und die Bauchspeicheldrüse vom Kind, die kann im Gegensatz zu der der Mutter ausreichend Insulin

produzieren. Und das machen die Kinder dann auch. Und das ist aus vielen Gründen hat das Folgen für das Kind. Erstmal ganz direkt, weil das Insulin ist da, der Zucker ist da, die Kinder bauen den Zucker ein, werden dick. Dann ist es so, dass das viele Insulin im Blut tatsächlich dazu führt, dass zum Teil die Organe nicht richtig reifen. Also die haben dann zur Geburt zum Teil Anpassungsstörungen, was die Atmung betrifft und auch was die Leberfunktion betrifft. Deshalb kriegen Kinder, die schlecht eingestellt sind in der Schwangerschaft, eben häufiger so ein Neugeborenen-Ikterus. Und wir wissen außerdem, dass die Bauchspeicheldrüse in der Schwangerschaft falsch lernt. Also dass quasi die Bauchspeicheldrüse im Mutterleib falsch programmiert wird. Und dass die Kinder deshalb eben, dass die Kinder sind, die später ein Risiko haben, für die Entwicklung eines Diabetes oder für eine Adipositas, also dick zu werden und andere Stoffwechselerkrankungen zu bekommen. Und ich sage immer, die gute Nachricht beim Gestationsdiabetes ist aber eben, dass wenn wir den Blutzucker der Mutter gut einstellen, dass das dann beim Kind alles nicht passiert. Also wir können das wirklich nahezu zu 100 Prozent vermeiden.

MODERATORIN: Wenn man die ganze Zeit gut eingestellt ist, wie sieht es denn bei der Geburt aus? Ist eine natürliche Geburt möglich?

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Das ist prinzipiell immer das Ziel eigentlich, dass eine Frau, die sich eine spontane Geburt wünscht oder eine vaginale Geburt, dass wir das auch versuchen natürlich zu ermöglichen. Und prinzipiell nur weil man einen Schwangerschaftsdiabetes entwickelt hat, heißt das nicht, dass man nicht vaginal gebären kann. Prinzipiell geht das natürlich, das Risiko kann einhergehen, wenn es schlecht eingestellt ist, die Kinder massiv zu groß werden und auffällig sind. Dass da natürlich das Risiko für den Kaiserschnitt erhöht ist. Aber prinzipiell, wenn eine Frau gut eingestellt ist, das hat die Frau Professor Groten ja eben auch schon gesagt, dass wenn wir den Diabetes behandeln und gut einstellen, dass eigentlich dann das Risiko ähnlich dem von Frauen ohne Stoffwechselerkrankungen ist, aber halt auch nur ähnlich. Es gibt noch so ein paar Dinge, die wir einfach noch nicht komplett rational erklären können, wo man sagt, okay, da gibt es noch Einflussfaktoren, an denen noch geforscht werden muss. Aber das ist immer ja auch hier nicht in der Hand.

PROF. TANJA GROTEN: Genau, wir gucken zur Geburt natürlich schon die Kinder nochmal sehr genau an. Das ist auch wichtig, dass man bei denen Blutzucker misst. Deshalb ist es auch nach wie vor eben empfohlen, dass die Kinder von diesen Müttern eher an Zentren zur Welt kommen, wo es gar nicht mehr darum geht, dass man jetzt hier so groß und wissenschaftlich aufgestellt ist. Aber man braucht einfach genug Erfahrung, um einfach den Blutzucker der Kinder auch so genau zu kontrollieren, ohne dass man dazu Mutter und Kind trennen muss. Das ist immer was, was ich immer versuche auch zu vermitteln. Es ist wichtig, den Blutzucker zu kontrollieren, weil wir eben nicht alles bis ins Letzte vorher wissen können. Und Zucker ist der einzige Nahrungsstoff fürs Gehirn nach der Geburt. Also gerade bei den Neugeborenen, da kommen wir Menschen ja so ein bisschen noch im Embryonalstadium auf die Welt, was die Gehirnentwicklung betrifft. Also da braucht das Kind wirklich den Zucker. Und deshalb muss man den Blutzucker kontrollieren. Das muss man mit entsprechend geeichten Geräten machen. Und das kann eben schlimmstenfalls so sein, dass das in den Kliniken ein solches Gerät nur in der Kinderklinik vorhanden ist. Und dann wird aus rein logistischen Gründen dann eben doch oft Mutter und Kind getrennt. Und deshalb sollte man sich das einfach sehr genau angucken, wo man sein Kind zur Welt bringt.

MODERATORIN: Früher hieß es, dass eine Schwangerschaft mit Diabetes problematisch sei. Wie ist denn der Stand heute?

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Also so ganz unproblematisch ist natürlich so eine Schwangerschaft mit einem vorbestehenden Diabetes nicht. Das hängt aber natürlich immer auch ein bisschen davon ab, was für Komplikationen die Frau einfach schon mit in die Schwangerschaft bringt. Hier ist es so, dass wir mit unseren diabetologischen Praxen in der Umgebung einfach sehr engmaschig auch zusammenarbeiten. Die grundsätzliche Behandlung erfolgt durch den Diabetologen. Wir betreuen die Patientin mit. Das heißt, wir schauen auf diese schwangerschaftsspezifischen Komplikationen, die eintreten können. Aber prinzipiell sehen wir ja mittlerweile zum Glück ja auch durch die ganze Umstellung und Verbesserung der Diabetes-Technologie, aber auch der Insulin-Behandlung viel mehr gesunde Typ 1-Diabetikerinnen per se.

Aber trotzdem haben die ihre kleinen Besonderheiten, die wir hier halt auch mehr oder weniger sehr individuell behandeln müssen. Und das müssen die Frauen auch einfach wissen, dass sie halt keine komplett gesunde Frau sind, auch wenn sie vielleicht sportlich dynamisch in die Schwangerschaft gehen mit ihrem Typ 1-Diabetes. Aber trotz dem Risiken da sind und auch bleiben bisher, wo wir auch noch keine Möglichkeiten so richtig gefunden haben, die einzelnen Fälle rauszukriegen. Warum diese Frau vielleicht jetzt eher eine Schwangerschaftsvergiftung entwickelt oder warum dieses Kind bei der einen Frau eben doch mehr wächst, obwohl der Zucker wunderschön eingestellt ist. Das sind so ganz, ganz feine Nuancen, an denen wir uns mal langtasten. Und ja, bisher muss man sagen, es ist einfach eine besondere Situation. Darf man halt einfach nicht unterschätzen.

PROF. TANJA GROTEN: Und es ist eben auch nicht so, dass die Typ 1-Diabetikerinnen sich alle gleich sind. Das sind eben, es ist eben nicht ein Krankheitsbild mehr heute, dass man irgendwie in einen Topf werfen kann. Früher war es tatsächlich so, dass man, dass man Typ 1-Diabetikerinnen gesagt hat, sie können auf keinen Fall Kinder kriegen. Und dann war es eben lange so, dass man ja quasi die ganze Schwangerschaft stationär geführt hat. Also das war über viele Jahre so. Und das ist, da sind wir natürlich heute weit drüber hinaus, ja bis hin, bis dazu, dass wir wirklich welche haben, die sehr unkompliziert durch die Schwangerschaften gehen. Und wir auch die Kinder bei uns im Haus zumindest ja nicht mehr regelhaft auf die Neonatologie verlegen, in die Kinderklinik, sondern auch die Kinder von Typ 1-Diabetikerinnen nur verlegt werden, wenn der Zucker wirklich schlecht ist oder das Kind es erfordert. Aber das, was Frau Weschenelder ja gerade auch schon gesagt hat, ist eben wirklich so, dass wir letztlich, wir betreuen so circa 30 Typ 1-Diabetikerinnen im Jahr, was viel ist für so ein Zentrum. Aber, und es ist wirklich so, dass uns eigentlich, oder nicht nur eigentlich, im Grunde genommen wächst uns jede einzelne ans Herz mit ihren spezifischen Besonderheiten und mit dem, was sie mitbringt. Und mit der Breite der technischen Möglichkeiten und der Therapieoptionen, die es dort inzwischen gibt, ist es ja auch so, dass jede wirklich ihre Besonderheiten nicht nur in dem, was sie an Vorgeschichte hat, was sie an Vorerkrankungen hat, was sie an Begleitkomplikationen schon hat, sondern auch was sie an Therapie und an eigener Möglichkeit, ihren Zucker zu kontrollieren, mitbringt. Und das ist schon wirklich etwas, wo man wirklich sagen muss, wir lernen mit jeder Frau dazu. Und die meisten sind in ihren diabetologischen Schwerpunktpraxen gut versorgt, viele betreuen sich ja auch selber zum großen Teil mit. Aber es ist tatsächlich so, dass die Schwangerschaft eine ganz besondere Situation ist, auch und gerade beim Typ 1-Diabetes. Und es ist so, dass auch diabetologische Praxen manchmal wirklich wenig Erfahrung mit Schwangerschaft und Diabetes haben und dass die dann gerne die Frauen auch an uns abgeben. Diese Schwangeren betreuen wir dann gemeinsam mit unseren Diabetologen hier im Haus. Und es ist so, dass auch die Patientinnen zum Teil lernen müssen, dass sie plötzlich ihren Stoffwechsel nicht mehr kennen. Und das ist oft eine wirklich sehr schwierige Situation, weil Typ 1-Diabetikerinnen daran gewöhnt sind, dass sie wirklich alles wissen, was mit ihrem Körper passiert, vorausschauend sehen können, wann der Zucker fallen wird und wann er steigen wird. Und in der Schwangerschaft ist plötzlich alles anders. Und das ist wirklich so eine Situation, wo man die Frauen wirklich einfach sehr individuell begleiten muss. Man kann es gar nicht anders sagen. Und wir sind sehr glücklich darüber, dass wir jetzt eben eine Vollzeit-Diabetes-Bereiterin im Team haben, die es uns eben auch ermöglicht, über diese cloudbasierten Systeme die Blutzuckerwerte der Frauen quasi ständig mit zu überwachen. Und das hat uns vieles schon erleichtert und ermöglicht eben da eine viel engmaschigere Betreuung der Frauen auch.

MODERATORIN: Und wie sind denn die Chancen für eine natürliche Geburt bei vorbestehenden Diabetes?

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Das ist natürlich immer so ein Punkt, denn die Frage kommt natürlich ganz oft. Und früher war das Risiko auf jeden Fall höher, dass man einen Kaiserschnitt im Verlauf brauchte. Es ist aber trotzdem so, und das hatte ich auch vorhin schon gesagt, es ist eine besondere Situation. Und Typ-1-Diabetikerinnen haben ein höheres Risiko, dass es im Verlauf der Geburt auch zu einem Kaiserschnitt kommen kann. Also wir sind doch bei knapp 50 bis 60 Prozent der Frauen, die eine normale Geburt planen oder in eine normale Geburt gehen, am Ende doch per Kaiserschnitt entbunden werden. Und damit ist es doch doppelt so hoch wie bei Patientinnen, die halt keinen Typ 1-Diabetes haben. Das muss die Frau wissen, und das

erfahren die auch bei uns vorher, dass die einfach informiert sind, sodass die Enttäuschung natürlich darüber auch ein bisschen geringer ist. Das ist halt etwas, was wir mit den Frauen in der Geburtsplanung besprechen. Und ich denke, das ist immer gut, dass die Patientinnen auch darüber Bescheid wissen, dass das Risiko einfach größer für sie ist und wie gesagt, die Enttäuschung einfach weniger dann da ist und im Geburtsverlauf dann einfach eine Entscheidung vielleicht auch mal früher getroffen wird, als in einer anderen Situation. Weil gerade das, was wir auch schon gesagt haben, die individuellen Blutzuckerwerte beim Typ 1-Diabetes, das ist gerade unter der Geburt, das ist ja nochmal eine besondere Stresssituation. Da kommt der Hormonhaushalt sowieso nochmal ein bisschen durcheinander. Und im Rahmen dieser Stresssituation kann es sein, dass das Insulin, was man der Patientin gibt, nicht ausreicht, was sie bis dazu hatte, und es da auch mal schnell zu einer Stoffwechsellage kommen kann, sodass es gerade auch wichtig ist, dass das Team um die Geburt herum Bescheid weiß, dass es solche Situationen einfach gibt und entsprechend da halt auch die Kompetenz einfach auch da sein muss unter der Geburt. Und da sind die Patientinnen darauf vorbereitet, unser Team im Kreißsaal ist vorbereitet und entsprechend kann das einfach sein. Und ich sage immer gerne, die Frau muss schneller gebären, als ihr Insulin oder ihr Zucker unter der Geburt schlecht wird. Und das ist auch so. Also wenn die Geburt wunderbar voranschreitet, dann hat die Frau auch eine sehr gute Chance auf eine spontane Geburt. Aber wenn man in so eine Situation kommt, wo man dann halt einfach mit dem Stoffwechsel hinterherhinkt, dann ist leider oft das Problem, dass die Gebärmutter auch dann nicht das mehr macht, was sie soll, weil es ja auch nur ein Muskel ist, der mit Zucker versorgt wird und entsprechend auch es dann manchmal einfach nicht vorwärts geht.

MODERATORIN: Das heißt, Geburtsplanung ist wichtig und am besten sich vorher überlegen, wo man am besten entbinden kann. Genau, genau.

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Früher war es ja so, dass viele Kliniken auch Typ 1-Diabetikerinnen entbunden haben. Mittlerweile sind es wirklich eigentlich unsere Umgebung eigentlich fast nur noch wir. Außer aus Versehen geht mal eine Geburt zu schnell, dann kann das auch mal außerhalb passieren. Aber das ist auch das, was wir den Frauen empfehlen, dass einfach dieses Wissen darum da ist, nicht nur die neonatologische Versorgung nach der Geburt und der Blutzuckerkontrollen und die Bewertung auch nach der Geburt. Das ist ja das eine, aber halt die Betreuung auch unter der Geburt ist gerade auch mit der neuen Technologie auch nochmal ganz besonders geworden. Und auch da sind wir weiterhin immer am Lernen und in Zusammenarbeit mit Kollegen, die das auch regelmäßig machen, dass man einfach da das ganze Wissen, was man jetzt mittlerweile braucht, auch einfach hat.

PROF. TANJA GROTEN: Genau, es ist nach wie vor eine besondere Situation und ich glaube, es ist wie überall im Leben. Das kann man dann gut machen, wenn man damit viel Erfahrung hat. Typ 1-Diabetes in der Schwangerschaft sind immer noch deutschlandweit unter 1 Prozent der Schwangeren. Das sind eben nicht viele Frauen. Da kann man nur Erfahrung bekommen, wenn man eben so eine gewisse Zentrumsfunktion hat. Und wir haben eben bei uns im Kollektiv sind es auch nur 2 bis 3 Prozent der Schwangeren. Aber damit haben wir natürlich trotzdem sehr viel mehr Erfahrung als die meisten anderen. Und das ist das Einzige, was einem im Zweifelsfall tatsächlich hilft. Und mit der Kaiserschnitttrate ist es tatsächlich so, dass wir noch nicht so richtig verstanden haben, woran das liegt, weil wir es auch oft eben nicht vorhersehen können. Es ist aber tatsächlich so, dass der Mutterkuchen bei den Diabetikerinnen, insbesondere bei denen, die Insulin brauchen, am Ende einfach nicht mehr so richtig gut funktioniert. Und das bedeutet, dass die Kinder einfach unter der Geburt keine hohe, also nicht viel Kompensationsmöglichkeiten haben. Das heißt also Kinder, die mit so einer Plazenta, die eben nicht mehr ausreichend funktioniert, in so eine Stresssituation wie der Geburt gehen, die werden eben viel schneller sauer und dekompensieren, also werden schlecht zu Situationen, wo das eben eine Plazenta, die da noch gut funktioniert, die eben nicht Diabetes ausgesetzt war in der Schwangerschaft, das noch nicht tut. Und deshalb ist es eben so, dass wir wissen, dass wenn die Geburten sehr lange dauern und dass diese Herztonkontrollen der Kinder, also das CTG unter der Geburt, nicht gut ist, dass wir da bei den Diabetikerinnen sehr viel schneller handeln müssen auch. Und das bestätigt sich auch immer wieder, dass wir einfach, wenn wir dann den Kaiserschnitt machen, die Kinder oft tatsächlich jetzt nicht im eigentlichen Sinne schlecht sind, aber schlechter als wir das bei einer gesunden Schwangeren eben erwartet hätten in der Situation. Und auch so was muss man wissen, um dann

auch rechtzeitig handeln zu können. Und unsere persönliche Inhouse-Sektorate bei den Typ 1-Diabetikerinnen ist tatsächlich unter 50 Prozent. Aber wenn man eben so europaweit schaut, dann sind wir eben immer noch bei eher bei 60 bis 70 Prozent.

MODERATORIN: Vielleicht noch zum Schluss, egal ob ich jetzt vorher schon Diabetes hatte oder Schwangerschaftsdiabetes, braucht es eine besondere Nachsorge?

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Auf jeden Fall braucht es die besondere Nachsorge. Das ist auch eine gute Nachfrage. Wir haben die Möglichkeit, ja nach der Geburt, zum Beispiel zwischen 8 bis 12 Wochen, wird auch nach der Leitlinie empfohlen, dass man nochmal schaut, ob die Patientin doch eine fortbestehende Stoffwechselkomplikation mehr oder weniger hat. Da wird nochmal so ein Zuckertest, so ein 75 Gramm Zuckertest durchgeführt. Aber wir sehen halt auch, und das ist jetzt auch nicht nur bei uns so, dass nur ungefähr 40 Prozent der Frauen zu diesem Test kommen. Aber von denen, die kommen, sind auch 40 Prozent der Fälle auffällig. Das heißt nicht, dass das per se jetzt ein fortbestehender Diabetes ist, aber wie vorhin schon mal erwähnt, so eine Vorstufe, also dieser Prädiabetes, das ist wirklich so, dass wir das bei 40 Prozent der Frauen sehen. Nach der Geburt oder halt in diesen 8 bis 12 Wochen. Und da wird dann empfohlen, dass man auf jeden Fall einmal jährlich nochmal eine Kontrolle macht. Und die Frauen einfach, bevor sie dann wirklich einen richtigen Diabetes entwickeln, der dann auch behandelt werden muss, einfach aufgefangen werden und halt nicht erst dann mit diabetologischen Folgekomplikationen irgendwann dann auffällt, sondern halt auch einfach, wenn man vorher reagiert, so dass man da auch noch ein bisschen Prävention leisten kann und die Frauen da halt auch abholt. Und natürlich spätestens dann zur nächsten Schwangerschaft sollte man sich dann auch schon frühzeitig mal diabetologisch vorstellen.

PROF. TANJA GROTEN: Genau, weil das, also es ist vielleicht verständlich, wenn man so drauf schaut, wenn das Kind dann geboren ist und der Zucker erstmal wieder normal ist, dass man vor dem Risiko, ich bekomme einen Diabetes, gerne die Augen verschließt. Das ist ja auch jetzt keine der Krankheiten, die man irgendwie so gerne vor sich herträgt, die auch immer noch mit einem gewissen Stigma belegt sind leider. Und deshalb ist das, glaube ich, sehr menschlich und verständlich, dass man davor die Augen zumacht. Aber man muss wissen, dass gerade beim Diabetes es so ist, dass die Krankheit eben, dass man das nicht spürt und dass sie aber eben gerade der hohe Zucker durchaus anfangen kann, Gefäße kaputt zu machen und dann wirklich zu Langzeitschäden zu führen, bevor man tatsächlich so manifest wird, dass man quasi nicht mehr, also dass die Krankheit so deutlich wird, dass man gar nicht mehr anders kann als zum Arzt gehen. Und wir wissen, dass es eben gerade unter den Menschen mit Diabetes eine hohe Dunkelziffer gibt, an Menschen, die eben Diabetes haben und es nicht wissen. Und wir wissen auch aus den Daten, die das Robert-Koch-Institut ja immer für uns sammelt, dieser Anteil bei den Frauen tatsächlich zurückgegangen ist, seitdem wir uns um Schwangerschaftsdiabetes kümmern. Und ich denke, das ist einfach noch so ein bisschen die Botschaft, dass es einfach an der Stelle einen gesünder macht, wenn man hinguckt, als wenn man wegguckt. Und da geht es jetzt gar nicht darum, dass man dann verpflichtet wird, immer die Ehe zu halten und lauter Sachen zu machen, die man nicht machen möchte, aber dass man eben einfach die Möglichkeit hat, es zu behandeln, wenn es behandlungsbedürftig ist, bevor eben Langzeitschäden entstehen. Und das ist, glaube ich, da noch ein ganz wichtiger Punkt.

MODERATORIN: Was würden Sie denn gerne Schwangeren nach Diabetes oder nach Schwangerschaftsdiabetes gerne noch mitgeben?

PROF. TANJA GROTEN: Ja, überhaupt Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes würden wir eigentlich gerne mitgeben, dass sie auch gucken, dass sie so versorgt sind, dass man ihnen auch mit Schwangerschaftsdiabetes schon die modernen Technologien zugänglich macht. Also wir sind ein großer Fan davon, insbesondere Frau Weschenfelder, die sich damit sehr viel auch wissenschaftlich beschäftigt, dass wir auch in der Schwangerschaft statt dieser blutigen Blutzuckermessung aus dem Finger Sensoren, die Frauen mit Sensoren versorgen, das sind eben diese Blutzuckermess-, oder es ist ja nicht Blutzucker, es ist streng genommen Gewebezucker, Messmöglichkeiten, wo man eben so einen Sensor am Arm kleben hat, der den Zucker quasi kontinuierlich misst. Das hat eben den Vorteil erstens, dass man sich nicht dauernd in den Finger stechen muss und zweitens, dass man viel mehr Informationen bekommt darüber, wie der Zucker

über den ganzen Tag verteilt ist. Wir haben dann die Möglichkeit auch, dass man die Patientinnen online berät, also dass wir eben die Werte in der Cloud sehen und telefonisch sehr viel besprechen kann. Und wir sind davon fest überzeugt, dass man mit so einem Sensor am Arm über sich selber so viel lernt in der Schwangerschaft, was passiert, wenn ich esse, was passiert, wenn ich mich bewege, dass einem das sehr viel mehr Selbstbewusstsein, man sagt ja jetzt heute immer Empowerment gibt, mit seinem Körper umzugehen später und wahrscheinlich sehr viel gesünder dann auch im Nachhinein zu leben. Das ist etwas, was wir gerne mal beweisen würden in langfristigen Studien, aber im Moment ist es eben so, dass wir sehr viel Werbung dafür machen, dass man einfach überhaupt den Frauen das in der Schwangerschaft auch ermöglicht.

DR. FRIEDERIKE WESCHENFELDER: Ich glaube, was nochmal ganz wichtig ist, ist, dass die Tatsache, wenn man einen Schwangerschaftsdiabetes entwickelt, ja bitte nicht im Internet lesen soll und die gruseligen Geschichten, die allen so kursieren. Es ist eine Erkrankung, wo man wirklich selbstständig als Patientin sehr viel selber machen kann. Man hat viel im Griff durch Bewegung, durch Ernährung kann man wahnsinnig viel umstellen. Und ich denke, wenn man sich eine Schwangerschaftserkrankung aussuchen sollte, dann die, weil man halt einfach wirklich als Patientin auch einfach ganz viele Möglichkeiten hat und ist dem eigentlich nicht ausgeliefert. Und alles das, was man hier macht, wo man manchmal das Gefühl hat, ja ich mache meine Hausaufgaben nicht richtig, weil meine Blutzuckerwerte schlecht sind. Hier fangen wir die Patientin halt eigentlich auf und versuchen das immer empathisch irgendwie gemeinsam durchzustehen und Lösungsansätze zu finden, sodass man da auch keine Sorge vor haben muss und das Gefühl hat man halt eigentlich auch gerade jetzt in unserem Team, dass die Frauen zwar immer mit einem Panik im Blick quasi ankommen zum ersten Termin, aber dann peu à peu sich langsam auch an uns gewöhnen, auch an die Diagnose gewöhnen. Und prinzipiell, ja, dass es keine schlimme Erkrankung ist. Es ist anstrengend, es ist nervig, es kostet sehr viel Disziplin, aber es lohnt sich auf jeden Fall, weil man halt eben auch Möglichkeiten hat, alles Beste nur für sein Kind zu machen und das ist ja das, was man eigentlich möchte.

MODERATORIN: Wichtige Botschaft, vielen Dank auch für die empathischen Einbringungen. Ich denke, Schwangere sind dann gut bei Ihnen aufgehoben mit Diabetes. Vielen Dank, wir hören uns wieder.

Abspann mit Hintergrundmusik