

Das GestDiab Register für Schwangerschaften mit Diabetes und Gestationsdiabetes

Hellmut-Otto-Medaille 2023 – Kurzübersicht der Preisträgerin Heinke Adamczewski

Die Verleihung der Helmut Otto Medaille 2023 ist eine Anerkennung für die Versorgungsforschung in Diabetes Schwerpunktpraxen und die Bemühung um die Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation bei der Betreuung von Schwangeren mit Diabetes oder Gestationsdiabetes. Damit adressiert diese Auszeichnung die Teams der GestDiab-Arbeitsgruppe (getragen von winDiab „wissenschaftliches Institut der niedergelassenen Diabetologen“) und der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Schwangerschaft“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

GestDiab – deutschlandweites Register zu Diabetes in der Schwangerschaft

Die Betreuung von Schwangeren mit Gestationsdiabetes (GDM) oder vor der Schwangerschaft bestehendem Diabetes mellitus (DM) bietet die Chance für generationenübergreifende metabolische Prävention, da ein hyperglykämisches intrauterines Milieu ein erhöhtes Risiko für Adipositas, Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen beim Kind vermitteln kann. Nur durch Vernetzung mit den anderen Betreuungsteams (gynäkologische Praxen, Hebammen, Ultraschall-Spezialisten und Entbindungskliniken) kann diese Behandlung effizient und qualitativ hochwertig gelingen. Während in anderen Ländern regionale und nationale Register ermöglichen, die Ergebnis- oder Strukturqualität dieser Prozesse zu reflektieren, fehlte diese Möglichkeit in Deutschland [1].

Im Team mit Manuela Behling, Rainer Betzholz, Lutz Heinemann, Matthias Kaltheuner und Dietmar Weber, und mit unseren Mitarbeiterinnen Martina Gierse, Laura Göstemeyer, Maggie Hagemann, Judith Klein und Kerstin Merker entstand daher in den vergangenen 20 Jahren das Register GestDiab. Zunächst ein Tool einzelner Diabetes-Schwerpunktpraxen (DSPen) für die praxisinterne Qualitätskontrolle, wuchs es zum inzwischen größten Register zu DM und Schwangerschaft in Deutschland mit 82 teilnehmenden DSPen und Diabe-

teszentren. Bis zum Jahrgang 2021 wurden ca. 55.000 Datensätze pseudonymisiert dokumentiert (z. B. Jahrgang 2021: 7170 Patientinnen mit GDM, 149 mit Typ-1-Diabetes und 204 mit Typ-2-Diabetes). Diese stammen aus der Routineversorgung mit den vier Behandlungsabschnitten: Anamnese und Diagnostik, Therapie, Entbindung und postpartales Diabetes-Screening (nach GDM). Bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes kommen weitere Details zur Insulintherapie, Morbidität und Medikation vor der Schwangerschaft hinzu.

Aktuell werden die Daten von den teilnehmenden Institutionen online (im Tool SecuTrial) erfasst, Ethik-Voten liegen vor, Anamnesebögen und ein Einlegebogen für den Mutterpass erleichtern die Erfassung von Daten [2, 3].

Benchmarking und Ergebnisse

Einmal jährlich erfolgt die zentrale Auswertung, die ein „benchmarking“ ermöglicht: Jede Praxis erhält individuelle Feedbackbögen getrennt für GDM und Typ-1-Diabetes und Typ-2-Diabetes. Hiermit wird praxisintern und im Behandler-Netzwerk die Analyse und Reflektion der eigenen Arbeit mit Daten unterstützt. Jetzt kann jede Praxis erkennen, welche Patientinnen sie betreut (BMI, Alter, Tabakgebrauch, Muttersprache, geburtshilfliche Anamnese), wie sich ihre Behandlung (Kontakthäufigkeit, Einsatz von Insulin) und das kindliche und mütterliche Outcome mit der/dem anderer Praxen vergleicht (Sectorate, Stillhäufigkeit, Gewicht des Kindes, Verlegung auf die Intensivstation, Häufigkeit an Unterzuckerungen, Häufigkeit und Ergebnis des postpartalen Diabetes-Screenings, Gewichtsretention).

Nur durch diese Analyse der Versorgungssituation sind gezielte Verbesserungen der Behandlung möglich. Darüber hinaus können relevante Informationen an die Kostenträger, Politik und Öffentlichkeit mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungssituation weitergeleitet werden.

Die ► **Abb. 1** zeigt beispielhaft die Kern-Parameter eines Feedbackbogens zu GDM. Längsschnittdaten ergänzen die Darstellungen. ► **Abb. 2** zeigt, wie häufig in den einzelnen Jahrgängen eine Insulintherapie eingesetzt wurde. Der praktische Nutzen zeigte sich z. B. an einer Diskussion im Jahr 2014 über die Indikation für eine Insulintherapie bei GDM. Tatsächlich ließ sich beobachten, dass nach 2014 Insulin seltener verordnet wurde.

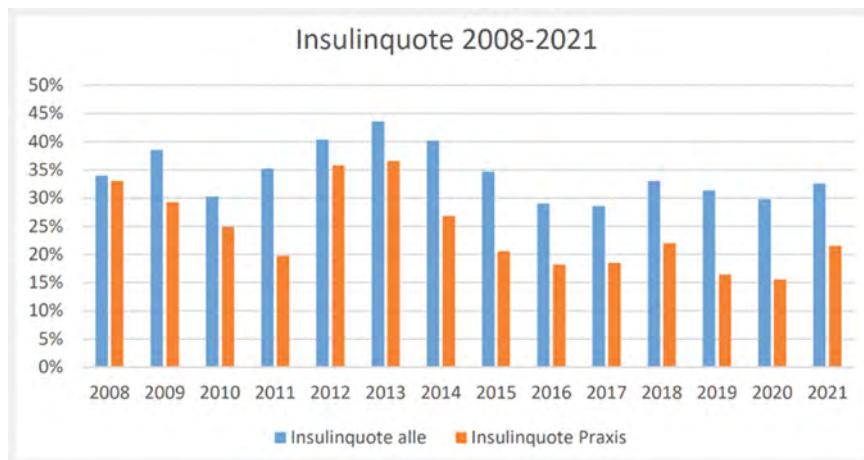
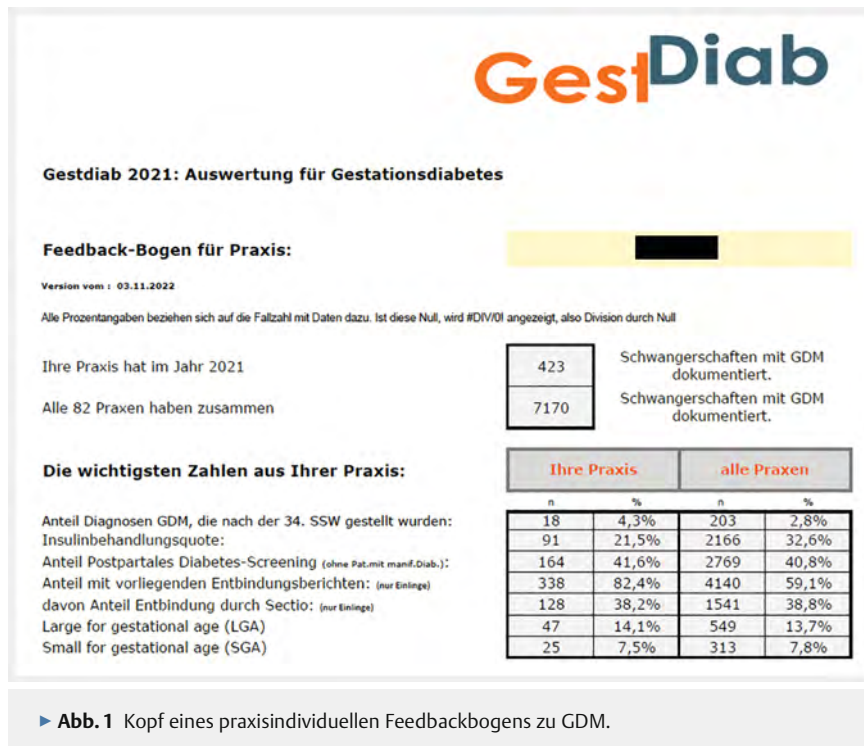
Die postpartale Diabetes-Screening-Quote liegt dauerhaft mit ca. 40 % niedriger als wünschenswert. Auch hierbei ermöglichen die Längsschnittdarstellung den Praxen nachzuverfolgen, ob individuelle Maßnahmen, z. B. die Einführung von Recall-Nachrichten, diese Quote verändern.

Die ► **Abb. 3** zeigt in einem Feedbackbogen zu Typ-1- und Typ-2-Diabetes, dass der Einsatz von Dauerglukosemessungen (CGM) in der Schwangerschaft in den letzten 5 Jahren rasant zugenommen hat, auch bei Typ-2-Diabetes. Die rasche Entwicklung der Diabetestechnologie wird im Datensatz von GestDiab berücksichtigt und wird somit zukünftig auch Aussagen über AID-Systeme (Automatische Insulindosierung) erlauben. Diese Daten sind wichtig, um mögliche Auswirkungen der Diabetestechnologie auf die Ergebnisqualität zu erkennen.

Die GestDiab-Daten werden publiziert [4, 5] und jährlich bei der DDG-Frühjahrs-tagung vorgestellt und diskutiert. Die Vorträge und Publikationen sind auf der Homepage von winDiab einsehbar (<https://www.windiab.de/publikationen-und-vortraege/vortraege/>). Ein praktisches Beispiel für den Nutzen der Daten aus GestDiab ist unser Vorschlag zum gezielteren Einsatz der Ressourcen von Patientinnen und Praxen beim postpartalen Diabetes-Screening [6].

Kooperationen

Weiterhin konnte die GestDiab-Arbeitsgruppe mit ihren Daten und ihrer Expertise zu größeren Untersuchungen beitragen. So konnten wir bei der Diabetes-Surveillance



des Robert Koch Instituts mitwirken [7]. Hierbei wurden Schwangerschaftskomplikationen bei GDM und DM aus der „Perinatalstatistik“, dem Qualitätssicherungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses, untersucht. Während in dieser Statistik nur zwischen präkonzeptionellem DM und GDM unterschieden werden kann, sind im Register GestDiab Typ-1- und Typ-2-Diabetes getrennt erfasst und analysierbar. Damit kann die sehr unterschiedliche Morbidität von Typ-1- und Typ-2-Diabetes gezeigt wer-

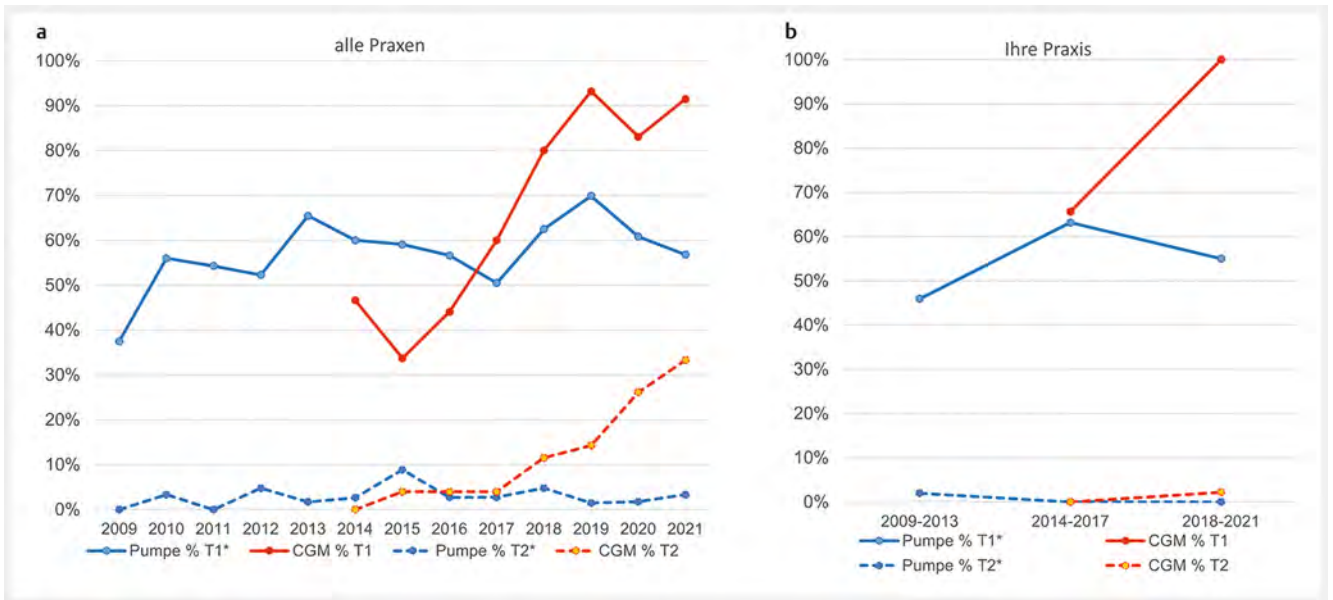
den: Der Anteil Schwangerer mit Typ-2-Diabetes steigt, sie sind im Mittel älter, nehmen mehr Medikamente ein und haben einen höheren BMI als diejenigen mit Typ-1-Diabetes. Nach Schwangerschaften bei Typ-1-Diabetes aber müssen mehr Neugeborene intensivmedizinisch versorgt werden (Jahrgänge GestDiab 2013–2019: 45 % vs. 26 %), werden vor der vollendeten 37. SSW geboren (Frühgeburtlichkeit 24 % vs. 15 %) und weisen häufiger ein erhöhtes Geburtsgewicht auf („large for gestational age“ = Gewicht

über der 90. Perzentile: 49 % vs. 28 %), außerdem wird bei mehr Entbindungen eine Sectio Caesarea durchgeführt (62 % vs. 54 %). Mit diesem Wissen können die Diabetes-Teams gezielter beispielsweise bei Frauen mit Typ-2-Diabetes schon präkonzeptionell auf notwendige Medikamentenumstellungen achten und zur Gewichtsnormalisierung motivieren. Bei Schwangeren mit Typ-1-Diabetes verdient hingegen eine extrem strenge Blutzuckerkontrolle bereits in der Frühschwangerschaft sehr viel Aufmerksamkeit.

Aktuell wird eine Gegenüberstellung der GestDiab-Daten mit Daten aus dem Cronos-Register (Frauen mit GDM und Covid-Infektion) publiziert.

Die GestDiab-Daten und das GestDiab-Team sind im Rahmen des Projektes „GestDiNa_basic – Nachsorge bei GDM“ Teil eines größeren Forschungsteams¹ [8, 9]. Das Projekt wurde von 2019 bis 2023 im Themenfeld der bedarfsgerechten Versorgung vom Innovationsfond gefördert. Ziel ist es, mehr Klarheit für die optimale Ausgestaltung der patientinnenzentrierten Nachsorge bei Frauen nach GDM zu schaffen. Neu an diesem Projekt ist, dass disziplinenübergreifend gearbeitet und die Interaktionen zwischen allen Beteiligten im Bereich Nachsorge bei Gestationsdiabetes untersucht wurden, d. h. allen Leistungserbringergruppen (Diabetolog*innen, Gynäkolog*innen, Pädiater*innen, Geburtshelfer*innen, Hausärzt*innen), den Kostenträgern (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung) und den betroffenen Frauen. Bausteine des Versorgungsmodells werden in Kürze veröffentlicht.

1 (Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie [Konsortialführer]; Institut für Allgemeinmedizin; Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Klinik für allgemeine Pädiatrie, Neonatologie und Kinderkardiologie [alle Heinrich-Heine-Universität/Universitätskliniken Düsseldorf]; Institut für Biometrie und Epidemiologie, Deutsches Diabeteszentrum Düsseldorf; Institut für Angewandte Gesundheitsforschung, Bereich Hebammenwissenschaft, Hochschule für Gesundheit Bochum; PMV Forschungsgruppe, Universität zu Köln; wissenschaftliches Institut niedergelassener Diabetologen winDiab gGmbH; KV Nordrhein; AOK Rheinland/Hamburg; BARMER; DAK-Gesundheit; IKK classic; Pronova BKK; Patientenvertreterinnen und Bürgerinnen als Ko-Forschende).



▶ **Abb. 3** Ausschnitt aus einem Feedbackbogen des GestDiab-Registers 2021: Häufigkeit des Einsatzes von CGM und Insulinpumpe bei Schwangeren mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus in allen Praxen **a** und der individuellen Praxis **b**. *bezogen auf alle mit Insulin behandelten, bei denen die Art der Insulintherapie angegeben war.

TAKE HOME MESSAGE

Das Register GestDiab schafft Kenntnisse über Schwangerschaften bei GDM und DM in Deutschland und über relevante Besonderheiten im individuellen Behandler-Netzwerk. Die Reflektion hierüber erlaubt es, Ressourcen gezielter einzusetzen und Behandlungsprozesse zu verbessern. Mit diesen Zielen hoffen wir, im Einklang mit den Vorstellungen von Helmut Otto zu sein.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Dr. med. Heinke Adamczewski
Diabetespraxis Köln Ost, Köln

Korrespondenzadresse

Dr. med. Heinke Adamczewski
Diabetespraxis Köln Ost
Rolshover Str. 99
51105 51105
Deutschland
hm.adamczewski@netcologne.de

Literatur

- [1] Oleson CR, Nielsen JH, Mortensen RN et al. Associations between follow-up screening after gestational diabetes and early detection of diabetes – a register based study. *BMC Public Health* 2014; 14: 841
- [2] Adamczewski H, Goestemeyer L. Einlegebogen für den Mutterpass (mg/dl) bei Gestationsdiabetes. Im Internet. Zugriff am 09.08.2023 unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/057_D_Diabetes_Ges/057-008a1_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-03.pdf
- [3] Adamczewski H, Goestemeyer L. Einlegebogen für den Mutterpass (mmol/l) bei Gestationsdiabetes. Im Internet. Zugriff am 09.08.2023 unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/057_D_Diabetes_Ges/057-008a1mmol_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-03.pdf
- [4] Adamczewski H, Weber D, Heinemann L et al. GestDiab 2008: Betreuung von Schwangerschaften in diabetologischen Schwerpunktpraxen. *Diabetes. Stoffwechsel und Herz* 2010; 19: 99–109

- [5] Adamczewski H, Weber D, Faber-Heinemann G et al. Einfluss der Gestationsdiabetes-Leitlinie der DDG auf die Versorgungsrealität. *Diabetol Stoffwechs* 2016; 11: 341–349
- [6] Adamczewski H, Weber D, Klein J et al. Gezielter Einsatz des postpartalen oGTT durch Beachtung der Vortestwahrscheinlichkeit für Diabetesdiagnose nach Gestationsdiabetes. Poster. *Diabetol Stoffwechs* 2023; 18 (Suppl. 1): S51
- [7] Reitzle L, Heidemann C, Baumert J et al. Pregnancy Complications in Women With Pre-gestational and Gestational Diabetes Mellitus. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120: 81–86
- [8] Greiner GG, Viehmann A, Linnenkamp U et al. Study protocol for a mixed methods exploratory investigation of aftercare services for gestational diabetes in women to develop a new patient-centred model in Germany. *BMJ Open* 2021; 11: e046048. doi:10.1136/bmjopen-2020-046048
- [9] Linnenkamp U, Greiner GG, Haastert B et al. Postpartum screening of women with GDM in specialised practices. *Diabet Med* 2022; 39: e14861

Bibliografie

Diabetol Stoffwechs 2023; 18: 331–333
DOI 10.1055/a-2102-3792
ISSN 1861-9002
© 2023, Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany