Diabetes kompakt – die Serie der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG)

In ihrer Serie beantwortet die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) zentrale Fragen rund um Diabetes – verständlich, alltagsnah und auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Schwangerschaftsdiabetes: Früh erkennen, gut behandeln, sicher nachsorgen

Was Schwangere über Gestationsdiabetes wissen sollten

Berlin, November 2026 – Eine Schwangerschaft verändert vieles – manchmal auch den Zuckerstoffwechsel. In Deutschland entwickeln jährlich rund 60.000 Frauen einen Schwangerschaftsdiabetes. Die Erkrankung bleibt häufig unbemerkt, kann aber das Risiko für Komplikationen bei Mutter und Kind erhöhen. Frühzeitige Untersuchungen und eine individuell passende Behandlung helfen, diese Risiken zu senken. Die aktualisierte S3-Leitlinie zu Gestationsdiabetes bündelt neue Empfehlungen zu Prävention, Diagnostik, Therapie, Geburt und Nachsorge. Was ändert sich damit für Schwangere? Und welche Empfehlungen sind im Alltag besonders wichtig? Expertinnen der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) erklären, worauf Schwangere achten können, welche Fragen sie in der Praxis stellen sollten und warum die Nachsorge auch nach der Geburt wichtig bleibt.

Gestationsdiabetes mellitus (GDM) ist eine Störung des Glukosestoffwechsels, die erstmals in der Schwangerschaft festgestellt wird. Hinter auffälligen Werten kann auch ein bereits vor der Schwangerschaft bestehender, bislang unerkannter Diabetes Typ 2 stecken. Deshalb ist es wichtig, auffällige Befunde frühzeitig einzuordnen und die Betreuung entsprechend anzupassen.

Schon beim ersten Vorsorgetermin Risiken ansprechen

Beim ersten Termin in der Schwangerschaft sollten mögliche Risikofaktoren systematisch von der oder dem behandelnden Gynäkologin oder Gynäkologen erfasst werden. Dazu gehören insbesondere Übergewicht oder Adipositas, Diabetes in der Familie, ein höheres mütterliches Alter, ein erhöhtes Diabetesrisiko aufgrund der ethnischen Herkunft sowie ein Gestationsdiabetes in einer früheren Schwangerschaft. Liegen Risikofaktoren vor, kann eine gezielte frühe Untersuchung des Glukosestoffwechsels sinnvoll sein. „Ein unauffälliger Test zu Beginn der Schwangerschaft schließt nicht aus, dass sich später ein Gestationsdiabetes entwickelt. Denn im Verlauf der Schwangerschaft können hormonelle Veränderungen die Wirkung des Insulins abschwächen und so den Blutzucker ansteigen lassen“, erklärt PD Dr. med. Katharina Laubner. „Deshalb bleibt das allgemeine Screening zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche wichtig, wenn zuvor keine Diagnose gestellt und keine Behandlung begonnen wurde.“

Was Schwangere selbst tun können

Ein gesunder Lebensstil kann das Risiko senken und ist zugleich ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Frauen mit Übergewicht oder Adipositas sollten möglichst bereits bei der Schwangerschaftsplanung zu einer gesundheitsförderlichen Gewichtsreduktion beraten werden. In der Schwangerschaft geht es nicht um strenge Diäten, sondern um eine individuell passende Ernährung, regelmäßige Bewegung und eine Gewichtsentwicklung, die sich am Ausgangs-BMI orientiert.

Ernährung und Bewegung sollten gemeinsam mit dem Behandlungsteam konkret geplant werden. Der Blutzucker sollte nur so häufig gemessen werden, wie es für Therapieentscheidungen notwendig ist. Zu den Terminen sollten die Messwerte sowie offene Fragen mitgebracht werden. Bei auffälligen Werten sollten Medikamente oder Insulin nicht eigenständig verändert werden.

Wenn die Diagnose feststeht: Behandlung Schritt für Schritt

Meist beginnt die Behandlung mit einer Anpassung von Ernährung und Bewegung sowie Blutzuckerkontrollen. Reicht dies nicht aus, kann Insulin notwendig werden. Nach der aktualisierten Leitlinie kann Schwangeren mit GDM, die eine medikamentöse Therapie benötigen, unter bestimmten Voraussetzungen auch Metformin als Alternative zu Insulin angeboten werden. Welche Behandlung geeignet ist, muss individuell ärztlich entschieden und verständlich besprochen werden. „Dazu gehören eine individuell passende Lebensstiländerung und, wenn nötig, eine medikamentöse Behandlung", sagt Laubner, Leitlinienkoordinatorin der DDG am Universitätsklinikum Freiburg. Natürlich sind regelmäßige Blutzuckerkontrollen auch notwendig, sollten aber nicht zu exzessiv erfolgen, um die Patientin nicht unnötig zu verunsichern. Die Frequenz sollte individuell mit dem Behandlungsteam bestimmt werden."

BEI VORLIEGENDEM SCHWANGERSCHAFTSDIABETES: FRAGEN FÜR DEN NÄCHSTEN TERMIN

- Welche Blutzuckerwerte werden bei mir gemessen und wie sind sie einzuordnen?
- Wann und wie oft soll ich meinen Blutzucker kontrollieren?
- Welche Ernährungs- und Bewegungsangebote passen zu mir und meiner Schwangerschaft?
- Ab welchen Werten muss die Therapie angepasst werden?
- Kommt bei mir Insulin infrage und welche Alternativen gibt es?
- Wie wird das Wachstum meines Kindes überwacht?
- Welche Geburtsklinik ist für meine Situation geeignet?
- Wann soll nach der Geburt mein Diabetes-Screening stattfinden?

Nach der Geburt: Kontrolle nicht vergessen

„Mit der Geburt endet die medizinische Bedeutung des Schwangerschaftsdiabetes nicht. Betroffene Frauen haben langfristig ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Deshalb sollte die Nachsorge bereits während der Schwangerschaft vereinbart werden", betont Prof. Dr. med. Ute Schäfer-Graf, die die neue Leitlinie federführend im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) miterarbeitet hat.

Bei Frauen, deren Gestationsdiabetes medikamentös behandelt wurde, sollte vor der Entlassung aus der Klinik geprüft werden, ob weiterhin eine diabetische Stoffwechsellage besteht. Das Diabetes-Screening nach der Geburt sollte möglichst in der sechsten bis zwölften Woche erfolgen. Darüber hinaus ist es wichtig, auf Anzeichen einer Depression rund um die Geburt zu achten und bei Bedarf Unterstützung anzusprechen. Regelmäßige Bewegung, eine ausgewogene Ernährung und langfristige Verlaufskontrollen bleiben ebenfalls wichtig.

Die Leitlinie empfiehlt Frauen mit GDM ihr Kind sechs Monateausschließlich zu Stillen. Nach Einführung der Beikost sollte möglichst weiter gestillt werden. Ob und wie lange Stillen im Einzelfall möglich ist, hängt jedoch von der persönlichen Situation von Mutter und Kind ab; bei Schwierigkeiten kann professionelle Stillberatung unterstützen.

Zum Weiterlesen

Die vollständige S3-Leitlinie „Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge" ist im AWMF-Leitlinienregister unter der Registernummer 057-008 abrufbar. Leitlinien sind wissenschaftlich begründete Handlungsempfehlungen. Sie ersetzen nicht die individuelle ärztliche Beratung und sind rechtlich nicht bindend. LINK

DDG Deutsche Diabetes Gesellschaft

Über die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG):
Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit mehr als 9300 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich seit 1964 in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als 9 Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

Pressekontakt DDG:
Michaela Richter/Christina Seddig
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-516/-652, Fax: 0711 8931-167
richter@medizinkommunikation.org
seddig@medizinkommunikation.org