



Gestationsdiabetes

Der Schwangerschaftsdiabetes oder Gestationsdiabetes ist eine Störung des Blutglukosestoffwechsels, welche erstmals in der Schwangerschaft auftritt.

Etwa 8 % aller Schwangeren in Deutschland sind von Gestationsdiabetes betroffen. Zu den bedeutendsten Risikofaktoren zählen Übergewicht, höheres mütterliches Alter, familiäre Diabeteserkrankungen oder eine frühere Schwangerschaft mit Gestationsdiabetes. Normalgewichtige können ebenfalls erkranken.

Der Gestationsdiabetes endet zwar mit der Entbindung, erhöht aber das Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft und für einen späteren Typ-2-Diabetes bei Mutter und Kind.



Durch eine rechtzeitige Diagnosestellung und einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung lassen sich häufig die Risiken senken, die mit dem Gestationsdiabetes verbunden sind. In manchen Fällen ist dennoch eine Insulintherapie der Schwangeren erforderlich.

Blutuntersuchungen:

Glukose-Screeningtest
(Glucose Challenge Test)
Oraler Glukose-Toleranztest (oGTT)

Gestationsdiabetes



Häufigste Komplikation
in der Schwangerschaft

Bildquellen:
© Gestationsdiabetes-9695543.jpeg (Adobe Stock)
© Müsli-64420759.jpeg (Adobe Stock)



Labor 28 MVZ GmbH

Mecklenburgische Str. 28 • 14197 Berlin
Tel.: 030 82093-0 • FAX: 030 82093-301
info@labor28.de • www.labor28.de

© Nachdruck nur mit ausdrücklicher
Genehmigung, Labor 28 • 11/2025



Ursachen

Das in der Bauchspeicheldrüse gebildete Hormon Insulin fördert die Aufnahme von Glukose (Traubenzucker) in die Körperzellen und senkt so den Blutzuckerspiegel.

Unter dem Einfluss von verschiedenen Schwangerschaftshormonen kommt es zu einer **Erhöhung des Blutzuckerspiegels mit einem ansteigenden Insulinbedarf**, insbesondere ab dem letzten Schwangerschaftsdrittel. Kann die Schwangere diesen erhöhten Bedarf an Insulin nicht durch eine verstärkte Insulinfreisetzung aus der Bauchspeicheldrüse ausgleichen, so entwickelt sich ein Gestationsdiabetes, der häufig durch eine nicht optimale Ernährung der Schwangeren begünstigt wird.

Folgen

Die Nährstoffe im mütterlichen Blut gehen über den Mutterkuchen (Plazenta) und die Nabelschnur auf das Kind über. Dabei reagiert das Kind mit einer erhöhten Insulinproduktion auf das mütterliche Glukoseangebot und baut Zucker als Fett in den eigenen Körper ein.

Hierdurch wird es dicker und größer (Makrosomie) und produziert mehr Urin. Beide Auswirkungen stellen Risikofaktoren für eine **Frühgeburt** dar. Zudem steigt das Risiko für die sogenannte Präeklampsie.

Nach der Geburt können beim Säugling **Anpassungsstörungen**, wie Unterzuckerung, schwere Gelbsucht (Ikterus) und Atemnot auftreten. Zu den mütterlichen Komplikationen gehören gehäufte **Infektionen** im Genitalbereich und der Harnwege und die **vorzeitige Wehentätigkeit**. Ferner sind bei der Entbindung **häufiger Damm- und Kaiserschnitte erforderlich**.

Risikofaktoren

Generell kann jede Schwangere betroffen sein. Ein besonderes Risiko besteht für Frauen mit starkem Übergewicht, mit Verwandten mit Diabetes, bei höherem mütterlichen Alter oder bei Gestationsdiabetes in der vorherigen Schwangerschaft.

Diagnose

Die „Mutterschafts-Richtlinie“ sieht bei Schwangerschaftsfeststellung und nachfolgend im Abstand von vier Wochen zunächst regelmäßige Untersuchungen des Mittelstrahlurins auf Eiweiß und Zucker vor.

Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll ferner zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche zum **Screening auf Schwangerschaftsdiabetes** ein Blutzuckerbelastungstest angeboten werden. In einem **Vortest (Glucose Challenge Test)** wird der Blutzuckerwert eine Stunde nach Verabreichung einer **Trinklösung mit 50 g Glukose** bestimmt (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit, nicht nüchtern). Liegt dieser Wert unter 135 mg/dl (7,5 mmol/l), ist das Ergebnis unauffällig und der Test beendet.

Bei Schwangeren mit Blutzuckerwerten zwischen 135 mg/dl (7,5 mmol/l) und 200 mg/dl (11,1 mmol/l) erfolgt in einer zweiten Stufe ein erweiterter Blutzuckerbelastungstest, der sogenannte **orale Glukostoleranztest (oGTT)** mit 75 g Glukoselösung.

In den Tagen vor dem oGTT sollte die Schwangere sich möglichst kohlenhydratreich ernähren, um die Bauchspeicheldrüse zu stimulieren. Am Abend zuvor darf sie bis 22 Uhr essen und muss dann bis zum Folgetag nüchtern bleiben, das heißt mindestens acht Stunden nichts gegessen oder getrunken haben, nur Wasser ist erlaubt.

Nach der venösen Nüchtern-Blutentnahme am folgenden Morgen erhält sie **75 g Glukose-Trinklösung**. Während des Tests muss die Schwangere sitzen, darf nicht liegen oder sich unnötig bewegen. Vor und während des Tests darf nicht geraucht werden. Weitere venöse Blutentnahmen zur Glukosemessung erfolgen ein und zwei Stunden nach Ende des Trinkens der Glukoselösung.

Wenn im **oGTT mindestens einer der drei gemessenen Blutzuckerwerte den entsprechenden Grenzwert überschreitet**, so liegt ein **Gestationsdiabetes** vor.

Alternativ kann auf den Vortest verzichtet und ausschließlich der **oGTT morgens bei nüchternen Schwangeren** durchgeführt werden. Diese Vorgehensweise wird auch Frauen empfohlen, bei denen bereits mindestens ein Risikofaktor für einen Gestationsdiabetes bekannt ist.

Therapie

Wird ein Gestationsdiabetes festgestellt, so kann eine Blutzuckeroptimierung überwiegend mit Ernährungsumstellung und mehr Bewegung erreicht werden. Selten ist eine begleitende Insulintherapie erforderlich.