

Diabetes in der Schwangerschaft: Leitliniengerechtes Vorgehen

Leitfaden für betreuende Ärztinnen* / Ärzte*

Gesundheit
kommt von Herzen.

Barmherzige Schwestern
Krankenhaus Ried

Liebe Kolleginnen* und Kollegen*,

Hyperglykämie (Gestationsdiabetes, GDM) in der Schwangerschaft ist mit erhöhter mütterlicher und fetaler Morbidität sowie langfristigen Risiken für Mutter und Kind bzw. mit erhöhten Risiken für mütterliche und neonatale Komplikationen assoziiert. Aus diesem Grund ist eine **korrekte Diagnostik und Therapie in der Schwangerschaft sowie Nachsorge** von großer Bedeutung.

Diagnostik im 1. Trimenon

Risikofaktoren:

- GDM in einer früheren Schwangerschaft
- Prädiabetes in der Anamnese (gestörte Glukosetoleranz und/oder Nüchternglukose > 100 mg/dl)
- Z.n. kongenitaler fetalen Fehlbildung in einer früheren Schwangerschaft
- Z.n. Geburt eines Kindes > 4500 g
- Z.n. intrauteriner Fruchttod (IUFT)
- Z.n. habitueller Abortus (> 3 Fehlgeburten hintereinander)
- Diabetes Symptome (Polydipsie, Polyurie, Glukosurie; fetale Makrosomie)
- Adipositas (BMI > 35 kg/m²)
- Alter über 35 Jahre
- metabolisches Syndrom
- vaskuläre Erkrankung
- Familienanamnese von Typ 2 DM bei erstgradigen Verwandten
- Ethnizität (z. B. arabisch, S- und SO-asiatische, lateinamerikanisch)

Empfohlene Untersuchungen:

- Bei oben genannten Risikofaktoren sind folgende Untersuchungen durchzuführen:
  - Nüchternglukosemessung
  - HbA1c-Bestimmung und/oder
  - Durchführung eines oGTT unter standardisierten Bedingungen
- Bei unauffälligem oGTT erfolgt die Wiederholung im 2. Trimenon (siehe unten)

GDM – Diagnosekriterien im 1. Trimenon

Zeitpunkt	Venöses Plasma (mg/dl)
Nüchtern	≥ 95 (5,3 mmol/l)
1 h	≥ 190 (10,6 mmol/l)
2 h	≥ 162 (9,0 mmol/l)

Manifester Diabetes

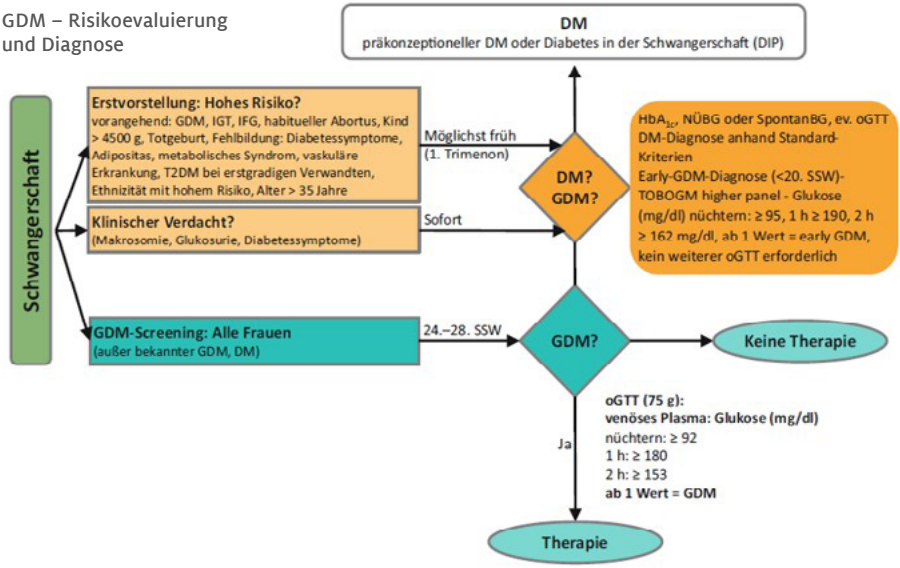
Nüchternglukokose	≥ 126 mg/dl
HbA_{1c}	≥ 6,5%
2 h Glukosewert im oGTT	≥ 200 mg/d

Der **HbA_{1c}-Wert** ist für die Diagnose und Therapiekontrolle eines GDM **ungeeignet.**

Die in diesem Folder genannten Empfehlungen basieren auf der Leitlinie der ÖDG (Update 2026) und der S3-Leitlinie der DDG, DGGG und AGG 2024.

Legende: DM = Diabetes mellitus, oGTT = oraler Glukosetoleranztest, HbA1c = Langzeitblutzuckerwert, EKP = Mutter-Kind-Pass, ÖDG = Österreichische Diabetes Gesellschaft, DDG = Deutsche Diabetes Gesellschaft, DGGG = Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, AGG = Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, SSW = Schwangerschaftswoche

GDM – Risikoevaluierung und Diagnose



Diagnostik im 2. Trimenon

Alle Schwangeren erhalten im Rahmen der EKP-Untersuchungen zwischen der 24. und 28. SSW einen 2h-75 g-OGTT. Ab **einem** pathologischen Wert ist ein GDM diagnostiziert.

GDM – Diagnosekriterien im 2. Trimenon

Zeitpunkt	Venöses Plasma (mg/dl)
Nüchtern	≥ 92 (5,1 mmol/l)
1 h	≥ 180 (10,0 mmol/l)
2 h	≥ 153 (8,5 mmol/l)

Zielwerte

Eine möglichst normoglykämische Stoffwechsellage ist während der gesamten Schwangerschaft essenziell.

Zeit	Zuckerwert (mg/dl)
Nüchtern, präprandial	65–95 (3,6–5,3 mmol/l)
1 h postprandial	< 140 (< 7,8 mmol/l)
2 h postprandial	< 120 (< 6,7 mmol/l)

Anpassung der Werte

Das fetale Wachstum muss berücksichtig werden. Bei **akzeleriertem Wachstum des Feten** sollten die Zielwerte reduziert werden. Es darf keine Lockerung der Zielwerte bei kleinen Feten (SGA/FGR) erfolgen.

Zeitpunkt	Zuckerwert (mg/dl)
Nüchtern	65–95 (3,6–5,3 mmol/l)
1 h postprandial	< 140 (< 7,8 mmol/l)
2 h postprandial	< 120 (< 6,7 mmol/l)

Alle o.g. **Zielwerte** gelten **auch für vorbestehenden DM Typ 1 und 2 während der Schwangerschaft.** Die Zuckerwerte sollten > 70% („time in range“) im Zielbereich sein bei DM Typ1 und noch viel höher bei GDM.

Gewichtszunahme

Die empfohlene Gewichtszunahme richtet sich nach dem BMI vor der Schwangerschaft. Durch eine kontrollierte Gewichtszunahme (0 – 5 kg) bei Adipositas verbessert sich der Glukosestoffwechsel und das Outcome der Schwangerschaft.

Empfohlene Gewichtszunahme in der Schwangerschaft

BMI (kg/m2)	Empfohlene Zunahme	Empfohlene Gewichtszunahme pro Woche
< 18,5	13 – 18 kg	0,5 kg
18,5 – 24,9	11 – 16 kg	0,4 kg
25,0 – 29,9	7 – 11 kg	0,3 kg
≥ 30	5 - 9 kg	0,2 kg

Wichtige Therapieelemente

Körperliche Aktivität

- verbessert nachweislich die Stoffwechsellage
- Beginn bereits vor der Schwangerschaft bzw. im 1. Trimenon
- mindestens 150 min/Woche
- Ausdauer- oder Krafttraining auf leichtem bis mittlerem Niveau

Gesunde Ernährung

- dazu siehe gesonderte Infoblätter

Zustand nach Magenverkleinerung

Der oGTT ist nicht möglich. Folgendes Monitoring wird empfohlen:

- Blutzuckertagesprofil für 2 Wochen (z. B. in der 12., 24. und 32. SSW) durch Bestimmung des Nüchtern- und 1 Std. postprandialen Blutzuckerwertes unter normalen Ernährungsbedingungen

Kontakt

Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

OÄ MUDr.in Ing.in Katarína Šupová, IBCLC
Leitende Oberärztin Geburtshilfe

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.
Schlossberg 1 · 4910 Ried im Innkreis
T: +43 7752 602-0
office.ried@bhs.at · www.bhsried.at

Ein Unternehmen des Ordensklinikum Innviertel im Eigentum der Vinzenz Gruppe und der Franziskanerinnen von Vöcklabruck

Wir sind Partner!
Gesundheitspark Barmherzige Schwestern Ried

Zur digitalen Version des Folders

Impressum: Kontakt: Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsges.m.b.H. Schlossberg 1 · 4910 Ried i.I. · T: +43 7752-602-0 office.ried@bhs.at · www.bhsried.at · **Für den Inhalt verantwortlich & Layout:** BHS Ried | **Druck:** druck.at | **Erscheinung:** Okt.2026