

## Koch K, Horvath K, Siebenhofer A. Was ist bei Behandlung von Schwangeren mit Gestationsdiabetes zu erwarten? Z Allg Med 2010; 86: 278–289

Abholz H-H. Screening auf Gestationsdiabetes. Z Allg Med 2010; 86: 290–295

### Leserbrief von Dr. med. T. Uebel

Mindestens zwei deutschsprachige Leitlinien [1, 2] empfehlen uneingeschränkt das Screening. Es ist ein großer Verdienst von Koch et al. auch hierzu Lande Leitlinien, die allzu schnell normativen Charakter in der Rechtsprechung finden, mit dieser Metaanalyse zu relativieren, insbesondere auch um Schwangeren aufzuzeigen, dass sie nicht per se eine Gefahr für ihre eigenen Kinder sind.

Trotzdem kann die Interpretation der Ergebnisse nicht unwidersprochen bleiben.

Dass die Wissenschaft sich bei der Definition eines Gestationsdiabetes in Vergangenheit nicht einheitlich zeigte, liegt in der Erkrankung, in der Behandelbarkeit und der Änderung des Verständnisses einer diabetischen Stoffwechsellaage als Risikofaktor begründet. Die Diabetesdiagnose selbst war und ist bis heute ständigen Wechseln unterworfen.

Wie für jede Screeningmethode, die auf einen Risikofaktor zielt, ist zwar eine therapeutische Konsequenz als Begründung eines Cut-offs für path. Werte zu fordern, sie nur deswegen abzulehnen, weil es keine natürliche Grenze gibt, ist nicht nachzuvollziehen. Zunächst stellt sich die Frage, ob Therapie effektiv ist und dann, wie die zu behandelnden Patienten erkannt werden. Screening ist eine Methode; die Diskussion im IQWiG-Arbeits-Papier kommt – nachvollziehbar – ,anders als H. Abholz, zu einer vorsichtig positiven Einschätzung [3].

Daten, die auf eine Situation der 60er Jahre abzielen, sind sicherlich kein Beweis für die Überlegenheit einer Intervention in der Gegenwart, aller-

dings darf nicht vergessen werden, dass sich das Durchschnittsalter von Schwangeren ebenso wie das Durchschnittsgewicht der Deutschen drastisch verändert hat. Die Wahrscheinlichkeit eines Fehlers der zweiten Art, also einen fälschlicherweise übersehenen Nutzen bei Auswertung der wenigen Daten der letzten 15 Jahre, die diese Metaanalyse bei steigendem Alter und mütterlichem Gewicht nicht aufzeigen kann, ist groß. Pragmatische Empfehlungen, in der Haus- und Frauenärzte eine Art Risikoselektion treffen würden, andernorts längst veröffentlicht [4], könnten hierbei ein Kompromiss sein.

In Deutschland gibt es keine Diskussion zur Einschätzung von Wertigkeit und Effizienz einer Maßnahme. Der Abholz'schen impliziten Darstellung, 650.000 Mütter zu screenen, um 13 Kindern eine bleibende Plexuslähmung zu ersparen, sei nicht effizient, sollten andere in Deutschland getroffene Entscheidungen gegenübergestellt werden: Kosten und Aufwand der Pneumokokken-, HPV- oder Schweingrippeimpfung beispielsweise oder gar die des Hautkrebscreenings. Vermutlich würde sogar eine in Großbritannien übliche QALY-Messung die neu entstehenden Kosten als effizient erachten, handelt es sich doch bei denjenigen, die profitieren um Kinder, die ein gesamtes Leben vor sich haben.

Abschließend bleibt anzumerken: Oben genannte Leitlinien führen längst dazu, dass die wirtschaftlich besser Gestellten in Deutschland gescreent werden, die vermutlich gefährdetere Gruppe Schwangerer benachteiligter Schichten jedoch nicht. Eine Gleichbehandlung ist überfällig. Geltende Regeln stellen Hausärzte und Diabetologen vor ein

kaum lösbares ethisches und logistisches Problem, welches allzu oft als IGeL auf Schwangere abgewälzt wird. Tatsächlich wird längst auf Kosten der Schwangeren gescreent.

Dr. med. T. Uebel

Hausarzt und Facharzt für  
Allgemeinmedizin, Diabetologe

**Interessenkonflikte:** keine

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Till Uebel  
Facharzt für Allgemein- und Notfallmedizin und Diabetologie  
Akademische Lehrpraxis der Universität  
Heidelberg  
Burgtorstr. 2  
74930 Ittlingen  
Tel.: 07266 / 914141  
Fax: 07266 / 914142  
E-Mail: arztpraxis-ittlingen@online.de

#### Literatur

1. [http://www.dggg.de/fileadmin/public\\_docs/Leitlinien/g\\_03\\_03\\_04\\_diagnostik\\_therapie\\_gestationsdiabetes.pdf](http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/g_03_03_04_diagnostik_therapie_gestationsdiabetes.pdf)
2. [http://www.gfmer.ch/Guidelines/Schwangerschaft\\_Neugeborenes\\_d/Gestationsdiabetes\\_Diabetes\\_in\\_der\\_Schwangerschaft.htm](http://www.gfmer.ch/Guidelines/Schwangerschaft_Neugeborenes_d/Gestationsdiabetes_Diabetes_in_der_Schwangerschaft.htm)
3. [http://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier\\_Aktualisierungsrecherche\\_Screening\\_auf\\_Gestationsdiabetes.pdf](http://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Aktualisierungsrecherche_Screening_auf_Gestationsdiabetes.pdf)
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for gestational diabetes mellitus: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008, May 20; 148: 759

**Antwort von Prof. Dr. med.  
Heinz-Harald Abholz**

Till Uebel ist zuzustimmen, dass die Datenlage zur Thematik sehr unzureichend ist. Aber sein Hinweis, dass heute das durchschnittliche Alter der Schwangeren wahrscheinlich höher als zum Zeitpunkt der Durchführung der vorliegenden Studien ist, kann nicht zugestimmt werden. Hierzu gibt es Daten: Seit 5 Jahren liegt es konstant knapp über durchschnittlich 30 Jahren (nachdem es davor über einige Jahre etwas höher lag). In den großen vorliegenden Studien lag es ebenfalls bei 30 Jahren. Zudem – und dies würde das Argument von Till Uebel in die andere Richtung weisen lassen – ist es so, dass in den Studien – alle nicht in Europa durchgeführt – ein großer Teil der beteiligten Frauen anderen Ethnien mit höheren Inzidenzen von Diabetes Typ 2 entstammten. Daher – folgt man der Logik des Arguments von Uebel – müsste man von einem kleineren Nutzen bei uns als in den Studien ausgehen; eben nicht umgekehrt.

Mit anderen Worten, wir wissen nicht, ob die in den Studien gefundenen negativen oder die im Nutzen kleinen positiven Ergebnisse heutzutage und in Deutschland anders ausfallen würden. Nur darf man nicht schon – wie Till Uebel es mit dann noch falscher Annahme tut – unterstellen, dass ein größerer Erfolg sich hierzulande zeigen würde: Es könnte auch aufgrund der anderen ethnischen Zusammensetzung der Schwangeren in den Studien im Vergleich zu

Deutschland am Schluss ein noch kleinerer Nutzen hierzulande resultieren. Damit sind wir an dem zentralen Punkt: In unklarer Studienlage muss weiter untersucht werden – dieser Vorschlag ist in beiden Artikeln ausgesprochen.

Die Vorwegnahme eines noch ausstehenden Ergebnisses findet sich auch im letzten Absatz des Leserbriefes. Hier wird beklagt, dass besser gestellte soziale Schichten momentan bevorzugt werden. So lange wir aber keinen Nachweis über einen Nutzen, der über den hinausgeht, der in beiden Arbeiten benannt wurde (13 Armplexusschäden weniger unter den 650.000 gescreenten Müttern), so lange muss man auch als möglich annehmen, dass die Schwangeren aus besser gestellten Schichten mehr Schaden nehmen. Denn die benutzten Grenzwerte/Glukose-Belastungen, die hierzulande – anders als in den dargestellten Studien – benutzt werden, liegen in einer Richtung, die das Entstehen von mehr Schaden als Nutzen nahe legen.

Für den Übergang bis zu einer durch Studien abgesicherten Situation in Deutschland kann man – wie Till Uebel vorschlägt – selbstverständlich ein persönliches Risiko-„Screening“ machen, um pragmatisch der Alltagsanforderung gerecht zu werden. In einer solchen unklaren Situation ist aber ethisch viel mehr geboten, solche „Versuche“ unter Kontrolle einer Studie durchzuführen, um damit am Schluss den nur so zu erreichenden Erkenntnisgewinn dann für spätere Schwangeren-Generationen nutzen zu können.

In keinem der beiden Artikel ist ein Screening deswegen abgelehnt worden, weil es keinen biologisch definierten Grenzwert gibt. Vielmehr ist gesagt worden, dass ein Grenzwert sich nur im Abgleich von einerseits Aufwand zu andererseits an klinischen Outcomes ermitteltem Nutzen bestimmen lässt. Eine bundesweite Studie könnte dies ermitteln.

Den Behauptung, dass hierzulande ansonsten nie Kosten-Nutzen-Aufrechnungen gemacht werden und noch sehr viel aufwendigere Dinge als ein GDM-Screening in das GKV-System eingeführt werden, kann man in Bezug auf den zweiten Teil des Satzes zustimmen: Kosten-Nutzen-Analysen aber werden zunehmend häufiger durchgeführt und sind Teil des Aufgabenbereichs von IQWiG. Diese ist so wichtig, weil ansonsten ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen wahrscheinlich in wenigen Jahren bankrott sein würde.

*H.-H. Abholz*

**Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz  
Abt. Allgemeinmedizin  
Heinrich-Heine-Universität  
Universitätsklinikum Düsseldorf  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf  
Tel.: 0211/8 11-77 71  
Fax: 0211/8 11-87 55  
E-Mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de