

## Appendix B

### Questionnaires of the GestDiNa\_basic study for healthcare providers - working package 3

#### Different versions for each healthcare provider profession (German original versions – simplified presentation)

Questionnaire for general practitioners_____	2-7
Questionnaire for gynaecologists_____	8-13
Questionnaire for paediatricians_____	14-21
Questionnaire for diabetologists_____	22-27
Questionnaire for midwives_____	28-33
Questionnaire for gynaecologists working in hospitals_____	34-39

## Questionnaire for general practitioners

### A Es geht um Ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen zur GDM-Nachsorge

**1. „Mir ist in meiner beruflichen Praxis wichtig, mit einer Frau, die einen GDM hatte, nach der Geburt anzusprechen...“**

(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig	Kann ich nicht beurteilen
welche möglichen Folgen für die Mutter bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
welche möglichen Folgen für das Kind bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Stillen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Lebensstil.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
wie sie mit dem GDM während der Schwangerschaft umgegangen ist.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Vorstellungen der Eltern zu möglichen Auswirkungen des GDM.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Angebot eines postpartalen Diabetes-Screenings.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Folgeuntersuchungen zur langfristigen GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**2. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich sehe mich beim Thema GDM-Nachsorge als <u>Vermittler/Vermittlerin</u> in der Versorgung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich wüsste nicht, was ich zur GDM-Nachsorge anbieten soll.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>abgeben</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge mit anderen Gesundheitsberufen <u>teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich sehe mich als Verantwortlichen/Verantwortliche in der GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich gerate im Praxisalltag bei der GDM-Nachsorge unter <u>Zeitdruck</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die GDM-Nachsorge ist in meiner täglichen Praxis <u>oft ein Thema</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>mit der Patientin teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich fühle mich bei diesem Thema <u>unsicher</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. Wie wichtig sind Ihnen <u>in Ihrem beruflichen Alltag</u> die folgenden Aspekte in der GDM-Nachsorge bei der Frau in den ersten Jahren nach der Geburt?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Diabetesdiagnostik alle 2-3 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jährliche Diabetesdiagnostik bei gestörter Glukosetoleranz/gestörter Nüchternglukose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsuntersuchung (Check-Up) in der Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeignete Kontrazeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu klinischen Hinweisen auf einen manifesten Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für die Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf lokale Sportangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu gesundheitsförderndem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Nun geht es um Ihre persönlichen Ansichten zum postpartalen Diabetes-Screening**

<b>4. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zum postpartalen Diabetes-Screening etwa 6-12 Wochen <u>nach der Geburt</u> zu.</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich finde es sinnvoll, Frauen nach GDM ein postpartales Diabetes-Screening (inkl. eines oralen Glukosetoleranztests/75-g-oGTT) anzubieten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Der Termin zum postpartalen Diabetes Screening sollte angeboten werden, um...				
...einen <u>manifesten</u> Diabetes postpartal auszuschließen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Frauen an die <u>Bedeutung der langfristigen Diabetesprävention</u> zu erinnern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sonstiges: _____“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Wie sehr stimmen Sie zu? Angenommen die Vergütung wäre gesichert: das postpartale Diabetes-Screening bei Frauen nach GDM sollte idealerweise durchgeführt werden von...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Diabetologin/Diabetologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologin/Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztin/Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>6. „Wenn mir eine Patientin berichtet, dass Sie während der Schwangerschaft einen GDM hatte, ...“</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	nein	eher nicht	eher schon	ja
<i>weise ich sie auf die Nachsorgeuntersuchungen hin.“</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>bestelle ich Sie wieder zum postpartalen Diabetes-Screening in meine Praxis ein.“</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>überweise ich sie an eine diabetologische Schwerpunktpraxis.“</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>7. Wie sehr stimmen Sie zu, dass folgende Fachgruppen die Ergebnisse eines 75-g-oGTT von der durchführenden Praxis erhalten sollten?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Gynäkologische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8. Wie sehr stimmen sie zu? Die Ergebnisse des postpartalen Diabetes-Screenings sollten idealerweise übermittelt werden durch...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Brief an die überweisende Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briefe an alle relevanten Versorger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brief an die Frau selbst, die dann diesen an ihre Ärztin/ihren Arzt weitergeben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in den Mutterpass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in das Kinderuntersuchungsheft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesonderten GDM-Ausweis ähnlich wie Notfallausweis oder Allergiepass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>9. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Durchführung eines 75-g-oGTT nach der Entbindung zu?</b>					
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	Kann ich nicht beurteilen
„Der Test sollte im Zeitraum von 6-12 Wochen nach Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Bestimmung des HbA1c und der venösen Nüchtern glukose ist je nach klinischem Risiko ausreichend.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Durchführung eines 75-g-oGTT ist in der Praxis zu aufwendig.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT sollte allen Frauen nach GDM <u>angeboten</u> werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der Test kann zu Nebenwirkungen führen, die nicht im Verhältnis zum Nutzen stehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT kann genauso gut auch später als 12 Wochen nach der Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Mir ist es wichtig, dass der 75-g-oGTT bei uns durchgeführt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Ich halte diesen Test für diagnostisch relevant.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**C Wie bewerten Sie Versorgungsangebote für die Nachsorge bei GDM – unabhängig davon, ob Sie diese selbst durchführen**

<b>10. Wie wichtig scheinen Ihnen die folgenden Angebote für Frauen in der langfristigen GDM-Nachsorge zu sein?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Jährliche Diabetesdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines Selbsttests zur Diabetesdiagnostik für Frauen nach GDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung individueller Gesundheitskompetenzen der Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Informationsmaterial für Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisierte Präventions-App (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisiertes Vorsorgeheft (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Coaching/-Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungseinheit (mind. 45 min) für alle Frauen nach GDM zur Diabetesprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturiertes, <u>postpartales</u> Präventionsprogramm zu Diabetes mellitus Typ 2 (mind. 4 Schulungseinheiten, gefolgt von zusätzlichen Nachschulungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir noch andere Angebote wünschen, und zwar:				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>11. „Frauen nach GDM sollten geschult werden zur Diabetesprävention durch...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
die Hausarztpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die gynäkologische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die diabetologische Schwerpunktpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Hebamme/den Entbindungspfleger.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die pädiatrische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Krankenkasse.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Institutionen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nämlich: _____				

**D Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Tätigkeitsbereich**

Ihr Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> anderes: .....
Ihr Alter in Jahren:	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		
Wie viele Jahre sind Sie insgesamt hausärztlich tätig? (Runden Sie auf ganze Jahre auf)	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		
<b>Sie arbeiten in einer/einem (Bitte nur ein Kreuz!)</b>			
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>	Medizinischen Versorgungszentrum
<b>Sie sind tätig als</b>			
<input type="checkbox"/>	Praxisinhaber/Praxisinhaberin		
<input type="checkbox"/>	Angestellter/Angestellte		
<b>Bitte geben Sie an, welchem Fachgebiet Sie angehören: (Bitte nur ein Kreuz!)</b>			
<input type="checkbox"/>	Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin		
<input type="checkbox"/>	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin		
<input type="checkbox"/>	Praktischer Arzt/Praktische Ärztin		
<input type="checkbox"/>	Arzt/Ärztin in Weiterbildung für das Fach Allgemeinmedizin		
<b>Sie arbeiten in einer (Bitte nur ein Kreuz!)</b>			
<input type="checkbox"/>	Großstadt (> 500.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Großstadt (100.000-500.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Mittelstadt (> 50.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Mittelstadt (20.000-50.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Kleinstadt (> 10.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleinen Kleinstadt (5.000-10.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	Landgemeinde (< 5.000 Einw.)		
<b>Haben Sie weitere Ideen/Anmerkungen zum Thema Nachsorge bei GDM?</b>			
<hr/>			
<hr/>			
<hr/>			

## Questionnaire for gynaecologists

### A Es geht um Ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen zur GDM-Nachsorge

#### 1. „Mir ist in meiner beruflichen Praxis wichtig, mit einer Frau, die einen GDM hatte, nach der Geburt anzusprechen...“

(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig	Kann ich nicht beurteilen
welche möglichen Folgen für die Mutter bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
welche möglichen Folgen für das Kind bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Stillen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Lebensstil.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
wie sie mit dem GDM während der Schwangerschaft umgegangen ist.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Vorstellungen der Eltern zu möglichen Auswirkungen des GDM.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Angebot eines postpartalen Diabetes-Screenings.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Folgeuntersuchungen zur langfristigen GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

#### 2. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich sehe mich beim Thema GDM-Nachsorge als <u>Vermittler/Vermittlerin</u> in der Versorgung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich wüsste nicht, was ich zur GDM-Nachsorge anbieten soll.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>abgeben</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge mit anderen Gesundheitsberufen <u>teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich sehe mich als Verantwortlichen/Verantwortliche in der GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich gerate im Praxisalltag bei der GDM-Nachsorge unter <u>Zeitdruck</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die GDM-Nachsorge ist in meiner täglichen Praxis <u>oft ein Thema</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>mit der Patientin teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich fühle mich bei diesem Thema <u>unsicher</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>3. Wie wichtig sind Ihnen <u>in Ihrem beruflichen Alltag</u> die folgenden Aspekte in der GDM-Nachsorge bei der Frau in den ersten Jahren nach der Geburt?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Diabetesdiagnostik alle 2-3 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jährliche Diabetesdiagnostik bei gestörter Glukosetoleranz/gestörter Nüchtern glukose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsuntersuchung (Check-Up) in der Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeignete Kontrazeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu klinischen Hinweisen auf einen manifesten Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für die Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf lokale Sportangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu gesundheitsförderndem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Nun geht es um Ihre persönlichen Ansichten zum postpartalen Diabetes-Screening**

<b>4. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zum postpartalen Diabetes-Screening etwa 6-12 Wochen <u>nach der Geburt</u> zu.</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich finde es sinnvoll, Frauen nach GDM ein postpartales Diabetes-Screening (inkl. eines oralen Glukosetoleranztests/75-g-oGTT) anzubieten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Der Termin zum postpartalen Diabetes Screening sollte angeboten werden, um...“				
...einen <u>manifesten</u> Diabetes postpartal auszuschließen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Frauen an die <u>Bedeutung der langfristigen Diabetesprävention</u> zu erinnern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sonstiges: _____“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie sehr stimmen Sie zu? Angenommen die Vergütung wäre gesichert: das postpartale Diabetes-Screening bei Frauen nach GDM sollte idealerweise durchgeführt werden von...**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Diabetologin/Diabetologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologin/Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztin/Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Wie sehr stimmen Sie zu, dass folgende Fachgruppen die Ergebnisse eines 75-g-oGTT von der durchführenden Praxis erhalten sollten?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Gynäkologische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Wie sehr stimmen sie zu? Die Ergebnisse des postpartalen Diabetes-Screenings sollten idealerweise übermittelt werden durch...**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Brief an die überweisende Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briefe an alle relevanten Versorger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brief an die Frau selbst, die dann diesen an ihre Ärztin/ihren Arzt weitergeben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in den Mutterpass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in das Kinderuntersuchungsheft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesonderten GDM-Ausweis ähnlich wie Notfallausweis oder Allergiepass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Durchführung eines 75-g-oGTT nach der Entbindung zu?</b>					
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	Kann ich nicht beurteilen
„Der Test sollte im Zeitraum von 6-12 Wochen nach Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Bestimmung des HbA1c und der venösen Nüchternblutglukose ist je nach klinischem Risiko ausreichend.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Durchführung eines 75-g-oGTT ist in der Praxis zu aufwendig.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT sollte allen Frauen nach GDM <u>angeboten</u> werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der Test kann zu Nebenwirkungen führen, die nicht im Verhältnis zum Nutzen stehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT kann genauso gut auch später als 12 Wochen nach der Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Mir ist es wichtig, dass der 75-g-oGTT bei uns durchgeführt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Ich halte diesen Test für diagnostisch relevant.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**C Wie bewerten Sie Versorgungsangebote für die Nachsorge bei GDM – unabhängig davon, ob Sie diese selbst durchführen**

<b>9. Wie wichtig scheinen Ihnen die folgenden Angebote für Frauen in der langfristigen GDM-Nachsorge zu sein?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Jährliche Diabetesdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines Selbsttests zur Diabetesdiagnostik für Frauen nach GDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung individueller Gesundheitskompetenzen der Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Informationsmaterial für Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisierte Präventions-App (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisiertes Vorsorgeheft (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Coaching/-Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungseinheit (mind. 45 min) für alle Frauen nach GDM zur Diabetesprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturiertes, <u>postpartales</u> Präventionsprogramm zu Diabetes mellitus Typ 2 (mind. 4 Schulungseinheiten, gefolgt von zusätzlichen Nachschulungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich würde mir noch andere Angebote wünschen, und zwar:				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. „Frauen nach GDM sollten geschult werden zur Diabetesprävention durch...

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
die Hausarztpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die gynäkologische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die diabetologische Schwerpunktpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Hebamme/den Entbindungspfleger.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die pädiatrische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Krankenkasse.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Institutionen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nämlich: _____				

### D Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Tätigkeitsbereich

Ihr Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> anderes: .....
Ihr Alter in Jahren:	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		
Wie viele Jahre sind Sie insgesamt in Ihrem aktuellen Beruf tätig? (nach dem ersten Abschluss. Runden Sie auf ganze Jahre auf)	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		

### Sie arbeiten in einer/einem (Bitte nur ein Kreuz!)

<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>	Medizinischen Versorgungszentrum
<b>Sie sind tätig als</b>			
<input type="checkbox"/>	Praxisinhaber/Praxisinhaberin		
<input type="checkbox"/>	Angestellter Facharzt/Angestellte Fachärztin		
<input type="checkbox"/>	Arzt/Ärztin in Weiterbildung für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe		

<b>Sie arbeiten in einer</b> (Bitte nur ein Kreuz!)			
<input type="checkbox"/>	Großstadt (> 500.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Großstadt (100.000-500.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Mittelstadt (> 50.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Mittelstadt (20.000-50.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Kleinstadt (> 10.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleinen Kleinstadt (5.000-10.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	Landgemeinde (< 5.000 Einw.)		

**Haben Sie weitere Ideen/Anmerkungen zum Thema Nachsorge bei GDM?**

---

---

---

## Questionnaire for paediatricians

### A Es geht um Ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen zur GDM-Nachsorge

<b>1. „Mir ist in meiner beruflichen Praxis wichtig, mit einer Frau, die einen GDM hatte, nach der Geburt anzusprechen...“</b>					
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig	Kann ich nicht beurteilen
welche möglichen Folgen für die Mutter bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
welche möglichen Folgen für das Kind bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Stillen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Lebensstil.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
wie sie mit dem GDM während der Schwangerschaft umgegangen ist.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Vorstellungen der Eltern zu möglichen Auswirkungen des GDM.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Angebot eines postpartalen Diabetes-Screenings.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Folgeuntersuchungen zur langfristigen GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
<b>2. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?</b>					
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	
„Ich sehe mich beim Thema GDM-Nachsorge als <u>Vermittler/Vermittlerin</u> in der Versorgung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Ich wüsste nicht, was ich zur GDM-Nachsorge anbieten soll.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>abgeben</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge mit anderen Gesundheitsberufen <u>teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Ich sehe mich als Verantwortlichen/Verantwortliche in der GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Ich gerate im Praxisalltag bei der GDM-Nachsorge unter <u>Zeitdruck</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Die GDM-Nachsorge ist in meiner täglichen Praxis <u>oft</u> ein Thema.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>mit der Patientin teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
„Ich fühle mich bei diesem Thema <u>unsicher</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>3. „Mir ist wichtig, Eltern zu beraten, dass ihr Kind ein erhöhtes Risiko hat für die Entwicklung von...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Übergewicht.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstigen: _____.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Nun geht es um Ihre persönlichen Ansichten zum postpartalen Diabetes-Screening**

<b>4. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zum postpartalen Diabetes-Screening etwa 6-12 Wochen <u>nach der Geburt</u> zu.</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich finde es sinnvoll, Frauen nach GDM ein postpartales Diabetes-Screening (inkl. eines oralen Glukosetoleranztests/75-g-oGTT) anzubieten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Der Termin zum postpartalen Diabetes Screening sollte angeboten werden, um...				
...einen <u>manifesten</u> Diabetes postpartal auszuschließen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Frauen an die <u>Bedeutung der langfristigen Diabetesprävention</u> zu erinnern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Wie sehr stimmen Sie zu? Angenommen die Vergütung wäre gesichert: das postpartale Diabetes-Screening bei Frauen nach GDM sollte idealerweise durchgeführt werden von...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Diabetologin/Diabetologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologin/Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztin/Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>6. Wie sehr stimmen Sie zu, dass folgende Fachgruppen die Ergebnisse eines 75-g-oGTT von der durchführenden Praxis erhalten sollten?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Gynäkologische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>7. Wie sehr stimmen Sie zu? Die Ergebnisse des postpartalen Diabetes-Screenings sollten idealerweise übermittelt werden durch...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Brief an die überweisende Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briefe an alle relevanten Versorger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brief an die Frau selbst, die dann diesen an ihre Ärztin/ihren Arzt weitergeben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in den Mutterpass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in das Kinderuntersuchungsheft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesonderten GDM-Ausweis ähnlich wie Notfallausweis oder Allergiepass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>8. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Durchführung eines 75-g-oGTT nach der Entbindung zu?</b>					
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	Kann ich nicht beurteilen
„Der Test sollte im Zeitraum von 6-12 Wochen nach Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Bestimmung des HbA1c und der venösen Nüchtern glukose ist je nach klinischem Risiko ausreichend.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Durchführung eines 75-g-oGTT ist in der Praxis zu aufwendig.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT sollte allen Frauen nach GDM <u>angeboten</u> werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der Test kann zu Nebenwirkungen führen, die nicht im Verhältnis zum Nutzen stehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>



„Der 75-g-oGTT kann genauso gut auch später als 12 Wochen nach der Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Mir ist es wichtig, dass der 75-g-oGTT bei uns durchgeführt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Ich halte diesen Test für diagnostisch relevant.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

### B Nun geht es um das Thema Stillen im Allgemeinen (unabhängig von GDM)

9. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?					
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	Weiß ich nicht
„Stillen stärkt das Immunsystem des Kindes.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Stillen beugt Zahnfehlstellungen bzw. Okklusionsstörungen vor.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Stillen hat einen protektiven Effekt hinsichtlich des plötzlichen Kindstodes.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Stillen fördert die Mutter-Kind-Bindung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Gestillte Kinder haben ein geringeres Risiko für späteres Übergewicht.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Gestillte Kinder haben ein geringeres Risiko für akute Mittelohrentzündungen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Gestillte Kinder haben ein geringeres Risiko für Allergien.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Gestillte Kinder haben ein geringeres Risiko für Magen-Darm-Infekte.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

10. Wie sehr stimmen Sie zu? „Stillende Mütter haben ein geringeres Risiko für...					
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	Weiß ich nicht
Diabetes mellitus Typ II.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Brustkrebs.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Eierstockkrebs.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

11. Wenn Sie an die Mütter in Ihrer Praxis denken: Was schätzen Sie, wie viele stillen bis zu den folgenden Zeitpunkten ausschließlich oder voll?					
(1 Kreuz pro Zeile!)	(fast) keine	manche	mehrere	sehr viele	
Gar nicht gestillt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bis Ende des 1. Lebensmonats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bis Ende des 2. Lebensmonats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis Ende des 3. Lebensmonats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis Ende des 4. Lebensmonats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darüber hinaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Wenn Sie an die Stilldauer insgesamt denken: Was schätzen Sie, wie viele Frauen in Ihrer Praxis über die folgenden Zeiträume stillen?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	(fast) keine	manche	mehrere	sehr viele
weniger als 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 bis 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 bis 18 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 bis 24 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Länger als 24 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. Wie oft führen Sie in Ihrer Praxis pro Quartal die folgenden Vorsorge-Untersuchungen durch?**

(Bitte geben Sie Schätzwerte in absoluten Zahlen an)	U2	U3	U4
Termine pro Quartal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
davon Erstkontakte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**14. Was machen Sie routinemäßig, wenn Sie ein Kind zum ersten Mal in Ihrer Praxis zu einer Vorsorgeuntersuchung sehen?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	Sehr selten	manchmal	häufig	immer
„Ich erhebe die aktuelle Anamnese des Kindes gemäß dem Gelben Heft.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich erhebe die Schwangerschaftsanamnese mit der Mutter des Kindes.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich erhebe die Familienanamnese.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich erhebe die Sozialanamnese.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich sehe mir die vorangegangenen Vorsorge-Untersuchungen im Gelben Heft an.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich frage die Mutter explizit, ob bei ihr ein Gestationsdiabetes diagnostiziert worden ist.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Bei positiver Gestationsdiabetes Diagnose der Mutter...				
...frage ich sie, wie dieser therapiert wurde.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...trage ich im Kinder-Untersuchungsheft im Abschnitt Beratung unter „Bemerkung“ den Hinweis „Gestationsdiabetes“ ein.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...weise ich die Mutter auf die Nachsorgeuntersuchung hin.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sonstiges:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>15. Was empfehlen Sie einer Mutter, die mit dem Kind zum ersten Mal in Ihre Praxis zu einer Vorsorgeuntersuchung kommt, zum Thema Stillen?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	Sehr selten	manchmal	häufig	immer
<i>„Ich empfehle der Mutter</i>				
...ausschließlich zu stillen (ohne Säuglingsmilch, Wasser und Tee).“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...voll zu stillen (ohne Säuglingsmilch, aber mit Getränken wie Wasser, Tee).“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...teilweise zu stillen (mit zusätzlicher Säuglingsmilch und Getränken wie Wasser, Tee).“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>„Ich empfehle der Mutter eine Dauer des ausschließlichen oder vollen Stillens</i>				
... von weniger als 4 Monaten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... von 4-6 Monaten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... von 6 Monaten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Frauen nach GDM erhalten eine andere Stillempfehlung für die ersten 6 Monate als Frauen ohne GDM.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was empfehlen Sie Müttern nach GDM konkret?				
_____				
_____				

**C Wie bewerten Sie Versorgungsangebote für die Nachsorge bei GDM – unabhängig davon, ob Sie diese selbst durchführen**

<b>16. Wie wichtig scheinen Ihnen die folgenden Angebote für Frauen in der langfristigen GDM-Nachsorge zu sein?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Jährliche Diabetesdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines Selbsttests zur Diabetesdiagnostik für Frauen nach GDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung individueller Gesundheitskompetenzen der Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Informationsmaterial für Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisierte Präventions-App (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisiertes Vorsorgeheft (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Coaching/-Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungseinheit (mind. 45 min) für alle Frauen nach GDM zur Diabetesprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturiertes, <u>postpartales</u> Präventionsprogramm zu Diabetes mellitus Typ 2 (mind. 4 Schulungseinheiten, gefolgt von zusätzlichen Nachschulungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir noch andere Angebote wünschen, und zwar:				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>17. „Frauen nach GDM sollten geschult werden zur Diabetesprävention durch...“</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
...die Hausarztpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die gynäkologische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die diabetologische Schwerpunktpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Hebamme/den Entbindungspfleger.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die pädiatrische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Krankenkasse.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...andere Institutionen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nämlich: _____				

**D Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Tätigkeitsbereich**

Ihr Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> anderes: .....
Ihr Alter in Jahren:	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		
Wie viele Jahre sind Sie insgesamt in Ihrem aktuellen Beruf tätig? (nach dem ersten Abschluss. Runden Sie auf ganze Jahre auf)	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		

**Sie arbeiten in einer/einem (Bitte nur ein Kreuz!)**

<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>	Medizinischen Versorgungszentrum

**Die Kinderarztpraxis, in der ich tätig bin, ist...**

<input type="checkbox"/>	eine Schwerpunktpraxis mit folgendem Schwerpunkt:
<input type="checkbox"/>	Kinder-Hämatologie und -Onkologie
<input type="checkbox"/>	Kinder-Kardiologie
<input type="checkbox"/>	Neonatologie
<input type="checkbox"/>	Neuropädiatrie
<input type="checkbox"/>	keine Schwerpunktpraxis

**Sie sind tätig als**

<input type="checkbox"/>	Praxisinhaber/Praxisinhaberin
<input type="checkbox"/>	Angestellter Facharzt/Angestellte Fachärztin
<input type="checkbox"/>	Arzt/Ärztin in Weiterbildung für das Fach Kinder- und Jugendmedizin

**Sie arbeiten in einer (Bitte nur ein Kreuz!)**

<input type="checkbox"/>	Großstadt (> 500.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Großstadt (100.000-500.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Mittelstadt (> 50.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Mittelstadt (20.000-50.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Kleinstadt (> 10.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleinen Kleinstadt (5.000-10.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	Landgemeinde (< 5.000 Einw.)		

**Haben Sie weitere Ideen/Anmerkungen zum Thema Nachsorge bei GDM?**


---



---

## Questionnaire for diabetologists

### A Es geht um Ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen zur GDM-Nachsorge

**1. „Mir ist in meiner beruflichen Praxis wichtig, mit einer Frau, die einen GDM hatte, nach der Geburt anzusprechen...“**

(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig	Kann ich nicht beurteilen
welche möglichen Folgen für die Mutter bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
welche möglichen Folgen für das Kind bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Stillen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Lebensstil.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
wie sie mit dem GDM während der Schwangerschaft umgegangen ist.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Vorstellungen der Eltern zu möglichen Auswirkungen des GDM.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Angebot eines postpartalen Diabetes-Screenings.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Folgeuntersuchungen zur langfristigen GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**2. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich sehe mich beim Thema GDM-Nachsorge als <u>Vermittler/Vermittlerin</u> in der Versorgung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich wüsste nicht, was ich zur GDM-Nachsorge anbieten soll.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>abgeben</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge mit anderen Gesundheitsberufen <u>teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich sehe mich als Verantwortlichen/Verantwortliche in der GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich gerate im Praxisalltag bei der GDM-Nachsorge unter <u>Zeitdruck</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die GDM-Nachsorge ist in meiner täglichen Praxis <u>oft ein Thema</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>mit der Patientin teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich fühle mich bei diesem Thema <u>unsicher</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. Wie wichtig sind Ihnen <u>in Ihrem beruflichen Alltag</u> die folgenden Aspekte in der GDM-Nachsorge bei der Frau in den ersten Jahren nach der Geburt?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Diabetesdiagnostik alle 2-3 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jährliche Diabetesdiagnostik bei gestörter Glukosetoleranz/gestörter Nüchtern glukose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsuntersuchung (Check-Up) in der Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeignete Kontrazeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu klinischen Hinweisen auf einen manifesten Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für die Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf lokale Sportangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu gesundheitsförderndem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **B Nun geht es um Ihre persönlichen Ansichten zum postpartalen Diabetes-Screening**

<b>4. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zum postpartalen Diabetes-Screening etwa 6-12 Wochen <u>nach der Geburt</u> zu.</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich finde es sinnvoll, Frauen nach GDM ein postpartales Diabetes-Screening (inkl. eines oralen Glukosetoleranztests/75-g-oGTT) anzubieten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Der Termin zum postpartalen Diabetes Screening sollte angeboten werden, um...“				
...einen <u>manifesten</u> Diabetes postpartal auszuschließen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Frauen an die <u>Bedeutung der langfristigen Diabetesprävention</u> zu erinnern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sonstiges: _____“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Wie sehr stimmen Sie zu? Angenommen die Vergütung wäre gesichert: das postpartale Diabetes-Screening bei Frauen nach GDM sollte idealerweise durchgeführt werden von...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Diabetologin/Diabetologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gynäkologin/Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztin/Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Wie sehr stimmen Sie zu, dass folgende Fachgruppen die Ergebnisse eines 75-g-oGTT von der durchführenden Praxis erhalten sollten?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Gynäkologische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Wie sehr stimmen sie zu? Die Ergebnisse des postpartalen Diabetes-Screenings sollten idealerweise übermittelt werden durch...**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Brief an die überweisende Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briefe an alle relevanten Versorger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brief an die Frau selbst, die dann diesen an ihre Ärztin/ihren Arzt weitergeben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in den Mutterpass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in das Kinderuntersuchungsheft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesonderten GDM-Ausweis ähnlich wie Notfallausweis oder Allergiepass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Durchführung eines 75-g-oGTT nach der Entbindung zu?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	Kann ich nicht beurteilen
„Der Test sollte im Zeitraum von 6-12 Wochen nach Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Bestimmung des HbA1c und der venösen Nüchtern glukose ist je nach klinischem Risiko ausreichend.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Durchführung eines 75-g-oGTT ist in der Praxis zu aufwendig.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT sollte allen Frauen nach GDM <u>angeboten</u> werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>



„Der Test kann zu Nebenwirkungen führen, die nicht im Verhältnis zum Nutzen stehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT kann genauso gut auch später als 12 Wochen nach der Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Mir ist es wichtig, dass der 75-g-oGTT bei uns durchgeführt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Ich halte diesen Test für diagnostisch relevant.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

9. Wie sehr stimmen Sie aus Ihrer Praxiserfahrung in der diabetologischen Versorgung den folgenden Aussagen zum postpartalen 75-g-oGTT zu?				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Es fehlen uns die räumlichen Kapazitäten zur Durchführung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Das Praxisteam findet diesen Termin nicht so wichtig.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Wenn man eine Glukose-Fertiglösung einsetzen dürfte, könnte ich mir die Durchführung des Tests einfacher vorstellen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Es fehlt an Zeit für Beratungsgespräche durch die Schulungskräfte.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Wir haben hierfür kaum freie ärztliche Sprechstundenkapazitäten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Der Aufwand des Screenings wird nicht ausreichend vergütet.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Unsere Erfahrung zeigt, dass nur wenige Mütter diesen Termin wahrnehmen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Wir führen den 75-g-oGTT nicht durch. Zum postpartalen Diabetes Screening bestimmen wir eine Nüchternglukose und einen HbA1c.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Bieten Sie das postpartale Diabetes-Screening in Ihrer Praxis an?		<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
11. Wenn ja: Erinnern Sie die Frauen, am postpartalen Diabetes-Screening in Ihrer Praxis teilzunehmen? (mehrere Kreuze möglich)					
<input type="radio"/>	Die Frauen müssen nicht erinnert werden	<input type="radio"/>	Wir erinnern die Mütter <u>per SMS</u> an den Termin.		
<input type="radio"/>	Die Frauen werden gebeten, sich nach der Entbindung für die Terminvergabe zu melden.	<input type="radio"/>	Wir erinnern die Mütter <u>per E-mail</u> an den Termin.		
<input type="radio"/>	Ein Termin wird bereits während der Schwangerschaft vereinbart.	<input type="radio"/>	Wir erinnern die Mütter <u>per Anruf</u> an den Termin.		
<input type="radio"/>	Zur Erinnerung wird der Termin schriftlich im Mutterpass festgehalten.	<input type="radio"/>	Wir erinnern die Mütter <u>per Post</u> an ihren Termin.		

<input type="radio"/> Im Arztbrief an die gynäkologische Praxis bitten wir darum, die Mütter an diesen Termin zu erinnern.	<input type="radio"/> Sonstiges: _____ _____
--	---

**C Wie bewerten Sie Versorgungsangebote für die Nachsorge bei GDM – unabhängig davon, ob Sie diese selbst durchführen**

<b>12. Wie wichtig scheinen Ihnen die folgenden Angebote für Frauen in der langfristigen GDM-Nachsorge zu sein?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Jährliche Diabetesdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines Selbsttests zur Diabetesdiagnostik für Frauen nach GDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung individueller Gesundheitskompetenzen der Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Informationsmaterial für Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisierte Präventions-App (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisiertes Vorsorgeheft (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Coaching/-Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungseinheit (mind. 45 min) für alle Frauen nach GDM zur Diabetesprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturiertes, <u>postpartales</u> Präventionsprogramm zu Diabetes mellitus Typ 2 (mind. 4 Schulungseinheiten, gefolgt von zusätzlichen Nachschulungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir noch andere Angebote wünschen, und zwar:				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>13. „Frauen nach GDM sollten geschult werden zur Diabetesprävention durch...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
die Hausarztpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die gynäkologische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die diabetologische Schwerpunktpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Hebamme/den Entbindungspfleger.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die pädiatrische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Krankenkasse.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Institutionen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nämlich: _____				

**D Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Tätigkeitsbereich**

Ihr Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> anderes: .....
Ihr Alter in Jahren:	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		
Wie viele Jahre sind Sie insgesamt in Ihrem aktuellen Beruf tätig? (nach dem ersten Abschluss. Runden Sie auf ganze Jahre auf)	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		
<b>Sie arbeiten in einer/einem (Bitte nur ein Kreuz!)</b>			
<input type="checkbox"/>	Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>	Praxisgemeinschaft
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>	Medizinischen Versorgungszentrum
<b>Sie sind tätig als</b>			
<input type="checkbox"/>	Praxisinhaber/Praxisinhaberin		
<input type="checkbox"/>	Angestellter Facharzt/Angestellte Fachärztin		
<input type="checkbox"/>	Arzt/Ärztin in Weiterbildung		
<b>Ihre Praxis ist (Bitte nur ein Kreuz!)</b>			
<input type="checkbox"/>	ein zertifiziertes Diabeteszentrum Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement		
<input type="checkbox"/>	ein zertifiziertes Diabeteszentrum DDG (früher: Basisanerkennung DDG)		
<input type="checkbox"/>	nicht durch DDG zertifiziert		
<b>Sie arbeiten in einer (Bitte nur ein Kreuz!)</b>			
<input type="checkbox"/>	Großstadt (> 500.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Großstadt (100.000-500.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Mittelstadt (> 50.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Mittelstadt (20.000-50.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Kleinstadt (> 10.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleinen Kleinstadt (5.000-10.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	Landgemeinde (< 5.000 Einw.)		

**Haben Sie weitere Ideen/Anmerkungen zum Thema Nachsorge bei GDM?**

---



---



---

## Questionnaire for midwives

### A Es geht um Ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen zur GDM-Nachsorge

**1. „Mir ist in meiner beruflichen Praxis wichtig, mit einer Frau, die einen GDM hatte, nach der Geburt anzusprechen...“**

(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig	Kann ich nicht beurteilen
welche möglichen Folgen für die Mutter bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
welche möglichen Folgen für das Kind bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Stillen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Lebensstil.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
wie sie mit dem GDM während der Schwangerschaft umgegangen ist.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Vorstellungen der Eltern zu möglichen Auswirkungen des GDM.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Angebot eines postpartalen Diabetes-Screenings.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Folgeuntersuchungen zur langfristigen GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**2. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich sehe mich beim Thema GDM-Nachsorge als <u>Vermittler/Vermittlerin</u> in der Versorgung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich wüsste nicht, was ich zur GDM-Nachsorge anbieten soll.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>abgeben</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge mit anderen Gesundheitsberufen <u>teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich sehe mich als Verantwortlichen/Verantwortliche in der GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich gerate im Praxisalltag bei der GDM-Nachsorge unter <u>Zeitdruck</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die GDM-Nachsorge ist in meiner täglichen Praxis <u>oft ein Thema</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>mit der Patientin teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich fühle mich bei diesem Thema <u>unsicher</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. Wie wichtig sind Ihnen <u>in Ihrem beruflichen Alltag</u> die folgenden Aspekte in der GDM-Nachsorge bei der Frau in den ersten Jahren nach der Geburt?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Diabetesdiagnostik alle 2-3 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jährliche Diabetesdiagnostik bei gestörter Glukosetoleranz/gestörter Nüchtern glukose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsuntersuchung (Check-Up) in der Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geeignete Kontrazeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu klinischen Hinweisen auf einen manifesten Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für die Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf lokale Sportangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu gesundheitsförderndem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4. Betreuen Sie Frauen mit GDM im Vergleich zu Frauen ohne GDM zum Thema Stillen ausführlicher?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	kein Unterschied bei GDM	etwas ausführlicher bei GDM	deutlich ausführlicher bei GDM	Sehr viel ausführlicher bei GDM
„Ich weise in der Schwangerschaft auf die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind hin.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich nehme mir Zeit für die Stillberatung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich leite die Frau aktiv zur Kolostrumgewinnung in der Schwangerschaft an.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich ermutige die Frau zum ausschließlichen Stillen bis zum 4.-6. Lebensmonat.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Nun geht es um Ihre persönlichen Ansichten zum postpartalen Diabetes-Screening**

<b>5. Zu welchem Zeitpunkt weisen Sie die von Ihnen betreuten Frauen mit Gestationsdiabetes auf die Durchführung des postpartalen 75-g-oGTT hin?</b> (Mehrere Kreuze möglich)	
Ich weise die Frauen gar nicht darauf hin.	<input type="radio"/>
Während der Schwangerschaft	<input type="radio"/>
Im Wochenbett	<input type="radio"/>

Zu folgendem Zeitpunkt: \_\_\_\_\_

**6. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zum postpartalen Diabetes-Screening etwa 6-12 Wochen nach der Geburt zu.**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich finde es sinnvoll, Frauen nach GDM ein postpartales Diabetes-Screening (inkl. eines oralen Glukosetoleranztests/75-g-oGTT) anzubieten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Der Termin zum postpartalen Diabetes Screening sollte angeboten werden, um...				
...einen <u>manifesten</u> Diabetes postpartal auszuschließen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Frauen an die <u>Bedeutung der langfristigen Diabetesprävention</u> zu erinnern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sonstiges: _____“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Wie sehr stimmen Sie zu? Angenommen die Vergütung wäre gesichert: das postpartale Diabetes-Screening bei Frauen nach GDM sollte idealerweise durchgeführt werden von...**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Diabetologin/Diabetologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologin/Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztin/Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Wie sehr stimmen Sie zu, dass folgende Fachgruppen die Ergebnisse eines 75-g-oGTT von der durchführenden Praxis erhalten sollten?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Gynäkologische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>9. Wie sehr stimmen sie zu? Die Ergebnisse des postpartalen Diabetes-Screenings sollten idealerweise übermittelt werden durch...</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Brief an die überweisende Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briefe an alle relevanten Versorger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brief an die Frau selbst, die dann diesen an ihre Ärztin/ihren Arzt weitergeben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in den Mutterpass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in das Kinderuntersuchungsheft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesonderten GDM-Ausweis ähnlich wie Notfallausweis oder Allergiepass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>10. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Durchführung eines 75-g-oGTT nach der Entbindung zu?</b>					
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	Kann ich nicht beurteilen
„Der Test sollte im Zeitraum von 6-12 Wochen nach Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Bestimmung des HbA1c und der venösen Nüchtern glukose ist je nach klinischem Risiko ausreichend.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Durchführung eines 75-g-oGTT ist in der Praxis zu aufwendig.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT sollte allen Frauen nach GDM <u>angeboten</u> werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der Test kann zu Nebenwirkungen führen, die nicht im Verhältnis zum Nutzen stehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT kann genauso gut auch später als 12 Wochen nach der Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Mir ist es wichtig, dass der 75-g-oGTT bei uns durchgeführt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Ich halte diesen Test für diagnostisch relevant.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**C Wie bewerten Sie Versorgungsangebote für die Nachsorge bei GDM – unabhängig davon, ob Sie diese selbst durchführen**

<b>11. Wie wichtig scheinen Ihnen die folgenden Angebote für Frauen in der langfristigen GDM-Nachsorge zu sein?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Jährliche Diabetesdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines Selbsttests zur Diabetesdiagnostik für Frauen nach GDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Förderung individueller Gesundheitskompetenzen der Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Informationsmaterial für Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisierte Präventions-App (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisiertes Vorsorgeheft (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Coaching/-Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungseinheit (mind. 45 min) für alle Frauen nach GDM zur Diabetesprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturiertes, <u>postpartales</u> Präventionsprogramm zu Diabetes mellitus Typ 2 (mind. 4 Schulungseinheiten, gefolgt von zusätzlichen Nachschulungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde mir noch andere Angebote wünschen, und zwar:				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. „Frauen nach GDM sollten geschult werden zur Diabetesprävention durch...

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
die Hausarztpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die gynäkologische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die diabetologische Schwerpunktpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Hebamme/den Entbindungspfleger.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die pädiatrische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Krankenkasse.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Institutionen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nämlich: _____				

## D Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Tätigkeitsbereich

Ihr Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> anderes: .....
Ihr Alter in Jahren:	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		
Wie viele Jahre sind Sie insgesamt seit Ihrem Examen als Hebamme in der direkten Versorgung aktiv tätig? (Runden Sie auf ganze Jahre auf)	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre		
Wie viele Stunden sind Sie pro Woche außerklinisch tätig? (Schätzen Sie bitte die Stunden für einen durchschnittlichen Monat; runden Sie auf ganze Zahlen auf)	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden		



<b>Welche Hebammenleistungen bieten Sie an?</b> (mehrere Kreuze möglich)			
<input type="radio"/>	Schwangerenvorsorge	<input type="radio"/>	Geburtshilfe
<input type="radio"/>	Beratung in der Schwangerschaft	<input type="radio"/>	Geburtsvorbereitungskurse
<input type="radio"/>	Hilfe bei Beschwerden	<input type="radio"/>	Rückbildungsgymnastikkurse
<input type="radio"/>	GDM-Screening	<input type="radio"/>	Stillberatung
<input type="radio"/>	Wochenbettbetreuung	<input type="radio"/>	Sonstiges: _____

<b>Sie arbeiten in einer</b> (Bitte nur ein Kreuz!)			
<input type="checkbox"/>	Großstadt (> 500.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Großstadt (100.000-500.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Mittelstadt (> 50.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Mittelstadt (20.000-50.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Kleinstadt (> 10.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleinen Kleinstadt (5.000-10.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	Landgemeinde (< 5.000 Einw.)		

<b>Haben Sie weitere Ideen/Anmerkungen zum Thema Nachsorge bei GDM?</b>
_____
_____
_____

## Questionnaire for gynaecologists working in hospitals

### A Es geht um Ihre persönlichen Ansichten und Erfahrungen zur GDM-Nachsorge

**1. „Mir ist in meiner beruflichen Praxis wichtig, mit einer Frau, die einen GDM hatte, nach der Geburt anzusprechen...“**

(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig	Kann ich nicht beurteilen
welche möglichen Folgen für die Mutter bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
welche möglichen Folgen für das Kind bestehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Stillen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Thema Lebensstil.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
wie sie mit dem GDM während der Schwangerschaft umgegangen ist.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Vorstellungen der Eltern zu möglichen Auswirkungen des GDM.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
das Angebot eines postpartalen Diabetes-Screenings.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
die Folgeuntersuchungen zur langfristigen GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**2. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich sehe mich beim Thema GDM-Nachsorge als <u>Vermittler/Vermittlerin</u> in der Versorgung.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich wüsste nicht, was ich zur GDM-Nachsorge anbieten soll.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>abgeben</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge mit anderen Gesundheitsberufen <u>teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich sehe mich als Verantwortlichen/Verantwortliche in der GDM-Nachsorge.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich gerate im Praxisalltag bei der GDM-Nachsorge unter <u>Zeitdruck</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Die GDM-Nachsorge ist in meiner täglichen Praxis <u>oft ein Thema</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich möchte die Verantwortung für die GDM-Nachsorge <u>mit der Patientin teilen</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Ich fühle mich bei diesem Thema <u>unsicher</u> .“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3. Wie wichtig sind Ihnen <u>in Ihrem beruflichen Alltag</u> die folgenden Aspekte in der GDM-Nachsorge bei der Frau in den ersten Jahren nach der Geburt?</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Geeignete Kontrazeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu klinischen Hinweisen auf einen manifesten Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für die Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stillberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis auf lokale Sportangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung zu gesundheitsförderndem Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratung über Folgerisiken des GDM für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B Nun geht es um Ihre persönlichen Ansichten zum postpartalen Diabetes-Screening**

<b>4. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zum postpartalen Diabetes-Screening etwa 6-12 Wochen <u>nach der Geburt</u> zu.</b>				
(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
„Ich finde es sinnvoll, Frauen nach GDM ein postpartales Diabetes-Screening (inkl. eines oralen Glukosetoleranztests/75-g-oGTT) anzubieten.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
„Der Termin zum postpartalen Diabetes Screening sollte angeboten werden, um...				
...einen <u>manifesten</u> Diabetes postpartal auszuschließen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Frauen an die <u>Bedeutung der langfristigen Diabetesprävention</u> zu erinnern.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sonstiges: _____“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie sehr stimmen Sie zu? Angenommen die Vergütung wäre gesichert: das postpartale Diabetes-Screening bei Frauen nach GDM sollte idealerweise durchgeführt werden von...**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Diabetologin/Diabetologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gynäkologin/Gynäkologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderärztin/Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausärztin/Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Wie sehr stimmen Sie zu, dass folgende Fachgruppen die Ergebnisse eines 75-g-oGTT von der durchführenden Praxis erhalten sollten?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Gynäkologische Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarztpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebamme/Entbindungspfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetologische Schwerpunktpraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Wie sehr stimmen sie zu? Die Ergebnisse des postpartalen Diabetes-Screenings sollten idealerweise übermittelt werden durch...**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
Brief an die überweisende Praxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briefe an alle relevanten Versorger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brief an die Frau selbst, die dann diesen an ihre Ärztin/ihren Arzt weitergeben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in den Mutterpass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eintrag in das Kinderuntersuchungsheft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesonderten GDM-Ausweis ähnlich wie Notfallausweis oder Allergiepass.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zur Durchführung eines 75-g-oGTT nach der Entbindung zu?**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu	Kann ich nicht beurteilen
„Der Test sollte im Zeitraum von 6-12 Wochen nach Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Bestimmung des HbA1c und der venösen Nüchternblutglukose ist je nach klinischem Risiko ausreichend.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Die Durchführung eines 75-g-oGTT ist in der Praxis zu aufwendig.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT sollte allen Frauen nach GDM <u>angeboten</u> werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der Test kann zu Nebenwirkungen führen, die nicht im Verhältnis zum Nutzen stehen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Der 75-g-oGTT kann genauso gut auch später als 12 Wochen nach der Geburt durchgeführt werden.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Mir ist es wichtig, dass der 75-g-oGTT bei uns durchgeführt wird.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
„Ich halte diesen Test für diagnostisch relevant.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

**C Wie bewerten Sie Versorgungsangebote für die Nachsorge bei GDM – unabhängig davon, ob Sie diese selbst durchführen**

9. Wie wichtig scheinen Ihnen die folgenden Angebote für Frauen in der langfristigen GDM-Nachsorge zu sein?				
(1 Kreuz pro Zeile!)	gar nicht wichtig	nicht wichtig	wichtig	besonders wichtig
Jährliche Diabetesdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung eines Selbsttests zur Diabetesdiagnostik für Frauen nach GDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung individueller Gesundheitskompetenzen der Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Informationsmaterial für Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisierte Präventions-App (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Individualisiertes Vorsorgeheft (z.B. mit eigenen Messwerten, Zielen, lokalen Angeboten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online-Coaching/-Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungseinheit (mind. 45 min) für alle Frauen nach GDM zur Diabetesprävention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturiertes, <u>postpartales</u> Präventionsprogramm zu Diabetes mellitus Typ 2 (mind. 4 Schulungseinheiten, gefolgt von zusätzlichen Nachschulungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich würde mir noch andere Angebote wünschen, und zwar:				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. „Frauen nach GDM sollten geschult werden zur Diabetesprävention durch...**

(1 Kreuz pro Zeile!)	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll zu
die Hausarztpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die gynäkologische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die diabetologische Schwerpunktpraxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Hebamme/den Entbindungspfleger.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die pädiatrische Praxis.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Krankenkasse.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Institutionen.“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nämlich: \_\_\_\_\_

**D Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Tätigkeitsbereich**

Ihr Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> anderes: .....		
Ihr Alter in Jahren:	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre				
Wie viele Jahre sind Sie insgesamt in Ihrem aktuellen Beruf tätig? (nach dem ersten Abschluss. Runden Sie auf ganze Jahre auf)	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre				
<b>Sie sind tätig als</b>					
(mehrere Kreuze möglich!)					
<input type="checkbox"/>	Facharzt/Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe				
<input type="checkbox"/>	Oberarzt/Oberärztin				
<input type="checkbox"/>	Chefarzt/Chefärztin				
<input type="checkbox"/>	Assistenzarzt/Assistenzärztin (Arzt/Ärztin in Weiterbildung)				
<b>Sie arbeiten in</b>					
<input type="checkbox"/>	einem Perinatalzentrum, wenn ja	<input type="checkbox"/>	Level 1	<input type="checkbox"/>	Level 2
<input type="checkbox"/>	einer Einrichtung mit perinatalem Schwerpunkt				
<input type="checkbox"/>	einer gynäkologischen / geburtshilflichen Abteilung eines Krankenhauses				

**Sie arbeiten in einer** (Bitte nur ein Kreuz!)

<input type="checkbox"/>	Großstadt (> 500.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Großstadt (100.000-500.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Mittelstadt (> 50.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleineren Mittelstadt (20.000-50.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	größeren Kleinstadt (> 10.000 Einw.)	<input type="checkbox"/>	kleinen Kleinstadt (5.000-10.000 Einw.)
<input type="checkbox"/>	Landgemeinde (< 5.000 Einw.)		

**Haben Sie weitere Ideen/Anmerkungen zum Thema Nachsorge bei GDM?**

---

---

---