

# Betreuung schwangerer Frauen in diabetologischen Schwerpunktpraxen

## GestDiab reflektiert die reale klinische Praxis



H. Adamczewski

Laut der Perinatalstatistik aus dem Jahr 2010 wurden 3,7% der Schwangerschaften durch einen Gestationsdiabetes und weitere 0,89% durch einen Typ-1- oder Typ-2-Diabetes kompliziert, die tatsächliche Inzidenz liegt aber wahrscheinlich deutlich höher. Grund genug, um mit GestDiab ein Projekt ins Leben zu rufen, mit dessen Hilfe man die Betreuung schwangerer Frauen dokumentieren und verbessern möchte. Tatsächlich haben die Auswertungen der Registerdaten seit 2008 Verbesserungspotenziale aufzeigen können, berichtet Dr. Heike Adamczewski, Köln. Somit können die teilnehmenden Praxen gezielte Maßnahmen in dem Netz-

werk der Behandler ergreifen. Auch die nach der Veröffentlichung der neuen Leitlinien im letzten Jahr notwendig gewordenen Änderungen im Management des Gestationsdiabetes werden jetzt erfasst und evaluiert werden.

Wie sieht die Betreuung von Schwangeren mit Gestationsdiabetes (GDM), Typ-1- oder Typ-2-Diabetes in unseren diabetologischen Schwerpunktpraxen aus? Wie viele Sprechstunden- und Schulungskontakte sind erforderlich? Wie häufig verordnen wir bei unseren Patientinnen mit Gestationsdiabetes Insulin? Wie oft ergibt das postpartale Diabetescreening einen Diabetes mellitus oder Prädiabetes? Ist unsere Behandlung mit der vergleichbar, die uns in Studien vor Augen geführt wird? Verlaufen Schwangerschaften bei unseren Patientinnen mit Typ-2-Diabetes ähnlich wie bei Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1? Wie häufig setzen wir eine Insulinpumpentherapie ein, wie oft Analoginsulin?

### Kontinuierliche Versorgungsforschung mit GestDiab

Um solche Fragen zu beantworten, wurde im Jahr 2008 das Projekt „GestDiab“ von Mitgliedern des Berufsverbandes der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein (BdSN) und des wissenschaftlichen Institutes der niedergelassenen Diabetologen (WIN-DIAB) ins Leben gerufen.

Wir erfassen den Versorgungsprozess von Schwangeren mit Diabetes in diabetologischen Schwerpunktpraxen mit einem hierfür entwickelten Softwareprogramm. Individuelle Benchmarkingberichte für jede Praxis tragen dazu bei, die Versorgung dort kontinuierlich zu verbessern. Außerdem werden die Daten in Qualitätszirkeln von Diabetologen, Hausärzten, Gynäkologen und Geburtshäusern diskutiert und die Gesamtdaten regelmäßig veröffentlicht.

Bisher wurden in den Jahren zwischen 2008 und 2010 Daten von insgesamt 3334 Schwangerschaften mit Gestationsdiabetes, 115 Schwangerschaften bei Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1 und 122 Schwangeren mit einem Typ-2-Diabetes aus insgesamt 26 diabetologischen Schwerpunktpraxen ausgewertet. Erhoben wurden dabei

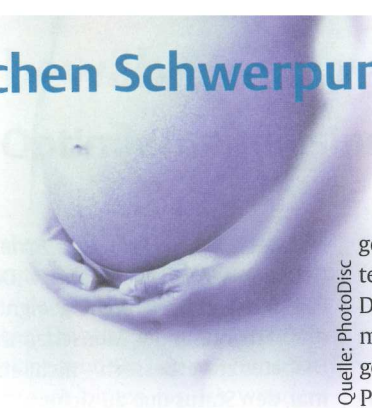
- Basisdaten,
- anamnestische Hinweise,
- Daten zu Diagnostik, Therapie und Entbindung,
- Komplikationsraten von Müttern und Kindern sowie
- Ergebnisse des postpartalen Diabetescreenings nach einem Gestationsdiabetes.



### GestDiab hilft, Verbesserungspotenziale zu erkennen

Hier einige der wichtigsten Ergebnisse:

- Nur etwa ein Drittel der Mütter nimmt das Angebot eines postpartalen oralen Glukosetoleranztests nach einem Gestationsdiabetes wahr, obwohl deren Risiko, einen Diabetes mellitus zu entwickeln, sehr hoch ist. Von diesen haben weniger als die Hälfte eine völlig normale Glukosetoleranz.
- Die Diagnose eines Gestationsdiabetes wurde häufig erst nach der 34. Schwangerschaftswoche gestellt. Zu diesem Zeitpunkt kann eine kindliche Makrosomie kaum noch durch die Therapie beeinflusst werden.
- Bei etwa jeder dritten Patientin mit Gestationsdiabetes war der Einsatz von Insulin erforderlich.
- Bei Schwangerschaften von Frauen mit Diabetes mellitus Typ 1 fallen die sehr häufigen Kaiserschnittentbindungen auf. Der Anteil makrosomer Neugeborener ist trotz der hohen Behandlungsintensität und dem häufigen Einsatz der Insulinpumpentherapie noch höher als bei Frauen mit Typ-2-Diabetes.
- Die Morbidität der Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 2 ist anders geartet als bei denen mit Diabetes mellitus Typ 1: Sie rauchen besonders häufig, leiden öfter unter einer arteriellen Hypertonie und vor allem unter einer Adipositas. Einige von ihnen nahmen zum Zeitpunkt der Konzeption ungüns-



Quelle: PhotoDisc

tige Medikamente wie zum Beispiel ACE-Hemmer ein. Bei beiden Diabetesformen ist das Risiko für ungünstige Schwangerschaftsergebnisse erhöht.

### Maßnahmen für eine bessere Versorgung schwangerer Diabetikerinnen

Schon diese Auswahl der wichtigsten Ergebnisse unserer Auswertung belegt, dass es bei der interdisziplinären Betreuung schwangerer Frauen mit (Gestations-)Diabetes durch Hausärzte, Frauenärzte, Diabetologen und Entbindungskliniken Verbesserungspotenzial gibt. Daher

- benötigt die Hochrisikogruppe der Mütter nach einem Gestationsdiabetes dringend ein strukturiertes Präventionsprogramm,
- sind mehr Bemühungen für eine zeitgerechte GDM-Diagnostik erforderlich,
- sollen Diabetikerinnen mit Kinderwunsch motiviert werden, sich in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis zu einer präkonzeptionellen Vorbereitung vorzustellen. Diese umfasst die Teilnahme an einer Schulung, eine Optimierung der Stoffwechsellage, das Umsetzen ungeeigneter Medikamente, die Einnahme von Folsäure, eine Gewichtsreduktion und den Rauchstopp.

Darüber hinaus ist wegen ihrer zunehmenden Häufigkeit und hohen Morbidität mehr Aufmerksamkeit bei allen Behandlern für Schwan-

gerschaften bei Frauen mit Diabetes mellitus Typ 2 erforderlich. Das Echo der an GestDiab teilnehmenden Praxisteams ist ermutigend. Allein die Teilnahme an dem Projekt erhöht deren Engagement. So ließen sich zum Beispiel durch die Einrichtung eines Recallsystems mehr junge Mütter zum postpartalen Diabetescreening motivieren.

### Neue Fragestellungen für GestDiab

Ab 2012 dokumentiert GestDiab die durch die neuen GDM-Leitlinien von 2011 bewirkten Veränderungen: Wird Insulin seltener eingesetzt? Werden weniger makrosome Kinder geboren? Wird die Diagnose ‚Gestationsdiabetes‘ früher gestellt?

Weitere Inhalte der Leitlinie werden jetzt erfasst. Dazu zählen zum Beispiel

- das Stillen,
- die präkonzeptionelle Einnahme von Folsäure,
- die Einnahme von Metformin,
- das Vorliegen eines polyzystischen Ovariensyndroms und
- ein postpartales Depressionscreening.

Wenn Sie Interesse an der Teilnahme an GestDiab haben, senden Sie mir eine Mail: hm.adamczewski@netcologne.de.

### Freitag, 18. Mai 2012

Versorgungsrelevante Forschungsdaten – WinDiab-Symposium  
11:00–12:30 Uhr, Saal Pfeiffer  
(11:05–11:25 Uhr: Aktuelle Zahlen aus dem „GestDiab“-Register)

### Freitag, 18. Mai 2012

Postersitzung 12 – Gestationsdiabetes, Diagnostik  
14:00–15:00 Uhr, Halle C 2.1  
(Poster P-106: GestDiab 2010 – Ergebnisse bei Typ-1- und Typ-2-Diabetes)