

**„50 Jahre VDD“
Jubiläums – Kongress 2007**
in Kooperation mit dem
Bundesverband Deutscher Ernährungsmediziner (BDEM) e. V.
und dem
Verband der Oecotrophologen (VDO_E) e. V.
vom 19. bis 21. April
CongressPark Wolfsburg

GESTATIONS DIABETES

Gestationsdiabetes: Konsequenzen für die Ernährungsberatung

Andrea Scheidacker, Diätassistentin, EB/DGE, Diabetesassistentin DDG, am Bethanien Krankenhaus, Im Prüfling 21-25, 60389 Frankfurt/Main

Während der Schwangerschaft besteht oft der Wunsch nach einem deutlich verbesserten Lebensstil einschließlich eines gesunden Essverhaltens. Die Übertragung allgemeinen Ernährungswissens auf die spezielle Situation in der Schwangerschaft oder Stillzeit birgt jedoch die Gefahr von Nährstoffdefiziten und kann ein gesundheitliches Risiko für Mutter und Kind sein. Professioneller Rat ist daher sinnvoll und sollte von einer qualifizierten Ernährungsfachkraft eingeholt werden.

Die Ernährung einer Schwangeren sollte, nach den allgemein bekannten Regeln, ausgewogen und bedarfsgerecht sein und sich am Verlauf der Gewichtszunahme orientieren. Zur Vermeidung von Nährstoffdefiziten sind selbst bei übergewichtigen Schwangeren strenge Reduktionsdiäten zu vermeiden. Die minimale Energiezufuhr sollte 1500 kcal/Tag nicht unterschreiten.

Zur Aufdeckung eines Gestationsdiabetes wird heute generell die Durchführung eines oralen Glukosetoleranztests zwischen der 24. und 28. Schwangerschaftswoche empfohlen. Neben dem erstmaligen Auftreten eines Diabetes mellitus in der Schwangerschaft wird auch eine Glukosetoleranzstörung als Gestationsdiabetes bezeichnet. Die Therapieziele sind sehr eng gesteckt. Die von der Patientin täglich selbst zu messenden Blutzuckerwerte sollten nüchtern zwischen 60- 90 mg % liegen sowie 2 Stunden postprandial 120 mg % nicht überschreiten. Während der Beratung muss die Patientin auf die Notwendigkeit der meist 6x täglich durchzuführenden Messungen hingewiesen und in deren exakte Durchführung eingewiesen werden. Bei der Protokollierung sollten mögliche Ursachen so genannter „Ausrutscher“ möglichst miterfasst werden, wie zum Beispiel erniedrigte Blutzuckerwerte durch vermehrte körperliche Aktivität oder erhöhte Blutzuckerwerte im Rahmen von Infekten oder bei Diätfehlern.

Bei Gestationsdiabetes kommt der Ernährungsumstellung eine entscheidende Bedeutung zu. Neben den üblichen Empfehlungen zur Deckung des Nährstoffbedarfs sind weitere ernährungs- und verhaltenstherapeutische Hinweise relevant. 5-6 Mahlzeiten mit hinsichtlich des glykämischen Index beziehungsweise der glykämischen Last günstig zusammengesetzten Speisen sind erforderlich, um den Blutzuckerlauf möglichst konstant beziehungsweise postprandial nur wenig ansteigend zu halten und Heißhungerattacken zu vermeiden. Auch eine Spätmahlzeit wird empfohlen, da längere Hungerperioden zwischen den Mahlzeiten vermieden werden sollen. Sollten die Therapieziele durch eine Ernährungsumstellung alleine nicht erreicht werden, ist eine zusätzliche Insulintherapie erforderlich. In diesem Fall richtet sich der Tageskostplan nach den verordneten BE/ KE. Zur Bedarfsdeckung ist auch weiterhin auf eine abwechslungsreiche Kost zu achten und es gilt, mit der Patientin geeignete Austauschmöglichkeiten insbesondere hinsichtlich der Kohlenhydratträger und -mengen zur Erweiterung des Nahrungsangebots zu erarbeiten.

Die Führung einer Patientin mit Gestationsdiabetes stellt hohe Anforderungen an das ernährungstherapeutische Team. Zum Schutz von Mutter und Kind sollten die eng gesteckten Therapieziele konsequent eingehalten werden. Hierzu sind eine hochfrequente Beratung und enge Kontakte zu dem betreuenden Gynäkologen/ Diabetologen/ Ernährungsmediziner erforderlich.

