

Frühgeburt

Schwangerschaftskomplikationen



Handlungsfeld 3: Diabeteskomplikationen reduzieren

Erwachsene

Hintergrund

Diabetes mellitus ist ein wichtiger Risikofaktor für Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt. Es wird zwischen einem bereits vor der Schwangerschaft bestehenden Typ-1- oder Typ-2-Diabetes (präkonzeptioneller Diabetes) und einem erstmals während der Schwangerschaft auftretenden Diabetes (Gestationsdiabetes) unterschieden. Sowohl die St. Vincent Deklaration [1] als auch die Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses [2] hat zum Ziel, den mit Diabetes assoziierten Schwangerschaftskomplikationen vorzubeugen.

Sowohl der Gestationsdiabetes (Indikator „Prävalenz Gestationsdiabetes“) als auch der präkonzeptionelle Diabetes erhöht das Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt [3, 4]. So erhöht der Diabetes das Risiko einer Frühgeburt, was in Folge die Gesundheit des Neugeborenen und die spätere kindliche Entwicklung beeinflussen kann.

Kernaussagen

- ▶ Im Jahr 2021 liegt der Anteil an frühgeborenen Einlingen bei 6,1 %.
- ▶ Der Anteil an Frühgeburten ist bei Vorliegen eines Gestationsdiabetes (6,5 %) oder präkonzeptionellen Diabetes (14,3 %) höher als bei Frauen ohne Diabetes (5,9 %).
- ▶ Im Zeitverlauf zwischen 2013 und 2021 steigt der Anteil an Frühgeburten bei Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes an, während dieser bei Frauen mit Gestationsdiabetes und bei Frauen ohne Diabetes oder leicht abnimmt.

Abbildung 1: Zeitliche Entwicklung der Anteile von Frühgeburten bei Frauen mit Klinikgeburt von Einlingen in % nach Vorliegen von präkonzeptionellem Diabetes, Gestationsdiabetes bzw. keinem Diabetes zwischen 2013 und 2021 (altersstandardisiert).

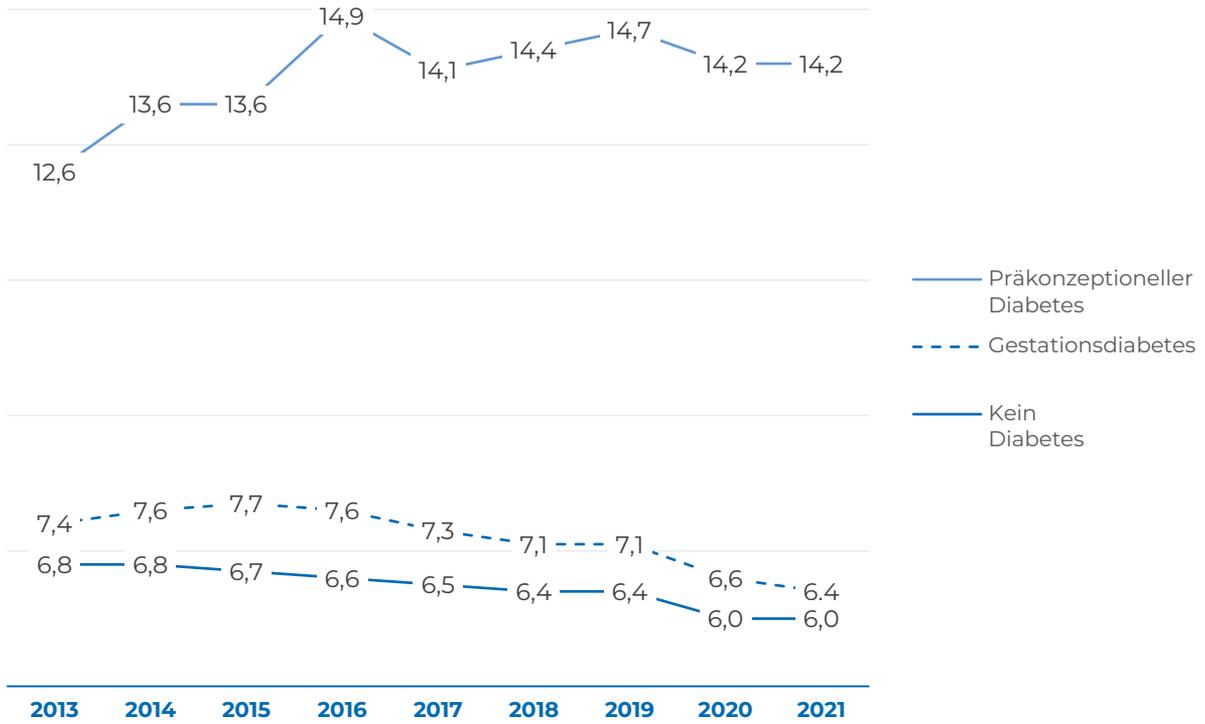
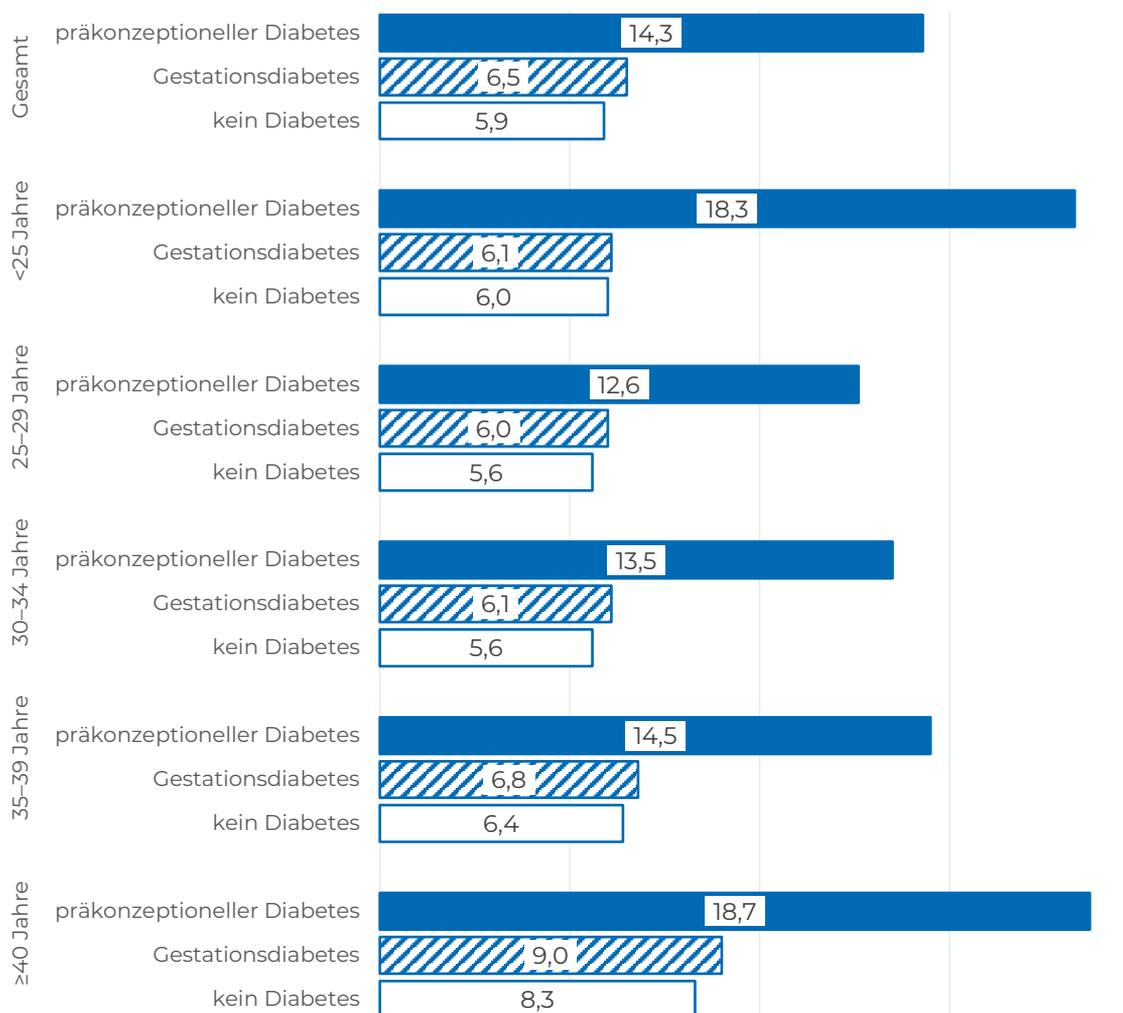


Abbildung 2: Anteil von Frühgeburten bei Frauen mit Klinikgeburt von Einlingen in % nach Vorliegen von präkonzeptionellem Diabetes, Gestationsdiabetes bzw. keinem Diabetes und Alter der Mutter im Jahr 2021.



Ergebnisse

Im Jahr 2021 sind 6,1 % aller Einlinge vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren worden. Der Anteil an Frühgeburten ist bei Frauen mit Gestationsdiabetes (6,5 %) und präkonzeptionellem Diabetes (14,3 %) höher als bei Frauen ohne Diabetes (5,9 %). Im Zeitverlauf von 2013 bis 2021 nimmt der Anteil an Frühgeburten bei Frauen ohne Diabetes und Frauen mit Gestationsdiabetes ab und bei Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes zu. Differenziert nach Altersgruppe zeigt sich ein höherer Anteil an Frühgeburten bei Frauen ab 40 Jahren sowie bei Frauen unter 25 Jahren im Vergleich zu Frauen der mittleren Altersgruppen, wobei diese Unterschiede besonders bei Vorliegen eines präkonzeptionellen Diabetes ausgeprägt sind.

Fazit

Während sich im Zeitverlauf für Frauen ohne Diabetes oder mit Gestationsdiabetes ein Rückgang der Frühgeburlichkeit zeigt, steigt der Anteil an Frühgeburten bei Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes an. Gemäß des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ soll

der Anteil an Frühgeburten gesenkt werden [5]. Jedoch zeigt die Analyse, dass dieses Ziel für Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes, auch unter Berücksichtigung der Zunahme des maternalen Alters, noch nicht erreicht wird. Der relativ hohe Anteil an Frühgeburten bei Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes unter 25 Jahren, deutet darauf hin, dass insbesondere die Betreuung von Schwangeren mit Typ-1-Diabetes in den Blick genommen werden sollte.

Methodik und Datenquellen

Definition

Der Indikator Frühgeburt ist definiert als Anteil der Frauen mit Klinikgeburt in einem gegebenen Jahr, bei denen das Kind vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche geboren wurde.

Bezugspopulation

Alle Frauen mit stationärer Einlingsgeburt in Deutschland.

Datenquelle

Qualitätssicherung Perinatalmedizin (Geburtshilfe): seit 2015 am Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) auf Basis der Perinatalstatistik der Länder [6]. Diese enthält Daten aller rund 700.000 stationären Geburten pro Jahr in Deutschland.

Berechnung

- ▶ **Beobachtete Werte:** Quotient aus der Anzahl an Frauen mit Geburt vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche und der Anzahl aller Frauen mit Klinikgeburt.
- ▶ **Stratifizierung:** Bei der Analyse wird nach Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes (dokumentiert im Katalog A: „Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung“ im Mutterpass), einem Gestationsdiabetes und keinem Diabetes unterschieden.
- ▶ **Altersstandardisierung:** Es erfolgt eine direkte Altersstandardisierung unter Verwendung der Altersgruppen < 25, 25 – 29, 30 – 34, 35 – 39 und ≥ 40 Jahre mit der Population der Klinikgeburten des Jahres 2021.

Datenqualität

Der Datensatz enthält nur Informationen zu Klinikgeburten, da die Daten von den Krankenhäusern übermittelt werden. Somit werden Daten von Geburten außerhalb des Krankenhauses, die einen sehr kleinen Anteil (unter 2 %) darstellen, nicht erfasst. Aufgrund einer möglichen unvollständigen Dokumentation des Gestationsdiabetes im Mutterpass ist eine Unterschätzung der Prävalenz des Gestationsdiabetes möglich. Weiterhin ist beim präkonzeptionellen Diabetes keine Unterscheidung zwischen Typ-1- und Typ-2-Diabetes möglich.

Datendownload

Robert Koch-Institut. (2024). Ergebnisse der Nationalen Diabetes-Surveillance 2015 – 2024 [Data set]. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14935276>

Referenzen

1. Diabetes Care and Research in Europe: The Saint Vincent Declaration. *Diabetic Medicine*. 1990;7(4):360. doi: 10.1111/j.1464-5491.1990.tb01405.x.
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt ((Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL). 2023 [cited 14.02.2025]. Available from: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3335/Mu-RL_2023-09-28_iK-2023-12-19.pdf.

3. Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG). S2e-Leitlinie Diabetes in der Schwangerschaft. 2021 [cited 14.02.2025]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/057-023>.
4. Schäfer-Graf UM, Gembruch U, Kainer F, Groten T, Hummel S, Hösli I, et al. Gestationsdiabetes mellitus (GDM) – Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Leitlinie der DDG und DGGG (S3-Niveau, AWMF-Registernummer 057/008, Februar 2018). Geburtshilfe Frauenheilkd. 2018;78(12):1219-31. doi: 10.1055/a-0659-2596.
5. Kooperationsverbund zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt. 2017 [cited 07.08.2024]. Available from: https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/GZgeburt_07_2017_bf.pdf.
6. Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Bundesauswertung Perinatalmedizin (PERI) 2015 bis 2020. 2021 [cited 07.08.2024]. Available from: <https://iqtig.org/qs-verfahren/peri/>.

Weiterführende Links

- ▶ Reitzle L, Heidemann C, Baumert J, Kaltheuner M, Adamczewski H, Icks A, et al. Schwangerschaftskomplikationen bei Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes mellitus und Gestationsdiabetes mellitus. Dtsch Arztebl Int. 2023;120(6):81-6. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0387>.

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut · Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Nationale Diabetes-Surveillance · Nordufer 20 · 13353 Berlin

Zitierweise

Nationale Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut (2024)
Ergebnisse der Diabetes-Surveillance 2015 – 2024.
Schwangerschaftskomplikationen: Frühgeburt – Erwachsene.
Robert Koch-Institut, Berlin. doi: 10.25646/12384.

Open access

[CC BY 4.0 Lizenzvertrag Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Förderungshinweis

Das Projekt zum Aufbau einer Nationalen Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut mit Erweiterung zu einer NCD-Surveillance (2015 – 2024) wurde gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen: GE20150323, GE20190305, 2522DIA700, 2523DIA002).

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages