

Totgeburt

Schwangerschaftskomplikationen

**Handlungsfeld 3: Diabeteskomplikationen reduzieren****Erwachsene**

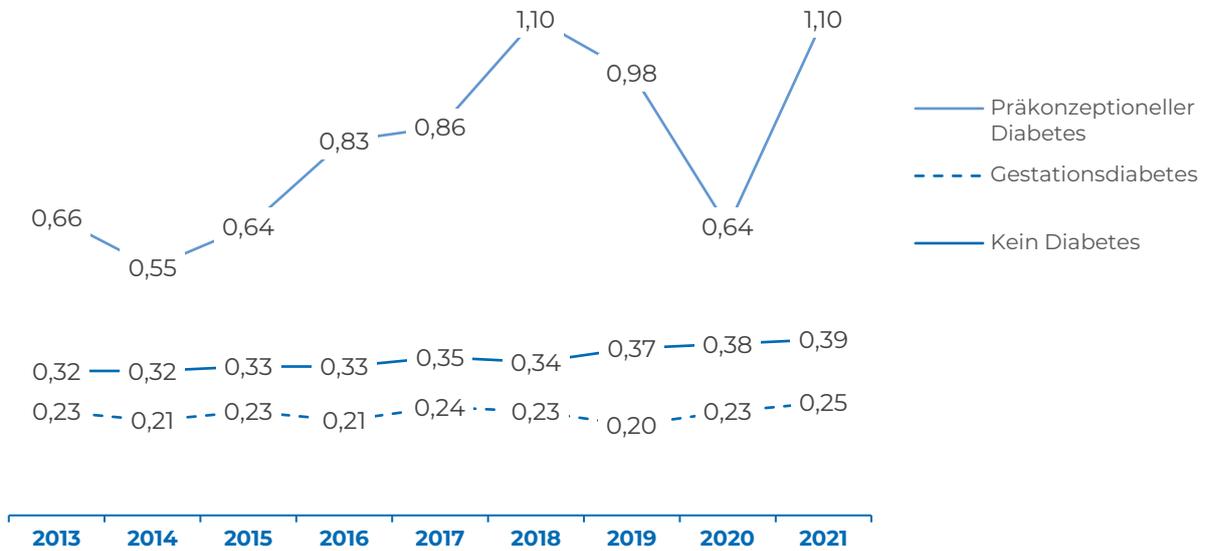
Hintergrund

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 der präkonzeptionelle Diabetes erhöht das Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt [3, 4]. So steigt u. a. auch das Risiko einer Totgeburt bei Vorliegen eines präkonzeptionellen Diabetes [3]. Ein Zusammenhang der Totgeburt mit dem Gestationsdiabetes ist hingegen nicht eindeutig belegt [5, 6].

Kernaussagen

- ▶ Im Jahr 2021 liegt der Anteil an Totgeburten von Einlingen bei 0,39 %.
- ▶ Der Anteil an Totgeburten ist bei Frauen mit einem präkonzeptionellen Diabetes höher (1,1 %) als bei Frauen ohne Diabetes (0,39 %); bei Frauen mit Gestationsdiabetes hingegen niedriger (0,25 %).
- ▶ Im Zeitverlauf zwischen 2013 und 2021 steigt der Anteil an Totgeburten an, insbesondere bei Frauen mit einem präkonzeptionellen Diabetes.

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



Ergebnisse

Im Jahr 2021 liegt der Anteil an totgeborenen Einlingen bei 0,39 %. Bei Frauen mit Gestationsdiabetes ist der Anteil niedriger (0,25 %) und bei Frauen mit einem präkonzeptionellen Diabetes höher (1,1 %) als bei Frauen ohne Diabetes (0,39 %). Im Zeitverlauf von 2013 bis 2021 hat der Anteil der Totgeburten bei Frauen ohne Diabetes, bei Frauen mit Gestationsdiabetes und insbesondere bei Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes (2013: 0,64 %; 2021: 1,1 %) zugenommen.

Fazit

Eine Totgeburt ist insgesamt relativ selten, allerdings nimmt der Anteil im Zeitverlauf zu. Bei Frauen mit präkonzeptionellem Diabetes ist der Anstieg besonders ausgeprägt und liegt höher als in einer der früheren Analysen aus Bayern auf gleicher Datenbasis [7]. Der Gestationsdiabetes ist hingegen mit einem niedrigeren Anteil an Totgeburten assoziiert. Zum einen könnte dies an einer intensiveren Versorgung von Frauen mit Gestationsdiabetes liegen, aber auch daran, dass Frauen zum Zeitpunkt der Totgeburt möglicherweise noch keinen Test auf Gestationsdiabetes erhalten haben [8]. Auch das statistische Bundesamt berichtet einen zunehmenden Anteil an Totgeburten über die letzten Jahre [9]. Das steigende maternale Alter kann nur einen geringen Teil der Zunahme erklären. Somit sollte insbesondere die Betreuung von Frauen mit einem präkonzeptionellen Diabetes in den Blick genommen und die zeitliche Entwicklung engmaschig weiterbeobachtet werden.

Methodik und Datenquellen

Definition

Der Indikator Totgeburt ist definiert als Anteil der Frauen mit Klinikgeburt in einem gegebenen Jahr, bei denen eine Totgeburt dokumentiert 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 [10]. Diese enthält Daten aller rund 700.000 stationären Geburten pro Jahr in Deutschland.

Berechnung

- ▶ **Beobachtete Werte:** Quotient aus der Anzahl an Frauen mit dokumentierter Totgeburt 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, Hösl 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. Ye W, Luo C, Huang J, Li C, Liu Z, Liu F. Gestational diabetes mellitus and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022;377:e067946. doi: 10.1136/bmj-2021-067946.
6. Lemieux P, Benham JL, Donovan LE, Moledina N, Pylypjuk C, Yamamoto JM. The association between gestational diabetes and stillbirth: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*. 2022;1-18. doi: 10.1007/s00125-021-05579-0.
7. Beyerlein A, Lack N, von Kries R. No further improvement in pregnancy - related outcomes in the offspring of mothers with pre - gestational diabetes in Bavaria, Germany, between 2001 and 2016. *Diabet Med*. 2018;35(10):1420-4. doi: 10.1111/dme.13691.
8. Hutcheon JA, Kuret V, Joseph KS, Sabr Y, Lim K. Immortal Time Bias in the Study of Stillbirth Risk Factors: The Example of Gestational Diabetes. *Epidemiology*. 2013;24(6):787-90. doi: 10.1097/EDE.0b013e3182a6d9aa.
9. Statistisches Bundesamt (Destatis). Pressemitteilung Nr. 303 vom 15. Juli 2022. 2022 [cited 07.08.2024]. Available from: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_303_12.html.
10. Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Bundesauswertung Perinatalmedizin (PERI) 2015 bis 2020. 2021 [cited 07.08.2024]. Available from: <https://iqtig.org/gs-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: Totgeburt–Erwachsene.
Robert Koch-Institut, Berlin. doi: 10.25646/12382.

Open access

[CC BY 4.0 Lizenzvertrag Namensnennung 4.0 International](#)

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