



Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit  
Postfach 32 20 | 55022 Mainz

Vorsitzende des  
Ausschusses für Gleichstellung  
und Frauen  
Frau Nieland, Iris, MdL  
Landtag Rheinland-Pfalz  
Platz der Mainzer Republik 1  
55116 Mainz



**DER MINISTER**

Mittlere Bleiche 61  
55116 Mainz  
Telefon 06131 16-0  
Telefax 06131 16-29 57  
clemens.hoch@mwg.rlp.de  
www.mwg.rlp.de

07.07.2023

Mein Aktenzeichen  
Ref. PUK  
Bitte immer angeben!

Ihr Schreiben vom

Ansprechpartner/-in / E-Mail  
Anke Lips  
anke.lips@mwg.rlp.de

Telefon / Fax  
06131 16-6213  
06131 16 176213

## 17. Sitzung des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen am 20.06.2023

**TOP 6: „Todesfälle während der Schwangerschaft, der Geburt oder den ersten Lebenswochen“  
Antrag der Fraktion der CDU**

**- V 18/3987**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

in der o.g. Sitzung des Ausschusses für Gleichstellung und Frauen wurde der Sprechvermerk zugesagt und ergänzende Informationen zu Anlaufstellen / Schwangerschaftsabbrüchen sowie Zahlen über Hausgeburten nachzureichen, dieser Bitte komme ich gerne nach.

Am 9. Mai wurde der WHO-Bericht mit dem Titel „Verbesserung der Gesundheit und des Überlebens von Müttern und Neugeborenen und Verringerung von Totgeburten“ veröffentlicht. Diesem Bericht zufolge sterben jedes Jahr weltweit mehr als 4,5 Millionen Frauen und Babys in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder in den ersten 6 Wochen nach der Geburt. Die WHO hatte bereits im Jahr 2015 eine Konsenserklärung und ein Strategiepapier veröffentlicht. Diesem Papier zufolge sollte die durchschnittliche Müttersterblichkeitsrate weltweit bis zum Jahr 2030 auf weniger als 70 Todesfälle pro



100.000 Lebendgeburten gesenkt werden. Außerdem sollte kein Land eine höhere Müttersterblichkeitsrate als 140 Todesfälle pro 100.000 Lebendgeburten haben. Angesichts der aktuellen Zahlen erscheint dieses Ziel möglicherweise nicht erreichbar.

Die Müttersterblichkeit gilt als wesentliches Kriterium für die geburtshilfliche Qualität eines Landes. Sie wird berechnet, indem die Zahl der Todesfälle bei Müttern durch die Zahl der Lebendgeburten geteilt und dann mit 100.000 multipliziert wird. Sie stellt also das Risiko des Todesfalls bei einer Mutter im Verhältnis zur Zahl der Lebendgeburten dar. Als Müttersterbefall wird hierbei der Tod einer Frau gezählt, der während der Schwangerschaft bis innerhalb von 6 Wochen nach der Schwangerschaft auftritt und im Zusammenhang mit der Schwangerschaft steht.

Es wurde um einen Bericht gebeten, wie sich die Situation in den letzten 10 Jahren in Rheinland-Pfalz entwickelt hat. Die Daten des statistischen Landesamtes zeigen für die Jahre 2011 bis 2021 insgesamt 7 Müttersterbefälle: 2 Fälle im Jahr 2012, 2 Fälle im Jahr 2015 und je 1 Fall in den Jahren 2018, 2019 und 2020. Demgegenüber stehen zwischen 31.000 und knapp 39.000 Geburten pro Jahr. Aus diesen Daten haben wir die Müttersterblichkeitsrate für Rheinland-Pfalz berechnet und kommen auf einen Wert zwischen 0 und 6,4 pro 100.000 Lebendgeburten. Damit entsprechen wir dem bundesweiten Durchschnitt und dem Durchschnitt anderer westeuropäischer Länder.

Aber auch in Deutschland war die Müttersterblichkeitsrate früher sehr hoch. Die höchste Müttersterblichkeitsrate bestand in den 1930er Jahren mit über 500 Müttersterbefällen pro 100.000 Lebendgeburten. Mit der allgemeinen Verbesserung der Versorgungslage nach dem Zweiten Weltkrieg ging die Müttersterblichkeit bis zu den 1960er Jahren auf unter 100 Müttersterbefälle pro 100.000 Lebendgeburten zurück. Im Jahr 1961 wurde der Mutterpass eingeführt. Der Mutterpass ist ein großartiges Beispiel für eine funktionierende Primär- und Sekundärprävention, denn er ist einfach zu handhaben und Risiken können frühzeitig erkannt werden. Im Jahr 1986 sind zusätzlich die Mutterschaftsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten. Diese regeln den Zeitpunkt und Umfang der Leistungen und die Dokumentation im Mutterpass. Mit dieser



Entwicklung liegt die Müttersterblichkeit in Deutschland aktuell auf dem genannten äußerst niedrigen Niveau.

Woran sterben denn die Mütter heutzutage? Die häufigsten Ursachen für Müttersterblichkeit sind Blutungen, Infektionen, embolische Ereignisse (auch Fruchtwasserembolien) und die verschiedenen Formen der sogenannten „Schwangerschaftsvergiftung“. In all diesen Notfallsituationen ist eine schnelle Diagnose, Entscheidung und auch eine sofortige Therapie entscheidend für die weitere Prognose. Um Therapieentscheidungen zu standardisieren und zu erleichtern wurde beispielsweise Leitlinien, wie die Leitlinie „Peripartale Blutungen, Diagnostik und Therapie“, von den deutschsprachigen medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet. Auch Infektionen nach der Geburt, in der stärksten Ausprägung das sogenannte Kindbettfieber, können mittlerweile durch moderne Hygienestandards weitgehend vermieden werden. Außerdem ermöglichen uns etablierte diagnostische Methoden und die Verfügbarkeit von Antibiotika, eine Infektion rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Um Müttersterblichkeit zu reduzieren ist es aber auch wichtig, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern und einen Zugang zu qualitativ hochwertigen Schwangerschaftsabbrüchen zu ermöglichen.

An diesen Punkten zeigt sich bereits, warum Müttersterblichkeit weltweit so stark differiert. Entwicklungsländer haben eine deutlich schlechtere medizinische Versorgung und somit noch ein großes Verbesserungspotential. Im Gegensatz dazu liegt in Deutschland die geburtshilfliche klinische Versorgung bereits auf einem sehr hohen Niveau. Dies erklärt auch, warum es bundesweit nur wenige Forschungsaktivitäten zu diesem Thema gibt. Dennoch können innovative Projekte neues Verbesserungspotential aufdecken. So wurde beispielsweise unter der Leitung von Frau Professor Stephanie Wallwiener an der Universität Heidelberg das Programm „Mind:Pregnancy“ entwickelt und systematisch untersucht. Mit Hilfe dieses Programms können psychische Belastungen in der Schwangerschaft erkannt und einer Behandlung zugeführt werden. Möglicherweise kann auf diesem Weg auch die Häufigkeit von postpartalen Depressionen und damit verbundenen Suiziden reduziert werden. Dies würde unsere bereits niedrige Müttersterblichkeitsrate weiter senken.



Im letzten Teil des Antrags wird gefragt, welchen Einfluss Schließungen von Geburtskliniken auf die Bestrebungen zur Verminderung von Todesfällen haben können. Hierzu ist zu sagen, dass Rheinland-Pfalz auch nach den erfolgten Schließungen von geburts-hilfflichen Abteilungen an den Krankenhäusern, die in den letzten Jahren und Jahrzehnten bundesweit zu verzeichnen waren, über ein dichtes Netz an Geburtskliniken verfügt, die schwangeren Frauen eine stationäre Entbindung in zumutbarer Entfernung ermöglichen. Im internationalen Vergleich verfügt Rheinland-Pfalz über eine hohe Dichte an Geburtskliniken und einen guten Zugang zu medizinischer Versorgung für Schwangere. Im Falle von zu erwartenden Komplikationen nach einem schwierigen Verlauf der Schwangerschaft kommt es im Übrigen nicht auf die Entfernung, sondern die in den Fachabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe und auch darüber hinaus vorgehaltene Expertise an. Eine gewisse Zentralisierung der Versorgung insbesondere dieser Fälle ist im Hinblick auf die Müttersterblichkeit sogar vorteilhaft, denn große Kliniken verfügen über eine umfassende Infrastruktur und mehr Erfahrung im Umgang mit Komplikationen als kleine Kliniken. Längere Fahrtzeiten zu Geburtskliniken können in Deutschland also nicht mit negativen Auswirkungen auf die Müttersterblichkeit in Zusammenhang gebracht werden.

Des Weiteren wurde gebeten, ergänzende Informationen zu Anlaufstellen / Schwangerschaftsabbrüchen sowie Zahlen über Hausgeburten nachzureichen. Der Landesregierung liegen folgende Zahlen zu der Anzahl der Hausgeburten vor:

<b>Jahr</b>	<b>Anzahl Hausgeburten</b>
2018	208
2019	234
2020	279
2021	340

Für das Jahr 2022 liegen noch keine Daten vor.



Die Zuständigkeit für Schwangerschaftsabbrüche und somit auch für Anlaufstellen liegt im MFFKI.

Mit freundlichen Grüßen

Clemens Hoch