

Postpartale Depression

tabuisiert, unterschätzt und unterversorgt

Claudia Bürmann genannt Siggemann, Gabriele Klärs, Barbara Möhrke, Christiane Ernst, Mareike Rüweler, Petra Kolip, Claudia Hornberg

Bochum, 10.07.2014

1. Einleitung

Die Geburt eines Kindes wird gemeinhin als freudiges Ereignis gesehen und es wird erwartet, dass sie mit positiven Gefühlen verknüpft ist. Was passiert aber, wenn die gerade Mutter gewordene Frau diesen – auch eigenen – Erwartungen nicht entspricht und statt des Glücksgefühls eher ein Stimmungstief erlebt? Tatsächlich entwickeln zahlreiche Mütter nach der Geburt psychische Stimmungsschwankungen unterschiedlichen Schweregrades. Diese Gefühle lösen bei den betroffenen Müttern häufig Scham, Schuldgefühle und Selbstzweifel aus und nur zu einem geringen Anteil suchen sie professionelle Hilfe auf (Ballestrem et al., 2008). Auch die Professionellen in der Geburtshilfe sind noch nicht ausreichend sensibilisiert für die Problematik und vielfach zu wenig informiert über Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfeeinrichtungen, an die sich betroffene Frauen wenden können.

Mit diesem Faktenblatt möchten wir die zentralen Informationen zusammenstellen, die es Ihnen ermöglichen, sich einen schnellen Überblick über das Thema zu verschaffen sowie Hinweise zur weiteren Vertiefung geben.

2. Was ist eine postpartale Depression? – Epidemiologie und Risikofaktoren

Die auftretenden Störungen werden in der *ICD-10-GM F53 (ICD 10. Revision, Version 2014¹)* und im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V, 5th*

Edition²) nach dem Grad ihrer Schwere und Ausprägung unterschieden. Im Allgemeinen werden die psychischen Störungen im Wochenbett nach

drei verschiedenen Kategorien differenziert. So ist die postpartale³ Depression (PPD) differenzialdiagnostisch abzugrenzen gegen die postpartale Verstimmung und die postpartale Psychose:

- Stimmungslabilität und depressive Verstimmung in den ersten 3-5 Tagen nach Geburt, auch „Baby-Blues“ oder etwas abwertend „Heultage“ genannt. Sie stellen eher eine Anpassungsreaktion auf die veränderte hormonelle (postpartale) Situation dar. Während der „Baby-Blues“ meist von allein innerhalb weniger Stunden oder Tage verschwindet, bedürfen eine PPD und eine postpartale Psychose der Beratung oder gegebenenfalls Behandlung.
- Die postpartale Depression tritt in den ersten vier bis sechs Wochen nach der Geburt auf und wird nachfolgend genauer dargestellt.
- Die postpartale Psychose (Wochenbettpsychose) tritt selten auf und gilt als die schwerste Form der postpartalen psychischen Erkrankungen. Betroffen sind etwa 0,1-0,2 % der Wöchnerinnen. Oftmals hat bereits vor der Schwangerschaft und Geburt eine bipolare Störung vorgelegen. Anzeichen einer postpartalen Psychose sind z. B. extreme Angstzustände, Wahnvorstellungen und Halluzinationen sowie starke körperliche Unruhe oder Passivität.

¹ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM)

² Herausgegeben von der American Psychiatric Association (APA)

³ (lat. post=nach, partus=Schwangerschaft)

Eine postpartale Psychose ist immer eine Indikation für eine stationäre Behandlung, z. B. in einer Mutter-Kind-Einheit (Sonnenmoser, 2007).

Diagnostik der PPD

Die Symptome einer PPD ähneln denen einer Depression, unterscheiden sich jedoch dahingehend, dass sie 4-6 Wochen nach der Geburt auftreten, während eine Depression nicht unbedingt im Kontext mit einem auslösenden Ereignis steht. Als charakteristisch für eine PPD werden die folgenden Symptome beschrieben: Gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit, Appetitverlust, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Energie- und Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit, Wertlosigkeits- und Schuldgefühle, verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit sowie Suizidgedanken, die im schlimmsten Fall zu Selbstverletzung oder Suizidhandlungen führen. Eine PPD liegt dann vor, wenn fünf dieser Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorhanden sind; eines dieser Symptome sollte gedrückte Stimmung oder Interessenverlust/Freudlosigkeit sein (Härtl et al., 2006). Wöchnerinnen werden bei normaler Entbindung nach etwa 3-4 Tagen aus der Klinik entlassen, bei ambulanten Geburten sogar am gleichen Tag, wenn die Geburt normal verlaufen ist und die weitere Betreuung durch eine Hebamme gesichert ist. Symptome der PPD treten aber zum Teil erst nach diesem Zeitpunkt auf, so dass die Diagnose einer PPD häufig erschwert wird (ebd.). Epidemiologische Studien zeigen außerdem, dass die Vulnerabilität der Mütter für die PPD noch mindestens sechs Monate nach der Geburt erhöht ist (Leahy-Warren & McCarthy, 2007). Das international am häufigsten genutzte diagnostische Instrument für eine PPD ist die *Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]*, ein 10 Fragen umfassender Selbsteinschätzungs-Fragebogen (Cox et al., 1987). Erfragt werden die Stimmungen und Gefühle der letzten sieben Tage wie Freude, Trauer, Ängstlichkeit, Verzweiflung, Überforderung etc. und in welchem Maße diese Gefühlszustände erlebt wurden.

Häufigkeit des Auftretens

Die Daten zur Häufigkeit des Auftretens einer PPD variieren international sehr stark und auch für einzelne Länder liegen je nach Studie unterschiedliche Ergebnisse vor. Die Gründe hierfür sind unterschiedliche Studiendesigns, Uneinheitlichkeit der diagnostischen Kriterien und methodischen Vorgehensweisen z. B. hinsichtlich der Messzeiträume und der Zusammensetzung der Stichproben sowie kultureller Unterschiede. In ihrem Review zeigen Leahy-Warren und McCarthy (2007) Prävalenzraten der PPD von 4,4 % bis 73,7 % auf, wobei in den westeuropäischen Ländern die Prävalenz zwischen 9,2 % (8 Wochen post partum) bis 18 % (12 Wochen post partum) variiert. Die Erhebung von Ballestrem et al. (2005) gibt für Deutschland eine Prävalenz von 3,6 % an.

Mögliche Folgen

Postpartale Depressionen erschweren die Kontaktaufnahme und Entwicklung einer Beziehung zwischen Mutter und Kind (Papousek, 2001). Im Falle lang anhaltender und schwerer Depressionen kann es zu negativen Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes kommen (Beck, 1998). So konnten bei Kindern von Müttern, die an einer postpartalen Depression erkrankt sind, emotionale Auffälligkeiten und Verhaltensstörungen sowie kognitive Entwicklungsverzögerungen festgestellt werden. Auch die Mütter leiden oftmals darunter, dass sie dem Kind nicht die nötige Aufmerksamkeit und Zuneigung zukommen lassen können und entwickeln darüber Schuldgefühle, welche wiederum im Extremfall zu Suizid oder Infantizid führen können (Ballestrem et al., 2008).

Eine PPD birgt außerdem die Gefahr der Chronifizierung (ebd.). Daher ist es wichtig, die Hinweise frühzeitig zu erkennen und den betroffenen Frauen Unterstützungsmöglichkeiten und Therapieangebote zugänglich zu machen, sowohl im Sinne der Mutter als auch zur Vermeidung negativer Folgen für das Kind (Wimmer-Puchinger & Riechler-Rössler, 2006).

Ursachen und Risikofaktoren

Bei der Beschreibung der möglichen Ursachen wird nach biologischen, psychischen und psycho-sozialen Einflussfaktoren unterschieden.

- Auf der körperlichen Ebene werden hormonelle Umstellungen im weiblichen Körper und hier vor allem der drastische Abfall des Progesteron- und Östrogenspiegels für das Stimmungstief bis hin zur PPD verantwortlich gemacht (Härtl et al., 2006, Wisner et al., 2002).
- Auf der psychischen Ebene zeigt sich als wichtigster Risikofaktor für das Auftreten einer PPD eine psychische oder depressive Erkrankung in der mütterlichen Vorgeschichte, die nicht notwendigerweise mit einer früheren Schwangerschaft oder Geburt in Verbindung gestanden haben muss. Als weiterer Risikofaktor wird eine familiäre Anamnese mit affektiven Störungen gesehen (Härtl et al., 2006; Wisner et al., 2002).
- Auf der psycho-sozialen Ebene gelten eine geringe soziale Unterstützung und soziale Isolation als zentrale Risikofaktoren. Aber auch ein wenig verlässlicher Partner und Partnerkonflikte sowie Angst und Angstsymptome – während der Schwangerschaft und nach der Geburt – erhöhen die Vulnerabilität für das Auftreten einer PPD (Härtl et al., 2006). Über einen möglichen Zusammenhang zwischen Geburtsmodus, Geburtsverlauf bzw. Komplikationen während der Geburt und dem Auftreten einer PPD herrscht bisher kein Konsens. Die Frage, inwieweit traumatische Erlebnisse in der Lebensgeschichte der Frau und frühere und aktuelle Gewalterfahrungen eine Rolle für die Entstehung einer PPD haben, wird in der Literatur bisher wenig diskutiert.

Vulnerable Gruppen

Als vulnerable Gruppen ergeben sich aus der bisherigen Darstellung Frauen mit depressiven Episoden in der Lebensgeschichte und Frauen mit geringer sozialer Unterstützung. Diese Belastungen treffen u. U. ebenfalls auf gewaltbetroffene Frauen zu.

3. PPD in unterschiedlichen kulturellen Kontexten

Der überwiegende Teil ethnologischer Studien zu postpartalen psychischen Erkrankungen stützt sich auf die These, dass psychische Erkrankungen im Wochenbett zumeist in den westlichen Kulturen vorkommen und u. a. durch einen von der Gesellschaft wenig begleiteten Übergang zur Mutterschaft hervorgerufen werden (Krusemark, 2005). Eine Schwierigkeit der Analyse von psychischen Störungen und Erkrankungen im interkulturellen Raum liegt u. a. in der Vergleichbarkeit, da die Konzepte von Emotionen versus Rationalität westlichen Ursprungs sind (Fink, 2011; Richters, 1996).

Im Unterschied zu den westlichen Ländern existiert in den nicht-westlich geprägten Ländern sehr häufig eine festgelegte nachgeburtliche Zeitperiode, die durch Riten und Traditionen geprägt und strukturiert ist. In den muslimischen Ländern, aber auch in Lateinamerika und in der Karibik beläuft sich diese zeitliche Spanne auf 40 Tage. In diesen Tagen wird die Mutter als besonders spirituell und physisch besonders gefährdet angesehen, so dass der Schutz der Mutter und des Neugeborenen im Vordergrund stehen. Die Mutter wird dazu angehalten, eine bestimmte Ruhephase einzuhalten, die ihr durch ihr soziales Umfeld eingeräumt wird. Dabei wird phasenweise der Rückzug vom normalen gesellschaftlichen Leben gefordert. Hilfe im Haushalt und bei der Versorgung des Neugeborenen bzw. bereits vorhandene Kinder werden durch andere Frauen und Verwandte geleistet. Insgesamt wird der Übergang zur Mutterschaft durch Rituale, Geschenke und der besonderen Anerkennung der Mutter gesellschaftlich begleitet (Krusemark, 2005; Kruckmann 1983). Vielfach wird den Müttern in den unterschiedlichen Kulturen ein besonderer Schutzraum zugesprochen, der Unterstützung und Ruhe ermöglicht (Dammann et al. 1998; Raven et al. 2007; Arnegger, 2010; Jimenez, 2013). Es ist eine strukturierte soziale Einbettung vorhanden, die bestimmte Ernährungs- und Hygienerituale der Mutter beinhaltet. Diese Faktoren scheinen präventiven und schützenden Charakter für die Ausbildung einer PPD zu haben.

PPD bei Frauen mit Zuwanderungsgeschichte

Zwischen 2006 und 2009 wurde eine kanadische Studie an vier verschiedenen Gruppen von Frauen durchgeführt, um herauszustellen, welche Gruppe besonders gefährdet ist, an einer PPD zu erkranken (Gagnon et al., 2013). Die untersuchten Frauen differenzierten sich in Flüchtlingsfrauen, Asylbeantragende, Migrantinnen und einheimische Frauen. Die Studie wurde jeweils in einem Geburtscenter in Montreal und in Toronto durchgeführt, in welchen die Frauen ab der Geburt ihres Kindes bis vier Monate nach der Geburt begleitet wurden. Die Studie konnte zeigen, dass eine Woche nach der Geburt des Kindes die Gruppe der Asylbeantragende und Migrantinnen höhere Raten an Missstimmungen und Sorgen aufwies als die einheimischen Frauen. Nach vier Monaten wiesen alle Gruppen der Frauen mit Zuwanderungsgeschichte ein höheres Risiko für eine postpartale Erkrankung auf als die einheimischen, kanadischen Frauen. Anzumerken ist, dass bei Frauen mit Zuwanderungsgeschichte der Zugang zum kanadischen Gesundheitssystem erschwert ist. Asylsuchende Frauen sind per se mit höheren psychosozialen Risikofaktoren belastet, die einen verstärkenden Einfluss auf die Ausbildung einer PPD haben. Beispielsweise wiesen asylsuchende Frauen in der Untersuchung häufig Symptome einer PTBS und Depression auf; zudem litten sie unter Somatisierungsstörungen und Angstgefühlen. Am stärksten betroffen waren Frauen, die ihre Heimat aufgrund von Krieg verlassen mussten, die ihre Familien im Heimatland zurückgelassen haben und Frauen, die die Sprache des Aufnahmelandes nicht beherrschen (Gagnon et al., 2006; Gagnon et al., 2013).

4. Behandlung der postpartalen Depression und Versorgungsbedarf

Die Behandlung der PPD variiert nach Schweregrad und Präferenzen der betroffenen Frau. Grundsätzlich stehen für den Weg aus der postpartalen Krise eine medikamentöse Behandlung sowie psycho-soziale Beratung und Psychotherapie aber auch die Kombination der ver-

schiedenen Behandlungsformen zur Verfügung (Leahy-Warren & McCarthy, 2007).

Im Jahr 2007 hat das *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* eine Leitlinie zur psychischen Gesundheit vor und nach der Geburt vorgelegt. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der einzelnen Behandlungsformen sind derzeit noch selten.

In Deutschland liegen keine Leitlinien vor, auch die S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie zur Unipolaren Depression weist nur am Rande auf das erhöhte Risiko einer Depression im Wochenbett hin. Die *Marcé-Gesellschaft* hat die Behandlungsleitlinien des *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)* ins Deutsche übersetzt und stellt sie als Hinweise für das klinische Management für Depressionen nach der Geburt zur Verfügung (http://www.marce-gesellschaft.de/materialien_files/FolieManagement_1.pdf [23.04.2014]).

Ambulante psycho-soziale Beratung und Psychotherapie

Eine PPD muss nicht immer mit einer stationären Behandlung einhergehen. Für Betroffene gibt es die Möglichkeit, sich zunächst an Sozialpsychiatrische Dienste oder an Schwangerschaftsberatungsstellen zu wenden, ein Angebot welches bislang wenig bekannt ist. Die Beratung in diesen Einrichtungen erfolgt in der Regel durch Sozialpädagoginnen und -pädagogen oder durch Psychologinnen bzw. Psychologen und ist in der Regel kostenfrei. Vorteilhaft ist, dass die Beratungsstellen oft niedrighschwellige Angebote bereitstellen, d. h. sie können schnell erreicht werden und zeitnah Beratungstermine anbieten. Die Beraterinnen und Berater unterliegen der Schweigepflicht, eine Überweisung zu einer Ärztin oder einem Arzt, einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten oder einer Psychologin/einem Psychologen muss nicht erfolgen. In den Beratungsstellen wird zunächst die Situation der Frau erfasst, welche Ressourcen aber auch welche Schwierigkeiten vorliegen und es werden im Beratungsgespräch Informationen darüber gegeben, wie der Alltag besser

gestaltet werden kann. Bei Bedarf werden weitere soziale Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt (Schatten und Licht e. V., o. J. a); AWO Bezirksverband Braunschweig, o. J.). In leichteren Fällen können Beratungsgespräche ausreichend sein, bei schwerer Symptomatik ist eine psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlung notwendig. Nach Möglichkeit wird die psychotherapeutische Behandlung vorgezogen (Sonnenmoser, 2007).

In Bezug auf die psychotherapeutische Behandlung ist zunächst festzuhalten, dass es bislang an spezifischen psychotherapeutischen Methoden, welche sich speziell auf die PPD beziehen, mangelt. Die Entwicklung geeigneter psychotherapeutischer Methoden ist wichtig, um v. a. stillenden Müttern weitere Therapiemöglichkeiten, auch neben einer medikamentösen Behandlung, zu eröffnen. Therapeutische Interventionen sollten zudem eine Mutter-Kind-Interaktion ausreichend berücksichtigen.

Als förderliche Interventionen für die Mutter-Kind-Beziehung erwiesen sich „Interactional Coaching“-Strategien. Unter Einsatz videogestützter Therapiemethoden wird den Eltern aufgezeigt, wie sie in bestimmten Situationen reagieren und anhand der Videofrequenzen reflektiert, an welchen Stellen die Interaktion veränderungsbedürftig ist (Hornstein et al. 2006).

Von der Signifikanz der Mutter-Kind-Beziehung ausgehend, schlagen Reck et al. (2004) eine „integrative Mutter-Kind-Therapie“ vor. Hierfür wurden gut evaluierte psychotherapeutische Methoden an die speziellen Anforderungen der PPD angepasst. Grundlegende Behandlungsmethoden in diesem Modell sind unter anderem die kognitive Verhaltenstherapie und die Psychoedukation.

Ein integratives Konzept wird unter dem Namen „Kreis der Sicherheit“ vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt. Dabei handelt es sich um ein gruppentherapeutisches Angebot, welches sich an psychisch belastete Mütter mit ihren Babys richtet (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2011).

Für den Erfolg von Interventionen ist ein frühzeitiger Beginn entscheidend, dies zeigen die Ergebnisse einer Evaluation des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

(NFZH). Demnach kann eine verlässliche Eltern-Kind-Beziehung auch unter schwierigen Lebensbedingungen entstehen, wenn eine frühzeitige Intervention erfolgt und die Mütter passgenaue Unterstützungsangebote erhalten (Jordan et al., 2012).

Ist die ambulante Therapie im Sinne einer Basisversorgung nicht geeignet oder nicht ausreichend, so besteht die Möglichkeit einer stationären Behandlung in sogenannten Mutter-Kind-Einheiten.

Stationäre Behandlung in Mutter-Kind-Einheiten

Da Mütter, die unter einer PPD leiden, Schwierigkeiten haben, die Beziehung zu ihrem Kind positiv und aktiv zu gestalten, steht die Förderung der Mutter-Kind-Beziehung im Zentrum der Behandlung in sogenannten Mutter-Kind-Einheiten (MKE).

Der Versorgungsbedarf für Mutter-Kind-Behandlungen und speziell für Mütter mit PPD ist aufgrund der bisherigen geringen Erfahrungswerte schwer fassbar und abschätzbar. Erstmalig wurden in Deutschland Daten zu MKE durch den Arbeitskreis „Qualitätssicherung in der Mutter-Kind-Behandlung“ gesammelt. Die bundesweite Befragung aus dem Jahr 2005 hatte zum Ziel, tagesklinische und stationäre Behandlungsplätze, Anzahl der Behandlungsfälle und ggf. das Behandlungskonzept der MKE im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie zu erfassen. Das zentrale Ergebnis war, dass der Bedarf an stationären Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland unzureichend gedeckt ist (Turmes, 2012). Bundesweit fehlt derzeit eine aktuelle übergreifende differenzierte Bestandsaufnahme. Dies gilt grundsätzlich, insbesondere aber in Hinblick auf eine Zielgruppenspezifität unter besonderer Berücksichtigung der Zugangsbarrieren bei der Inanspruchnahme der Beratungs- und Versorgungsleistungen.

Als neue Strukturentwicklung geben integrierte regionale Planungskonzepte für die Psychiatrie und Psychosomatik, aber auch für die Geburtshilfe zentrale Anknüpfungspunkte im Hinblick auf eine wohnortnahe Versorgung.

Fragen der Strukturqualität sollten dabei auch zukünftig eine zentrale Rolle spielen.

Die besonderen Belange verschiedener Zielgruppen sind hierbei zu berücksichtigen, so dass neben „einer durchgängig geschlechtsspezifischen sowie gendergerechten Ausgestaltung der Versorgungsangebote (...) insbesondere im Hinblick auf die große Zahl von Menschen mit Migrationsgeschichte auch den kulturspezifischen Anforderungen Rechnung“ getragen wird (MGEPA 2013, S. 86). Eine besondere Herausforderung stellt der Aufbau regionaler Kooperationen innerhalb der Versorgungsstrukturen in einem wettbewerblich ausgerichteten Krankenhaussystem dar.

Die aktuellsten Daten aus dem Jahr 2009, deren Konzipierung in Anlehnung an Turmes und Hornstein (2007) erfolgte, zeigten bis 2012 einen Rückgang der Behandlungsplätze und eine Zunahme der Unterversorgung (Jordan et al., 2012). Die Anzahl der Behandlungsmöglichkeiten sei demnach von 134 auf 71 Plätze gesunken. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2008 lag die bundesweite Behandlungskapazität damals bei 545 Plätzen, dem ein Bedarf von 338 Plätzen (Patientinnen mit F53 Diagnose) gegenüberstand (Jordan et al., 2012: 207). Jordan et al. schätzen jedoch, dass für Deutschland zwischen 700-1400 Mutter-Kind-Behandlungsplätze notwendig sind. Sie verweisen darüber hinaus auf einen zusätzlichen Bedarf an Behandlungsmöglichkeiten für Mütter mit bestehenden psychiatrischen Erkrankungen und Neuerkrankungen wie z. B. affektiven Störungen. Ebenfalls nennen sie den bereits durch Lanczik und Brockington (1997) errechneten Bedarf von 750 Betten für Mutter-Kind-Behandlungen. Es ist davon auszugehen, dass die (teil-) stationären Mutter-Kind-Behandlungseinheiten sowohl strukturell als auch qualitativ und quantitativ bedarfsgerecht weiterentwickelt werden müssen. Die Internetpräsenz der Selbsthilfeorganisation „Schatten und Licht e.V.“ listet aktuell (Stand 23.04.2014) 81 Angebote für Deutschland auf ihrer Webseite (Schatten und Licht e.V., o. J. b)).

Hinzu kommt, dass bei einer zunehmenden Entstigmatisierung von Müttern mit psychischen Erkrankungen der Bedarf vermutlich steigen wird (Fricke et al.,

2006). Deutlich wird – auch mit Blick auf die Zunahme an psychischen Erkrankungen insgesamt –, dass in der (teil-)stationären Versorgung ein Entwicklungsbedarf besteht, der sich an bereits vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen orientieren kann.

5. Beispiele Guter Praxis

Die Mutter-Kind-Einheit der Westfälischen Klinik für Psychiatrie in Herteln

Im Jahr 2003 entwickelte die Westfälische Klinik für Psychiatrie in Herteln vor dem Hintergrund der Maxime „ambulant vor stationär“ ein Konzept für die Behandlung postpartal psychisch erkrankter Frauen gemeinsam mit ihren Kindern.

Hinter diesem abgestuften Konzept steht das Ziel, die Mütter möglichst früh wieder in ihr eigenes häusliches Umfeld zu integrieren. Neben den verschiedenen therapeutischen Maßnahmen, deren Anwendung sich nach dem vorliegenden Krankheitsbild richtet, steht daher auch der begleitete Kontakt mit dem Kind im Vordergrund. Mit Hilfe der Unterstützung durch das Pflegefachpersonal soll die Bindung zwischen Mutter und Kind nachhaltig gestärkt und Ängste, beziehungsweise Unsicherheit im Umgang mit dem Kind abgebaut werden, denn das Risiko, dass das Kind im Laufe seines Lebens selbst psychiatrisch erkrankt, kann durch die gemeinsame Betreuung gesenkt werden (Turmes, 2008.).

Die Mutter-Kind-Einheit der Westfälischen Klinik gliedert sich in drei Teilbereiche: die Ambulanz für postpartale psychische Erkrankungen, die tagesklinische Behandlungseinheit mit zwei Plätzen und eine Mutter-Kind-Station mit 8 Betten mit einem multiprofessionellem Team. Ebenso bietet die Ambulanz die Möglichkeit der therapeutischen Nachbehandlung, etwa im Anschluss an eine stationäre Behandlung (ebd.).

Perinatales Präventionsnetz im Rhein-Neckar-Kreis

Die Erfahrung, dass betroffene Mütter nur schwer von Hilfsangeboten erreicht werden, war im Rhein-Neckar-Kreis der Anlass für die Gründung des Perinatalen Präventionsnetzes. Zielsetzung war es,

niedrigschwellige Hilfsangebote zu vernetzen, um so die Zielgruppe besser zu erreichen. Grundlegend für das Konzept ist, dass das perinatale Präventionsnetz ein breit angelegtes Hilfsnetzwerk bildet, welches die unterschiedlichen Akteure informiert, lückenlos miteinander verbindet und einen Beitrag zur Entstigmatisierung der PPD leistet.

Das Perinatale Präventionsnetz setzt an drei verschiedenen Ebenen an. Zum einen sollen die Netzwerkakteure sensibilisiert und geschult werden. Für die verschiedenen Berufsgruppen aus dem Gesundheitssektor und angrenzende Bereiche wie Jugendhilfe und Polizei werden spezielle Fortbildungen angeboten, in denen Kenntnisse über die PPD sowie über Belastungsfaktoren der Mütter und Entwicklungsrisiken der Kinder vermittelt werden sollen. Ebenso soll über weitere Unterstützungsangebote und rechtliche Aspekte aufgeklärt werden. Hebammen können durch eine Teilnahme den Fortbildungsnachweis „Psychosoziale Qualifikation“ erhalten.

Zum anderen sollen die Netzwerkadressaten, d. h. die geburtshilflichen Einrichtungen, mit einbezogen werden. Da geburtshilfliche Einrichtungen von dem Großteil der Frauen in Anspruch genommen werden, bietet es sich an, psychisch belasteten Müttern bei Bedarf den Zugang zu weiteren medizinischen und psychosozialen Interventionen zu ermöglichen. Ebenso können hier bereits in der Schwangerschaftsvorsorge Kontakte zu therapeutischen oder im Alltag unterstützenden Angeboten geschaffen werden. Wichtig sind in diesem Bereich besonders die Zusammenarbeit und die direkten Wege zwischen den verschiedenen Akteuren, wie zum Beispiel der Kontakt zwischen Hebammen und den Netzwerkpsychotherapeutinnen und -therapeuten im ambulanten oder stationären Bereich.

Ein weiterer Baustein ist die Information der Allgemeinbevölkerung über die Erkrankung, Risiken und mögliche Folgen. Vorrangiges Ziel hierbei ist eine Entstigmatisierung. Die Aufklärung soll insbesondere über die lokale Medienberichterstattung geschehen, wobei auch betroffene Frauen selber zu Wort kommen sollten, um Hemmschwellen abzubauen und das

Wiedererkennen der eigenen Problematik zu ermöglichen.

6. Handlungsbedarf und -ansätze

Die Ausführungen lassen Handlungsbedarf insbesondere hinsichtlich der Prävention und Früherkennung sowie der bedarfsgerechten Versorgung erkennen. Auf gesellschaftlicher Ebene bedarf es geeigneter Maßnahmen zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung der postpartalen Depression. In Hinblick auf die Versorgung sollten relevante Berufsgruppen der geburtshilflichen Versorgung (stärker) sensibilisiert werden. Hierbei ist eine niedrigschwellige Unterstützung sowohl in präventiver Hinsicht als auch der von einer PPD betroffenen Frauen unerlässlich.

Früherkennung fördern

Mütter mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit der Geburt werden von Hilfsangeboten nur schwer erreicht (Campbell & Cohn, 1996). Die relevanten Berufsgruppen wie niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen, Padiäterinnen und Pädiater sowie Hebammen, die die Frauen und ihre Kinder im Anschluss an die Geburt ambulant betreuen und versorgen, sind daher besonders gefordert, für Symptome der postpartalen Depression aufmerksam zu sein. Günstig im Sinne der Früherkennung wäre der Einsatz des EPDS-Fragebogens im Rahmen der ambulanten gynäkologischen Abschlussuntersuchung 6-8 Wochen nach der Geburt (Härtl et al., 2006). Auch die nachgeburtliche Hebammenbetreuung ist aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses gut geeignet. Ebenso könnten die U-Untersuchungen des Säuglings im ersten Lebensjahr ein guter Anknüpfungspunkt für die Durchführung des Screenings sein.

Auch Schwangerschaftsberatungsstellen können einen wichtigen Beitrag zur Prävention leisten, indem sie die Frauen zum einen schon während der Schwangerschaft über Hilfsangebote aufklären, wenn in diesem Stadium bereits Krisen auftreten. Zum anderen sind Schwangerschaftsberatungsstellen gesetzlich dazu verpflichtet, auch für die Zeit nach der Geburt Beratung anzubieten (§2 Schwangerschaftskonfliktgesetz). Da diese Option

bisher wenig bekannt ist, sollten die Beratungsstellen, sowohl die Gynäkologinnen und Gynäkologen als auch die Hebammen bei der Geburt sowie in der Nachsorge die Frauen frühzeitig über diesen Sachverhalt aufklären.

Berufsgruppen sensibilisieren

Die oben genannten Berufsgruppen sind für die Symptome der PPD zu sensibilisieren. Zielführend wäre die Integration entsprechender Module in die Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Entscheidend ist außerdem, dass die Berufsgruppen über Informationen hinsichtlich der Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten verfügen, die sie an die Betroffenen weitergeben können. Insgesamt besteht ein Mehrbedarf an Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der an der Nachsorge beteiligten Berufsgruppen und auch derjenigen Berufsgruppen, die außerhalb der Nachsorge mit den Müttern verbunden sind, wie LeiterInnen und MitarbeiterInnen von Krabbelgruppen, Baby-Schwimmgruppen, Peking-Gruppen etc.

Bedarfsgerecht versorgen

Für die Sensibilisierung der verschiedenen Berufsgruppen und ihr Zusammenwirken im Sinne der Betroffenen kann die Vernetzung der verschiedenen Einrichtungen, die mit den von PPD betroffenen Frauen in Berührung kommen, hilfreich sein; ein niederschwelliges Angebot in vernetzten Strukturen kann außerdem dazu beitragen, Versorgungslücken zu schließen. Wichtig ist hierbei, dass die Berufsgruppen, die mit den betroffenen Frauen Kontakt haben, Anzeichen einer PPD erkennen und Kenntnis darüber haben, welche Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten den Betroffenen angeboten werden können. Eine besondere Rolle kommt dabei der Nachsorge durch GynäkologInnen und Hebammen zu. Bestehende ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen sind entsprechend weiterzuentwickeln.

Leitlinien entwickeln

Handlungsbedarf besteht außerdem hinsichtlich der Entwicklung von Versorgungsleitlinien bzw. der Überarbeitung und Ergänzung der S3 Leitli-

nie/Versorgungsleitlinie Unipolare Depression um die PPD bzw. die psychischen/psychiatrischen Erkrankungen im Wochenbett.

Enttabuisieren und entstigmatisieren

Es wurde dargelegt, dass PPD bei den betroffenen Müttern mit starken Scham- und Schuldgefühlen besetzt sein kann. Die Sensibilisierung aller relevanten Berufsgruppen soll diese dazu befähigen, in einen offenen Dialog mit den betroffenen Müttern zu treten und diese emotional zu entlasten. Eine breite Aufklärung und Information der Bevölkerung fördert zudem Verständnis und die Akzeptanz für die Erkrankung.

Kultur des Wochenbettes fördern

Das Wochenbett, das nach gesetzlicher Definition Teil des Mutterschutzes ist und ein achtwöchiges Arbeitsverbot beinhaltet, dient der physischen, psychischen und sozialen Anpassung der Familie an die neue Situation. Es ist also mehr als der Folgezustand der Geburt, nämlich die Zeit des Beginns (Mergeay, 2006) und es gilt Bedingungen zu schaffen, unter denen die Mutter sich auf die Bindung zu ihrem Kind einlassen kann. Diese Zeit in ihrer Bedeutung für die Gesundheit von Mutter und Kind aufzuwerten, bedeutet auch, präventiv im Hinblick auf Bindungsstörungen zwischen Mutter und Kind zu wirken. Innerhalb der Geburtsvorbereitung obliegt es den Hebammen und GynäkologInnen, das Thema Wochenbett stärker einzubinden und die werdenden Mütter ausführlich über gesundheitliche Risiken im Wochenbett sowie über Prävalenz und Prävention von Baby-Blues, PPD und PPP aufzuklären. Zur Förderung einer Kultur des Wochenbettes bietet sich als strukturelle Maßnahme der Ausbau von Familienzimmern in Geburtskliniken an.

7. Ausgewählte Links

Selbsthilfeorganisation zur postpartalen Depression und Psychose für Betroffene und Angehörige: <http://www.schatten-und-licht.de/joomla2/>

Wochenbettdepression-Hotline am Universitätsklinikum Frankfurt a.M. für Betroffene, <http://www.wochenbettdepression-hotline.de/>

Mutter-Kind-Einheit in Heidelberg: <http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Mutter-Kind-Einheit.121082.0.html>

Westfälische Klinik für Psychiatrie in Hernten
<http://www.lwl-klinik-hernten.de/unsere-einrichtungen/stationen/mutter-kind-einheit>

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Projekt „Kreis der Sicherheit“:
http://www.uke.de/kliniken/kinderpsychiatrie/index_64700.php

Die Marcé Gesellschaft ist eine internationale, interdisziplinäre Fachgesellschaft, die sich mit der Thematik der schwangerschafts- und geburtsassoziierten psychischen Erkrankungen in Versorgung und Forschung beschäftigt.
www.marce-gesellschaft.de

8. Literatur

Arnegger, M. (2010): Befindlichkeitsstörungen im frühen Wochenbett im kulturellen Kontext: eine empirische Untersuchung an Wöchnerinnen in Honduras, Technische Universität München, Fakultät für Medizin, Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades.

AWO Bezirksverband Braunschweig (o. J.):
http://www.awo-bs.de/fileadmin/pdf/fachartikel/schwangerschaft/Beratung_bei_postpartaler_Depression.pdf (Letzter Zugriff: 23.04.2014).

Ballestrem, v. C., Nagel- Brotzler, A., Hohm, E., Scheid, B., Turmes, L., Grube, M., Britsch, P., Klier, C., Hornstein, C. (2008): Früherkennung und Verbesserung

der therapeutischen Erreichbarkeit von Müttern mit perinatalen psychischen Erkrankungen durch Hebammen. Gyn: Praktische Gynäkologie, 13, 2: 138-143.

Ballestrem, v. C. L., Strauß, M., Kächele, H. (2005): Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany – implications for the utilization of treatment. Archives of Womens Mental Health, 8: 29-35.

Beck, C. T. (1998): The effects of postpartum depression on child development: meta analysis. Archives of Psychiatric Nursing, 12, 1: 12-20.

Campbell, S. B., Cohn, J. F. (1996): The Timing and Chronicity of Postpartum Depression: Implications for infant development. In: Murray L, Cooper PJ (Hrsg.): Postpartum Depression and Child Development. The Guilford Press. New York, London.

Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987): Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of Psychiatry, 150: 782-786. Vgl. <http://bjp.rcpsych.org/content/150/6/782.full.pdf> [Letzter Zugriff: 23.04.2014].

Dammann, G., Schiefenhövel, W., Strobl, C. (1998): Post partum blues and depression - culture bound syndromes in industrialized societies. In: Homo Journal of Comparative Human Biology, 49 (Suppl.): 17.

Fink, H. (2011): Baby Blues in Brasilien: Eine empirische Untersuchung sozialer und kultureller Einflussfaktoren. Universität Passau, Philosophische Fakultät, Dissertation zur Erlangung des akademischen Doktorgrades.

Fricke, J., Fuchs, T., Weiss, R., Mundt, C. H., Reck, C. (2006): Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen Störungen im internationalen Vergleich. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 74: 503-510.

Gagnon, A. J., Dougherty, G., Wahoush, O., Saucier, J.-F., Dennis, C.-L., Stanger, E., Palmer, B., Merry, L., Stewart, D.E. (2013): International migration to Canada: The post-birth health of mothers and in-

fants by immigration class. In: Social Science & Medicine 76: 197-207.

Gagnon, A.J., Wahoush, O., Dougherty, G., Saucier, J.-F., Dennis, C.-L., Merry, L., Stanger, E., Stewart D.E. (2006): The childbearing health and related service needs of newcomers (CHARSNN), study protocol. In: BMC Pregnancy and Childbirth 2006, Vgl.: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/6/31> [Letzter Zugriff 23.04.2014].

Härtl, K., Müller, M., Friese, K. (2006): Wochenbettdepression. Eine häufig später oder nicht diagnostizierte psychische Erkrankung. Der Gynäkologe, 39: 813-819.

Hornstein, C., Schenk, S., Wortmann-Fleischer, S., Downing, G., Schwarz, M. (2006): Videotherapie bei postpartalen Störungen- Ein interaktionales Behandlungskonzept bei Müttern mit Depressionen und Psychosen. Psychotherapeut, 51: 363-368.

Jimenez, F. (2013): Unterschiedliche Erziehungsstile nutzen dem Kind. Vgl.: <http://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article119558884/Unterschiedliche-Erziehungsstile-nutzen-dem-Kind.html>[letzter Zugriff 23.04.2014].

Jordan, W., Bielau, H., Cohrs, S., Hauth, I., Hornstein, C., Marx, Reck, C., Einsiedel, v. R. (2012): Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassoziierte psychische Störungen in Deutschland. Psychiatrische Praxis, 39: 205-210.

Kruckmann, L. (1983): The "baby blues"- a cultural phenomenon? In: Front Nurs Serv Q Bull. 58, S. 10-16.

Krusemark, S. (2005): Frühe dysphorische Stimmungsbeeinträchtigungen bei türkischen und deutschen Wöchnerinnen in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung und subjektiver Negativität des Geburtserlebnisses., Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades, Karlsruhe.

Lanczik, M.H., Brockington, I.F.: Postpartal auftretende psychische Erkrankungen – stationäre Behandlung von Mutter und

Kleinkind. Dt. Ärzteblatt 1997; 94: 3104–3108.

Leahy-Warren, P., McCarthy, G. (2007): Postnatal Depression: Prevalence, Mother's Perspective, and Treatments. Archives of Psychiatric Nursing, 21, 2: 91-100.

Mergeay, C. (2006): Vortrag bei der Fachtagung des Arbeitskreises Bremen „Vater-Mutter-Kind-Beruf“, Bleyer-Rex, Dokumentationsheft.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein Westfalen (MGEPA) (2013): Krankenhausplan NRW 2015, URL: <https://broschuere.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuere/service/mgepa/krankhausplan-nrw-2015/1617> [letzter Zugriff: 24.06.2014]

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007): Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. Vgl.: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11004/30432/30432.pdf> [Letzter Zugriff 23.04.2014].

Papousek, M. (2001): Wochenbettdepressionen und ihre Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. In: Braun-Scharm H (Hrsg.): Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

Raven, J.H; Chen, Q.; Tolhurst, R.J.; Garner, P. (2007): Traditional beliefs and practices in the postpartum period in Fujian Province, China: a qualitative study. In: BMC Pregnancy and Childbirth 2007. Vgl.: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/7/8>, [Letzter Zugriff 24.04.2014].

Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Downing, G., Tronick, E. Z., Mundt, C. (2004): Interactive Regulation of Affect on Postpartum Depressed Mothers and Their Infants: An Overview. Psychopathology, 37: 272–280.

Richters, A. (1996): Women, Emotions and Depressive Disorders – Between Adjustment and Protest. In: Curare, 19, 3: 233-

242. Sonnenmoser, M. (2007): Postpartale Depression: Vom Tief nach der Geburt. Deutsches Ärzteblatt, 2: 82. Vgl.: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/54466/Postpartale-Depression-Vom-Tief-nach-der-Geburt> [Letzter Zugriff: 23.04.2014]

Turmes, L. (2008): Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Die Mutter-Kind-Einheit des Westfälischen Zentrums Herten. Konzepte gegen Gewalt. DAJEB Informationsschreiben, Nr. 216: 3-8.

Turmes, L. (2012): Historische Entwicklung und Bedarfssituation. In: Batra A, Buchkremer G (Hrsg.): Stationäre Eltern-Kind-Behandlung. Ein interdisziplinärer Leitfaden. Kohlhammer, Stuttgart: 11-26.

Turmes, L., Hornstein, C. (2007): Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. Der Nervenarzt, 78: 773-779.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (2011): Kreis der Sicherheit. Vgl.: http://www.uke.de/kliniken/kinderpsychiatrie/index_64700.php [Letzter Zugriff: 23.04.2014].

Schatten und Licht e. V. (o. J.)a): Hilfemaßnahmen. Vgl.: <http://www.schatten-und-licht.de/joomla2/index.php/de/hilfsmassnahmen> [Letzter Zugriff: 24.04.2014].

Schatten und Licht e. V. (o. J.)b): Mutter-Kind-Einrichtungen. Vgl.: <http://www.schatten-und-licht.de/joomla2/index.php/de/mutter-kind-einrichtungen> [Letzter Zugriff: 24.04.2014].

Wimmer-Puchinger, B., Riechler-Rössler, A. (Hrsg.) (2006): Postpartale Depression – Von der Forschung zur Praxis. Springer, Wien, New York.

Wisner, K. L., Parry, B. L., Piontek, C. M. (2002): Postpartum Depression. N Engl J Med, 347: 194-199.