

**Masterarbeit**

**Versorgung psychiatrischer Erkrankungen in  
Schwangerschaft und Stillzeit**

eingereicht von

**Dr. Michael Schneider**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Business Administration  
in Health Care and Hospital Management  
(MBA)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt im Rahmen des

**Masterlehrgang  
Health Care and Hospital Management**

unter der Anleitung von

Betreuer 1: Brigitte Kalpacher, M.A.

Betreuer 2: Dr. med. univ. Martin Sprenger

Graz, 29.06.2024

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die, den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen, als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 29.06.2024

Dr. Michael Schneider eh.

## **Kurzfassung**

In der perinatalen Phase, die sich von der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes erstreckt, sind etwa 20 % der Frauen und 10 % der Männer von psychischen Störungen betroffen. Diese Erkrankungen beeinträchtigen das Wohlbefinden der Betroffenen, sowie ihrer Familien erheblich. Sie stehen in engem Zusammenhang mit Schwangerschaftskomplikationen, traumatischen Geburtserlebnissen und gestörter Mutter-Kind-Interaktion, was langfristig negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung haben kann. Darüber hinaus resultieren aus diesen Störungen erhebliche volkswirtschaftliche Belastungen.

Trotz der hohen Prävalenz und den gravierenden Konsequenzen gibt es in der Steiermark bislang kein einheitliches Versorgungsmodell zur Behandlung perinataler psychischer Erkrankungen.

Internationale evidenzbasierte Leitlinien, wie die vom National Institute for Health and Care Excellence (NICE) herausgegebenen „Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance“ sowie die „Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline“, bieten umfassende Strategien zur optimalen Versorgung psychisch kranker Menschen in der Peripartalzeit. Diese Leitlinien betonen die Notwendigkeit eines strukturierten Vorgehens, das präventive Maßnahmen, systematisches Screening, klare Überweisungswege, evidenzbasierte Behandlungsansätze und die Schulung des multiprofessionellen Teams umfasst.

Ein strukturiertes Versorgungskonzept in der Steiermark, das auf den Prinzipien dieser internationalen Guidelines basiert, könnte eine frühzeitige Identifikation und effektive Behandlung perinataler psychischer Erkrankungen ermöglichen. Präventionsstrategien und systematisches Screening sollten integraler Bestandteil der pränatalen und postnatalen Versorgung sein, um psychische Störungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Ferner ist die Etablierung klar definierter Überweisungsrouten essentiell, um eine koordinierte Versorgung über verschiedene Sektoren hinweg zu gewährleisten. Die Schulung des Gesundheitspersonals ist ebenfalls von entscheidender Bedeutung, um die Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen zu verbessern.

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die aktuelle Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Perinatalzeit in der Steiermark, mit

internationalen evidenzbasierten Versorgungsmodellen zu vergleichen. Hierdurch soll die Grundlage geschaffen werden, bestehende Versorgungslücken in der Steiermark zu schließen, und die langfristigen Auswirkungen perinataler psychischer Erkrankungen auf Betroffene und deren Familien zu mildern.

## **Abstract**

In the perinatal period, which extends from pregnancy to the end of the child's first year of life, around 20% of women and 10% of men are affected by mental disorders. These disorders have a significant impact on the well-being of those affected and their families. They are closely linked to pregnancy complications, traumatic birth experiences and disturbed mother-child interaction, which can have long-term negative effects on the child's development. In addition, these disorders result in considerable economic burdens.

Despite the high prevalence and serious consequences, there is currently no standardised care model for the treatment of perinatal mental illnesses in Styria.

International evidence-based guidelines, such as the "Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance" published by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and the "Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline", offer comprehensive strategies for the optimal care of mentally ill people in the peripartum period. These guidelines emphasise the need for a structured approach that includes preventative measures, systematic screening, clear referral pathways, evidence-based treatment approaches and training of the multi-professional team.

A structured care concept in Styria based on the principles of these international guidelines could enable early identification and effective treatment of perinatal mental illnesses. Prevention strategies and systematic screening should be an integral part of prenatal and postnatal care in order to recognise and treat mental disorders at an early stage. Furthermore, the establishment of clearly defined referral routes is essential to ensure coordinated care across different sectors. The training of healthcare professionals is also crucial to improve the recognition and treatment of mental illness.

The aim of this master's thesis is to compare the current care of people with mental illnesses in the perinatal period in Styria with evidence-based, international evidence-based care models. This should create the basis for closing existing gaps in care in Styria and mitigating the long-term effects of perinatal mental illness on those affected and their families.

## **Danksagung**

Einen besonderen Dank möchte ich an meine Betreuerin Frau Kalpacher Brigitte, M.A. entsenden, welche mich mit besonderer Geduld sowie guten Ratschlägen bei der Erstellung dieser Arbeit begleitete.

Ebenso möchte ich mich bei Karin und meiner Familie für die Unterstützung in einer herausfordernden Zeit, aus ganzen Herzen bedanken. Eure Motivation und Geduld waren mir ein stetig kraftspendender Begleiter.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	2
1.1	Problemstellung und Hypothese .....	2
1.2	Zielsetzung und Forschungsfrage .....	3
1.3	Methodik.....	4
1.4	Aufbau und Gliederung der Arbeit.....	5
2	Theoretische Grundlagen.....	6
2.1	Begriffsdefinition.....	6
2.2	Peripartale (perinatale) Psychiatrie .....	6
2.3	Psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit .....	7
2.3.1	Einteilung nach dem Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung .....	7
2.3.2	Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Peripartalzeit.....	7
2.4	Häufige psychische Erkrankungen der peripartalen Periode, spezielle Charakteristiken, sowie resultierenden Problemen für Mutter und Kind .....	11
2.4.1	Präpartale Depression – Schwangerschaftsdepression .....	11
2.4.2	Angststörungen in der pränatalen Periode .....	16
2.4.3	Suchterkrankungen in der Schwangerschaft .....	17
2.4.4	Psychosen in der Schwangerschaft.....	24
2.4.5	Postpartale Psychische Störungen .....	26
3	Die Steirische Versorgung psychischer Erkrankung in der Peripartalzeit .....	36
3.1	Geburtenrate und hochgerechnete Zahl psychischer Erkrankungen .....	36
3.2	Empfehlungen zur Versorgung perinataler Erkrankungen.....	37
3.3	Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsanbieter rund um das Thema psychische Gesundheit in der Peripartalzeit.....	40
3.3.1	Psychosoziale Beratungsstellen, psychotherapeutische Angebote, Selbsthilfegruppen Notrufeinrichtungen und Krisenplätze .....	40
3.3.2	Einrichtungen an die sich Betroffene psychischer Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit wenden können .....	43

3.3.3	Beratungszentrum für Schwangere: Fachstelle für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach.....	43
3.3.4	Ambulante Versorgung psychisch Kranker Menschen in Schwangerschaft und Stillzeit .....	45
3.3.5	Konsiliarpsychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen in Schwangerschaft und Stillzeit .....	46
3.3.6	Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in Schwangerschaft und Stillzeit .....	46
4	Internationale Versorgungsstandards .....	48
4.1	Zur Analyse herangezogene Dokumente .....	48
4.2	NICE Guideline und COPE-Guideline .....	48
4.3	Übereinstimmende Versorgungsschwerpunkte und empfohlene präventive Maßnahmen .....	51
5	Screening und Früherkennung psychischer Erkrankungen, im Kontext der peripartalen Psychiatrie .....	56
5.1	Screening und Früherkennung depressiver Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit.....	57
5.2	Screening und Früherkennung von Angsterkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit .....	59
5.3	. Screening auf Alkohol- und Drogenmissbrauch .....	59
5.4	Screening und Früherkennung schwerer psychische Erkrankungen .....	59
5.5	Screening auf die Entwicklung einer postpartalen Psychose .....	60
5.6	Screening auf PTBS als Folge einer Geburt .....	61
5.7	Psychosoziale Screenigmaßnahmen .....	61
5.8	Screening des nicht gebärenden Partners .....	63
5.9	Screening auf Mutter-Kind Interaktionsstörung .....	64
5.10	Screening auf Suizidgefahr der Mutter .....	67
5.11	Screening auf ein mögliches Risiko des Säuglings .....	69
6	Empfehlungen zur weiteren Behandlung .....	71
6.1	Empfehlungen zur Überweisung .....	71
6.2	Empfehlungen zur Behandlung .....	73

7 Vergleich der perinatalen Versorgung in der Steiermark und Empfehlungen der evidenzbasierten COPE- und NICE-Guideline .....	83
8 Conclusio .....	87
9 Literaturverzeichnis.....	89
10 Abbildungsverzeichnis .....	93

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemstellung und Hypothese

Psychische Erkrankungen in der Zeitspanne von der Konzeption bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes, sind einerseits häufig und haben andererseits einen erheblichen Einfluss auf die psychische und somatische Gesundheit der betroffenen Frauen, ihrer Familienangehörigen, auf die Entwicklung der Kinder und auf die volkswirtschaftlichen Kosten.

Aus einer rezenten Studie von HTA Austria geht hervor, dass etwa 20 % der Frauen und 10 % der Männer an psychischen Problemen in der Peripartalzeit leiden (vgl. Oxford English Dictionary Online, 2024) Neben Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Psychosen kann jede psychische Erkrankung während der Schwangerschaft oder Stillzeit auftreten.

Psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit beziehen ihre Brisanz aus dem Umstand, dass sie schwerwiegende Folgewirkungen, nicht nur auf die betroffenen Elternteile, sondern auch auf die betroffenen Kinder, das familiäre Umfeld und das Gesundheitssystem haben und damit eine budgetäre Belastung für den Staat darstellen. „Kinder psychisch kranker, traumatisierter und suchtfährdeter Eltern sind eine Hochrisikogruppe für Missbrauch und Vernachlässigung, eine defizitäre psychosoziale Entwicklung sowie die Entwicklung psychischer und somatischer Erkrankungen (NHS Surrey and Borders Partnership, 2024).“

In der Steiermark sind unterschiedliche Institutionen und Trägergesellschaften mit der Behandlung und Versorgung betroffener Familien betraut. Betroffene Eltern und Kinder werden in den beiden psychiatrischen Krankenhäusern der KAGes (Universitätsklinik für Psychiatrie und LKH Graz 2 Standort Süd), in einer speziellen Eltern- Kind- Einheit bestehend aus 2 Betten des Primariates 2 am Standort Süd und von niedergelassenen Psychiaterinnen, klinischen Psychologinnen, Psychotherapeutinnen diagnostiziert und behandelt. In die Behandlung und Betreuung eingebunden sind Kinder- und Jugendpsychiaterinnen, Hausärztinnen, Gynäkologinnen, Kinderärztinnen, Hebammen, Ergotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen, die Frühen Hilfen, Mütterberatungsstellen, Eltern-Kind-

Zentren, Psychosoziale Dienste, Kinder- und Jugendhilfe, Caritas Steiermark, VinziWerke, Selbsthilfegruppen und andere mehr.

Wie unschwer zu erkennen ist, besteht die Herausforderung in der Koordination der multiprofessionellen und interdisziplinellen Versorgung. Es bedarf einer regionalen und nationalen Integration der unterschiedlichen Stakeholder und eines einheitlichen Versorgungsmodells mit abgestimmten Versorgungspfaden.

Ziel dieser Masterarbeit ist es, regionale Versorgungsmodelle und internationale Versorgungsstandards zu vergleichen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten, daraus Empfehlungen für einen steirischen Versorgungsstandard abzuleiten und aufzuzeigen, wie dieser gewährleistet und umgesetzt werden kann.

## **1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage**

In dieser Masterarbeit soll die steirische Versorgung peripartal erkrankter Menschen erfasst werden und diese mit einer idealtypischen Versorgung verglichen werden. Internationale Guidelines weisen uns den Weg zu einer Optimierung der Versorgung, indem sie ihre Foci auf Prävention, Früherkennung und ein, in dieser Lebensphase, komplexes Behandlungsregime legen. Durch Erkennen der Unterschiede zwischen der regionalen und der, in internationalen Guidelines empfohlenen Organisation peripartaler Erkrankungen, lassen sich Überlegungen ableiten, die dabei helfen können, die steirische Versorgung auf ein höheres Level zu bringen und damit die psychische Gesundheit der betroffenen Familien zu verbessern. Um die Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der vulnerablen Phase der Schwangerschaft und Stillzeit sicherstellen zu können, bedarf es neben eines Spezialwissens, einer Koordination der unterschiedlichen Professionen.

Der positive Effekt kann dabei gar nicht als zu gering angesehen werden, da psychische Gesundheit transgenerational Einfluss nimmt. Ausgesprochen schockierend ist der Umstand, dass Suizid die häufigste mütterliche Todesursache ist (vgl. Hofberg; et al, 2000).

Wesentliche Erkenntnisse zur parentalen, transgenerationalen Weitergabe psychischen Inhalts brachten Forschungsarbeiten von Natan P.F. Kellermann, der in seiner Arbeit „Transmission of Holocaust Trauma“ von einem, der Kriegsgeneration nachfolgenden Studienteilnehmer erzählt, der von Traumerlebnisse berichtet, die derart konkret den Alltag in einem Vernichtungslager wiedergeben, dass man meinen möchte, er habe alles selbst erlebt (vgl. (vgl.Kellermann, 2024, S. 256-267).

Transmission sucht sich dazu unterschiedliche Wege und so gibt es deutliche Hinweise, dass hier psychodynamische Faktoren in Form von unbewusstem Externalisieren des traumatisierten Selbst, soziokulturelle Effekte in der Art, wie die Elternschaft gelebt wird und den daraus resultierenden Rollenmodellen, die Art und Weise wie in einer Familie kommuniziert wird, aber auch genetische Faktoren, eine Rolle spielen (vgl.Kellermann, 2024, S. 256-267)

So konnte Van der Kolk, et al in einer 1996 publizierten Studie zeigen, dass der genetische Code, der das Trauma erinnert, übertragen werden kann auf das Kind. So führte die neuronale Organisation verschiedener Erinnerungssysteme der Eltern, wie zum Beispiel einer erhöhten Wachsamkeit, zu einer gleich gelagerten Organisation im kindlichen Hirn (Van der Kolk.; et al., 1996).

### **1.3 Methodik**

Handsuche in unterschiedlichen Datenbanken und auf Webseiten von Institutionen. Es werden dabei regionale Versorgungsangebote und internationale, englischsprachige Leitlinien eingeschlossen. Die beachteten Leitlinien beinhalten Informationen zu wesentlichen Aspekten der Versorgung wie Prävention, Früherkennung, Behandlungspfade.

Die Internationalen evidenzbasierten Leitlinien kommen aus UK (Antenatal and postnatal mental health NICE guideline/ UK und Australien (Mental Health Care in the Perinatal Periode/ Australian Clinical Practice Guideline). Der Fokus der Datenextraktion liegt dabei auf jenen Empfehlungen, die eine ideale Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der Peripartalzeit beinhalten.

Empfehlungen zur medikamentösen Therapie wurden nicht berücksichtigt, da die Arbeit einen Schwerpunkt auf die Organisation der Versorgung legt.

Die verwendeten Schlüsselwörter waren „perinatal mental health“ und „pathway perinatal mental health“, „perinatal mental illness“, „perinatal depression“, „perinatal psychosis“, „perinatal drug abuse“, „Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit“

Die Literatursuche erfolgte auf

- Google/ Google Scholar
- Guidelines International Network (GIN)
- PubMed
- TRIP database

#### **1.4 Aufbau und Gliederung der Arbeit**

Die Masterarbeit ist in folgende Inhalte gegliedert: Das Kapitel 2 beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen, um ein Verständnis für das doch recht spezifische Gebiet der peripartalen Psychiatrie zu erlangen. Dieses Kapitel wurde bewusst umfassend beleuchtet, da nur durch ein grundlegendes Verständnis der Peripartalzeit im Allgemeinen und relevanter Erkrankungen im Speziellen, die Reichweite negativer Folgeerscheinungen richtig eingeschätzt werden kann und die Notwendigkeit einer strukturierten Herangehensweise von Seiten der Professionist:innen und allen, mit diesem Thema konfrontierten Personen, erkannt wird. Im Kapitel 3 wird die steirische Versorgungslandschaft für psychische Erkrankungen beschrieben und deren Stellenwert für die Versorgung psychisch kranker Menschen in der Peripartalzeit erörtert. Im Kapitel 4 werden internationale Standards nach deren Empfehlungen in Hinblick auf Prävention und Vorsorge, Früherkennung und Screening, Überweisungsrouten, abgestufte Behandlung und Nachsorge durchleuchtet. Im Kapitel 5 werden Unterschiede zwischen der steirischen Versorgung und den Empfehlungen der herangezogenen internationalen Standardwerke erörtert und Defizite der regionalen Versorgung benannt. Das Kapitel 6, die Conclusio, fasst die Ergebnisse zusammen, und gibt einen Ausblick auf das, was getan werden sollte, um die Versorgung psychisch kranker Menschen in der peripartalen Periode evidenzbasiert sicherzustellen.

## 2 Theoretische Grundlagen

### 2.1 Begriffsdefinition

Peripartale (perinatale im englischen Sprachraum) psychische Erkrankungen, sind Erkrankungen von Müttern und Vätern, die im Zeitraum der Schwangerschaft, rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr des Kindes auftreten.

### 2.2 Peripartale (perinatale) Psychiatrie

„Psychiatrie: Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Erkennung und Behandlung von geistigen und psychischen Störungen befasst“ (Oxford English Dictionary Online, 2024).

Der Begriff „perinatal“ wird dabei im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen weiter gefasst als in Oxford languages, der nur den Zeitraum kurz vor, während oder nach der Geburt meint (Oxford English Dictionary Online, 2024). In der Psychiatrie wird damit jener Zeitraum beschrieben, der die Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit nach der Geburt bis zum ersten Lebensjahr des Kindes, umfasst.

Der NHS Foundation Trust Surrey and Borders Partnership antwortet auf die Frage „What does perinatal mean? “:

„Perinatal is the period of time when you become pregnant and up to a year after giving birth. You might also have heard of the following terms:

- Antenatal or pre-natal meaning 'before birth'
- Postnatal or postpartum meaning 'after birth'

There's no right or wrong word to describe the period of time around pregnancy and after birth. You might hear your doctor or midwife use any of these terms “.

(NHS Surrey and Borders Partnership, 2024)

## **2.3 Psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit**

### **2.3.1 Einteilung nach dem Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung**

Um eine bessere Übersicht über die Krankheiten zu bekommen, und um den unterschiedlichen Behandlungsanforderungen Rechnung zu tragen, unterteilt man die peripartale Periode in eine:

- pränatale Periode, also den Zeitraum der Schwangerschaft, der mit der Geburt endet und eine
- postpartale Periode, die den Zeitraum von der Geburt bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes umfasst.

### **2.3.2 Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Peripartalzeit**

„Psychische Erkrankungen der Eltern sind eine häufige und schwerwiegende Komplikation während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr nach der Geburt: Etwa 20% der Frauen und 10% der Männer leiden unter psychischen Problemen wie Depression oder Angststörungen in der Peripartalzeit“ (Reinsperger, 2022).

Zu den am häufigsten auftretenden peripartalen Erkrankung zählt die Depression, die, laut eines rezenten amerikanischen Reviews der Cleveland Clinic, 10 bis 20% der Frauen betrifft (Van Niel & Payne, 2020). „Die Prävalenzraten von Schwangerschaftsdepressionen betragen etwa 10– 12 %, die von postpartalen Depressionen etwa 10 –15 %, unter Einschluss von minoren Depressionen und depressiven Anpassungsstörungen bis 19 %“ (Kühner, 2016).

Agrawal berichtet in einem 2022 erschienen Literatur Review, dass aktuellen Statistiken zufolge, etwa 85 % der Frauen unter emotionalen Störungen im Wochenbett leiden. Abhängig von den diagnostischen Kriterien variiert die Häufigkeit von PPD (peripartaler Depression) zwischen 10 % bis 15 % und bis zu 30 %. Studien haben ergeben, dass die Prävalenz von PPD bis 2017 weltweit von etwa 9,5 % in Ländern mit hohem Einkommen, über 20,8 % in Regionen mit mittlerem Einkommen, bis zu etwa 25,8 % in Ländern mit niedrigem Einkommen reicht (vgl. Agrawal; et al., 2022).

„Angststörungen finden sich bei rund 15 bis 20% der Frauen und bei 5 bis 10 Prozent der Männer, wobei diese sehr oft mit depressiven Symptomen einhergehen und die klare Unterscheidung von depressiven Erkrankungen oft schwer möglich ist“ (Kittel-Schneider S. , 2021, S. 831).

In der Literatur findet man unterschiedliche Angaben zum Suchtmittelgebrauch in der Schwangerschaft. Eine Onlinebefragung unter 1503 Schwangeren des Klinikums der Universität München kommt zu dem Ergebnis, dass 13% während der Schwangerschaft Drogen konsumieren (vgl.Hoch & Apelt, 2019).

Wie zu erwarten, waren Nikotin mit 68,7% und Alkohol mit 31,3% die häufigsten, während der Schwangerschaft konsumierten schädlichen Substanzen. Cannabis war mit 22,1% die am häufigsten konsumierte nicht legale Droge. Abgeschlagen folgten Opiate mit 2,1%, Amphetamine mit 1,5% sowie Benzodiazepine mit 1% (vgl.Hoch & Apelt, 2019)

Psychosen sind an der Prävalenz gemessen nicht besonders häufige Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit, haben jedoch wegen der Heftigkeit ihrer Symptome, der schwerwiegenden Realitätsverzerrung und den konsekutiv damit einhergehenden bizarren Verhalten und Handlungen, erheblichen negativen Einfluss, einerseits auf die Bindung zwischen Mutter und Kind und andererseits, auf die Beziehungen der Mutter zu Partner und Familie. „Ein bis zwei von 1.000 Wöchnerinnen entwickeln in den ersten drei Monaten nach der Entbindung eine Psychose“ (Riecher-Rössler, 2015, S. 7)

In Bezug auf die Häufigkeit psychotischer Erkrankungen ist davon auszugehen, dass Psychosen in der Schwangerschaft weder häufiger noch seltener sind als zu anderen Zeitpunkten in Leben fertiler Frauen. Es scheint wohl so zu sein, dass die Wahrscheinlichkeit für das Neuauftreten einer psychotischen Erkrankung, als auch die Rezidivwahrscheinlichkeit, also die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens nach einer bereits stattgehabten Psychose in der Vergangenheit, in der peripartalen Zeit nicht erhöht ist (vgl.Kittel-Schneider & Rohde, 2024). Die Prävalenz für Schizophrenie liegt in Deutschland bei 05% bis 1% und die jährliche Inzidenz bei 0,05%.

Man kann davon ausgehen, dass in Österreich die Zahlen ident zu übernehmen sind, da sich Prävalenz und Inzidenz weltweit gleichen (vgl. Nicolay & Rauch, 2024).

In Bezug auf psychotische Erkrankungen im Wochenbett ist besonders beachtenswert, dass ein wesentlicher Risikofaktor dafür, eine vorbekannte Bipolare Erkrankung darstellt (vgl. Kapfhammer & Klier, 2009, S. 33). In der nosologischen Einordnung der Wochenbettpsychosen sprechen derzeit die besten Argumente dafür, dass sie mehrheitlich Varianten einer bipolar affektiven Störung darstellen“ (Kapfhammer & Klier, 2009).

Nach einer 2001 veröffentlichten Studie von N. Fairbrother et. al wurde eine unerwartet hohe Prävalenz von Zwangsstörungen in der Schwangerschaft und Postpartalzeit festgestellt. So lag die Prävalenz in der peripartalen Periode bei 7,8% und die Prävalenz Postpartum bei 16.0%. Die Studie umfasste 763 englischsprachige Schwangere in den UK. Der beobachtete Zeitraum reichte vom dritten Trimester bis zum Ende des neunten Monats postpartum. Sechs Monate nach der Geburt lag die kumulative Inzidenz von neudiagnostizierten Zwangserkrankungen bei 9% (vgl. Fairbrother, N.; et al., 2021). Die Zahlen sind überraschend hoch, wenn man sie mit der Lebenszeitprävalenz für Zwangsstörungen vergleicht, die laut der aktuell gültigen S3 Leitlinie für Zwangsstörungen bei 1-3% liegt (vgl. Vorderholzer, U.; et al., 2022)

Bipolare Erkrankungen haben eine Lebenszeitprävalenz, abhängig vom gesetzten Krankheitsspektrum, zwischen 1 und 5%. Es finden sich keine Unterschiede der Häufigkeit bezogen auf das Geschlecht. Da Bipolare Erkrankungen einen relativ frühen Beginn zeigen, sind Frauen und Männer bereits häufig in der Zeit ihrer Familienplanung davon betroffen (vgl. Kapfhammer & Klier, 2009, S. 32-36).

Ganz allgemein kann gesagt werden, dass natürlich jede psychiatrische Erkrankung, die Menschen in ihrer fertilen Lebensphase treffen kann, auch in der Perinatalzeit auftreten kann.

Wenig Beachtung findet dagegen eine recht häufige depressive Erkrankung der Väter in der Peripartalzeit. Diese wird in englischsprachigen Ländern als paternal perinatal depression (PPND) bezeichnet. A. Bruno kommt nach einer Datenanalyse, die 103 Studien zum Thema PPND einschloss, zu einer Prävalenz bei Männern, die

zum ersten Mal Vater wurden von 4 % bis 25%. Ist die Partnerin ebenfalls an einer Depression erkrankt, so steigt die Prävalenz auf bis zu 50% an. Die Heterogenität der Daten wird dabei auf unterschiedliche Gründe zurückgeführt, wie zum Beispiel die verwendeten Screeninginstrumente, die eingeschlossene Studienpopulation, die unterschiedlichen Untersuchungszeitpunkte usw. Eine 43 Studien umfassende Meta-Analyse konnte zeigen, dass 10,4% der Väter und 13% der Mütter an einer Depression litten. In der Zeit vom dritten bis zum sechsten Monat nach der Geburt stieg die Zahl der Erkrankten bis auf 25,6% an. Dies ist umso bemerkenswerter, da die generelle männliche Depressionswahrscheinlichkeit in dieser Zeit bei 4,8% liegt (vgl. Bruno, A.; et.al, 2020).

Von 40 Frauen, die in der Postpartumperiode stationär in einer spezialisierten Mutter-Kind-Einheit aufgenommen wurden, zeigten 42% ihrer Partner Angststörungen, Episoden einer Major Depression und eine eingeschränkte soziale Funktionsfähigkeit (vgl. Bruno, A.; et.al, 2020).

„The manifestations of PPND are significantly related to the partner’s depression. Maternal depression is the strongest predictor for the development of paternal depression, anxiety, and psychological distress, with rates ranging from 24% to 50%“ (Bruno, A.; et.al, 2020).

Emotional instable Persönlichkeitsstörungen (die englischsprachige, für diese Masterarbeit herangezogene Literatur spricht von Borderline-Persönlichkeitsstörungen) haben eine Prävalenz von 1, 5-3% in der Allgemeinbevölkerung und zählen damit zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen (vgl. Möller; et al., 2015).

Eine sehr interessante Metaanalyse aus dem Jahre 2022, die 154 Studien, unabhängig von der Sprache in der sie verfasst sind, zum Thema Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), oder Posttraumatischen Stresserleben (PTSS) im Zusammenhang mit einem traumatischen Geburtsereignis einbezog, kam zu einer Prävalenzrate für PTBS von 4,7% und für PTSS von 12,3%. Bei Vätern lagen die Prävalenzraten für PTBS bei 1,2% und für PTSS bei 1,3% (vgl. Heyne, C.; et al., 2022)

## **2.4 Häufige psychische Erkrankungen der peripartalen Periode, spezielle Charakteristiken, sowie resultierenden Problemen für Mutter und Kind**

Die Klassifikation der Erkrankung erfolgt nach ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oder nach DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), wobei die Erkrankungen in der Perinatalzeit eine spezifische „Einfärbung“ oder eine, für diesen Lebensabschnitt spezielle Charakteristik haben. Auch sind mögliche negative Folgen in dieser vulnerablen Zeit deutlich weitreichender.

### **2.4.1 Präpartale Depression – Schwangerschaftsdepression**

Depressionen werden im ICD-10 unter dem Begriff affektive Störungen (F30-F39) klassifiziert, wobei hier Erkrankungen subsumiert werden, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Affektivität und des Aktivitätsniveaus liegen. Die affektive Veränderung kann eine gedrückte (depressive) oder auch gehobene (manische) sein, das Aktivitätsniveau kann sich in einem gesteigerten oder verminderten Antrieb zeigen (vgl. World Health Organisation, 1992).

F30-F31 befasst sich mit Erkrankungen, die entweder isoliert manisch verlaufen, oder bipolar, also eine Störung die aus mindestens zwei Episoden besteht, wobei sich eine Episode durch eine gehobene Stimmung und gesteigerten Antrieb auszeichnet und die andere Episode durch ein Stimmungstief und verminderten Antrieb charakterisiert ist. Gemischten Episoden, also solche wo indifferente Stimmungslagen vorliegen werden gesondert unter dem Kürzel F31.6 bipolare affektive Störungen, gegenwärtig gemischte Episode geführt. Schwere Formen der affektiven Störungen können auch mit psychotischen Symptomen einhergehen (F31.2, F31.5).

Unter F32 werden depressive Episoden gelistet, wobei zwischen leichten depressiven Episoden F32.0, mittelgradigen depressiven Episoden F32.1 und schweren depressiven Episoden mit und ohne psychotischen Symptomen F32.2 und F32.3 unterschieden wird.

F33 befasst sich mit rezidivierenden depressiven Störungen, F34 mit anhaltenden affektiven Störungen (vgl. World Health Organisation, 1992).

Die Schwangerschaftsdepression kann im ICD unter der jeweilig zutreffenden Unterklassifikation klassifiziert werden (vor allem, wenn man den Grad der Erkrankung darstellen möchte) aber auch unter 099.3. Unter diesem Kürzel werden Psychische Krankheiten, sowie Krankheiten des Nervensystems zusammengefasst, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett verkomplizieren (vgl. ebd.)

Die präpartale Depression ist eine häufige Erkrankung der werdenden Mutter (siehe oben). Die Symptomatik entspricht der einer Depression mit dem Spezifikum, dass sich die Sorgen der Betroffenen um das werdende Kind, die anstehende Geburt und die zukünftigen Aufgaben als Mutter oder Vater drehen. Auch lässt sich aus der eigenen klinischen Erfahrung an unserer perinatal psychiatrischen Einheit LKH-Graz II, Standort Süd, Primariat 2, ein belastendes Beschäftigen der Betroffenen mit negativen Erfahrungen in der Vergangenheit beobachten, die weitestgehend mit dem Thema Schwangerschaft, Geburt, Kindheit, Mutterrolle, Vaterrolle zu tun haben. Besonders bedrückend sind dabei, wieder in das Zentrum des Denkens rückende Gewalterfahrung in der Kindheit, oder negative Erlebnisse im Rahmen einer vorrausgegangenen Schwangerschaft.

Cohen et al. 2006 kamen beim Betrachten der Risikofaktoren zu folgendem Ergebnis: „Forty-three percent of women in the sample relapsed during pregnancy, and half of those relapsed during the first trimester“ (Cohen,S.; et al., 2006). Somit ist eine vorausgegangene Depression einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer pränatalen Depression.

Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich in der Diagnostik der Erkrankung. Die psychischen Beschwerden werden häufig von somatischen Beschwerden überlagert, sodass die Depression als solche nicht erkannt wird. Es ist daher wesentlich, dass zur Diagnose der Schwangerschaftsdepression Verfahren herangezogen werden, die unabhängig von somatischen Beschwerden, die Depression detektieren. Typische körperliche Symptome wie Übelkeit oder Erschöpfung werden sonst oft vorschnell den üblichen Schwangerschaftsbeschwerden zugeschrieben. Dies kann den Blick auf ihre tatsächliche Ursache, eine zugrundeliegende depressive Störung, verstellen.

Als ein valides diagnostisches Instrument hat sich in Fachkreisen die EPDS (Edinburgh- Postnatal-Depressions-Scale) durchgesetzt. EPDS ist ein sensitives und genaues Screeninginstrument um depressive Störungen zu erkennen. (vgl. Bunevicius, A.; et al., 2009)

Valide Screeningmethoden sind eine entscheidende Bedingung dafür, dass Krankheiten erkannt werden und in weiterer Folge einer Therapie zuführbar sind. Kapitel 4 behandelt ausführlich die Notwendigkeit eines umfassenden Screenings und zeigt auf, wie dieses zur Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen in der Peripartalzeit beitragen kann.

C. Pilz fasst in ihrer Dissertation 2018 den wissenschaftlich anerkannten Zusammenhang zwischen mütterlichem Stress und negativem Outcome für das Baby, wie folgt zusammen. „Man geht heute davon aus, dass sich direkte Verbindungen zwischen dem emotionalen Befinden der Mutter - genauer gesagt ihrem subjektiven Stress und Angstzustand - und dem Schwangerschafts-Outcome sowie der fetalen und kindlichen Entwicklung herstellen lassen. Das Risiko für Frühgeburtlichkeit, niedriges Geburtsgewicht und einen reduzierten Kopfumfang steigt bei erhöhter psychischer Belastung. Heutige Erkenntnisse deuten darauf hin, dass eine Dysregulation des hormonellen Regelkreises der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse, englisch hypothalamic-pituitary-adrenal axis) für diesen Mechanismus verantwortlich ist. Diese Dysbalance, die durch veränderte mütterliche Kortisolspiegel verursacht wird, betrifft insbesondere das Endprodukt Kortisol (vgl. Pilz, 2018).

Bei chronischem Stress versagt der negative Rückkopplungsmechanismus, der normalerweise dafür sorgt, dass erhöhte Kortisolwerte die Ausschüttung von CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon, freigesetzt vom Nucleus paraventricularis des Hypothalamus) und ACTH (adrenocorticotropes Hormon, freigesetzt aus dem Hypophysenhinterlappen) reduziert. (vgl. Pilz, 2018)

In der Folge bleibt der Kortisolspiegel chronisch erhöht. Dies könnte auf eine quantitative Veränderung der Glukokortikoidrezeptoren zurückzuführen sein, die eine zentrale Rolle im Feedback-Mechanismus spielen. (vgl. ebd.)

Sympathisch aktivierte Adrenalin- und Noradrenalinausschüttung, welche ebenfalls bei mütterlichem Stress ausgelöst wird, hat keine direkte Einwirkung auf den Fetus, da Katecholamine die Plazentaschranke nicht passieren. (vgl. ebd.)

Während der Schwangerschaft gibt es einen einzigartigen hormonellen Mechanismus, bei dem Kortisol die Produktion von CRH in der Plazenta positiv beeinflusst. Das in der Plazenta gebildete CRH fördert die Freisetzung von ACTH, was wiederum die Ausschüttung von Kortisol auslöst. Dadurch erhöht sich der mütterliche Kortisolspiegel während der Schwangerschaft deutlich. (vgl. ebd.)

Der Kortisolspiegel im Blut steigt während der Schwangerschaft kontinuierlich an und erreicht im dritten Trimester etwa das Dreifache des Wertes einer nicht schwangeren Frau. Der Fetus wird größtenteils durch das plazentare Enzym 11 $\beta$ -Hydroxysteroid-Dehydrogenase 2 geschützt, das Kortisol in die inaktive Form Kortison umwandelt, sodass nur etwa 10 % des mütterlichen Kortisols in den fetalen Kreislauf gelangen. Ein zu hoher mütterlicher Kortisolspiegel kann jedoch die Belastung des Fetus erhöhen, dessen Reifung beschleunigen und zu einer Frühgeburt führen. (siehe unten) (vgl. ebd.)

Depressive Störungen während der Schwangerschaft beeinträchtigen nicht nur die psychische Gesundheit der Mutter, sondern können auch die intrauterine Entwicklung des Kindes erheblich beeinflussen. Eine Metaanalyse von U. Ghimire aus dem Jahr 2021, die 23 englischsprachige Studien umfasste, zeigte, dass Mütter mit Depressionen während der Schwangerschaft ein erhöhtes relatives Risiko (RR) für intrauterine Wachstumsverzögerungen (IUGR), niedriges Geburtsgewicht (LBW) und Frühgeburten (PTB) haben. Das durchschnittliche relative Risiko für Frühgeburten lag bei 1,35 (mit einer Spanne von 1,19 bis 1,52), für niedriges Geburtsgewicht bei 1,86 (mit einer Spanne von 1,32 bis 2,62) und für intrauterine Wachstumsverzögerungen sogar bei 4,39 (mit einer Spanne von 2,45 bis 7,86). (vgl. Ghimire; et al., 2020)

Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2021, die die Auswirkungen unbehandelter Schwangerschaftsdepressionen untersuchte, ergab erhöhte Risiken für verschiedene negative Folgeerscheinungen bei Müttern und ihren Kindern. Zu den festgestellten Risiken zählen Plazentaanomalien sowie ernsthafte peripartale

Komplikationen wie starke Blutungen, vaginale Risse und Konvulsionen. Zudem zeigt sich ein erhöhtes Risiko für die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts oder einer instrumentellen Geburt. Es wurde eine deutliche Häufung von postpartalem Fieber sowie postpartaler Harn- und Stuhlinkontinenz beobachtet.

Schwangerschaftsdepressionen stehen in Verbindung mit einer verstärkten Angst vor der Geburt, die wiederum mit einer geringeren Schmerztoleranz einhergeht. Dies kann zu einem erhöhten Bedarf an Epiduralanalgesie und einer gesteigerten Rate an Kaiserschnitten führen. Ein weiterer Zusammenhang besteht darin, dass der hohe Stresslevel bei depressiven Müttern während der Geburt die uterinen Kontraktionen beeinträchtigen kann, was zu einer Verlängerung des Geburtsvorgangs und fetalem Distress führen kann.

Zusätzlich wurden bei Müttern, die während der Schwangerschaft an schweren Depressionen litten, häufiger Erkrankungen wie Präeklampsie, Frühgeburten, intrauteriner Fruchttod und intrauterine Wachstumsstörungen festgestellt im Vergleich zu nichtdepressiven Müttern. (vgl. Jahan; et al., 2021)

Mögliche Ursachen für die pränatalen und peripartalen Probleme bei Schwangeren mit Depressionen könnten auf eine erhöhte Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse (HPA-Achse) zurückzuführen sein. Dies führt zu einem Anstieg des Cortisolspiegels, der wiederum das Risiko für Frühgeburten erhöhen kann. Zudem werden durch den mütterlichen Stress Katecholamine wie Adrenalin und Noradrenalin freigesetzt, die durch Vasokonstriktion den uterinen Blutfluss verringern und so das Wachstum des Fetus beeinträchtigen können. Dies kann zu einer Wachstumsstörung führen, die das klinische Bild eines SGA (Small for Gestational Age) verursacht, also eines Neugeborenen, das zu klein oder zu leicht für seine Schwangerschaftswoche ist. (vgl. ebd.)

Ein weiterer möglicher Grund für vorzeitige Wehen könnte sein, dass chronischer Stress den Spiegel entzündungsfördernder Proteine erhöht. Das Ungleichgewicht zwischen Entzündungsprozessen und Cortisolspiegel könnte frühzeitige Wehen auslösen. Ein weiterer hormoneller Faktor, der berücksichtigt werden sollte, ist der Anstieg des Corticotropin-releasing-Hormons (CRH), das von der Plazenta unter mütterlichem Stress produziert wird. Dieser Anstieg kann eine vorzeitige Geburt auslösen. (vgl. ebd.)

### **2.4.2 Angststörungen in der pränatalen Periode**

Im ICD-10 werden Angststörungen unter dem Oberbegriff "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" klassifiziert. Sie werden durch ein spezifisches Kürzel (F40-F41) gekennzeichnet und umfassen phobische Störungen sowie andere Formen von Angststörungen. Dazu gehören Panikstörungen, Generalisierte Angststörungen sowie Kombinationen von Angststörungen mit depressiven Störungen. (vgl. World Health Organisation, 1992)

Die Schwangerschaftsphobie lässt sich im ICD-10 wahlweise unter F40.2 spezifische Phobien oder, bei vorherrschender beharrlicher Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer schwerwiegenden somatischen Störung zu leiden, unter F45.2 hypochondrische Störung einordnen. (vgl. World Health Organisation, 1992)

Ähnlich wie bei depressiven Erkrankungen können während der Schwangerschaft alle möglichen Formen von Angststörungen auftreten. Diese können isoliert auftreten oder in Kombination mit anderen psychischen Störungen wie Depressionen, Zwängen und nicht selten auch mit Suchterkrankungen. Während der Schwangerschaft sind Depressionen und Angststörungen, darunter Phobien wie Tokophobie, Panikstörungen, generalisierte Angststörungen (GAD), Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), besonders häufig anzutreffen. Die einzelnen Störungen treten in unterschiedlicher Intensität auf.

Aus meiner eigenen klinischen Erfahrung möchte ich hervorheben, dass es völlig normal ist, gelegentlich besorgt darüber nachzudenken, wie die Zukunft aussehen wird. Dieser psychische Prozess thematisiert die bevorstehende Umstellung auf die neue Rolle im Leben als Mutter oder Vater. Wenn das intensive Grübeln übermäßig wird und Leiden verursacht, spricht man von einer Tokophobie.

Ausgeprägte Formen können bereits vor der Schwangerschaft auftreten und dazu führen, dass durch spezielle Maßnahmen wie Verhütung, Sterilisation, Abtreibung oder das Vermeiden von Geschlechtsverkehr während der fruchtbaren Tage eine Schwangerschaft von vornherein vermieden wird.

In einer wissenschaftlichen Untersuchung von 26 Fällen tokophobischer Frauen konnten Kristina Hofberg und Ian Brockington zeigen, dass einige Frauen trotz ihres starken Wunsches nach einem Kind, große Angst vor der Geburt haben und diese sogar vermeiden. (vgl. Hofberg; et al, 2000)

In dieser wissenschaftlichen Arbeit wird zwischen primärer Tokophobie, sekundärer Tokophobie und anderen phobischen Formen unterschieden, die mit Schwangerschaftsdepressionen in Verbindung stehen können. (vgl. ebd.)

Der Originaltext illustriert die Klassifizierung der Tokophobie: "Phobic avoidance of pregnancy may date from adolescence (primary tokophobia), be secondary to a traumatic delivery (secondary tokophobia) or be a symptom of prenatal depression (tokophobia as a symptom of depression). Pregnant women with tokophobia who were refused their choice of delivery method suffered higher rates of psychological morbidity than those who achieved their desired delivery method". (Hofberg; et al, 2000)

In ihrer Schlussfolgerung betonen Hofberg und Brockington, dass Tokophobie eine belastende und spezifische Erkrankung ist, die eine fundierte Expertise sowie eine enge Zusammenarbeit zwischen Gynäkologinnen und Psychiaterinnen erfordert. (vgl. ebd.)

Auch Väter können an Ängsten leiden, die in die Gruppe der Tokophobien einzuordnen sind. Die Prävalenz ist unbekannt. Studien, die sich mit diesem Thema beschäftigen, kommen zu uneinheitlichen Ergebnissen. (vgl. Elyasi, 2021)

### **2.4.3 Suchterkrankungen in der Schwangerschaft**

ICD-10 listet Suchterkrankungen unter F1: „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.“ (vgl. World Health Organisation, 1992) F10 befasst sich mit Störungen durch Alkohol, wobei F10.2 das Abhängigkeitssyndrom klassifiziert und F10.3 das Alkoholentzugssyndrom.

Klassifikation nach Substanzen: F11 Störungen durch Opioide, F12 Störungen durch Cannabinoide, F13 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, F14 Störungen durch Kokain, F15 Störungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein, F16 Störungen durch Halluzinogene, F17 Störungen durch Tabak, F18 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel, F19 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen. Der jeweilige Schweregrad oder die assoziierten klinischen Zustandsbilder können an der 4ten Zahlenstelle kodiert werden. (vgl. ebd.)

Suchterkrankungen in der Schwangerschaft werden nach denselben Prinzipien klassifiziert. Sie können einen erheblichen Einfluss auf die psychische und

körperliche Gesundheit der Betroffenen haben. Keine andere psychische Erkrankung zeigt ihre negativen Auswirkungen auf das Umfeld so offensichtlich wie Suchterkrankungen. Besonders bedeutsam ist der verheerende Einfluss von Drogengebrauch während der hoch vulnerablen Schwangerschaftszeit. Die Folgen können katastrophal sein, und lebenslanges Leid verursachen. Die Prävalenz von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft ist erschreckend hoch, was zu weitreichenden und schwer abschätzbaren Schäden führen kann.

Wie bereits erwähnt, gehören die legal erhältlichen Drogen zu den am häufigsten konsumierten Substanzen während der Schwangerschaft. Es bleibt abzuwarten, ob die Freigabe von Cannabis in Deutschland im Jahr 2024, Auswirkungen auf das Konsumverhalten während der Schwangerschaft haben wird und ob sich dadurch das Verhältnis der konsumierten Suchtmittel zueinander verschieben wird.

Die ausgesprochen schädigende Wirkung der Suchtmittel auf Embryo oder Fetus kommen durch den Umstand zustande, dass die konsumierten Substanzen ungehindert die Plazentaschranke überwinden können und auf das sich entwickelnde Kind einwirken. Die Hauptfunktion der Plazenta ist es, Nahrungsmittel und Sauerstoff in den fetalen Kreislauf zu transferieren und Abfallstoffe des Fetus über den mütterlichen Kreislauf zu entsorgen. Als falsch hat sich die Annahme erwiesen, dass die Plazenta ein unüberwindbares Hindernis für Drogen sei. (vgl. Syme, 2004)

So schockierend es auch klingen mag, man kann sagen, dass das Baby mit der Mutter mitraucht und mittrinkt. Die Schwere der negativen Auswirkungen des Drogenkonsums hängt neben der Dosis maßgeblich vom Zeitpunkt der Einwirkung ab. In den ersten zwei Wochen nach der Zeugung, während der Phase der Zellteilung und Einnistung, gilt das Prinzip "Alles oder Nichts": entweder kommt es zu einem Abort, oder in der Regel, zu keiner Fehlgeburt.

In den Wochen drei bis acht, die zusammen mit der ersten und zweiten Woche als Embryonalzeit bezeichnet wird, kommt es zur Anlage der Organe. Die Einwirkung einer toxischen Substanz in dieser Entwicklungsperiode, kann schwere morphologische Anomalien nach sich ziehen.

Eine Einwirkung toxischer Substanzen in der Fetalzeit, führt üblicherweise zu funktionellen Defiziten und kleineren morphologischen Anomalien.

Medikamente passieren in unterschiedlichem Ausmaß die Plazentaschranke und können, je nach Wirksubstanz, ausgesprochen toxisch wirken. Ein spezifisches Wissen über Wirkung und mögliche negative Einwirkung auf den Embryo oder Fetus sind notwendig, wenn Schwangere oder stillende Mütter medikamentös behandelt werden müssen.

„Bei Kindern, die im Mutterleib Valproat ausgesetzt waren, besteht ein hohes Risiko für schwerwiegende Entwicklungsstörungen (in bis zu 30-40 % der Fälle) und angeborene Missbildungen (in ungefähr 10 % der Fälle).“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2028)

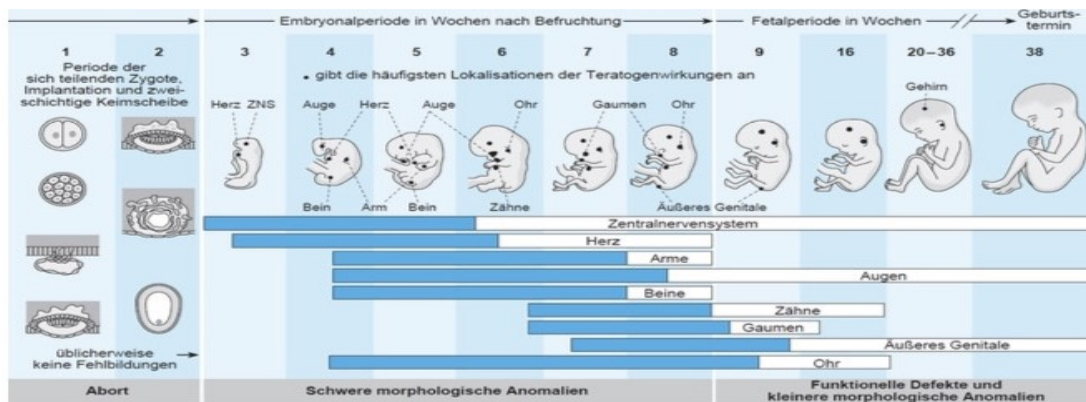


Abbildung 1 aus (Kapfhammer & Klier, 2009)

Väterlicher Drogenkonsum während der Zeugung und kurz vor der Geburt wird oft vernachlässigt und in Studien wenig untersucht. Eine kürzlich durchgeführte Langzeitstudie aus Schweden untersuchte 64.710 männliche und weibliche Nachkommen von wehrpflichtigen Männern des Jahrgangs 1969/70. Die Studie zeigt deutlich, dass der Alkoholkonsum der Väter einen signifikanten Einfluss auf den späteren Alkoholkonsum der Kinder hat. Kinder von Vätern mit dem höchsten Alkoholkonsum hatten ein um 63% höheres Risiko für eine substanzbezogene Erkrankung im Vergleich zu Kindern von Vätern, die angaben, abstinent zu sein. (vgl.Thor, et al., 2022)

Deutlich mehr ist über die teils katastrophalen Folgewirkungen auf Kindern bekannt, deren Mütter während der Schwangerschaft Drogen konsumieren.

Eine Metaanalyse von Chapman & Wu kommt zu interessanten Ergebnissen. Die analysierten Daten zeigen, dass während der Schwangerschaft weniger Mütter Alkohol konsumieren als nach der Geburt ihres Kindes. Ebenso ist der Anteil der Mütter, die nach der Geburt Alkohol konsumieren, geringer im Vergleich zu denen, die kein Kind bekommen haben. (vgl. Chapman, et al., 2023)

Aus diesen Daten lässt sich ableiten, dass die Schwangerschaft von den meisten Müttern als eine entscheidende Phase für die Entwicklung ihres Kindes und dessen zukünftige Lebensaussichten erkannt wird, aber auch, dass die Vernunft oft der zerstörerischen Kraft der Drogen zum Opfer fällt.

Die wohl dramatischste Auswirkung eines pränatalen mütterlichen Alkoholkonsums ist die Fetale Alkoholspektrumstörung. „Die Fetale Alkoholspektrumstörung ist eine der häufigsten, bei Geburt bestehende chronische Erkrankung, die zum Großteil nicht oder fehldiagnostiziert wird.“ (Moder; et al., 2021)

„Die Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) ist der Oberbegriff für folgende Störungsbilder: das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS) und die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (Alcohol-related Neurodevelopmental Disorder; ARND)“ (Moder; et al., 2021)

In Europa variieren die Prävalenzraten für das Fetale Alkoholsyndrom zwischen 0,2 und 8,2 Fällen pro 1000 Geburten. Eine Studie aus Italien, die aufsuchend durchgeführt wurde, geht von einer Prävalenz von mindestens 2% für das gesamte Spektrum alkoholbedingter Fetopathien aus. (vgl. AWMF Leitlinienregister,)

In der S3 Leitlinie, Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörung, werden sehr detailliert Risikofaktoren für den mütterlichen Alkoholkonsum herausgearbeitet um bereits primär präventiv tätig werden zu können. Es zeigt sich, dass ein Lebensalter von über 30 Jahren, Beginn von Alkoholkonsum im frühen Lebensalter, „binge drinking“ vor der Schwangerschaft, Konsum von Nikotin, Konsum illegaler Drogen, eine ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft, eine geringe oder späte pränatale Vorsorge, Alkohol- oder Drogenkonsum in der Familie und auch des Partners, eine geringe soziale Unterstützung, aktuelle oder in der Vergangenheit erlittene körperliche Misshandlung oder sexuelle Gewalt durch den Partner oder auch anderer Personen, psychische und psychiatrische Störungen, wie zum

Beispiel Depression, Angststörung, Panikstörungen oder sexuelle Funktionsstörungen und weitere Faktoren, Risikofaktoren für den mütterlichen Alkoholkonsum sind. (vgl. AWMF Leitlinienregister,)

Da nicht jede Mutter, die während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert ein Kind auf die Welt bringt, das an einer fetalen Alkoholspektrumstörung leidet, wurden weitere Risikofaktoren für die Entwicklung derselben herausgearbeitet: hoher Alkoholkonsum, chronischer Alkoholkonsum, Alkoholkonsum im 1. und 2. Trimenon (im Gegensatz zu Alkoholkonsum ausschließlich im 3. Trimenon), Alkoholkonsum, der während der gesamten Schwangerschaft anhält, zusätzliche Einnahme von Amphetamine oder multiple Drogen, ein Alter größer 30 Jahre, geringer sozioökonomischer Status, mütterliche Unter- und Mangelernährung, Stress, genetische Faktoren (ADH 1 B2 und 3 wirken prodektiv) und weitere.

Die Diagnose eines FAS beruht auf in der Grafik aufgelisteten 4 Diagnosesäulen. (vgl. ebd.)



Abbildung 2 aus S3 Leitlinien (National Institute for Health and Care Excellence, 2020) Registriernr. 022-025

Unter den unterschiedlichen Suchterkrankungen, die in der Schwangerschaft eine Rolle spielen, kommt dem Tabakkonsum eine zentrale Rolle zu. Nicht nur, dass Nikotin insgesamt das häufigste in der Schwangerschaft konsumierte Suchtmittel ist, es hat auch schwerwiegende gesundheitsschädliche Auswirkung auf Mutter, Kind und Schwangerschaftsverlauf.

Eine israelische Studie die 1646 Mütter, die in unterschiedlichem Ausmaß während der Schwangerschaft rauchten, mit 19292 nicht rauchenden Müttern verglich, die alle innerhalb derselben Periode ihr Kinde gebären, konnte sehr genau die schädlichen Effekte des Rauchens in der Schwangerschaft aufzeigen. So war die Anzahl der Frühgeburten bei Raucherinnen beinahe doppelt so hoch (22.2% versus 12,4%), die Rate des intrauterinen Fruchttodes war beinahe verfünffacht (1,4% versus 0,3%), die Rate jener Säuglinge die an einem Respiratory Distress Syndrom litten, war nahezu verdoppelt (2,5% versus 1,3%), die Zahl jener Babys, die an kardialen Malformationen litten, war ebenfalls nahezu doppelt so hoch (1,5% versus 0,8%) und die Anzahl jener Kinder, die innerhalb der ersten 28 Lebenstage starben, war doppelt so hoch im Vergleich zu jenen Müttern, die in der Schwangerschaft nicht rauchten (neonatal death 1,2% versus 0,6%). (vgl.Mai-Dan; et.at., 2015)

In einer 2012 veröffentlichten deutschen Studie von S. Koch et al kommt man zu folgender Schlussfolgerung: „Der Nikotinkonsum während der Schwangerschaft stellt einen Risikofaktor für das Auftreten einer SGA-Geburt dar und kann zu einer über die Schwangerschaft hinausreichenden bleibenden Beeinflussung des kindlichen Wachstumsverhaltens mit Ausbleiben des Aufholwachstums führen.“ (Koch, S.; et al., 2012,2016) Die IUGR (intrauterine growth retardation) die einer SGA (small for gestational age) vorausgeht, ist in erster Linie der suboptimalen uteroplazentaren Perfusion und damit Unterversorgung des Fetus geschuldet. Einer der wesentlichsten Faktoren dafür ist der Tabakkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Die IUGR ist mit hoher Morbidität und Mortalität verbunden. Neugeborene und Frühgeborene haben ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämie, Hyperbilirubinämie, Hypothermie, Hirnblutung, preventrikuläre Leukomalazie, infantile Zerebralparese, nekrotische Enterokolitis, Ernährungsstörung, Krampfanfälle, Atemnotsyndrom, Entwicklungsverzögerungen in der Kindheit, Erkrankungen im Erwachsenenalter wie Adipositas, Diabetes Mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen. Weiter sind etwa 50% der Totgeburten mit einer IUGR assoziiert und 10% der perinatalen Mortalitäten werden durch eine zuvor nicht entdeckte IUGR verursacht. (vglAMF Leitlinienregister, 2017)

Auch gibt es deutliche Hinweise, dass die kognitive Entwicklung des Kindes durch das Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft beeinträchtigt werden kann.

Eine, erst dieses Jahr erschienene Kohortenstudie der University of Nebraska, bei der T. Puga et al die Auswirkung von Tabakkonsum während der Schwangerschaft auf die kognitive Entwicklung 9- bis 12-jähriger Kinder in zwei Phasen (Phase 1: 9- und 10-jährige Kinder, Phase 2: 11- und 12-jährige Kinder) untersucht wurden, bringt neue Erkenntnisse zur geistigen Entwicklung der Kinder.

In dieser ABCD (Adolescent Brain Cognitive Development) Studie wurden 11448 Kinder eingeschlossen, von denen bei 1607 Kinder identifiziert die Mütter während der Schwangerschaft rauchten. Die Kinder von Müttern, die rauchten wurden mit den Kindern jener Mütter, die nicht rauchten, verglichen und zwar in Bezug auf ihre kognitive Entwicklung (Sprach- und Gedächtnistests) und in der kernspintomographischen gemessenen Größe verschiedener Hirnregionen.

Dabei zeigen sich Defizite im mündlichen Leseverständnis, im Bildsequenzgedächtnis, Bildvokabelgedächtnis, im zusammengesetzten Score sowohl für kristalline Kognition, als auch für flüssige Kognition, und auch im zusammengesetzten Gesamtwert für Kognition. Diese in der ersten Untersuchungsphase gewonnenen Daten über die Defizite von Kindern, deren Mütter in der Schwangerschaft rauchten, blieben auch in der Phase 2 der Untersuchung bestehen.

Auch zeigten Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft rauchten, Veränderungen bestimmter Hirnregionen in der Magnetresonanzuntersuchung.

Analysen der kortikalen Oberflächen zeigten eine Verringerung derselben in der präzentralen Region im unteren Parietalbereich, postzentral Region und entorhinal. In der Phase 2 fanden sich Veränderungen der kortikalen Oberfläche in der präzentralen Region. Die Volumenmessung brachte geringere Werte in der Pars Orbitalis, in der präzentralen Region, im unteren Parietalbereich, supramarginal, fusiform, entorhinal und parahippocampal, die in der zweiten Untersuchungsphase weitgehend bestehen blieben. (vgl. Puga; et al., 2024)

In dieser Kohortenstudie zeigt sich, dass die longitudinale neurokognitive Entwicklung von Kindern, deren Mütter während der Schwangerschaft rauchten, beeinträchtigt ist. Die Beeinträchtigung betrifft sowohl die Spracherkennung, das Leseverständnis als auch den Wortschatz. Die gemessene Unterentwicklung bestimmter Hirnregionen, deren Funktionen für Sprachprozesse, Wahrnehmung und Kodierung komplexer motorischer Aktionen, Sprachverständnis,

Sprachverarbeitung, Sprachproduktion, Sprachentwicklung, sowie der Sprachsteuerung dienen, lässt sich gut mit den kognitiven Testdaten in Einklang bringen. (vgl. ebd.)

#### **2.4.4 Psychosen in der Schwangerschaft**

Psychosen werden im ICD unter F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen eingeteilt. F20 klassifiziert die Formen der Schizophrenie. F20.0 paranoide Schizophrenie, F20,1 hebephrene Schizophrenie, F20.2 katatone Schizophrenie, F20.3 undifferenzierte Schizophrenie, F20.4 postschizophrenes Residuum, F20.6 Schizophrenia simple, F20.8 sonstige Schizophrenie, F20.9 nicht näher bezeichnete Schizophrenie. An der fünften Stelle kann der Verlauf klassifiziert werden, wie zum Beispiel kontinuierlich, episodisch, remittiert usw. Unter F21 wird die schizotype Störung, unter F22 anhaltende wahnhaftige Störungen, unter F23 akute vorübergehende psychotische Störungen, unter F24 induzierte wahnhaftige Störungen, unter F25 schizoaffektive Störungen mit ihren Unterformen, unter F28 sonstige nichtorganische psychotische Störungen und unter F29 nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychosen beschrieben. In der Schwangerschaft könne alle Formen psychotischen Erlebens mit der entsprechenden Symptomatik auftreten.

Zum Outcome für das Kind oder Schwangerschaftskomplikationen zu Müttern mit Schizophrenie während der Schwangerschaft, gibt es nur wenige wissenschaftliche Artikel.

Eine 2001 erschienene schwedische Kohortenstudie von E. Nilsson schloss in ihr Sample 2096 Geburten von Müttern, die während der Schwangerschaft an einer Schizophrenie litten, und 1555975 Geburten der Allgemeinbevölkerung ein.

Frauen die während der Geburt an einer Schizophrenie litten, hatten ein erhöhtes Risiko einer Stillbirth (Totgeburt, in dieser Studie ab der 28 SSW) mit einer OR von 4,4 und dass ihr Baby mit einem zu geringen Geburtsgewicht auf die Welt kommt mit einer OR von 4,3. (vgl. Nilsson; et al., 2002)

E. Nielson et al. weisen darauf hin, dass bei Berücksichtigung der hohen Raucherquote bei schwangeren Frauen mit Schizophrenie (51 % im Vergleich zu 24 % in der Allgemeinbevölkerung) und anderen mütterlichen Faktoren wie alleinerziehender Mutterschaft, Alter der Mutter, Bildungsstand der Mutter,

Geburtsland der Mutter sowie schwangerschaftsbedingten Bluthochdruckerkrankungen, die geschätzten Schwangerschaftskomplikationen, die nur auf die Schizophrenie zurückgeführt werden, deutlich abnehmen. (vgl. Nilsson; et al., 2002)

Dennoch blieben die Werte, im Vergleich zur nicht an Schizophrenie erkrankten Bevölkerung, doppelt so hoch. Für eine Stillbirth lag die OR bei 2,5, für zu niedriges Geburtsgewicht lag die OR bei 2,3 und für eine Frühgeburt lag die OR bei 2,4. (vgl. ebd.)

Eine rezente französische Kohortenstudie verglich Frauen, die während der Schwangerschaft an einer Schizophrenie litten, mit Schwangeren, die an keiner schweren psychischen Erkrankung litten. Schizophrene Schwangere und Kontrollen wurden im Verhältnis 1:4 innerhalb desselben Krankenhauses und desselben Jahres nach Alter, sozialer Benachteiligung, Parität, Rauchen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Unterernährung, Fettleibigkeit und Komorbiditäten abgeglichen. In diese Studie wurden 3667461 Einzelgeburten ermittelt, von denen 3108 Frauen an einer Schizophrenie während der Schwangerschaft litten. Im Vergleich zu den Kontrollpersonen waren die Frauen mit Schizophrenie älter, rauchten häufiger, waren häufiger alkohol- und substanzabhängig und litten vermehrt an Fettleibigkeit, Diabetes mellitus und an chronisch obstruktiven Lungenerkrankung.

Frauen mit Schizophrenie hatten mehr Schwangerschaftskomplikationen mit einer bereinigten OR=1,4 wie Schwangerschaftsdiabetes, Schwangerschaftsbluthochdruck, Harnwegsinfektionen, intrauterine Wachstumsverzögerung und drohende vorzeitige Wehe. Sie hatten mehr Geburtskomplikationen aOR=1,18[95%CI 1,09 1,29]) mit mehr Totgeburten/medizinische Fehlgeburten aOR=2,17 und Kaiserschnitte aOR=1,15. Bei den Neugeborenen von Frauen mit Schizophrenie, traten mehr neonatale Komplikationen auf aOR=1,38 wie mehr Frühgeborene aOR=1,64 und Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht aOR=1,75. (vgl. Fabre; et al., 2021)

#### 2.4.5 Postpartale Psychische Störungen

Wie pränatal, können natürlich auch postpartal eine Reihe psychischer Störungen auftreten. Im Update Postpartale psychische Störungen 2016 führen V. Dorsch und A. Rohde einige relevante Erkrankungen auf:

„**Babyblues**“ („Heultage“, postpartale affektive Turbulenz) mit affektiver Labilität, erhöhter Empfindlichkeit, rascher Wechsel zwischen Euphorie und Weinen. Die psychische Instabilität beginnt etwa am 3. –5. postpartaler Tag, 50%-70% der Frauen sind davon betroffen, selbstlimitierend und damit nicht eine pathologische Veränderung im engeren psychiatrischen Sinn. Klassifikation erfolgt, falls erforderlich, unter O99.3 („Psychische Störungen und Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett komplizieren“) oder F53 („Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifiziert“).

**Depression** mit dem gesamten Spektrum depressiver Symptome (Insuffizienztyp), nicht selten Zwangssymptome (Zwangstyp) und Panikattacken (Paniktyp), sowie verschiedenartiger körperliche Symptome Lebensüberdrussgedanken bis hin zu manifester Suizidalität,

reaktive Depression nach perinatalem Verlust eines Kindes, in Einzelfällen Entwicklung pathologischer Trauer. Die Klassifikation erfolgt im ICD-10 unter F43, Psychosen/bipolare Störungen, alle Formen der Psychosen kommen vor, oft manische Symptomatik, meist akute Psychosen mit „buntem“ klinischen Bild. Die Klassifikation erfolgt im ICD-10 je nach Klinik unter F20, F23, F25, F30, F31, posttraumatische Belastungsstörung nach der Entbindung, dabei wurde die Geburtssituation traumatisch erlebt. Diese wird wiedererlebt in Intrusionen, „Flashbacks“, Alpträumen. Mögliche Folgen sind Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug, Gefühl innerer Stumpfheit, Gereiztheit, erhöhte Schreckhaftigkeit. Unter der Geburt kann es auch zu einer Reaktualisierung früherer traumatischer Erfahrungen kommen wie z. B. sexueller Missbrauch. Die Klassifikation im ICD-10 kann unter F43. 1 oder auch F43 erfolgen,

**Angststörungen** oft als Panikstörung, oder manchmal auch als Exazerbation vorbestehender generalisierter Angststörung auftretend. Panikattacken können auch Teil postpartaler Depression sein. Klassifikation erfolgt dementsprechend entweder unter F40, F41 oder unter F32, F33,

**Zwangserkrankungen** mit Zwangssymptome (i. d. R. mit dem Inhalt, dem eigenen Kind etwas anzutun). Zwangssymptome können auch Teil postpartaler Depression sein, somit erfolgt die Klassifikation unter F42 oder F32, F33. (vgl.Dorsch & Rhode, 2016)

Im folgenden Teil möchte ich noch auf zwei Erkrankungen näher eingehen, die häufig auftreten und zu schweren Komplikationen führen können. Das bedeutet aber im Umkehrschluss keinesfalls, dass andere psychische Störungen in dieser hochsensiblen Zeit nicht ausgesprochen belastend sind für Mutter, Kind, Partner und andere Familienmitglieder, Bekannte und Freunde der Betroffenen. Jede psychische Erkrankung hat schwerwiegende Auswirkungen auf die betroffene Familie.

### **Postpartale Depression**

Ist eine depressive Störung der Mutter, die sich im Laufe der ersten Lebensmonate des Kindes entwickelt.

J. Payne erwähnt in ihrem Review über pathophysiologische Mechanismen einer postpartalen Depression, dass die postpartale Depression die häufigste Komplikation nach der Geburt ist und dass etwa 20% der postpartalen Todesfälle auf Selbstmord zurückzuführen sind. (vgl.Payne &Maquire, 2019)

In einem 2012 erschienen Review von A. Skalkidou werden die Symptome und der Umstand, dass die Diagnose der PPD (postpartalen Depression) Schwierigkeiten bereitet, gut zusammengefasst. A. Skalkidou berichtet von typischen Symptomen der Depression wie gedrückte Stimmung, Verlust von Interesse an normalen Aktivitäten, Schuldgefühle, Selbstmordgedanken, Schlafstörungen, Veränderungen des Appetits, Energieverlust. Gerade Symptome wie Müdigkeit, veränderte Schlafgewohnheit und Gewichtsveränderungen können die Diagnose PPD erschweren, da sie auch bei nichtdepressiven Müttern nach der Geburt beobachtet werden können. (vgl.Skalkido; et al., 2012)

In diesem Review werden neben den bekannten Risikofaktoren wie bereits vorausgegangene Depression, ein niedriger sozioökonomischer Status, ein niedriges Bildungsniveau, Alkohol- und Drogenmissbrauch, geringes Ausmaß partnerschaftlicher Unterstützung, ungeplante Schwangerschaften,

Schwangerschaftskomplikationen, Entbindungsarten, vor allem das Augenmerk auf biologische Risikofaktoren einer PPD gelegt. (vgl. Skalkido; et al., 2012)

Auch wird auf den Umstand hingewiesen, dass es zu keiner Zeit im Leben einer Frau eine vergleichbare Konstellation der biologischen und psychosozialen Risikofaktoren gibt. Eine Reihe von endokrinen Veränderungen folgen einem gemeinsamen Muster und zwar einem ein kontinuierlicher Anstieg der Hormonplasmakonzentration während der 40 Schwangerschaftswochen, gefolgt von einem drastischen Abfall zum Zeitpunkt der Geburt. Östrogene, Progesteron, Testosteron, Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) und Cortisol folgen im Wesentlichen diesem zeitlichen Plasmaprofil. (vgl. ebd.)

Agrawal berichtet in einem 2022 erschienen Review, dass Schwangerschaftsdiabetes als ein Risikofaktor für PPD gilt. (Agrawal et al., 2022) Im selben Review wird Kaiserschnitt als ein Risikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression genannt. So kann der Interleukin 6-Spiegel der Mutter nach einem Kaiserschnitt ansteigen. Interleukin 6 ist eine wichtige Zytokinveränderung, die mit Depressionen in Verbindung gebracht wird. (vgl. Agrawal; et al., 2022)

Der Sympathikustonus und die Sympathikusreaktion auf Stress sind bei stillenden Müttern niedriger, als bei nichtstillenden Müttern und bei nicht postpartalen Kontrollgruppen. In PET-Studien wurde bei gesunden postpartalen Frauen eine signifikant erhöhte Monoaminoxidase-A-Aktivität, d. h. ein verstärkter Abbau von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin in allen untersuchten Hirnregionen detektiert. (vgl. Skalkido; et al., 2012) Sowohl Serotonin als auch Noradrenalin und Dopamin sind wichtige stimmungs- und antriebsstabilisierende Neurotransmitter.

Skalkidou weist darauf hin, dass der Hypoörogenismus in der Postpartalperiode als ein Faktor angesehen wird, der zur PPD beiträgt, zumal eine Herabregulierung der körpereigenen Hormonproduktion bei Frauen mit PPD-Anamnese (zum Beispiel in der Menopause) in mehr als 60 % der Fälle depressive Symptome auslöst. Progesteron, Östrogen und Cortisol haben eine regulierende Auswirkung auf das Serotinsystem. (vgl. ebd.)

In unterschiedlichen Studien finden sich viele weitere biologische Risikofaktoren wie Schilddrüsenfunktion, Hypothalamus-Hypophysen-NNR Achse und andere, die Studienergebnisse sind jedoch wiederholt widersprüchlich.

Agrawal erläutert in einem 2022 erschienenen Literatur Review, dass PPD nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Mutter hat, sondern auch das Wachstum und die Entwicklung des Kindes behindern kann. Eine PPD stört den Aufbau einer gesunden Mutter-Kind-Bindung, was sich wiederum auf die Fütterungspraktiken auswirken kann. Das soziale Umfeld des Säuglings wird in den ersten Monaten in erster Linie von der Mutter gestaltet, so dass die PPD die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen kann. Sie erhöht auch die Anfälligkeit des Kindes für Unterernährung. (vgl. Agrawal; et al., 2022)

Im selben Review wird zwischen dem vorübergehenden postpartalen Blues, der innerhalb der ersten 10 Tage nach der Geburt auftritt, mit leichten Stimmungsschwankungen einhergeht und der postpartalen Depression, eine klinische Störung, die die Funktionsfähigkeit erheblich beeinträchtigt und häufig professionelle Hilfe erfordert, unterschieden. (vgl. ebd.)

Per Definitionem dauert eine Depression, mit ihren Kernsymptomen, depressive Stimmung, Interessensverlust und verminderte Antrieb, zumindest zwei Wochen an. (vgl. World Health Organisation, 1992)

Im selben Review wird erläutert, dass die postpartale Depression (PPD) klassische Anzeichen einer depressiven Episode umfasst, sowie unangemessene Sorgen um die Gesundheit des Kindes, Selbstmordgedanken und gelegentliche Gedanken an Kindstötung. Die depressiven Symptome beginnen in der Regel zwischen der zweiten und sechsten Woche nach der Geburt, können aber auch zu jedem beliebigen Zeitpunkt im ersten bis zwölften Monat nach der Geburt auftreten. Der Schweregrad und die Prognose dieser Symptome hängen stark vom Zeitpunkt der Diagnose und Therapie ab [19]. Weinkrämpfe, Angstzustände, Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gedanken, sich selbst oder das Baby zu verletzen, sowie mangelndes Interesse am Säugling sind einige der Warnsymptome der PPD bei Frauen. (vgl. Agrawal; et al., 2022)

Agrawal zeigt sich erstaunt, dass trotz der enormen Prävalenz und Schwere der Krankheit weltweit etwa 80 % der Fälle nicht diagnostiziert und damit nicht behandelt werden. Das führt zu langfristigen, katastrophalen Auswirkungen auf die gesamte Familie. Zu den schwerwiegendsten Risiken gehören eine erhöhte Wahrscheinlichkeit anhaltender Depressionen bei der Mutter, Probleme bei der Kindererziehung und Suizidrisiko. Es wurde festgestellt, dass PPD sowohl auf die

Mütter, als auch auf ihre Kinder tiefgreifende negative Auswirkungen hat. Die Mutter-Kind-Beziehung wird negativ beeinflusst. Kinder depressiver Mütter neigen eher dazu an Untergewicht, Wachstumsstörungen sowie an einer höheren Inzidenz von körperlichen Problemen zu leiden. Depressive Mütter neigen eher zu defizitären Fütterungspraktiken, was sich negativ auf die Mutter-Kind-Bindung auswirkt. Sie ist mit einem schweren Mangel an Wohlbefinden verbunden, und die kognitive, emotionale, intellektuelle und soziale Entwicklung des Kindes kann auf lange Sicht beeinträchtigt werden. (vgl. Agrawal; et al., 2022)

### **Postpartale Psychosen**

Perry beschreibt die postpartale Psychose in einem Review von 2012 als schwere Episoden von Stimmungsstörungen, die sehr plötzlich nach der Entbindung auftreten, in der Regel innerhalb der ersten zwei Wochen. In vielen Fällen ist die postpartale Psychose durch das Auftreten einer Manie oder einer gemischten Gemütslage gekennzeichnet, aber auch Depressionen, Stimmungslabilität, Perplexität (extreme Verwirrung) und Angstzustände sind häufige Symptome. Die Symptommenvielfalt in Verbindung mit einer gemischten Stimmungslage führt typischerweise zu einem „kaleidoskopischen“ Krankheitsbild, das auch von kurzen, symptomfreien Phasen der Klarheit durchsetzt sein kann. Psychotische Symptome sind in der Regel eine Begleiterscheinung der Krankheit und treten schätzungsweise in mehr als 70 % der Fälle auf. (vgl. Perry; et al., 2021)

Dieses Review unterstreicht auch die Notwendigkeit eines rechtzeitigen Erkennens, da es zu schwerwiegenden Folgen für Mutter und Kind kommen kann. Gerade die ausgeprägte affektive Beteiligung, gepaart mit psychotischen Symptomen, kann zu einem erheblichen Druck auf der Handlungsebene der Mutter und zu schwerwiegenden Fehlhandlungen führen.

In dem gerade erwähnten Review wird dargelegt, dass in diesen Fällen, sich die wahnhaften Vorstellungen häufig auf das Kind beziehen. Dies kann im besten Fall zu einer Zunahme des Schutzverhaltens der Mutter, oder in einigen Fällen zu einem Risiko der Vernachlässigung oder Misshandlung führen. Es gibt zwar Hinweise darauf, dass Mordgedanken bei einer postpartalen Psychose wahrscheinlicher sind als bei nicht-psychotischen Episoden einer postpartalen Stimmungsstörung, Kindstötungen sind aber trotzdem selten und treten in 1 bis 4,5 % aller Fälle von

Frauen auf, die an einer postpartalen Psychose leiden. Frauen die an einer postpartalen Psychose leiden, berichten häufig von Selbstverletzungsgedanken, was sie einem erhöhten Suizidrisiko aussetzt. Im Vereinigten Königreich ist Suizid nach wie vor eine der Hauptursachen für den Tod von Müttern im ersten Jahr nach der Geburt, was die Bedeutung einer wirksamen Prävention und Behandlung dieser Episoden noch unterstreicht. (vgl. ebd.)

Eine 1987 publizierte epidemiologische Studie von R. Kendell, die an einer schottischen Bevölkerungsstichprobe durchgeführt wurde, und 54 087 Geburten einschloss, war das Risiko einer psychiatrischen Einweisung wegen einer psychotischen oder affektiven Erkrankung im ersten Monat nach der Entbindung 22-mal höher als vor der Schwangerschaft. Dieses Risiko war bei Frauen, die erstgebärend waren (d. h. ihr erstes Kind zur Welt gebracht hatten), noch weiter erhöht, deren Wahrscheinlichkeit einer Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus war 35-mal höher. (vgl. Kendell; et al., 2018)

Dieser Umstand könnte nach Dorsch und Rohde darauf zurückzuführen sein, dass die Zeit nach der Geburt erhebliche körperliche, und insbesondere beim ersten Kind, auch psychische Anpassungsleistungen der Mutter erfordert. Unter anderem können sich die Anpassungsschwierigkeiten dieses relevanten Lebensereignisses, aus dem Übergang von der Dyade zur Triade ergeben. (vgl. Dorsch & Rhode, 2016) Interessant ist der Umstand, dass nicht unbedingt vorbestehende psychotische Erkrankungen zu einer postpartalen Krankenhauseinweisung führen. So führt Perry aus, dass Frauen mit Schizophrenie oder anderen psychiatrischen Störungen nur ein geringfügig erhöhtes Risiko einer Einweisung wegen psychischer Erkrankungen hatten als Mütter, bei denen keine vorbekannte psychiatrische Störung gegeben war. Im Gegensatz dazu war das Risiko einer psychiatrischen Einweisung bei Frauen, die an einer bekannten bipolaren Störung litten, nach der Geburt 37-mal höher als bei jenen, die kein Kind bekommen haben. Perry führt weiter aus, dass psychiatrische Einweisungen innerhalb der ersten 6 Wochen nach der Geburt am häufigsten wegen eines schweren bipolaren Rezidivs erfolgten (14,4 %), während andere psychiatrische Störungen einen deutlich geringeren Anteil an den Einweisungen ausmachten (zwischen 1,4 und 7,2 %). (vgl. Perry; et al., 2021)

In einer rezenten Metanalyse bezifferten R. Wesseloo et al, das postpartale Rückfallrisiko bei bekannten bipolaren Störungen mit 37 % und bei Frauen mit einer postpartalen Psychose mit 31 %. (vgl.Wesseloo; et al., 2015)

Wesseloo schließt aus den erhobenen Daten, dass bei Frauen mit bipolarer Störung die Fortsetzung der prophylaktischen Medikation während der Schwangerschaft von entscheidender Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Stimmungsstabilität nach der Entbindung zu sein scheint, während bei Frauen mit einer isolierten postpartalen Psychose in der Vorgeschichte, die Einleitung einer prophylaktischen Medikation unmittelbar nach der Entbindung hochwirksam erscheint. (vgl. ebd.)

### **Peripartale psychische Erkrankungen des Vaters**

Psychische Erkrankungen des Vaters sind häufige Störungen in der Peripartalzeit und betreffen jeden 10ten Vater. (vgl.Reinsperger, 2022) Wie auch bei der Mutter, können unterschiedliche psychische Störungen auftreten, mit schwerwiegenden Folgen für den Betroffenen und seine Familie.

### **Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung)**

Borderline-Persönlichkeitsstörungen werden im ICD-10 unter F60.3 diagnostiziert. Es wird zwischen dem Impulsiven-Typ F60.30 und dem Borderline-Typ (F60.31) unterschieden. (vgl.World Health Organisation, 1992) Die, für diese Masterarbeit herangezogene englischsprachige Literatur, fasst beide Typen unter dem Begriff Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammen. Diese Störungen können erheblichen Einfluss auf die Schwangerschaft und die postnatale Periode nehmen. So findet man in der weiter unter ausführlich analysierten COPE-Guideline den Hinweis, dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörung erheblichen Einfluss auf die Erziehung hat und häufig gemeinsam mit Depressionen, Angstzuständen und Substanzkonsum auftritt. (vgl.Austin; et al., 2017) Es wird in der Leitlinie weiter erwähnt, dass es schwierig sein kann, die Borderline-Persönlichkeitsstörung von einer bipolaren Typ2 Störung oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu unterscheiden, da es in Bezug auf affektive Instabilität und Impulsivität erhebliche Überschneidungen gibt. (vgl. ebd.)

Frauen, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden, haben oft in ihrer Kindheit sexuellen, körperlichen oder emotionalen Missbrauch oder Vernachlässigung erfahren. (vgl. ebd.)

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist mit einer hohen Rate an Morbidität und Mortalität verbunden, mit Lebenszeitraten von etwa 70 % für Selbstverletzungen, 80 % für Selbstmordversuche und 10 % für Selbstmorde. (vgl. ebd.)

Ein zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die emotionale Dysregulation, die bei der Kindererziehung und Betreuung für Betroffene ausgesprochen herausfordernd sein kann.

Neben emotionaler Dysregulation ist das Verhalten gekennzeichnet durch ein Bemühen, die Angst vor dem Verlassen werden zu bewältigen, sie befinden sich häufig in intensiven und instabilen Beziehungen, Handlungen können impulsiv erfolgen, es kann zu Selbstverletzungen und/oder suizidales Verhalten kommen, ihre Wut kann unangemessen und intensiv sein, was zu Schwierigkeiten führt, diese zu kontrollieren. Vorübergehende, stressbedingte paranoide Gedanken oder schwere dissoziative Symptome können auftreten.

Kinder von Frauen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, sind einem erheblichen Risiko ausgesetzt, da unbeabsichtigt psychische Probleme von der Mutter auf das Kind übertragen werden können.

Der Begriff „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ sollte mit Vorsicht verwendet werden, da er oft negativ konnotiert ist, insbesondere unter Gesundheitsfachkräften, und erhebliche Stigmatisierung verursachen kann. Dennoch ist es wichtig, Frauen mit dieser Störung zu identifizieren, da sie selbst, ihre Familien und das betreuende Gesundheitspersonal zusätzliche Ressourcen und Unterstützung während der Perinatalperiode und darüber hinaus benötigen. (vgl. ebd.)

### **Traumatische Störungen die in Zusammenhang mit Geburt stehen**

Diese Störungen sind derart spezifisch, dass eine allgemeine Definition zur Erklärung der Erkrankung wohl nicht reicht.

In der COPE-Guideline ist zu diesem Thema zu lesen, dass das Konzept des physischen Geburtstraumas (oder der Geburtsverletzungen) allgemein anerkannt ist, das psychologische Geburtstrauma bisher allerdings weniger untersucht ist. (vgl. Austin; et al., 2017)

Wenn man sich mit posttraumatischen Symptomen im Zusammenhang mit einer Geburt beschäftigt, so muss man sich mit der Graduierung der Erkrankung auseinandersetzen. In der COPE-Guideline wird das Traumaerleben als Kontinuum beschrieben, dass von akutem Stress bis hin zu posttraumatischen Belastungssymptomen oder posttraumatischer Belastungsstörung reicht. (vgl.ebd.) In der weiter unten ausführlich analysierten NICE-Guideline wird erwähnt, dass Geburten auch dann als traumatisch erlebt werden können, wenn sie als geburtshilflich unproblematisch empfunden werden. (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

### **Faktoren, die dazu beitragen, dass die Geburt als traumatisch erlebt wird**

Zu den Faktoren, die dazu beitragen, dass die Geburt als traumatisch erlebt wird, findet man in der COPE-Guideline folgende Punkte:

frühere Traumaerfahrungen, einschließlich Missbrauch in der Kindheit, häusliche Gewalt, Vergewaltigung und Migrantentrauma

ungeplanter Eingriff (einschließlich Notkaiserschnitt oder instrumentelle Geburt)

Geburt eines kranken (z. B. Frühgeborenen) oder tot Geborenen - Wegnahme des Kindes

soziale und kulturelle Erwartungen an eine Geburt

Angst vor der Geburt oder einer Schwangerschaft, die eine verstärkte Überwachung erfordert

- eine Vorgeschichte von Vaginismus
- Körperliche Verletzungen und anschließende schlechte postpartale Schmerzbehandlung
- der starke Wunsch, sich an einen Geburtsplan zu halten
- Mangel an sozialer Unterstützung
- wenig Bewältigungsstrategien
- Gefühle der Ohnmacht
- extreme Schmerzen
- Wahrnehmung des Personals als feindselig oder gefühllos
- Kontrollverlust
- Mangel an Information (vgl.Austin; et al., 2017)

**Mögliche Symptome, die nach einer als traumatisierend erlebten Geburt auftreten können:**

- Benommenheit, Aufregung, überaktives und/oder zurückgezogenes Auftreten, reduzierter Bewusstseinszustand, Hypervigilanz
- Angstsymptome als Folge einer Aktivierung des autonomen Nervensystems mit erhöhter Herzfrequenz, Herzklopfen, Schwitzen, zitternden Beinen, „Schmetterlinge im Bauch“ und trockener Mund
- Amnesien, blockierte Erinnerungen
- Desorientiertheit
- Depressive Stimmungslage
- Flashbacks, Depersonalisierung
- Alpträume
- emotionale Taubheit
- sich aufdrängende Erinnerungen
- Angstzustände
- Bindungsschwierigkeiten
- Angst vor sexueller Intimität
- Vermeidung einer normalen vaginalen Geburt oder einer zukünftigen Schwangerschaft
- erhöhte psychische Erregung
- Vermeidungsverhalten dem Säugling gegenüber. (vgl. Austin; et al., 2017)

### **3 Die Steirische Versorgung psychischer Erkrankung in der Peripartalzeit**

#### **3.1 Geburtenrate und hochgerechnete Zahl psychischer Erkrankungen**

Den Angaben der Statistik Austria ist zu entnehmen, dass es in der Steiermark 2023 10 339 Geburt gegeben hat, was einen Rückgang im Vergleich zum Jahr 2022 von 3,3% entspricht. (vgl.Statistik Austria, 2021)

In Österreich werden 98,1% der Kinder im Krankenhaus geboren. (vgl. Statistik Austria, Österreichische Zahlenspiegel, Juli 2023) (xx39).

Wieviel Mütter und Väter in der peripartalen Zeit erkrankt sind, lässt sich aus statistischen Daten nicht erheben. Wenn man aber von den internationalen Prävalenzraten von 20% psychisch erkrankter Mütter und 10% erkrankter Väter ausgeht, kommt man auf eine Zahl von 2 068 erkrankten Müttern und 1 034 erkrankten Vätern.

Wie bereits in den Ausführungen zu den Erkrankungen im theoretischen Teil erwähnt, sind geburtshilfliche Komplikationen ein Risikofaktor für die Entwicklung postpartaler psychischer Störungen, aber auch für das Auftreten pränataler psychischer Erkrankungen im Rahmen einer nachfolgenden weiteren Schwangerschaft. Aus diesem Grund ist eine Betrachtung des Geburtsverlaufes für die Erstellung von Prognosen und das Screening auf mögliche Risikofaktoren wichtig.

Der aktuellste Geburtenregister Steiermark Jahresbericht stammt aus dem Jahr 2021. In diesem Jahr erblickten 10 770 Kinder das Licht der Welt.

Die Anzahl der Spontangeburt lag bei 54,9 % der Lebendgeburten (Spontangeburt andere Bundesländer: 61,3%). 11,6% der Vaginalgeburten erfolgten mit Vakuum/ Saugglocke (Prozentsatz entspricht dem Prozentsatz der übrigen Bundesländer). Die Anzahl der Kaiserschnitte stieg zum Vergleichsjahr 2020 um 4,4% und lag bei 37,8%. Von den durchgeführten 4 063 Sektionen erfolgten 50,5% als Primäre, 46,6% als sekundäre und 2,8% als akute Sektionen. Bei 20,1% der Vaginalgeburten wurde ein Dammschnitt durchgeführt, was deutlich höher ist, als in den anderen Bundesländern (11,6%). 2021 starben bis zum siebenten Tag nach der Geburt 62 Kinder, was einer Promillerrate von 5,8 Promille entspricht. (vgl.Statistik Austria, 2021)

### 3.2 Empfehlungen zur Versorgung perinataler Erkrankungen

Sucht man mit den key words „Schwangerschaft“ und „psychische Erkrankung“ und „Steiermark“ so findet man im Internet, auf der Seite des Gesundheitsfonds Steiermark einen Folder unter dem Titel: „Empfehlungen für die psychosoziale Betreuung von Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt.“ (Gesundheitsfond Steiermark, 2024)

Das Erscheinungsjahr dieses Folders lässt sich nicht eruieren. Auf der Titelseite finden sich Logos der KAGES, Land Steiermark, Gesundheitsplattform Steiermark und Plattform Psyche Steiermark. Im Teil „Erstellung und Redaktion“ findet man unterschiedlichen Personen unterschiedlicher Professionen, unter anderem von Psychiaterinnen und eine Sozialarbeiterin der Landesnervenklinik Sigmund Freud (heute LKH Graz 2, Standort Süd), weitere Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Assistenzärztin für Frauenheilkunde, einen Arzt vom Institut für Zellbiologie, Histologie und Embryologie, Institut für Humangenetik, eine Vertreterin des Frauengesundheitszentrum Graz, eine Psychologin und Psychotherapeutin, eine Psychotherapeutin, einen Diplompsychologen der Psychosozialen Beratungsstelle Frohnleiten, eine Hebamme, eine Vertreterin aus dem Beratungszentrum für Schwangere der Caritas.

An wen sich die Empfehlung richtet, ist nicht festgehalten, auch gibt es keine Angaben zu einer zugrundeliegenden Literatur. Der Titel erscheint zu kurz gegriffen, da über psychosoziale Betreuung hinausgehende Empfehlungen in diesem Folder zu finden sind.

Unter der Überschrift „Einleitung“ wird beschrieben, dass während der Schwangerschaft und nach der Geburt ein erhöhtes Risiko besteht, psychisch zu erkranken. Als Risikofaktoren, in der Schwangerschaft oder im Wochenbett psychische Krisen zu erleiden, werden fehlende partnerschaftliche Unterstützung, sozioökonomische Belastungen, vorherige psychische Erkrankungen oder frühere traumatische Geburtserlebnisse benannt.

Es wird ergänzt, dass Kinder, deren Mütter in dieser sensiblen Zeit psychisch erkranken, unter anderem ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsstörungen,

Verhaltensauffälligkeiten, emotionale und kognitive Einschränkungen oder für spätere psychische Erkrankungen haben.

In der Einleitung wird betont, dass es von entscheidender Bedeutung ist, Risikofaktoren frühzeitig und zuverlässig zu erkennen, um eine umfassende und angemessene Betreuung sowie Behandlung der betroffenen Frauen sicherzustellen. Abschließend wird hervorgehoben, dass die Etablierung von Qualitätsstandards in der Betreuung gefährdeter Frauen durch die interdisziplinäre Vernetzung der beteiligten Fachgruppen, den damit verbundenen Austausch und die Kooperation, sowie durch interdisziplinäre Fortbildungen und Fallkonferenzen gefördert werden kann.

Im Abschnitt „Erstkontakt“ wird die Bedeutung eines Gespräches in einem geschützten Rahmen als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche weiterführende soziale Betreuung hervorgehoben. Bei gefährdeten Frauen sollte frühzeitig eine Hebamme hinzugezogen werden. Es wird empfohlen, Risikofaktoren für peri- und postpartale psychische Krisen bereits im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchung zu erfassen, spätestens jedoch bei der Anmeldung zur Geburt. Diese Risikofaktoren werden in drei Hauptkategorien unterteilt: „Psychische Erkrankungen“ der werdenden Mutter selbst oder in der Familienanamnese, „Belastende Erfahrungen während der Schwangerschaft und danach“, sowie „Schwierige Lebensumstände und traumatische Erlebnisse“.

Falls psychiatrische Risikofaktoren bestehen, bereits eine psychiatrische Diagnose vorliegt oder Psychopharmaka eingenommen werden, sollte eine Psychiaterin, ein psychiatrischer Konsiliardienst oder eine spezialisierte Einrichtung für peripartale Psychiatrie hinzugezogen werden.

Etwas weiter im Text unter derselben Überschrift wird empfohlen, bei negativen Schwangerschaftserfahrungen, depressiven Episoden oder psychischen Auffälligkeiten eine Überweisung an eine Psychiaterin, klinische Psychologin oder Psychotherapeutin in Betracht zu ziehen. Dabei wird nicht darauf eingegangen, bei welchen Problemen welche Profession zuständig ist.

Bei Drogeneinnahme in Schwangerschaft oder Stillzeit, oder bei Ängsten im Zusammenhang mit Medikamenteneinnahme, sollte ein Teratologie-Informationsservice eingebunden werden. (vgl. Frauengesundheitszentrum Graz, 2024)

Der Idealfall wäre ein Bezugsteam bestehend aus einer Gynäkologin, einer Psychiaterin und einer Hebamme als Begleitpersonen durch die Schwangerschaft: Eine dieser Person sollte die Vernetzung und psychische Betreuung während der Geburt übernehmen.

Als Screeninginstrument für Risikofaktoren einer Depression wird die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) empfohlen.

Die psychiatrische Anamnese sowie die Stellung einer (vermutlich psychiatrischen) Diagnose sollte ausschließlich durch eine Psychiaterin erfolgen.

Auf Seite fünf des Folders findet sich unter der Überschrift „Differentialdiagnosen“ einige Symptome zu Baby Blues, postpartale Depression und postpartale Psychose und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen. Bei Symptomen einer postpartalen Depression wird eine Erstabklärung mittels EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) empfohlen. Je nach Befund sollte eine Psychiaterin, Psychologin oder Psychotherapeutin zur weiterführenden Diagnostik und Einleitung der Therapie hinzugezogen werden. Geburtshilfliches Personal sollte in der Früherkennung einer Psychose geschult sein und bei Warnsignalen, wie Schlaflosigkeit oder übermäßiger Erregung, unverzüglich eine Psychiaterin oder Psychotherapeutin konsultieren. Die weitere Vorgehensweise sollte im Team klar mit der Patientin abgestimmt werden.

Auf Seite sechs wird die Bedeutung der medizinischen Anamnese, gemäß den Standards im Mutter-Kind-Pass, und der sozialen Anamnese betont. Bei erkennbarem Bedarf sollte eine Diplomsozialarbeiterin hinzugezogen werden. Bei Frauen mit Migrationshintergrund und mangelnden Deutschkenntnissen wird der Einsatz einer Dolmetscherin empfohlen. Idealerweise sollte bereits beim Erstkontakt mit einer Frau eine Hebamme einbezogen werden.

Auf Seite sieben wird schwangeren Frauen empfohlen, mit ihrem Partner oder einer selbst gewählten Vertrauensperson an einem Geburtsvorbereitungskurs teil zu nehmen. Es wird betont, dass während der Geburt ein respektvoller Umgang und die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Frauen von großer Bedeutung sind. Wo möglich, sollte ausreichend Zeit für das Bonding zur Verfügung stehen, Hebammen sollten aktiv eingebunden werden, und das Stillen sollte gefördert werden. Die dabei freigesetzten Hormone wirken stimmungsaufhellend und entspannend und stärken die Kompetenz der Frau. Sollte jedoch ein Abstillen erforderlich sein – etwa bei

unangenehmen Erfahrungen der Mutter während des Stillens oder der Einnahme bestimmter Medikamente – wird ergänzt, dass liebevoll verabreichte Fläschchennahrung dem Baby keinesfalls schadet.

Auf Seite acht finden sich unter der Überschrift „Weiterführende Information“ Kontaktadressen. (vgl. Frauengesundheitszentrum Graz, 2024)

### **3.3 Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsanbieter rund um das Thema psychische Gesundheit in der Peripartalzeit**

#### **3.3.1 Psychosoziale Beratungsstellen, psychotherapeutische Angebote, Selbsthilfegruppen Notrufeinrichtungen und Krisenplätze**

In der Steiermark gibt es keine offizielle Beratungsstelle, die sich speziell mit peripartaler psychischer Gesundheit und Vorsorge befasst. Die genannten Einrichtungen bieten allgemeine Beratung zu psychischen Störungen an. Dennoch werden diese Vereine und Gruppen häufig mit Anfragen zu peripartalen psychiatrischen Themen konfrontiert und fungieren oft als erste Anlaufstelle und Informationsquelle für spezifischere Hilfe.

**Beratungsstellen des Hilfswerks** in Radkersburg, im psychosozialen Zentrum Feldbach, in der Psychosozialen Beratungsstelle Marecks, Psychosoziale Beratungsstelle Fürstenfeld mit Drogenberatung, im Psychosozialen Zentrum Graz-Umgebung-Süd mit Drogenberatung und einer Außenstelle in Lieboch.

**Beratungsstellen des GFSG** (Gesellschaft für seelische Gesundheit) betreibt in Graz die Psychosoziale Beratungsstelle Hasnerplatz, die Psychosoziale Beratungsstelle Plüddemangasse und die Psychosoziale Beratungsstelle Granatengasse, in Hartberg von Träger GFSG die Psychosoziale Beratungsstelle Hartberg, Psychosoziale Beratungsstelle in Leibnitz

**Männerberatungsstellen** gibt es in Graz, Feldbach, Bruck an der Mur und in Judenburg (vgl. Gesundheitsfond Steiermark, 2024)

**SMZ** (Sozialmedizinische Zentrum) Liebenau

**RDK** (Rettet das Kind) Psychosoziale Beratungsstelle Frohnleiten, Psychosoziale Beratungsstelle Weiz, Psychosoziale Beratungsstelle Deutschlandsberg, Psychosoziale Beratungsstelle im Gesundheitszentrum Mariazell, Psychosoziale Beratungsstelle Leoben mit einer Außenstelle in Eisenerz, Psychosoziale Beratung Bruck/Kapfenberg, Psychosoziale Beratungsstelle Mürzzuschlag, Psychosoziale Beratung und Gesundheitszentrum Mariazell

**PSZ** (psychosoziale Zentrum) Psychosoziale Beratungsstelle Voitsberg

**PSN** (Psychosoziales Netzwerk) Psychosoziale Beratungsstelle Judenburg mit Außenstelle Knittelfeld, Psychosoziale Beratungsstelle Murau, Psychosoziale Beratungsstelle Liezen, Psychosoziale Beratungsstelle Gröbming mit Außenstelle Bad Aussee. (vgl. Gesundheitsfond Steiermark, 2024)

**Suchtberatungsstellen** unterschiedlicher Träger über die Bezirke der Steiermark verteilt. (vgl. Gesundheitsfond Steiermark, 2024)

**Notruffeinrichtungen und Krisenplätze** für Frauen, Kinder und Männer: Rat auf Draht, Kriseninterventionsteam Steiermark für psychosoziale Akutbetreuung, Telefonseelsorge, Frauenhaus Graz und Kapfenberg, Frauen Notruf, Männerberatung Steiermark, Rat und Hilfe bei Suizidgefahr, Sorgentelefon für Kinder und Erwachsene (vgl. Gesundheitsfond Steiermark, 2024)

**Psychotherapie und Psychologie:** Netzwerk Psychotherapie, VAPP (Verein für Ambulante psychologische Psychotherapie) und STLP (Steirischer Landesverband für Psychotherapie), sowie niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychologinnen, Institut für Familienförderung in Deutschlandsberg, Leoben und Gleisdorf (vgl. Gesundheitsfond Steiermark, 2024)

**Interkulturelle Beratungsstellen:** Caritas Marienambulanz in Graz, OMEGA (Transkulturelles Zentrum für psychische und physische Gesundheit und

Integration), ZEBRA (Interkulturelles Beratungs- und Therapiezentrum) (vgl. Gesundheitsfond Steiermark, 2024)

**Angehörigengruppen, Selbsthilfegruppen:** Verein Achterbahn in Graz, Hartberg, Liezen, Weiz, Mürzzuschlag, Deutschlandsberg, Kapfenberg, Murau, Leoben; Die Schwalbe Wohn- und Beschäftigungsinitiative für Frauen in Lebenskrisen in Graz, HPE- Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter in Graz und weitere Initiativen zur Stärkung der seelischen Gesundheit (vgl. Gesundheitsfond Steiermark, 2024)

Natürlich sind diese Zentren auch mit Fragen der Psychischen Gesundheit in Schwangerschaft und Postnatalzeit konfrontiert und fungieren als Ort der Informationsweitergabe für spezifische Hilfeleistungen. Eine Schwerpunktsetzung zum Thema peripartale psychische Erkrankungen ist in den genannten Einrichtungen nicht zu finden.

In diesen Einrichtungen besteht eine Awareness für psychische Erkrankungen, sodass es durchaus zur Erstellung einer Diagnose von psychischen Störungen aus dem peripartalen Spektrum kommen kann, und auch therapeutische Interventionen, bei entsprechender Besetzung mit Psychiaterinnen, Psychologinnen, Psychotherapeutinnen sowie Sozialarbeiterinnen, stattfinden können. Auch wird in den oben genannten Einrichtungen präventiv gearbeitet, unter anderem durch Empfehlungen zur Empfängnisverhütung, oder auch durch ein entsprechendes Management der Medikation. Ein strukturiertes Programm zur Primärprävention, Früherkennung, Diagnosestellung, Überweisungspfade und Behandlung gibt es nicht.

### **3.3.2 Einrichtungen an die sich Betroffene psychischer Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit wenden können**

**Elternberatung des Landes Steiermark:** Sind der Abteilung 11 für Soziales, Arbeit und Integration zugeordnet. An 53 regionalen Elternberatungsstellen in den Bezirken, auch als EBZ (Elternberatungszentrum) bezeichnet, werden Eltern in unterschiedlichen Fragen bezüglich Elternwerden und Elternsein beraten und es werden Geburtsvorbereitungskurse angeboten. (vgl. Elternberatung des Landes Steiermark, 2024)

**Frauengesundheitszentrum Graz:** Das Frauengesundheitszentrum bietet Information, Beratung und Psychotherapie, sowie Bewegungsangebote, Kurse und Fortbildungen an. (vgl. Frauengesundheitszentrum Graz, 2024)

**Eltern-Kind-Zentrum Graz** mit seinen Angeboten zur psychischen und physischen Vorbereitung auf die Geburt und die ersten Jahre, zur Förderung einer Eltern-Kind-Beziehung zum frühestmöglichen Zeitpunkt, zur Förderung „sanfter“ Geburtsmethoden, zu Eltern-Kleinkindgruppen, zur Informations- und Kontaktweitergabe. (vgl. EKIZ Graz, 2024)

### **3.3.3 Beratungszentrum für Schwangere: Fachstelle für Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach**

**Frühe Hilfen Steiermark:** „Frühe Hilfen werden in ganz Österreich als gemeinsame Strategie von Bund, Ländern und Sozialversicherung umgesetzt. Das Programm zielt auf gesundheitliche Chancengerechtigkeit ab. Vor allem Familien in belastenden Situationen – wie Armut, soziale Isolation, psychische Probleme – werden von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken rasch und niederschwellig begleitet. Das Kernelement des Angebots liegt dabei in der Familienbegleitung, dem Netzwerkmanagement und dem multiprofessionellen Unterstützungssystem. Die Eltern-Kind-Bindung und die bereichsübergreifende Zusammenarbeit sollen im Sinne der Familien gestärkt werden.“ (Caritas, 2024)

## **Krisenwohnungen für Familien mit Kindern**

Familienhaus St. Christoph der Caritas in Graz

Wohnplattform Steiermark

## **Psychologinnen, Psychotherapeutinnen**

Unter dem Begriff „postpartale Depression“ findet man in der Steiermark Psychologinnen und Psychotherapeutinnen, die Hilfe anbieten. Andere Begriffe wie „Schwangerschaftsdepression“ oder „Psychosen und Schwangerschaft“ bringen keine Übereinstimmung.

## **Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie**

sind ausgebildet, psychische Störungen in Schwangerschaft und postpartale Zeit zu behandeln.

## **Frauenärztinnen**

Können als Vertrauensärztinnen und bei Awareness für psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und in der postnatalen Periode, für Betroffene wichtige Weichenstellerinnen für die weitere psychische Versorgung sein.

## **Hebammen**

Können als Vertrauenspersonen und bei Awareness für psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und in der postnatalen Periode, für Betroffene wichtige Weichenstellerinnen für die weitere psychische Versorgung sein.

## **Kinderärztinnen**

Können als Vertrauensärztinnen und bei Awareness für psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und in der postnatalen Periode, für Betroffene wichtige Weichenstellerinnen für die weitere psychische Versorgung sein.

## **Diplom Gesundheits- und Krankenpflegerinnen**

Können als Vertrauenspersonen und bei Awareness für psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und in der postnatalen Periode, für Betroffene wichtige Weichenstellerinnen für die weitere psychische Versorgung sein.

## **Sozialarbeiterinnen**

Können als Vertrauenspersonen und bei Awareness für psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und in der postnatalen Periode, für Betroffene wichtige Weichenstellerinnen für die weitere psychische Versorgung sein.

## **Eltern-Kind-Pass**

Im Eltern-Kind-Pass ist zwischen der achtzehnten und zweiundzwanzigsten Schwangerschaftswoche eine (nicht verpflichtende) Hebammenberatung vorgesehen. Bei dieser Beratung werden folgende Themen behandelt:

- Information über Schwangerschaftsverlauf, Geburt, Wochenbett und Stillen,
- Beratung über gesundheitsförderndes und präventives Verhalten,
- Eingehen auf psychosoziales Umfeld, Erwartungen und Fragen,
- Gegebenenfalls Information und weitere Unterstützungsmöglichkeiten.  
(vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2024)

### **3.3.4 Ambulante Versorgung psychisch Kranker Menschen in Schwangerschaft und Stillzeit**

Im Primariat 2 des LKH Graz 2 Standort Süd behandelt eine Spezialambulanz für peripartale Psychiatrie an vier Tagen die Woche von 9 Uhr bis 14 Uhr Menschen, die von einer peripartalen psychischen Erkrankung betroffen sind. Es werden auch telemedizinische Leistungen angeboten. Nach Diagnosestellung, wird mit den Betroffenen ein Behandlungsplan erarbeitet, und eine abgestufte Therapie angeboten. Zur Behandlung stehen zwei Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Psychologin und eine Pflegeperson zur Verfügung. Vernetzungsarbeit wird in erster Linie von den Ärztinnen geleistet, eine eigene Sozialarbeiterin gibt es nicht. Keine der, die Ambulanz betreuenden Professionist:innen, ist für die diese Arbeit freigestellt. Neben der ambulanten Tätigkeit versorgen sie eine Station mit 16 Betten, wobei 2 davon als Mutter/ Vater/ Kind Zimmer betrieben werden. In der Ambulanz werden auch stationäre

Patientinnen nachbetreut. Da die Ambulanz erst im Februar 2024 eröffnet wurde, kann noch keine Bilanz bezüglich der versorgten Personen gezogen werden. Die Zuweisung erfolgt ungeordnet und ohne dahinterliegende Überweisungsrouten.

### **3.3.5 Konsiliarpsychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen in Schwangerschaft und Stillzeit**

Die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Graz bietet konsiliarische Betreuung für psychisch erkrankte Gebärende und Wöchnerinnen der Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Graz.

Die Konsiliarpsychiatrische Versorgung der Geburtsabteilung der steirischen Krankenhausverbände übernimmt das LKH-Graz 2 Standort Süd oder niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie.

.

Das Personal setzt sich zusammen aus Fach- und Assistenzärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie.

### **3.3.6 Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in Schwangerschaft und Stillzeit**

Am LKH-Graz 2 Standort Süd gibt es eine aus zwei Betten bestehende Spezialeinheit für postnatale psychische Erkrankungen. Diese Einheit ist dem Primariat 2 zugeordnet und kann Mütter, Väter und Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr aufnehmen.

Dabei wird das gesamte Spektrum postnataler psychischer Störungen abgedeckt mit Ausnahme manifester Suchterkrankungen. Erkrankte mit akuten psychotischen oder manischen Zustandsbildern werden bis zur Erreichung eines gewissen psychischen Stabilitätsgrades ohne Kinder aufgenommen. Sobald es der Realitätsbezug der Patientin erlaubt, werden Mutter und Kind zusammengeführt. Ist der Partner, die Partnerin in solchen Fällen bereit im Krankenhaus zu bleiben, können alle drei im selben Zimmer stationär aufgenommen werden.

Das Personal setzt sich zusammen aus Fach- und Assistenzärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, aus Psychologinnen und Psychotherapeutinnen,

psychiatrischen Krankenpflegerinnen und einer Säuglingsschwester, Sozialarbeiterinnen, Ergotherapeutinnen, Musiktherapeutinnen, Physiotherapeutinnen, Sporttherapeutinnen, Tanztherapeutinnen, sowie Seelsorgerinnen.

Nach Erstellung der Diagnose, erfolgt gemeinsam mit der Mutter, die Therapieplanung. Besonderes therapeutisches Augenmerk wird auf die Mutter-Kind Interaktion gelegt. Bei Schwierigkeiten in der Interaktion, wird die Mutter von dafür ausgebildetem Personal angeleitet und unterstützt. Der Wunsch der Mutter ihr Baby zu stillen wird, wenn immer möglich, unterstützt. Alle angeführten Professionist:innen bringen sich in die Therapie ein. Die Abstimmung innerhalb des multiprofessionellen Teams erfolgt in der morgendlichen Übergabe und in einer einmal pro Woche stattfindenden Fallbesprechung. Alle Team Mitglieder besuchen spezifische Schulungen, wobei es keine gemeinsamen Schulungen des gesamten Personals zum Thema peripartale Psychiatrie gibt. Die Zuweisung erfolgt entweder über die Spezialambulanz für peripartale Psychiatrie oder von niedergelassenen Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie, niedergelassenen Fachärztinnen für Frauenheilkunde, Hausärztinnen, Fachärztinnen für Neurologie, Psychologinnen und Psychotherapeutinnen, Hebammen und von Krankenanstalten. Festgesetzte Überweisungsrouten gibt es nicht.

## **4 Internationale Versorgungsstandards**

### **4.1 Zur Analyse herangezogene Dokumente**

In dieser Arbeit wurden von mir zwei evidenzbasierte Guidelines und zwar eine aus UK/NICE (xx46) und eine aus Australien/Center of perinatal Excellence (COPE) ausgewählt. (xx47)

Diese beiden Leitlinien umfassen das gesamte Spektrum der Versorgung peripartaler Erkrankungen, und ihre Empfehlungen sind international gültiger Standard. Andere, in der Vorbereitung zu dieser Arbeit gesichtete Dokumente, richten ihre Empfehlungen auf eine Region, oder haben ein niedrigeres Evidenzniveau. Diese Dokumente wurden für die Analyse nicht herangezogen.

#### **United Kingdom**

- Antenatal and postnatal mental health (xx46) NICE Guideline

#### **Australien**

- Mental Health Care in the Perinatal Periode: Australien Clinic Practice guideline (xx47) COPE-Guideline

### **4.2 NICE Guideline und COPE-Guideline**

In dieser Arbeit wurden NICE- und COPE-Guidelines als „Goldstandard“ für die Analyse herangezogen, da sie auf höchstem Evidenzniveau basieren und international anerkannt sind. Trotz der Unterschiede in den Gesundheitssystemen lassen sich ihre Empfehlungen gut nachvollziehen. Beide Guidelines stimmen in den zentralen Aspekten der Versorgung psychisch erkrankter Frauen während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes überein. Es wird empfohlen, die Partner der Mütter einzubeziehen und bei Bedarf auch andere Familienmitglieder in die Betreuung zu integrieren, wenngleich explizite Empfehlungen dazu fehlen. (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Meine Analyse fokussiert sich dabei auf die Gemeinsamkeiten beider Guidelines in der Versorgung psychischer Erkrankungen in der Peripartalzeit.

Besonderes Interesse galt dem „Wie“: Wie eine effiziente Versorgung gewährleistet werden kann, wie die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachkräfte gestaltet sein sollte, wie Schnittstellen gemanagt werden können, wie die Ausrichtung der Versorgung gestaltet werden sollte, wie eine kontinuierliche Versorgung über die gesamte Zeitperiode sichergestellt werden kann und nicht zuletzt, wie ein optimales Versorgungsteam zusammengesetzt sein sollte. Diese Arbeit fokussiert sich auf die Organisation spezifischer Versorgungsstrukturen und die einzelnen Schritte der Versorgung, von Prävention über Screening und Früherkennung, bis hin zu Überweisungspfaden, Behandlung und Nachsorge.

Beide Guidelines betonen, dass zur Versorgung unterschiedliche Disziplinen in einem multiprofessionellen Team zusammenarbeiten, und dass ihre Empfehlungen alle Professionist:innen betreffen. In der NICE-Guideline wird ergänzt, dass diese Empfehlungen auch von Betroffenen und ihren Angehörigen gelesen werden können. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020) Es wird darauf hingewiesen, dass die jeweiligen Akteurinnen, nach ihrer beruflichen Befähigung jene Empfehlungen heranziehen sollen, welche ihren Aufgaben entsprechen. (vgl. ebd.)

So kann man unter der Überschrift „Intended Audience“ in der Cope-Guideline Folgendes lesen: „The way in which different professionals use this Guideline will vary depending on their knowledge, skills and role, as well as the setting in which care is provided. It is anticipated that Part B on screening and assessment will be of greatest relevance to health professionals in the primary care setting), while Part C on prevention and treatment will provide guidance to health professionals involved in both primary and specialist mental health care“. (Austin; et al., 2017)

Der Anspruch beider Guidelines ist es, Informationen für alle an der Versorgung beteiligten Professionist:innen bereitzustellen, sodass keine weiteren Guidelines erforderlich sind. So kann verhindert werden, dass unterschiedliche Berufsgruppen unterschiedlichen Empfehlungen folgen und damit Parallelitäten in der Versorgung und, im schlimmsten Fall, Widersprüchlichkeiten entstehen. Es wird hervorgehoben, dass alle beteiligten Personen in der Versorgung über die Einzigartigkeit der peripartalen Phase und die damit verbundenen Herausforderungen informiert sein

sollten. Die NICE-Guideline beschreibt diese Besonderheit folgendermaßen: „All healthcare professionals providing assessment and interventions for mental health problems in pregnancy and the postnatal period should understand the variations in their presentation and course at these times, how these variations affect treatment, and the context in which they are assessed and treated“ (National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

COPE beschreibt die Mitglieder des multiprofessionellen Versorgungsteams wie folgt: „The Guideline is intended for all health professionals caring for women and families during the perinatal period (the period covering pregnancy and the first year following birth). This includes but is not limited to midwives, general practitioners (GPs), obstetricians, neonatologists, paediatricians, maternal and child health nurses, paediatric nurses, Aboriginal and/or Torres Strait Islander health workers, allied health professionals, lactation consultants; mental health practitioners (psychologists, psychiatrists, mental health nurses, perinatal and infant mental health professionals); and consumers and carers and those working with families in the community (e.g. social workers, child protection agencies), hospital and legal systems“. (Austin; et al., 2017)

Bis auf „health professionals für die indigene Bevölkerung“, gibt es keine wesentlichen Unterschiede in Bezug auf die beteiligten Professionist:innen und Institutionen.

Die NICE-Guideline empfiehlt die Erstellung eines integrierten Versorgungsplans für betroffene Frauen, der die gesamte Perinatalzeit umfasst. In diesem Plan sollten die Versorgung und Behandlung festgelegt werden, die Aufgaben der beteiligten Gesundheitskräfte definiert sein und klargestellt werden, wer die Verantwortung trägt für die:

- „Koordination des integrierten Versorgungsplans“
- „Erstellung eines Zeitplans für die einzelnen gesundheitlichen Maßnahmen“
- „Durchführung der notwendigen Gesundheitsmaßnahmen“
- „Abstimmung derselben mit der Mutter“ (National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

In den NICE-Guidelines wird unter der Überschrift „Assessment and care planning in pregnancy and the postnatal period“ darauf hingewiesen, dass der in schriftlicher Form vorliegende Versorgungsplan, abgestimmt mit der Mutter und, falls sie

einverstanden ist, auch mit ihrem Partner, ihrer Partnerin, Familienangehörigen und Betreuungspersonen, folgende Punkte beinhalten sollte:

- klare Aussagen über die gemeinsam vereinbarten Behandlungsziele und wie der Behandlungserfolg routinemäßig überwacht werden,
- klare Angaben zur Überweisung an spezialisierte perinatale psychische Gesundheitsdienste,
- die Namen und Kontaktdaten der wichtigsten Fachkräfte. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Der Behandlungsplan sollte in Kopie der betroffenen Frau und allen beteiligten Fachkräften ausgehändigt werden. (vgl. ebd.)

In Übereinstimmung mit den NICE-Guidelines ist in den COPE-Guidelines die Aufgaben der Koordinatorinnen wie folgt definiert:

- Sicherstellung, dass jede, die an der Betreuung der psychisch kranken Frau beteiligt ist, sich ihrer Verantwortung auch bewusst ist.
- Sicherstellung, der Zusammenarbeit und des Teilens der Informationen unter den beteiligten Berufsgruppen und mit der Patientin.
- Sicherstellung, der Berücksichtigung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens der Mutter im Behandlungsplan.
- Sicherstellung, dass die geplanten Interventionen zum richtigen Zeitpunkt erfolgen. (vgl. Austin; et al., 2017)

#### **4.3 Übereinstimmende Versorgungsschwerpunkte und empfohlene präventive Maßnahmen**

Beide Guidelines geben detaillierte Empfehlungen zu allen Teilbereichen der Prävention.

Primärprävention: „Vorbeugung des erstmaligen Auftretens von Krankheiten durch Maßnahmen zur Vermeidung von Teilursachen (Risikofaktoren) vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung, z.B. durch Impfung oder Maßnahmen der Hygiene“. (Röhrle; Pschyrembel Redaktion, 2016)

Primärprävention muss im Kontext der Versorgung von Erkrankungen in der Perinatalzeit jedoch weitergefasst werden. Es geht in diesem speziellen Zusammenhang auch um das Verhindern eines Wiederauftretens einer psychischen Erkrankung in der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt oder auch darum, die Auswirkungen durch Vorfeldmaßnahmen so gering wie möglich zu halten. (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Sekundärprävention: „Früherkennung von symptomlosen Krankheitsfrüh- oder Vorstadien, z.B. durch Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsuntersuchungen oder Screening“. (Röhrle; Pschyrembel Redaktion, 2016)

Tertiärprävention: „Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten und Behinderungen durch wirksame Therapie einer symptomatischen Krankheit“. (Röhrle; Pschyrembel Redaktion, 2016)

In beiden Guidelines werden präventive Maßnahmen beschrieben. Unter der Überschrift: „Consideration for women of childbearing potential“ (National Institute for Health and Care Excellence, 2020) wird empfohlen, informative Gespräche mit allen Frauen im gebärfähigen Alter zu führen, die neue, bestehende oder frühere psychische Probleme haben oder hatten.

Dabei sollten folgende Themen angesprochen werden:

- die Verwendung von Verhütungsmitteln und Pläne für eine neuerliche Schwangerschaft,
- wie sich Schwangerschaft und Geburt auf die psychische Gesundheit auswirken können, einschließlich des Risikos eines Rückfalls
- wie sich ein psychisches Gesundheitsproblem und deren Behandlung auf die Frau, den Fötus und das Kind auswirken können,
- wie sich ein psychisches Gesundheitsproblem und seine Behandlung auf die Elternschaft auswirken können. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Die COPE-Guideline geht sogar noch einen Schritt weiter und empfiehlt im Teil C, in welchem es um Prävention und Behandlung geht, alle Frauen (also nicht nur Frauen die bereits ein psychisches Problem hatten oder haben) über mögliche psychische Probleme in Schwangerschaft und Postnatalzeit und Therapiemöglichkeiten zu informieren. Wenn die zu informierende Frau damit einverstanden ist, sollte auch ihr Lebenspartner, ihre Lebenspartnerin, dem Informationsgespräch beiwohnen. Ein solches Informationsgespräch sollte folgende Themen beinhalten:

- den potenziellen Nutzen von psychologischen Interventionen und pharmakologischer Behandlung,
- die möglichen Folgen einer Nichtbehandlung,
- die mit der Behandlung verbundenen möglichen Nebenwirkungen,
- was passieren könnte, wenn die Behandlung geändert oder abgebrochen wird, insbesondere wenn eine pharmakologische Behandlung abrupt beendet werden (vgl.Austin; et al., 2017)

Beide Guidelines empfehlen Frauen, die schwanger werden könnten und eine neu aufgetretene, eine bestehende oder eine vergangene Episode einer psychischen Störung haben oder hatten, über folgende Punkte aufzuklären:

- den Gebrauch effektiver Kontrazeptiver,
- welche Auswirkungen eine Schwangerschaft oder Geburt auf die Psyche haben können,
- über die Möglichkeit eines Krankheitsrückfalles während der Schwangerschaft und insbesondere in den ersten Monaten nach Entbindung,
- wie sich eine psychische Erkrankung auf die Frau, den Fötus und den Säugling auswirken könnte,
- wie sich eine möglicherweise notwendige Behandlung auf die Frau, den Fötus und den Säugling auswirken könnte,
- wie sich eine psychische Erkrankung oder auch deren Behandlung auf die Erziehung der Kinder auswirken könnte. (vgl.Austin; et al., 2017), (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Beide Guidelines haben weitgehend übereinstimmende präventive Empfehlungen für die Versorgung von Frauen, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden. Zunächst wird in diesen Empfehlungen darauf verwiesen, dass sich alle an der Versorgung beteiligten Personen der Komplexität der Erkrankung und der Herausforderungen, mit denen sich erkrankte Menschen im Alltag konfrontiert sehen, bewusst sein sollten. Wenn verfügbar, sollten spezialisierte perinatale psychiatrische Dienste in die Behandlung einbezogen werden. Es wird betont, dass die Versorgung durch ein multidisziplinäres Team gewährleistet werden sollte, das einen individuellen Versorgungsplan erstellt und kontinuierliche Betreuung sicherstellt. Wann immer es möglich ist, sollte der Säugling in die Versorgung miteinbezogen werden, damit es zu keiner Trennung von Mutter und Kind kommt. Beteiligte Professionist:innen sollten an Schulungen teilnehmen, um ihr Wissen und das Verständnis für die Erkrankungen und deren Auswirkungen zu verbessern. (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Eine besondere Herausforderung im Sinne der Prävention stellt die mögliche Traumatisierung der gebärenden Frau dar. In den COPE-Guideline werden einige Aspekte angeführt, die das Risiko, die Geburt als traumatisierend zu erleben, verringern:

- Kontinuität der Betreuung, die das Risiko einer geburtshilflichen Intervention verringert,
- traumainformierte Begleitung als integraler Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Mutterschaftsbetreuung,
- Screening auf wichtige Vulnerabilitätsfaktoren während der Schwangerschaft und entsprechende Anpassung der Pflege, um das Risiko des Auftretens von posttraumatischem Stress/PTSD zu minimieren,
- Einbeziehung eines nicht gebärenden Partners oder anderer Bezugsperson in die Schwangerenvorsorge und in die Planung der Geburt (wenn die Mutter das wünscht),

- geeignete Überweisungswege, die sicherstellen, dass Eltern mit psychosozialen Risikofaktoren (wie sexuellem Missbrauch in der Kindheit, häuslicher Gewalt, starke Ängstlichkeit, Perfektionismus oder erhöhtes Kontrollbedürfnis), mit einer traumatischen Geburt in der Geschichte, Depressionen, Angstzustände oder andere psychische Erkrankungen, eine entsprechende Behandlung erhalten,
- Fachkräfte des Gesundheitswesens sollten, soweit möglich, über früheren sexuellen Missbrauch oder komplexe Traumata Bescheid wissen, da diese mit einer schwerwiegenderen Reaktion auf eine traumatische Geburt verbunden sein können. (vgl. Austin; et al., 2017)

Folgende Aspekte verringern präventiv das Risiko eine Geburt als traumatisch zu erleben:

- Maximierung der Kontrolle der Frau während der Wehen,
- Bereitstellung von Informationen über alle vorgeschlagenen Verfahren, Einbeziehung der Frau in die Entscheidungsfindung und Einholung der Zustimmung vor der Durchführung,
- Abbruch eines Eingriffs auf Wunsch der Frau,
- Schmerzkontrolle auf Wunsch der Frau,
- eine positive Geburtserfahrung im Anschluss an eine traumatische Geburtserfahrung kann eine positive therapeutische Wirkung haben. (vgl. ebd.)

## **5 Screening und Früherkennung psychischer Erkrankungen, im Kontext der peripartalen Psychiatrie**

Screening: „Testverfahren zur Eingrenzung bestimmter Risikofaktoren oder zur Identifizierung von Krankheiten, die bei einer definierten Population eingesetzt werden. Ein Screening identifiziert Personen, die von weiteren Untersuchungen profitieren oder bei denen eine Krankheit oder deren Komplikationen verringert werden können, beispielsweise durch Erfassung eines klinisch symptomlosen Krankheitsstadiums“. (Pschyrembel Redaktion; Screening, 2016)

Früherkennung: „Form der Gesundheitsuntersuchung (Selbstuntersuchung oder Fremduntersuchung), mithilfe derer Krankheiten und Risikofaktoren für Gesundheitsprobleme und Krankheiten möglichst frühzeitig festgestellt und so einer Behandlung bzw. Prävention zugänglich gemacht werden sollen“. (Pschyrembel Redaktion Früherkennung, 2022)

Beide Richtlinien empfehlen, zu verschiedenen Zeitpunkten gezielt nach der psychischen Verfassung zu fragen, um psychische Probleme frühzeitig zu erkennen. (vgl.Austin; et al., 2017), (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Die Erstbeurteilung des psychischen Zustandsbildes sollte, wenn möglich, bereits vor dem Eintreten einer Schwangerschaft erfolgen, die zweite Beurteilung um die dreißigste Schwangerschaftswoche. Die nächste Beurteilung sollte etwa sechs Wochen nach der Geburt erfolgen, gefolgt von einer weiteren Untersuchung in den ersten sechs bis acht postnatalen Monaten. Es wird betont, dass der Zeitpunkt der weiteren Untersuchungen vom Ergebnis der vorherigen Beurteilungen abhängt. (vgl.Austin; et al., 2017)

In beiden Guidelines wird auf unterschiedliche psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Postnatalzeit eingegangen und es werden spezifische Screeningmethoden empfohlen. (vgl.Austin; et al., 2017), (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

## **5.1 Screening und Früherkennung depressiver Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit**

Für depressive Erkrankungen werden unterschiedliche Screeningmethoden, wie Whooley questions, Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS), „Patient Health Questionnaire“ (PHQ9) sowie „sensibles Fragen“ ohne Verwendung eines bestimmten Fragebogens, empfohlen. (vgl.Austin; et al., 2017). (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

### **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS):**

EPDS wird in beiden Guidelines zum Screening depressiver Erkrankungen empfohlen und zwar sowohl in der Schwangerschaft, als auch in der Zeit nach der Geburt. (vgl.Austin; et al., 2017), (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

In diesem Fragebogen werden 10 Fragen gestellt, mit jeweils vier Antwortmöglichkeiten. Jede mögliche Antwort ist mit einer Punktezahl von 0 bis 3 belegt. Nach Ermittlung der Gesamtpunktzahl kann die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Depression beurteilt werden (bei einem Punktwert bis 9, geringe Wahrscheinlichkeit; 10-12, mäßige Wahrscheinlichkeit; ab 13, hohe Wahrscheinlichkeit). (vgl. ebd.)

In systematischen Übersichtsarbeiten, die in regelmäßigen Abständen die Leistung von Screeningmethoden für peripartale Erkrankungen bewertet -basierend auf Sensitivität, Spezifität sowie der positiven und negativen Likelihood Ratio (LR) - wird die Leistung des EDPS als akzeptabel und sehr zuverlässig eingestuft. Ein Cut-off-Score von 13 oder mehr ist mit der höchsten Sensitivität, Spezifität und der höchsten positiven LR und der niedrigsten negativen LR für das Vorliegen einer Major-Depression verbunden. (vgl.Austin; et al., 2017)

### **Whooley-questions:**

Die Whooley-questions zur Depression bestehen aus nur zwei Fragen und dienen als einfaches Screening-Instrument, um festzustellen, ob eine depressive Episode vorliegen könnte. Wenn beide Fragen – eine zur Stimmung und eine zur erlebten Freude – mit „Ja“ beantwortet werden, ist eine weitere Abklärung durch geschultes Personal erforderlich. Laut den genannten systematischen Übersichtsarbeiten wird

die Performance der Whooley-questions jedoch als sehr gering bis gering eingestuft. (vgl.Austin; et al., 2017)

### **Patient Health Questionnaire (PHQ9):**

Dieser Fragebogen enthält neun Fragen zum Thema Depression. Er bezieht sich auf einen Zeitraum von zwei Wochen und bietet vier Antwortmöglichkeiten, die nach der Häufigkeit der erlebten Symptome bewertet werden: nie, an einzelnen Tagen, an mehreren Tagen, oder an fast jedem Tag. Jede Antwort wird mit einem Punktwert von 0 bis 3 versehen.

Sobald eine Frage mit einem Punktwert über Null belegt wurde, wird abgefragt, wie die Symptomatik den Alltag in Bezug auf Arbeit oder die Interaktion mit anderen Menschen beeinträchtigt hat. Der Schweregrad einer Depression wird anhand des Scores wie folgt unterschieden: minimal (0-4), leicht (5-9), mittelschwer (10-14), moderat (15-19) und schwer (20-27). In den erwähnten systematischen Übersichtsarbeiten wird die Leistung des PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) jedoch als gering eingeschätzt. (vgl.Austin; et al., 2017)

### **Empfohlen Fragen um eine Depression zu erkennen:**

In beiden Guidelines werden nahezu identische Empfehlungen zu Fragen gegeben, die zur Früherkennung einer Depression verwendet werden können. Die Fragen sollten bereits beim Erstkontakt gestellt werden und danach in der frühen postpartalen Phase:

- Haben Sie sich im letzten Monat oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?
- Hatten Sie im letzten Monat oft das Gefühl, dass Sie wenig Interesse oder Freude an bestimmten Dingen hatten? (vgl.National Institute for Health and

Care Excellence, 2020)

## **5.2 Screening und Früherkennung von Angsterkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit**

In der NICE wird empfohlen GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder Scale-2) für die Erfassung von Angststörungen anzuwenden.

Beide Fragen beziehen sich auf die letzten zwei Wochen. Die Antworten sollen angeben, wie oft man sich während dieses Zeitraums entsprechend gefühlt hat.

Da Angsterkrankungen oft mit Depressionen einhergehen, wird empfohlen, das GAD-2-Screening parallel zur Depressionsbeurteilung durchzuführen. (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

## **5.3 . Screening auf Alkohol- und Drogenmissbrauch**

Als Screeninginstrument wird in den NICE-Guidelines der Alcohol Use Disorder Identification Test kurz AUDIT (den es auch in deutscher Sprache gibt) empfohlen. (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Dieser Test besteht aus zehn Fragen mit fünf Antwortmöglichkeiten je Frage, die mit 0-4 Punkte bewertet werden. Fünf Punkte (bei Männern acht Punkte) oder mehr sind ein Hinweis auf einen gefährlichen oder schädlichen Alkoholkonsum (vgl.MSD Manual, 1998-2022)

Bei Verdacht auf Alkoholmissbrauch wird ebenso, wie bei Verdacht auf Drogenmissbrauch, auf die entsprechenden NICE-Guidelines zu Alkoholmissbrauch und Drogenmissbrauch verwiesen. (vgl.National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

## **5.4 Screening und Früherkennung schwerer psychische Erkrankungen**

Das Screening auf schwere psychische Erkrankungen ist in beiden Guidelines zu finden. In der NICE-Guideline umfassen schwere psychische Störungen

- schwere und einschränkte Depressionen,
- Psychosen,
- Schizophrenien,
- bipolare Störungen,
- postpartale Psychosen.“ (vgl. ebd.)

Themen, die gemäß den NICE-Richtlinien beim ersten Kontakt mit einer schwangeren Frau oder einer Frau nach der Geburt angesprochen werden sollten:

- frühere oder aktuelle psychischen Erkrankungen,
- frühere oder gegenwärtige Behandlung durch einen spezialisierten psychiatrischen Dienst,
- Notwendigkeit einer stationären psychiatrischen Behandlung in der Vergangenheit,
- schweren perinatale psychische Erkrankung bei einem Verwandten ersten Grades.

Sollte sich aus dem Screening ein Verdacht auf eine schwere psychische Erkrankung ergeben, sollte eine Überweisung an eine spezialisierte Einrichtung erfolgen. Es muss auch sichergestellt sein, dass der Hausarzt von der Überweisung in Kenntnis gesetzt wird. Wenn bei einer Frau nach der Geburt Symptome auftreten, die auf eine postpartale Psychose hinweisen, sollte eine Überweisung an eine psychiatrische Einrichtung, wenn möglich an eine spezialisierte peripartale Versorgungseinheit, erfolgen. Die definitive Beurteilung sollte spätestens 4 Stunden nach der Überweisung erfolgen (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

## **5.5 Screening auf die Entwicklung einer postpartalen Psychose**

Wenn eine Frau in der Vergangenheit an einer schweren psychischen Erkrankung litt, oder aktuell an einer schweren psychischen Erkrankung leidet, oder wenn es in der Familie eine schwere perinatale psychische Erkrankung bei einem Verwandten ersten Grades gab, sollten sie auf mögliche Symptome einer postpartalen Psychose in den ersten 2 Wochen nach der Entbindung achten. (vgl. ebd.)

## **5.6 Screening auf PTBS als Folge einer Geburt**

Hierzu werden in der COPE-Guideline einerseits der unten genauer beschriebene Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) empfohlen (von dem es noch keine validierte Version in deutscher Sprache gibt) und die City Birth Trauma Scale (BiTS), die es auch in einer deutschen Version gibt. (vgl. Austin; et al., 2017)

## **5.7 Psychosoziale Screeningmaßnahmen**

Psychosoziale Screeningmaßnahmen werden zusätzlich zum Screening auf Depression und Angststörung empfohlen. Psychosoziales Screening erlaubt einen Einblick in die Umstände, die einen Einfluss auf die psychische Stabilität der Frau nehmen können. Das psychosoziale Assessment kann mit oder auch ohne strukturierte psychosoziale Bewertungsbögen erfolgen. Strukturierte Fragebögen werden empfohlen, wenn man entweder rasch einen umfassenden Blick über die psychosoziale Lage der Betroffenen erhalten will, oder die fragenden Professionist:innen nicht über ausreichend Erfahrung verfügen. Das psychosoziale Assessment sollte jedenfalls in einer unterstützenden, Sicherheit gebenden und nicht beurteilenden Atmosphäre erfolgen.

Die COPE-Leitlinie empfiehlt, dass das Screening überall dort durchgeführt wird, wo Frauen vor- und nachgeburtliche Betreuung erhalten. Dies umfasst Allgemeinarztpraxen, Hebammenpraxen, Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen für Mutter und Kind, sowie geburtshilfliche Praxen. (vgl. ebd.)

In der COPE-Guideline wird zur psychosozialen Risikobewertung das Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ) empfohlen. Dieser Fragebogen besteht aus 13 Fragen, die entweder kategorial mit ja oder nein zu beantworten sind, oder dimensional von 1 bis 5 (von trifft nicht zu bis, trifft sehr oft zu) zu bewerten sind. Dieser Fragebogen ermittelt neben dem kumulativen Risiko auch spezifische Risikofaktoren wie Traumata (z. B. Missbrauch in der Kindheit), psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte, die Beziehung zum Partner, aktuelle belastende Lebensereignisse, die soziale Unterstützung, Ängste, Neigung zum Perfektionismus oder die Qualität der Beziehung zur eigenen Mutter in der Kindheit. Mit diesem Fragebogen kann ein erhöhtes Risiko für Depressionserkrankungen und Angststörungen detektiert werden. Der Cut-off-Wert liegt bei 23 Punkten. Bei der Bewertung des Tests muss berücksichtigt werden, dass bestimmte Risiken, wie Missbrauch oder

vorbestehende psychische Erkrankungen, ein höheres Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung während der Peripartalzeit darstellen können, als andere psychosoziale Risikofaktoren. (vgl. Austin; et al., 2017)

Die Kombination unterschiedlicher Items lässt Rückschlüsse über ein mögliches traumatisches Erleben der Mutter zu. (vgl. Christl; et al., 2017)

Eine deutsche Version zu diesem Fragebogen liegt noch nicht vor.

Die NICE-Guidelines schlagen zur Beurteilung und in weiterer Folge auch zur Diagnose eines vermuteten psychischen Problems in der Schwangerschaft und in der Postnatalzeit, eine Reihe von Fragen zu folgenden Themen vor:

- Vorgeschichte psychischer Gesundheitsprobleme, dabei sollten auch psychische Problem im Rahmen bisheriger Schwangerschaften und in der Zeit nach der Geburt erfragt werden,
- körperliches Wohlbefinden, einschließlich Gewicht, Rauchen, Ernährung und Aktivitätsniveau, sowie eine Vorgeschichte jeglicher körperlicher Gesundheitsprobleme
- Alkohol- und Drogenmissbrauch,
- die Einstellung der Frau zur Schwangerschaft, einschließlich einer eventuellen Leugnung der Schwangerschaft,
- bisheriger Schwangerschaftsverlauf und damit verbundenen Erfahrungen sowie etwaige fötale Probleme oder Schwierigkeiten mit dem Baby,
- frühere oder aktuelle Behandlung aufgrund eines psychischen Problems und das Ansprechen auf Therapie,
- soziale Netzwerke und Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen,
- Lebensbedingungen und soziale Isolation,
- psychische Probleme bei anderen Familienmitgliedern (Verwandte ersten Grades),
- häusliche Gewalt und Missbrauch, sexueller Missbrauch, Trauma oder Misshandlung in der Kindheit,
- Wohn-, Beschäftigungs- und Einwanderungsstatus, sowie die aktuelle wirtschaftliche Situation,
- Betreuungsverantwortung für anderer Kinder, Jugendliche oder Erwachsene. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Die NICE-Guidelines betonen, dass bei der Beurteilung und Behandlung psychischer Störungen während der Peripartalzeit die möglichen Lernbehinderungen und kognitiven Beeinträchtigungen der Mutter berücksichtigt werden sollten. Bei Bedarf sollte eine Spezialistin in die Erstellung des Vorsorgeplans einbezogen werden.

Die Risikobewertung sollte in Absprache mit der betroffenen Frau und, wenn sie zustimmt, mit dem Partner, der Partnerin, Familienmitgliedern oder betreuenden Personen erfolgen.

Wenn ein Verdacht auf Kindesmisshandlung besteht, sollte man gemäß den örtlichen Schutzprotokollen vorgehen.

Es wird empfohlen, auf mögliche Selbstverletzungs- und Suizidgefahr zu achten.

Bei Verdacht auf selbstschädigendes Verhalten sollte beurteilt werden, ob die betroffene Frau über angemessene soziale Unterstützung verfügt und ob sie weiß, wo sie Hilfe findet. Die vermittelte Hilfe sollte abgestimmt werden auf das Risiko. Es sollte danach getrachtet werden, alle relevanten medizinischen Fachkräfte zu informieren. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

## **5.8 Screening des nicht gebärenden Partners**

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, leidet etwa jeder zehnte Vater in der Peripartalzeit an einer psychischen Erkrankung. COPE empfiehlt den Partner in das Screeningprogramm aufzunehmen. Ein spezielles Instrument wird dabei nicht empfohlen, da es für kein Screeninginstrument ausreichende Evidenz gibt. Die Auswahl der Screeninginstrumente richtet sich nach der Verfügbarkeit und den Kompetenzen der Gesundheitsfachkräfte, aber auch nach dem Setting. Die Literatur zum Screening der psychischen Gesundheit von Vätern betont die Notwendigkeit, männerspezifische Symptome in die Beurteilung des psychischen Zustands einzubeziehen. Männer geben zum Beispiel eher an, dass sie müde sind und schnell gereizt reagieren. Sie neigen dazu, sich sozial zurückzuziehen und vermeiden es, sich mit ihrer psychischen Verfassung auseinanderzusetzen. Stattdessen zeigen sie ausweichendes Verhalten wie übermäßiges Sport treiben, übermäßige Arbeit, exzessive Nutzung von Internet und Fernsehen, Glücksspiel sowie Alkoholkonsum. Rücksichtsloses Verhalten, Feindseligkeit und Wut gehören

zu den typischen männlichen Symptomen, die bei der Beurteilung des psychischen Zustandsbildes berücksichtigt werden sollten. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass die Akzeptanz für spezifischer Screeninmaßnahmen bei Müttern und Vätern gleich hoch ist.

Es wird empfohlen, mit Screening-Maßnahmen bereits frühzeitig während der Schwangerschaft zu beginnen und diese auch zwischen dem dritten und sechsten Monat nach der Geburt des Kindes fortzusetzen. Bei Veränderungen des psychischen Zustandes, sollte jederzeit eine erneute Untersuchung angeboten werden. (vgl.Austin; et al., 2017)

## **5.9 Screening auf Mutter-Kind Interaktionsstörung**

In beiden Guidelines wird darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen der Mutter die Interaktion zwischen Mutter und Kind stören können. Es besteht die Gefahr eine Bindungsstörung.

Im Pschyrembel ist über Bindungsstörungen folgendes nachzulesen: „Verhaltensauffälligkeit eines Kindes gegenüber seinen Bezugspersonen innerhalb der ersten fünf Lebensjahre. Die reaktive Bindungsstörung ist die frühe Antwort auf die ausbleibende Bedürfnisbefriedigung durch die Betreuer. Die Bindungsstörung mit Enthemmung ist das Resultat stärkerer Verwahrlosung. Im weiteren Sinn ist auch die Störung der Beziehungsfähigkeit gemeint“. (Pschyrembel online)

Es finden sich in der COPE-Guideline Fragelisten zur Beurteilung der Mutter-Kind-Beziehung. Eine Frageliste beschäftigt sich mit den psychosozialen Risikofaktoren, einer andere mit der Mutter-Kind-Beziehung. Die Beantwortung der Fragen erfolgt durch Beobachtung oder durch Berichte. (vgl.Austin; et al., 2017)

Psychosoziale Fragen beziehen sich auf:

- ungelöste Probleme in der Herkunftsfamilie,
- emotionaler/körperlicher/sexueller Missbrauch in der Vergangenheit, Gewalt in der Familie, Vernachlässigung in der Kindheit,
- fehlgelaufenen Schwangerschaft oder übermäßige Schwangerschaftssorgen,
- ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft,

- diagnostizierte fötale Anomalien,
- Probleme mit der Fruchtbarkeit und einer etwaigen künstlichen Befruchtung
- Geburtstrauma,
- die Fähigkeit der Mutter das Baby am Tag der Geburt zu berühren,
- die Personen die in die Pflege des Säuglings involviert sind,
- die Möglichkeit der Mutter sich emotionale, soziale, oder praktische Unterstützung zu holen,
- die Zeit, die die Mutter mit dem Kind verbringt.

Empfohlene Fragethemen zur Mutter-Kind-Beziehung:

- ist die Mutter fürsorglich gegenüber ihrem Baby,
- kann die Mutter den Tagesablauf des Babys beschreiben,
- ist die Mutter in der Lage, über die Bedürfnisse des Babys nachzudenken,
- zeigt die Mutter Mitgefühl für das Baby,
- spricht, spielt und beschäftigt sich die Mutter auf eine adäquate Weise mit ihrem Kind,
- hat die Mutter Freude an ihrem Baby,
- war sie jemals wütend auf das Baby, fühlt sie sich mit dem Baby unwohl oder unglücklich,
- macht sich die Mutter übermäßig viel Sorgen um das Baby,
- reagierte die Mutter angemessen auf die Signale des Babys,
- kann die Mutter mit Stressreaktionen des Babys umgehen,
- sind die Reaktionen der Mutter konsistent,
- beschützt sie das Baby,
- wie spricht sie über das Baby,
- zeigt sie Fotos von ihrem Baby,
- hat sie ein Zimmer für das Baby eingerichtet,
- kauft sie Kleider für das Baby. (vgl.Austin; et al., 2017)

In den COPE-Guidelines wird die Beobachtung des Babys empfohlen um Mutter-Kind-Bindungsstörungen zu erkenne.

### **Man sollte darauf achten:**

- ob das Baby die Entwicklungsschritte erreicht,
- ob es dem Alter entsprechend wächst,
- ob es Schwierigkeiten hat beim Füttern, mit dem Schlafen, ob es an Reflux leidet oder an Magenbeschwerden,
- ob der Säugling andere gesundheitliche Probleme hat wie Ekzeme, Allergien, angeborenen Anomalien. (vgl. ebd.)

### **Das Verhalten des Babys sollte danach beurteilt werden:**

- ob es den Blickkontakt vermeidet,
- ob seine Affekte flach sind,
- ob es wenig weint,
- ob es eingeschränkt Laute äußert,
- ob es emotional nur eingeschränkt zu erreichen ist,
- ob es altersabhängig zu unbekümmert mit ihm fremden Personen interagiert,
- ob es beim Füttern oder Schlafen unruhig ist,
- ob es schwierig zu trösten ist,
- ob es gereizt ist, oder ständig weint,
- ob es altersabhängig schwierig ist, sich von den Eltern zu trennen. (vgl. ebd.)

### **Mütterliche Faktoren die die Bindung zum Kind beeinflussen können:**

- Persönlichkeitsstörung der Mutter,
- Stimmungsstörungen in der Schwangerschaft oder nach der Geburt,
- Psychosen,
- Selbstmordgedanken oder Suizidversuch,
- Negativsymptome wie Motivationsmangel, Anhedonie, abgestumpfter Affekt, Spracharmut, Armut an Gedanken,
- Nebenwirkungen von Medikamenten wie z.B. Sedierung,
- Substanzmissbrauch wie Alkohol und Drogen,
- Gefährliches Verhalten. (vgl. ebd.)

Es werden in den COPE-Guidelines auch Schutzfaktoren in der Mutter-Kind-Interaktion beschrieben, die in das Screening einbezogen werden sollte:

- Die Mutter ist sensibel für die Äußerungen des Babys. Sie ist in der Lage, das Wohlbefinden des Babys angemessen zu überwachen
- Die Mutter geht auf das Baby ein. Sie ist in der Lage, auch bei Routinemaßnahmen flexibel zu bleiben
- Die Mutter hat eine enge Beziehung zu mindestens einem anderen Erwachsenen.
- Die Mutter macht sich Gedanken darüber, was im Kopf des Babys vor sich gehen könnte. (vgl.Austin; et al., 2017)

Die NICE-Guidelines bleiben zu diesem Thema allgemeiner. Sie verwiesen lediglich auf dem Umstand, dass manche Frauen mit psychischen Problemen Schwierigkeiten mit der Mutter-Kind-Beziehung haben und dass die Art der Beziehung, die verbale Interaktion, die emotionale Sensibilität und die Körperpflege bei allen Kontakten mit der Mutter beurteilt werden soll. Bei Notwendigkeit sollte man Interventionen, zur Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung erwägen. (National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

### **5.10 Screening auf Suizidgefahr der Mutter**

In der COPE-Guideline wird unter der Überschrift: „Safety of the woman and infant“ (Austin; et al., 2017) darauf hingewiesen, dass die Gefahr eines mütterlichen Suizides in das Screeningprogramm eingeschlossen werden soll.

Die Beurteilung des Suizidrisikos erfordert ein fundiertes klinisches Urteilsvermögen, das sensibel auf den aktuellen Lebenskontext der Frau eingeht. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Baby sowohl ein Schutz- als auch ein Risikofaktor für die Suizidalität darstellen kann. Zudem ist wichtig zu evaluieren, ob die psychische Verfassung der Mutter impulsives Verhalten begünstigt. (vgl.Austin; et al., 2017)

Es wird empfohlen zur Abschätzung des Suizidrisikos auf folgende Punkte zu achten und sich folgende Fragen zu stellen:

- Ausmaß der Selbstmordgedanken und -absichten, deren Häufigkeit und deren Dauer,
- besteht bereits ein Suizidplan und wenn ja, wie detailliert ist dieser und wäre er konkret durchführbar,
- über welche Suizidmethode hat die Frau nachgedacht und wie tödlich ist diese,
- verfügt die Frau über die Mittel die geplante Methode durchzuführen,
- bestehen weitere Risiko- und Schutzfaktoren,
- wie ist der psychische Zustand der Mutter, leidet sie an Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, an einer Psychose, an Erregungszuständen, an einem Schamgefühl, an Wut, an Schuldgefühlen, ist sie impulsiv,
- gab es suizidales Verhalten in der Vergangenheit,
- lässt sich aus der Familienanamnese eine Suizidgefährdung ableiten,
- besteht ein Substanzkonsum, ein aktueller Missbrauch von Alkohol oder anderen Drogen,
- gibt es protektive Faktoren wie persönliche Stärken, ausreichend Unterstützung.

Es ist wichtig, bei Suizidgedanken zu überprüfen, ob die Mutter in der Lage ist, für das Kind zu sorgen, und ob sie auch Gedanken hegt, dem Säugling Schaden zuzufügen. (vgl. Austin; et al., 2017)

Das Suizidrisiko wird unterteilt in:

niedriges Suizidrisiko:

- flüchtige Gedanken an Selbstbeschädigung, aber kein aktueller Plan oder keine zur Verfügung stehenden Mittel

mittleres Suizidrisiko:

- Suizidgedanken und Suizidabsichten, ohne aktuellen Suizidplan oder keine unmittelbar zur Verfügung stehenden Mittel

### hohes Risiko:

- Anhaltende konkrete Selbstmordgedanken und Absichten mit bestehendem Suizidplan und zur Verfügung stehende Mittel

Es ist ratsam, je nach Einschätzung des Suizidrisikos einen individuellen Sicherheitsplan zu erstellen und bei besonders hohem Risiko einen Notfallplan vorzubereiten. Hierbei ist es wichtig, das unmittelbare Risiko zu managen, eine gründliche Untersuchung der psychischen Gesundheit anzustreben, Unterstützung und Behandlung zu koordinieren und die Sicherheit von Mutter und Kind zu gewährleisten. (vgl. Austin; et al., 2017)

### **5.11 Screening auf ein mögliches Risiko des Säuglings**

Die COPE-Guideline empfiehlt, das Risiko für das Kind zu bewerten, insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen der Mutter oder Schwierigkeiten in der Interaktion zwischen Mutter und Kind. Es ist entscheidend, dass die Bewertung sensitiv durchgeführt wird, um eine Stigmatisierung der Mutter zu vermeiden, insbesondere dann, wenn sie negative Gedanken gegenüber ihrem Kind hegt. Es besteht in diesen Fällen die Gefahr, dass die therapeutische Beziehung darunter leidet. Es werden einige Fragen vorgeschlagen, die eine gewisse Einschätzung des Risikos für das Baby erlauben:

- Haben Sie sich durch die Schwangerschaft oder durch Ihr Baby irritiert gefühlt?
- Haben Sie die Schwangerschaft oder die Geburt des Babys sehr bedauert?
- Fühlt sich das Baby manchmal so an, als gehöre es nicht zu Ihnen?
- Wollten Sie Ihrem ungeborenen Kind etwas antun oder es schütteln oder schlagen?
- Haben Sie Ihrem Baby jemals etwas angetan?

Das weitere Vorgehen ist von den Antworten auf diese Fragen abhängig. Es wird betont, dass es ideal ist, wenn die Mutter mit dem Kind zusammenbleiben kann. Wenn jedoch eine Gefahr für das Kind besteht, sollten andere Personen wie der Partner in die Betreuung des Kindes einbezogen werden. Je nach Ausmaß der

Gefahr ist die Kinderschutzbehörde zu informieren. Es wird empfohlen, die nationalen Richtlinien für das weitere Vorgehen zu beachten. (vgl. Austin; et al., 2017)

## 6 Empfehlungen zur weiteren Behandlung

### 6.1 Empfehlungen zur Überweisung

Beide Leitlinien empfehlen, nach Beurteilung und Identifizierung von psychischen Problemen, eine Überweisung an die entsprechende Behandlungseinheit zu veranlassen. Die Überweisungspfade sind klar definiert und sollen im Behandlungsplan festgehalten und dokumentiert werden.

Beide Leitlinien legen besonderen Wert darauf, dass die Mutter die Notwendigkeit und den Zweck einer Überweisung versteht. Beide Leitlinien betonen übereinstimmend, dass betroffene Frauen ausreichend Informationen erhalten sollten über:

- möglichen Benefit einer psychologischen oder pharmakologischen Behandlung,
- mögliche Folgen einer Nichtbehandlung,
- mögliche Schäden die mit einer Behandlung einhergehen könnten,
- Risiken, im Falle einer Änderung oder eines Abbruches einer Behandlung, insbesondere wenn pharmakologische Behandlungen abrupt beendet werden (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Die COPE-Guideline erklärt, dass die Mehrheit der Frauen nach einer Ersteinschätzung keine zusätzlichen Maßnahmen zur Überwachung oder weiteren Abklärung ihres psychischen Gesundheitszustands benötigt. Es ist jedoch evident, dass Frauen, die weitere Maßnahmen vom Gesundheitssystem benötigen würden, diese anfangs ablehnen. Für diese Frauen sollte in der Einrichtung, in der sie Unterstützung suchen, eine kontinuierliche psychische Untersuchung angeboten werden, und sie sollten über weiterführende medizinische Hilfeoptionen informiert werden. Im Rahmen der Gespräche mit ihnen, sollten betroffene Frauen von geeigneten medizinischen Fachkräften ermutigt werden, weiterführende Hilfen anzunehmen. (vgl. Austin; et al., 2017)

Abhängig von der zugrundeliegenden psychischen Erkrankung und ihrer Intensität können verschiedene Behandlungspfade festgelegt werden.

Gemäß der NICE-Guideline sollten Frauen, die innerhalb von 12 Monaten nach der Geburt aufgrund eines psychischen Problems stationär behandelt werden müssen, idealerweise in einer spezialisierten Mutter-Baby-Einheit behandelt werden, es sei denn, es liegen besondere Gründe dagegen vor. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Managerinnen und leitende Fachkräfte im Gesundheitswesen, die für perinatale psychische Gesundheit verantwortlich sind (einschließlich derjenigen, die im Bereich Geburtshilfe und Primärversorgung tätig sind), sollten sicherstellen, dass:

- die Behandlungspfade klar definiert sind
- und, dass das an der Versorgung beteiligte Gesundheitspersonal entsprechende Supervision und Schulungen erhält, die sowohl psychische Probleme während der perinatalen Periode als auch Methoden zur Beurteilung und Möglichkeiten zur Überweisung abdecken, um die Effizienz der Versorgung zu gewährleisten. (vgl. ebd.)

Es wird empfohlen Netzwerke unter den Gesundheitsdienstleistern aufzubauen. Das Ziel dieser Netzwerke sollte darin bestehen:

- einen spezialisierten multidisziplinären Perinataldienst zu etablieren, welcher neben der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen, Entbindungsstationen, psychosoziale Dienste und kommunale Dienste berät und unterstützt.
- klare Überweisungs- und Managementprotokolle für alle Gesundheitsdienstleister in der gestuften Versorgung bereitzustellen, um einen effektiven Informationsaustausch und eine kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten.
- Behandlungspfade mit klaren Rollendefinitionen und detaillierten Kompetenzbeschreibungen für alle beteiligten Fachkräfte zu etablieren. (vgl. ebd.)

In der NICE-Guideline wird beschrieben, wie eine spezialisierte stationäre perinatale Versorgung gestaltet sein sollte:

- die Einheit sollte speziell für die Versorgung von Müttern und Kinder eingerichtet sein,

- mit Fachpersonal für perinatale psychische Gesundheit besetzt sein,
- über Personal verfügen, das eine angemessene Versorgung der Säuglinge gewährleistet,
- über eine wirksame Verbindung zu den allgemeinen medizinischen und psychiatrischen Diensten verfügen,
- das gesamte Spektrum an therapeutischen Diensten zur Verfügung stellen,
- eng mit gemeindenahen psychosozialen Diensten verbunden sein, um die Kontinuität der Versorgung und eine möglichst kurze Aufenthaltsdauer zu gewährleisten. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

## 6.2 Empfehlungen zur Behandlung

Die Empfehlungen beider Guidelines sehen eine abgestufte Behandlung, je nach Krankheitsintensität und Schweregrad der Erkrankung, vor.

Der abgestufte Behandlungsplan sieht folgende Interventionsmöglichkeiten vor:

- psychosoziale-
- psychologische-
- psychotherapeutische-
- und psychiatrische Maßnahmen mit medikamentöser Behandlung

In beiden Leitlinien wird wiederholt betont, dass alle gesetzten Interventionen, einschließlich aller Behandlungsmethoden mit der Betroffenen und bei Zustimmung, mit ihr nahestehenden Personen, wie z.B. dem Partner/ der Partnerin besprochen werden und keine Behandlung ohne Zustimmung der Mutter erfolgen darf. Sie muss informiert werden, über den möglichen Nutzen einer Behandlung und über mögliche Schäden, die durch eine Behandlung entstehen können.

Der Behandlungsplan ist ein individueller, auf die Betroffenen und ihre Bedürfnisse zugeschnittener Behandlungsplan.

Zusätzlich zu den allgemeinen Behandlungsanweisungen enthalten beide Leitlinien spezifische Empfehlungen zur Behandlung von Erkrankungen, die in der Perinatalperiode auftreten. (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

So empfiehlt NICE-Guideline unter der Überschrift: „Treating specific mental health problems in pregnancy and the postnatal period; Interventions for depression“ (National Institute for Health and Care Excellence, 2020) bei einer Frau mit anhaltenden unterschweligen depressiven Symptomen oder leichten mittelschweren Depressionen in der Schwangerschaft oder in der Zeit nach der Geburt:

- Selbsthilfemaßnahmen wie sie in der NICE-Leitlinie zu Depressionen bei Erwachsenen beschrieben sind. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Bei einer Frau mit mittelschwerer oder schwerer Depression in der Schwangerschaft oder in der Zeit nach der Geburt kommen folgenden Optionen in Betracht:

- eine hochintensive psychologische Intervention (z. B. kognitive Verhaltenstherapie, CBT),
- eine medikamentöse Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva (TCA), selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI), unter der Voraussetzung, dass die Betroffene, die Wirkung und Risiken der angewandten Medikation versteht, sich für eine medikamentöse Behandlung entschieden hat, psychologische Interventionen ablehnt, oder ihre Symptome sich durch psychologische Interventionen nicht besserten,
- eine Kombination aus hochintensiver psychologischer Intervention und Medikamenten, wenn sie beide empfohlenen Maßnahmen versteht und auf die jeweiligen Einzelmaßnahmen (psychologische Intervention, medikamentöse Therapie) nicht ausreichend anspricht.

Wenn eine Frau, die ein TCA, SSRI oder SNRI gegen eine leichte bis mittelschwere Depression einnimmt, schwanger wird, besprechen sie:

- das schrittweise Absetzen des Medikaments und
- erwägen sie Selbsthilfemaßnahmen anzuwenden, wie sie in der NICE-Leitlinie zu Depressionen bei Erwachsenen beschrieben sind.

Wenn eine schwangere Frau ein TCA, SSRI oder SNRI gegen eine mittelschwere Depression einnimmt und ihre Medikation absetzen möchte,

- ist das bisherige Ansprechen auf die Behandlung zu berücksichtigen,
- ist das Stadium der Schwangerschaft zu berücksichtigen,
- ist das Risiko eines Rückfalls zu berücksichtigen,
- ist das mit der Medikation verbundene Risiko zu berücksichtigen und
- ist die Präferenz der Betroffenen zu berücksichtigen

und es sind der Betroffene folgende Optionen zu besprechen:

- die Möglichkeit eines Wechsels zu einer hochintensiven psychologischen Intervention (z. B. CBT),
- die Möglichkeit das Medikament zu wechseln, wenn es ein für sie wirksames Medikament mit einem besseren Nebenwirkungsprofil gibt.

Wenn eine schwangere Frau wegen einer schweren Depression ein TCA, SSRI oder SNRI einnimmt,

- ist das bisherige Ansprechen auf die Behandlung zu berücksichtigen,
- ist das Stadium der Schwangerschaft zu berücksichtigen,
- ist das Risiko eines Rückfalls zu berücksichtigen,
- ist das mit der Medikation verbundene Risiko zu berücksichtigen und
- ist die Präferenz der Betroffenen zu berücksichtigen,

und es sind mit der Betroffenen folgenden Optionen zu besprechen:

- die Möglichkeit das Medikament beizubehalten,
- die Möglichkeit das Medikamenten zu wechseln, wenn es ein für sie wirksames Medikament mit einem besseren Nebenwirkungsprofil gibt,
- die Möglichkeit der Kombination der medikamentösen Therapie mit einer intensiven psychologischen Intervention (z.B. CBT), oder
- die Möglichkeit eines Wechsels von der medikamentösen Therapie auf eine intensive psychologische Intervention (z.B. CBT), wenn sich die Betroffenen dafür entscheidet, ihr Medikament abzusetzen. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

In der COPE-Guideline wird die Behandlung von Depression und Angststörung zusammengefasst. Auch hier findet sich ein abgestufter Behandlungsplan, der unterschiedliche Therapieoptionen unter Verweis auf die NICE-Guideline, vorschlägt. (vgl. Austin; et al., 2017)

### **Psychosoziale Unterstützung:**

- Strukturierte Psychoedukation, verbessert depressive Symptome bei Frauen in der Peripartalperiode. Somit besteht eine evidenzbasierte Empfehlung, Frauen mit depressiver Symptomatik in der Peripartalzeit eine strukturierte Psychoedukation anzubieten (Strong).
- Soziale Unterstützung, zum Beispiel durch Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kann depressive Symptome bei Frauen in der Postpartalperiode verbessern. Somit besteht eine evidenzbasierte Empfehlung, Frauen mit depressiven Symptomen in der Postpartalzeit auf den möglichen Nutzen, eines Besuches einer Selbsthilfegruppe, hinzuweisen (Conditional).
- Erkenntnisse aus Australien zeigen, dass Frauen in schwierigen Lebenssituationen von einem Programm profitieren können, bei dem eine Krankenschwester Hausbesuche macht. (vgl. Austin; et al., 2017)

### **Psychologische und Psychotherapeutische Unterstützung:**

- Individuell strukturierte psychologische Intervention wie CBT oder IPT (Interpersonelle Therapie) können depressive Symptome bei Frauen, die an einer Depression leiden, verbessern. Somit besteht eine evidenzbasierte Empfehlung, Frauen mit depressiven Symptomen in der Peripartalperiode eine individuell strukturierte psychologische Intervention (CBT oder IPT) zu empfehlen (Strong)
- Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) ist sowohl als internet- oder App-basierte Intervention verfügbar, die eigenständig oder unter ärztlicher Anleitung durchgeführt werden kann. Die Nachfrage nach und der Zugang zu Online-Interventionen haben nach der COVID-19-Pandemie zugenommen. Obwohl die vorhandenen Belege begrenzt sind, deuten sie darauf hin, dass Online-CBT im Vergleich zu persönlichen Therapien einige Vorteile bieten kann,

- wobei der Erfolg wahrscheinlich stark von der Motivation der Teilnehmenden abhängt. Daher gibt es eine konsensbasierte Empfehlung für die Nutzung von Online-CBT
- Es gibt eine evidenzbasierte Empfehlung, Frauen mit Depression oder Angststörung in der postpartalen Phase über die Vorteile einer direktiven Beratung zu informieren. Diese Beratung umfasst unterstützendes Zuhören, das Anbieten von Problemlösungen und das Setzen von Zielen. (Conditional)
- Es gibt eine weitere konsensbasierte Empfehlung, Mütter, die an postnataler Depression leiden oder gelitten haben, und Schwierigkeiten in der Beziehung zu ihrem Kind haben, zu einer interkonventionellen Maßnahme zur Förderung der Mutter-Kind-Beziehung zu überweisen. (vgl. Austin; et al., 2017)

### **Empfehlung zur Medikamentöse Therapie**

Beide Leitlinien bieten detaillierte Anweisungen zur Anwendung von Psychopharmaka. Da sich diese Arbeit jedoch auf andere Aspekte konzentriert, werde ich diese nicht weiter erörtern. Für umfassende Informationen, zu in der Schwangerschaft verwendeten Medikamenten, empfehle ich die ausgezeichneten deutschsprachigen Ressourcen, wie die Online-Plattform „embryotox“ der Berliner Charité. (vgl. Kittel-Schneider & Rohde, 2024)

### **Konsensbasierte Empfehlungen bei schwerer Depression**

Bei einer Frau mit schwerer Depression nach der Geburt, die nicht auf mehrere Versuche mit Antidepressiva in angemessener Dosierung und Dauer anspricht, sollte eine Elektrokrampftherapie (EKT) in Erwägung gezogen werden

Eine EKT als Erstlinienbehandlung kann für postnatale Frauen in Betracht gezogen werden:

- wenn sie an schweren Depressionen leiden
- wenn sie ein hohes Suizidrisiko haben,
- wenn sie ein hohes Maß an Stress erleben,
- wenn sie kaum Nahrung oder Flüssigkeit aufnehmen,
- wenn psychotische oder melancholischen Symptome vorherrschen. (vgl. Austin; et al., 2017)

Schwangere Frauen sollten bei der Durchführung einer Elektrokrampftherapie (EKT) engmaschig überwacht werden. Dazu gehört die kontinuierliche Überwachung der fetalen Herzfrequenz mittels Kardiotokographie sowie die Bereitstellung spezialisierter Schwangerschaftsanästhesie und Zugang zu spezialisierten medizinischen Unterstützungsdiensten für Mutter und Fötus. (vgl.ebd.)

### **Empfehlung zur Behandlung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Die COPE-Guideline enthält spezifische Empfehlungen zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es wird darauf hingewiesen, dass die Symptome (siehe oben) in primären Gesundheitseinrichtungen oft herausfordernd zu managen sind, da das schwierige Verhalten sich gegen das betreuende Personal richten kann. Die Leitlinie empfiehlt daher, dass eine kontinuierliche Betreuung durch dieselben Fachkräfte für Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen wahrscheinlich hilfreich ist.

Personal, das Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen behandelt, sollte unterstützt werden. In dieser Empfehlung wird nicht genauer auf die Art der Unterstützung eingegangen.

Es wird empfohlen, während der gesamten Schwangerschaft und nach der Geburt, eine kontinuierliche Unterstützung durch ein multidisziplinäres Team zu gewährleisten. Dieses Team sollte in der Lage sein, potenzielle negative Auswirkungen auf die Geburt und das Neugeborene zu bewältigen, sowie mit herausforderndem Verhalten und häufig auftretendem, komorbidem Substanzkonsum, umzugehen.

Innerhalb der Gruppe von Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen gibt es Frauen, die körperlichen oder sexuellen Missbrauch oder komplexe Traumata erlebt haben. Solche Frauen können bei körperlichen Untersuchungen, wie einer vaginalen Untersuchung, erheblichen Stress erfahren. Bei betroffenen Frauen kann der Bindungsaufbau zum Fötus während der Schwangerschaft gestört sein. Es ist auch möglich, dass betroffenen Frauen den Geburtsvorgang als traumatisch empfinden, und sich deshalb eine vorzeitige Entbindung oder eine Kaiserschnittentbindung wünschen. (vgl.Austin; et al., 2017)

In der Postnatalzeit haben Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen oft Probleme mit dem Schreien des Babys, da dieses als aufdringlich und beunruhigend empfunden werden kann. Frauen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben häufig Schwierigkeiten bei der emotionalen Versorgung ihres Säuglings und beim Aufbau einer sicheren Bindung. Viele von ihnen erleben soziale Isolation und erhalten nur begrenzte Unterstützung. (vgl. Austin; et al., 2017)

Für eine erfolgreiche Betreuung werden strukturierte psychologische und psychotherapeutische Ansätze empfohlen, darunter kognitive Verhaltenstherapie (CBT), interpersonelle Therapie (IPT), dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) sowohl in Einzel- als auch Gruppenform, mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), schema-fokussierte Therapie (SFT), Systemtraining für emotionale Vorhersagbarkeit und Problemlösung (STEPPS) sowie übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP). Zusätzlich zu diesen Therapieformen wird empfohlen, die Betroffenen mit psychosozialer Unterstützung zu begleiten und Achtsamkeits- sowie Entspannungstechniken einzubeziehen.

Pharmakologische Behandlungen sollten insbesondere bei schwangeren Frauen nicht als primäre Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt werden. Wünscht eine Frau eine medikamentöse Therapie, sollte darauf geachtet werden, dass die verschriebenen Medikamente auch in Überdosierung nicht tödlich sind, oder eine Abhängigkeit hervorrufen können. (vgl. ebd.)

### **Empfehlung zur Behandlung traumatischer Geburtserlebnisse**

Die Behandlung eines traumatischen Geburtserlebnisses wird oft dadurch erschwert, dass Eltern häufig erst Hilfe suchen, wenn sie ein zweites Kind bekommen.

Nach einer traumatischen Geburt, können Symptome von akutem Stress oder Anpassungsstörungen auftreten. Dies ist eine normale Reaktion und wird wahrscheinlich ohne Behandlung abklingen. Die Standardbehandlung sollte:

- eine kontinuierliche Weiterbetreuung beinhalten und
- eine Unterstützung und Bereitstellung von Informationen umfassen

Es ist wichtig, den Eltern kurz nach der Geburt und nach weiteren sechs Wochen die Möglichkeit zu geben, die Ereignisse während der Geburt zu besprechen. Symptome, die länger als drei Monate andauern, können auf eine ernstere Störung hinweisen. (vgl. Austin; et al., 2017)

Eine konsensusbasierte Empfehlung zur Behandlung traumatischer Geburtserlebnisse rät dazu, bei posttraumatischen Symptomen, die länger als drei Monate anhalten, eine Überweisung an qualifizierte Fachkräfte zur weiteren Beurteilung und Behandlung zu veranlassen.

Strukturierte psychologische und psychotherapeutische Interventionen umfassen:

- Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (CBT) als bevorzugte psychologische Behandlung für geburtsbedingte posttraumatische Belastungsstörungen (vgl. ebd.)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), besonders wirksam, wenn innerhalb der ersten drei Monate nach dem Trauma angewendet (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)
- Peer-Unterstützung kann ebenfalls hilfreich sein.

Abgeraten wird in der NICE-Guideline von einer hochintensiven psychologischen Einzeltherapie, die sich explizite auf das Wiedererleben des Traumas konzentriert. Diese Therapie scheint keinen Nutzen zu haben und kann Distresserleben auslösen.

Eine Kombination aus traumainformierter kognitiver Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie ist gegenüber der Anwendung lediglich einer der beiden Therapien überlegen.

Die COPE-Guideline empfiehlt daher, je nach Intensität des posttraumatischen Stresserlebens, zusätzlich zu psychotherapeutischen Maßnahmen, eine pharmakologische Therapie in Betracht zu ziehen. (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

**Empfehlungen zur Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen, wie schwere Depressionen, bipolare Erkrankung, Schizophrenien, schizoaffektive Psychosen, postpartale Psychosen:**

Bei Frauen in der Peripartalzeit, die an einer schweren psychischen Erkrankung leiden, oder in der Vorgeschichte an einer schweren psychischen Erkrankung litten, oder bei denen der Verdacht besteht, dass sie an einer schweren psychischen Erkrankung leiden, wird eine Überweisung an eine sekundäre psychiatrische Gesundheitseinrichtung empfohlen. Die Überweisung sollte vorzugsweise, an eine spezialisierte medizinische Einrichtung für perinatale psychische Erkrankungen, erfolgen.

Falls bei einer Frau plötzlich Symptome auftreten, die auf eine postpartale Psychose hinweisen, sollte sie innerhalb von vier Stunden zur weiteren Beurteilung an eine sekundäre psychiatrische Gesundheitseinrichtung überwiesen werden. Die Überweisung sollte vorzugsweise, an eine spezialisierte medizinische Einrichtung für perinatale psychische Erkrankungen, erfolgen.

Für Frauen mit bipolarer Störung sollten psychologische und psychotherapeutische Interventionen wie CBT oder IPT ebenso in Betracht gezogen werden, wie strukturierte Einzel-, Gruppen- und Familieninterventionen, um das Rückfallrisiko zu verringern, insbesondere, wenn Medikationen geändert oder abgesetzt werden.

Wenn eine schwangere Frau eine Manie oder eine Psychose entwickelt und aktuell keine Psychopharmaka einnimmt, sollte ein Antipsychotikum angeboten werden.

Für Frauen mit Schizophrenie oder einer anderen Form von Psychose, die aufgrund von Stress während der Schwangerschaft oder in der postnatalen Phase, einem Medikamentenwechsel oder dem Absetzen von antipsychotischen Medikamenten einem Rückfallrisiko ausgesetzt sind, sollte eine psychologische oder psychotherapeutische Intervention wie CBT, sowie eine Familienintervention in Erwägung gezogen werden. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Es wird empfohlen, einer Frau mit bipolarer Störung ein Antipsychotikum anzubieten:

- wenn sie schwanger ist und Lithium absetzen möchte oder
- wenn sie plant, ihr Kind zu stillen

Erleidet eine schwangere Frau mit bipolarer Erkrankung trotz prophylaktischer Medikation eine Manie, sollte:

- die Dosis der prophylaktischen Medikation und die Adhärenz überprüft werden,
- die Dosis erhöht werden, solange das zur Prophylaxe verwendete Medikament ein Antipsychotikum ist,
- der Wechsel auf eine antipsychotische Medikation angedacht werden, wenn das verabreichte Phasenprophylaktikum kein Antipsychotikum ist,
- die Gabe von Lithium erwogen werden, wenn es zu keinem Ansprechen einer schweren Manie auf eine Dosiserhöhung oder auf den Wechsel eines Medikamentes kommt.

Die Empfehlungen zur Therapie schwerer psychischer Erkrankungen lassen gut erkennen, was mit dem Begriff „abgestufter Behandlungsplan“ gemeint ist. (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

## **7 Vergleich der perinatalen Versorgung in der Steiermark und Empfehlungen der evidenzbasierten COPE- und NICE-Guideline**

Der Vergleich der perinatalen Versorgung von Familien in der Steiermark mit den zwei herangezogenen internationalen Modellen offenbart erhebliche Unterschiede in der Versorgungsorganisation. Die peripartale psychische Versorgung ist in beiden Modellen standardisiert und evidenzbasiert und strebt somit nach hoher Qualität. Beide Modelle stellen ein Standard Operating Procedure (SOP) dar. (Bias; et al., 2024)

SOPs sind per definitionem: „schriftliche Dokumente, die detaillierte Anweisungen für bestimmte Arbeitsprozesse in einem Unternehmen oder einer Organisation bieten. Diese Anweisungen sind so formuliert, dass sie den Mitarbeitern helfen, Aufgaben auf eine einheitliche und effiziente Weise auszuführen. SOPs sind in verschiedenen Branchen weit verbreitet, einschließlich Fertigung, Gesundheitswesen, IT und vielen anderen“.

Die Verwendung von SOPs stellen sicher, dass

- die angebotene Versorgung einheitlich erfolgt, da die Mitarbeiterinnen nach dem gleichen Standard arbeiten
- die angebotene Versorgung von konsistenter Qualität ist
- die angebotene Versorgung effizient ist, aufgrund der Klarheit der Abläufe und Verantwortlichkeiten im Arbeitsprozess
- sie als Schulungstools neuen Mitarbeitern ein schnelleres Einarbeiten ermöglichen und Fehler, sowie Risiken reduzieren
- sie sowohl die Compliance als auch die Sicherheit optimieren. (vgl. Bias; et al., 2024)

In die Versorgung psychisch Kranker Menschen in der perinatalen Periode müssen unterschiedliche Anbieterinnen medizinischer Leistungen und Fachkräfte unterschiedlicher Professionen an einem gemeinsamen Ziel arbeiten. Es muss also eine integrierte Versorgung durch ein multiprofessionelles Team sichergestellt werden. In der Steiermark fehlt ein solches Betreuungsmodell. In beiden Leitlinien wird definiert, an wen sie sich richten, wie die Versorgung zu

managen und zu dokumentieren ist. Es werden die Versorgungsschritte klar herausgearbeitet, die Überweisungsrouten festgelegt und die Empfehlungen zu den therapeutischen Interventionen entsprechend der vorliegenden Erkrankung und deren Intensität abgestuft.

Adressaten der Leitlinien sind alle Professionist:innen, die sich um die psychische Gesundheit von Menschen in der Peripartalzeit kümmern. Darüber hinaus erheben beide Leitlinien den Anspruch, auch den Betroffenen und deren Angehörigen als Information zu dienen. Sie stellen somit den evidenzbasierten Versorgungsstandard transparent zur Verfügung, was es den Betroffenen ermöglicht „auf Augenhöhe“ mit den Professionist:innen Entscheidungen über das weitere Vorgehen zu treffen. Dadurch kann in hohem Maß, die für den Therapieerfolg so wichtige Adhärenz, geschaffen werden. Beide Leitlinien unterstreichen die Notwendigkeit, dass alle Gesundheitsdienstleisterinnen, die an der Versorgung beteiligt sind, sich der besonderen Herausforderungen psychischer Störungen in der perinatalen Periode bewusst sind. Um diesen hohen Anforderungen gerecht zu werden, sollten regelmäßige Schulungen durchgeführt werden. (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Das Management der Versorgung erfolgt von einer Person oder einer Stelle aus. Bei dieser Person oder Stelle laufen die Fäden der Information zusammen. Es wird empfohlen einen individuellen, dokumentierten Behandlungsplan, den Bedürfnissen der betroffenen Person entsprechend, zu entwerfen. Dieser Plan, bündelt die Informationen. Dort werden die Überweisungsrouten festgehalten, die notwendigen Screeningmaßnahmen dokumentiert, und die relevanten Diagnosen und die therapeutischen Interventionen angeführt. Er ermöglicht somit einen raschen Überblick über das, was bereits gemacht wurde und weist den Weg zu den noch notwendigen Abklärungen und therapeutischen Interventionen. Die Planung erfolgt ausschließlich im Einvernehmen mit der betroffenen Person und falls von dieser gewünscht, unter Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen.

Der Behandlungsplan ermöglicht die effiziente Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionistinnen und Gesundheitsanbieterinnen des multiprofessionellen Teams. Er stellt sicher, dass an den Schnittstellen keine

Information verloren geht und die Versorgung reibungslos und sicher erfolgt. Beide Leitlinien empfehlen ein systematisches Vorgehen, um eine effiziente Versorgung betroffener Personen sicherstellen zu können. Die Versorgungsbereiche gliedern sich in Empfehlungen zur Prävention, zu Screening- und Früherkennungsmaßnahmen, zu Überweisungsrouten für weitergehende Diagnostik oder Behandlung, sowie zu therapeutischen Interventionen. (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

Präventive Maßnahmen umfassen die Bereitstellung von Informationen zu Besonderheiten der peripartalen Phase, zu Gesundheitsmaßnahmen, Empfängnisverhütung, möglichen psychischen Störungen und zum Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen. Dazu gehören auch Hinweise, wie psychische Probleme besser bewältigt werden können, wie das Wiederauftreten psychischer Störungen verhindert werden kann, welche Screening- und Früherkennungsprogramme angeboten werden, welche therapeutischen Angebote zur Verfügung stehen und wie man sie nutzen kann. Es wird in beiden Leitlinien empfohlen, Informationen über aktuelle oder geplante pharmakologische Therapien bereitzustellen. Präventive Maßnahmen gewährleisten, dass betroffene Familien umfassend über Aspekte der Kindererziehung und das Stillen, mit oder ohne Medikamente, informiert werden. Es werden detaillierte Empfehlungen bereitgestellt, um geburtstraumatische Erfahrungen zu verhindern. Empfehlungen zur Prävention umfassen sowohl die Überprüfung medikamentöser und psychotherapeutischer Maßnahmen, als auch Anpassungen im therapeutischen Management, um beispielsweise eine Krankheitsprogression zu verhindern.

Beide Leitlinien betonen die Notwendigkeit psychische Erkrankungen in der Perinatalzeit durch entsprechendes Screening frühzeitig zu erkennen, um eine rechtzeitige Behandlung anbieten zu können. Früherkennung umfasst strukturiertes Fragen nach Risikofaktoren, aber auch spezifische Testverfahren wie EPDS, Whooley-questions, PHQ9, GAD-2, AUDIT, ANRQ, BiTS. Ein eigenes Kapitel beschäftigt sich mit psychosozialen Screening.

Es wird drauf hingewiesen, dass auch der Partner oder die Partnerin in das Screeningprogramm miteingeschlossen werden sollten.

Weitere Empfehlungen zum Screening und zur Früherkennung richten sich auf die Mutter-Kind-Interaktion, die Gefährdung der Mutter, etwa durch Suizid, sowie auf die Risiken, die durch die psychischen Probleme der Mutter, für das Kind entstehen können. In beiden Leitlinien findet man detaillierte Hinweise, wann und wie oft das Screening erfolgen sollte.

Überweisungsrouten zur weiteren Beurteilung oder zu therapeutischen Interventionen sind klar definiert. Sie richten sich aus, nach der Art der psychischen Störung und nach der Intensität derselben. Auch wird der Zeitraum, in dem die weitere Abklärung an einer nachgeschalteten medizinischen Institution erfolgen soll, festgelegt. So wird zum Beispiel empfohlen, dass bei Verdacht auf eine postpartale Psychose, eine Abklärung an einer spezialisierten Psychiatrischen Einheit innerhalb von 4 Stunden erfolgen muss.

Ein zentraler Schwerpunkt beider Leitlinien liegt auf evidenzbasierten Therapieempfehlungen. Grundlage für die Empfehlungen sind die Art und die Schwere der psychischen Erkrankung. Die vorgeschlagenen Therapiemaßnahmen, sollen, den Bedürfnissen entsprechend, abgestuft angeboten werden.

Der abgestufte Behandlungsplan sieht im Wesentlichen psychosoziale-, psychologische-, psychotherapeutische- und pharmakologische Interventionen vor. Der gestufte Behandlungsplan umfasst Selbsthilfemaßnahmen wie Selbsthilfegruppen und digitale Lernprogramme, soziale Unterstützungsangebote, häusliche Behandlung, Psychoedukation, kognitive Verhaltenstherapie (CBT), interpersonelle Therapie (IPT), mentalisierungsbasierte Therapie (MBT), dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), schematherapeutische Verfahren (SFT), pharmakologische Therapien, Elektrokrampftherapie (EKT) und weitere Ansätze. Empfehlungen werden gegeben, wo die Therapien stattfinden sollten, etwa in spezialisierten Eltern-Kind-Einheiten.

Die Steiermark verfügt zwar über spezialisierte Professionist:innen und qualitativ hochwertigen Gesundheitseinrichtungen, es fehlt jedoch an einem standardisierten, koordinierten und leitlinienbasierten Vorgehen bei der Versorgung psychisch kranker Menschen in der Peripartalperiode. (vgl. Austin; et al., 2017), (vgl. National Institute for Health and Care Excellence, 2020)

## 8 Conclusio

Die Steiermark ist ein Bundesland mit einer hoch differenzierten Versorgungslandschaft, in der es alle erforderlichen Gesundheitseinrichtungen und Professionist:innen gibt, um Familien in der peripartalen Periode zu beraten, zu unterstützen und zu therapieren. Es ist eines von zwei weiteren Bundesländern (Wien und Innsbruck) mit definierten Eltern-Kind-Betten und eines von zwei Bundesländern (Steiermark und Wien), in denen eine spezialisierte Ambulanz für peripartale Psychiatrie an mehreren Tagen die Woche offensteht.

Mit dem Eltern-Kind-Pass steht ein Screeninginstrument zur Verfügung, welches internationale Anerkennung findet. Hebammen und Frauenärztinnen stehen jeder werdenden Mutter und den Frauen nach der Geburt, wenn notwendig rund um die Uhr, mit ihrem medizinischen Fachwissen zur Seite. Niedergelassene Psychiaterinnen, Psychotherapeutinnen und Psychologinnen bieten auf die perinatale Periode abgestimmte, psychische Unterstützung an. Frühe Hilfen sind flächendeckend installiert. Es gibt in jedem Bezirk psychosoziale Dienste, Eltern-Kind-Zentren, spezielle Wohneinrichtungen, das Krisentelefon, Selbsthilfegruppen und unterschiedliche weitere Einrichtungen, deren Aufgaben es sind, Familien in der peripartalen Periode gesund zu erhalten oder für das Wiederlangen der psychischen Gesundheit zu sorgen. Was es nicht gibt, sind verwertbare Zahlen, z.B. wie viele Menschen in der Steiermark von peripartalen psychischen Erkrankungen betroffen sind. Es ist nicht bekannt, wo sie sich mit ihren Problemen primär hinwenden, ob sie überhaupt über psychische Erkrankungen in der Peripartalzeit und über die Gesundheitsanbietern Bescheid wissen, ob bekannt ist, wer den Versorgungsplan erstellt, wie präventive Maßnahmen koordiniert sind, ob Screening- und Früherkennungsmaßnahmen angeboten werden, wie die Überweisungsrouten organisiert sind, wo die Diagnosestellung erfolgt, wie die abgestufte Behandlung gemanagt wird und ob das Gesundheitspersonal geschult wird. Es ist nicht ersichtlich ob alle Versorgungsschritte evidenzbasiert sind und wie die Qualität der Versorgung überprüft wird.

Die effiziente und evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen während der peripartalen Periode ist eine zentrale Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens. Wie bereits erwähnt, sind etwa jede fünfte Frau und jeder

zehnte Mann von solchen Erkrankungen betroffen. Durch einen Fokus auf präventive Maßnahmen kann bereits vor einer Schwangerschaft interveniert werden, um die psychische Gesundheit zu fördern. Dies stellt die frühestmögliche gesundheitsfördernde Maßnahme dar, um die kindliche Entwicklung zu unterstützen.

Die Entwicklung eines leitlinienbasierten und damit evidenzbasierten steirischen Versorgungsmodells ist die Herausforderung der Zukunft.

Die Masterarbeit soll dabei helfen, die richtigen Maßnahmen zu setzen um dieses Ziel zu erreichen.

Erlauben Sie mir, die kommenden Aufgaben sportlich zu sehen, und im Sinne eines Sportmoderators die zukünftige Richtung mit dem Satz: „vor der Masterarbeit, ist nach der Masterarbeit“ abzustecken.

## 9 Literaturverzeichnis

- AWMF Leitlinienregister,. (kein Datum). *Registernummer: 022-025*. Von Fetale Alkoholspektrumstörung (FADS) bei Kindern und Jugendlichen- Diagnostik & Interventionen- Living Guideline: <https://register.awmf.org/de/suche#keywords=022-025&sorting=relevance> abgerufen 12.05.2024
- Agrawal; et al. (31. 07 2022). Attaining sustainable development goals (SDGs) through supply chain practices and business strategies: A systematic review with bibliometric and network analyses. *Business Strategy and the Environment*, S. 3669-3687.
- Agrawal; et al. (2022). *Risk Factors of Postpartum Depression*. Von <https://doi.org/10.7759/cureus.30898>
- AMF Leitlinienregister. (2017). *Registernummer: 015-080*. Von Intrauterine Wachstumsrestriktion: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-080> abgerufen 12.05.2024
- Austin; et al. (10 2017). *Mental Health Care in* . Von Australian Clinical : [https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline\\_Final-2018.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf)
- Bias; et al. (16. 01 2024). *DocCheckFlexikon*. Von Standard Operating Procedure: [https://flexikon.doccheck.com/de/Standard\\_Operating\\_Procedure](https://flexikon.doccheck.com/de/Standard_Operating_Procedure)
- Bruno, A.; et.al. (2020). When fathers begin to falter: a comprehensive review on paternal perinatal depression. *International Journal of Environmental Research an Public Health*.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (11. 09 2028). *Roter Handbrief zu Valproat: Neue Anwendungsbeschränkungen*. Von [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/D\\_E/RHB/2018/rhb-valproat.html](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/D_E/RHB/2018/rhb-valproat.html) abgerufen 11.06.2024
- Bunevicius, A.; et al. (2009). Screening for antenatal depression with the Edinburgh Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 238-243.
- Chapman, et.al. (2023). Postpartum Substance Use and Depressiv Symptoms: A Review. *Woman & Health, Volume 53*.
- Christl; et al. (05 2017). *Resarch Gate*. Von Revisiting the Employment Effects of Minimum Wages in Europe: [https://www.researchgate.net/publication/316726958\\_Revisiting\\_the\\_Employment\\_Effects\\_of\\_Minimum\\_Wages\\_in\\_Europe](https://www.researchgate.net/publication/316726958_Revisiting_the_Employment_Effects_of_Minimum_Wages_in_Europe) abgerufen 17.06.2024
- Cohen,S.; et al. (2006). *Relapse of Major Depression During Pregnancy in Women Who Maintain or Discontinue Antidepressant Treatment*. JAMA. 2006;295(5):499-507. doi:10.1001/jama.295.5.499.
- Dorsch & Rhode. (2016). *Thieme Frauenheilkunde up2date*. Von Postpartale psychische Störungen – Update 2016: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0042-112631>
- Elyasi, M. (2021). Tokophobia in fathers: A Narrative Review Maryam. *Iran Journal; Psychiatry Behav Sci*.
- Fabre; et al. (06. 09 2021). *The lancet regional health Europe*. Von Pregnancy, delivery and neonatal complications in women with schizophrenia: a national population-based cohort study:

- [https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(21\)00186-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(21)00186-1/fulltext)
- Fairbrother, N.; et al. (2021). High Prevalence and Incidence of Obsessive-Compulsive Disorder Among Women Across Pregnancy and Postpartum. *The Journal of Clinical Psychiatry*.
- Ghimire; et al. (2020). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33190020/>. Von Depression during pregnancy and the risk of low birth weight, preterm birth and intrauterine growth restriction- an updated meta-analysis: doi: 10.1016/j.earlhumdev.2020.105243.
- Heyne, C.; et al. (21. 04 2022). *National Library of Medicine*. Von Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35584590/> abgerufen 16.06.2024
- Hoch, E., & Apelt, S. (2019). *Abschlussbericht Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/substanzgebrauch-waehrend-der-schwangerschaft-und-seine-folgen-fuer-mutter-und-kind-fokus-cannabis-pilotprojekt-casch-t1>: LMU Klinik der Universität München.
- Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry* 176, 83-85.
- Hofberg; et al. (2000). *Postgrad Med Journal*, DOI: 10.11.36/pmj.79.935.505.
- Jahan; et al. (01 2021). *Untreated Depression During Pregnancy and Its Effect on Pregnancy Outcomes: A Systematic Review*. Von Volume 152: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105243>
- Kapfhammer, H., & Klier, C. (2009). Bipolare Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett: Neue Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie/Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems*, 32-36.
- Kellermann, N. (24. 04 2024). ). *Transmission of Holocaust Trauma - An Integrative View. Psychiatry - Interpersonal and Biological Processes*. 64(3) Fall. Von [https://www.researchgate.net/profile/Natan-Kellermann/publication/11647099\\_Transmission\\_of\\_Holocaust\\_Trauma\\_-\\_An\\_Integrative\\_View/links/57c9c3aa08ae3ac722af8947/Transmission-of-Holocaust-Trauma-An-Integrative-View.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Natan-Kellermann/publication/11647099_Transmission_of_Holocaust_Trauma_-_An_Integrative_View/links/57c9c3aa08ae3ac722af8947/Transmission-of-Holocaust-Trauma-An-Integrative-View.pdf)
- Kendell; et al. (02. 01 2018). *Cambridge University Press*. Von Epidemiology of Puerperal Psychoses: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/epidemiology-of-puerperal-psychoses/F2861FD5151AE5B8FB9949F1638436FB> abgerufen 17.06.2024
- Kittel-Schneider, S. (2021). 103 Angststörung in der Peripartalzeit. In M. e. Bauer, *Teil XXI Psychische und Verhaltensstörungen in der Peri- und Postpartalzeit* (S. 831). DOI: 10.1055/b-0041-181948.
- Kittel-Schneider, S., & Rohde, A. (20. 04 2024). [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de). Von <https://www.embryotox.de/erkrankungen/details/ansicht/erkrankung/psychosen> abgerufen 05.06.2024
- Koch, S.; et al. (2012,2016). *Rauchen während der Schwangerschaft – Risiko für intrauterine Wachstumsrestriktion und bleibende Kleinwüchsigkeit Smoking during Pregnancy – Risk for Intrauterine Growth Retardation and Persisting Microsomia*. Bibliografie DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0032-1308958> Z

- Geburtsh Neonatol 2012; 216: 77–81: Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, ISSN-0948-2393.
- Kühner, C. (25. 07 2016). Mental disorders in pregnancy and postpartum. *Der Nervenarzt* 9, S. 926, S. 87:926-936 DOI 10.1007/s00115-016-0175-0. Von *Der Nervenarzt* : 87:926–936 DOI 10.1007/s00115-016-0175-0
- Mai-Dan; et.at. (2015). *Journal of Perinatal Medicine, Volume 43*. Von The unborn smoker: association between smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes: <https://doi.org/10.1515/jpm-2024-0299> abgerufen 20.04.2024
- Moder et al. (03. 05 2021). *Fetale Alkohlspektrumstörungen-Diagnose, Prognose, Prävention*. Von Springer Link: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03329-6>
- Moder; et al. (03. 05 2021). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. *Fetale Alkohlspektrumstörung- Diagnose, Prognose und Prävention*. 64(6):747-754.
- Möller; et al. (2015). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- MSD Manual. (1998-2022). *Screening zum Alkoholkonsumtest*. Von Test-Fragebogen: <https://www.msmanuals.com/de/profi/multimedia/clinical-calculator/audit-fragebogen-zum-screening-von-alkoholkonsum> abgerufen 20.04.2024
- National Institute for Health and Care Excellence*. (11. 02 2020). Von Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789> abgerufen 20.04.2024
- NHS Surrey and Borders Partnership*. (12. 03 2024). Von What does perinatal mean?: <https://www.sabp.nhs.uk/our-services/mental-health/perinatal/what-does-perinatal-mean> abgerufen 19.04.2024
- Nicolay, N., & Rauch, M. (20. 04 2024). *DocCheckFlexikon*. Von <https://flexikon.doccheck.com/de/Schizophrenie> abgerufen 12.04.2024
- Nilsson; et al. (01. 12 2002). *ScienceDirect*. Von Women with schizophrenia: pregnancy outcome and infant death among their offspring: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S092099640100370X>
- Oxford English Dictionary Online. (24. 04 2024). [https://www.google.at/search?q=definition+psychiatrie&sca\\_esv=b41f59bb11203993&sxsrf=ADLYWIJqVR8SS1gpxDp5p6HcVi60zm9xVQ%3A1718268974539&source=hp&ei=LrRqZqeHrSC9u8P0oWp-AU&iflsig=AL9hbdgAAAAZmrCPhzpDKaHUyAbJvd4Gxx5ZkSCLoKr&ved=0ahUKEwik7enemtiGAxU0gf0HH](https://www.google.at/search?q=definition+psychiatrie&sca_esv=b41f59bb11203993&sxsrf=ADLYWIJqVR8SS1gpxDp5p6HcVi60zm9xVQ%3A1718268974539&source=hp&ei=LrRqZqeHrSC9u8P0oWp-AU&iflsig=AL9hbdgAAAAZmrCPhzpDKaHUyAbJvd4Gxx5ZkSCLoKr&ved=0ahUKEwik7enemtiGAxU0gf0HH).
- Payne &Maquire. (2019). *Frontiers in Neuroendocrinology, Volum 52*. Von Pathophysiological mechanism implicated in postpartum depression: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- Perry; et al. (04. 01 2021). *National Library of Medicine*. Von Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33406713/> abgerufen 12.04.2024
- Pilz, C. (2018). Dissertation . *Zusammenhan zwischen maternalem Stress in der Schwangerschaft und kindlichen Geburtsmaßen: Ergebnisse einer Geburtskohortenstudie* . Medizinische Fakultät Ulm.

- Pschyrembel Redaktion Früherkennung. (2022). *Pschyrembel Online*. Von Früherkennung: <https://www.pschyrembel.de/Fr%C3%BCherkennung/T01PL/doc/> abgerufen
- Pschyrembel Redaktion; Screening. (2016). *Pschyrembel Online*. Von Screening: <https://www.pschyrembel.de/Screening/K0KMR/doc/> abgerufen 19.04.2024
- Pugas; et al. (02 2024). *National Library of Medicine*. Von Maternal Tobacco Use During Pregnancy and Child Neurocognitive Development: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38165672/> abgerufen 19.04.2024
- Reinsperger, I. u. (2022). *Perinatal and infant mental health care models and pathways. A scoping review ;AIHTA Project Report No.: 148*. Vienna: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH.
- Riecher-Rössler, A. (2015). Focus Peripartale Psychiatrie, Psychosern in Schwangerschaft und Stillzeit. *Spectrum Psychiatrie* 3, 7.
- Röhrlé; Pschyrembel Redaktion. (03 2016). *Pschyrembel Online*. Von Primärprävention: <https://www.pschyrembel.de/Prim%C3%A4rpr%C3%A4vention/P096M> abgerufen 12.06.2024
- Skalkido; et al. (2012). *Woman`s Health London, Volum 8*. Von Biological aspects of postpartum depression : <https://doi.org/10.2217/whe.12.55> abgerufen
- Syme, M. (2004). Drug Transfer and Metabolism by the Human Placenta. *Clinical Pharmacokinetics Volum 43*, 487-541.
- Thor, et al. (01. 04 2022). Fathers alcohol consumption and risk of substance-related disorders in offspring. *Drug and Alcohol Dependence Volume 233*.
- Van der Kolk.; et al. (24. 04 1996). *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. [https://books.google.at/books?id=Me5GN4LxBmQC&pg=PR3&hl=de&source=gbp\\_selected\\_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.at/books?id=Me5GN4LxBmQC&pg=PR3&hl=de&source=gbp_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false), [https://books.google.at/books?id=Me5GN4LxBmQC&pg=PR3&hl=de&source=gbp\\_selected\\_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false](https://books.google.at/books?id=Me5GN4LxBmQC&pg=PR3&hl=de&source=gbp_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false).
- Van Niel, M., & Payne, J. M. (2020). Perinatal depression: A review. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, S. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.1905>.
- Vorderholzer, U.; et al. (06. 30 2022). *AWMF Online*. Von S3-Leitlinie Zwangsstörungen: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-017> abgerufen 20.04.2024
- Wesseloo; et al. (30. 10 2015). *The American Journal of Psychiatry, Volum 173*. Von Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2015.15010124> abgerufen 20.04.2024
- World Health Organisation. (1992). *Icd-10: The Icd-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. ISBN-10 9241544228: World Health Organisation;.

## 10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 aus (Kapfhammer & Klier, 2009) .....	19
Abbildung 2 aus S3 Leitlinien (National Institute for Health and Care Excellence, 2020) Registriernr. 022-025.....	21