

»Hebammen unterschätzen offenbar das Problem der perinatalen psychischen Erkrankungen in der frühen Wochenbettbetreuung. Vermutlich beurteilen sie psychische Probleme als normale Anpassung oder die betreuten Frauen erwähnen diese nicht.«

Unerkannt, unterschätzt, unterversorgt

Wie häufig treffen Hebammen auf Schwangere mit perinatalen psychischen Erkrankungen? Für die frühzeitige Diagnose und Einleitung einer Behandlung spielen Hebammen eine wichtige Rolle. Eine Schweizer Studie deutet auf eine hohe Prävalenz und auf Lücken in der Versorgung betroffener Frauen hin.

Von Anke Berger, Nicole Bachmann und Eva Cignacco

Perinatale psychische Erkrankungen (PPE) sind die häufigste Komplikation in der Schwangerschaft und im ersten Jahr nach einer Geburt (Howard et al. 2014). Sie können zum Teil schwerwiegende Folgen haben, bis hin zu mütterlichem Suizid. Dieser ist zwar sehr selten (0,6 pro 100.000 Geburten), gehört aber mit zu den führenden Ursachen der perinatalen Mortalität in Großbritannien (Knight et al. 2016). Frauen mit PPE tragen außerdem ein erhöhtes Risiko für eine Chronifizierung ihrer psychischen Erkrankung und für schlechtere geburtshilfliche Outcomes (McCauley et al. 2011). Dazu gehören

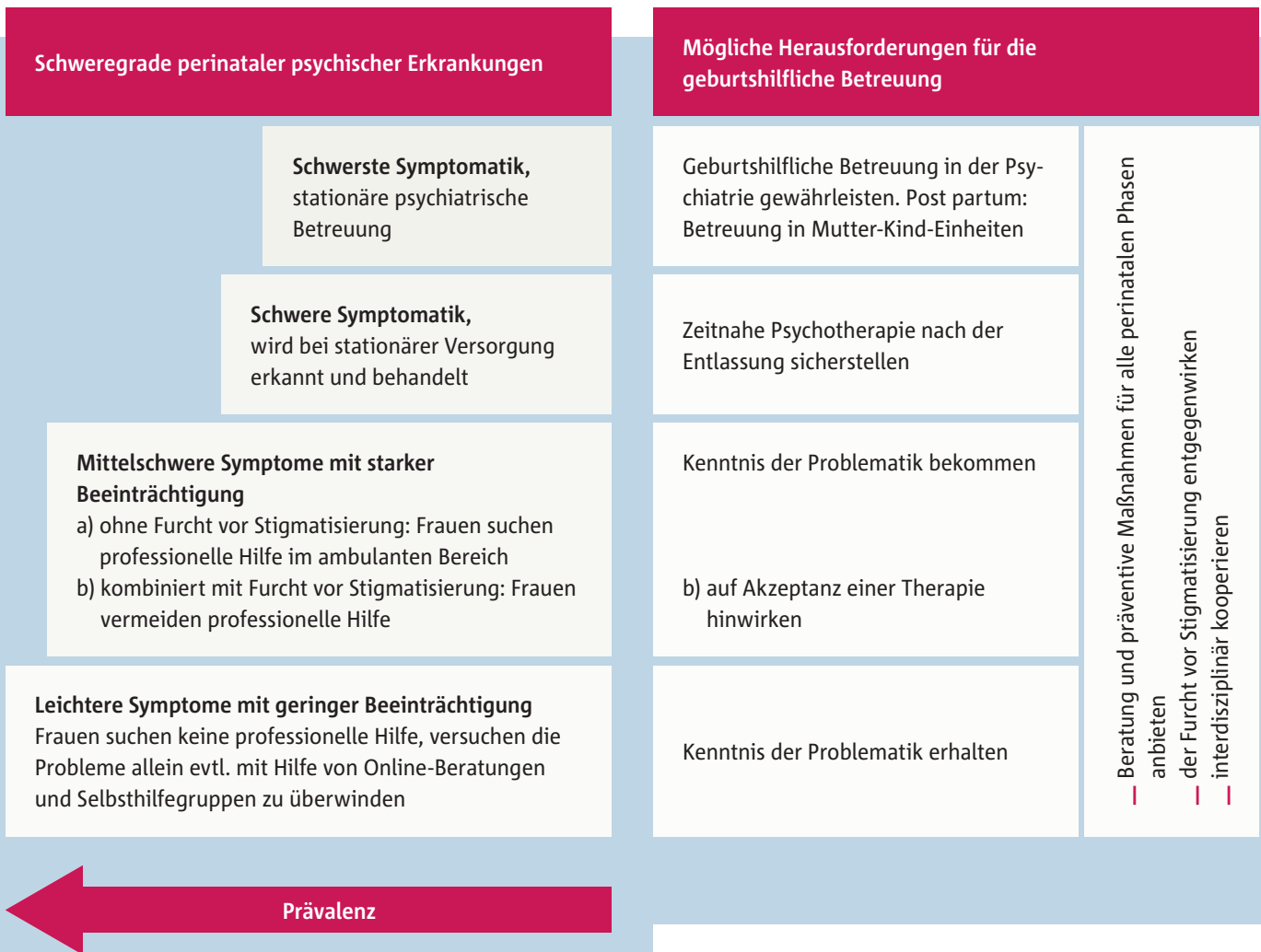
- ungeplante Schwangerschaft
- Bluthochdruck in der Schwangerschaft
- Notsectio
- frühe, ungeplante Entlassung aus dem Krankenhaus
- Frühgeburt
- niedriges Geburtsgewicht
- intrauterine Wachstumsretardation und
- ein erhöhtes fetales und neonatales Todesrisiko.

Schwere und lang andauernde PPE können die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen (Stein et al. 2014) (siehe Seite 32ff.). Trotz dieser ernsten Folgen und obwohl PPE meist gut behandelbar sind, ist die Versorgung betroffener Frauen nicht optimal. PPE aller Schweregrade bleiben oft unerkannt und werden nicht behandelt.

In der Versorgungsforschung und der epidemiologischen Forschung wurden PPE bisher wenig berücksichtigt. Deshalb lassen sich kaum Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Versorgung der betroffenen Frauen ziehen. Um diese Wissenslücken zu reduzieren, wurde ein Forschungsschwerpunkt »Mütterliche Psychische Gesundheit« an der Forschungsabteilung der Disziplin Geburtshilfe der Berner Fachhochschule (BFH) eingerichtet (siehe Link). Eine erste epidemiologische Studie ging der Frage nach, wie häufig perinatale psychische Erkrankungen in der Schweiz vorkommen und ob und von wem betroffene Mütter behandelt werden (Berger et al. 2017).

Unterschiedliche Prävalenzraten in bisherigen Studien

Die Begriffe psychische »Erkrankung« oder »Störung« werden in der Literatur oft synonym verwendet. »Psychische Störung« betont die Dysfunktion, während »psychische Erkrankung« auf den Krankheitsgrad und -verlauf und die Behandlungsrelevanz fokussiert. Laut bisherigen Studien leiden bis zu 20 % aller Frauen in der perinatalen Phase an einer psychischen Störung. Die aufgeführten Prävalenzraten unterscheiden sich allerdings stark, je nachdem, mit welcher Methode sie erfasst wurden. Studien, die sehr leichte Verläufe einschließen oder auf Selbstbeurteilungen zum Beispiel



Idealtypisches Stufenmodell: Prävalenz verschiedener Schweregrade von perinatalen psychischen Erkrankungen und Herausforderungen für die geburtshilfliche Betreuung.

mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale beruhen (Bergant et al. 1998), ergeben höhere Prävalenzraten als Studien mit definierter Diagnosestellung, zum Beispiel nach standardisierten Kriterien der WHO (ICD10, WHO 2004). Die Studie der BFH nutzte verschiedene Gesundheitsdaten, um die Prävalenz von PPE aus unterschiedlichen Blickwinkeln abzuschätzen.

Nutzung psychiatrischer Leistungen

Alle Versorgungsleistungen der Schweizer Grundversicherung im Zusammenhang mit psychischen Problemen in der Perinatalzeit, auch die von HausärztInnen und PsychotherapeutInnen, werden hier psychiatrische Leistungen genannt. Mit anonymisierten Daten einer großen Krankenversicherung (Helsana Gruppe) untersuchte die Studie, wie viele Frauen während einer Schwangerschaft oder im ersten Jahr nach einer Geburt solche Leistungen bezogen. Für das Jahr 2014 schloss die Studie 13.969 Frauen ein und fand, dass 16,7 % von ihnen psychiatrische Leistungen bezogen hatten. Fast jede sechste Frau wurde demnach in der Perinatalzeit wegen einer psychischen Erkrankung behandelt. Eine so hohe Jahresprävalenz war nicht zu erwarten, denn zahlreiche Studien belegen eine Unterversorgung. Bis zu 50 % der betroffenen Frauen können unbehandelt bleiben (Maternal Mental Health Alliance 2013). Dies kann

daran liegen, dass sie aus Furcht vor Stigmatisierung ihre Symptome verbergen, oder verharmlosen, im Rahmen der Routinebetreuung nicht nach ihrem psychischen Befinden gefragt werden oder eine Therapie nicht verfügbar ist.

Die in der Berner Studie gefundene Behandlungsrate von 16,7 % unterschätzt also wahrscheinlich die wahre Prävalenz von PPE, da sie die unbehandelten Fälle nicht enthält.

Behandlungsrelevante Diagnosen in Frauenkliniken

Bei stationär aufgenommenen Frauen werden für alle durchgeführten Behandlungen Diagnosen nach ICD10 registriert einschließlich psychischer Diagnosen. Diese Daten – so vermuteten die Autorinnen – könnten ebenfalls Hinweise auf die Prävalenz von perinatalen psychischen Erkrankungen geben. 97 % der Frauen gebären in der Schweiz im Krankenhaus. Der Datensatz erfasst mit knapp 90.000 Frauen alle schwangeren, gebärenden und post partum stationär behandelten Frauen des Jahres 2012. Von diesen Frauen wurden aber im Rahmen ihres stationären Aufent-

haltes nur 1,1 % wegen psychischer Erkrankungen beraten oder behandelt. Dies waren vermutlich vor allem schwerere Fälle, da sie in einem nicht-psychiatrischen Setting erkannt wurden. Dass eine große Zahl von Frauen bereits in der Schwangerschaft psychiatrische Leistungen bezog, wurde bei dem Klinikaufenthalt anlässlich der Geburt wahrscheinlich meist nicht erkannt. Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse über die weit verbreitete Furcht vor Stigmatisierung ist davon auszugehen, dass den GeburtshelferInnen im Krankenhaus PPE der von ihnen betreuten Frauen derzeit weitgehend verborgen bleiben.

Erfassung in der Hebammenbetreuung post partum

Nicht sehr anders ist die Situation, wenn freiberufliche Hebammen Frauen nach einer Geburt zu Hause betreuen, wie dies bei etwa 70 % der Geburten in der Schweiz der Fall ist (Erdin et al. 2015). Hebammen registrieren Depressionen und psychische Probleme bisher freiwillig und nach eigenem Ermessen, nicht nach Standardkriterien. Für das Jahr 2014 schloss die Studie 54.057 von Hebammen betreute Frauen ein. In der Schwangerschaftsbetreuung zeichneten Hebammen bei 2,9 % und im Wochenbett nach dem zehnten Tag bei 7,3 % der Frauen auf. Depressionen waren die Ursache für 16 % aller Wochenbettbesuche nach dem zehnten Tag post partum. Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt zeichneten Hebammen nur bei 2,1 % der betreuten Frauen psychische Probleme und Depressionen auf. Die Rate ist zwar ein Prozent höher als die Behandlungsrate in Frauenkliniken, aber um das Achtfache niedriger als der Bezug von psychiatrischen Leistungen laut der Versicherungsstatistik. Demnach unterschätzen Hebammen offenbar das Problem der PPE in der frühen Wochenbettbetreuung. Vermutlich beurteilen sie psychische Probleme als normale Anpassung oder die betreuten Frauen erwähnen psychische Probleme nicht. Hebammen äußerten vielfach, dass sie sich für die Betreuung von Frauen mit PPE schlecht ausgebildet fühlten (McCauley et al. 2011; Byatt et al. 2013), PPE nicht diagnostizieren könnten und mögliche Therapieangebote nicht kennen würden. Dies könnte die geringe Zahl ihrer Aufzeichnungen erklären.

Wie ändert sich die Häufigkeit von PPE im Zeitverlauf?

Diese Frage untersuchten die ForscherInnen mit den Versicherungsdaten über den Bezug von psychiatrischen Leistungen. Sie unterteilten die perinatale Periode in Dreimonatsintervalle und bezogen ein Trimester vor Eintritt der Schwangerschaft ein. In diesem letzten Trimester vor der Schwangerschaft war der Bezug psychiatrischer Leistungen mit 9,5 % am höchsten, nahm mit Eintritt der Schwangerschaft ab und war im zweiten Trimester der Schwangerschaft mit 5,8 % am niedrigsten. Von da an bis zum Ende des ersten Jahres nach der Geburt stiegen die Dreimonatsprävalenzraten kontinuierlich wieder auf den Wert vor der Schwangerschaft an. Die Abnahme während der Schwangerschaft ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass Frauen Medikamente spontan absetzten. Dies wird offenbar nicht durch die Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung kompensiert und birgt daher Risiken für den weiteren Verlauf der PPE.

Was sind die häufigsten perinatalen psychischen Erkrankungen?

Belastungs-, Anpassungs- und Angststörungen (ICD10-Diagnosegruppe F4) machten 31 % aller psychiatrischen Diagnosen in Frauenkliniken aus. Der Anteil depressiver Störungen (F3) an allen Diagnosen betrug 30 %. Bereits an dritter Stelle rangierten Störungen durch Abhängigkeiten von psychoaktiven Substanzen, wie Cannabis oder Opioide (F1; Tabakabhängigkeit als singuläre F-Diagnose wurde hier ausgeschlossen). Psychotische Erkrankungen wie Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen (Diagnosegruppe F2) betrug im stationären Setting der Frauenkliniken 3,4 % aller registrierten F-Diagnosen. Die Daten legen nahe, dass GeburtshelferInnen sich nicht nur auf die Erkennung von Depressionen konzentrieren, sondern auch Anpassungs- und Angststörungen und eine Vielzahl weiterer PPE berücksichtigen, die unterschiedliche Anforderungen an die geburtshilfliche Betreuung stellen.

Versorgung und Behandlung

Psychiatrische Leistungen der Grundversorgung werden in der Schweiz stationär oder ambulant, in Form von Medikamentenverordnungen, Konsultationen oder Psychotherapien erbracht. Außer den FachspezialistInnen können auch HausärztInnen oder GynäkologInnen Psychopharmaka verordnen und Beratungen durchführen. Die häufigste Behandlung in der Studie war die Medikation mit 50 %. Es ist unklar, ob diese hohe Rate bedürfnisgerecht ist. Es gibt Frauen, die in der Perinatalperiode nicht-medikamentöse Therapien bevorzugen (Dennis & Lee 2006; Battle et al. 2013). Diese sind aber nicht immer schnell verfügbar und gut in den Alltag mit Kindern zu integrieren. Beratungen durch PsychiaterInnen und PsychologInnen waren mit 20 % die zweithäufigste aller Behandlungen. Interessanterweise trugen HausärztInnen mit Konsultationen fast ebenso viel zu den Behandlungen bei wie die FachspezialistInnen. Eine australische Studie zeigt, dass HausärztInnen postnatale Depressionen wirksam behandeln können, besonders dann, wenn sie dabei PsychologInnen, spezialisierte Hebammen oder Pflegefachpersonen für kognitives Verhaltenstraining hinzuziehen (Milgrom et al. 2011). Dies war jedoch bei den HausärztInnen dieser Schweizer Studie nicht der Fall. Niedergelassene GynäkologInnen waren nicht nennenswert an den ambulanten psychiatrischen Behandlungen beteiligt, wie dies auch in den USA beobachtet wurde (Goodman & Tyer-Viola 2010).

Delegierte Psychotherapien machten weniger als 10 % der Behandlungen aus. Stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Abteilungen sowie psychische Diagnosen im Akutkrankenhaus waren selten (Berger et al. 2017). Insgesamt fanden die meisten Behandlungen ambulant statt. Niederschwellige, gut verfügbare Angebote entsprechen offenbar dem Bedarf der betroffenen Frauen. Hebammen als Primärversorgerinnen könnten in diesem Bereich zur psychischen Gesundheit von Frauen ebenfalls wirksam beitragen (Jardri et al. 2010; Milgrom et al. 2011; siehe auch Seite 26ff.). Eine wichtige Aufgabe von Hebammen ist es auch, der Tabuisierung dieser Krankheiten und der Stigmatisierung der Betroffenen entgegenzuwirken.

Ausblick

Die Daten über den Bezug von psychiatrischen Leistungen in der Perinatalzeit kommen der in der Literatur beschriebenen und der wahren Prävalenz von PPE in der Schweiz am nächsten. Sie zeigen, dass Hebammen in ihrer Praxis sehr häufig mit dem Problem von PPE konfrontiert sind. Diese Häufigkeit von PPE ist ihnen aber möglicherweise nicht bewusst. Der unterschiedliche Bezug von Leistungen in verschiedenen perinatalen Phasen, die hohe Rate an psychischen Problemen bereits vor der Schwangerschaft und die überwiegende Nutzung ambulanter Angebote weisen darauf hin, dass die Betreuung und Beratung an die jeweilige Situation der betroffenen Frau angepasst werden muss. Vor allem müssen der Schweregrad und die Art der vorliegenden PPE (siehe Abbildung) berücksichtigt werden. Wichtig ist auch, in welcher perinatalen Phase eine betroffene Frau sich befindet oder ob sie sich vor einer Stigmatisierung fürchtet. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, ob eine psychische Erkrankung bereits vor der Schwangerschaft diagnostiziert und behandelt wurde, ob sie vor der Schwangerschaft existierte, aber nicht behandelt wurde, oder ob die Erkrankung in der Perinatalphase erstmals auftrat.

Die niedrigen Diagnoseraten in Frauenkliniken und bei der Wochenbettbetreuung zu Hause deuten darauf hin, dass es eine große Herausforderung ist, überhaupt von psychischen Problemen der betreuten Frauen zu erfahren. Um Frauen mit PPE professionell beraten, der Furcht vor Stigmatisierung entgegenwirken und interdisziplinär zusammenarbeiten zu können, sollten sich Hebammen in Bezug auf perinatale psychische Erkrankungen weiterbilden. Die in der Perinatalphase häufigen Kontakte von Frauen mit Gesundheitsversorgern – außer Hebammen und Gynäkologinnen sind dies auch Haus- und KinderärztInnen oder kommunale Dienste – bieten eine große Chance, die psychische Gesundheit der Frauen zu verbessern und zu stärken.



Die Autorinnen

Dr. Anke Berger ist Hebamme und Biologin. Sie ist Dozentin in der Forschungsabteilung Geburtshilfe und leitet das Modul »Perinatale psychische Gesundheit« am Departement Gesundheit an der Berner Fachhochschule.
Kontakt: anke.berger@bfh.ch



Dr. phil. Nicole Bachmann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten.
Kontakt: nicole.bachmann@fhnw.ch



PD Dr. Eva Cignacco ist Hebamme und Pflegewissenschaftlerin. Sie leitet die Forschungsabteilung Geburtshilfe im Departement Gesundheit an der Berner Fachhochschule, Schweiz. Sie hat das Modul »Perinatale psychische Gesundheit«

mitentwickelt und ist zuständig für einzelne Lehreinheiten. Zudem ist sie Privatdozentin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel, Schweiz.

Kontakt: eva.cignacco@bfh.ch

Literatur

- Battle CL, Salisbury AL, Schofield CA, Ortiz-Hernandez S: Perinatal antidepressant use: understanding women's preferences and concerns. *J Psychiatr Pract.* 2013. 19(6): 443–53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277178/>
- Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O: German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Dtsch Med Wochenschr.* 1998 123(3), 35–40. <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-2007-1023895>
- Berger A, Bachman N, Signorell A, Oelhafen S, Cignacco E: Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Med Wkly.* 2017. 147:w14417, doi: <https://smw.ch/article/doi/smw.2017.14417>
- Boots Family Trust Alliance (Hrsg.): Perinatal mental health experiences of women and health professionals. Report. 2013. https://www.tommys.org/sites/default/files/Perinatal_Mental_Health_Experiences%20of%20women.pdf
- Byatt N, Biebel K, Friedman L, Debordes-Jackson G, Ziedonis D, Pbert L: Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals? *Gen Hosp Psychiatry.* 2013. 35(6):598–604. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.07.011> PubMed
- Cignacco E, Büchi S, Berger A: Aufgaben und Kompetenzen von Hebammen mit einer Spezialisierung im Bereich der perinatalen psychischen Gesundheit. *DHZ* 2017
- Dennis C-L, Chung-Lee L: Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. *Birth* 2006. 33(4):323–31. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x> PubMed
- Erdin R, Iljuschin I, van Gogh S, Schmid M, Pehlke-Milde J: T2015 Tätigkeitserfassung der frei praktizierenden Hebammen der Schweiz: Bericht zur Erhebung Zürich 2014. http://www.hebamme.ch/x_dnld/stat/Statistikbericht_2014_d.pdf
- Goodman JH, Tyer-Viola L: Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *J Womens Health (Larchmt).* 2010. 19(3):477–90. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2008.1352>
- Howard LM, Piot P, Stein A: No health without perinatal mental health. *The Lancet* 2014. 384(9956), 1723–1724. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)62040-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)62040-7.pdf)
- Jardri R, Maron M., Pelta J., Thomas P., Codaccioni X., Goudemand M, Delion P: Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post delivery: a quality improvement report. *Midwifery* 2010. 26: 622–629. [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(08\)00125-3/pdf](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(08)00125-3/pdf)
- Knight M, Nair M, Tuffnell D et al. (eds) on behalf of MBRRACE-UK: Saving lives, improving mothers' care—surveillance of maternal deaths in the UK 2012–14 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland: confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2009–14. University of Oxford 2016. <https://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/files/mbrace-uk/reports/MBRRACE-UK%20Maternal%20Report%202016%20-%20website.pdf>
- McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J: Midwives and assessment of perinatal mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2011. 18, 786–795. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x/epdf>
- Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, Ericksen J, Leigh B, Buist A, et al. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry* 2011. 11(1):95. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-11-95>
- Stein, A, Pearson R M, Goodman S H, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Pariante CM: Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet* 2014. 384(9956), 1800–1819. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- WHO/World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems. Geneva 2004. Deutsche Version: <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html> (letzter Zugriff für alle Links: 6.9.2017)

hebamedia-Buchtipps



Bettina Salis
Psychische Störungen im Wochenbett
Möglichkeiten der Hebammenkunst
141 S., 2. Aufl. 2016
Best.-Nr. 1505 · 34,95 €

Jetzt bestellen: www.hebamedia.de