

**Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences**

Bachelorarbeit

Im Studiengang Gesundheitswissenschaften (B. Sc.)

Postpartale Depression und psychosoziale Belastungsfaktoren im Wochenbett: eine Sekundärdatenanalyse

vorgelegt von

Carolin Radow 

Hamburg

Datum: 03.08.2022

Zitiert nach: APA 7th. edition (German)

Erstprüfer: Herr Dr. Ralf Reintjes (HAW Hamburg)

Zweitprüferin: Frau PD Dr.ⁿ Silke Pawils (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

Abstract

Hintergrund: Die postpartale Depression (PPD) ist mit einer Prävalenz von 10 bis 15 Prozent die häufigste psychische Erkrankung in der Zeit Rund um die Geburt. Eine unbehandelte PPD kann gravierende Folgen für das gesamte Familiensystem haben. Die frühzeitige Identifizierung und Therapieanbindung sind in der Versorgung der PPD Mütter von zentraler Bedeutung. Nach neusten Untersuchungen ist die Versorgung in Deutschland als unzureichend zu bewerten.

Methode: Im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse werden die Falldokumentationen der Babylots:innen analysiert. Zunächst werden die psychosozialen Belastungen der PPD-Mütter untersucht. Im Anschluss daran werden diese mit den psychosozialen Belastungsfaktoren der nicht PPD-Mütter verglichen. Die Daten werden mit Hilfe des Programms *IBM SPSS Statistic Version 26* ausgewertet.

Ergebnisse: Die Auswertung der Daten zeigt, dass bei den PPD-Müttern am häufigsten Belastungen durch psychische Belastung, sozialer Isolation und Partnerschaftskonflikten vorliegen. Im Vergleich haben PPD-Mütter signifikant weniger psychosoziale Belastungen als nicht PPD-Mütter ($t(702) = 2,23, p = 0,026$).

Diskussion: Die Studienergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass ein gruppensensibleres Arbeiten der Babylots:innen erforderlich ist. Durch das Einsetzen von validen Screening-Instrumenten können Frauen mit einem erhöhten Risiko auf PPD zuverlässig und frühzeitig identifiziert werden.

Schlagwörter: *Postpartale Depression- Psychosoziale Belastungen- Screening-Angebot Babylotse- Ambulante Versorgung*

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Hintergrund	3
	2.1. Die Postpartale Depression.....	3
	2.1.1. Symptome	4
	2.1.2. Diagnostik.....	6
	2.1.3. Begriffsbestimmung und Abgrenzung zu anderen postpartalen Krankheitsbildern....	7
	2.1.4. Prävalenz	8
	2.1.5. Ätiologie	8
	2.1.6. Folgen.....	8
	2.1.7. Therapie.....	11
	2.2. Psychosoziale Belastungen.....	13
	2.2.1. Begriffserklärung	13
	2.2.2. Psychosoziales Modell nach Bronfenbrenner	13
	2.2.3. Prävalenz	15
	2.2.4. Psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren einer PPD	17
	2.2.5. Diagnostik/ Screening-Instrumente für sozial belastete Familien	19
	2.2.6. Folgen.....	20
3.	Fragestellung und Zielsetzung	21
4.	Methode	22
	4.1. Beschreibung des Babylotsenangebots.....	22
	4.2. Babylots:innen in der ambulanten Medizin.....	23
	4.3. Erhebungsinstrumente.....	25
	4.3.1. Wilhelm	25
	4.3.2. EPDS	25
	4.4. Stichprobenziehung.....	26
	4.5. Statistische Auswertungen	26
5.	Ergebnisse	30

5.1. Stichprobenbeschreibung	30
5.2. Psychosoziale Belastungen der Stichprobe	33
5.3. Gruppenvergleichende Statistik	35
5.4. Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse.....	36
6. Diskussion.....	38
6.1. Limitation	39
7. Fazit und Handlungsempfehlungen	41
Literaturverzeichnis	42
Anhang 1 Die EPDS.....	49
Anhang 2 Das Risiko-Inventar "Wilhelm"	51
Anhang 3 SPSS Syntax.....	53
Eidesstattliche Erklärung	59

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Therapeutische Empfehlungen bei PPD aus Härtl et al., 2006	12
Abbildung 2: Erweiterte Darstellung des Ökosystem nach Bronfenbrenner (1970) aus Okan et al. (2018)	14
Abbildung 3: Prozessablauf des Babylotsen Programm (SeeYou, 2021)	23
Abbildung 4: Prozessablauf des Babylotsen-Programm im ambulanten Sektor aus Jahresendbericht der Stiftung SeeYou 2020 (eigene Darstellung)	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Symptome der Depression mit Ergänzung um Besonderheiten der PPD (eigene Darstellung nach Hübner-Liebermann et al., 2012)	5
Tabelle 2: Beschreibung der 25 verwendeten Risikofaktoren und Häufigkeiten innerhalb von 6 Belastungsdimensionen (eigene Darstellung nach Lorenz et al., 2020)	16
Tabelle 3: Übersicht der original- und neuen Variablen	27
Tabelle 4: Kontaktaufnahme Angebot Babylotse.....	30
Tabelle 5 Übersicht der Stichprobenverteilung.....	32
Tabelle 6: Psychosoziale Belastungsfaktoren der Gesamtstichprobe.....	33
Tabelle 7: Häufigkeiten der psychosozialen Belastungsfaktoren in den Gruppen EPDS<10 und EPDS≥10 (N = 704)	34
Tabelle 8: Anzahl der Belastungen in den Gruppen EPDS<10 und EPDS≥10.....	35

Abkürzungsverzeichnis

DSM- 5	fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
H0	Nullhypothese
H1	Alternativhypothese
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10. Revision
KiD 0-3	Studienprogramm „Kinder in Deutschland 0-3“
MFA	Medizinische:r Fachangestellte:r
PPD	Postpartale Depression
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
SGB II	Zweites Sozialgesetzbuch
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

1. Einleitung

Frauen müssen während der Schwangerschaft und nach der Geburt physische, psychische und soziale Anpassungsleistungen vollbringen (Dorsch & Rohde, 2016). Vor diesem Hintergrund ist es in dieser lebensverändernden Phase schwierig normale Anpassungsvorgänge von postpartal psychischen Störungen abzugrenzen. Die Postpartale Depression (PPD) ist zahlenmäßig die häufigste Komplikation nach der Geburt eines Kindes (Pawils et al., 2022). Die Prävalenzrate liegt zwischen 10 bis 15 Prozent, wobei die PPD in Deutschland noch immer unterdiagnostiziert ist (Dorsch & Rohde, 2016). Eine unbehandelte oder zu spät diagnostizierte PPD kann für das gesamte Familiensystem schwerwiegende Folgen haben (Schipper-Kochems et al., 2019). Neben der Gefahr der Chronifizierung, welches in seltenen Fällen zum Suizid oder sogar Infantizid führen kann, kann eine PPD zu Störungen in der Mutter- Kind- Interaktion führen und die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen (Dorsch & Rohde, 2016). Zudem zählen elterliche affektive Störungen zu den wichtigsten Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung (Pawils et al., 2016). Nach neusten Untersuchungen sind die Früherkennungen und Weiterleitungen in Deutschland von PPD Patientinnen noch immer als unzureichend zu bewerten. Darüber hinaus werden aus Scham- und Schulgefühlen sowie durch Nichtwissen mögliche Hilfsangebote von Betroffenen nicht rechtzeitig wahrgenommen (Pawils et al., 2022).

In der Zeit rund um die Geburt sind Frauen durch Schwangerschafts- und Kindervoruntersuchungen gut in das Gesundheitssystem eingebunden. Das Angebot der Babylotsen bietet in dieser Lebensphase präventive Unterstützung und wird in kooperierenden ambulanten sowie stationären gynäkologischen und pädiatrischen Gesundheitseinrichtungen offeriert. Ziel des Angebotes ist es, die Familien mit psychosozialen Belastungen frühzeitig zu identifizieren und bei Bedarf an passgenaue Hilfsangebote überzuleiten. Ergänzend dazu füllen die jungen Mütter sechs bis acht Wochen nach der Entbindung die *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) aus (SeeYou, 2020). Die EPDS ist ein weltweit eingesetztes und gut validiertes Screening-Instrument und gibt erste Hinweise auf das Vorliegen einer PPD. Bislang konnte keine Maßnahme der Primärprävention vielversprechenden Ergebnisse erzielen (Pawils et al., 2016). Daher ist die frühzeitige Identifizierung und rechtzeitige Inanspruchnahme von Hilfsangeboten in der Versorgung der PPD Patientinnen von entscheidender Bedeutung (Pawils et al., 2022).

Vor diesem Hintergrund werden in dieser Bachelorarbeit die psychosozialen Belastungsfaktoren der Patientinnen mit einem erhöhten Risiko auf eine PPD untersucht. Im Folgenden wird bewusst auf die Nutzung des Begriffs „Patientin“ verzichtet, da der Fokus nicht auf der ärztlichen/medizinischen Behandlung liegt. Stattdessen wird im Allgemeinen die Bezeichnung „Mutter“ verwendet.

Im weiteren Verlauf findet ein Vergleich der Belastungsfaktoren zwischen den Müttern mit einem auffällig erhöhten Risiko auf eine PPD und den Müttern, die kein Risiko aufweisen statt. Die vorliegende Bachelorarbeit basiert auf einer Sekundärdatenanalyse der Babylotsendaten, die zwischen 2017 und 2019 in Hamburg und Umgebung erhoben wurden. Zu Beginn wird der Hintergrund der PPD erläutert. Neben der Definition des Krankheitsbildes werden die Folgen, Therapiemöglichkeiten und Abgrenzungen zu anderen postpartalen Störungen dargelegt. Daraufhin folgt eine Definition zu den psychosozialen Belastungsfaktoren sowie die Folgen auf die menschliche Gesundheit anhand von Studienergebnissen und dem Modell Bronfenbrenners. Im Anschluss daran folgen die Kapitel zur Fragestellung und Methodik der Arbeit. Anschließend werden die Ergebnisse der uni- und bivariaten Datenanalyse dargestellt und in einem weiteren Schritt mit den Ergebnissen der Studie „Kinder in Deutschland 0-3“ (KiD 0-3) verglichen. In der Diskussion werden die Ergebnisse noch einmal kurz zusammengefasst und vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstandes diskutiert. Abschließend wird ein Fazit gezogen und verschiedene Handlungsempfehlungen aufgezeigt.

2. Hintergrund

2.1. Die Postpartale Depression

Die amerikanische Forscherin Cheryl Tatano Beck beschrieb die PPD in einer ihrer Arbeiten als „*thief that steals motherhood*“ (Beck, 1999).

Nach Riechler-Rössler (2015) wird unter einer postpartalen Depression (PPD) „[...]alle schweren, länger andauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankung en verstanden, die innerhalb des ersten Jahres nach der Entbindung auftreten oder bestehen“ (Riecher-Rössler, 2015 S. 149). Die PPD zählt zu den häufigsten psychischen Erkrankungen der Frau im Zeitraum der Geburt und Schwangerschaft (Pawils et al., 2016). Nicht nur in Deutschland ist die Versorgung als unzureichend zu bewerten. Auch im internationalen Vergleich ist die frühzeitige Identifizierung und Therapieanbindung der PPD häufig nicht gegeben (Pawils et al., 2022). Die PPD ist ein bedeutendes psychisches Gesundheitsproblem, welches Frauen auf der ganzen Welt betrifft (O`Haire & McCabe, 2013).

Begriffsbestimmung

Die postpartale Depression ist umgangssprachlich unter dem Begriff „Wochenbettdepression“ bekannt (Dorsch & Rohde, 2016). Als Wochenbett bezeichnet man den Zeitraum der Rückbildung der schwangerschaftsbedingten Veränderungen nach der Geburt. Das Wochenbett dauert etwa sechs bis acht Wochen (Goerke, 2020).

Der Begriff *postpartal* stammt aus dem lateinischen und bedeutet „nach der Geburt auftretend“ (PONS GmbH, 2022). In verschiedenen Forschungsarbeiten wird auch der Begriff der *peripartalen* Depression verwendet. Die *peripartale* Depression umfasst die in der Schwangerschaft beginnende *antepartale* Depression sowie die nach der Entbindung auftretende postpartale Depression (DGPPN, 2015). In der vorliegenden Bachelorarbeit werden im Folgenden die Depressionen vor und während der Schwangerschaft nicht näher betrachtet.

Die PPD ist keine eigenständige Krankheitseinheit, da sie einer psychischen Störung entspricht, die auch außerhalb der Postpartalzeit auftreten kann (Schipper-Kochems et al., 2019). Im ICD-10 wird die PPD den affektiven Störungen zugeordnet. Zusätzlich kann die Verbindung zum Wochenbett dokumentiert werden (Dorn & Mautner, 2018). Des Weiteren kann der Schweregrad der PPD in leicht, mittelschwer und schwer unterschieden werden (Hübner-Liebermann et al., 2012). Für die Diagnosecodierung im ICD-10 sollten die

Symptome innerhalb der ersten sechs Wochen postpartal auftreten und mindestens zwei Wochen bestehen (Dorn & Mautner, 2018).

Anders als im ICD-10, beinhaltet das Klassifikationssystem DSM-V eine eigene Subkategorie für Depressionen in der Schwangerschaft sowie in den ersten vier Wochen postpartal (Schipper-Kochems et al., 2019). Trotz der zeitlichen Einteilung in beiden Diagnosemanualen wird aus wissenschaftlicher Sicht und aus klinischen Gesichtspunkten das Vorkommen der PPD auf sechs bis zwölf Monate nach Entbindung ausgedehnt (Kühner, 2016)

2.1.1. Symptome

Das klinische Bild der PPD unterscheidet sich nicht von anderen depressiven Episoden, welche unabhängig von einer Schwangerschaft auftreten (Dorsch & Rohde, 2016) Dennoch werden depressive Erkrankungen in dieser Zeit häufig nicht wahrgenommen, da die Belastungen aufgrund der jungen Mutterschaft als Ursache angesehen werden (Riecher-Rössler, 2015). Die Symptome einer PPD entwickeln sich schleichend während der ersten Wochen nach der Entbindung und können sich im Verlauf des gesamten ersten postpartalen Jahres manifestieren (Dorsch & Rohde, 2016).

Zu den Kernsymptomen der PPD gehören depressive Stimmungen wie Freudlosigkeit, Interessenverlust, Antriebsminderung sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit (Dorn & Mautner, 2018) Hinzu kommen thematische Symptome mit Bezug zur Mutterschaft wie beispielsweise Schuld- und Versagensängste in Form von Zweifel, an die eigene Qualität der neuen Mutterschaft oder das Gefühl, dass eigene Baby nicht lieben zu können (Dorsch & Rohde, 2016; Hübner-Liebermann et al., 2012). Basierend auf Meta-Analysen veröffentlichten Hübner-Liebermann et al. (2012) eine Übersicht von Symptomen der Depression mit der Ergänzung um Besonderheiten der PPD in *Tabelle 1* (Hübner-Liebermann et al., 2012).

Tabelle 1: Symptome der Depression mit Ergänzung um Besonderheiten der PPD (eigene Darstellung nach Hübner-Liebermann et al. 2012)

Hauptsymptome
<ul style="list-style-type: none"> • gedrückte, depressive Stimmung • Interessenverlust, Freudlosigkeit • Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
Zusatzsymptome
<ul style="list-style-type: none"> • verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit • vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen • Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit • Negative, pessimistische Zukunftsperspektiven • Suizidgedanken/-handlungen • Schlafstörungen • Verminderter Appetit
Symptome bei PPD
<ul style="list-style-type: none"> • Stillprobleme • Zwangsgedanken, -impulse, das Kind betreffend • Ambivalente Gefühle, Gefühlslosigkeit gegenüber dem Kind • Versagungsängste, Insuffizienzgefühle als Mutter • Häufiges Erwachen vor dem Kind

Nach Rohde (2001) werden zudem drei Prägnanztypen der PPD mit unterschiedlicher Hauptsymptomatik beschrieben (Rohde, 2001).

Der Insuffizienztyp

Der Insuffizienztyp ist geprägt von Insuffizienz- und Schuldgefühlen sowie weiteren depressiven Symptomen wie beispielsweise Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Appetitstörungen (Rohde, 2001). Im Vordergrund steht die Überzeugung eine schlechte Mutter zu sein, wie auch den eigenen Erwartungen an die Muttergefühle nicht entsprechen zu können. Der Insuffizienztyp kommt in der klinischen Praxis am häufigsten vor. Diese Form kann leicht chronifizieren wie auch zu einer Verstärkung der Symptomatik bis hin zur Suizidalität führen (Dorsch & Rohde, 2016).

Der Zwangstyp

Der Zwangstyp kommt in der Praxis weniger häufig vor und ist für die Betroffenen mit im Vordergrund stehender Zwangssymptomatik geprägt. Diese Mütter haben ausgeprägte Scham- und Schuldgefühle, da sie Gedanken überkommen, dem eigenen Kind etwas anzutun (Dorsch & Rohde, 2016). Hinzu kommen Symptome in Form von Angst vor Vermeidungsverhalten und Kontrollverlust (Rohde, 2001).

Der Paniktyp

Der Paniktyp ist gekennzeichnet durch das Vorkommen von Angst- und Panikattacken. Dieser Pränanztyp tritt in der Praxis eher selten auf, stellt aber für Betroffene und Ihre Familien eine große Belastung dar. Die Panikattacken sind ein Teil der depressiven Symptomatik und können durch die Besserung der Depression wieder abklingen (Dorsch & Rohde, 2016).

2.1.2. Diagnostik

In Deutschland hat sich bisher kein flächendeckendes Routine-Screening etabliert, weshalb die PPD noch immer unter- bzw. zu spät diagnostiziert wird (Dorsch & Rohde, 2016; Pawils et al., 2022). Zur ersten Identifikation von postpartalen Ängsten und Depressionen eignet sich die *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Diese ist in der Praxis ein häufig verwendetes Screening-Instrument und wird in der nationalen AWMF-S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. zur unipolaren Depression empfohlen. Die EPDS wird im Kapitel 4.3.2. noch einmal genauer beschrieben und wird zur Vollständigkeit im Anhang (Anhang 1) zu finden sein. Weitere Screening-Instrumente sind beispielsweise der *Patient Health Questionnaire (PHQ)*, die *Bromley Postnatal Depression Scale*, die *Postpartum Depression Checklist* und der 2-Fragen-Test (DGPPN 2015; Pawils et al., 2016). Zum weiteren diagnostischen Verfahren gehört der Ausschluss von organischen Ursachen sowie ein klinisches Interview (Dorn & Mautner, 2018; Pawils et al., 2022).

2.1.3. Begriffsbestimmung und Abgrenzung zu anderen postpartalen Krankheitsbildern

Abzugrenzen ist die PPD von der postpartalen Dysphorie dem sogenannten „Baby Blues“ und der postpartalen Psychose (Reck, 2014).

Postpartale Dysphorie

Etwa 50 bis 70 Prozent der Wöchnerinnen leiden um den dritten bis fünften Tag postpartum unter den Symptomen der postpartalen Dysphorie. Diese sind gekennzeichnet anhand von Stimmungsschwankungen zwischen Euphorie und Weinerlichkeit sowie erhöhter Empfindlichkeit und Reizbarkeit. Die Symptome dauern wenige Stunden bis Tage an. Die Ursache der postpartalen Dysphorie ist der Hormonabfall der weiblichen Geschlechtshormone. So fallen beispielsweise Östrogen und Progesteron auf ihr Normalniveau zurück, wohingegen sie in der Schwangerschaft um ein 200-faches erhöht waren. Da es sich um einen physiologischen Anpassungsvorgang handelt, ist eine spezifische Behandlung nicht erforderlich. In den Medizinischen Manualen ist auch keine Codierung hierfür vorgesehen (Dorsch & Rohde, 2016).

Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose kommt mit einer Prävalenz von 0,1-0,2 Prozent zwar eher selten vor, gehört aber aufgrund des langwierigen Verlaufs zu einem der schwersten Störungsbilder der Psychiatrie. Im Gegensatz zur postpartalen Depression, die sich schleichend über Wochen entwickeln kann, beginnen bei 75 Prozent der Patientinnen die Symptome bereits in den ersten zwei Wochen nach der Geburt. Bei 50 Prozent der Frauen treten bereits erste Krankheitsanzeichen zwischen dem ersten und dritten postpartalen Tag auf. Zu den häufigsten Symptomen nach einer Entbindung gehören die bipolaren affektiven (manischen) oder schizoaffektiven (schizomanischen) Symptome. Ebenso können akute polymorphe Psychosen, die mit einer ausgeprägten Antriebssteigerung, Erregung und desorganisiertem Verhalten einhergehen, auftreten (Dorsch & Rohde, 2016). Es können zudem auch „negative“ Symptome wie Apathie und verflachter bzw. inadäquater Affekt auftreten (Hübner-Liebermann et al., 2012). Aufgrund der schweren Symptomatik sollte die Therapie unmittelbar durch einen stationären psychiatrischen Aufenthalt erfolgen. Die zusätzliche medikamentöse Therapie richtet sich nach dem klinischen Bild (Dorsch & Rohde, 2016). Etwa 25 bis 50 Prozent der Frauen, die eine postpartale Psychose entwickelten, haben eine bipolare Vorerkrankung (Hübner-Liebermann et al., 2012).

2.1.4. Prävalenz

Die PPD ist mit einer Prävalenz von 10-15 Prozent die häufigste psychische Erkrankung in der Zeit nach der Geburt (Schipper-Kochems et al., 2019). Diese meist in der Literatur verwendete Prävalenzrate wurde aus Studien entnommen, die in westlichen und wirtschaftlich entwickelten Ländern durchgeführt wurden (Halbreich & Karkun, 2006).

In einer Studie aus Deutschland von Ballestrem et al. (2005) konnte eine Prävalenz von 3,6 Prozent aus einer Stichprobe von 722 Müttern ermittelt werden. Allerdings gibt es nur wenig empirische Studien in Deutschland über das Vorhandensein einer PPD bei jungen Müttern (Pawils et al., 2016). International zeigen sich große Unterschiede bezüglich der Prävalenzen der PPD. In einer Meta-Analyse von Halbreich und Karkun (2006) wurden 143 Studien aus 40 Ländern ausgewertet. Die Prävalenzrate der PPD wurde von 0 Prozent bis fast zu 60 Prozent unterschiedlich erfasst (Halbreich & Karkun, 2006). In Ländern mit einem niedrigem bis mittlerem Einkommen lassen sich höhere Prävalenzraten beobachten (Dorsch & Rohde, 2016).

2.1.5. Ätiologie

Die genaue Ätiopathogenese der PPD ist bislang noch nicht vollständig geklärt (Letourneau et al., 2012). Die Entstehung einer PPD kann durch mehrere Faktoren begünstigt werden und wird in der Literatur als multifaktorielle Genese beschrieben. Es können sowohl biologische, psychische und soziale Faktoren die Entstehung einer PPD begünstigen (Kühner, 2016). Als mögliche biologische Ursache gehen die Veränderungen der Hormone in der frühen postpartalen Phase aus Studien hervor (Pearlstein et al., 2009).

Psychosoziale Risikofaktoren, die mit der Entstehung einer PPD in Zusammenhang stehen werden im Kapitel 2.2.4. noch einmal näher betrachtet. Wissenschaftliche Untersuchungen zu Strategien der pränatalen Prävention haben in der Praxis gezeigt, dass aus dem Vorhandensein oder Fehlen von Risikofaktoren nicht sicher abgeleitet werden kann, ob eine Frau an einer PPD erkrankt oder nicht (Dorsch & Rohde, 2016).

2.1.6. Folgen

Die PPD kann viele Monate und nicht selten bis zu einem Jahr anhalten (Härtl et al., 2006). Dabei kann die PPD die betroffene Mutter in vielerlei Hinsichten beeinträchtigen. Eine

unbehandelte PPD kann langanhaltende negative Auswirkungen auf das Kind, die Partnerschaft und andere Familienmitglieder haben (Schipper-Kochems et al., 2019).

Folgen für die Mutter

Neben den allgemeinen Beeinträchtigungen die mit einer PPD einhergehen, steigt die Gefahr eines Rezidivrisikos sowie der Chronifizierung. Im schlimmsten Fall kann die PPD zum Suizid oder sogar Infantizid führen (Schipper-Kochems et al., 2019).

Der Infantizid kommt mit einer Häufigkeit von 1: 50 000 allerdings sehr selten vor (Riecher-Rössler & Andreou, 2016). Pearlstein et al. (2009) identifizierten in der Meta-analyse mehrere Studien, welche belegen, dass die Raten an Suiziden und Suizidversuchen in der Zeit Rund um die Geburt insgesamt niedriger sind als zu anderen Zeiten im Leben einer Frau. Gleichzeitig wurde jedoch festgestellt, dass Suizide im perinatalen Zeitraum mit gewalttätigeren und tödlicheren Mitteln vollendet wurden (Pearlstein et al., 2009).

Auswirkungen auf die Mutter-Kind Interaktion und Mutter-Kind-Beziehung

Die PPD beeinflusst nicht nur die Art und Weise, wie eine Mutter auf die Grundbedürfnisse ihres Kindes eingeht sondern auch das Interaktionsverhalten (O`Haire & McCabe, 2013).

Mütter mit PPD zeigen häufiger eine geringere Sensibilität in der Interaktion mit ihren Säuglingen, sprechen langsamer und sind weniger liebevoll sowie ängstlicher als nicht depressive Mütter (Letourneau et al., 2012). Zusätzlich ist ein Mangel an mimischen und stimmlichen Interaktionsversuchen, als auch weniger körperliche Berührungen mit den Kindern zu beobachten (Schipper-Kochems et al., 2019). Aus einer weiteren Studie von Malphurs et. al (1996) geht hervor, dass depressive Mütter mindestens zwei verschiedene Interaktionsstile haben. Zum einen konnte ein aufdringlicher, kontrollierender und überstimulierter Stil, zum anderen ein passiver, zurückgezogener und unterstimulierender Stil beobachtet werden (Field, 2010).

Depressive Mütter wenden signifikant eher riskante Erziehungspraktiken wie beispielsweise körperliche Bestrafung an als nicht depressive Mütter. Ebenso treffen sie weniger häusliche Sicherheitsvorkehrungen für das Kind und nehmen häufiger nicht an Voruntersuchungen teil (Letourneau et al., 2012). Weitere Untersuchungen deuten darauf hin, dass depressiven Müttern eher ihre Kinder missbrauchen und vernachlässigen als Mütter ohne PPD (O`Haire & McCabe, 2013).

Eine Metaanalyse von Lovejoy et al. (2000) ergab, dass depressive Mütter in den ersten drei Lebensmonaten des Kindes reizbarer und feindseliger waren, weniger Emotionen und Wärme zeigten, sich geringer engagierten und weniger mit ihren Kindern spielten (Field, 2010). Auch wenn die Symptome der PPD zurückgingen, konnte ein Jahr nach der Geburt

weiterhin eine Störung in der Mutter-Kind-Beziehung beobachtet werden (Letourneau et al., 2012).

Folgen für das Kind

Säuglinge und Kinder, die mit einer mütterlichen Depression in Verbindung gebracht werden, haben häufiger Schlafprobleme, Temperamentschwierigkeiten und leiden an exzessiven Schreien sowie an Koliken. In der Studie von Salisbury et al. (2007) wurden mehr als 600 Säuglinge untersucht. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass Säuglinge von Müttern mit PPD unter einer schlechteren Selbstregulierung leiden, mehr Stressanzeichen haben sowie eine erhöhte Erregung aufweisen als Säuglinge von Müttern ohne PPD (Pearlstein et al., 2009).

Die Folgen einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung werden mit Verhaltensproblemen, einem schlechteren Gesundheitszustand, einer geringeren intellektuellen und motorischen Entwicklung, einem niedrigeren Selbstwertgefühl und einer niedrigeren Sprachleistung in Verbindung gebracht (Letourneau et al., 2012). Ebenso kann das Kind Jahre später soziale, kognitive und emotionale Einschränkungen aufweisen (Schipper-Kochems et al., 2019). Anhaltende unbehandelte mütterliche Depressionen werden mit gewalttätigen Verhalten und externalisierenden Störungen sowie mit psychischen und physischen Störungen im Jugendalter in Verbindung gebracht (Pearlstein et al., 2009).

Folgen für den Vater

Die depressive Episode der Mutter und deren Auswirkungen sind ein potenzieller Risikofaktor für die Entwicklung einer depressiven Verstimmung des Vaters. Männer können ebenso an postpartalen psychischen Störungen wie Depressionen, Psychosen und Angststörungen nach der Geburt eines Kindes erkranken. In erster Linie entwickeln sich hier depressive Störungen (Dorsch & Rohde, 2016). In einer Studie von Gawlik et al. (2014) über die Prävalenz der väterlichen Depressivität in Deutschland, wurde eine Prävalenzrate von 7,8% ermittelt (Gawlik et al., 2014).

Forschungsarbeiten speziell auf die Auswirkungen der PPD auf die Geschwister konnten während der Literaturrecherche für die vorliegende Arbeit nicht gefunden werden.

2.1.7. Therapie

Handelt es sich bei der Frau um eine Erstmanifestation einer depressiven Störung, ist diese in der Regel gut behandelbar (Dorsch & Rohde, 2016). Eine frühzeitige Behandlung der betroffenen Frauen ist im Hinblick auf die Folgen von entscheidender Bedeutung (Pawils et al., 2022). Im nachfolgenden werden mögliche Behandlungsmethoden aufgeführt.

Nach der aktuellen Leitlinie für unipolare Depression wird ein multimodaler Ansatz aus medikamentöser, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Therapie empfohlen (Dorsch & Rohde, 2016). Weitere mögliche Therapiebausteine sind die Einbindung von Angehörigen und die Psychoedukation (Hübner-Liebermann et al., 2012). Die Aufklärung über die Erkrankung (Psychoedukation) kann zur Entlastung von Schuldgefühlen der Mutter führen und die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten fördern (Pawils et al., 2022). Die Therapie der PPD orientiert sich an der Behandlung von Depressionen in anderen Lebensphase, wobei es einige Besonderheiten hinsichtlich der Pharmakotherapie zu beachten gibt (Riecher-Rössler, 2015).

Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Behandlung erfolgt durch die Gabe eines Antidepressivums, welches an die Zielsymptomatik angepasst ist (Dorn & Mautner, 2018). Das Antidepressivum sollte als Monotherapie und in möglichst niedriger Dosis verabreicht werden. Dadurch besteht die Möglichkeit das Stillen trotz der medikamentösen Therapie weiterzuführen (Hübner-Liebermann et al., 2012) Im Vorfeld an die medikamentöse Therapie sollte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen (Dorsch & Rohde, 2016). Dabei werden die positiven Auswirkungen des Stillens mit den möglichen Nebenwirkungen auf das Kind abgewogen (Dorn & Mautner, 2018). Werden Hinweise auf unerwünschte Nebenwirkungen beim Neugeborenen entdeckt, ist das Abstillen zu empfehlen (Riecher-Rössler & Andreou, 2016) Ebenso bei der Verwendung mehrerer Substanzen und hoher Dosierungen (Hübner-Liebermann et al., 2012).

Psychotherapeutische Verfahren

Aus Angst vor negativen Folgen durch die medikamentöse Therapie, werden psychotherapeutische und psychosoziale Strategien von betroffenen Müttern bevorzugt angenommen (Dorn & Mautner, 2018). Hierfür eignen sich evaluierte Verfahren wie die kognitive Verhaltenstherapie oder die interpersonelle Psychotherapie. Zusätzliche Alternativverfahren können beispielsweise aus Hypnose, Lichttherapie, Akupunktur,

Massage und Zufuhr von Omega-3-Fettsäuren bestehen. Allerdings existiert zu diesen Therapieverfahren derzeit keine ausreichende empirische Evidenz (DGPPN, 2015). Das Schaubild in *Abbildung 1* nach Härtl et al. (2006) gibt einen Überblick zu den therapeutischen Empfehlungen beim Auftreten einer PPD (Härtl et al., 2006). Die Behandlung kann im ambulanten oder stationären Setting erfolgen und ist abhängig von der Ausprägung und dem Schweregrad der Symptomatik (Schipper-Kochems et al., 2019). Eine stationäre Behandlung ist bei einer schweren Form der Depression, insbesondere wenn die Gefahr eines Suizids besteht, unumgänglich (Riecher-Rössler, 2015). Dabei sollte die anhaltende Trennung von Mutter und Kind verhindert werden. In Deutschland gibt es hierfür psychiatrische Kliniken mit speziellen Mutter-Kind-Einheiten (Hübner-Liebermann et al., 2012).

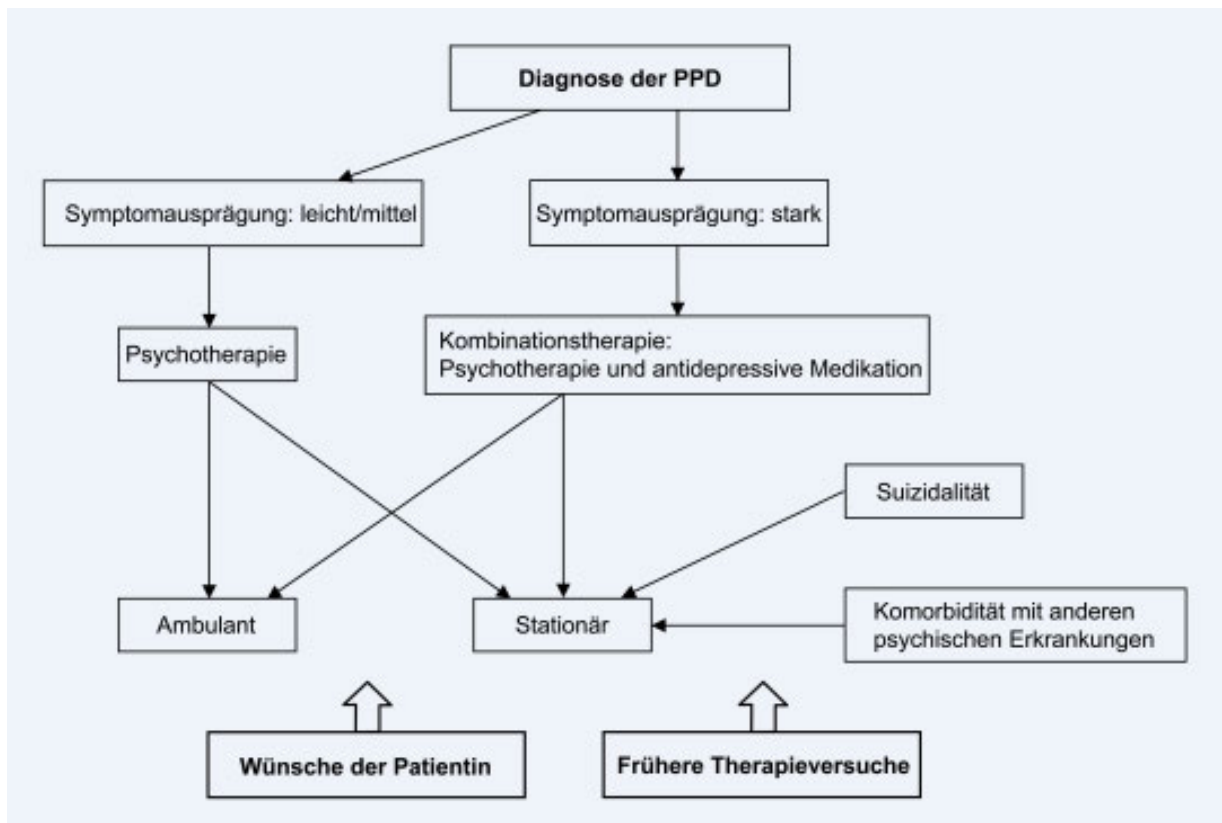


Abbildung 1: Therapeutische Empfehlungen bei PPD aus Härtl et al. 2006

Weitere Möglichkeiten bestehen in der Inanspruchnahme aus niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten. Diese können beispielsweise alltagspraktische Unterstützung sein wie auch Interventionen, welche die Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern fördern (Dorsch & Rohde, 2016). In Deutschland gibt es hierfür die Netzwerke „Frühe Hilfen“. Diese bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für (werdende) Eltern und Kinder

von null bis drei Jahren (Dorsch & Rohde). Weitere Anlaufstellen sind Selbsthilfegruppen sowie Schwangeren- bzw. Familienberatungsstellen (Dorn & Mautner, 2018).

2.2. Psychosoziale Belastungen

In den Abschnitten „Prävalenz“ und „Diagnostik“ werden die Ergebnisse sowie die Methodik der repräsentativen Querschnittstudie „Kinder in Deutschland 0-3“ (KiD 0-3) die zur Erfassung von psychosozialen Belastungen in Familien durchgeführt wurde, herangezogen.

2015 wurden die Daten von 8063 Müttern und Vätern während einer der Früherkennungsuntersuchung U3 bis U7a in niedergelassenen Kinderarztpraxen mittels selbstauszufüllenden Fragebogens erhoben. Dabei wurden Daten zu biografischen und perinatalen Besonderheiten sowie zu psychosozialen Belastungsmerkmalen erfasst (Lorenz et al., 2020)

2.2.1. Begriffserklärung

Psychosoziale Belastungen können in allen Lebensphasen die Gesundheit beeinflussen (Peter, 2009). Unter dem Begriff „psychosoziale Belastungen“ werden alle psychischen und sozialen Faktoren verstanden, die auf eine Person einwirken und zur Überforderung der individuellen Ressourcen führen können (Bengel, 2016). Auf den Ebenen der Mikro- und Mesosozialogie stellen psychosoziale Faktoren wichtige Größen dar. Hierzu zählen die Faktoren wie soziale Vernetzung und Unterstützung sowie berufliche als auch außerberufliche Faktoren (Peter, 2009).

2.2.2. Psychosoziales Modell nach Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner entwickelte in den späten 1970er den „ökosystemischen“ Ansatz“ der menschlichen Entwicklung. Dieser legt den Fokus nicht isoliert auf das Individuum, sondern bezieht die wechselseitigen Einflussprozesse der Umgebung mit ein. Die Entwicklung des Menschen vollzieht sich nach Bronfenbrenner in Systemen, die aus ineinander verschachtelten Strukturen besteht (Lohaus & Vierhaus, 2019). Das Modell Bronfenbrenners findet nicht nur in der Entwicklungspsychologie Anwendung, sondern auch in der Gesundheitsförderung. In der Gesundheitsförderung sind soziokulturelle, sozialökologische, ökonomische und materielle Lebensbedingungen von Bedeutung, die einen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen haben (Okan et al., 2018). Für das

Verständnis des Modells ist die Bedeutung der Wechselwirkung der Determinanten der Gesundheit entscheidend (Blättner & Waller, 2018). *Abbildung 2* verschafft einen Überblick über die Umweltsysteme Bronfenbrenners mit dazugehörigen Beispielen.

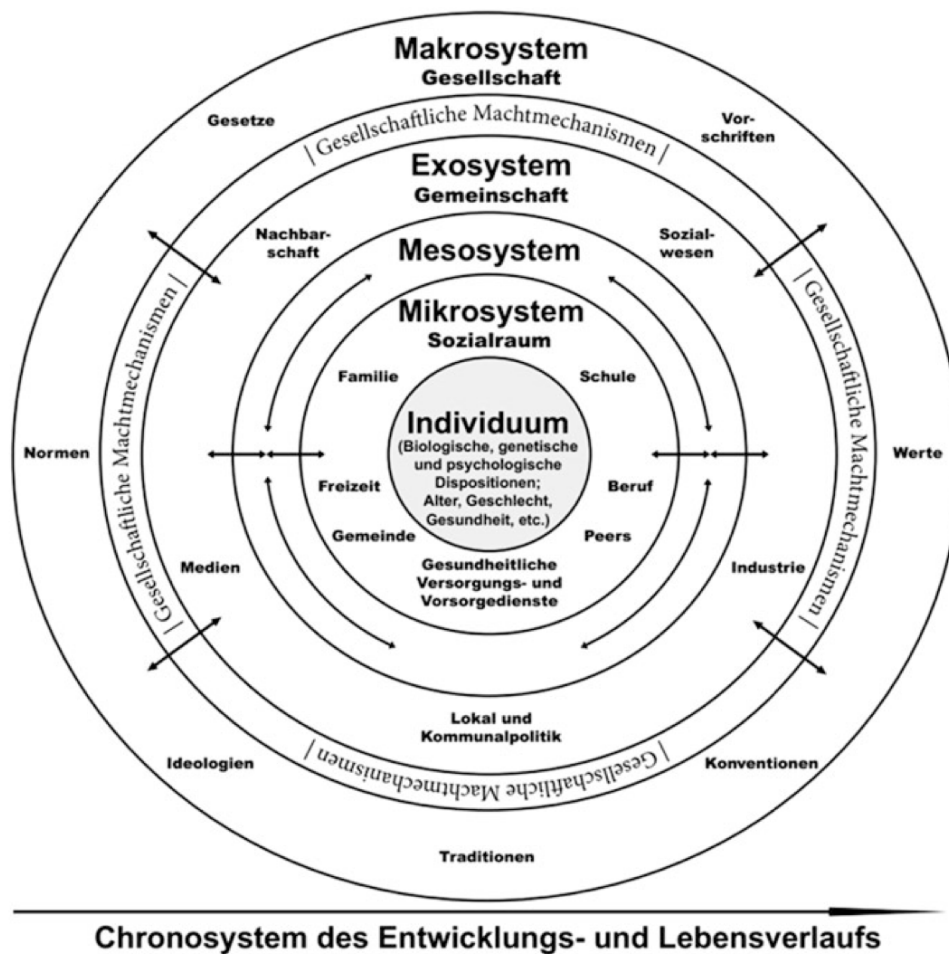


Abbildung 2: Erweiterte Darstellung des Ökosystem nach Bronfenbrenner (1970) aus Okan et al. (2018)

Der ökosystemische Ansatz eignet sich für die Beschreibung der Effekte, die sich durch Beziehungsdynamiken und Spannungen während der gesamten Lebenszeit zwischen einer Person und der Umwelt entwickeln können. Im Zentrum des Ökosystems steht das Individuum mit seinen biologischen, genetischen und psychologischen Dispositionen. Als Ökosystem bezeichnet Bronfenbrenner die gesamte soziale und physischen Umwelt des Menschen in den Bereichen des Mikro-, Meso- und Makrosystem (Okan et al., 2018). Das Mikrosystem einer Person bezieht sich auf die zwischenmenschlichen Beziehungen, Tätigkeiten und Rollen. In dieser Ebene können physische und soziale Elemente auftreten, welche die Interaktion zur unmittelbaren Umgebung anregen und fördern sowie erschweren und unterbinden können. Die Person wird daher durch diese Merkmale geprägt und entwickelt sich anhand dieser Faktoren innerhalb ihres Systems (Eckert & Kadera, 2018).

Das Mesosystem umfasst die Wechselbeziehung zwischen den einzelnen Lebensbereichen. Nach Bronfenbrenner stehen die einzelnen „Settings“ in der eine Person aktiv beteiligt ist in Verbindung miteinander und beeinflussen sich gegenseitig. Beispiele für Erwachsene Personen sind Beziehungen zwischen Familie, Arbeit und des Freundes- und Bekanntenkreises (Eckert & Kadera, 2018).

Das Exo- und Makrosystem sind Systemarten, die einen Einfluss auf die Entwicklung haben, aber von einer Person allein überwiegend nicht beeinflussbar sind. Das Exosystem besteht aus einem Beziehungsgeflecht, in dem die Person nicht aktiv beteiligt ist, wie beispielsweise die Lokal- und Kommunalpolitik, Industrie und Medien. Das Makrosystem wird geprägt durch entwicklungsinitiierenden Weltanschauungen, Normen, Traditionen, Lebensstile sowie Konventionen die in einer Kultur oder sozialen Struktur bestehen (Eckert & Kadera, 2018; Okan et al., 2018)

Ein weiteres System ist das „Chronosystem“, welches die zeitliche Perspektive der Entwicklung erfasst. Zu den zeitlichen Dimensionen zählt Bronfenbrenner die „Lebensübergänge“ wie beispielsweise Schuleintritt, Heirat, Pensionierung sowie Krankheit, Emigration und Arbeitslosigkeit (Eckert & Kadera, 2018).

2.2.3. Prävalenz

In der Studie KiD 0- 3 wurde für die Ermittlung der Häufigkeiten ein additiver Index berechnet. Dabei wurden die vorliegenden Belastungen der Familie aus den 25 dichotomen Risikofaktoren, die in *Tabelle 2* zu sehen sind, aufsummiert (Lorenz et al., 2020). Die Auswahl der Risikofaktoren wurde nach bereits publizierten Ergebnissen von Meta-Analysen festgelegt und nach Auswertungen neuerer Literatur erweitert (Eikhorst et al., 2015). Diese wurden in sechs unterschiedliche Belastungsdimensionen aufgeteilt, die ebenfalls in *Tabelle 2* zu finden sind (Lorenz et al., 2020).

Für die statistische Analyse wurden jene Familien ausgeschlossen, bei denen das Alter des Kindes außerhalb des definierten Zeitraums lag, keine Altersangaben vorhanden waren oder der Fragebogen nicht von einem leiblichen Elternteil ausgefüllt wurde. Mithilfe der statistischen Berechnung konnten 24-30 Prozent (N = 7549) der Familien als belastet identifiziert werden (Lorenz et al., 2020). Des Weiteren wurden anhand des einfachen additiven Risikoindex von ≤ 3 Risikofaktoren die durchschnittliche Anzahl von Risiken innerhalb der Familien mit $M=1,95$ ($n = 7549$, 95% [1.77 – 1.88]) berechnet (Lorenz et al., 2020).

Tabelle 2 Beschreibung der 25 verwendeten Risikofaktoren und Häufigkeiten innerhalb von 6 Belastungsdimensionen (eigene Darstellung nach Lorenz et al., 2020)

Merkmal	in %	Beschreibung
Lebenssituation der Familie		
Armutrisiko	19	Bezug staatlicher Sozialleistungen (SGB-II)
Wohnverhältnisse	11	<19m ² /Pers. Äquivalenzgewichtete Wohnfläche
Alleinerziehend/ Stieffamilie	10	Bezugsperson lebt getrennt oder mit neuem Partner
Partnerschaftskonflikte/- gewalt	9	Häufige Auseinandersetzungen, ernsthafte Gewaltandrohung oder körperliche Verletzung
Fehlende soziale Unterstützung	9	Keine Bezugspersonen bei Fragen/Problemen oder für eine zweitweise Betreuung des Kindes
Niedrige Bildung	6	Eltern besitzen keinen beruflichen Abschluss und höchstens Haupt- oder Realschulabschluss
Mehrere kleine Kinder	1	Im Haushalt leben drei oder mehr Kinder im Alter von 0-36 Monaten
Persönliche Voraussetzungen		
Zweifel an der eigenen erzieherischen Kompetenz	30	Unsicherheiten, den elterlichen Anforderungen gewachsen zu sein (EBI-Subskala)
Negative Kindheitserfahrung	11	Erfahrungen ungerechter Behandlungen, harter Bestrafungen oder geringer emotionaler Wärme
Junges Alter der Mutter (zum Zeitpunkt der Geburt ≤21 Jahre)	7	Mutter zum Zeitpunkt der Geburt ≤21 Jahre
Anzeige wegen Gewaltdelikt	2	Ein Elternteil wurde jemals wegen eines Gewaltdelikttes angezeigt (Lebenszeit)
Psychische Gesundheit		
Impulsivität/ Ärgerneigung	13	Bezugsperson ist oft innerlich wütend/verärgert
Depression oder Angst	4	Starke Anzeichen für eine Depression oder Angststörung (PHQ-4)
Hinweis auf Substanzmissbrauch	2	Hilfesuch aufgrund von Alkohol/ Drogen oder Schwierigkeiten Verpflichtungen nachzukommen
Verhalten während der Schwangerschaft und Haltung gegenüber dem Kind		
Ungeplante Schwangerschaft	21	Schwangerschaft war nicht geplant
Negative Attribution	10	Einschätzung, dass das Kind manchmal nur schreien würde, um zu provozieren
Unregelmäßige Vorsorge	3	Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen wurden nicht regelmäßig wahrgenommen
Besondere Fürsorgeanforderung durch das Kind		
Perinatale Probleme	12	Frühgeburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche oder Geburtsgewicht unter 2500 g

Negative Affektivität	5	Negative Emotionalität und/ oder häufige Wut- bzw. Trotzanfalle
Belastendes Schreiverhalten	2	„Dreier-Regel“ nach Morris Wessel
Behinderung oder Erkrankung	1	Bei dem Kind wurde eine Behinderung oder schwere Erkrankung festgestellt
Problematisches Fursorgeverhalten		
Schwierigkeiten sich in das Kind einzufühlen	16	Schwierigkeiten nachzuempfinden, was im Kind vorgeht/ was das Kind braucht (EBI-Subskala)
Tendenz zur Überreaktion	10	Bezugsperson fasst sein Kind manchmal härter an, als sie es eigentlich für richtig empfindet
Körperliche Misshandlungen	2	Das Kind wurde schon einmal körperlich verletzt
Vernachlässigung	1	Es wurde sich schon einmal nicht ausreichend um das Kind gekümmert

2.2.4. Psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren einer PPD

Psychosoziale Belastungen gehen als mögliche Risikofaktoren für die Entstehung einer PPD einher (Schipper-Kochems et al., 2019). Im Nachfolgenden werden die psychosozialen Belastungsfaktoren betrachtet, die empirisch belegt mit der Entstehung einer PPD im Zusammenhang stehen. Unter Risikofaktoren versteht man in den Gesundheits- und Sozialwissenschaften, in der klinischen Psychologie und Psychiatrie sowie in der Entwicklungspsychopathologie empirisch belegte Vorläufer und Prädikatoren von organischen und psychosomatischen Erkrankungen, sowie von psychischen und entwicklungsbezogenen Störungen (Franzowiak, 2018). Psychosoziale Risikofaktoren können nicht mit Ursachen und Kausalitäten gleichgesetzt werden, sie stehen in Wechselwirkung zueinander und bedingen sich gegenseitig (Franzowiak, 2018; Mattejat et al., 2000).

Partnerschaftsprobleme

Die Qualität der Partnerschaft kann entscheidend für das Auftreten einer PPD sein. Aus der Studie von Ludemir et al. (2010) geht hervor, dass das Risiko an einer PPD zu erkranken deutlich erhöht ist, wenn die Frau in der Partnerschaft unter einer Kombination aus physischer oder psychischer und sexueller Gewalt leidet (Odds Ratio [OR]: 2,83; 95 Prozentiges Konfidenzintervall [95% CI]: 1,76-4,55; p-Wert [p]=<0,01) (Ludemir et al., 2010). In der Meta-Analyse von Robertson et al. (2004) konnte ebenfalls nachgewiesen werden, dass Partnerschaftskonflikte mit einem erhöhten Risiko für eine PPD einhergeht (Robertson et al., 2004)

Mangelnde soziale Unterstützung

Des Weiteren kann die mangelnde Unterstützung als Risikofaktor für eine PPD angesehen werden. In der Studie von Ludermir et al. (2010) bestand eine starke Assoziation zwischen der fehlenden sozialen Unterstützung und dem Auftreten einer PPD (OR: 5,68; 95% CI: 3,80-8,49; $p = <0,01$) (Ludermir et al., 2010). In der Meta-Analyse von Robertson et al., (2004) konnte der Mangel an sozialer Unterstützung als Risikofaktor mit einem starken Effekt identifiziert werden. Robertson et al. (2004) schloss in die Übersichtsarbeit Studien ein, die die soziale Unterstützung als Schutzfaktor gegen die Entwicklung einer Depression untersuchten. Diese belegten eine negative Korrelation zwischen einer PPD und der sozialen Unterstützung während der Schwangerschaft (Robertson et al., 2004).

Psychische Vorerkrankungen

Weiterhin können psychische Vorerkrankungen einen potenziellen Risikofaktor darstellen. Die Studie von Bloch et al. (2005) konnte einen überzufälligen Zusammenhang zwischen einer Depression in der Vorgeschichte und einer PPD aufzeigen (Robertson et al., 2004). In der Meta-Analyse von Robertson et al. (2004) konnte ebenfalls aus mehreren Studien nachgewiesen werden, dass eine depressive Stimmung oder Angst während der Schwangerschaft signifikant in Zusammenhang mit einer PPD stehen (Robertson et al., 2004).

Niedriger Sozioökonomischer Status

Ein weiterer Risikofaktor kann sich durch ungünstige Umstände der Lebenssituation der Mutter bzw. der Familie ergeben wie beispielsweise ein niedriger sozioökonomischer Status. In der Übersichtsarbeit von Robertson et al. (2004) konnten Faktoren wie ein geringes Einkommen, finanzielle Belastung, Berufstätigkeit ein niedriger sozialer Status als Indikatoren mit einem geringen, aber signifikanten Zusammenhang zu einer PPD festgestellt werden (Robertson et al., 2004).

Junges Alter der Mutter

Ein weiterer Zusammenhang konnte zwischen dem jungen Alter der Mutter und dem Auftreten einer PPD gefunden werden. In der Meta-Analyse von O`Haire & McCabe (2013) wurden Studien eingeschlossen, die das junge Alter der Mutter als eindeutigen Risikofaktor identifizierten. In weiteren Studien der Meta-Analyse, wurde der Zusammenhang durch eine Assoziation anhand des sozialen Status erklärt (O`Haire & McCabe, 2013).

Chronische Stressfaktoren

Faktoren, die eine Stressreaktion auslösen und über einen langanhaltenden Zeitraum auf eine Person einwirken, können ebenfalls in Zusammenhang mit der Entstehung einer PPD stehen. In der Übersichtsarbeit von Werner et al. (2015) konnte ein Zusammenhang zwischen dem chronischen Stresserleben nach der Geburt und einer PPD durch beispielsweise schwieriges Temperament des Kindes oder Probleme in der Kinderbetreuung belegt werden (Werner et al., 2015).

Substanzmissbrauch

In der Meta-Analyse von Ross und Dennis (2009) wurden Studien analysiert, die einen Zusammenhang zwischen Substanzkonsum (Alkohol- oder Drogenmissbrauch) und einer PPD untersuchten. In vier von fünf Studien waren die PPD-Raten durchweg hoch. Früherer sowie aktueller Drogenmissbrauch ist mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung einer PPD verbunden (Ross & Dennis, 2009).

Weitere psychosoziale Belastungen die als Prädiktoren für eine PPD in Meta-Analysen aufgelistet wurden sind früherer Missbrauch, Vernachlässigungen in der eigenen Kindheit und eine ungewollte Schwangerschaft (Dorn & Mautner, 2018; Schipper-Kochems et al., 2019). Ebenso werden kritische Lebensereignisse wie beispielsweise der Tod eines geliebten Menschen, das Scheitern einer Beziehung, ein Umzug oder der Verlust des Arbeitsplatzes als ein Faktor mit starkem Effekt für das Auftreten einer PPD gewertet (Robertson et al., 2004).

2.2.5. Diagnostik/ Screening-Instrumente für sozial belastete Familien

Zur Ermittlung der aktuellen Lebenssituation sowie der vorhandenen Belastungslage wurde für die Querschnittsstudie „Kinder in Deutschland- KiD 0-3“ der validierte „*Patient Health Questionnaire*“ (PHQ-4) verwendet. Ebenso wurden einzelne Teile des Eltern-Belastungs-Inventars (EBI) für die Datenerhebung genutzt (Lorenz et al., 2020).

Des Weiteren wurde zur Erfragung unglücklicher Kindheitserfahrungen der Bezugspersonen, Items aus dem Einstellungsfragebogen zu kindbezogenen Einstellungen von Müttern mit Kleinstkindern (EMKK) von Engfer (1984) verwendet. Die finanzielle Lage der Familien wurde anhand der Inanspruchnahme von Mindestsicherungsleistungen in Form von Arbeitslosengeld 2, Sozialgeld nach SGB 2, Sozialhilfe nach SGB XII oder bedarfsorientierter Grundsicherung der letzten zwölf Monate ermittelt (Salzmann et al., 2018).

2.2.6. Folgen

Psychosoziale Belastungsfaktoren können physiologische Stressreaktionen hervorrufen. Diese können langfristig einen Einfluss auf das Immunsystem haben, Magen-Darmbeschwerden hervorrufen sowie zur Erhöhung des kardiovaskulären Erkrankungsrisiko führen. Ebenso können psychosoziale Belastungen negative Emotionen wie Angst, Ärger und Enttäuschung auslösen (Peter, 2009).

Familiäre Belastungen erhöhen das Risiko für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung und können die elterliche Erziehungskompetenz einschränken (Eikhorst & Liel, 2020). Es ist wissenschaftlich unstrittig, dass psychosoziale Belastungen im Kleinkindalter zu Gesundheitsrisiken, Krankheitsbelastungen und zu einer eingeschränkten Lebensqualität führen können. Besonders gravierend ist, wenn psychosozialen Risikofaktoren kumuliert auftreten (Mattejat et al., 2000). Je mehr Belastungsfaktoren in der Kindheit einwirken desto höher ist das Risiko im Erwachsenenalter an einer Angststörung oder depressiven Störung zu erkranken. Ebenso ist das Risiko zwei- bis vierfach erhöht im Erwachsenenalter an Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ 2, an einer koronaren Herzerkrankung oder an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung zu leiden (Egle et al., 2016). Die negativen Auswirkungen können sich bereits bei Kindern im Alter von drei Monaten bemerkbar machen (Cierpka et al., 2014).

3. Fragestellung und Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, mit Hilfe einer Sekundärdatenanalyse die psychosozialen Belastungen postpartal depressiver Mütter zu beschreiben. Im weiteren Vorgehen soll der Unterschied zwischen PPD-Mütter gegenüber nicht PPD-Mütter hinsichtlich der psychosozialen Belastungsfaktoren analysiert werden.

Es entwickeln sich vor dem Hintergrund einer Sekundärdatenanalyse folgende zwei Fragestellungen:

- 1: Welche psychosozialen Belastungen treten bei Müttern mit einem erhöhten Risiko auf postpartale Depression (EPDS Score ≥ 10 Punkte) auf?
- 2: Unterscheiden sich die Mütter mit einem höheren Risiko auf PPD (EPDS Score ≥ 10 Punkte) zu den Müttern ohne Risiko auf PPD (EPDS Score < 10 Punkte) hinsichtlich der psychosozialen Belastungsfaktoren?

Für die zweite Fragestellung wird für die weitere statistische Analyse eine Alternativhypothese (H1) und eine Nullhypothese (H0) abgeleitet:

H1: Mütter mit einem höheren EPDS Score (≥ 10 Punkte) unterscheiden sich zu den Müttern mit einem niedrigeren EPDS Score (< 10 Punkte) hinsichtlich ihrer psychosozialen Belastungsfaktoren.

H0: Es existiert kein Unterschied hinsichtlich der psychosozialen Belastungsfaktoren zwischen den Müttern mit einem höheren EPDS Score (≥ 10 Punkte) und den Müttern mit einem niedrigeren EPDS Score (< 10 Punkte).

4. Methode

Für die Beantwortung der Fragestellungen werden Sekundärdaten aus dem Babylotsen-Programm der Stiftung *SeeYou* in Hamburg und Umgebung verwendet. Die Daten umfassen die Dokumentationen von Fällen zwischen Januar 2017 und Dezember 2019. Für die Dokumentation wurde ein speziell für die Arbeit der Babylots:innen entwickeltes Fall-Dokumentationssystem namens „*Contur*“ verwendet (SeeYou, 2020). Dieser wird von der Firma „Sektor N“ zur Verfügung gestellt. Der Datensatz wurde vorerst von drei Forscherinnen der Arbeitsgruppe „Prävention im Kindesalter“ des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) mit Microsoft Excel extrahiert, verarbeitet und bereinigt. Daraufhin wurden die Daten in *SPSS Version 26* importiert

4.1. Beschreibung des Babylotsenangebots

Das Präventionsprogramm „Babylotse“ der Stiftung *SeeYou* startete 2007 im katholischen Marienkrankenhaus in Hamburg. Seit 2012 ist es ein fester Baustein der Netzwerke „Frühe Hilfen“ in Hamburg und wurde flächendeckend in die Regelversorgung integriert (SeeYou, 2020). Ziel des Angebots ist es, in der Zeit der Schwangerschaft und rund um die Geburt Belastungsfaktoren in Familien frühzeitig und nicht stigmatisierend wahrzunehmen und bei Bedarf die Weiterleitung an geeignete Unterstützungsmöglichkeiten zu veranlassen. Dabei sind Freiwilligkeit und Kostenfreiheit eines der zentralen Prinzipien des Angebotskonzeptes. Um eine potenzielle Stigmatisierung des Angebots auszuschließen, wird die Erhebung von Belastungsfaktoren in allen Familien durchgeführt (Qualitätsverbund Babylotse e.V., 2021).

Zielgruppe des Angebots sind Schwangere, Wöchnerinnen und Familien mit kleinen Kindern in der Regel bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres. Erfahrungsgemäß stehen Familien zu diesem Zeitpunkt des Lebens Hilfen offener und vorurteilsfreier gegenüber. Babylots:innen stärken durch Anleitungen und Schulungen die Selbstwirksamkeit der Familie, fördern Erziehungs- und Beziehungskompetenzen und steigern die Motivation zur Inanspruchnahme der medizinischen und sozialen Hilfemaßnahmen (Qualitätsverbund Babylotse e.V., 2021). Dadurch befördern Babylots:innen eine gesunde Kindesentwicklung und leisten mit ihrer Arbeit einen wesentlichen Beitrag zum präventiven Kinderschutz (SeeYou, 2020).

Das Angebot Babylotse setzt den Schwerpunkt auf die psychosozialen Bereiche innerhalb von Familien und führt Leistungen und Aufgaben des Gesundheitssystems, der Jugendhilfe und der Sozialhilfe zusammen. Die Leistungen des Angebots werden in Rahmen von Behandlungen in Arztpraxen sowie zu ambulanten und stationären Behandlungen in Kliniken angeboten (Qualitätsverbund Babylotse e.V., 2021)

Babylots:innen sind in Kliniken, regionalen Gesundheitsämtern, regionalen Jugendämtern und bei externen Trägern wie beispielsweise der Jugendhilfe angestellt. Die Leistungen der Babylots:innen werden auf bestehende Angebote abgestimmt und ergänzen diese. Babylots:innen ersetzen nicht die Funktionen von bestimmten Diensten und Berufsgruppen wie beispielsweise der Hebammen, Kliniksozialdienste und Neugeborenen-Besuchsangebote (Qualitätsverbund Babylotse e.V., 2021).

Das Programm erfolgt nach einer klaren Prozessorientierung in Anlehnung an den Case-Management-Ansatz und besteht aus den Phasen: „Erkennen“, „Klären“, „Planen“, „Vernetzen“ und „Evaluieren“. Eine Abbildung zum besseren Verständnis ist in *Abbildung 3* zu sehen. Wissenschaftliche Erkenntnisse haben nach Angaben des „Qualitätsverbundes Babylotse e.V.“ einen hohen Stellenwert. Daher wurde die Wirkung des Programms „Babylotse“ bereits mehrfach wissenschaftlich untersucht und belegt. Darüber hinaus engagiert sich die Stiftung SeeYou für die bundesweite Einführung des Programms (Qualitätsverbund Babylotse e.V., 2021).

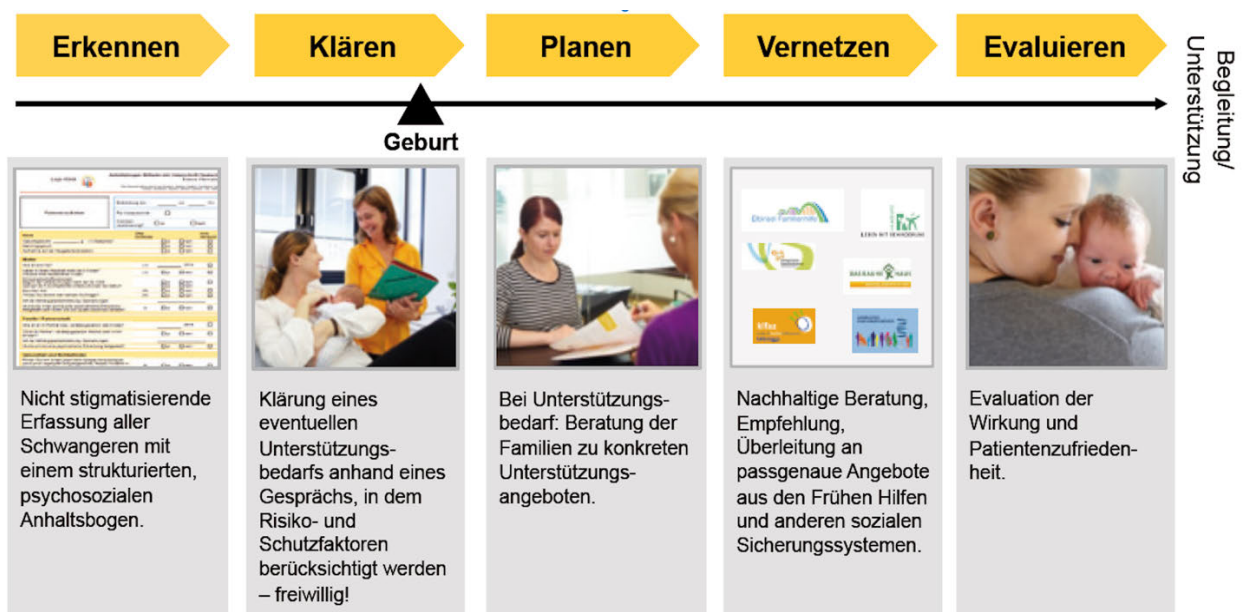


Abbildung 3: Prozessablauf des Babylotsen Programm (SeeYou 2021)

4.2. Babylots:innen in der ambulanten Medizin

Im ambulanten Setting erfolgt der Zugang zu den Babylots:innen über die niedergelassenen Frauenarzt- und Kinderarztpraxen die mit der Stiftung SeeYou in Kooperation stehen. Das Risikoscreening wird mithilfe des Anhaltsbogen „Wilhelm“ oder durch ein praxisindividuelles Instrument von den speziell ausgebildeten medizinischen Fachangestellt:innen (MFA)

durchgeführt (**Intake**). Um zuverlässig eine PPD erkennen zu können, wird sechs bis acht Wochen nach der Entbindung der EPDS von den Müttern zum Nachsorgetermin ausgefüllt. Werden besondere psychosoziale Bedarfe identifiziert, wird zunächst ein orientierendes Gespräch in der Praxis angeboten um den jeweiligen Unterstützungsbedarf einschätzen zu können (**einfaches Assessment**). Dabei werden regionale Hilfsangebote und Infomaterialien von den MFA zur Verfügung gestellt (**Hilfeplanung**). Besteht darüber hinaus Unterstützungsbedarf, wird das weitere Vorgehen in Form einer telefonischen Fallbesprechung zwischen der/dem MFA und den Babylots:innen entschieden. Bei Bedarf finden zusätzliche Gespräche zwischen der/dem Babylots:in und der Patientin bzw. den Eltern statt, in denen entsprechende Möglichkeiten für Maßnahmen und Vernetzungen initiiert werden (**erweitertes Assessment**). Während des ersten Lebensjahres des Kindes, nehmen die Babylots:innen zu vier festgelegten Zeitpunkten (**Touchpoints**) Kontakt zur Familie auf (SeeYou, 2020). Diese orientieren sich an den Lebensphasen mit hohem Belastungspotential des Kindes- drei Wochen, vier Monate und ein Jahr nach der Entbindung. Ein Treffen findet individuell in Absprache mit der Familie statt (Pawils et al., 2015; Qualitätsverbund Babylotse e.V., 2021). Die Touchpoints soll den Müttern bzw. den Familien den Umgang mit den vulnerablen Entwicklungsphasen des Kindes erleichtern (Pawils et al., 2015). *Abbildung 4* stellt den Prozessablauf des Babylotsen-Programms im ambulanten Sektor dar und verschafft zudem einen Überblick über die einzelnen Vorgänge.

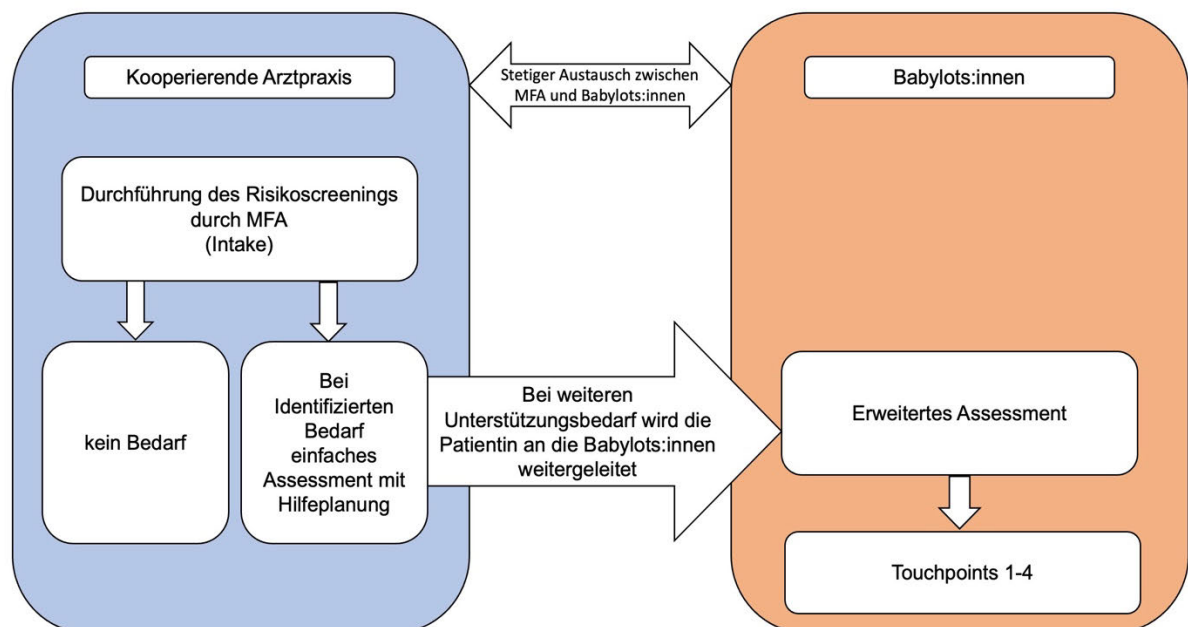


Abbildung 4: Prozessablauf des Babylotsen-Programms im ambulanten Sektor aus dem Jahresendbericht der Stiftung SeeYou 2020 (eigene Darstellung)

Psychosoziale Kurzintervention (PSKI)

Eine besondere Leistung des Programms Babyotse ist die psychosoziale Kurzintervention, die Leistungen des Gesundheitssystems und die der Kinder- und Jugendhilfe miteinander verknüpfen. Diese kommen zum Einsatz, wenn die Überleitungen in das Hilfs- und Unterstützungssystem aufgrund der besonderen Problemlage der Familie nicht gewährleistet werden kann. Die Unterstützung wird prä- und postnatal bei drohender Kindeswohlgefährdung, bei sehr jungen Müttern sowie bei Geflüchteten gewährt. Die psychosoziale Kurzintervention ermöglicht eine intensive und sorgfältige Unterstützung über Wochen hinweg (SeeYou, 2020)

4.3. Erhebungsinstrumente

4.3.1. Wilhelm

Das Risikoinventar „Wilhelm“ ist ein Screening-Bogen zum Erfassen der Risikofaktoren der schwangeren Patientin (vgl. Anhang 2). Er beruht auf Grundlage der Mannheimer Längsschnittstudie und umfasst nach Ergänzung relevanter Faktoren insgesamt dreizehn Risikofaktoren. Das Risikoinventar wurde im Vorgängerprojekt, des „stationären Babylotsen“ entwickelt und validiert (Pawils et al., 2013). Der „Wilhelm“ ist ein zentraler Prozess-Schritt im Programm Babyotse (Qualitätsverbund Babyotse e.V., 2021). Die Risikofaktoren werden zwischen ein und drei Punkten, hinsichtlich ihres Belastungsgrades von den Kinderärzt:innen oder Hebammen und Entbindungspfleger eingeschätzt. Ein Punktwert von null, wird als „unauffälliges Screening“ eingestuft. Ein Summenscore von ein wird als „unklares Screening“ gewertet, hingegen ein Screening-Ergebnis über ein als „auffälliges Screening“ bewertet wird (Pawils et al., 2015)

4.3.2. EPDS

Zur Operationalisierung der PPD werden die Vorgaben zur Auswertung der *Edinburgh postnatal Depression Scale* (EPDS) verwendet. Die EPDS ist der am weitesten verbreitete Screening- Fragebogen für die PPD und wird auch hierzulande in der S3-Leitlinie für unipolare Depression empfohlen (DGPPN, 2015). Er ist international etabliert und standardisiert für die Diagnostik der PPD (Pawils et al., 2015). Die deutsche Version wurde von Bergant et al. (2008) übersetzt und validiert. In der genannten Validierungsstudie wurde eine Sensitivität von 0,96 und eine Spezifität von 1 ermittelt (Bergant et al., 2008). Es

handelt sich um einen zehnteiligen Selbstauskunftsbogen mit Bezug auf die letzten sieben Tage (Cox et al., 1987). Das Screening-Instrument ist für niedergelassene Gynäkolog:innen, Krankenhausärzt:innen, Allgemeinmediziner:innen und für Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen von Untersuchungen während der Schwangerschaft und in den ersten sechs bis zwölf Wochen nach der Entbindung geeignet (Pawils et al., 2022) Jede Frage wird mit 0 bis 3 Punkten bewertet, sodass ein Maximalpunktwert von 30 erreicht werden kann. Der Fragebogen eignet sich für die Identifikation von depressiven Symptomen bei Frauen und Männern (Dorsch & Rohde, 2016). Die Beurteilung des Scores wird in drei Bereiche aufgeteilt. Eine Gesamtpunktzahl von 0 bis 9 schätzt die Wahrscheinlichkeit für eine PPD als gering ein. Eine Punktzahl zwischen 10 bis 12 deutet auf eine mäßige Wahrscheinlichkeit einer vorhandenen PPD hin, hingegen ein Gesamtscore von ≥ 13 , die Wahrscheinlichkeit einer vorhandenen PPD als hoch einstuft. Eine Besonderheit der EPDS stellt die letzte Frage dar, die sich zur Identifizierung von Frauen mit Selbstmordgedanken eignet. Ab einer Vergabe von mindestens 1 Punkt sollte abgeklärt werden, ob es sich um Selbstverletzungen ohne Suizidabsicht, Lebensüberdruß oder akute Suizidgedanken handelt. Bei einem Gesamtscore von „0“ sollte die soziale erwünschte Beantwortung berücksichtigt werden und im Zweifel mit der Patientin abgeklärt bzw. nachgefragt werden (Cox et al., 1987). In der nachfolgenden statistischen Auswertung wird ein Cut-off Wert von ≥ 10 für ein erhöhtes Risiko einer PPD genutzt.

4.4. Stichprobenziehung

Bei der Stichprobe handelt es sich um junge Mütter, die nach einem auffälligen Risikoscreening mittels Wilhelm und/oder einem erhöhten EPDS-Score in ihrer Frauenarztpraxis von 2017 bis 2019 ein Clearing-Gespräch mit einer der Babylots:innen führte. Die Mütter stammen aus Hamburg und Umgebung und wurden über den ambulanten Sektor an die Babylots:innen weitergeleitet.

4.5. Statistische Auswertungen

Die Datenauswertung erfolgt über das *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* in der 26. Version. Die *Tabelle 3* verschafft einen Überblick über die Hauptkategorien, die aus dem ursprünglichen Datensatz entnommen wurden, sowie über die neu gebildeten Variablen, die für die Beschreibung des Datensatzes sowie für die weiteren Berechnungen zur Beantwortung der Fragestellung notwendig sind. Im Folgenden werden die neu

erstellten Variablen dargestellt. Das exakte Vorgehen kann der im Anhang beigefügten SPSS-SYNTAX entnommen werden (vgl Anhang 3).

Tabelle 3: Übersicht der original- und neuen Variablen

Variablen für die quantitative Analyse	Originale Variablen	Neue Variablen
Fall ID	✓	
Soziodemographische Daten		
Geburtstag	✓	
Entbindungsdatum	✓	
Alter der Mutter*		✓
Altersgruppen der Mutter**		✓
Alter des Kindes**		✓
Fallbezogene Daten		
Kontaktaufnahme	✓	
Beginn der Betreuung	✓	
Datum Fallabschluss	✓	
Einschätzung und Ergebnis der Fallart	✓	
Anzahl der Fälle (Mehrfachfälle)*		✓
Erstfall postpartal*		✓
Dauer und Anzahl der Betreuungsvorgänge*	✓	✓
Screening EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale		
EPDS score > 10	✓	
Punktzahl bei EPDS > 10	✓	
EPDS Gruppierung**		✓
Beratung		
Themen in der Beratung/ Unterstützungsbedarf	✓	
Themen in der Beratung dichotomisiert**		✓
Belastungsintensität**		✓

*bereits von den Forscherinnen des UKE`s neu erstellt; **für die vorliegende Arbeit erstellt

Alter des Kindes

Das Alter des Kindes wird anhand des Entbindungsdatums und dem Datum der Aufnahme in das Babylotsen-Programms berechnet. Die Angabe des Kindesalters erfolgt in Monaten. Die Variable wird für die Beschreibung der Stichprobenpopulation verwendet.

Altersgruppen der Mutter

Als potenzieller Risikofaktor für die Entstehung einer PPD geht das junge Alter der Mutter (≤ 21) aus der Literatur hervor (O`Haire & McCabe, 2013). Vor diesem Hintergrund werden für die weiteren Berechnungen sowie für das Beschreiben der Stichprobe, das Alter der Mutter in Altersgruppen klassifiziert.

EPDS Gruppierung

Mütter mit einem EPDS Score ≥ 10 sind im Datensatz mit der Gesamtpunktzahl des EPDS-Screenings dokumentiert. Wie bereits in Kapitel 4.3.2. beschrieben, dient die Gruppierung des EPDS Gesamtwertes als Orientierung, über die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer PPD. Die Variable wird für die Beschreibung der Stichprobe erstellt.

Themen in der Beratung dichotomisiert

Für die weiteren Berechnungen werden die Themen der Beratung in ihren Ausprägungen dichotomisiert. Durch das Auftreten von Mehrfachfällen besitzen die ursprünglichen Variablen drei Ausprägungen („false“; „true“; „true mehrfach“). Die Ausprägungen „true“ und „true mehrfach“ werden für die Dichotomisierung zusammengefasst. Mehrfachfälle entstehen, sobald Mütter nach Beendigung der Betreuung durch erneuten Unterstützungsbedarf ins Angebot der Babylotsen aufgenommen werden. Die dichotome Ausprägung ist für die Erstellung des Belastungsscores notwendig sowie für die deskriptive Statistik.

Belastungsscore

Zur Operationalisierung der Belastungsintensität, wird die Anzahl der psychosozialen Belastungsfaktoren in einer Skala (Summenscore) zusammengefasst. Die Art der Belastung wird aufgrund von der BL dokumentierten Themen in der Beratung ausgewählt. Zur Orientierung dienen die empirisch belegten psychosozialen Belastungsfaktoren, die bereits in Kapitel 2.2.4. erwähnt wurden. Für die Skala werden die Themen „soziale Isolation“, „Partnerschaftskonflikte“, „Abhängigkeitsbedingte Erkrankungen“, „psychische Belastungen“, „Materielle Armut“ und „Frühgeborenes Kind oder Behinderung des Kindes“ gewählt. Zudem wird das junge Alter der Mutter (≤ 21 Jahre) in den Summenscore mit einbezogen. Der Maximalwert der Skala beträgt sieben Punkte. Sind keine psychosozialen Belastungen vorhanden, wird dies mit null codiert.

Univariate Analyse

Im ersten Schritt wird die Stichprobe als Ganzes beschrieben. Hierbei werden Informationen zur Demografie, Angaben zum Fall, sowie die Ergebnisse des EPDS Screenings veranschaulicht. Zur Beschreibung der Stichprobe werden die relativen Häufigkeiten sowie die relativen Häufigkeiten in Prozent präsentiert. Ebenfalls werden die Lageparameter wie Mittelwert (M) sowie die Streuungsmaße wie Standardabweichung (SD) und Spannweite (Range) näher betrachtet.

Bivariate Analyse

Im Rahmen der bivariaten Analyse wird der t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Der t-Test überprüft, ob die Mittelwerte zweier unabhängiger Stichproben verschieden sind. Somit kann ermittelt werden, ob die Anzahl der psychosozialen Belastungsfaktoren einen Einfluss auf das Vorhandensein einer PPD hat. Zuvor werden die Voraussetzungen für den t-Test für unabhängige Stichproben überprüft. Zu den Voraussetzungen gehören das metrische Datenniveau der abhängigen Variable, die annähernd identischen Varianzen der Grundgesamtheit (Varianzhomogenität) und die Unabhängigkeit der einzelnen Messwerte untereinander. Das Testverfahren wird zweiseitig durchgeführt und das Signifikanzniveau wird bei $p = <0,05$ festgelegt. Fällt das Ergebnis signifikant aus, kann die H_0 abgelehnt und die H_1 angenommen werden. Zudem wird die Effektstärken nach Cohen (d) berechnet und interpretiert.

5. Ergebnisse

Im Folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse beschrieben. Die statistische Auswertung ist in einen deskriptiven und in einen analytischen Teil gegliedert.

5.1. Stichprobenbeschreibung

Nach dem Zusammenschluss der Mehrfachfälle ergibt sich eine Stichprobengröße von $N = 704$ Müttern, die zwischen Januar 2017 und Dezember 2019 im Rahmen des ambulanten Babylotsen- Programms ein Erstgespräch hatten. Die Daten liegen in pseudonymisierter Form vor. Die Frauen wurden aus 24 verschiedenen ambulanten Arztpraxen im Raum Hamburg und Umgebung an die Babylots:innen weitergeleitet. Eine ausführliche Übersicht der Ergebnisse sind der *Tabelle 5* zu entnehmen.

Kontaktaufnahme zu den Babylots:innen

Mit einem Anteil von 61,1 Prozent gelangen 430 Mütter über die Medizinische Fachangestellte nach einem orientierendem Gespräch der jeweiligen ambulanten Praxis an die Babylots:innen. 122 Mütter werden direkt nach Empfehlung der Ärzt:innen oder MFA an die Babylots:innen weitergeleitet. 13 Mütter werden nach einem ersten Treffen mit den Babylots:innen ins Programm aufgenommen und 3 Mütter haben selbst den Kontakt zu einer der Babylots:innen gesucht (vgl. *Tabelle 4*)

Tabelle 4: Kontaktaufnahme Angebot Babylotse

Art der Meldung	Häufigkeit (N =704)	In Prozent
Meldung durch MFA	430	61,1%
Direktmeldung MFA/Arzt/Ärztin	122	17,3%
Meldung nach Touchpoint	13	1,8%
Selbstmeldung	3	0,4%
fehlend	136	19,3%

Betreuungsart und Dauer

Die Spannweite des Betreuungszeitraums reicht zwischen 0 und 392 Tagen. Im Mittel werden die Mütter 43,74 Tage ($SD = 56,34$) von Babylots:innen betreut. Die Gesamtdauer der Behandlungszeit beträgt im Schnitt 179,72 Minuten ($SD = 236,50$). Ein Ausreißer von 5005 Minuten ist im Datensatz bei kurzer Betreuungsdauer zu verzeichnen. Nach

Plausibilitätsprüfung wurde dieser Fall nicht in die Berechnung mit einbezogen. Von den 704 Müttern treten 123 (17,5 Prozent) Mütter als Mehrfachfälle im Datensatz auf.

Fallart nach Gespräch mit Babylots:innen

Der größte Anteil der Mütter mit 32,2 Prozent erhielt durch die Babylots:innen eine Bedarfsanalyse sowie eine Beratung („consult“). 169 Mütter sind als „Kurzfall“ („short“) dokumentiert. Kurzfälle sind Fälle, die durch mehrere Kontakte zur Familie oder zu weiteren Kooperationspartnern geprägt sind. 16,5 Prozent der Mütter bzw. der Familien sind als Intensivfall („intensiv“) eingestuft. Zu den Intensivfällen zählen die Mütter bzw. Familien, die einen besonders hohen Arbeitsaufwand erfordern, um das Kindeswohl zu sichern. 29 Mütter werden als psychosoziale Kurzintervention („psych short“) dokumentiert. In 86 Fällen ist die Kontaktaufnahme („no contact“) mit der Familie nicht möglich. 63 Mütter und Familien sehen keine Notwendigkeit für eine Betreuung („no demand family“) und in einem Fall wird sie von den Babylots:innen nicht gesehen („no demand“). In zwei Fällen sieht die Familie wie auch die Babylots*in nicht den Bedarf („no demand“) an einer Betreuung (vgl. *Tabelle 5*).

Altersgruppen der Mütter

Wie in *Tabelle 5* zu entnehmen ist, ist das durchschnittliche Alter der Stichprobe beträgt 31,26 Jahre ($SD = 8,23$). Die jüngsten Mütter sind 15 Jahre alt und die älteste Mutter ist 48 Jahre alt. Die Altersgruppe von 31- bis 40-jährigen Müttern ist mit 37,8 Prozent ($n = 266$) die am stärksten vertretene Gruppe, gefolgt von den 22- bis 30-jährigen mit 29,5 Prozent ($n = 208$). Die Altersgruppe die als möglicher Risikofaktor für eine PPD hervorgehen kann, ist mit 7,2 Prozent ($n = 51$) in der Stichprobe vertreten. Von 21,2 Prozent der Mütter liegen keine Altersangaben vor.

Alter des Kindes

Im Durchschnitt sind die Kinder 3,78 ($SD = 7,11$) Monate alt. In der Gruppe der Mütter mit einem $EPDS < 10$ ist das Mittlere Alter der Kinder 4,63 ($SD = 8,34$) Monate und in der Gruppe der Mütter mit einem $EPDS \geq 10$ 2,01 ($SD = 2,04$) Monate. Kinder, die zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns noch ungeboren sind, werden aus der Berechnung ausgeschlossen. Es ergibt sich dadurch eine Teilstichprobe von $n = 309$ Kindern (vgl. *Tabelle 5*).

EPDS Auswertung

Von den 704 Müttern haben 83,5 Prozent ($n = 588$) einen EPDS-Gesamtscore von < 10 Punkte und 16,5 Prozent ($n = 116$) einen EPDS-Gesamtscore von ≥ 10 . Bei 59 Müttern liegt die Gesamtpunktzahl des EPDS zwischen 10 und 12 Punkten. Weitere 57 Mütter erlangen einen Gesamtscore von ≥ 13 . Im Durchschnitt erreichen die Mütter mit einem $EPDS \geq 10$

einen Gesamtpunktwert von 13,6 ($SD = 3.75$). Bei 80,5 Prozent ($n = 567$) der Stichprobe liegt kein Ergebnis zum EPDS-Screening vor. Mütter die einen EPDS-Screening-Wert von <10 Punkten erreichen, werden in der Dokumentation nicht aufgeführt bzw. mit 0 Punkten codiert (vgl. *Tabelle 5*).

Tabelle 5 Übersicht der Stichprobenverteilung

Variablen	n	in %
Fälle insgesamt(N =7 04)		
EPDS < 10	588	83,5 %
EPDS ≥ 10	116	16,5 %
EPDS ≥ 10 (n = 116)		
Mittelwert (SD)	13,64 (3,75)	
Range	10 – 26	
EPDS 10 – 12		
Wahrscheinlichkeit für Depression mäßig vorhanden	59	50,9 %
EPDS ≥ 13		
Wahrscheinlichkeit für Depression hoch	57	49,1 %
Alter Mutter (n=553)		
Mittelwert (SD)	30,94 (6,35)	
Range	15 - 48	
Alter Mutter EPDS < 10 (n = 440)		
Mittelwert (SD)	30,49 (6,45)	
Range	15 – 48	
Alter Mutter EPDS ≥ 10 (n = 113)		
Mittelwert (SD)	32,48 (5,57)	
Range	16 – 44	
Alter Kinder in Monaten (n = 309)		
Mittelwert (SD)	3,78 (7,11)	
Range	0 - 56	
Alter Kinder in Monaten EPDS <10 (n = 209)		
Mittelwert (SD)	4,63 (8,34)	
Range	0 - 56	
Alter Kinder in Monaten EPDS ≥ 10 (n = 100)		
Mittelwert (SD)	2,01 (2,04)	
Range	0 - 12	
Fallart (N = 704)		
1="consult"	227	32,2 %
2="short"	169	24,0 %
3="psych_short"	29	4,1 %
4="intensiv"	116	16,5 %
5="no_contact"	86	12,2 %
6="no_demand_family"	63	8,9 %
7="no_demand"	1	0,1 %
8="no_demand_both"	2	0,3 %
Fallneustart (N = 704)		

Variablen	n	in %
nein	581	82,5 %
ja	123	17,5 %
Anzahl Fälle		
1	592	84,1 %
2	93	13,2 %
3	15	2,1 %
4	3	0,4 %
5	1	0,1 %
Punkte des Belastungsscore (N = 704)		
0	243	34,5 %
1	193	27,4 %
2	159	22,6 %
3	78	11,1 %
4	26	3,7 %
5	5	0,7 %

5.2. Psychosoziale Belastungen der Stichprobe

Wie in *Tabelle 6* zu sehen, sind die am häufigsten auftretenden psychosozialen Belastungen der Gesamtstichprobe mit 42,9 Prozent ($n = 302$) die psychosozialen Belastungen. Diese werden gefolgt von Belastungen durch soziale Isolation mit 41,1 Prozent ($n = 289$) und Partnerschaftskonflikten mit 18 Prozent ($n = 127$). 7,2 Prozent ($n = 51$) der Stichprobe sind Mütter ≤ 21 Jahre. 6,7 Prozent ($n = 47$) der Mütter haben ein Frühgeborenes oder ein Kind mit einer Behinderung. Am niedrigsten ist die Anzahl der psychosozialen Belastungen durch Materielle Armut mit 6,1 Prozent ($n = 43$) und Abhängigkeitsbedingten Erkrankungen mit 2,1 Prozent ($n = 15$).

Tabelle 6: Psychosoziale Belastungsfaktoren der Gesamtstichprobe

Häufigkeiten psychosoziale Belastungsfaktoren	Gesamt (N = 704)	
	Häufigkeit	in %
Soziale Isolation	$n = 289$	41,1%
Partnerschaftskonflikte	$n = 127$	18,0%
Abhängigkeitsbedingte Erkrankungen	$n = 15$	2,1%
Psychische Belastung	$n = 302$	42,9%
Materielle Armut	$n = 43$	6,1%
Frühgeborene/Behinderung des Kindes	$n = 47$	6,7%
Junges Alter der Mutter (≤ 21 Jahre)	$n = 51$	7,2%

Psychosoziale Belastungen der Mütter mit und ohne Risiko einer PPD

In der Gruppe der Mütter mit einem EPDS<10 sind die häufigsten drei dokumentierten psychosoziale Belastungen die psychische Belastung mit 43,0 Prozent ($n = 253$), die soziale Isolation mit einem Anteil von 42,2 Prozent ($n = 248$) und die Belastung durch Partnerschaftskonflikten mit 19,6 Prozent ($n = 115$). Gefolgt werden diese durch Psychische Belastungen durch Materielle Armut mit 6,8 Prozent ($n = 40$). Belastungen durch eine Frühgeburt oder durch eine Behinderung des Kindes sind bei 6,5 Prozent ($n = 38$) der Mütter dokumentiert. Belastungen durch Abhängigkeitsbedingte Erkrankungen der Mutter sind mit 2,6 Prozent ($n = 15$) am wenigsten verzeichnet. 8,0 ($n = 47$) Prozent der Mütter sind ≤ 21 Jahre alt (vgl. *Tabelle 7*).

In der Gruppe der Frauen mit einem EPDS-Punktwert von ≥ 10 sind ebenfalls die drei häufigsten psychosozialen Belastungen mit 42,2 Prozent ($n = 49$) die psychischen Belastungen, mit 35,5 Prozent ($n = 41$) die Belastung durch soziale Isolation und mit 10,3 Prozent ($n = 12$) die Belastungen durch Partnerschaftskonflikte. Belastungen durch eine Frühgeburt oder durch eine Behinderung des Kindes sind mit einem Anteil von 7,8 Prozent ($n = 9$) vertreten. Belastungen durch materielle Armut sind bei 2,6 Prozent ($n = 3$) der Mütter dokumentiert. Wie in der vorherigen Gruppe, ist die Häufigkeit der Belastungen durch abhängigkeitsbedingte Erkrankungen am geringsten. Abhängigkeitsbedingte Erkrankungen der Mutter werden anders als in der Gruppe der Mütter mit einem EPDS<10, gar nicht angegeben. 3,4 Prozent ($n = 4$) sind ≤ 21 Jahre alt (vgl. *Tabelle 7*).

Tabelle 7: Häufigkeiten der psychosozialen Belastungsfaktoren in den Gruppen EPDS<10 und EPDS \geq 10 (N = 704)

Häufigkeiten psychosoziale Belastungsfaktoren	EPDS<10 (n=588)		EPDS \geq 10 (n=116)	
	Häufigkeit	in %	Häufigkeit	in %
Soziale Isolation	$n = 248$	42,2%	$n = 41$	35,3%
Partnerschaftskonflikte	$n = 115$	19,6%	$n = 12$	10,3%
Abhängigkeitsbedingte Erkrankungen	$n = 15$	2,6%	$n = 0$	0,0%
Psychische Belastung	$n = 253$	43,0%	$n = 49$	42,2%
Materielle Armut	$n = 40$	6,8%	$n = 3$	2,6%
Frühgeborene/Behinderung des Kindes	$n = 38$	6,5%	$n = 9$	7,8%
Junges Alter der Mutter (≤ 21 Jahre)	$n = 47$	8,0%	$n = 4$	3,4%

Belastungsscore

Der höchste Summenscore von sieben Punkten wird von keiner der Mütter erreicht. Im Durchschnitt weist eine Mutter 1.24 ($SD = 1.19$) der ausgewählten psychosozialen Belastungsfaktoren auf. Bei 34,5 Prozent und somit dem größten Anteil der Mütter werden keine der ausgewählten psychosozialen Belastungsfaktoren dokumentiert. 193 Mütter (27,4%) haben laut Dokumentation der Babylots:innen eine Belastung und 159 (22,6 %) zwei psychosoziale Belastungen.

5.3. Gruppenvergleichende Statistik

Wie in *Tabelle 8* zu entnehmen ist, weist der größte Anteil der Mütter in beiden Gruppen keine der ausgewählten Belastungen auf. In der Gruppe der Frauen mit einem $EPDS < 10$ haben 27,4 Prozent eine psychosoziale Belastung und in der Gruppe der Frauen mit einem $EPDS \geq 10$ haben 27,6 Prozent eine psychosoziale Belastung. 24,3 Prozent der Mütter aus der Gruppe mit einem $EPDS < 10$ weisen zwei der psychosozialen Belastungen auf, hingegen 13,8 Prozent der Mütter in der anderen Gruppe zwei Belastungen aufweisen. Die Range an Belastungen beträgt in der Gruppe der Mütter mit einem $EPDS < 10$ zwischen 0 und 5, während die andere Gruppe eine Range zwischen 0 und 4 erreicht.

Tabelle 8: Anzahl der Belastungen in den Gruppen $EPDS < 10$ und $EPDS \geq 10$

Häufigkeiten psychosoziale Belastungen	EPDS < 10 (n=588)		EPDS ≥ 10 (n=116)	
	Häufigkeit	in %	Häufigkeit	in %
keine Belastungen	n = 192	32,7%	n = 51	44,0%
eine Belastung	n = 161	27,4%	n = 32	27,6%
zwei Belastungen	n = 143	24,3%	n = 16	13,8%
drei Belastungen	n = 64	10,9%	n = 14	12,1%
vier Belastungen	n = 23	3,9%	n = 3	2,6%
fünf Belastungen	n = 5	0,9%	n = 0	0,0%

t-Test für unabhängige Stichproben

Zunächst wird für die gruppenvergleichende Statistik die Voraussetzungen für den t-test bei unabhängigen Stichproben geprüft. Ziel der Analyse ist es, zu testen, ob sich die Mittelwerte des Belastungsscores der beiden Gruppen unterscheiden. Da die abhängige Variable intervallskaliert ist und diese Voraussetzung erfüllt ist, muss im nächsten Schritt die

Varianzhomogenität geprüft werden. Unter Verwendung der H_0 , dass sich die Varianzen nicht unterscheiden, kann bei dem vorliegenden F-Wert von $F = 1.91$ und der dazugehörigen Signifikanz von $p = 0.17$ davon ausgegangen werden, dass eine Varianzhomogenität vorliegt und der Test angewendet werden kann (Levene- Test: $F(1, 702) = 1.91, p = 0.17, N = 704$).

Die Mütter der Gruppe mit einem $EPDS < 10$ weisen einen Mittelwert des Belastungsscores von $M = 1.29$ ($SD = 1.19$) auf, während der Mittelwert der Gruppe $EPDS \geq 10$ $M = 1.02$ ($SD = 1.14$) beträgt. Die zweiseitige Signifikanz wird mit einem p-Wert von $p = 0,026$ ermittelt. Die Ergebnisse des Belastungsscores sind somit in den beiden Gruppen signifikant unterschiedlich ($t(702) = 2.23, p = 0.026$). Für die Berechnung der Effektstärke, wird die Formel für Cohens (d) herangezogen.

Die Berechnung des Cohens d ergibt einen Wert von $d = 0,23$ welches einem kleinen Effekt entspricht. Die Ergebnisse der Berechnungen zeigen, dass sich die mittleren Belastungsscores (Anzahl der Belastungen) überzufällig unterscheiden. Die PPD-Mütter haben leicht weniger Belastungen ($M = 1.02, SD = 1.14, n = 116$) als nicht PPD-Mütter ($M = 1.29, SD = 1.19, n = 588$).

5.4. Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse

Im nachfolgenden werden die Ergebnisse zu den Häufigkeiten der psychosozialen Belastungen mit den Ergebnissen der Studie „KiD 0-3“ verglichen. Hierfür werden die Häufigkeiten unabhängig von der Beurteilung der EPDS der Gesamtstichprobe betrachtet.

42,9 Prozent der Mütter und somit fast die Hälfte der Stichprobe weisen psychische Belastungen auf. Die ermittelten Häufigkeiten aus der Studie „KiD 0-3“ in der Belastungsdimension für psychische Gesundheit, sind deutlich niedriger und bieten anders als in der vorliegenden Studie einen Rückschluss auf die Art der Belastung (Lorenz et al., 2020). Belastungen durch soziale Isolation werden ebenfalls fast von der Hälfte der vorliegenden Stichprobe (41,1%) wahrgenommen. Eine deutlich niedrigere Häufigkeit von 9 Prozent wurde in „KiD 0-3“ ermittelt (Lorenz et al., 2020).

18 Prozent der Mütter aus dem Angebot Babyotse berichten über Probleme in der Partnerschaft und Partnerschaftskonflikten. In der Studie „KiD 0-3“ wurde ebenfalls die Häufigkeiten von Auseinandersetzungen sowie Gewalt in der Partnerschaft ermittelt. Dabei wurden deutlich weniger Familien (9%) identifiziert (Lorenz et al., 2020). Die Häufigkeiten der psychosozialen Belastungsfaktoren durch „junges Alter der Mutter“ mit einem Anteil von

7 Prozent und „Hinweis auf Substanzmissbrauch“ mit einem Anteil von 2 Prozent stimmen mit den Ergebnissen der „KiD 0-3“ Studie überein (Lorenz et al., 2020).

In „KiD 0- 3“ wurde das Armutrisiko anhand der Bezugnahme staatlicher Sozialleistungen (SGB-II) operationalisiert und mit einer Häufigkeit von 19 Prozent ermittelt. In der vorliegenden Arbeit konnte eine Belastung durch materielle Armut von 6,1 Prozent festgestellt werden. Die Ergebnisse können nur bedingt miteinander verglichen werden, da in dieser Studie nicht anhand der Sozialleistungen operationalisiert wurde (Lorenz et al., 2020).

Im Durchschnitt weisen die Familien, unabhängig von der Bewertung des EPDS-Bogens, 1,24 ($n = 704$, $SD = 1.19$) psychosoziale Belastungen auf. Die Berechnungen der „KiD 0-3“ Studie ermittelten eine durchschnittliche Anzahl an Belastungen von 1,95 ($n = 7549$, 95% [1.77 – 1.88]). Auch hier sollte kritisch betrachtet werden, dass die Operationalisierung der Risikofaktoren bzw. psychosozialen Belastungen in den Studien auf unterschiedliche Weise vorgenommen wurde. Ebenso unterscheidet sich die Anzahl der möglichen Risikofaktoren erheblich, weshalb die Ergebnisse nicht direkt miteinander verglichen werden können (Lorenz et al., 2020).

6. Diskussion

Die PPD ist die häufigste medizinische Komplikation in der Zeit rund um die Geburt (Dorsch & Rohde, 2016). Die Folgen einer unbehandelten PPD beeinflussen nachhaltig das gesamte Familiensystem, insbesondere die Entwicklung des Kindes (Pawils et al., 2022). Die Entstehung der PPD ist bisher noch nicht vollständig erklärt. In der Literatur geht man von einer multifaktoriellen Genese aus. Neben den biologischen Faktoren konnte nach aktuellem Forschungsstand, eine Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren identifiziert werden, die signifikant im Zusammenhang mit einer PPD stehen (Dorsch & Rohde, 2016). Der Forschungsgegenstand der vorliegenden Arbeit bestand darin, die psychosozialen Belastungsfaktoren der PPD-Mütter zu untersuchen und diese mit den Belastungsfaktoren der Mütter ohne PPD, zu vergleichen.

Durch das Routinemäßige Einsetzen der EPDS konnten 16,5 Prozent der Mütter mit einem erhöhten Risiko auf eine PPD identifiziert werden. Das Forschungsergebnis zeigt an dieser Stelle eine Übereinstimmung mit der vorliegenden Prävalenzrate von 10 bis 15 Prozent für westlichen Industriegesellschaften.

Mütter mit einem erhöhten Risiko auf eine PPD gaben an, am häufigsten unter psychischen Belastungen, sozialer Isolation und Partnerschaftskonflikten zu leiden. Diese Ergebnisse zeigen sich auch in der Gruppe der Mütter ohne PPD. Im Vergleich dazu, lagen die relativen Häufigkeiten mit einer Ausnahme (Frühgeburt oder Behinderung des Kindes) in der Gruppe der nicht PPD-Mütter etwas höher (vgl. *Tabelle 8*). Im weiteren Verlauf konnte durch die Operationalisierung des Belastungsscore ermittelt werden, wie hoch die individuelle Anzahl der Belastungsfaktoren war. Auch hier konnte durch die deskriptive Statistik ein höherer Anteil der Belastungsfaktoren bei den nicht PPD-Müttern verzeichnet werden. Die Ergebnisse der darauffolgenden bivariaten Analyse bestätigten, dass der gefundene Unterschied signifikant ist. Dies führt zum Fazit, dass PPD-Mütter leicht weniger psychosoziale Belastungen haben als nicht PPD-Mütter. Vor dem Hintergrund, dass vermutlich ein gegenteiliges Ergebnis zu erwarten wäre (also dass PPD-Mütter stärker unter psychosozialen Belastungen leiden als nicht PPD-Mütter), verdeutlicht das vorliegende Studienergebnis die Relevanz und Bedeutsamkeit von routinemäßigen Screenings für eine frühe Identifizierung der Frauen mit erhöhtem Risiko auf PPD.

Durch die gewählte Methode und das vorliegende Ergebnis konnte lediglich ein Unterschied zwischen den Gruppen festgestellt werden. Es ist nicht möglich zu erkennen, ob eine bestimmte Belastungskonstellation eine Auswirkung auf das Outcome hat. Jedoch konnte beobachtet werden, dass die drei häufigsten Belastungsfaktoren (psychische Belastung, soziale Isolation und Partnerschaftskonflikte) jene sind, die auch in der Literatur als

gesicherte Risikofaktoren mit einem mittleren bis starken Effekt für das Auftreten einer PPD beschrieben werden (Hübner-Liebermann et al., 2012). Diese Erkenntnis deckt sich mit dem derzeitigen wissenschaftlichen Stand, dass aus dem Vorhandensein oder Fehlen von Risikofaktoren nicht zwangsläufig abgeleitet werden kann, ob eine Mutter betroffen sein wird (Dorsch & Rohde, 2016).

Abschließend ist noch zu erwähnen, dass einzelne Häufigkeiten mit den gefundenen Prävalenzen aus der Studie KiD 0-3 übereinstimmen (vgl. Kapitel 5.4.). Besonders hervorzuheben sind die Häufigkeiten zu den psychischen Belastungen (ca. 43%) und sozialer Isolation (ca.42%) die zu den Ergebnissen der KiD 0-3 Studie deutlich überrepräsentiert sind (Lorenz et al., 2020).

6.1. Limitation

Im nachfolgenden werden die methodischen Limitationen der vorliegenden Studie diskutiert. Es ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um eine Sekundärdatenanalyse handelt und das vorliegende Datenmaterial nicht spezifisch für die oben genannten wissenschaftlichen Fragestellungen gesammelt wurde. Dies kann dazu führen, dass einzelne Variablen nicht den Umfang und die Erfassungstiefe für die Fragestellungen beinhalten (Hoffmann et al., 2008). Dieser Punkt lässt sich in Hinblick auf die gewählte Methode nicht gänzlich vermeiden. Für eine erneute Analyse von psychosozialen Belastungsfaktoren von PPD-Müttern wäre als methodisches Vorgehen eine breitere Erfassung der Risikofaktoren, wie es in der Studie von KiD 0-3 durchgeführt wurde, zu empfehlen.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Daten aus den Falldokumentationen der Babyslots:innen hervorgehen und die Präzision sowie die Validität der einzelnen Angaben nicht bekannt ist. Unter diesen Punkten ist auch ein Informationsbias nicht auszuschließen. Zum Ausschluss dieser Einschränkungen ist für eine zukünftige Erfassung der Babyslotsendaten, ein einheitlicher Dokumentationsstandard der Babyslots:innen zu implizieren.

Eine weitere Limitation der Sekundärdatenanalyse ergibt sich aus der unterschiedlichen Aufbereitung durch verschiedene Software-Programme und Bearbeitende. Unter der Verwendung von Fall-, Praxen- und Babyslots:innen-IDs ist davon auszugehen, dass bei Unklarheiten oder fehlenden Werten die entsprechenden Messwerte aus den Falldokumentation zuzuordnen ist.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Operationalisierung der PPD-Mütter anhand des Punktwertes der EPDS erfolgte. Die EPDS ist ein sehr gut validiertes Screening-Instrument, das erste Auffälligkeiten für eine PPD erfasst. Sie ist aber kein diagnostisches Instrument,

weshalb es unklar bleibt, wie hoch der tatsächliche Anteil der diagnostizierten PPD-Mütter innerhalb der Stichprobe ist.

Abschließend sind methodische Limitation zu nennen, die für die Interpretation der Ergebnisse unerlässlich sind. Die vorliegende Stichprobe ist vorwiegend belastet. Auch für den Vergleich zu anderen Studien sollte dies berücksichtigt werden. Für die Operationalisierung der psychosozialen Belastungen wurde ein Belastungsscore gebildet. Es ist darauf hinzuweisen, dass eine einfach zusammen Rechnung der psychosozialen Faktoren nur bedingt einen Rückschluss auf die Art der Belastung zulässt (Lorenz et al., 2020).

7. Fazit und Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die PPD eine ernstzunehmende psychische Störung mit weitreichenden Folgen für die gesamte Familie ist. Da es noch keine vielversprechenden Maßnahmen der Primärprävention gibt, ist die frühzeitige Identifikation sowie Therapieanbindung von zentraler Bedeutung. Das Angebot der Babylotsen ermöglicht durch das Routinemäßige Einsetzen der EPDS die frühe Identifizierung der Frauen mit einem erhöhten Risiko auf PPD. Mit Hilfe der Ergebnisse der vorliegenden Studie konnte festgestellt werden, dass die PPD Mütter der vorliegenden Stichprobe überzufällig leicht weniger psychosoziale Belastungen hatten als Mütter ohne PPD. Daraus lassen sich folgende Handlungsempfehlungen ableiten: Für die zukünftige Arbeit der Babylots:innen, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass ein gruppensensibler Umgang der PPD-Mütter und nicht PPD-Mütter erforderlich ist. Dies könnte bereits während der Ausbildung der Babylots:innen thematisiert werden. Ebenso bedeutet dies, dass Babylots:innen auf das Ergebnis der EPDS vertrauen sollten, da PPD-Mütter nicht zwingend höher belastet sind.

Anhand der umfangreichen Literaturrecherche lassen sich weitere Empfehlungen für die Versorgung der PPD Mütter in Deutschland aussprechen. Anzustreben ist ein routinemäßiges Screening aller Wöchnerinnen in der postpartalen Zeit. Dabei sollte ein einheitliches Screening-Instrument anvisiert werden, dessen Anwendung bereits in der Ausbildung, im Studium oder in Fortbildungen der Versorger:innen geschult wird.

Da viele betroffene Frauen aus Scham- und Schuldgefühlen, Hilfsangebote nicht rechtzeitig wahrnehmen, ist die Aufklärung ein weiterer Optimierungspunkt innerhalb der Versorgung. Eine mögliche Option wäre die Frau bereits während der Schwangerschaft ausreichend über das mögliche Auftreten postpartal psychischer Erkrankungen zu informieren. Weitere Möglichkeiten sind durch Internetbasierte Aufklärungsangebote wie beispielsweise das Anwenden von Smartphone- Applikationen zum Thema PPD gegeben. Während der Literaturrecherche wurden keine Informationen zu der Rolle von Geschwisterkindern gefunden. Weiterführende Studien könnten die Wechselwirkung als auch die Folgen und Auswirkungen auf Geschwister untersuchen.

Abschließend ist zu erwähnen, dass mütterliche Depressionen einen potenziellen Risikofaktor für das Auftreten einer väterlichen Depression darstellen. Diese Tatsache könnte zur Überlegung führen, zukünftig Männer von betroffenen Müttern ins Screening einzubeziehen.

Literaturverzeichnis

- Beck, C. T. (1999). Postpartum Depression Stopping the Thief That Steals Motherhood. *AWHONN Lifelines*, 3(4), 41–44. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6356.1999.tb01115.x>
- Bengel, J. (2016, April). *Psychosoziale Belastungen*. Pschyrembel online. Abgerufen am 03. August 2022, von <https://www.pschyrembel.de/Psychosoziale%20Belastung/S00D8>
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., & Dapunt, O. (2008). Deutschsprachige Fassung und Validierung der »Edinburgh postnatal depression scale«. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123(03), 35–38. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1023895>
- Blättner, B., & Waller, H. (2018). *Gesundheitswissenschaft: Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (6., überarbeitete Auflage). 86-90. Verlag W. Kohlhammer.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 88(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.04.007>
- Cierpka, M., Frey, B., Scholtes, K., & Köhler, H. (2014). Von der Partnerschaft zur Elternschaft. In *Frühe Kindheit 0-3 Jahre* (2. Auflage) 115–123. Springer-Verlag.
- Cox, J., Holden, J., Sagovsky, R., Bergant, A., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., & Dapunt, O. (1987). *Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS)*. https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/057_D_Diabetes_Ges/057-008a3_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-03.pdf

Cox, J., Holden, J., Sagovsky, R., Bergant, A., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., & Dapunt, O. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6),782-785. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), & Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin (ÄZQ). (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression—Langfassung, 2. Auflage* [Text/pdf]. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). 151-159. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>

Dorn, A., & Mautner, C. (2018). Postpartale Depression- Interdisziplinäre Behandlung. *Gynäkologie*, 51, 94–100. <https://doi.org/10.1007/s00129-0017-4183-3>

Dorsch, V. M., & Rohde, A. (2016). Postpartale psychische Störungen- Update 2016. *FrauenheilkdUp2date*, 10(4), 355–371. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112631>

Eckert, T., & Kadera, S. (2018). Der sozialökologische Ansatz in der Erwachsenenbildung. In *Handbuch Erwachsenenbildung/ Weiterbildung* (6. Auflage) 193–196. Springer VS.

Egle, U. T., Franz, M., Joraschky, P., Lampe, A., Seiffge-Krenke, I., & Cierpka, M. (2016). Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit- ein Update. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, 1247.

Eikhorst, A., Brand, C., Lang, K., Liel, C., Neumann, A., Schreier, A., Renner, I., & Sann, A. (2015). Die Prävalenzstudie „Kinder in Deutschland- KiD 0-3“ zur Erfassung von psychosozialen Belastungen und Frühen Hilfen in Familien mit 0-3-jährigen Kindern: Studiendesign und Analysepotential. *Soziale Passagen*, 385. <https://doi.org/DOI 10.1007/s12592-015-0212-z>

Eikhorst, A., & Liel, C. (2020). *Design und Methoden der Studienfolge „Kinder in Deutschland- KiD 0-3“*. *Faktenblatt 1 zur Prävalenz und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen*. 1-6. <https://doi.org/10.17623/NZFH:FB1-PVF>

Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.005>

Franzowiak, P. (2018, Juni 13). *Risikofaktoren und Risikofaktorenmodell*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Abgerufen am 03. August 2022, von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/risikofaktoren-und-risikofaktorenmodell/>

Gawlik, S., Müller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., Sohn, C., Schlehe, B., & Reck, C. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of Women's Mental Health*, 17, 49–55. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0377-4>

Goerke, K. (2020). Pschyrembel online. Abgerufen am 03. August 2022, von <https://www.pschyrembel.de/Puerperium/K0J3P>

Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91(2–3), 97–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>

Härtl, K., Müller, M., & Friese, K. (2006). Wochenbettdepression: Eine häufig spät oder nicht diagnostizierte psychische Erkrankung. *Der Gynäkologe*, 39(10), 813–816. <https://doi.org/10.1007/s00129-006-1867-5>

Hoffmann, W., Bobrowski, C., & Fendrich, K. (2008). Sekundärdatenanalyse in der Versorgungsepidemiologie: Potenzial und Limitationen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(10), 1193–1195. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0654-y>

Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., & Wittmann, M. (2012). Peripartale Depressionen erkennen und behandeln. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(24), 24. 419-423. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0419>

Kühner, C. (2016). Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit: Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. *Der Nervenarzt*, 87(9), 926–936. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0175-0>

Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Benzies, K., Duffet-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., Este, D., & Watson, W. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and Children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445–450. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>

Lohaus, A., & Vierhaus, M. (2019). Theorien der Entwicklungspsychologie. In *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor* (4. Auflage) 42-43. Springer-Verlag.

Lorenz, S., Ulrich, S. M., Kindler, H., & Liel, C. (2020). Wie viele Familien in Deutschland sind in welchem Ausmaß psychosozial belastet? Ein Vergleich verschiedener Klassifizierungsverfahren zur Einschätzung des frühen Hilfebedarfs. *Kindheit und Entwicklung*, 29(3), 128–137. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000310>

Lorenz, S., Ulrich, S. M., Sann, A., & Liel, C. (2020). Self-Reported Psychosocial Stress in Parents With Small Children. *Deutsches Ärzteblatt international*, 117(42), 709-716 <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0709>

Ludermir, A. B., Lewis, G., Valongueiro, S. A., de Araújo, T. V. B., & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: A prospective cohort study. *The Lancet*, 376(9744), 903–98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60887-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60887-2)

Mattejat, F., Wüthrich, C., & Remschmidt, H. (2000). Kinder psychisch kranke Eltern- Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. *Der Nervenarzt*, 71, 165. <https://doi.org/10.1007/s001150050025>

O`Haire, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–401. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>

Okan, O., Bröder, J., Pinheiro, P., & Bauer, U. (2018). Gesundheitsförderung und Health Literacy. In *Handbuch Kindheits- und Jugendsoziologie*, 640–641. Springer VS Wiesbaden.

Pawils, S., Kochen, E., Weinbrenner, N., Loew, V., Döring, K., Daehn, D., Martens, C., Kaczmarek, P., & Renneberg, B. (2022). Postpartale Depression – wer kümmert sich? Versorgungszugänge über Hebammen, Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 65(6), 658–665. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03545-8>

Pawils, S., Metzner, F., Wendt, C., Raus, S., Sheddon-Mora, M., Wlodarczyk, O., & Härter, M. (2016). Patients with Postpartum Depression in Gynaecological Practices in Germany – Results of a Representative Survey of Local Gynaecologists about Diagnosis and Management. *Geburtshilfe und Frauenheilk.*, 76 (8), 888–890. <https://doi.org/10.1055/s-0042-103326>

Pawils, S., Wendt, C., Metzner, F., & Härter, M. (2013). *Ambulanter Babyotse Hamburg- modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems im ambulanten Setting*.18. Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

Pawils, S., Wlodarczyk, O., & Metzner, F. (2015). *Ambulante Babyotsen Hamburg*. 5-7. Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf.

Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 200 (4), 357–359. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>

Peter, R. (2009). Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? In *Gesundheitliche Ungleichheit- Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Auflage) 117–118. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH.

PONS GmbH. (2022). Abgerufen am 03. August, von <https://de.pons.com/übersetzung/deutsch-englisch/postpartal>

Qualitätsverbund Babyotse e.V. (2021). *Qualitätsrahmen Programm Babyotse- Externe Information*. 3-14. Abgerufen am 03. August 2022, von <https://qualitaetsverbund-babyotse.de/wp-content/uploads/2021/09/QV-EXT-Qualitätsrahmen-Programm-Babyotse-2021-04-26-04-0.pdf>

Reck, C. (2014). Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung. In *Frühe Kindheit 0-3 Jahre* (2. Auflage) 301–304. Springer-Verlag.

Riecher-Rössler, A. (2015). Depression in der Peripartalzeit – Diagnostik, Therapie und Prophylaxe. *PSYCH up2date*, 9(03), 149–152. <https://doi.org/10.1055/s-0041-100490>

Riecher-Rössler, A., & Andreou, C. (2016). Postpartale Depression – Diagnostik und Therapie. *Pädiatrie*, 21(3), 20–25.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–293. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006>

Rohde, A. (2001). Psychiatric disorders in pregnancy and postpartum. *Der Gynäkologe*, 34(4), 315–320. <https://doi.org/10.1007/s001290050717>

Ross, L. E., & Dennis, C.-L. (2009). The Prevalence of Postpartum Depression among Women with Substance Use, an Abuse History, or Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Women's Health*, 18(4), 475–486. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0953>

Salzmann, D., Lorenz, S., Eickhorst, A., & Liel, C. (2018). *Psychosoziale Belastungen und Inanspruchnahme Früher Hilfen von Familien in Armutsrisikolagen. Faktenblatt 8 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen*. 10.17623/NZFH:FB8-PVF

Schipper-Kochems, S., Fehm, T., Bizjak, G., Fleitmann, A. K., Balan, P., Hagenbeck, C., Schäfer, R., & Franz, M. (2019). Postpartale depressive Störung – psychosomatische Aspekte. *Geburtshilfe und Frauenheilk.*, 79 (4), 375–382. <https://doi.org/10.1055/a-0759-1981>

SeeYou, S. für F. (2020). *Jahres und Wirkungsbericht 2020*. 28-38. Abgerufen am 03. August, von [https://www.seeyou-hamburg.de/fileadmin/Stiftung_SeeYou/PDFs/Foerdern und Spenden/CU EXT SRS Bericht 2020-RZ-Mail klein.pdf](https://www.seeyou-hamburg.de/fileadmin/Stiftung_SeeYou/PDFs/Foerdern_und_Spenden/CU_EXT_SRS_Bericht_2020-RZ-Mail_klein.pdf)

Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>

Anhang 1 Die EPDS

Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS)

Diabetes-Schwerpunkteinrichtung:	ID
	Name, Vorname
	Geb.Datum:
	Geb.-Datum des Kindes:

Vor wenigen Wochen ist ihr Kind geboren worden. Heute möchten wir gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl **in den letzten 7 Tagen** beschreiben, **nicht**, wie Sie sich gerade **heute** fühlen.

Hier ist eine bereits beantwortete **Beispielfrage**:

Ich fühlte mich glücklich:

- Ja, die ganze Zeit
- Ja, die überwiegende Zeit
- Nein, nicht so oft
- Nein, überhaupt nicht

Dies bedeutet: „Ich habe mich in der vergangenen Woche die meiste Zeit glücklich gefühlt“ Bitte beantworten Sie die 10 Fragen in der gleichen Weise. Vielen Dank!

In den letzten 7 Tagen:

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- Genauso oft wie früher
- Nicht ganz so oft wie früher
- Eher weniger als früher
- Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- So oft wie früher
- Eher weniger als früher
- Viel seltener als früher
- Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- Ja, sehr oft
- Ja, manchmal
- Nicht sehr oft
- Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- Nein, nie
- Ganz selten
- Ja, manchmal
- Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- Ja, ziemlich oft
- Ja, manchmal
- Nein, fast nie
- Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
- Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- Ja, fast immer
- Ja, manchmal
- Nein, nicht sehr oft
- Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nein, nicht sehr oft
- Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft
- Ja, ziemlich oft
- Nur manchmal
- Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft
- Manchmal
- Selten
- Nein, nie

Score:

Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS)

Auswertung (Punktzahl steht vor der Antwort)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- 0 Genauso oft wie früher
- 1 Nicht ganz so oft wie früher
- 2 Eher weniger als früher
- 3 Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- 0 So oft wie früher
- 1 Eher weniger als früher
- 2 Viel seltener als früher
- 3 Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- 3 Ja, sehr oft
- 2 Ja, manchmal
- 1 Nicht sehr oft
- 0 Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- 0 Nein, nie
- 1 Ganz selten
- 2 Ja, manchmal
- 3 Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- 3 Ja, ziemlich oft
- 2 Ja, manchmal
- 1 Nein, fast nie
- 0 Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- 3 Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
- 2 Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
- 1 Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
- 0 Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- 3 Ja, fast immer
- 2 Ja, manchmal
- 1 Nein, nicht sehr oft
- 0 Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- 3 Ja, sehr oft
- 2 Ja, ziemlich oft
- 1 Nein, nicht sehr oft
- 0 Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- 3 Ja, sehr oft
- 2 Ja, ziemlich oft
- 1 Nur manchmal
- 0 Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- 3 Ja, oft
- 2 Manchmal
- 1 Selten
- 0 Nein, nie

Beurteilung Gesamtpunktzahl (Score):

- 0-9 Wahrscheinlichkeit für Depression gering
- 10-12 Wahrscheinlichkeit für Depression mäßig vorhanden
- ≥ 13 Wahrscheinlichkeit für Depression hoch

Besonderheit Frage 10

Mit dieser Frage können schnell Frauen identifiziert werden, die Selbstmordgedanken haben. Wurden hier überhaupt Punkte vergeben, muss genau nachgefragt werden, ob es sich um Selbstverletzungen, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Allgemein

Sind die depressiven Symptome weniger schwer oder weniger als 2 Wochen vorhanden, kann auch eine Anpassungsstörung, Minordepression oder Angststörung vorliegen. Ursächlich für depressive Symptome können auch Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung, Trauerreaktion, fehlende Unterstützung durch den Partner/die Familie oder soziale Isolierung sein, bitte daran denken.

Sozial erwünschte Beantwortung

Möglich bei einem Gesamt-Score von „0“. Im Zweifel nachfragen und genauer abklären.

Cox J, Holden J, Sagovsky R. Br J Psychiatr 1987;150:782
Bergant A, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. DMW 1998;123:35

Anhang 2 Das Risiko-Inventar "Wilhelm"



Liebe (werdende) Mutter!

Wir bitten Sie, den vorliegenden Mütterbogen „Wilhelm“* auszufüllen.
Dies können Sie gemeinsam mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder alleine tun.

Ihr Babylotsen-Team

MEINE PERSÖNLICHEN DATEN

Name, Vorname		Festnetznummer	
Straße		Handynummer	
Postleitzahl und Ort		Geburtsdatum	

FRAGEN AN DIE (WERDENDE) MUTTER

Schwangerschaft und Geburt	
Ich erwarte ein Kind <input type="checkbox"/>	Ich bin gerade Mutter geworden <input type="checkbox"/>
Wann ist Ihr Stichtag?	Wann wurde Ihr Kind geboren?
In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie gerade?	Wieviel wog Ihr Kind bei der Geburt? _____ Gramm
In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie erstmalig Ihren Arzt besucht (steht in Mutterpass)?	Wie alt ist Ihr Kind jetzt? _____ Woche
	Hatten Sie eine Frühgeburt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Lebenssituation und Gewohnheiten	
Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> jünger als 18 Jahre <input type="checkbox"/> zwischen 18 und 21 Jahre alt <input type="checkbox"/> älter als 21 Jahre
Wie alt ist der Vater Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/> jünger als 18 Jahre <input type="checkbox"/> zwischen 18 und 21 Jahre alt <input type="checkbox"/> älter als 21 Jahre
Erwarten Sie Zwillinge oder Mehrlinge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie viele Kinder leben bereits in Ihrem Haushalt?	_____ Anzahl
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihnen einmal eine psychische Erkrankung festgestellt oder fühlen Sie sich zurzeit psychisch belastet?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Nein

Bitte wenden →

*„Wilhelm“ ist die Abkürzung für den Mütterbogen der Babylotsen am Katholischen Kinderkrankenhaus WILHELMstift.

Gesundheit und Wohlbefinden	
Fühlen Sie sich zurzeit besonders belastet ...	
... beispielsweise durch eine ungewollte Schwangerschaft, Konflikte in Ihrer Partnerschaft oder in der Bewältigung Ihres Lebensalltags?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... beispielsweise durch die fehlende Unterstützung Ihrer Freunde und Familie oder durch Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
... beispielsweise durch Arbeitslosigkeit oder finanzielle Sorgen, eine schwierige Wohnsituation oder eine fehlende Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gibt es andere für Sie belastende Umstände?	<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: <input type="checkbox"/> Nein

Familie und Partnerschaft	
Wir interessieren uns auch für die Gesundheit derjenigen Person, die sich mit Ihnen um das Kind kümmern möchte (ein Kindsvater, Ihre Mutter, Ihr Vater, Ihre Schwester, Ihr Bruder, eine nahe Freundin, andere):	
Trinkt die Beziehungsperson Alkohol oder nimmt Drogen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hat die Bezugsperson eine psychische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ich habe das Informationsmaterial über BabyLOTSE ambulant erhalten und gelesen, ich wurde über das Projekt aufgeklärt und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Soweit ich Fragen gestellt habe, sind diese zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden.

Datum und Unterschrift

Anhang 3 SPSS Syntax

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
```

```
COMPUTE Alter_des_Kindes=DATEDIFF(von,Entbindung,"months").
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE epds_score_gesamt (-99=-99) (0 thru 9=1) (10 thru 12=2) (13 thru 30=3) INTO  
EPDS_Gruppierung.
```

```
VARIABLE LABELS EPDS_Gruppierung 'EPDS Gruppierung'.
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE EPDS_Gruppierung (-99=-99) (1=-99) (2=2) (3=3).
```

```
EXECUTE.
```

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
```

```
RECODE Alter_Mutter (-99=-99) (0 thru 21=1) (22 thru 30=2) (31 thru 40=3) (41 thru 48=4)  
INTO
```

```
Altersklassen_Mutter.
```

```
VARIABLE LABELS Altersklassen_Mutter 'Altersklassen der Mütter'.
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE soziale_Isolation (0=0) (1 thru 2=1) INTO Soziale_Isolation_dicho.
```

```
VARIABLE LABELS Soziale_Isolation_dicho 'Soziale isolation dichotomisiert'.
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE psychische_emotionale_Belastung (0=0) (1 thru 2=1) INTO  
Psychische_Belastung_dicho.
```

```
VARIABLE LABELS Psychische_Belastung_dicho 'Psychische Belastung dichotomisiert'.
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE Abhaengigkeitsbedingte_Belastungen (0=0) (1 thru 2=1) INTO  
Abhaengigkeit_dicho.
```

```
VARIABLE LABELS Abhaengigkeit_dicho 'Abhaengigkeitsbedingte Belastungen  
dichotomisiert'.
```

```
EXECUTE.
```

```
RECODE Partnerkonflikte (0=0) (1 thru 2=1) INTO Partnerschaftskonflikte_dicho.
```

```
VARIABLE LABELS Partnerschaftskonflikte_dicho 'Partnerschaftskonflikte dichotomisiert'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE Materielle_Armut (0=0) (1 thru 2=1) INTO Materielle_Armut_dicho.  
VARIABLE LABELS Materielle_Armut_dicho 'Materielle Armut dichotomisiert'.  
EXECUTE.
```

```
RECODE Fruehgeborene_Behinderung_Erkrankung_des_Kindes (0=0) (1 thru 2=1) INTO  
    Fruegeburt_Behinderung_Erkrankung_dicho.  
VARIABLE LABELS Fruegeburt_Behinderung_Erkrankung_dicho 'Fruehgeburt  
Behinderung Erkrankung '+  
    'dichotomisiert'.  
EXECUTE.
```

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.  
RECODE Alter_Mutter (-99=0) (0 thru 21=1) (22 thru 50=0) INTO Alter_unter21.  
VARIABLE LABELS Alter_unter21 'junges Alter dichotomisiert'.  
EXECUTE.  
RECODE Alter_unter21 (-99=0) (0=0) (1=1).  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE  
Belastungsscore=SUM(Soziale_Isolation_dicho,Psychische_Belastung_dicho,Abhaengigk  
eit_dicho,  
  
Partnerschaftskonflikte_dicho,Materielle_Armut_dicho,Fruegeburt_Behinderung_Erkranku  
ng_dicho,  
    Alter_unter21).  
EXECUTE.
```

*Häufigkeiten Meldeart

```
FREQUENCIES VARIABLES=Meldung_MFA Meldung_Touchpoint Direktmeldung  
Selbstmelder  
/ORDER=ANALYSIS.
```

*Häufigkeiten Betreuungsdauer

```
FREQUENCIES VARIABLES=Dauer_Betreuung_in_Tagen
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

*Betreuungsdauer in Minuten

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
FREQUENCIES VARIABLES=Gesamtdauer_Betreuungsvorgaenge
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

*Häufigkeiten Fallart nach Babylots:innen

```
FREQUENCIES VARIABLES=Fallart_Ende
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM
/ORDER=ANALYSIS.
```

*Häufigkeiten Alter Mutter

```
FREQUENCIES VARIABLES=Alter_Mutter
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
SORT CASES BY epds_score_ue10.
SPLIT FILE SEPARATE BY epds_score_ue10.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Alter_Mutter
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Altersklassen_Mutter
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

```
SORT CASES BY epds_score_ue10.
```

SPLIT FILE SEPARATE BY epds_score_ue10.

FREQUENCIES VARIABLES=Altersklassen_Mutter
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/ORDER=ANALYSIS.

SPLIT FILE OFF.

*Alter des Kindes Häufigkeiten mit Filter für die ungeborenen Fälle

FREQUENCIES VARIABLES=Alter_Kind_gefiltert
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/ORDER=ANALYSIS.

USE ALL.

COMPUTE filter_\$=(Alter_des_Kindes >= 0).
VARIABLE LABELS filter_\$ 'Alter_des_Kindes >= 0 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_\$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_\$ (f1.0).
FILTER BY filter_\$.
EXECUTE.

FILTER OFF.

USE ALL.
EXECUTE.

RECODE Alter_des_Kindes (0=0) (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (6=6) (7=7) (8=8) (9=9)
(11=11) (12=12)
(13=13) (14=14) (15=15) (19=19) (26=26) (35=35) (38=38) (41=41) (49=49) (51=51)
(56=56) INTO
Alter_Kind_gefiltert.
VARIABLE LABELS Alter_Kind_gefiltert 'Alter gefiltert'.
EXECUTE.

FREQUENCIES VARIABLES=Alter_Kind_gefiltert
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/ORDER=ANALYSIS.

SORT CASES BY epds_score_ue10.
SPLIT FILE SEPARATE BY epds_score_ue10.

FREQUENCIES VARIABLES=Alter_Kind_gefiltert
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN
/ORDER=ANALYSIS.

SPLIT FILE OFF.

*Häufigkeiten EPDS und EPDS Gruppierungen

FREQUENCIES VARIABLES=epds_score_ue10
/ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=EPDS_Gruppierung
/ORDER=ANALYSIS.

*Häufigkeiten Anzahl der Fälle

FREQUENCIES VARIABLES=Anzahl_Faelle Fallneustart_postpartal
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN
/ORDER=ANALYSIS.

*Häufigkeiten psychosoziale Belastungen

FREQUENCIES VARIABLES=Alter_unter21 Soziale_Isolation_dicho
Psychische_Belastung_dicho
Abhaengigkeit_dicho Partnerschaftskonflikte_dicho Materielle_Armut_dicho
Fruegeburt_Behinderung_Erkrankung_dicho
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN
/ORDER=ANALYSIS.

*Häufigkeiten aufgeteilt nach EPDS-Auswertung

SORT CASES BY epds_score_ue10.
SPLIT FILE SEPARATE BY epds_score_ue10.


```
FREQUENCIES          VARIABLES=Alter_unter21          Soziale_Isolation_dicho
Psychische_Belastung_dicho
  Abhaengigkeit_dicho Partnerschaftskonflikte_dicho Materielle_Armut_dicho
  Fruegeburt_Behinderung_Erkrankung_dicho
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

*Häufigkeiten Belastungsscore sowie aufgeteilt nach EPDS-Auswertung

```
FREQUENCIES VARIABLES=Belastungsscore
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

SPLIT FILE OFF.

```
FREQUENCIES VARIABLES=Belastungsscore
/STATISTICS=STDDEV VARIANCE MEAN
/ORDER=ANALYSIS.
```

*t-test bei unabhängigen Stichproben

```
T-TEST GROUPS=epds_score_ue10(0 1)
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=Belastungsscore
/CRITERIA=CI(.95).
```

*Varianhomogenität F-Wert df

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
ONEWAY Belastungsscore BY epds_score_ue10
/STATISTICS DESCRIPTIVES HOMOGENEITY
/MISSING ANALYSIS.
```

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien-oder Prüfungsleistung.

Hamburg, 03.08.2022