



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales  
Department Pflege und Management

Postpartale Depression – Ein Aufgabenbereich der  
Hebammenbegleitung im Wochenbett?  
Ergebnisse einer Umfrage in Hamburg, Schleswig-Holstein und  
Niedersachsen.

Bachelorarbeit  
im Studiengang

Interdisziplinäre Gesundheitsversorgung und Management

vorgelegt von

Elske Baumeister



Hamburg,

am 21. März 2019

Betreuende Prüferin: Dr. Angelica Ensel,  
Fakultät Life Sciences, Department Gesundheitswissenschaften (HAW Hamburg)

Zweite Prüfende: Dr. Silke Pawils,  
Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische  
Psychologie (UKE Hamburg)

## Zusammenfassung/Abstract

### Hintergrund und Fragestellung

Mit einer Prävalenz von 10-15% ist die Postpartale Depression (PPD) die häufigste psychische Erkrankung im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Ihre gravierenden Folgen bei unentdecktem Verlauf machen es in Hinblick auf die Gesundheit von Mutter und Kind notwendig, die PPD frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Insbesondere Hebammen scheinen u.a. aufgrund ihres engen Vertrauensverhältnisses zu den Frauen die idealen Schlüsselpersonen für die Erkennung einer PPD zu sein. Diese Arbeit ermittelt das Zuständigkeitsgefühl der in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen für diese Rolle und erfasst den derzeitigen Umgang der Hebammen mit psychosozialen Belastungen sowie einer PPD bei den betreuten Frauen.

### Material und Methodik

Für diese Arbeit wurden insgesamt N=2051 Hebammen aus Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen angeschrieben und befragt, die in der Wochenbettbetreuung tätig sind. Mittels eines Onlinefragebogens wurde der derzeitige Umgang mit der Diagnostik, Weitervermittlung und Behandlung von PPD und psychosozialen Belastungen durch die Hebammen ermittelt.

### Ergebnisse

Insgesamt nahmen n=165 Hebammen an der Befragung teil (Rücklaufquote: 8,04%). Sie fühlen sich mehrheitlich (95,1%) für die Erkennung und Weitervermittlung an PPD erkrankter Frauen zuständig. Die Hebammen geben an, PPD meist (88,5%) in persönlichen Gesprächen zu thematisieren, 41,2% nutzen dafür einen Fragebogen. Die Weitervermittlung bei Anhaltspunkten für eine PPD erfolgt bei 55,2% an ärztliche Akteure des Gesundheitswesens, gleichwohl die Zufriedenheit mit der Weiterbetreuung durch die Gynäkolog\*innen nur eingeschränkt positiv beschrieben wird. Ebenfalls mehr als die Hälfte der Befragten (64,8%) stimmen einem Zuständigkeitsgefühl für die Erkennung und Unterstützung psychosozial belasteter Frauen zu. Hebammen zeigen hier bereits ein breites Wissensspektrum wie die belasteten Frauen gut weitervermittelt und -versorgt werden können, z.B. an Beratungsstellen, Projekte der Frühen Hilfen, Familienhebammen etc. Sie wünschen sich jedoch mehrheitlich mehr Anerkennung ihrer Leistung durch bessere Bezahlung und äußern Verbesserungsbedarf in Bezug auf die Versorgungssituation der Frauen. Grundsätzlich sehen sich die Hebammen für die Erkennung psychosozialer Belastungen oder an PPD erkrankter Frauen zuständig, leisten bereits einen wichtigen Beitrag für die Mutter-Kind-Gesundheit und zeigen zusätzlich Bereitschaft, an der Verbesserung der Versorgung von belasteten Frauen mitzuwirken.

## Vorbemerkung zum Sprachgebrauch

In der vorliegenden Arbeit wurde da, wo es sprachlich möglich war, der Genderstar (\*-Form) genutzt, um einen geschlechtergerechten Sprachgebrauch umzusetzen. Um die flüssige und leichte Lesbarkeit nicht zu gefährden, wurde an Stellen, an denen der Genderstar nicht angewendet werden konnte (z.B. Arzt/Ärztin) mal die männliche und mal die weibliche Form genutzt. Gemeint sind immer beide.

Die Berufsbezeichnung Hebamme inkludiert in dieser Arbeit auch die männliche Hebamme (Entbindungspfleger) und meint beide gleichermaßen.

## **Inhalt**

1. Einleitung .....	3
2. Postpartale Depression als psychosoziale Belastung im Wochenbett .....	4
2.1 Prävalenzen und Ätiologie.....	4
2.2 Klinisches Bild und Folgen .....	5
2.3 Diagnostik und Therapie .....	9
3. Identifikation und Versorgung der Postpartalen Depression durch Hebammen in Deutschland .....	11
4. Fragestellung .....	16
5. Methodik und Durchführung .....	16
5.1 Befragungsinstrument.....	17
5.2 Stichprobe.....	17
6. Ergebnisse.....	18
7. Interpretation und Diskussion.....	33
8. Fazit und Ausblick.....	36
Abkürzungsverzeichnis .....	37
Literatur .....	38
Anhang .....	I
I. EPDS (Deutsche Übersetzung).....	I
II. EPDS scoring sheet.....	III
III. Befragungsinstrument (Print-Version).....	V
IV. Abbildungen und Tabellen .....	XIV
Abb.A1: Begründungen zur Erfahrungen Ansprache PPD .....	XIV
Abb.A2: Sonstige nicht-medizinische Beratungsthemen in der Hebammenbetreuung....	XIV
Abb.A3: Sonstige Belastungen der Frauen.....	XV
Abb.A4: Sonstige erschwerende systembezogene Aspekte bei der Weitervermittlung....	XV
Abb.A5: Sonstige erschwerende personenbezogene Aspekte bei der Weitervermittlung	XVI

Tab.A1: Unternehmung bei PPD, Vermittlung an Ärzte, Beratungsstellen, Kliniken/Ambulanzen und sonstige Akteure, Aufschlüsselung .....	XVI
Tab.A2: Sonstige Erfahrungen in Bezug auf die Weitervermittlung an Hilfsangebote .	XVII
Tab.A3: Sonstige Unternehmungen bei psychosozialen Belastungen.....	XVIII
Tab.A4: Sonstige Bemerkungen zum Verbesserungspotential für und durch Hebammen .....	XVIII

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Teufelskreismodell 1: Depressives Rückzugsverhalten der Mutter und Mutter-Kind-Interaktion nach Reck.....	7
Abb. 2: Teufelskreismodell 2: Depressives intrusives Verhalten der Mutter und Mutter-Kind-Interaktion nach Reck.....	8
Abb. 3: Erfahrungen der Hebammen bei Ansprache der Frau auf PPD.....	19
Abb. 4: Erfahrungen bei Vermittlung an nicht-ärztliche Hilfsangebote .....	21
Abb. 5: Erfahrungen bei Vermittlung an ärztliche Hilfsangebote.....	21
Abb. 6: Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, PPD zu erkennen .....	22
Abb. 7: Begründungen der Hebammen für/gegen ein Zuständigkeitsgefühl, PPD zu erkennen .....	23
Abb. 8: Beratungsthemen außerhalb der medizinischen Betreuung.....	24
Abb. 9: Belastungen der Frauen, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben, Teil 1 .....	25
Abb. 10: Belastungen der Frauen, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben, Teil 2 .....	25
Abb. 11: Belastungen der Frauen, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben, Teil 3 .....	26
Abb. 12: Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, psychosoziale Belastungen zu erkennen .....	27
Abb. 13: Begründungen der Hebammen für/gegen ein Zuständigkeitsgefühl, psychosoziale Belastungen zu erkennen .....	28
Abb. 14: systembezogene Aspekte, die Weitervermittlung/Beratung bei psychosozialen Belastungen erschweren .....	29
Abb. 15: personenbezogene Aspekte, die Weitervermittlung/Beratung bei psychosozialen Belastungen erschweren .....	30
Abb. 16: Begründungen für die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgungssituation belasteter Mütter.....	30
Abb. 17: Verbesserungspotenzial der Versorgungssituation für und durch Hebammen .....	31
Abb. 18: Sonstiges Verbesserungspotenzial der Versorgungssituation für die Frauen.....	32
Abb. 19: Bereitschaft der Hebammen, die EPDS routinemäßig in ihrer Arbeit einzusetzen...	32
Abb. 20: Bemerkungen/Erfahrungen zum routinemäßigen Einsatz der EPDS in der Hebammenarbeit.....	33
Abb.A1: Begründungen zur Erfahrung Ansprache PPD.....	XIV
Abb.A2: Sonstige nicht-medizinische Beratungsthemen in der Hebammenbetreuung .....	XIV
Abb.A3: Sonstige Belastungen der Frauen .....	XV

Abb.A4:sonstige systembezogene Aspekte, die Weitervermittlung/Beratung bei psychosozialen Belastungen erschweren.....	XV
Abb.A5:sonstige personenbezogene Aspekte, die Weitervermittlung/Beratung bei psychosozialen Belastungen erschweren.....	XVI
Tab. 1: Übersicht der Zusatzqualifikationen der befragten Hebammen.....	18
Tab. 2: Diagnostikmethoden der PPD durch Hebammen.....	19
Tab. 3: Unternehmungen der Hebammen bei Verdacht auf PPD .....	20
Tab. 4: Diagnostikmethoden für psychosoziale Belastungen durch Hebammen .....	23
Tab. 5: Unternehmungen der Hebammen bei psychosozialen Belastungen .....	27
Tab.A1: Unternehmung bei PPD, Vermittlung an Ärzte, Beratungsstellen, Kliniken/Ambulanzen und sonstige Akteure.....	XVII
Tab.A2: Sonstige Erfahrungen in Bezug auf die Weitervermittlung an Hilfsangebote .....	XVIII
Tab.A3: Sonstige Unternehmungen bei psychosozialen Belastungen .....	XVIII
Tab.A 4: Sonstige Bemerkungen zum Verbesserungspotential der Versorgungssituation für und durch Hebammen.....	XVIII

## 1. Einleitung

Die Geburt eines Kindes wird von psychisch gesunden Frauen in der Regel als das beste Ereignis ihres Lebens beschrieben, während Frauen, die an einer Postpartalen Depression (PPD) erkrankt sind, diese Zeit als unaushaltbar empfinden (Ghaedrahmati et al., 2017, S. 1). Die PPD ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen in der Zeit nach der Geburt (Pawils et al., 2016, S. 889). Sie gehört zu den depressiven Erkrankungen, deren charakteristische Symptome u.a. Gefühllosigkeit, Ambivalenz, Antriebslosigkeit, Schuldgefühle bis hin zu Suizidgedanken sind und tritt meist ca. 4-6 Wochen nach der Geburt auf (Sonnenmoser, 2007, S. 82). Es gibt eine Vielzahl an Diagnostikinstrumenten, die das systematische Erkennen einer PPD ermöglichen (Pawils et al., 2016, S. 889). Die Diagnosestellung dieser Erkrankung wird jedoch durch Scham- und Schuldgefühle und dem damit verbundenen Verheimlichen von Symptomen durch die betroffenen Frauen erschwert (Sonnenmoser, 2007, S. 82). Eine unerkannte und unbehandelte PPD hat gravierende Auswirkungen auf Mutter und Kind. Die mögliche Suizidalität der Mutter steht auf der einen Seite, bei dem Kind können sich u.a. Entwicklungs- oder Bindungsstörungen sowie spätere eigene psychische Erkrankungen einstellen (Riecher-Rössler, 2011, S. 55). Die schwerwiegenden Folgen der PPD sowie der hohe Leidensdruck der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds machen es notwendig, sich diesem Tabuthema intensiver zu widmen. Nicht zuletzt mit dem öffentlichen Bekanntwerden postpartaler Depressionen verschiedener prominenter Persönlichkeiten (Stuttgarter Zeitung, 2018) rückt dieses Thema zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit und ist dennoch von vielen Stigmata behaftet. Im Gegensatz zur Facharztausbildung für Gynäkolog\*innen sind die Themen „Psychologie“ und „Wochenbettpsychose“ schon in der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger“ (HebAPrV) von 1986 festgehalten (Müller-Rockstroh, 2017, S. 44). In Anbetracht dessen und aufgrund ihres meist frühzeitigen und engen Kontaktes zu den Frauen in der Wochenbettbetreuung kann insbesondere Hebammen eine bedeutende Rolle beim frühzeitigen Erkennen von PPD zugeschrieben werden. In dieser Arbeit wird den Fragen nachgegangen, inwieweit sich Hebammen selbst als wichtige Schlüsselperson in dieser Thematik einschätzen und sich dafür zuständig fühlen, eine PPD zu erkennen. Außerdem soll herausgefunden werden, ob in der Wochenbettbetreuung tätige Hebammen sich vorstellen können, das weltweit anerkannte Screeninginstrument „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) routinemäßig in ihrer Arbeit einzusetzen und somit zum frühzeitigen Erkennen einer PPD und zur weiteren Mutter-Kind-Gesundheit beizutragen.

## **2. Postpartale Depression als psychosoziale Belastung im Wochenbett**

Stress, der aufgrund von psychischen, sozialen oder familiären Problemlagen entsteht, kann als „psychosoziale Belastung“ zusammengefasst werden. Hält dieser negative Erregungszustand über längere Zeit an bzw. stellen sich nicht ausreichend Entspannung oder Erholung ein, so kann es in dieser Folge zu psychischen Störungen oder gar ernsthaften Erkrankungen kommen (Frech, 2010, S. 15). Psychische Erkrankungen sind die häufigsten Erkrankungen in der Zeit nach der Geburt (Kühner, 2016, S. 926). Für die PPD liegt keine allgemeingültige Definition vor. Vor allem in Bezug auf den Zeitpunkt der Erkrankung gibt es in der Literatur verschiedene Ansichten (Surkan et al., 2016, S. 157). In der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) der World Health Organisation (WHO) wird in der aktuellen Ausgabe ICD 10 das Auftreten der PPD auf den Zeitraum bis zu sechs Wochen nach der Geburt festgelegt und als „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“ (F53.0) codiert (ICD-10 GM, 2018). Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) limitiert das Auftreten einer PPD auf vier Wochen nach der Geburt, schließt jedoch als möglichen Beginn für eine PPD die Schwangerschaft mit ein (Kühner, 2016, S. 926). In der Literatur lässt sich aber auch die Ausweitung auf das erste Jahr nach der Geburt finden. Nach Riecher-Rössler „[...] werden alle behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen [als Postpartale Depression, d.Verf.] bezeichnet, die im ersten Jahr nach Entbindung auftreten oder bestehen.“ (Riecher-Rössler, 2011, S. 52). Die PPD wird in der Literatur nicht einheitlich benannt. Es finden sich Synonyme wie postnatale Depression, Puerperaldepession sowie Wochenbettdepression (Dalton, 2003, S. 55f.). Das Wochenbett bezeichnet die Zeit nach der Geburt, es dauert sechs bis acht Wochen (Harder, 2011, S. 2). Im Jahr 2013 wurde durch die American Psychiatric Association der Begriff „perinatale Depression“ eingeführt. Er ersetzt den Begriff der Postpartalen Depression, da davon auszugehen ist, dass diese psychische Erkrankung bereits in der Schwangerschaft ihren Beginn finden kann (Guille et al., 2013, S. 2).

### **2.1 Prävalenzen und Ätiologie**

Die häufigste psychische Erkrankung im Kontext des Mutterwerdens ist mit einer Prävalenz von 10-15% die PPD (Pawils et al., 2016, S. 889). Bezieht man minore Depressionen und depressive Anpassungsstörungen mit ein, so erhöht sich die Prävalenz auf bis zu 19% (Kühner, 2016, S. 926). Diese Zahlen sind bei gleichaltrigen Frauen außerhalb des perinatalen Kontextes annähernd gleich. Lediglich in den ersten drei Monaten nach der Geburt haben Frauen ein leicht erhöhtes Erkrankungsrisiko im Vergleich zu Frauen ohne vorangängige Geburten (Riecher-

Rössler, 2011, S. 54). Frauen, die bereits einmal an einer PPD erkrankt waren, haben ein Wiedererkrankungsrisiko von 30-60% (Riecher-Rössler, 2011, S. 59).

Es gibt keine spezifischen Risikofaktoren für eine PPD. Riecher-Rössler (2011, S. 54) geht davon aus, dass die Ursachen für diese Erkrankung denen einer Depression unabhängig vom perinatalen Kontext ähneln. Experten gehen bei diesem heterogenen Krankheitsbild von multifaktoriellen Erklärungskonzepten aus, in denen u.a. der Familienstand, die Genetik und die soziale Umgebung Berücksichtigung finden (DGPPN et al., 2015, S. 24). Riecher-Rössler et al. schreiben:

„Die betroffenen Frauen sind offensichtlich weder bezüglich hormoneller (z.B. Östrogen- und Progesteronspiegel) und geburtshilflicher (z.B. Zahl der Geburten, Geburtskomplikationen, Dauer des stationären Aufenthaltes) noch bezüglich der allermeisten psychosozialen Faktoren auffällig anders als die Frauen, die nach der Entbindung gesund bleiben.“ (Riecher-Rössler et al., 2003, S. 108).

Dennoch gibt es eine Reihe von Prädiktoren mit unterschiedlicher Effektstärke (Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 421). So werden vorherige psychische Erkrankungen bzw. Ängstlichkeit in der Schwangerschaft, belastende negative Lebensereignisse, fehlende soziale Unterstützung bzw. eine beeinträchtigte Partnerschaftsbeziehung als wichtige Risikofaktoren beschrieben (Hübner-Liebermann et al., 2012; Knüppel Lauener et al., 2016; Surkan et al., 2016). Kühner erwähnt auch noch biologische Faktoren wie z.B. ein junges Alter der Mutter als Risiko für eine präpartale Depression und Frühgeburtlichkeit bzw. niedriges Geburtsgewicht als Risiko für PPD (Kühner, 2016, S. 927).

## **2.2 Klinisches Bild und Folgen**

Die Symptome einer PPD ähneln denen einer unipolaren Depression. Hierzu gehören u.a. gedrückte Stimmung, Interessensverlust und rasche Müdigkeit, Sorgen, emotionale Labilität, Energielosigkeit sowie Schuldgefühle (Riecher-Rössler, 2011; DGPPN et al., 2015, S. 37). Cox et al. erwähnen Symptome wie Ängste, vermindertes Selbstwertgefühl und Schwierigkeiten die täglichen Routineaufgaben zu erledigen (Cox et al., 2014, S. 1). Für eine PPD typische Symptome sind des Weiteren Zwangsgedanken und -impulse gegen das Kind, ambivalente Gefühle oder Versagensängste (Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 420). Auch somatische Symptome wie Schlaf- und Appetitlosigkeit, Libidoverlust oder psychomotorische Störungen können auftreten (Knüppel Lauener et al., 2016, S. 110). Nach Riecher-Rössler (2011, S. 53) beschreiben die Mütter eine Gefühllosigkeit insbesondere gegenüber ihren Neugeborenen, die

häufig mit einer Bindungsstörung einhergeht. Dies bedeutet: „Die Mütter können keine Beziehung zu ihrem Säugling aufnehmen, keine Gefühle von Zuneigung und Liebe entwickeln.“ (Riecher-Rössler, 2011, S. 53). Die Betroffenen sehen sich oft als „schlechte Mutter“ und ihre Gedanken kreisen um die Anforderungen, die mit einer Mutterschaft einhergehen. Stellen sich dazu Stillprobleme ein, so wird dies von den betroffenen Müttern häufig als Bestätigung ihres Versagens gesehen und verstärken das Gefühl, sich nicht um das eigene Kind kümmern zu können (Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 420). Die PPD muss einerseits „[...] vom „Postpartum-Blues“, einer transienten Stimmungsschwankung in den ersten Tagen nach der Entbindung, die bei etwa 50-80% aller entbindenden Frauen vorkommt, zum anderen von den selteneren „Postpartumpsychosen“ mit abruptem Beginn meist innerhalb der ersten 2 Wochen nach Entbindung [...]“ (Kühner, 2016, S. 926) abgegrenzt werden. Postpartale Psychosen sind v.a. durch Symptome wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen sowie Stimmenhören gekennzeichnet und machen durch die hohe Gefahr für Mutter und Kind eine sofortige stationäre Aufnahme notwendig (Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 420).

### Folgen

Eine postpartale Depression hat nicht nur negative Auswirkungen auf die Mutter und das Kind, auch der Vater bzw. die Partnerschaft sind betroffen. Eine unbehandelte Depression hält oft mehrere Monate bis zu einem Jahr an (Riecher-Rössler, 2011, S. 55). Die Auswirkungen der PPD sind vielfältig und erstrecken sich von späteren Entwicklungsstörungen des Kindes über Störungen der Mutter-Kind-Bindung bis hin zur Kindesmisshandlung oder gar Suizid und erweitertem Suizid (Riecher-Rössler, 2011, S. 55).

### Mutter

Depressionen bringen immer das Risiko eines Suizids mit sich (Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 421). Bei PPD kommt auch die Möglichkeit eines erweiterten Suizids oder eines Infantizids (vor allem bei Vorliegen einer psychotischen Depression) in Betracht (Riecher-Rössler, 2011, S. 56).

### Mutter-Kind-Beziehung

Erkennt eine Mutter das eigene Unvermögen, sich um das neugeborene Kind zu kümmern, so kommen ihr oft Schuldgefühle, die die Depressionen wiederum verstärken und ein verheerender Teufelskreis kann beginnen (Riecher-Rössler, 2011, S. 55). Reck beschreibt 2011 zwei Teufelskreismodelle, die die Mutter-Kind-Interaktion depressiver Mütter darstellen (Reck, 2011, S. 62 f.): In dem ersten Teufelskreismodell (Abb. 1) geht Reck von einem

depressiven Rückzugsverhalten der depressiven Mutter aus. Dieses ist durch mangelnde Stimulation und Sensitivität für die kindlichen Signale geprägt. Die Mutter zieht sich gewissermaßen vom Kind zurück. Dies wiederum führt zu einem negativen Feedback durch das Kind. Das Kind vermeidet bspw. den Blickkontakt und zieht sich seinerseits zurück. Es empfindet eine geringe Selbstwirksamkeit und zeigt Desinteresse. Die Mutter reagiert hierauf mit Enttäuschung und weiterem Rückzug. Gedanken wie „Mein Baby liebt mich nicht!“ können aufkommen und die Depression verstärken. Daraus resultiert erneut eine mangelnde Stimulation und geringe Sensitivität für das Kind. Der Teufelskreis schließt sich.

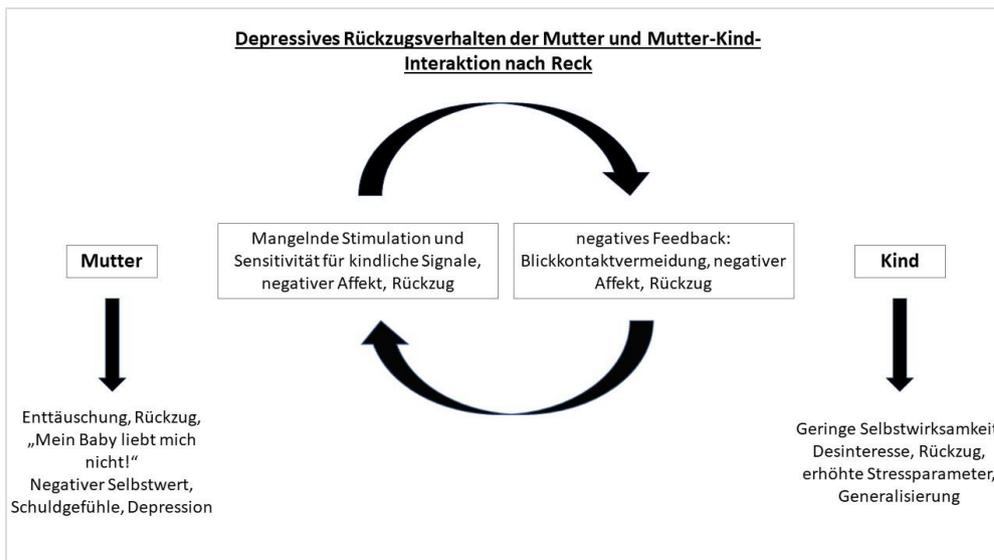


Abb. 1: Teufelskreismodell 1: Depressives Rückzugsverhalten der Mutter und Mutter-Kind-Interaktion nach Reck, 2011, S. 62 (eigene Darstellung)

Der zweite Teufelskreis geht von einem depressiv intrusiven Verhalten der Mutter aus (Abb. 2). Hier wird die mangelnde Stimulation durch eine Überstimulation mit gleichzeitiger mangelnder Sensitivität für die kindlichen Signale ersetzt. Auch hier sendet das Kind ein negatives Feedback. Es protestiert ob der Überstimulation. Dieser Protest kann von der Mutter jedoch aufgrund der mangelnden Sensitivität nicht adäquat umgesetzt werden und es kommt bei dem Kind erneut zu dem Gefühl der geringen Selbstwirksamkeit und daraus resultierendem Rückzug. Die Mutter gibt nach eigenem Ermessen „alles“ und es scheint noch nicht genug zu sein. Das Gefühl, vom Baby nicht geliebt zu werden spielt auch in diesem Teufelskreis eine Rolle. Erschöpfung und Enttäuschung führen hier zu stärkeren Depressionen. Der Teufelskreis schließt sich.

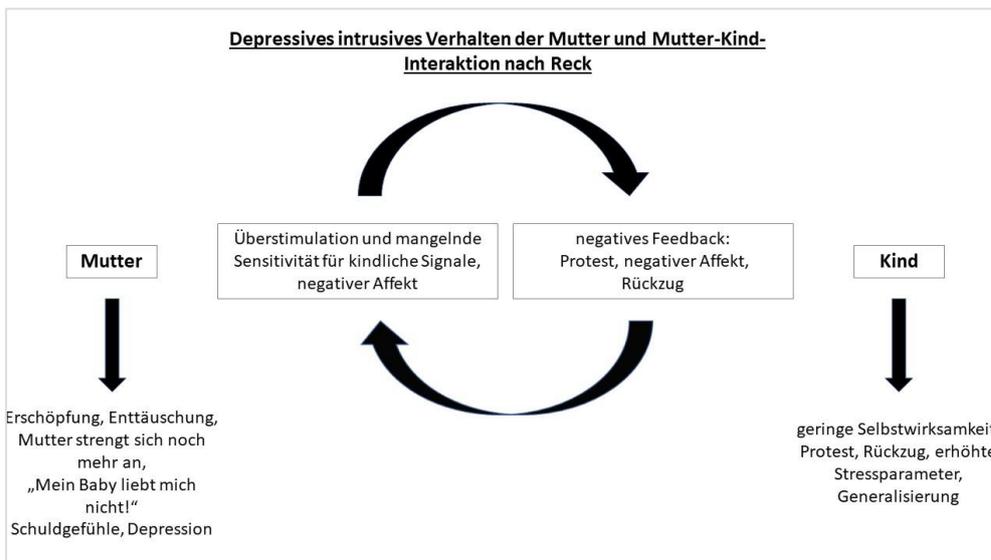


Abb. 2: Teufelskreismodell 2: Depressives intrusives Verhalten der Mutter und Mutter-Kind-Interaktion nach Reck, 2011, S. 63 (eigene Darstellung)

### Kind

Schon intrauterin kann es bei Kindern depressiv erkrankter Mütter zu Auffälligkeiten bzgl. Wachstumsrate und Herzfrequenz kommen (Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 419). Field (2009, S. 3) beschreibt zusätzlich Still- und Schlafprobleme solcher Kinder. Nach Erkenntnissen der Autorin nehmen an PPD erkrankte Mütter seltener Termine für Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen für ihre Kinder wahr (Field, 2009, S. 3).

Da Kinder, insbesondere Säuglinge, ihre Kompetenzen aus der Interaktion mit Bindungspersonen, also in der Regel Mutter und Vater, erlernen, sind die nach Reck beschriebenen Teufelskreise fatal: Die fehlende Wechselwirkung von verbaler und nonverbaler Kommunikation stört die Möglichkeit des Kindes, Erfahrungen in Bezug auf Emotionen und Affektregulation zu machen und daran zu lernen (Luegmair, 2016, S. 243). Als Spätfolge wird u.a. beschrieben, dass Kinder depressiver Eltern ein dreifach erhöhtes Risiko für eigene depressive Erkrankungen haben, wie Kinder, deren Eltern keine Depression hatten (Weissman, 2006, S. 1001). Riecher-Rössler beschreibt nicht nur emotionale und Verhaltensauffälligkeiten, sondern erwähnt auch noch das Risiko von „[...] Entwicklungsverzögerungen, unter anderem im Bereich der intellektuellen Leistungsfähigkeit, die zum Teil noch bis ins Schulalter nachweisbar sind.“ (Riecher-Rössler, 2011, S. 56).

Kinder, deren Mütter an PPD erkrankt sind, haben ein erhöhtes Risiko, von Kindesmisshandlung betroffen zu sein. Insbesondere Gedanken der betroffenen Mütter, das eigene Kind zu verletzen bzw. strenge Strafen wie körperliche Züchtigung werden in der Literatur beschrieben (Field, 2009, S. 4).

## Partnerschaft

Die Geburt eines Kindes ist ein elementares Ereignis, das sich auch auf die Partnerschaft auswirkt (Cierpka et al., 2014, S. 119). Die Qualität, Zufriedenheit und Inhalte in Bezug auf die Partnerschaft werden mit beginnender Elternschaft neu definiert und anders empfunden (Cierpka et al., 2014, S. 119). Diese „normative Krise“ (Frevert et al., 2008, S. 116) wird vor allem dann verstärkt, wenn zusätzliche Belastungen, wie z.B. eine postpartale psychische Erkrankung der Mutter, hinzukommen (Cierpka et al., 2014, S. 121). Wie sich die depressive Erkrankung eines Partners auf die Partnerschaft auswirkt beschreibt Bodenmann (2016, S. 64-65): Eine depressive Erkrankung eines Partners hat Auswirkung auf die Partnerschaftsqualität und führt zu einer negativen Interaktion. Negative Interaktionen zeigen sich u.a. durch weniger Interesse am Partner, geringe Wertschätzung, häufige offene und verdeckte Kritik sowie Rückzug (Bodenmann, 2016, S. 65).

### **2.3 Diagnostik und Therapie**

Insbesondere auf Grund der Langzeitfolgen für die Kindesentwicklung ist es von besonderer Notwendigkeit PPD frühzeitig zu erkennen und zu diagnostizieren (Anding et al., 2015, S. 2; Pawils et al., 2016, S. 889). Dennoch wird eine postpartal depressiv erkrankte Frau oft erst spät diagnostiziert und behandelt (Riecher-Rössler et al., 2003, S. 109). Dies liegt laut den Autoren u.a. daran, dass die Symptome in der Regel erst nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit auftreten und von den Frauen aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen auch gegenüber den nachbehandelnden Ärzten oder Hebammen oft verschwiegen werden (Riecher-Rössler et al., 2003, S. 109). Anding et al. (2015, S. 9) gehen davon aus, dass ca. die Hälfte der Frauen mit hohem psychischem Stress, weiterhin unerkannt bleiben, obwohl sie routinemäßig Hebammenhilfe bekommen oder in anderweitigem Kontakt mit medizinischem Fachpersonal stehen. Einen weiteren Grund für die späte Diagnose der PPD kann auch die Verwechslung der Symptome einer PPD mit denen von Erschöpfungszuständen, z.B. auf Grund von Geburt und Stillzeit, liefern: es ist schwer die PPD gegen die physiologischen Anpassungsstrapazen, die mit der neuen Mutterrolle einhergehen, abzugrenzen (Salis, 2007, S.8). Clemmens et al. (2004, S. 182) beschreiben die PPD als ein Kontinuum zwischen leichten Anpassungsschwierigkeiten und gravierendem Krankheitsbild und weisen darauf hin, dass medizinisches Fachpersonal geschult sein muss, um das eine vom anderen zu differenzieren.

Um eine PPD zu diagnostizieren, gibt es verschiedene Instrumente. Hierzu zählen u.a. die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), die Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) oder auch die Postpartum Depression Checklist (PDC), die als

Selbstbeurteilungsfragebögen vorliegen (Pawils et al., 2016, S. 889). Die S3-Leitlinie für unipolare Depression empfiehlt aufgrund der hohen Sensitivität und Spezifität den „Zwei-Fragen-Test“, den „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (PHQ-D) oder den von der WHO herausgegebenen „WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden“ (DGPPN et al., 2015, S. 37).

Es gibt Ideen und Vorschläge für routinemäßige PPD-Screenings, die Empfehlungen variieren aber in den jeweiligen Ländern (Jardri et al., 2010, S. 622). Australien und Amerika haben ein Routinescreening mit der EPDS eingeführt (Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 423).

### Die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS)

Die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS) wurde 1986 von Cox et al. in England entwickelt und validiert (Bergant et al., 1998, S. 36). Sie liegt als Selbsteinschätzungsfragebogen vor und stellt ein Screeninginstrument zur Risikoeinschätzung einer Depression sechs Wochen nach der Geburt dar (Cox et al., 2014, S. 70). Die EPDS erfasst mit ihren zehn Items Symptome der Freude, der Selbstbeschuldigung, der Angst, der Bewältigungsfähigkeit, der inneren Unruhe, der Schlafstörung sowie der Traurigkeit, Weinerlichkeit und Selbstgefährdung (Bergant et al., 1998, S. 36). Jedes Item hat vier Antwortmöglichkeiten<sup>1</sup>. Die betroffene Person sollte sprachliche in der Lage sein, die Fragen und Antworten zu verstehen und alle Fragen möglichst ungestört, allein und vollständig zu beantworten (Bergant et al., 1998, S. 36; Cox et al., 2014, S. 68). Die Antworten werden mit Punkten von null bis drei bewertet, wobei null Punkte für eine unauffällige Antwort stehen und drei Punkte eine „gewichtige“ Antwort darstellen<sup>2</sup> (Cox et al., 2014, S. 68). Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass eine auffällige EPDS keine klinische Beurteilung ersetzt. Es können null bis 30 Punkte erreicht werden. Der Cutoff liegt bei einem Wert >12 (Dorsch et al., 2016, S. 362). Ein hoher Score (>12) muss nicht zwangsläufig auf eine Depression hinweisen, er sollte jedoch ausschlaggebend dafür sein, dass der Frau ein individuelles Gespräch mit einer psychologisch ausgebildeten Fachkraft angeboten und ermöglicht wird (Cox et al., 2014, S. 69). Ebenso verhält es sich bei einem niedrigen Score, der das medizinische Personal nicht dazu verleiten sollte, anzunehmen, dass bei der Frau keine Depression vorliegt (Cox et al., 2014, S. 69). Die Autoren empfehlen die Ermittlung des Scores zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten nach der Geburt. Nur wenn die beiden Scores dieser Befragung und ein individuelles Gespräch auf eine Depression hinweisen, kann dies laut Cox et al. die Diagnose der Depression sichern (Cox et

---

<sup>1</sup> Die deutsche Version des EPDS-Screeninginstrumentes ist im Anhang unter I. beigefügt.

<sup>2</sup> Ein englischsprachiger Auswertungsbogen der EPDS ist dem Anhang unter II. beigefügt.

al., 2014, 69). Inzwischen wird die EPDS weltweit genutzt und liegt in 57 Sprachen vor (Cox et al., 2014, S. 27).

### Therapie

Es ist von besonderer Wichtigkeit, eine PPD rasch zu therapieren, um die Auswirkungen auf Mutter, Kind und Familie so gering wie möglich zu halten (Dorsch et al., 2016, S. 363). Eine Therapie sollte sich aus verschiedenen Teilaspekten zusammensetzen. Riecher-Rössler schreibt der Aufklärung der Betroffenen eine hohe Bedeutung zu: es sei enorm wichtig, dass die betroffenen Frauen und deren Umfeld verstehen, „[...]“, dass es sich hier um eine Erkrankung handelt und nicht etwa um ein Versagen als Mutter.“ (Riecher-Rössler, 2011, S. 57). Die S3-Leitlinie für unipolare Depression empfiehlt eine stufenweise Therapie je nach Schweregrad der Depression (Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Langzeit- bzw. Rezidivprophylaxe), an deren Anfang ebenfalls ein Aufklärungsgespräch über die Krankheit sowie evidenzbasierte Patienteninformation bezüglich Selbsthilfe- und Angehörigengruppen stehen (DGPPN et al., 2015, S. 46ff.). Im nächsten Schritt sollte die Behandlungsstrategie in Form einer partizipativen Entscheidungsfindung festgelegt werden (DGPPN et al., 2015, S. 50f.). Bei leicht- bis mittelgradigen Depressionen kann es ausreichen, Psychotherapie oder eine medikamentöse Therapie einzuleiten. Bei schweren Depressionen empfiehlt die S3-Leitlinie eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie (DGPPN et al., 2015, S. 61).

### **3. Identifikation und Versorgung der Postpartalen Depression durch Hebammen in Deutschland**

In Deutschland gibt es bisher keine Empfehlungen für ein Routinescreening auf PPD. Die S3-Leitlinie begründet dies damit, dass „[...]“ der zeitliche Aufwand in einer ungünstigen Relation zum Nutzen steht.“ (DGPPN et al., 2015, S. 38). Der „Zwei-Fragen-Test“ stellt nach Ansicht der DGPPN et al. (2015, S. 37) ein zeitökonomisches Instrument dar, das in der alltäglichen Praxis anwendbar sei. Auch Großbritannien hat sich auf den prä- und postpartalen Einsatz des von Whooley entwickelten „Zwei-Fragen-Test“<sup>3</sup> verständigt (Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 423). Bei Beantwortung der beiden Fragen mit „Ja“, empfehlen die DGPPN et al. sowie Hübner-Liebermann et al. die klinische Diagnostik nach den von der S3-Leitlinie definierten Diagnosekriterien (DGPPN et al., 2015, S. 37; Hübner-Liebermann et al., 2012, S. 423).

---

<sup>3</sup> Der „Zwei-Fragen-Test“ besteht aus folgenden Fragen:

1. „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“
2. „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“ (Hübner-Liebermann et al. 2012)

Auch wenn es bisher keine offizielle Empfehlung zu einem routinemäßigen Screening mit der EPDS gibt (s. Kap. 2.4.1), sprechen Dorsch, Rohde 2016 dennoch eine klare Empfehlung für das Screening mit der EPDS in der gynäkologischen Praxis aus. Die EPDS sei ein gut einsetzbares und leicht anwendbares Instrument, um Risikopatientinnen und Betroffene zu erkennen (Dorsch, Rohde, 2016, S. 363). Den Vorteil in der Anwendung der EPDS beschreiben die Autoren wie folgt: „Dadurch könnte eine zügige Diagnosestellung der noch immer unter- bzw. zu spät diagnostizierten postpartalen Depressionen in Deutschland erzielt werden.“ (Dorsch, Rohde, 2016, S. 362).

In einer Repräsentativerhebung niedergelassener Gynäkolog\*innen zur Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit PPD haben Pawils et al. 2016 mit Hilfe eines Fragebogens ermittelt, dass die Hälfte der teilnehmenden Frauenärzte eine PPD aktiv erfassen. Dies erfolgt u.a. mittels eines Fragebogens im Zuge der gynäkologischen Nachuntersuchung. Diese findet nach den sogenannten „Mutterschaftsrichtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses sechs bis acht Wochen nach der Geburt statt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016). Als häufigste Interventionen bei diagnostizierter PPD wurde neben der Beratung durch die behandelnden Gynäkolog\*innen auch die Überweisung an Therapeut\*innen oder Kliniken angegeben. Gleichmaßen weisen die Befragten jedoch auf die hohe Arbeitsbelastung, die schlechte Vergütung und die fehlenden effektiven Behandlungsmöglichkeiten hin und sehen hierin die Hindernisse in der Diagnostik und Versorgung der Patientinnen (Pawils et al. 2016).

### Postpartale Depression in der Wochenbettbetreuung

Die Wochenbettbetreuung durch Hebammen ist zuletzt in dem 2007 in Kraft getretenen Vertrag über Hebammenhilfe nach §134a SGB V geregelt (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 1). Dieser wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Hebammenverbänden geschlossen (GKV-Spitzenverband, 2018a, S. 1). In §24d (1) SGB V ist festgehalten, dass jede Frau, die ein Kind geboren hat, gesetzlichen Anspruch auf postpartale Hebammenbetreuung (Wochenbettbetreuung) hat. Diese Betreuung sollte nach Möglichkeit einen aufsuchenden Charakter haben (GKV-Spitzenverband, 2018b, S.1). Wochenbettbetreuung umfasst situationsangepasst die körperliche Untersuchung von Mutter und Kind, Beratung und Beobachtung „[...] und w[ird] ergänzt durch [Beratung], praktische Anleitung und ggf. die Einleitung erforderlicher Maßnahmen zur Verbesserung wochenbettbedingter Beschwerden unter Berücksichtigung der medizinischen, sozialen und psychosozialen sowie wirtschaftlichen Rahmenbedingungen [...].“(GKV-Spitzenverband, 2018b, S. 5). Neben u.a. der Förderung des physiologischen Wochenbettverlaufs und der Kontrolle des regelhaften Gedeihens des

Neugeborenen wird auch die Förderung der Mutter-Kind-Bindung und Stärkung der Elternkompetenz durch die Hebamme als Leistung beschrieben (GKV-Spitzenverband, 2007b, S. 6). Die Wochenbettbesuche können bis zu zwölf Wochen nach der Geburt in regelmäßigen Abständen erfolgen und mit der Krankenkasse abgerechnet werden. Darüber hinaus können auf ärztliche Anordnung noch weitere Wochenbettbesuche durch die Hebamme erfolgen (GKV-Spitzenverband, 2007c, S. 10).

### Kompetenzen der Hebammen

„In der Hebammenarbeit schlummern reiche Ressourcen, um psychischen Problemen im Wochenbett vorzubeugen oder sie ggf. auch zu erkennen [...]“ (Salis, 2007, S. VIII).

In Deutschland ist die Ausbildung zur Hebamme Ländersache (Müller-Rockstroh, 2017, S. 44). Die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger“ (HebAPrV) von 1986 bietet eine rechtliche Basis auf Bundesebene (Müller-Rockstroh, 2017, S. 44). Hierin ist ein umfassender Themenkatalog festgehalten, der die praktische- und theoretische Ausbildung regelt. Hierunter sind auch die Themen „Psychologie“ und „Wochenbettpsychose“ zu finden. Butz et al. beschreiben, dass die Curricula der Hebammenausbildung sich bisher an den zu vermittelnden Lerninhalten orientiert haben (Butz et al., 2017, S. 21). Dies sei nach Ansicht der Autorinnen jedoch heute nicht mehr üblich, es werde vielmehr danach gefragt, was erforderlich sei, um den Anforderungen gerecht werden zu können (Butz et al., 2017, S. 21). Der Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR, 2011, S. 3) hat dies als „Outcome-Orientierung“ bezeichnet. Und auch Hellmers et al. merken kritisch an, dass sich die Hebammenausbildung an die sich wandelnden Anforderungen an diese Berufsgruppe anpassen muss. Der medizinische Fortschritt, die sich wandelnde Gesellschaft und der immer mehr in den Fokus rückende Gedanke der Prävention und Gesundheitsförderung an Stelle einer krankheitsorientierten gesundheitlichen Versorgung machen es aus Sicht der Autorinnen notwendig, die Hebammenausbildung zu reformieren (Hellmers et al., 2006, S. 262). Nicht zuletzt die EU-Richtlinie 2013/55/EU sorgt mit dem Heraufsetzen der allgemeinen Schulbildung auf zwölf Jahre als Zugangsvoraussetzung für werdende Hebammen dafür, dass die Hebammenausbildung ab 2020 ausschließlich an Hochschulen anzusiedeln ist. Damit soll ein Anschluss im internationalen Vergleich erzielt werden (Grieshop, 2017, S. 15). Auch Pehlke-Milde (2009, S. 9) sieht die Novellierung der Hebammenausbildung als unumgänglich an. Die divergierende Ausbildungsqualität an den jeweiligen Ausbildungsstätten hat zur Folge, dass die Hebammen in Deutschland eine sehr unterschiedliche Bildung in Bezug auf ihre

Tätigkeit erfahren haben (Pehlke-Milde, 2009, S. 3). Dies lässt die Vermutung zu, dass die Hebammenarbeit somit teilweise sehr unterschiedliche Qualität aufweist.

Mit der Professionalisierung soll u.a. ein häufigerer Gebrauch von Assessmentinstrumenten zur Diagnostik psychischer und somatischer Beeinträchtigungen von Wöchnerinnen erzielt werden (Grieshop, 2017, S. 17).

Den Hinweis auf eine Notwendigkeit hierfür ergibt sich aus einer Schweizer Studie. Aus dieser geht hervor, dass Hebammen bei lediglich 2,9% der aufgesuchten Frauen im Wochenbett eine psychische Erkrankung identifizierten (Berger et al., 2017, S. 4). Cignacco et al. (2017, S. 26) führen diese Versorgungslücke darauf zurück, dass Hebammen sich nicht gut genug geschult fühlen, perinatale psychische Erkrankungen zu identifizieren und damit weiter umzugehen (Cignacco et al. 2017, S. 26). Laut den Autorinnen werden die psychischen Anamnesen durch die Hebammen nur sehr zurückhaltend erhoben und es werde nicht gezielt nach psychischen Erkrankungen gefragt, aus Angst, nicht zu wissen, wie mit dem Ergebnis weiter verfahren werden müsse (Cignacco et al., 2017, S. 26). Auch Salis beschreibt diese Problematik:

„[...] viele der heute praktizierenden Hebammen [wurden] im Laufe ihrer Ausbildung für diese Krankheitsbilder nicht hinreichend sensibilisiert [...], sodass sie nicht selbstverständlich danach fahnden, wenn sie Frauen (im Wochenbett) betreuen.“ (Salis, 2007, S. 38).

Eine weitere Hürde sehen Cignacco et al (2017, S. 26) in den „[...] erhebliche[n] Koordinationsproblemen zwischen den verschiedenen Leistungserbringern.“ (Cignacco et al., 2017, S. 26). Hier liegt die Vermutung nahe, dass damit die meist schwierigen Weiterleitungen der Frauen an therapeutische Hilfsangebote gemeint sind. Lange Wartezeiten auf Therapieplätze und ungeklärte Zuständigkeitsbereiche erschweren eine kontinuierliche Weiterbetreuung.

In der Literatur wird jedoch immer wieder erwähnt, dass Hebammen in der Identifikation von psychischen Erkrankungen nach der Geburt eine Schlüsselrolle spielen. Durch den regelmäßigen Kontakt zur Hebamme, der meist schon in der Schwangerschaft beginnt, bauen Frauen häufig ein Vertrauensverhältnis zu der Wochenbetthebamme auf (Renner, 2010, S. 1050). Der Direktzugang zu Hebammen und ihre niedrigschwelligen Besuche in der Häuslichkeit verstärken diese Bindung und werden von den meisten Familien als nicht-stigmatisierend und als Unterstützung wahr- und angenommen (Renner, 2010, S. 1050). Hebammen haben im Rahmen der Wochenbettbetreuung meist in den ersten zwei Wochen nach der Geburt Kontakt zu den Frauen (Anding et al., 2015, S. 2) und könnten so frühzeitiger als

die niedergelassenen Gynäkolog\*innen Zugang zu den Frauen bekommen. Hebammen fokussieren dabei nicht ausschließlich medizinische Probleme und Fragestellungen, sondern können sich mehr Zeit für (psychosoziale) Beratungsgespräche nehmen (Renner, 2010, S. 1053). Die Autorin geht davon aus, dass sich die Familien daher häufiger Hebammen anvertrauen und öffnen als gegenüber Ärzten (Renner, 2010, S. 1053). In diesem Zusammenhang ist jedoch gleichzeitig die aktuell im öffentlichen Fokus stehende Problematik des Hebammenmangels zu erwähnen. Es gibt bisher keine konkreten Zahlen, die sich auf ganz Deutschland beziehen, dennoch haben einzelne Bundesländer in den letzten Jahren diesbezüglich Befragungen durchgeführt. In diesen Bundesländern ist eine prekäre Versorgungssituation durch Hebammen zu verzeichnen. In Hamburg ergab eine Befragung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) 2015, dass ca. jede zweite Frau in Hamburg keine Hebamme für die Wochenbettbetreuung findet (BGV, 2015, S. 22) und von der Betreuung profitieren kann.

### Empfehlungen

Laut den NICE-Richtlinien ist es Aufgabe der Hebamme, die Frau bei Kontakten zur Vor- und Nachsorge nach ihrem emotionalen Wohlbefinden zu befragen, um Risikofaktoren für psychische Erkrankungen zu erkennen bzw. ggf. zur Diagnostik und Versorgung möglicher psychischer Krankheiten beizutragen (NICE, 2016, S. 28). Die Marcé-Gesellschaft hat sich in einem Positionspapier dafür ausgesprochen, dass Anbieter der medizinischen Grundversorgung, z.B. Hebammen, in Bezug auf Identifikation und Management der PPD unbedingt von geeignetem psychologischen Fachpersonal adäquat geschult und unterstützt werden müssen (Austin, 2014, S. 185). Ein Verzicht auf die psychosoziale Anamnese, aus Angst vor den möglichen komplexen (psychosozialen) Problemen, sei laut der Marcé-Gesellschaft eine Missachtung dessen, wie wichtig die psychosoziale Gesundheit für das mütterliche und kindliche Outcome ist (Austin, 2014, S. 185). Auch der National Health Service (NHS) und das Royal College of Midwives (RCM) in Großbritannien sehen gut ausgebildete Hebammen als wichtige Bezugspersonen für Frauen in der perinatalen Versorgung an und haben bereits detaillierte Positionspapiere hierzu verfasst (NHS, 2006, S. 2; RCM, 2015, S. 3). Cignacco et al. sehen einen großen Handlungsbedarf im deutschsprachigen Raum. In der Schweiz wird bereits im Masterstudiengang für Hebammen das Modul „Perinatale psychische Gesundheit“ angeboten (Cignacco et al. 2017, S. 27). Mit Abschluss dieses Moduls sollen die Hebammen u.a. Fähigkeiten erworben haben, Frauen mit Risiken für psychische Erkrankungen

zu erkennen, sie an Fachpersonal überleiten zu können und Screeninginstrumente kennenzulernen und einsetzen zu können (Berger et al., 2017).

#### **4. Fragestellung**

Die Prävalenz der PPD ist mit 10-15% hoch, die Dunkelziffer vermutlich noch höher. Die gravierenden Folgen einer PPD wie u.a. Bindungsstörungen zwischen Mutter und Kind, mögliche spätere psychische Erkrankungen des Kindes oder gar die Suizidalität der Mutter machen es unbedingt notwendig, sich dem Thema detaillierter zu widmen. Die Literatur zeigt, dass das Wochenbett ein guter Zeitpunkt ist, PPD zu thematisieren. Hebammen haben meist ein enges und vertrauensvolles Verhältnis zu den betreuten Frauen. Der als nicht stigmatisierend empfundene Kontakt mit den Hebammen in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglicht es den Frauen, sich der wochenbettbetreuenden Hebamme zu öffnen und anzuvertrauen. Hebammen scheinen nicht nur daher die geeigneten Schlüsselpersonen zur frühzeitigen Erkennung der PPD zu sein. Nachdem Pawils et al. in ihrer Repräsentativerhebung herausfinden konnten, dass viele niedergelassene Gynäkolog\*innen es noch nicht als ihre Aufgabe ansehen, PPD z.B. im Rahmen der gynäkologischen Nachuntersuchung zu erkennen und zu versorgen (Pawils et al., 2016), soll in dieser Bachelor-Arbeit folgenden Fragen nachgegangen werden:

1. Sehen es die in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen, die in Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen ansässig sind, als ihre Aufgabe an, PPD zu identifizieren und ins therapeutische Hilfesystem überzuleiten?
2. Sind die Hebammen bereit, ein Kurz-Diagnostikinstrument wie den EPDS einzusetzen?

#### **5. Methodik und Durchführung**

Es wurden die in der Wochenbettbetreuung freiberuflich tätigen Hebammen in Hamburg und angrenzend Schleswig-Holstein sowie Niedersachsen mittels eines Online-Fragebogens über einen Zeitraum von sechs Wochen über die Plattform SoSci befragt. Hierbei wurden die jeweiligen Hebammen-Berufsverbände der Bundesländer zur Unterstützung mit einbezogen. Diese leiteten den Link zu der Befragung an ihre jeweiligen Mitglieder weiter. Die Hebammen erhielten im Abstand von ca. 14 Tagen noch zwei Erinnerungen per Mail.

Die Auswertung der Befragung erfolgte deskriptiv mittels SPSS.

## 5.1 Befragungsinstrument

Der Fragebogen<sup>4</sup> orientiert sich an dem bereits bei den niedergelassenen Gynäkolog\*innen getesteten Fragebogen von Pawils et al 2016. Die Fragen wurden an die Hebammenarbeit und deren Sprachgebrauch adaptiert. Der Fragenbogen umfasst 24 Items, die die Themenbereiche:

- a) Frauen mit Postpartaler Depression
- b) Frauen mit psychosozialen Belastungen
- c) Versorgungssituation von Frauen mit Postpartaler Depression bzw. psychosozialen Belastungen
- d) Anwendung und Kenntnis des EPDS
- e) Arbeitsfeld und soziodemographische Faktoren abfragen.

Um die Meinungen der Hebammen möglichst vielfältig und umfassend darzustellen, gab es häufig die Möglichkeit für Mehrfachnennungen und Freitext-Antworten.

## 5.2 Stichprobe

In Hamburg wurden insgesamt 251 Hebammen angeschrieben. In Schleswig-Holstein erreichte der Link zur Onlinebefragung 700 Hebammen und in Niedersachsen wurden 1100 Hebammen der Zugang zu dem Fragebogen ermöglicht. Von den insgesamt N=2051 kontaktierten Hebammen nahmen n=165 Hebammen aus den drei Bundesländern an der Befragung teil. Die Rücklaufquote beträgt damit 8,04%. Die Teilnehmenden geben an, zu 96,4% weiblich zu sein (k.A.=3,6%). Das durchschnittliche Alter liegt bei M=45,99 (R=24-72 Jahre; k.A.=3,6%). Die durchschnittliche Berufsdauer liegt bei M=21,16 Jahren (R=1-48 Jahre; k.A.=4,8%) und die durchschnittlich geschätzte Anzahl der betreuten Wöchnerinnen pro Jahr pro Hebamme liegt bei M=49,94 Frauen (R=5-200; k.A.=5,5%).

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden geben an, keine eigenen Praxisräume zu nutzen (58,2%, k.A.= 5,5%). Die Einzugsgebiete der Hebammen teilen sich in „eher städtisch“ 33,9%, „eher ländlich“ 32,1% und „beides“ 30,9% (k.A.=3%). Die Haupttätigkeit der Hebammen liegt in der Wochenbettbetreuung (96,4%), als weitere Tätigkeitsbereiche werden Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden (87,3%), Schwangerenvorsorge (68,5%), Kurse (54,5%) und Geburtshilfe (26,1%) angegeben, es waren Mehrfachantworten möglich. Den Besitz von Zusatzqualifikationen bejahen mehr als die Hälfte der Teilnehmenden (53,3%): insgesamt geben 38,3% dieser Hebammen (n=81) an, Familienhebammen (mit weiteren

---

<sup>4</sup> siehe Anhang III

Zusatzqualifikationen) zu sein (Tab. 1). Die Frage nach Zusatzqualifikationen an sich verneinen 40% der Hebammen, 6,7% machen hierzu keine Angaben.

<b>Zusatzqualifikationen der Hebammen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Naturheilkundliche Fortbildungen	13	16%
Stillen	4	4,9%
Fortbildungen in Sport/Bewegung	2	2,5%
Studium	2	2,5%
div. Fortbildungen zu kindlicher Entwicklung	3	3,7%
medizinische Berufe	4	4,9%
<b>Familienhebamme</b>	<b>15</b>	<b>18,5%</b>
<b>Familienhebamme mit Zusatzqualifikationen</b>	<b>16</b>	<b>19,8%</b>
sozialpädagogische Qualifikationen	3	3,7%
Sonstige	19	23,5

Tab. 1: Übersicht der Zusatzqualifikationen der befragten Hebammen; n=81

## 6. Ergebnisse

### Wahrnehmung und Umgang mit PPD

Die befragten Hebammen schätzen den durchschnittlichen Anteil an Frauen mit PPD in ihrer Betreuung mit  $M=8,9\%$  ( $R=0-75\%$ ,  $k.A.=7,9\%$ ). Mehr als die Hälfte der Befragten geben an, Hinweise auf eine PPD vor allem im Gespräch mit der Frau wahrzunehmen (88,5%), 74,5% dieser Hebammen sprechen die Frau gezielt auf die PPD an. Außerdem geben 53,3% der Hebammen an, Hinweise auf eine PPD der betreuten Frau durch Dritte, wie z.B. Angehörige zu bekommen. Den Einsatz eines Fragebogens bestätigen 41,2%, wobei 11,5% den Fragebogen routinemäßig und 38,2% bei Bedarf einsetzen. 2,4% geben an, die PPD gar nicht aktiv wahrzunehmen. Unter der Rubrik „Sonstiges“ geben die Hebammen ( $n=27$ ) vor allem die „Beobachtung der Frauen“ in Bezug auf bspw. Persönlichkeitsveränderungen oder Verhalten und Umgang der Frau mit dem Kind (44,4%) an. Aber auch die Anamnese (14,8%) oder die Überleitung der Frauen durch andere Kolleginnen oder Beratungsstellen (11,1%) werden genannt. Den Einsatz der EPDS gibt hier eine Hebamme (3,7%) an. Es waren Mehrfachantworten möglich (Tab. 2).

Diagnostikmethode PPD	n	%
<b>persönliches Gespräch</b>	<b>146</b>	<b>88,5%</b>
gezielt erfragt	123	74,5%
wenn Frau es anspricht	79	47,9%
<b>Einsatz Fragebogen</b>	<b>68</b>	<b>41,2%</b>
routinemäßig	19	11,5%
bei Bedarf	63	38,2%
<b>Hinweise durch Dritte</b>	<b>88</b>	<b>53,3%</b>
<b>gar nicht</b>	<b>4</b>	<b>2,4%</b>
<b>Sonstiges</b>	<b>27</b>	<b>16,4%</b>
Beobachtung der Frau	12	44,4%
Anamnese	4	14,8%
Überleitung durch andere	3	11,1%
EPDS	1	3,7%

Tab. 2: Diagnostikmethoden der PPD durch Hebammen; Mehrfachantworten möglich

Die Mehrheit der Hebammen (90,9%) haben bisher „eher gute“ Erfahrungen gemacht, wenn sie die betreuten Frauen auf eine PPD ansprachen, 3,6% geben an, diesbezüglich keine Erfahrungen gemacht zu haben (k.A.=3,1%) (Abb. 3).

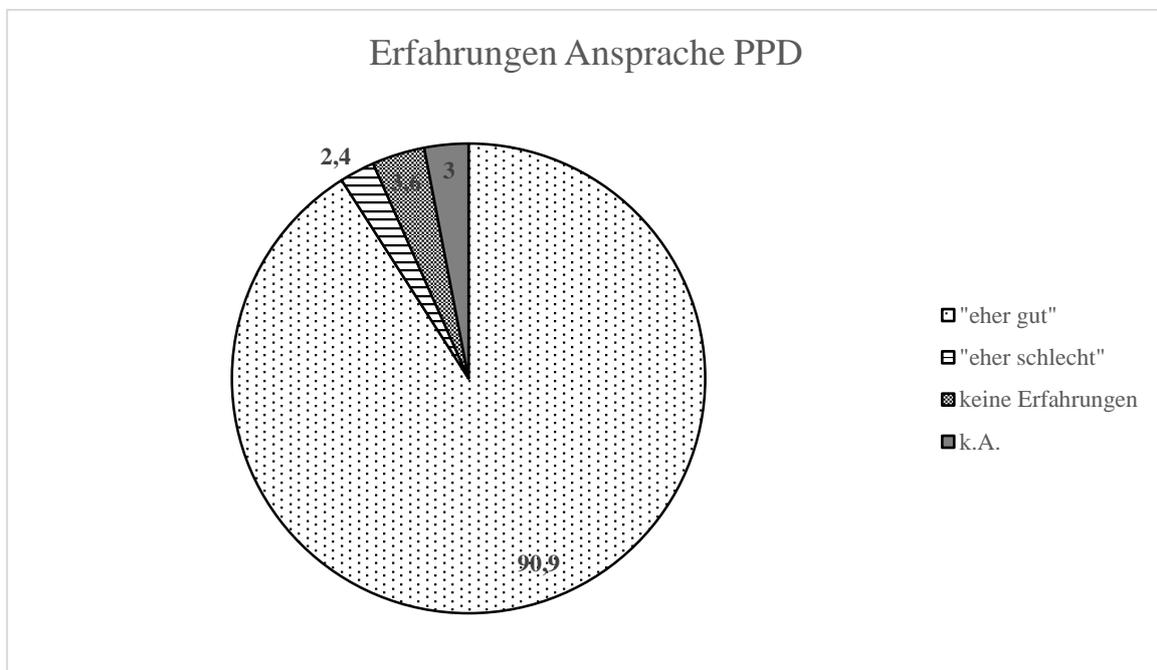


Abb. 3: Erfahrungen der Hebammen bei Ansprache der Frau auf PPD; n=165; Angaben in %

Als positive Erfahrungen wird neben einer Kooperationsbereitschaft der Frau (7,1%) vor allem die Erleichterung der Frauen (64,3%, n=56) beschrieben. 8,9% geben ambivalente Erfahrungen

an und die Minderheit der befragten Hebammen beschreiben Erschrecken und Abwehr seitens der Frauen (jeweils 1,8%) (Anhang IV, Abb.A1)

Gab es Anzeichen auf eine PPD, so geben 84,8% der Hebammen an, die Frauen an Ärztinnen (55,2%), Beratungsstellen (50,9%), Kliniken/Ambulanzen (48,5%) oder sonstige Akteure des Gesundheitswesens (13,9%) weiter zu vermitteln. Des Weiteren geben die Hebammen an, die Frauen bezüglich der PPD zu beraten (73,9%). Als weitere Handlungsoptionen nennen die Hebammen unter „Sonstiges“ (22,4%) u.a. neben der Intensivierung des Hebammenkontaktes durch z.B. engmaschigere Hebammenbesuche (12,9%) auch die Aktivierung von Ressourcen, z.B. durch Einbeziehung des sozialen Netzwerks der Frau (16,1%) (Tab. 3).

<b>Unternehmung bei PPD</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Vermittlung an</b>	<b>140</b>	<b>84,8%</b>
Ärzte <sup>5</sup>	91	55,2%
Beratungsstellen <sup>6</sup>	84	50,9%
Kliniken/Ambulanzen <sup>7</sup>	80	48,5%
sonstige Akteure <sup>8</sup>	23	13,9%
<b>Beratung der Frau</b>	<b>122</b>	<b>73,9%</b>
<b>Sonstiges</b>	<b>37</b>	<b>22,4%</b>
Intensivierung der Betreuung	4	12,9%
Aktivierung von Ressourcen	5	16,1%

Tab. 3: Unternehmungen der Hebammen bei Verdacht auf PPD; Mehrfachantworten möglich

Bei der Vermittlung der an PPD erkrankten Frauen an nicht-ärztliche Hilfsangebote werden überwiegend positive Erfahrungen gemacht. Bei Beratungsstellen beschreiben 45,1% der Hebammen (n=82) positive Erfahrungen, in Bezug auf Therapeut\*innen trifft dies auf 21% (n=100) und bei Kliniken/Ambulanzen auf 39,4% (n=104) zu. Insbesondere bei Therapeut\*innen geben die Hebammen die Problematik der knappen Kapazitäten an (34%) (Beratungsstellen: 6,1%; Klinik/Ambulanz: 10,6%) (Abb. 4).

<sup>5</sup> Detaillierte Aufschlüsselung im Anhang IV, Tab.A1

<sup>6</sup> Detaillierte Aufschlüsselung im Anhang IV, Tab.A1

<sup>7</sup> Detaillierte Aufschlüsselung im Anhang IV, Tab.A1

<sup>8</sup> Detaillierte Aufschlüsselung im Anhang IV, Tab.A1

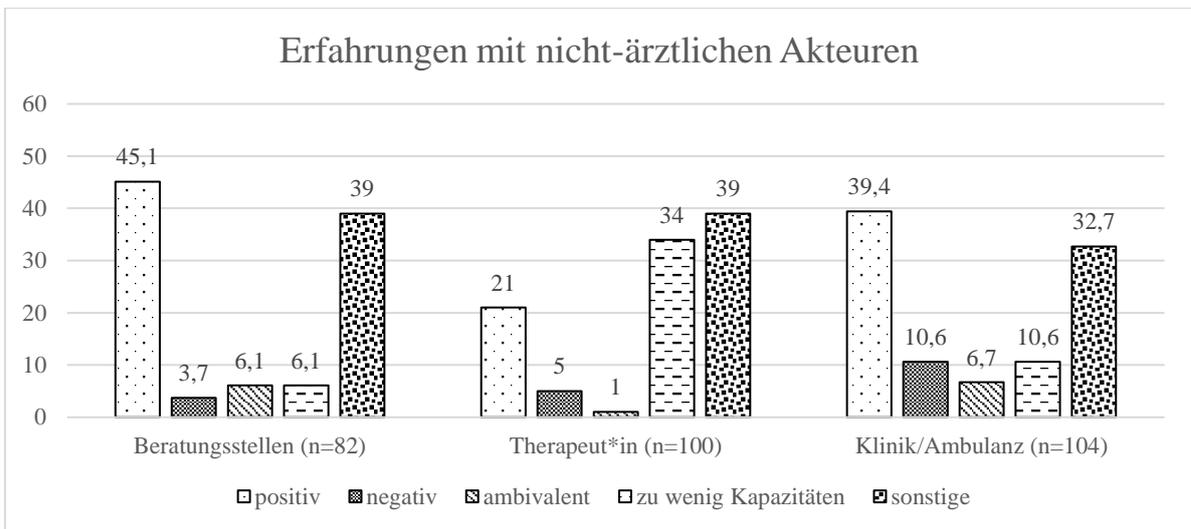


Abb. 4: Erfahrungen bei Vermittlung an nicht-ärztliche Hilfsangebote; Freitext; Angaben in %

Bei der Vermittlung an ärztliche Hilfsangebote, wie Gynäkolog\*innen und Hausärzte, ist die positive Bewertung nicht so eindeutig. Bei Gynäkolog\*innen wird die Erfahrung zu 25,6% positiv (n=90), 16,7% negativ und 17,8% als ambivalent beschrieben. Bei Hausärztinnen fällt die Bewertung zu 24,6% positiv (n= 65), 4,6% negativ und zu 3,1% ambivalent aus. Als weiteren Bewertungsaspekt beschreiben die Hebammen die unzureichende Anerkennung der Facheinschätzung der Hebamme durch den jeweiligen Facharzt (Gynäkolog\*innen: 10% und Hausärztin: 6,2%). 5,6% der Hebammen schätzen die Gynäkolog\*innen als inkompetent ein, bei den Hausärzten sagen das 4,6% der Hebammen (Abb. 5). Sonstige Erfahrungen in Bezug auf die Weitervermittlung an Hilfsangebote werden im Anhang IV (Tab.A2) dargestellt.

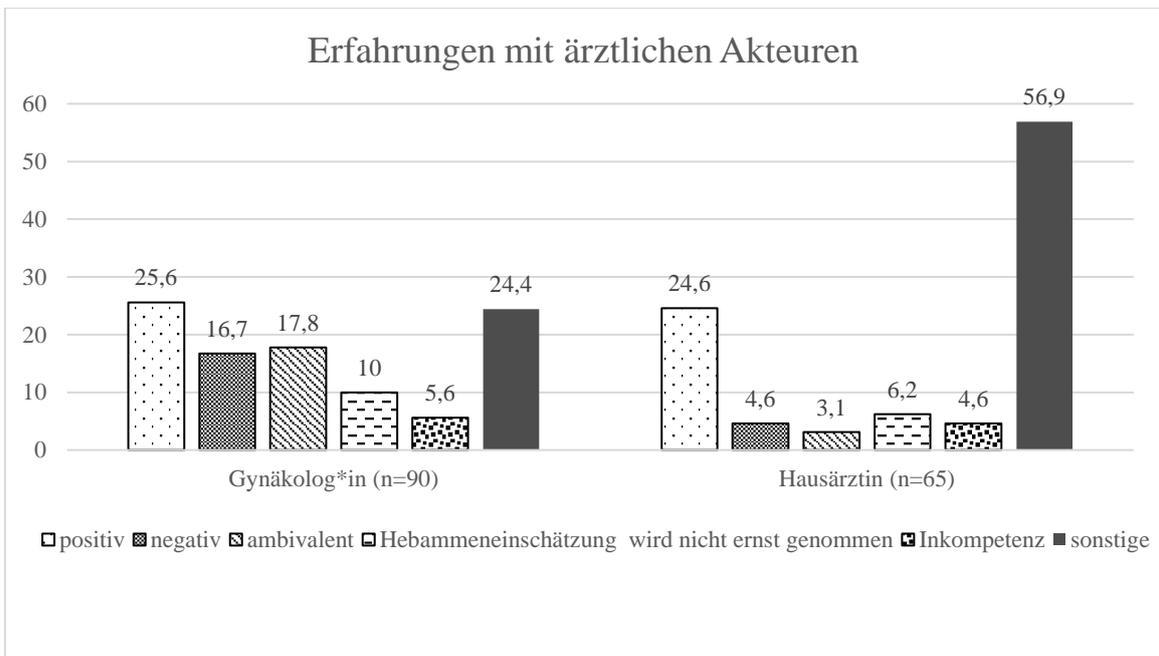


Abb. 5: Erfahrungen bei Vermittlung an ärztliche Hilfsangebote; Freitext; Angaben in %

Mehr als die Hälfte der Befragten (63%; n=159) geben auf die Frage, ob die Hebammen es als ihren Zuständigkeitsbereich sehen, die PPD bei den von ihnen betreuten Frauen zu erkennen, ihre volle Zustimmung („ja, auf jeden Fall“) an, 32,1% stimmen dieser Zuständigkeit „eher“ zu. Eine vollständige Ablehnung der Zuständigkeit gibt es nicht, 1,2% lehnen sie aber „eher“ ab (Abb. 6).

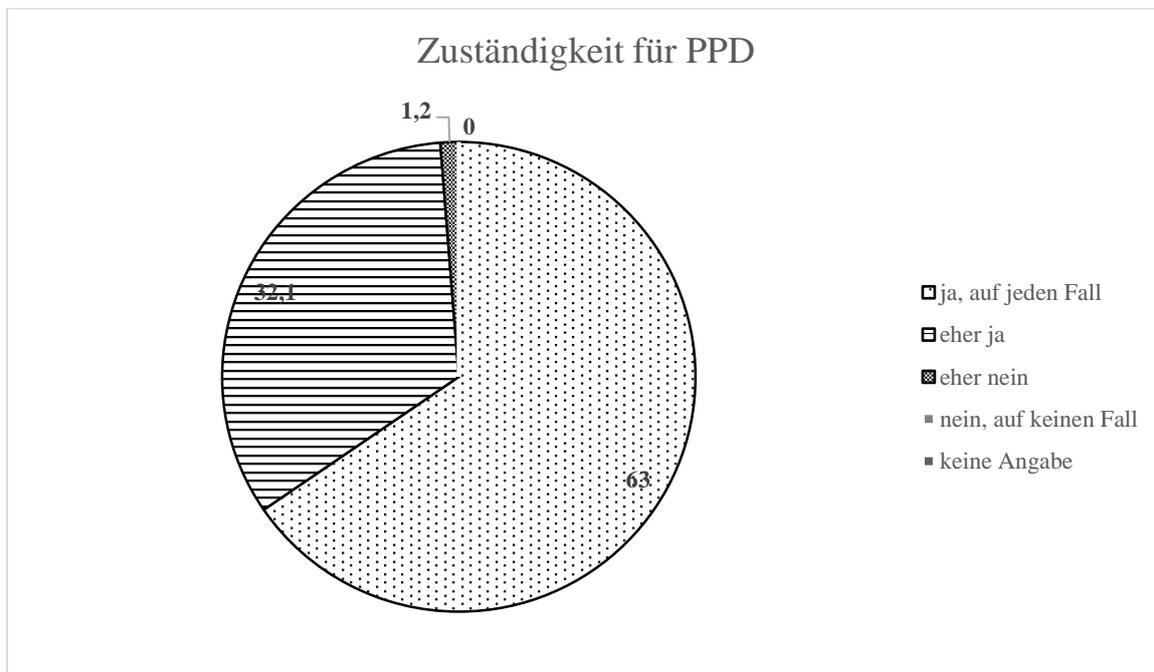


Abb. 6: Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, PPD zu erkennen; n= 165; Angaben in %

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Vor allem die Vertraulichkeit und der enge Kontakt von Frau zu Hebamme werden als Begründung für ein Zuständigkeitsgefühl genannt (45,9%; n=85). Als weitere Gründe geben die Befragten ein grundsätzliches Zuständigkeitsgefühl als erste Ansprechpartnerin (16,5%) und die Wahrnehmung der PPD als Thema der Wochenbettbetreuung (10,6%) an. Es gibt aber auch die Abgrenzung der Symptomwahrnehmung zur Diagnosestellung durch die Hebamme (9,4%). Die Minderheit der Hebammen fühlt sich nicht ausreichend für dieses Thema ausgebildet bzw. überfordert (4,7%) (Abb. 7)

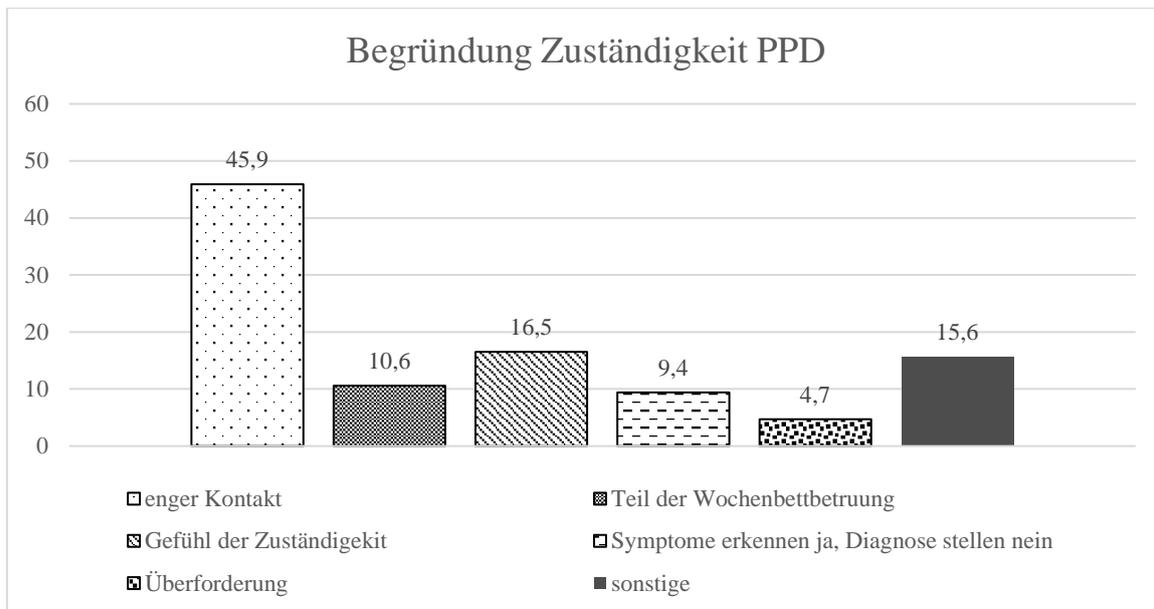


Abb. 7: Begründungen der Hebammen für/gegen ein Zuständigkeitsgefühl, PPD zu erkennen; n=85; Angaben in %

### Wahrnehmung und Umgang mit psychosozialen Belastungen der betreuten Frauen

Die befragten Hebammen schätzen, dass durchschnittlich knapp ein Drittel ( $M=33,39\%$ ;  $R=0-95$ ) der von ihnen betreuten Frauen psychosozial, finanziell oder psychisch belastet seien ( $n=156$ ; k.A.=5,5%). Um diese Belastungen zu identifizieren, führen 92,1% der Hebammen Gespräche mit den Frauen, davon erfragen 74,4% gezielt nach diesen Belastungen und 50,9% nehmen die Probleme auf, wenn die Frau es anspricht. Ein Fragebogen wird von 21,8% der Hebammen eingesetzt. Dieser Einsatz erfolgt zu 21,8% routinemäßig und bei 12,1% der Befragten bei Bedarf. Hinweise Dritter erhalten nach Angaben der Hebammen 37% von ihnen. Es waren Mehrfachantworten möglich (Tab. 4).

Diagnostikmethoden	n	%
<b>psychosoziale Belastungen</b>		
<b>persönliches Gespräch</b>	<b>152</b>	<b>92,1%</b>
gezielt erfragt	123	74,5%
wenn Frau es anspricht	84	50,9%
<b>Einsatz Fragebogen</b>	<b>36</b>	<b>21,8%</b>
routinemäßig	36	21,8%
bei Bedarf	20	12,1%
<b>Hinweise durch Dritte</b>	<b>61</b>	<b>37,0%</b>

Tab. 4: Diagnostikmethoden für psychosoziale Belastungen durch Hebammen; Mehrfachantworten möglich

Neben der medizinischen Betreuung beraten Hebammen in ihrer Arbeit die Frauen auch zu nicht-medizinischen Themen. Es werden von 70,9% der Hebammen die Einstellung der Frau

zu ihrer Schwangerschaft besprochen, sowie auch in gleicher Anzahl die psychische Gesundheit der Betreuten thematisiert. Die Partnerschaft an sich wird ebenfalls von mehr als der Hälfte der Befragten (59,4%) mit der Frau thematisiert. Themen wie die finanzielle Situation (38,2%) oder Belastungen des Partners (42,4%) werden gelegentlich zum Gesprächsthema in der Hebammenbetreuung (Abb. 8).

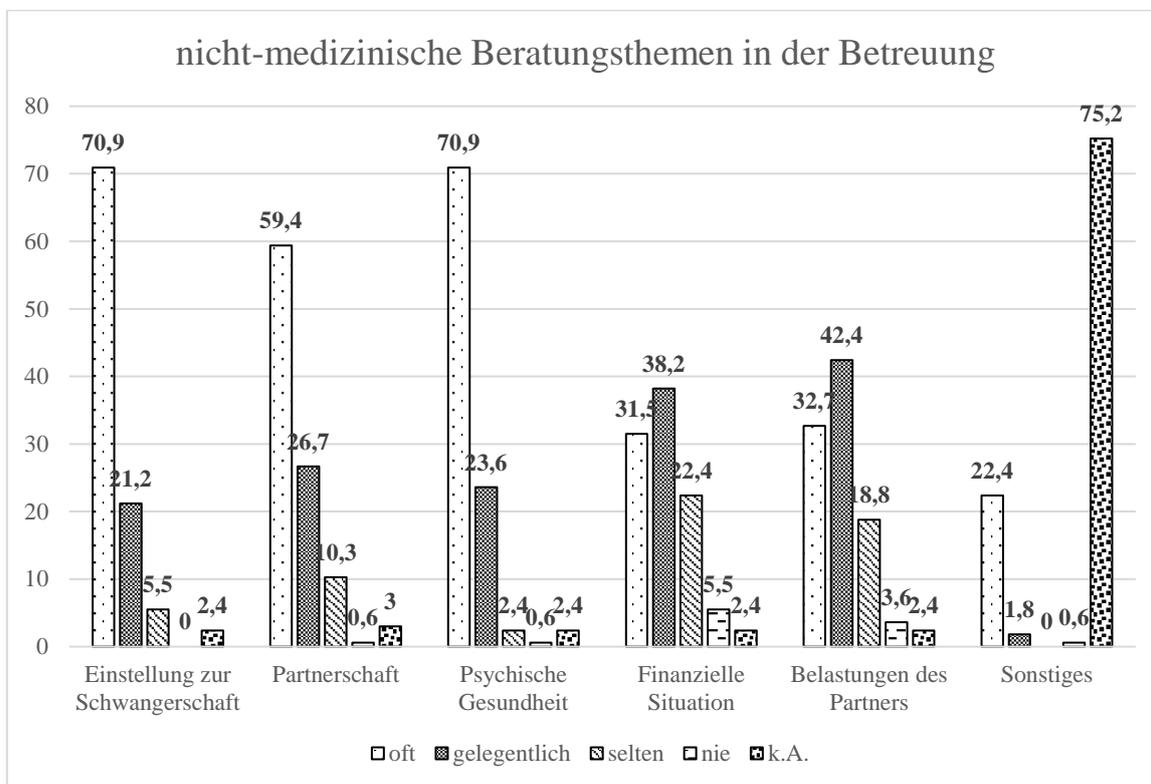


Abb. 8: Beratungsthemen außerhalb der medizinischen Betreuung; n=165; Angaben in %

Zu den sonstigen Beratungsthemen nennen die Hebammen (n=52) vor allem die (Familien-) Anamnese (28,8%), das soziale Netzwerk bzw. Unterstützungsmöglichkeiten (28,8%), die (bevorstehende) Mutterschaft an sich (5,8%) und weitere Unterthemen (36,4%) (Anhang IV, Abb.A2).

Während der Betreuung durch die Hebamme ergeben sich unterschiedliche Belastungen der Frauen. Annähernd die Hälfte der Hebammen nehmen „manchmal“ Belastungen durch eine ungewollte Schwangerschaft (49,7%), Partnerschaftskonflikte (59,4%), Schwierigkeiten mit der Sprache (47,3%), Arbeitslosigkeit (47,3%), eine schlechte Wohnsituation (44,2%) oder eigene psychische Belastungen (47,3%) wahr. „Nie/selten“ spielen nach Angaben der Befragten die Belastungen durch fehlende Krankenversicherung (83,6%), Schulden (44,8%) und eine eigene Suchterkrankung der Frau (50,9%) eine Rolle. Belastungen durch die Alltagsbewältigung (z.B. Alleinerziehende) (12,1%), geringe soziale Unterstützung (9,7%), das Geburtserlebnis (16,4%) sowie die neue Mutterrolle (17%) werden häufig „sehr oft“

wahrgenommen. Eine eher untergeordnete Rolle („manchmal“/„nie/selten“) spielen Belastungen durch eine Suchterkrankung oder psychische Erkrankung des Partners (41,2%/40,6%) (Abb.9-11).

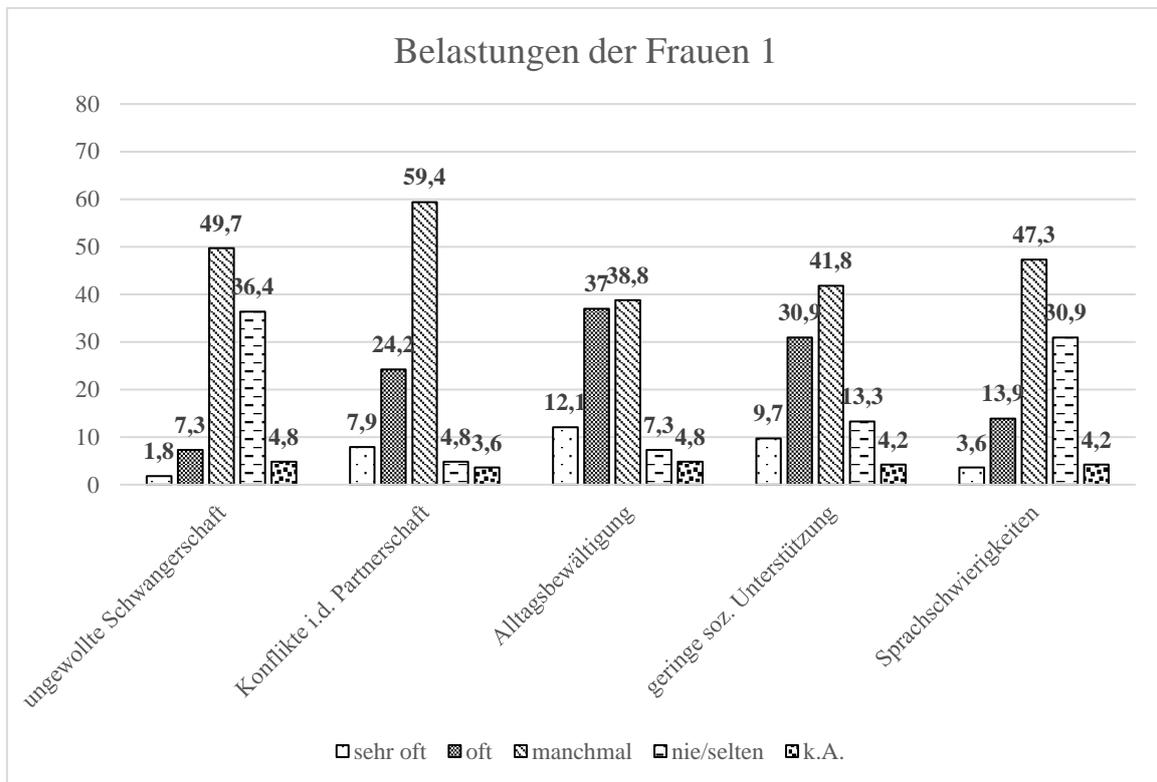


Abb. 9: Belastungen der Frauen, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben, Teil 1; n=165, Mehrfachantworten möglich; Angaben in %

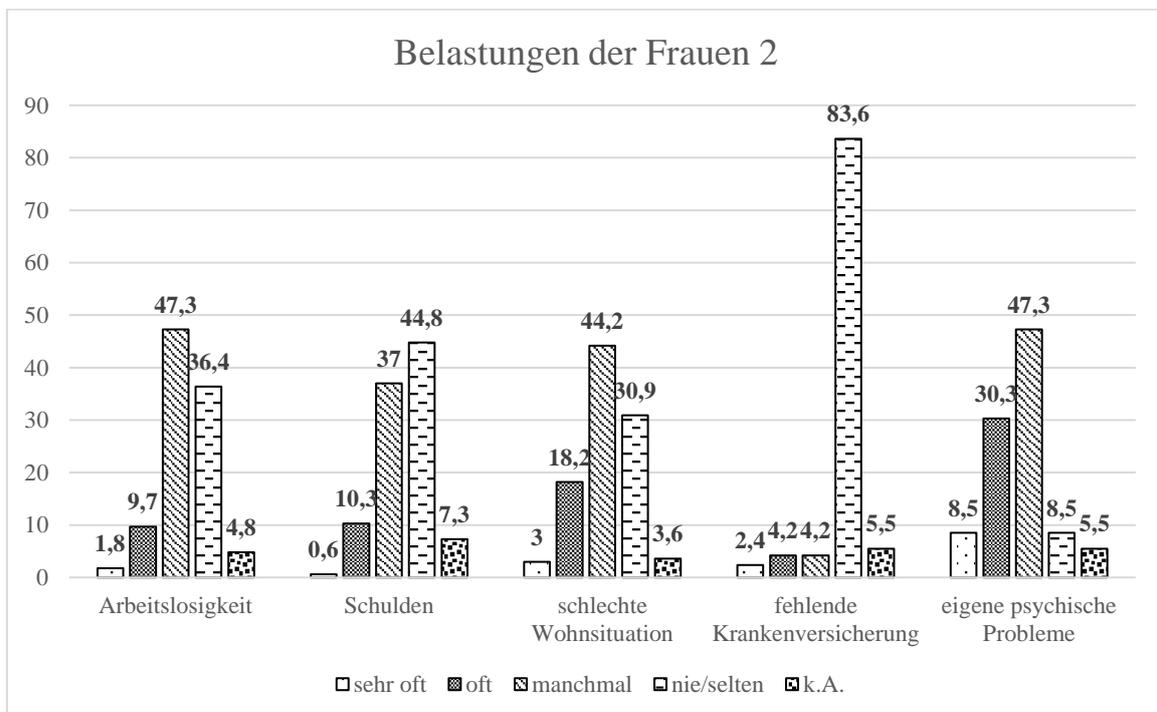


Abb. 10: Belastungen der Frauen, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben, Teil 2; n=165; Mehrfachantworten möglich; Angaben in %

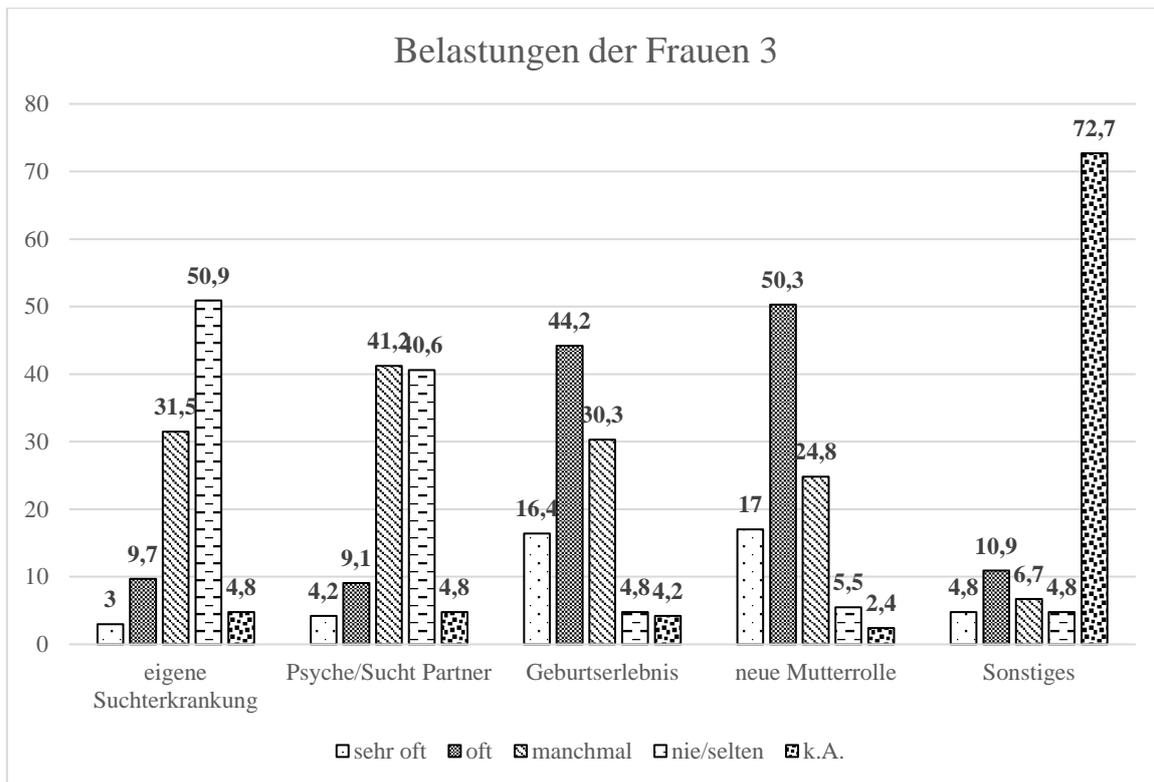


Abb. 11: Belastungen der Frauen, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben, Teil 3; n=165; Mehrfachantworten möglich; Angaben in %

Sonstige Belastungen werden vor allem in komplexen Familienstrukturen, wie bspw. Patchworkfamilien oder Großfamilien (22%; n=41) gesehen. Außerdem ergeben sich nach Aussage der Hebammen Belastungen durch einen hohen gesellschaftlichen Anspruch und Erwartungen an eine Mutter bzw. Familie (19,5%), den eigenen Perfektionismus einer Frau sowie eine belastende Anamnese (z.B. SIDS, eigene Gewalterfahrungen) (jeweils 9,8%) (Anhang IV, Abb.A3).

Die meisten Hebammen (90,9%) beraten die Frau bei bestehenden psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen. Die Vermittlung an Beratungsstellen (66,1%), Projekte der Frühen Hilfen (67,3%) oder Familienhebammen (58,8%) erwägen mehr als die Hälfte der Hebammen. Eine Weitervermittlung an Therapeut\*innen oder Kliniken (49,1%) oder an Ärztinnen (38,2%) wird im Vergleich seltener angestrebt (Tab. 5).

Unternehmung bei psychosozialen Belastungen	n	%
<b>Vermittlung an</b>		
Ärzte (Gynäkolog*in/Hausarzt)	63	38,2%
Familienhebamme	97	58,8%
Therapeut*in oder Klinik	81	49,1%
Beratungsstelle	109	66,1%

Projekt der Frühen Hilfen	111	67,3%
<b>Beratung der Frau</b>	150	90,9%
<b>Sonstiges<sup>9</sup></b>	19	11,5%

Tab. 5: Unternehmungen der Hebammen bei psychosozialen Belastungen; Mehrfachantworten möglich

Auch das Erkennen von psychosozialen Belastungen der betreuten Frauen sehen die meisten Hebammen klar („ja, auf jeden Fall“) in ihrem Zuständigkeitsbereich (64,8%; n=165; k.A.=2,4%). Ein Drittel stimmen der Zuständigkeit grundsätzlich („eher ja“) zu (32,1%) und nur 0,6% der Hebammen fühlen sich bei diesem Thema eher nicht („eher nein“) zuständig (0,6%) (Abb. 12).

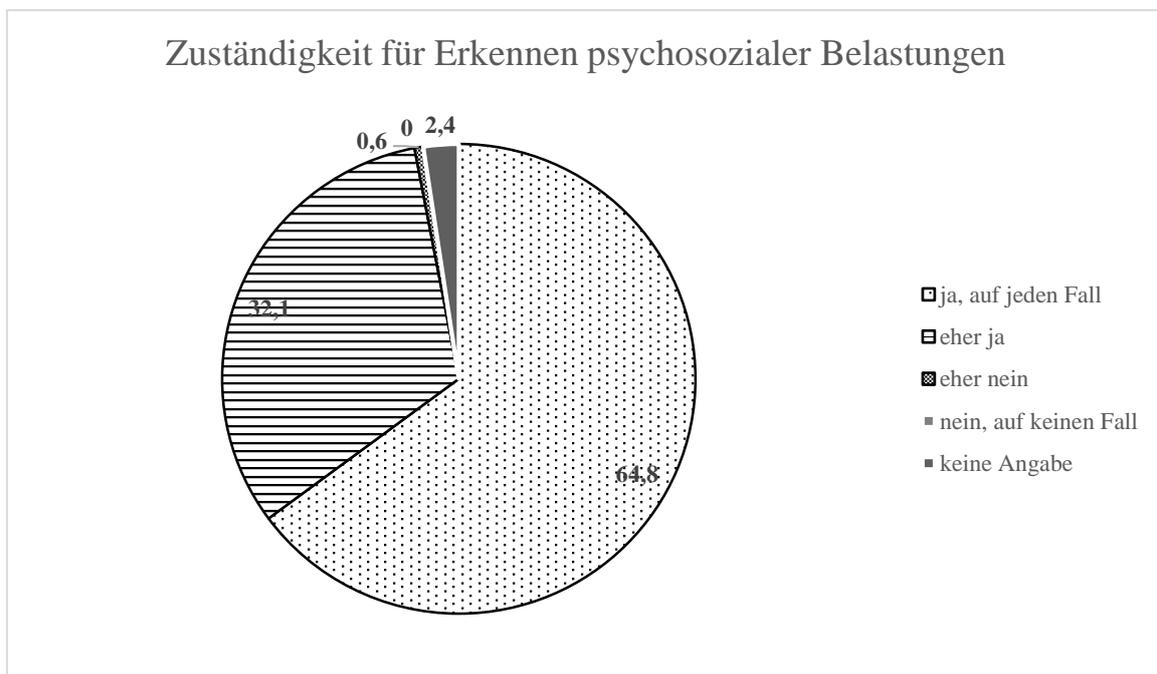


Abb. 12: Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, psychosoziale Belastungen zu erkennen; n=165; Angaben in %

Als Grund für die Zuständigkeit geben ein Drittel (30,4%) der Hebammen (n=56) an, durch schnelle Hilfe ein besseres Outcome für Mutter und Kind (z.B. besserer Geburtsverlauf, bessere Versorgung des Kindes oder bessere Mutter-Kind-Bindung) erzielen zu können. Auch das enge und vertraute Verhältnis zu der betreuten Frau (24%) wird als Begründung genannt. Ein Teil der Hebammen (12,5%) sehen diese Zuständigkeit als einen Teil der Wochenbettbetreuung an und die Familienhebammen (10,7%) empfinden ihre Zusatzqualifikation als eine Begründung für diese Zuständigkeit. Auch bei dieser Thematik fühlen sich die Hebammen (3,6%) zwar zuständig aber nicht gut genug darauf vorbereitet (Abb. 13).

<sup>9</sup> Detaillierte Aufschlüsselung im Anhang IV, Tab.A3

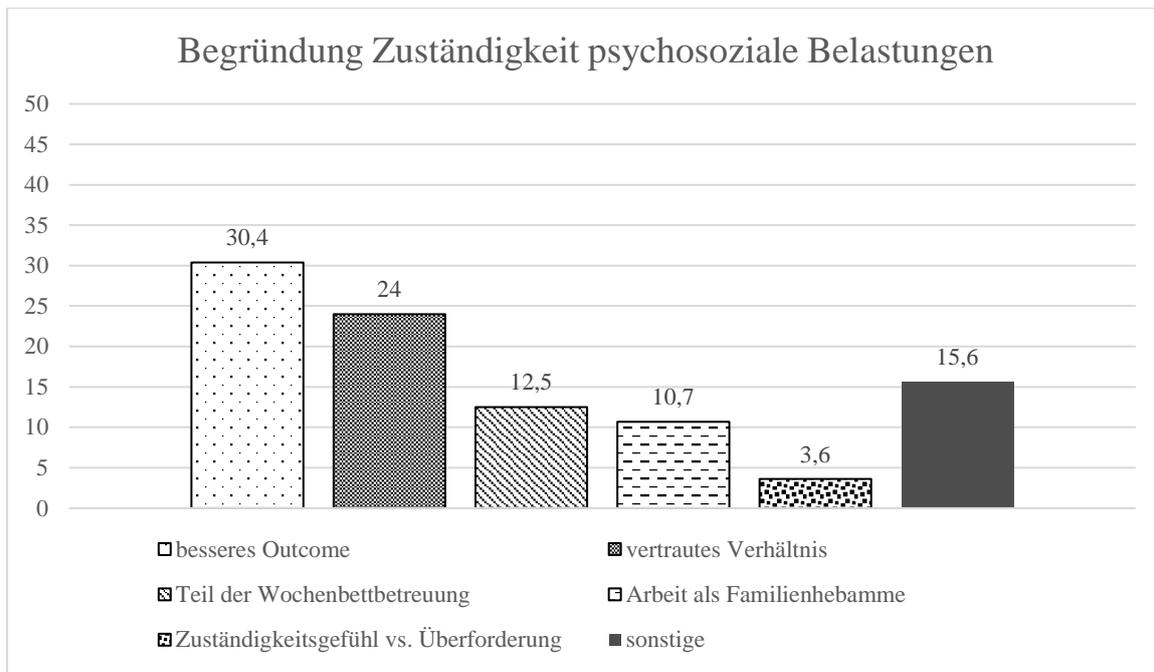


Abb. 13: Begründungen der Hebammen für/gegen ein Zuständigkeitsgefühl, psychosoziale Belastungen zu erkennen; n=56; Angaben in %

### Psychosoziale Versorgungssituation für (werdende) Mütter

Verschiedene Aspekte erschweren unter Umständen die Weitervermittlung oder Beratung bei bestehenden psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen. In Bezug auf die systembezogenen erschwerenden Aspekte nennen die Hebammen vor allem die fehlenden effektiven Behandlungs- bzw. Betreuungsmöglichkeiten (58,8%). Als ebenfalls erschwerende Aspekte werden von etwas mehr als der Hälfte der Hebammen die zur Verfügung stehende Beratungszeit (53,9%) und die Qualität der Überweisungs- bzw. Kooperationspartner (z.B. Beratungsstellen, Therapeut\*innen oder Krankenkassen) (52,7%) genannt. Knapp die Hälfte der Hebammen sehen ihre Beratungsarbeit durch die geringe Vergütung der Beratung (42,4%) oder die fehlende Erstattung durch die Krankenkassen (46,1%) als erschwert an (Abb. 14). Unter der Rubrik „Sonstiges“ (17%) beschreiben die Hebammen (n=28) noch Aspekte wie eine erschwerte Organisation der Entlastung (32,1%) durch lange Wartezeiten, mangelnde Kostenübernahme oder auch geringe geeignete Hilfsangebote. Fehlende Netzwerkpartner (21,4%) und mangelnde eigene Ausbildung zu diesem Thema (14,3%) werden ebenfalls genannt (Anhang IV, Abb.A4).

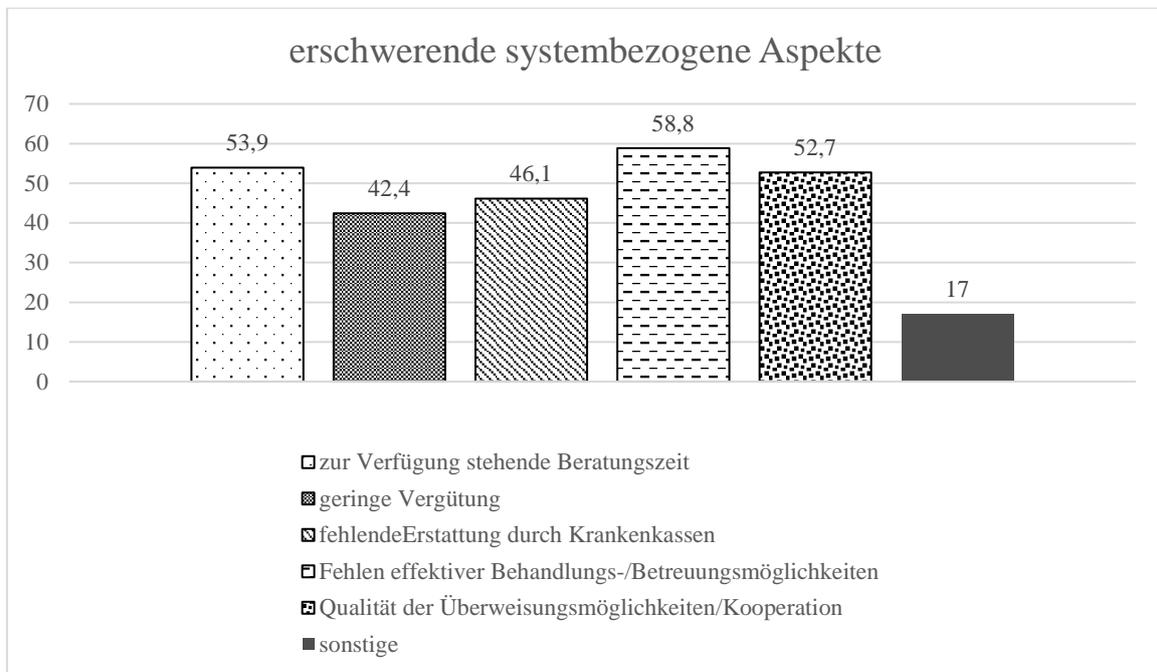


Abb. 14: systembezogene Aspekte, die Weitervermittlung/Beratung bei psychosozialen Belastungen erschweren; Mehrfachantworten möglich; Angaben in %

In Bezug auf die personenbezogenen Aspekte, die eine Weitervermittlung oder Beratung erschweren, nennen mehr als die Hälfte der Hebammen (66,1%) das Ablehnen bzw. die Nichtinanspruchnahme der vermittelten Kontakte durch die betreute Frau. Etwas weniger als die Hälfte der Hebammen geben an, dass die betreute Frau bzw. ihr Partner die Diagnose nicht akzeptierten (40,6%). Außerdem wird das eigene Gefühl, für dieses Thema nicht ausreichende Kompetenzen zu besitzen (29,7%), sowie das im Vordergrund stehen anderer (z.B. somatischer) Probleme (29,7%) erwähnt (Abb. 15). Auch hier wird unter der Rubrik „Sonstiges“ (9,1%) von den Hebammen (n=15) der erschwerte Zugang zu den Hilfsangeboten (33,3%), die mangelhafte Vergütung/Zeit für die Beratung (26,7%) sowie negative Erfahrungen (z.B. mit Jugendamtseinschätzungen bzw. Missachtung der eigenen Facheinschätzung durch andere) (13,3%) genannt (Anhang IV, Abb.A5).

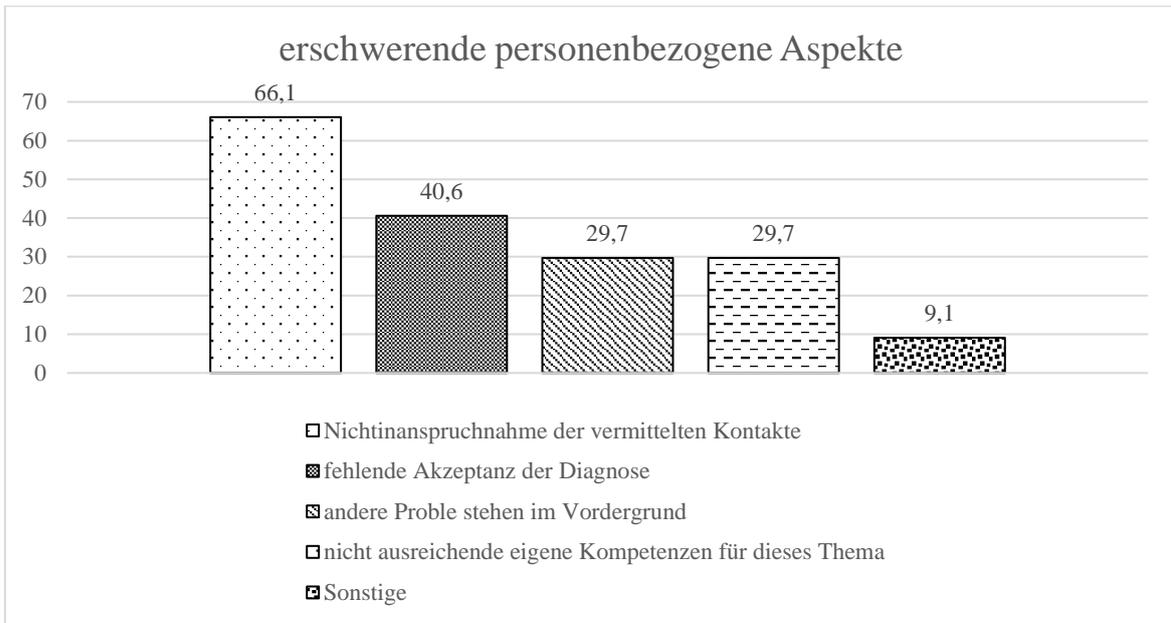


Abb. 15: personenbezogene Aspekte, die Weitervermittlung/Beratung bei psychosozialen Belastungen erschweren; Mehrfachantworten möglich; Angaben in %

Insgesamt halten die Hebammen es für notwendig, die Versorgungssituation für (werdende) Mütter mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen zu verbessern (95,8%; n=165; k.A.=3,6%). Dies begründen die Hebammen (n=61) vor allem mit einem besseren Outcome für Mutter und Kind (z.B. PPD reduzieren, weniger Trauma, bessere Bindung von Mutter und Kind) durch früh einsetzende adäquate Hilfe (18%). Fehlende Netzwerkpartner (13,1%) und (Familien-)Hebammen (6,6%) sowie ein steigendes Aufkommen von psychosozialen Belastungen (11,5%) werden von den Hebammen als Begründung für die Notwendigkeit einer verbesserten Versorgungssituation genannt. Weiteres Verbesserungspotenzial sehen die Hebammen in niedrigschwelligen Hilfsangeboten für die Frauen (14,8%) bzw. bei der undurchsichtigen Vielzahl von Hilfsangeboten (6,6%) (Abb. 16).

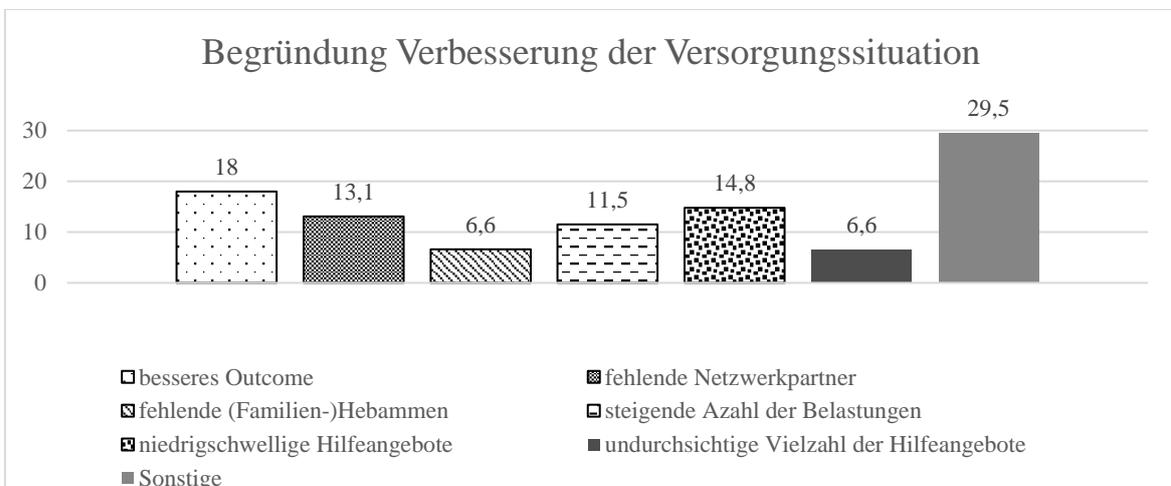


Abb. 16: Begründungen für die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgungssituation belasteter Mütter; n=61; Angaben in %

Die Hebammen signalisieren eindeutig eine Bereitschaft, an der Verbesserung der Versorgungssituation der Frauen mitzuwirken. Dies zeigt sich z.B. an dem Wunsch, nach einer engen Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen etc. (86,1%) oder dem Interesse an spezifischen Fortbildungen zu diesen Themen (74,5%). Weiterhin sind etwas mehr als die Hälfte der Hebammen bereit, psychosoziale, finanzielle oder psychische Belastungen systematisch zu erfragen (57%). Gleichzeitig wünschen sich aber auch mehr als die Hälfte der Hebammen eine gesonderte Vergütung der gezielten Beratung zu diesen Themen durch die Krankenkassen (69,1%) (Abb. 17).

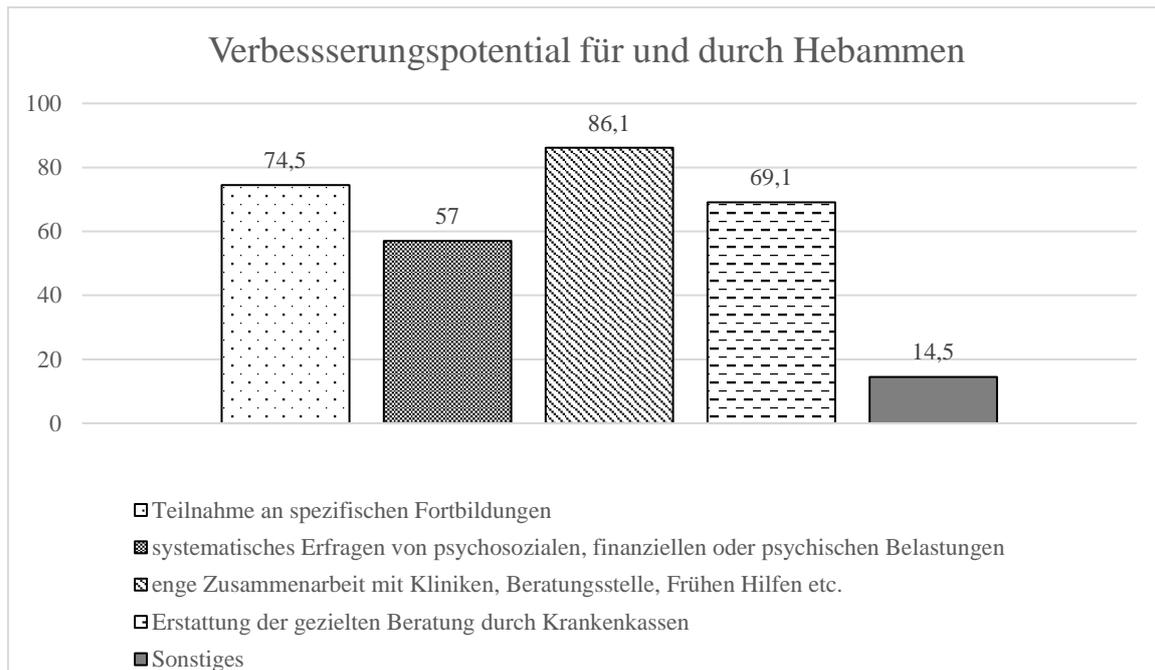


Abb. 17: Verbesserungspotenzial der Versorgungssituation für und durch Hebammen; Mehrfachantworten möglich, Angaben in %

Unter der Rubrik Sonstiges (14, 5%) äußern die Hebammen (n=24) die Wünsche nach einer größeren Vielzahl von Angeboten, um beispielsweise gezielter und schneller Hilfe installieren zu können (25%) und einer besseren Struktur für das eigene Arbeiten (hier gemeint waren u.a. die bessere Vernetzung untereinander in den Stadtteilen oder auch ein „Fahrplan“, wer wofür zuständig ist) (25%). Ebenfalls wird erneut der Wunsch nach einer besseren und gezielter Bezahlung der Hebammenleistung laut (20,8%). Ein kleinerer Teil der Hebammen wünscht sich zentrale Anlaufstellen, wie z.B. eine „Clearingstelle“, wenn die Zuständigkeit für die jeweiligen Problemlagen nicht klar ist oder Familienhebammenzentralen, an die sich Hebammen wenden können (8,3%). Es werden aber auch kritische Worte gefunden. So bemängeln in der Unterrubrik „Sonstiges“ (20,8%) Hebammen auch, dass die Vernetzung der betroffenen Frauen nicht auch noch Leistung der Hebamme sein sollte und auch nicht noch

mehr Zeit für weitere Fortbildungen aufgebracht werden könne. Außerdem wird die Gesellschaft zu mehr Problembewusstsein aufgerufen (Abb. 18). Im Anhang IV, Tab.A4 sind des Weiteren Bemerkungen zum Verbesserungspotential aufgelistet.

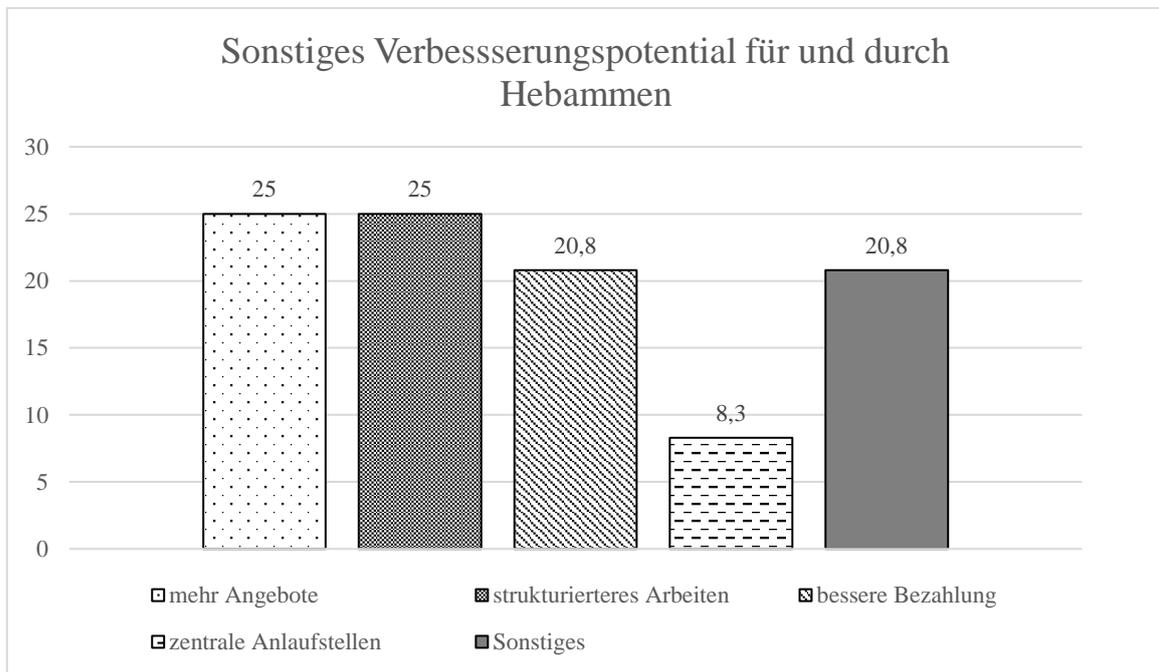


Abb. 18: Sonstiges Verbesserungspotential der Versorgungssituation für die Frauen; n=24; Freitext

#### Einsatz des Kurzfragebogens EPDS in der Hebammenbetreuung

Ein Drittel (36,4%) der Hebammen (n=165, k.A.=3,6%) kann sich sehr gut vorstellen, den EPDS routinemäßig in der Betreuung einzusetzen, ein weiteres knappes Drittel zieht dies zumindest in Erwägung (33,3%). Ein kleinerer Teil (7,6%) nutzt den EPDS bereits in ihrer Arbeit. Und weitere 18,8% der Hebammen lehnen den routinemäßigen Einsatz der EPDS eher bzw. ganz ab (Abb. 19).

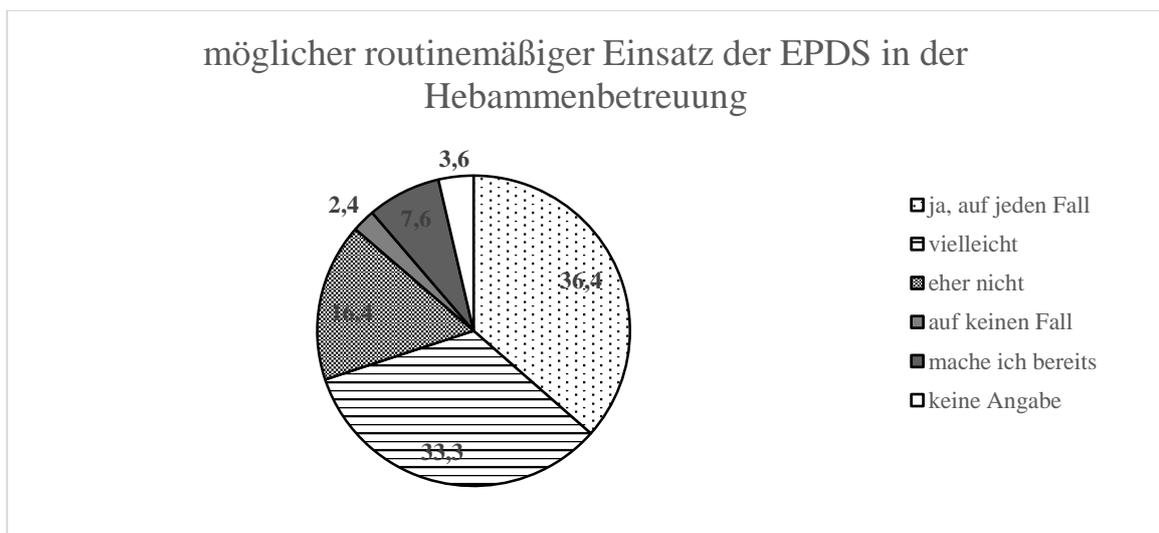


Abb. 19: Bereitschaft der Hebammen, die EPDS routinemäßig in ihrer Arbeit einzusetzen; n=165; Angaben in %

Insgesamt n=55 Hebammen geben hierzu noch eine Begründung bzw. Bemerkung an: 34,5% nutzen die EPDS bereits bei einem Verdacht auf PPD bzw. 14,4% können sich vorstellen, den Kurzfragebogen bei einem Verdacht einzusetzen. 1,5% setzen die EPDS bereits routinemäßig ein. Jeweils 9,1% der Hebammen sehen die EPDS als zu aufwendig an oder haben bereits gute Erfahrungen mit dem Einsatz der EPDS gemacht. Von anderen Hebammen (7,3%) wird die EPDS als guter „Türöffner“ für weitere Gespräche mit der Frau angesehen. Weitere 23,6% beschreiben unterschiedliche oder keine Erfahrungen in Bezug auf die EPDS (Abb. 20).

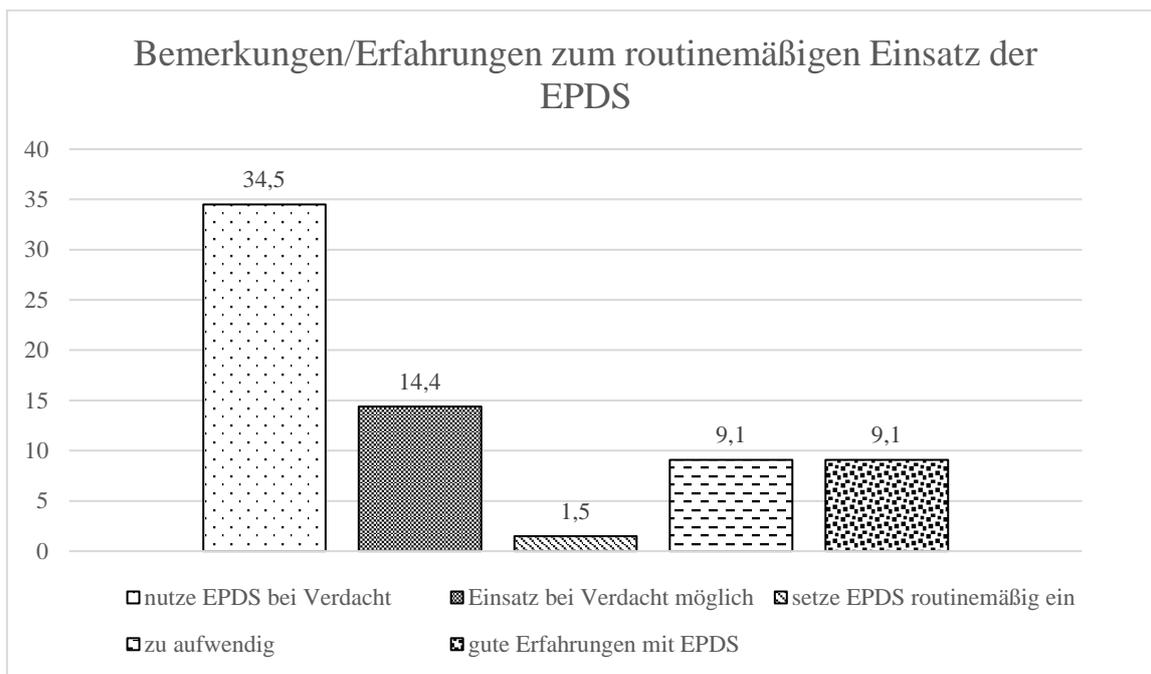


Abb. 20: Bemerkungen/Erfahrungen zum routinemäßigen Einsatz der EPDS in der Hebammenarbeit, n=55; Freitext; Angaben in %

## 7. Interpretation und Diskussion

Die PPD ist eine ernst zu nehmende Erkrankung der Mutter in der Zeit nach der Geburt. Ganz gleich, wann diese Erkrankung auftritt, sie stellt ein hohes gesundheitliches Risiko für Mutter und Kind dar. Unter anderem die Diskussion um die gezielte Aufnahme des Themas in die Curricula neuer Hebammenstudiengänge und die Stellungnahmen verschiedener Hebammen-Organisationen zu diesem Thema unterstreichen die Aktualität der PPD-Thematik. Während in Nachbarländern von Deutschland, wie z.B. in Großbritannien oder in der Schweiz, die Erkennung und der Umgang mit PPD in der Hebammenbetreuung bereits teilweise unterrichtet und explizit gefordert wird, wird in Deutschland noch nach dem richtigen Weg und der Zuständigkeit gesucht. Während aus der Befragung von Pawils et al. 2016 hervor geht, dass sich die Gynäkolog\*innen zumindest bereits zum Teil für dieses Thema zuständig fühlen, liegt es nahe, die Hebammen, die die Frauen in der Schwangerschaft und direkt nach Geburt

betreuen, hinsichtlich dieses Themas zu befragen und ihre Sicht darzustellen. Diese Befragung wurde als Online-Befragung durchgeführt, daher ist eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund der unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten (Internetnutzungsverhalten) für Hebammen nicht auszuschließen. Gleichwohl konnte die erwartete Verzerrung aufgrund des Alters der teilnehmenden Hebammen nicht bestätigt werden. Die Online-Befragung fand bei Hebammen aller Altersklassen Beachtung (M=45,99 Jahre; R=24-72 Jahre). Zwar stellt die Rekrutierung der Hebammen über die jeweiligen Hebammenverbände einen guten Ansatz dar, es kann auf diese Weise jedoch nicht gänzlich nachvollzogen werden, wie viele Hebammen tatsächlich Zugang zu der Online-Befragung bekommen haben. Somit ist auch die genaue Rücklaufquote nicht exakt bestimmbar. Des Weiteren wurde bei der Befragung der Hebammen zwar nach Zusatzqualifikationen gefragt, die Antworten konnten jedoch nicht genau differenziert nach Familienhebamme und Hebamme ohne diese Zusatzqualifikation ausgewertet werden. Diese Option könnte in einer möglichen weiteren Hebammenbefragung im Fragebogen nachgebessert werden. Mit dieser Differenzierung wäre es möglich herauszufinden, ob die Zusatzqualifikation der Familienhebamme die Einschätzung psychosozialer Belastungen bzw. PPD und der Umgang der Hebamme in Bezug auf diese Themen beeinflusst.

Aus der Befragung geht hervor, dass die Hebammen für die PPD bereits gut sensibilisiert sind. Dies zeigt sich dadurch, dass die Hebammen den Anteil an PPD erkrankter Frauen in ihrer Betreuung auf durchschnittlich 8,9% (Prävalenz in Deutschland 10-15%) und somit gut einschätzen. Sie nutzen bereits vielfältige Strategien zur Erkennung einer PPD, wie z.B. durch Gespräche mit der Frau (88,5%) und Angehörigen oder durch den Einsatz von Fragebögen. Den Fokus setzen die Hebammen auf den engen Kontakt zu der Frau und machen sich diesen Vorteil zur Erkennung von psychischen Auffälligkeiten zu Nutze. Bei Verdacht auf eine PPD vermitteln die Hebammen die Frauen zumeist an ärztliche Akteure des Gesundheitswesens weiter, wobei die Erfahrungen mit der Weitervermittlung insbesondere an die Gynäkolog\*innen als eher eingeschränkt positiv beschrieben werden. Hier scheint vor allem eine mangelnde ärztliche Anerkennung der Facheinschätzung durch die Hebamme ein Problem darzustellen. Die nahezu durchweg guten Erfahrungen bei Ansprache der PPD (90,9%) und das überwiegend klare Zuständigkeitsgefühl der Hebammen für die Erkennung der PPD (63% „ja, auf jeden Fall“; 32,1% „eher ja“) unterstreichen die Vermutung, dass Hebammen wichtige Schlüsselpersonen in dieser Thematik sind. Gleiches gilt für die Erkennung von psychosozialen Belastungen der Frauen. Hebammen schätzen knapp ein Drittel (M=33,39%) der von ihnen betreuten Frauen als psychosozial belastet ein. Da psychosoziale Belastungen einen Grundstein für eine PPD legen können, ist es auch hier von Nöten, diese frühzeitig zu erkennen und

zumindest zu verringern. Diesbezüglich sehen sich die Hebammen ebenfalls überwiegend (64,8%) zuständig. Sie schätzen die Erkennung der Belastungen als wichtig ein, um u.a. ein besseres Outcome für Mutter und Kind zu ermöglichen. Vor allem in persönlichen Gesprächen (92,1%) und dem Kontakt zu Angehörigen der betreuten Frauen nehmen Hebammen diese Belastungen wahr. Anders als bei der PPD beraten die Hebammen die Frauen hier selbst (90,9%) bzw. vermitteln die Frauen vorrangig an nichtärztliche Hilfesysteme, wie z.B. Projekte der Frühen Hilfen und Beratungsstellen weiter. Die Befragung zeigt, wie vielfältig und umfassend die Beratung in der Hebammenbetreuung ist. Der Fokus liegt hier bei weitem nicht ausschließlich auf den medizinischen Themen. Auch mögliche Belastungen durch die Einstellung der Frau zur eigenen Schwangerschaft, die Partnerschaft oder die finanzielle Situation werden thematisiert. Diese Beratungsthemen ergeben sich vor allem aus den Belastungen der Frauen, die oft durch die Hebammen gesehen werden: z.B. „neue Mutterrolle“, „Alltagsbewältigung“ oder „geringe soziale Unterstützung“. Hebammen leisten in ihrer Betreuung folglich einen wichtigen Beitrag zum Erkennen von psychosozialen Belastungen bzw. PPD und sehen sich dennoch vor vielfältigen Problemen in der Weitervermittlung an Hilfsangebote. Zusätzlich zu der als nicht angemessen wahrgenommen Vergütung dieser Beratungszeit bzw. unzureichende Erstattung der Beratungszeit durch die Krankenkassen sehen Hebammen vor allem einen Mangel an effektiven Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten. Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Nichtinanspruchnahme von Hilfsangeboten durch die Frauen (66,1%). Hier könnte auch die gesellschaftliche Anspruchshaltung an die Frauen eine Rolle spielen. Gleichwohl die Hebammen sich zuständig fühlen, gibt es auch Hebammen, die sich hierfür nicht ausreichend ausgebildet bzw. vorbereitet fühlen (PPD: 4,7%, psychosoziale Belastungen: 3,6%). Hieraus lässt sich ein weiterer Indikator für die besondere Wichtigkeit der curricularen Überarbeitung der Hebammenausbildung ableiten. Grundsätzlich geht aus der Befragung der Hebammen hervor, dass diese sich für die Problematik der PPD und psychosozialen Belastungen zuständig fühlen und die hohe Relevanz für die Gesundheit von Mutter und Kind sehen. Sie leisten bereits einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung und -werdung der Familien und sehen konkretes Verbesserungspotential in der Versorgungssituation (95,8%). Hierbei schließen sich die Hebammen nicht aus. Ein Großteil wünscht sich, an der Verbesserung mitzuwirken, in dem eine bessere Vernetzung mit Kliniken, Beratungsstellen und den frühen Hilfen angestrebt wird (86,1%) oder die Bereitschaft zur Teilnahme an spezifischen Fortbildungen besteht (74,5%). Die grundsätzliche Bereitschaft, die EPDS als routinemäßiges Instrument zur Erkennung von PPD in der Betreuung der Frauen einzusetzen (36,4% „ja, auf jeden Fall“; 33,3% „vielleicht“), unterstreicht das Engagement der Hebammen. Gleichzeitig

fordern die Hebammen aber auch noch gezieltere Hilfsangebote für die Frauen und Unterstützung bei der Weitervermittlung durch z.B. Lotsen in den Frühen Hilfen und eine gesellschaftliche Anerkennung ihrer Leistungen durch z.B. eine bessere Vergütung ihrer Arbeit.

## **8. Fazit und Ausblick**

Auf Grundlage dieser Arbeit lässt sich feststellen, dass die in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen aus Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, die an der Online-Befragung teilgenommen haben, es grundsätzlich als ihre Aufgabe ansehen, PPD zu erkennen und an geeignete Hilfesysteme weiter zu leiten. Es besteht eine allgemeine Bereitschaft, das Kurzdiagnostikinstrument EPDS in der Betreuung einzusetzen. Somit konnten auch die unter Kapitel 4. formulierten Fragestellungen beantwortet werden. Den in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen kann eine wichtige Schlüsselfunktion in der Erkennung von psychosozialen Belastungen und PPD zugeschrieben werden, die diese auch gerne annehmen. Es geht aus dieser Arbeit jedoch ebenfalls hervor, dass es noch Verbesserungsbedarf in der Versorgung von Müttern mit PPD oder psychosozialen Belastungen gibt. Es besteht weiterer Forschungsbedarf in Bezug auf die Risikofaktoren, Auswirkungen und Diagnostik für die PPD sowie psychosozialen Belastungen. Ferner bleibt zu prüfen, ob der routinemäßige Einsatz der EPDS zielbringend ist und den gewünschten Effekt, PPD frühzeitiger und zuverlässiger zu identifizieren, bestätigt. Ebenso sollten noch, wie bereits diskutiert, differenzierte Gruppenvergleiche von Familienhebammen und Hebammen ohne diese Zusatzqualifikation angestellt werden. Es ist ratsam, diese Themen gezielt von Hebammen beforschen zu lassen, da sie es vorrangig sind, die den Kontakt zu den betroffenen Frauen haben. Hierbei ist positiv festzustellen, dass die Akademisierung der Hebammen in Deutschland stetig voranschreitet. Mahnend sei aber auch die mangelnde Attraktivität des Hebammenberufes in Bezug auf Bezahlung und Belastung und der damit verbundenen Hebammenmangel zu erwähnen. Immer weniger Frauen können von der Betreuung durch eine Hebamme profitieren. Für die Reduzierung psychosozialer Belastungen und eine nachhaltige psychische Gesundheit von Mutter und Kind ist es jedoch essenziell, dass die wichtige und gewinnbringende Hebammenbetreuung möglichst allen Frauen, die diese wünschen, zu Teil wird.

## **Abkürzungsverzeichnis**

AK DQR	Arbeitskreis Deutscher Qualitätsrahmen
BGV	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
GKV	Gesetzliche Krankenversicherungen
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
k.A.	keine Angaben
NHS	National Health Service
NICE	National Institute For Health And Care Excellence
PDC	Postpartum Depression Checklist
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PPD	Postpartale Depression
RCM	Royal College of Midwives
WHO	World Health Organisation

## Literatur

- ANDING, JANA ET AL. (2015): Early detection of postpartum depressive symptoms in mothers and fathers and its relation to midwives' evaluation and service provision: a community-based study. In: *Front. Pediatr.* 3 (2015) 62, S. 1-10. DOI: 10.3389/fped.2015.00062.
- ARBEITSKREIS DEUTSCHER QUALITÄTSRAHMEN (AK DQR) (2011): Deutscher Qualitätsrahmen für lebenslanges Lernen. 22. März 2011. Online: [https://www.dqr.de/media/content/Der\\_Deutsche\\_Qualifikationsrahmen\\_fue\\_lebenslanges\\_Lernen.pdf](https://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf). [Zugriff am 16. Juli 2018].
- AUSTIN, MARIE-PAULE (2014): Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. In: *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 28 (2014), S. 179-187. DOI: 10.1016/j.bpogyn.2013.08.16.
- BERGANT, A.M.; ET AL. (1998): Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“. In: *Dtsch. Med. Wschr.* 123 (1998) 3, S. 35-40.
- BERGER, ANKE; CIGNACCO, EVA (2018): Perinatale psychische Gesundheit: Wir setzen ein Zeichen. Online: [https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs\\_upload/gesundheit/6\\_forschung/hebamme/2018\\_Juni\\_frequenz\\_Perinatale\\_psychische\\_Gesundheit.pdf](https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheit/6_forschung/hebamme/2018_Juni_frequenz_Perinatale_psychische_Gesundheit.pdf). [Zugriff am 18. Juli 2018].
- BGV (BEHÖRDE FÜR GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ) (2015): Hebammenversorgung in Hamburg. Kurzbericht zur Gesundheit. Online: <https://www.hamburg.de/contentblob/4933628/d547378ff64bf357e43cb4395155a7f4/data/hebammenbericht-2016-download.pdf>. [Zugriff am 26. Februar 2019].
- BODENMANN, GUY (2016): *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie*. 2., überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe Verlag. 2016.
- BUTZ, JULIA, ET AL. (2017): Kompetenzprofil. Eckpfeiler der Akademisierung. In: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 69 (2017) 8, S. 20-24.
- CIERPKA, MANFRED; ET AL. (2014): Von der Partnerschaft zur Elternschaft. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): *Frühe Kindheit 0-3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern*. 2., korrigierte Auflage. Berlin: Springer Verlag. S. 115-125.
- CIGNACCO, EVA; BERGER, ANKE; BÜCHI, SIMONE (2017): Gut ausgebildete Hebammen können helfen. In: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 69 (2017) 11, S. 26-30.
- CLEMMENS, DONNA; DRISCOLL, JEANNE WATSON; BECK, CHERYL TATANO (2004): Postpartum Depression as Profiled Through the Depression Screening Scale. In: *Mcn* 29 (2004) 3, S. 180-185.

- COX, JOHN; HOLDEN, JENNI; HENSHAW, CAROL (2014): Perinatal Mental Health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2nd edition. London: RCPsych Publications. 2014.
- DALTON, KATHARINA (2003): Wochenbettdepression. Erkennen – Behandeln – Vorbeugen. Bern: Hans Huber Verlag.
- DGPPN, ET AL. (HRSG.) (2015): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression – Langfassung. 2. Auflage. Version 5. 2015. Online: [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de). [Zugriff am 14. April 2018]. DOI: 10.6101/AZQ/000364.
- DORSCH, VALENKA; ROHDE, ANKE (2016): Postpartale psychische Störungen- Update 2016. In: Frauenheilkunde up2date 10 (2016) 4, S. 355-374. DOI: 10.1055/s-0042-112631.
- FIELD, TIFFANY (2009): Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. In: Infant Behavior & Development 33 (2010) S. 1–6. DOI: 10.1016/j.infbeh.2009.10.005.
- FRECH, CHRISTINE MARIA (2010): Psychosoziale Belastungen und körperliche Störungen bei Eltern von lebertransplantierten Kindern und Jugendlichen. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg. 2010.
- FREVERT G.; CIERPKA, M.; JORASCHKY, P. (2008): Familiäre Lebenszyklen. In: Cierpka, Manfred (Hrsg.): Handbuch der Familiendiagnostik. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag. S. 171-199.
- GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS (1985): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). Fassung vom 21. April 2016. Online: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL\\_2016-04-21\\_iK-2016-07-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_iK-2016-07-20.pdf). [Zugriff am 7. Juli 2018].
- GHAEDRAHMATI, MARYAM, ET AL. (2017): Postpartum depression risk factors: A narrative review. In: J Edu Health Promot 6 (2017) 60, S. DOI: 10.4103/jehp.jehp\_9\_16.
- GKV-SPITZENVERBAND (2018A): Hebammenhilfevertrag. Gültige Version ab 25.9.2015. Online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/1\\_Vertragstext.\\_Hebammenhilfevertrag\\_09-2017.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._Hebammenhilfevertrag_09-2017.pdf). [Zugriff am 7. Juli 2018].
- GKV-SPITZENVERBAND (2018B): Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Lesefassung nach Änderungsvereinbarung vom

- 11.12.2017 zum 01.01.2018. Online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/Hebammen\\_Lesefassung\\_Leistungsbeschreibung\\_ab\\_2018-01-01.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf). [Zugriff am 7. Juli 2018].
- GKV-SPITZENVERBAND (2018C): Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V Lesefassung nach Änderungsvereinbarung vom 11.12.2017 zum 01.01.2018. Online: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/Hebammen\\_Anlage\\_1.3\\_Verguetungsverzeichnis\\_ab\\_01.01.18.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Anlage_1.3_Verguetungsverzeichnis_ab_01.01.18.pdf). [zugriff am 7. Juli 2018].
- GRIESHOP, MELITA (2013): Große Erschöpfung.... DHZ-Online. Online: [https://www.dhz-online.de/no\\_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/grosse-erschoepfung/](https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/grosse-erschoepfung/) [Zugriff am 16. Juli 2018].
- GRIESHOP, MELITA (2017): Durchstarten! In: Deutsche Hebammenzeitschrift 69 (2017) 8, S. 14-18.
- GUILLE, CONSTANCE; ET AL. (2013): Management of Postpartum Depression. In: Journal of Midwifery & Women's Health 58 (2013) 6, S. 1-20. DOI: 10.1111/jmwh.12104.
- HARDER, ULRIKE (2011): Die Bedeutung des Wochenbetts. In: Harder, Ulrike (Hrsg.): Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause. 3., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Hippokrates Verlag. 2011. S. 2-7.
- HELLMERS, CLAUDIA; KEHRBACH, ANTJE (2006): Kompetenzprofil für die deutsche Hebammenausbildung. In: Die Hebamme (2006) 19, S. 262-264.
- HÜBNER-LIEBERMANN B., HAUSNER H., WITTMANN M. (2012): Recognizing and treating peripartum depression. Dtsch Arztebl Int 109 (2012), 24, S. 419–24. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0419.
- ICD-10 GM (2018): ICD-10-GM. Version 2018. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Online: <http://www.icd-code.de/icd/code/F50-F59.html> [Zugriff am 12. April 2018].
- JARDRI, RENAUD; ET AL. (2010): Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post delivery: a quality improvement report. In: Midwifery (2010) 26, S. 622-629. DOI: 10.1016/j.midw.2008.12.006.
- KNÜPPEL LAUENER, SUSANNE; IMHOF, LORENZ (2016): Depression nach der Geburt-Screening und Assessment. In: Die Hebamme (2016) 29, S. 110-116.

- KÜHNER, CHRISTINE (2016): Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. In: *Der Nervenarzt* 9 (2016) S. 926-936. DOI: 10.1007/s00115-016-0175-0.
- LUEGMAIR, KAROLINA (2016): Auswirkung der postpartalen Depression von Frau und Mann auf die Elternschaft. In: *Die Hebamme* (2016) 29, S. 241-246.
- MÜLLER-ROCKSTROH, BABETTE (2017): Mehrwert Studium? In: *Deutsche Hebammenzeitschrift* 69 (2017) 8, S. 43-45.
- NHS (NATIONAL HEALTH SERVICE) (2006): NHS Education for Scotland. Nursing and Midwifery. Perinatal Mental Health Curricular Framework. October 2006. Online: <https://www.nes.scot.nhs.uk/media/10161/Perinatal%20Curricular%20FW%20Final.pdf>. [Zugriff am 18. Juli 2018].
- NICE (NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE) (2016): Antenatal and postnatal mental health. Quality standard (QS115). Online: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs115/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-pdf-75545299789765>. [Zugriff am 16. April 2018].
- PAWILS, SILKE, ET AL. (2016): Patients with Postpartum Depression in Gynaecological Practices in Germany – Results of a Representative Survey of Local Gynaecologists about Diagnosis and Management Patientinnen mit postpartaler Depression in Frauenarztpraxen in Deutschland – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung niedergelassener Gynäkologen zur Diagnostik und Versorgung. In: *Geburtsh Frauenheilk* (2016) 76, S. 888-894. DOI: 10.1055/s-0042-103326.
- PEHLKE-MILDE, JESSICA (2009): Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung: Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumsentwicklung. Berlin: Charité Universitätsmedizin Berlin. Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät. Dissertation: 2009.
- RCM (ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES) (2015): Caring for Women with Mental Health Problems. Standards and Competency. Framework for Specialist Maternal Mental Health Midwives. Online: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Caring%20for%20Women%20with%20Mental%20Health%20Difficulties%2032pp%20A4\\_h.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Caring%20for%20Women%20with%20Mental%20Health%20Difficulties%2032pp%20A4_h.pdf). [Zugriff am 18. Juli 2018].
- RECK, CORINNA (2011): Die Bedeutung postpartaler Depressionen und Angststörungen für die Mutter-Kind-Beziehung. In: Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit*. Basel. Karger. 2011. S. 61-66.

- RENNER, ILONA (2010): Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. In: Bundesgesundheitsblatt (2010) 53, S. 1048-1055. DOI: 10.1007/s00103-010-1130-z.
- RIECHER-RÖSSLER A.; HOFHECKER FALLAHPUR M. (2003): Depression in the postpartum time – a diagnostic and therapeutic challenge. Schweiz Arch Neurol Psychiatr (2003) 154, S. 106–115.
- RIECHER-RÖSSLER, ANITA (2011): Depressionen in der Postpartalzeit. In: Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Basel: Karger. 2011. S. 52-60.
- SALIS, BETTINA (2007): Psychische Störungen im Wochenbett. Möglichkeiten der Hebammenkunst. München: Urban & Fischer Verlag.
- SONNENMOSER, MARION (2007): Postpartale Depression. Vom Tief nach der Geburt. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 2. (2007) S. 82-83.
- STUTTGARTER ZEITUNG (2018): Tabuthema postnatale Depression. Prominente Frauen brechen das Schweigen. Online: <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.tabuthema-postnatale-depression-prominente-frauen-brechen-das-schweigen.86dc47a7-3aec-44f1-9ec9-5f7bfb9e470f.html>. [Zugriff am 25. Februar 2019].
- SURKAN, PAMELA J.; PATEL, SHIVANI A.; RAHMAN, ATIF (2016): Preventing infant and child morbidity and mortality due to maternal depression. In: Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 36 (2016) S. 156-168. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2016.05.007.
- WEISSMAN, MYRNA M.; ET AL. (2006): Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. In: Am J Psychiatry (2006) 163, S. 1001–1008.

## Anhang

- I. **EPDS (Deutsche Übersetzung) aus: COX, JOHN; HOLDEN, JENNI; HENSHAW, CAROL (2014): Perinatal Mental Health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2nd edition. London: RCPsych Publications. 2014.**

### APPENDIX 2

---

#### German

##### Wie fühlen Sie sich?

Da Sie kürzlich ein Baby bekommen haben, möchten wir gerne von Ihnen wissen, wie Sie sich jetzt fühlen. Bitte, unterstreichen Sie diejenige Antwort, die am besten beschreibt, wie Sie sich während der letzten sieben Tage, also nicht nur heute, gefühlt haben: Hier ist ein bereits ausgefülltes Beispiel:

Ich war glücklich:

Ja, meistens

Ja, manchmal

Nein, nicht sehr oft

Nein, gar nicht

Das würde bedeuten: ‚Während dieser Woche habe ich mich manchmal glücklich gefühlt.‘ Bitte beantworten Sie in gleicher Weise auch die übrigen Fragen.

##### Während der letzten 7 Tage

1. Ich konnte lachen und die komische Seite von Dingen sehen:  
So viel wie bisher  
Nicht ganz wie früher  
Bestimmt nicht so sehr wie bisher  
Überhaupt nicht
2. Ich habe mich auf Dinge im voraus gefreut:  
So viel wie bisher  
Wohl weniger als gewöhnlich  
Bestimmt weniger als gewöhnlich  
Fast nie
3. Ich habe mich schuldig gefühlt, wenn etwas schief ging:  
Ja, meistens  
Ja, manchmal  
Nicht sehr oft  
Nein, nie
4. Ich war ängstlich oder besorgt ohne einen guten Grund:  
Nein, gar nicht  
Kaum jemals  
Ja, manchmal  
Ja, sehr oft

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782–786.

5. Ich habe mich gefürchtet oder war von Panik ergriffen ohne einen guten Grund:
  - Ja, sehr häufig
  - Ja, manchmal
  - Nein, nicht besonders
  - Nein, gar nicht
6. Dinge wurden mir einfach zuviel:
  - Ja, meistens konnte ich die Situation gar nicht meistern
  - Ja, manchmal konnte ich die Situation nicht so gut wie sonst meistern
  - Nein, meistens konnte ich die Situation ganz gut meistern
  - Nein, ich bewältigte Dinge so gut wie immer
7. Ich war so unglücklich, daß ich nur schlecht schlafen konnte:
  - Ja, meistens
  - Ja, ziemlich häufig
  - Nicht sehr oft
  - Nein, nie
8. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt:
  - Ja, meistens
  - Ja, ziemlich häufig
  - Nein, nicht sehr häufig
  - Nein, gar nicht
9. Ich war so unglücklich, daß ich weinen musste:
  - Ja, meistens
  - Ja, ziemlich häufig
  - Nur gelegentlich
  - Nein, nie
10. Der Gedanke, mir etwas anzutun, ist mir eingefallen:
  - Ja, ziemlich häufig
  - Manchmal
  - Kaum jemals
  - Niemals

- II. **EPDS scoring sheet** **aus:** COX, JOHN; HOLDEN, JENNI; HENSHAW, CAROL (2014): Perinatal Mental Health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2nd edition. London: RCPsych Publications. 2014.

**Edinburgh Postnatal Depression Scale: scoring sheet**

1. I have been able to laugh and see the funny side of things:	
As much as I always could	0
Not quite so much now	1
Definitely not so much now	2
Not at all	3
2. I have looked forward with enjoyment to things:	
As much as I ever did	0
Rather less than I used to	1
Definitely less than I used to	2
Hardly at all	3
3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong:	
Yes, most of the time	3
Yes, some of the time	2
Not very often	1
No, never	0
4. I have been anxious or worried for no good reason:	
No, not at all	0
Hardly ever	1
Yes, sometimes	2
Yes, very often	3
5. I have felt scared or panicky for no very good reason:	
Yes, quite a lot	3
Yes, sometimes	2
No, not much	1
No, not at all	0
6. Things have been getting on top of me:	
Yes, most of the time I haven't been able to cope at all	3
Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual	2
No, most of the time I have coped quite well	1
No, I have been coping as well as ever	0
7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping:	
Yes, most of the time	3
Yes, sometimes	2
Not very often	1
No, not at all	0
8. I have felt sad or miserable:	
Yes, most of the time	3
Yes, quite often	2
Not very often	1
No, not at all	0

9. I have been so unhappy that I have been crying:	
Yes, most of the time	3
Yes, quite often	2
Only occasionally	1
No, never	0
10. The thought of harming myself has occurred to me:	
Yes, quite often	3
Sometimes	2
Hardly ever	1
Never	0

### III. Befragungsinstrument (Print-Version)



H A M B U R G



Hochschule für Angewandte  
Wissenschaften Hamburg  
Hamburg University of Applied Sciences

Sehr geehrte Hebammen und Entbindungspfleger,

die psychosoziale Situation von Schwangeren und Müttern sowie das immer mehr an Bedeutung gewinnende Krankheitsbild der Postpartalen Depression beschäftigen auch das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. In einer repräsentativen Befragung in Norddeutschland (Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Hamburg) wird ermittelt, wie Sie, die in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen und Entbindungspfleger, damit umgehen, wenn Sie bei den von Ihnen betreuten Frauen Postpartale Depression oder psychosoziale Probleme wahrnehmen.

Sie sind als Hebammen und Entbindungspfleger die primären Ansprechpartner für die Frauen, daher möchten wir Sie gerne fragen, ob Sie in Ihrem Berufsalltag mit Frauen mit Postpartaler Depression und/oder psychosozialen Problemen konfrontiert sind, wie Sie in solchen Fällen vorgehen und welche Schwierigkeiten oder auch Perspektiven Sie dabei sehen.

Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 15 Min. beanspruchen. Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich anonym und freiwillig und wir möchten sie freundlichst bitten, daran teilzunehmen. Ihnen entstehen natürlich in keiner Weise Nachteile, sollten Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden.

Bei Interesse an unseren Ergebnissen notieren Sie bitte Ihre (Email-)Adresse am Ende der Befragung.

Korrekte und bedeutsame Aussagen über die Situation der Versorgung psychosozial belasteter und/oder an Postpartaler Depression erkrankter Wöchnerinnen lassen sich nur treffen, wenn Sie alle sich an dieser Umfrage beteiligen. Bitte nehmen Sie sich daher die Zeit, den Fragebogen auszufüllen und abzusenden.

Bei Fragen melden Sie sich gerne bei uns unter den unten genannten Email-Adressen oder unter der Telefonnummer:

040 - 74105 - 3995.

Wir danken Ihnen schon im Voraus für Ihre Mitarbeit und freuen uns auf Ihre Antworten.

S. Pawils

Elske Baumeister

Dr. Silke Pawils

Elske Baumeister

© Pawils und Baumeister, 2018

---

Forschungsgruppe Prävention im Kindes-  
und Jugendalter  
Hamburg

Hebamme

Bachelor (cand.) HAW

Institut für Medizinische Psychologie

am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

s.pawils@uke.de  
hamburg.de

Elske.Baumeister@haw-  
hamburg.de

## 1. Fragen zum Umgang mit Frauen mit Postpartaler Depression

Eine Postpartale Depression tritt meist in einem Zeitraum von 4-6 Wochen nach der Geburt eines Kindes auf. Sie wird im ICD-D 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) und DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) nach ihren Schweregraden unterschieden und eingeteilt. Im Allgemeinen werden psychische Störungen im Wochenbett in drei Kategorien unterteilt und müssen differenzialdiagnostisch voneinander abgegrenzt werden: Postpartales Stimmungstief (auch: Babyblues), Postpartale Depression und postpartale Psychose (auch: Wochenbettpsychose).

Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Frauen mit Postpartaler Depression in Ihrer Betreuung?

%

Wie nehmen Sie die Postpartale Depression wahr?

(Mehrfachantwort möglich)

- im Gespräch, und zwar:
  - gezielt
  - zufällig, bzw. wenn es die Frau selbst anspricht
- mittels Fragebogen, und zwar:
  - routinemäßig
  - bei Bedarf
- durch Hinweise einer dritten Person (z.B. Angehörige)
- gar nicht
- sonstiges:

**Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wenn Sie die von Ihnen betreute Frau auf diese psychische Erkrankung ansprechen?**

- eher gute Erfahrungen
- eher schlechte Erfahrungen
- keine Erfahrungen

Begründung:

**Was unternehmen Sie, wenn Sie bei einer Frau eine Postpartale Depression wahrnehmen? (Mehrfachantwort möglich)**

- Vermittlung an: 
  - Ärzt\*innen, und zwar an:
  - Beratungsstellen, und zwar an:
  - Klinik/Ambulanz, und zwar an:
  - sonstiges:
- Beratung der Frau
- sonstiges:

**Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wenn Sie die Frau auf Wunsch in eines dieser Hilfeangebote vermitteln möchten:**

- Beratungsstelle:
- Therapeut\*in:
- Klinik/Ambulanz:
- Gynäkolog\*in:
- Hausarzt/Hausärztin:
- Sonstige (bitte erklären):

**Gehört es aus Ihrer Sicht zu Ihrem Zuständigkeits-/Aufgabenbereich, eine Postpartale Depression bei den von Ihnen betreuten Frauen zu erkennen?**

- ja, auf jeden Fall
- eher ja
-

eher nein

nein, auf keinen Fall

Begründung:

Seite 03

## 2. Fragen zum Umgang mit Frauen bei Verdacht auf psychosoziale Belastungen

Es gibt keine allgemeingültige Definition für den Begriff der psychosozialen Belastungen. Wadhwa et al. gehen jedoch übereinstimmend davon aus, dass diese Art der Belastungen aus einer Wechselbeziehung der Persönlichkeit und dem Umfeld der Persönlichkeit entsteht. Sie gehen davon aus, dass psychosoziale Belastungen dann entstehen, wenn die täglichen Anforderungen als nicht übereinstimmend zu den sozialen, psychologischen und biologischen Ressourcen empfunden werden (Wadhwa et al. 2001).

Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Schwangeren mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen in Ihrer Betreuung?

%

Wie erfahren Sie von der Belastungssituation?

(Mehrfachantworten möglich)

- im Gespräch, und zwar:  gezielt  zufällig, bzw. wenn es die Frau selbst anspricht
- mittels Fragebogen, und zwar:  routinemäßig  bei Bedarf
- durch Hinweise einer dritten Person (z.B. Angehörige)

Welche Themen außerhalb der medizinischen Betreuung sprechen Sie im Kontakt mit den von Ihnen betreuten Frauen an?

	oft	gelegentlich	seltener	nie
Einstellung zur Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Belastungen des Partners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Belastungen ergeben sich bei den von Ihnen betreuten Frauen?

(Mehrfachantwort möglich)

Belastungen...	nie/selten	manchmal	oft	sehr oft
durch eine ungewollte Schwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Konflikte in der Partnerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bei der Alltagsbewältigung (z.B. als Alleinerziehende)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund geringer sozialer Unterstützung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch Schwierigkeiten mit der Sprache	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund von Arbeitslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund von Schulden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund von schlechter Wohnsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund fehlender Krankenversicherung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund eigener psychischer Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund einer eigenen Suchterkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung des Partners	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufgrund des Geburtserlebnisses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch die neue Rolle als Mutter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
durch sonstige Belastungen, und zwar: <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Was unternehmen Sie, wenn Sie bei einer von Ihnen betreuten Frau Hilfebedarf aufgrund von psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen feststellen?**  
(Mehrfachantworten möglich)

- 
- Beratung der Frau
- Vermittlung an eine/n Arzt/Ärztin (Hausarzt/-ärztin, Gynäkolog\*in)
- Vermittlung an eine Familienhebamme
- Vermittlung an ein\*e Therapeut\*in oder Klinik
- Vermittlung an eine spezialisierte Beratungsstelle
- Vermittlung an ein Projekt der Frühen Hilfen
- Sonstiges:

**Gehört es aus Ihrer Sicht zu Ihrem Zuständigkeits-/Aufgabenbereich, psychosoziale Belastungen bei den von Ihnen betreuten Frauen zu erkennen?**



ja, auf jeden Fall



eher ja



eher nein



nein, auf keinen Fall

Begründung:

Seite 04

### 3. Fragen zur psychosozialen Versorgungssituation für (werdende) Mütter

Welche Aspekte erschweren aus Ihrer Sicht die Beratung bzw. Weitervermittlung der von Ihnen betreuten Frauen bei psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen?

(Mehrfachantwort möglich)

#### Systembezogene Umstände



die zur Verfügung stehende Beratungszeit



die geringe Vergütung der Beratung



die fehlende Erstattung durch die Krankenkasse



das Fehlen effektiver Behandlungs-/Betreuungsmöglichkeiten



die Qualität der Überweisungsmöglichkeiten und Kooperation (z.B. mit Beratungsstellen, Therapeut\*innen, Krankenkassen etc.)



Sonstige:

#### Personenbezogene Umstände



Ablehnen/Nichtinanspruchnahme der vermittelten Kontakte durch die Betreute



fehlende Akzeptanz der Diagnose durch Betreute oder ihren Partner



andere/(z.B. somatische) Probleme der Betreuten stehen im Vordergrund



eigenes Gefühl, für diese Themen nicht genügend Kompetenzen zu besitzen

Sonstige:

**Halten Sie es für notwendig, die Versorgungssituation für (werdende) Mütter mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen zu verbessern?**

Ja

Nein

Begründung:

**Wenn ja, was könnten Hebammen tun bzw. was wäre für Sie hilfreich, um die Versorgungssituation für Frauen mit psychosozialen Belastungen zu verbessern?**

(Mehrfachantworten möglich)

Teilnahme an spezifischen Fortbildungen

systematisches Nachfragen nach psychosozialen, finanziellen oder psychischen Problemen

enge Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen, Familienhebammen, Ärzt\*innen etc.

Erstattung der gezielten Beratung durch die Krankenkassen

Sonstiges:

Bemerkung:

Seite 05

#### **4. EPDS-Fragebogen**

In der aktuellen Diskussion um Frühe Hilfen und soziale Ungleichheit im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit wird auch über die frühzeitige und systematische Identifikation von psychischen Problemen der Eltern beraten.

Das Vorliegen einer Postpartalen Depression kann systematisch per Fragebogen - der EPDS (Edinburgh Postpartal Depression Scale) - erkannt werden. Dieses Instrument liegt in 120 Sprachen vor, ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen und umfasst 10 Fragen. Mit seiner

einfachen Auswertung wird der EPDS-Fragebogen bereits weltweit auch im Bereich der Gynäkologie eingesetzt.

**Können Sie sich vorstellen, den Kurzfragebogen EPDS bei allen von Ihnen betreuten Frauen routinemäßig einzusetzen?**

ja, auf jeden Fall

vielleicht

eher nicht

auf keinen Fall

das mache ich bereits

Seite 06

## 5. Fragen zu Ihrem Arbeitsfeld

### Praxisart

Hebammenpraxis/Geburtshaus

keine Praxisräume

### Tätigkeitsumfang (Mehrfachantworten möglich)

Schwangerenvorsorge

Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden

Geburtshilfe

Wochenbettbetreuung

Kurse

### Einzugsgebiet

eher städtisch

eher ländlich

beides

### Anzahl der betreuten Wöchnerinnen pro Jahr (geschätzt)

## 6. Fragen zu Ihrer Person

### Geschlecht

- weiblich  
 männlich

### Alter

### Dauer der Berufstätigkeit (in Jahren)

### Zusatzqualifikationen

- ja, und zwar:   
 nein

Seite 07

### Möchten Sie über die Ergebnisse dieser Umfrage informiert werden?

ja, bitte senden Sie mir den Ergebnisbericht der Befragung zu:

Letzte Seite

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Bei weiteren Fragen oder Anregungen, melden Sie sich gerne bei uns: Dr. Silke Pawils (s.pawils@uke.de) oder Elske Baumeister (Elske.Baumeister@haw-hamburg.de)

Ihre Antworten wurden gespeichert, Sie können das Browser-Fenster nun schließen.

---

Elske Baumeister, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg – 2018 Silke Pawils, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf – 2018

#### IV. Abbildungen und Tabellen

**Abb.A1:** Begründungen zur Erfahrungen Ansprache PPD

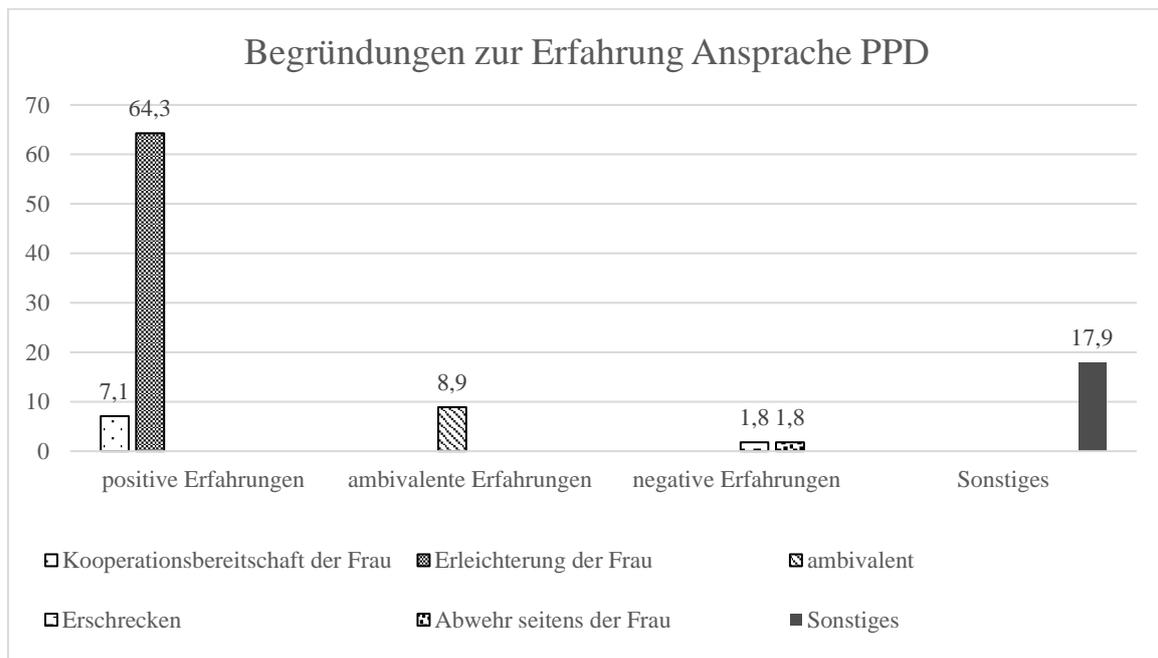


Abb.A1: Begründungen zur Erfahrung Ansprache PPD; n=65; Freitext; Angaben in %

**Abb.A2:** Sonstige nicht-medizinische Beratungsthemen in der Hebammenbetreuung

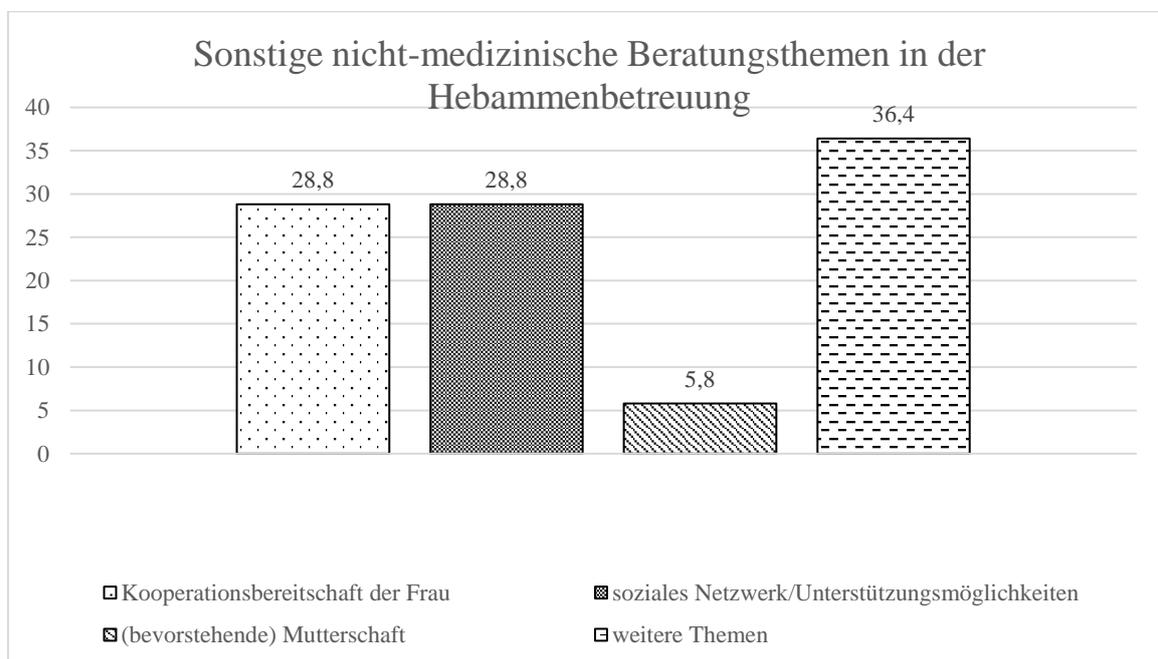


Abb.A2: Sonstige nicht-medizinische Beratungsthemen in der Hebammenbetreuung; n=52, Freitext; Angaben in %

**Abb.A3: Sonstige Belastungen der Frauen**

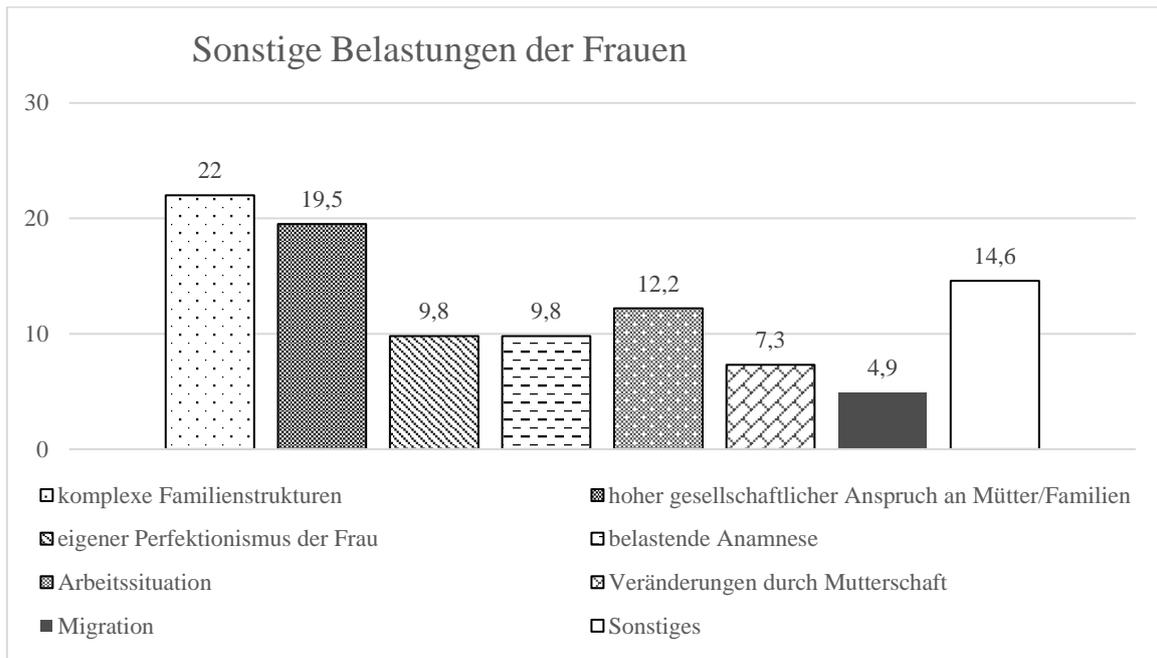


Abb.A3: Sonstige Belastungen der Frauen, n=41; Freitext; Angaben in %

**Abb.A4: Sonstige erschwerende systembezogene Aspekte bei der Weitervermittlung**

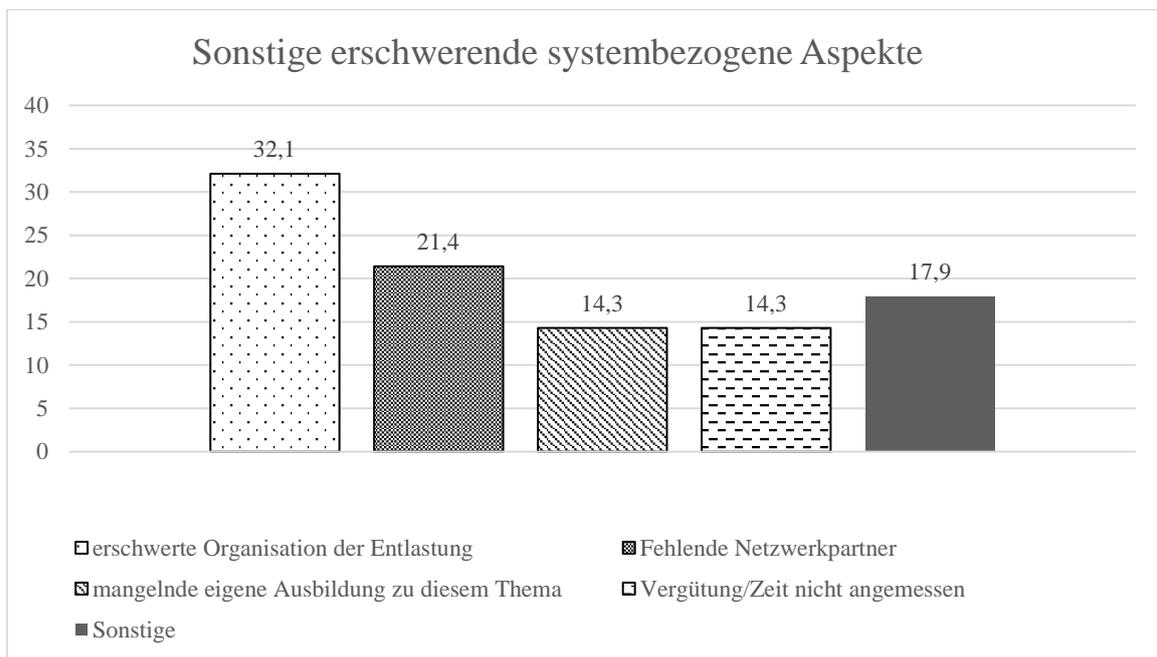


Abb.A4:sonstige systembezogene Aspekte, die Weitervermittlung/Beratung bei psychosozialen Belastungen erschweren; n=28; Freitext; Angaben in %

**Abb.A5:** Sonstige erschwerende personenbezogene Aspekte bei der Weitervermittlung

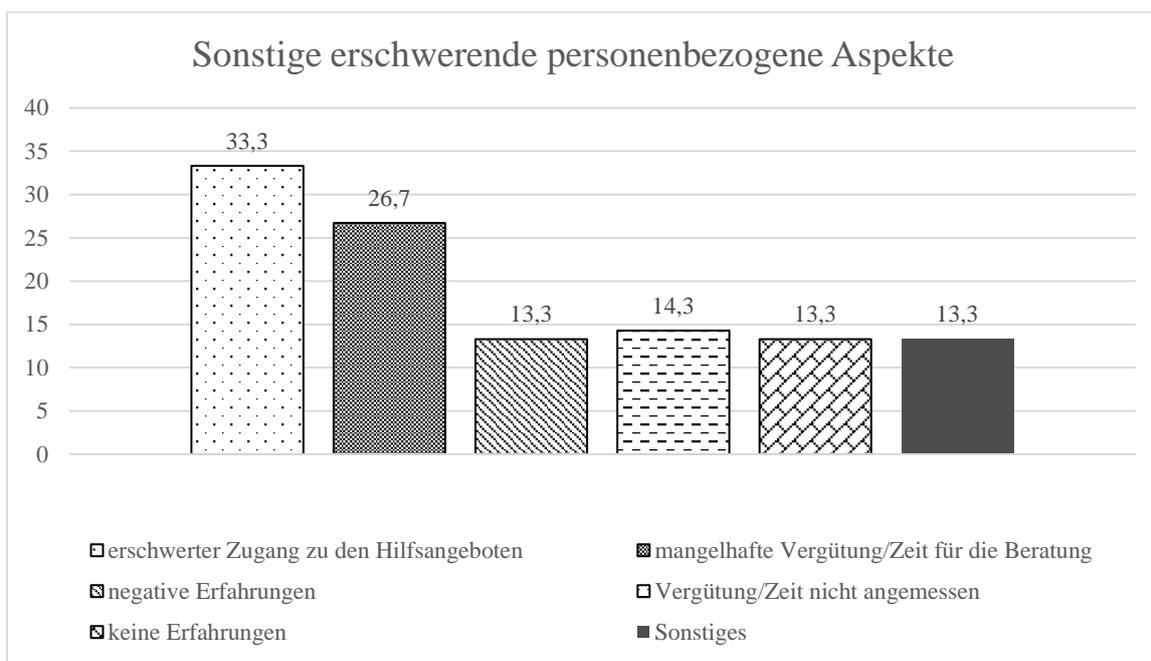


Abb.A5:sonstige personenbezogene Aspekte, die Weitervermittlung/Beratung bei psychosozialen Belastungen erschweren; n=15; Freitext; Angaben in %

**Tab.A1:** Unternehmung bei PPD, Vermittlung an Ärzte, Beratungsstellen, Kliniken/Ambulanzen und sonstige Akteure, Aufschlüsselung

Unternehmung bei PPD	n	%
<b>Vermittlung an Ärzte</b>	<b>62</b>	<b>-</b>
Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen	17	27,4%
div. Ärztekombinationen	16	25,8%
Gynäkolog*innen	16	25,8%
spezialisierte Ärztenetzwerke	3	4,8%
Neurolog*innen	2	3,2%
Klinik	2	3,2
Sonstiges	6	9,7%
<b>Vermittlung an Beratungsstellen</b>	<b>55</b>	<b>-</b>
Schatten und Licht e.V.	8	14,5%
Netzwerkpartner „Frühe Hilfen“	5	9,1%

Gesundheitsamt	4	7,3%
Kirchliche Beratungsstellen	4	7,3%
Spezialisierte Hebammen	3	5,5%
Klinik	3	5,5%
AWO	2	3,6%
psychosoziale Beratungsstellen	2	3,6%
Emotionelle Erste Hilfe	2	3,6%
Selbsthilfegruppen	2	3,6%
Sonstige	20	36,4%
<b>Vermittlung an Kliniken/Ambulanzen</b>	<b>59</b>	<b>-</b>
UKE	11	18,6%
Psychiatrie	7	11,9%
div. S.-H.	6	10,2%
UKSH	5	8,5%
div. Hamburg	4	6,8%
Karl-Jasper-Klinik	3	5,1%
Institutsambulanzen	3	5,1%
Sonstige (Kombinationen)	20	33,9%
<b>Vermittlung an sonstige Akteure</b>	<b>20</b>	<b>-</b>
Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen	11	55,0%
Schatten und Licht e.V.	3	15,0%
Sonstige	6	30,0%

Tab.A1: Unternehmung bei PPD, Vermittlung an Ärzte, Beratungsstellen, Kliniken/Ambulanzen und sonstige Akteure; Freitext

**Tab.A2:** Sonstige Erfahrungen in Bezug auf die Weitervermittlung an Hilfsangebote

<b>Erfahrungen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Keine Erfahrungen	5	21,7%
Kinderarzt	2	8,7%
Jugendamt, wenn KWG nicht ausgeschlossen/bei mangelndem Fachwissen	2	8,7%
Frühe Hilfen helfen	2	8,7%

gute Vermittlung an Familienhebammen	2	8,7%
mangelnde Diagnostik/Screening im Wochenbett	1	4,3%
keine Rückmeldungen, obwohl "Einweiserin", Unzufriedenheit mit Baby-/Stillfreundlichkeit	1	4,3%
EEH sehr gut	1	4,3%
zu lange Wartezeiten, Unzufriedenheit mit Baby-Stillfreundlichkeit	1	4,3%
schwierige Vermittlung an Angebote, lange Wartezeiten, nicht zuverlässig, nicht spontan	1	4,3%
Haushalthilfe rückwirkend erhalten	1	4,3%
immer schwierige Vermittlung	1	4,3%
mangelnde Unterstützung durch Krankenkassen (Haushaltshilfe)	1	4,3%
Sozialpsychiatrischer Dienst	1	4,3%
Traumatherapeutin	1	4,3%

Tab.A2: Sonstige Erfahrungen in Bezug auf die Weitervermittlung an Hilfsangebote; n=23; Freitext

**Tab.A3:** Sonstige Unternehmungen bei psychosozialen Belastungen

<b>Unternehmungen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Frühe Hilfen	4	21,1%
Familienhebammenkontakt	3	15,8%
soziale Netzwerke knüpfen	2	10,5%
individuell unterschiedlich	5	26,3%
Sonstige	5	26,3%

Tab.A3: Sonstige Unternehmungen bei psychosozialen Belastungen; n=19; Freitext

**Tab.A4:** Sonstige Bemerkungen zum Verbesserungspotential für und durch Hebammen

<b>Bemerkungen</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Schlechte Bezahlung	2	28,6%
Bin bereits gut vernetzt.	1	14,3%
Es fehlt an Empathie.	1	14,3%
Familienhebammenzentrale zum kollegialen Austausch wird nicht genutzt.	1	14,3%
Kollegiale Beratung hilft.	1	14,3%
HL hat gutes Netzwerk	1	14,3%

Tab.A 4: Sonstige Bemerkungen zum Verbesserungspotential der Versorgungssituation für und durch Hebammen; n=7; Freitext

## Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelor-Thesis mit dem Titel:

Postpartale Depression – Ein Aufgabenbereich der Hebammenbegleitung im Wochenbett?  
Ergebnisse einer Umfrage in Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen.

selbständig und nur mit den angegebenen Hilfsmitteln verfasst habe. Alle Passagen, die ich wörtlich oder dem Sinn nach aus der Literatur oder aus anderen Quellen wie z. B. Internetseiten übernommen habe, habe ich deutlich als Zitat mit Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, ..... 21. März 2019 .....

..  .....

(Unterschrift des/der Studierenden)

---

Ich erkläre mich damit

einverstanden,

nicht einverstanden,

dass ein Exemplar meiner Bachelor- Thesis in die Bibliothek des Fachbereichs aufgenommen wird; Rechte Dritter werden dadurch nicht verletzt.

Hamburg, ..... 21. März 2019 .....

 .....

(Unterschrift der/des Studierenden)