

In: Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe

Beiträge der Jahrestagung 2005
der DGPF

Herausgegeben von
Yve Stöbel-Richter, Arndt Ludwig, Paul Franke,
Mechthild Neises und Antje Lehmann

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Originalausgabe
© 2006 Psychosozial-Verlag
Goethestr. 29, D-35390 Gießen.
Tel.: 0641/77819; Fax: 0641/77742
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Ge-
nehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer
Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung nach Entwürfen des Ateliers Warminski, Büdingen.
Gesamtherstellung: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
www.digitalakrobaten.de
Printed in Germany
ISBN 3-89806-443-3

Erfahrungen von Hebammen mit Frauen mit perinatalen psychischen Störungen¹

*Almut Nagel-Brotzler, Cornelia Albani, Carl-Ludwig von Ballestrem, Pascale
Brütsch, Johanna Brönnner, Eva-Maria Chrzonsz, Claudia Klier, Elvira Rave,
Brigitte Scheid, Simone Schenk, Luc Turmes, Christiane Hornstein*

Einführung

Psychische Störungen während der Schwangerschaft und nach der Entbin-
dung sind nach wie vor ein vernachlässigtes und tabuisiertes Thema. Trotz
der hohen Prävalenz psychischer Störungen in der frühen Mutterschaft
(depressive Symptome während der Schwangerschaft bei 25 % der Frauen
(Da Costa et al. 2000), 13 % postpartale Depressionen (O'Hara et al. 1996)),
werden diese sowohl von den betroffenen Frauen als auch von ihren ÄrztIn-
nen und Hebammen häufig nicht (als Erkrankung) wahrgenommen (Kemp
et al. 2003) und bleiben bis zu 50 % der Fälle unerkannt (Ramsay 1993). Die
Gründe sind vielfältig: z.B. unzureichendes Wissen, unzureichende Dia-
gnostik oder Furcht vor Stigmatisierung. Viele Patientinnen fühlen sich
schuldig, weil sie nicht dem gesellschaftlich erwarteten Bild einer glück-
lichen Mutter entsprechen und fürchten als »schlechte Mutter« zu gelten,
wenn sie gerade nicht glücklich sind. Viele erkrankte Frauen leiden über
viele Wochen – teilweise auch Monate und Jahre – unter depressiven Symptomen,
was auch schwerwiegende Folgen für die Entwicklung ihrer Kinder
haben kann. Zahlreiche Befunde zeigen, dass psychische Erkrankungen der
Mütter in der frühen Mutterschaft zu Entwicklungsstörungen ihrer Kinder
führen (Beck 1998). In Längsschnittuntersuchungen zeigten sich bei Kin-
dern depressiver Mütter z.B. ein geringeres Gewicht und Gesundheits-
probleme innerhalb des ersten Lebensjahres (Rahman et al. 2004), verminderte
kognitive Leistungen (Murray et al. 1996, 1997), eine verzögerte sprach-
liche Entwicklung (Cox 1987) und eine verringerte Anpassung an schulische
Anforderungen (Sinclair & Murray 1998). Angesichts der erheblichen Chro-
nifizierungsgefahr v.a. depressiver Störungen sind sowohl eine früh-
zeitige Diagnostik wie auch spezifische, individuelle Behandlungsangebote
dringend notwendig.

¹ Das Projekt »Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von
Frauen mit perinatalen psychischen Störungen« der deutschsprachigen Sektion der
»International Marcé Society for Psychiatric Disorders of Childbearing« wird durch die
Dürr-Stiftung (Hamburg) und die Günter Reimann-Dubbers-Stiftung (Heidelberg)
gefördert. Wir möchten uns bei allen Hebammen, die an unserer Untersuchung teilge-
nommen haben, recht herzlich bedanken.

Bisher gibt es nur unzureichende Behandlungsangebote und diese werden von Frauen nur in geringem Umfang wahrgenommen. Ballestrem et al. (2004) ermittelten bei ihrer Untersuchung im Stuttgarter Raum, dass nur 18% der Betroffenen Therapieangebote wahrnehmen.

Hebammen kommt sowohl bei der Früherkennung psychischer Beschwerden in der frühen Mutterschaft, als auch bei der Vermittlung betroffener Frauen zur weiteren Abklärung sowie bei der Motivation zu einer weiteren, spezifischen Behandlung eine wichtige Rolle zu: Während der Schwangerschaft und den ersten Wochen nach der Geburt besteht meist ein enger Kontakt zwischen den Frauen und ihren Hebammen, und oft gelingt es den Hebammen, einen emotionalen Zugang zu den von ihnen betreuten Frauen zu erreichen. Bei den postpartal stattfindenden Hausbesuchen haben Hebammen die Möglichkeit, Frauen in ihrer eigenen Umgebung und ihrem sozialen Umfeld und im Umgang mit ihren Säuglingen zu erleben.

Die Marcé Gesellschaft initiierte unter Leitung von Frau Dr. Hornstein das Projekt »Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von Frauen mit perinatalen psychischen Störungen«. Das Projekt hat das Ziel, durch Aufklärung und Entstigmatisierung postpartaler psychischer Erkrankungen deren Früherkennung zu verbessern und die therapeutische Erreichbarkeit von betroffenen Frauen zu erhöhen.

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse einer Voruntersuchung vorgestellt, in der Hebammen bezüglich ihrer persönlichen Erfahrungen und ihres Wissens zur Thematik »psychische Beschwerden in der frühen Mutterschaft« befragt wurden.

Material und Methodik

Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum vom 08.03.04–11.04.04 in 12 verschiedenen Zentren in Deutschland (Berlin, Fulda, Halle, Heidelberg, Herten, Leipzig, Pforzheim, Stuttgart), der Schweiz (Basel, St. Gallen) und Österreich (Innsbruck, Klosterneuburg). Die Hebammen wurden von den Mitgliedern der Projektgruppe über das Projekt informiert und um Mitarbeit gebeten.

Ein von unserer Arbeitsgruppe entwickelter Fragebogen diente als Grundlage der Erhebung. Neben soziodemografischen Angaben wurden die Qualifikation, Berufserfahrung und Angaben zur beruflichen Tätigkeit der Hebammen erfasst. Es wurde das Wissen über psychische Beschwerden während der Schwangerschaft und nach der Geburt, persönliche Erfahrungen bei der Betreuung betroffener Frauen und in der Kooperation mit anderen Berufsgruppen, die Motivation zur Informationsvermittlung an Schwangere sowie Fortbildungswünsche bezüglich dieser Thematik erfragt. Teilweise wurde die Zustimmung zu vorgegeben Items erfragt, teilweise konnten die Hebammen in Freitextfeldern persönliche Kommentare ergänzen. Den Mitgliedern der Projektgruppe war

es freigestellt, den Fragebogen als Grundlage für ein persönliches Gespräch oder ein Telefonat mit den Hebammen zu nutzen oder die Hebammen zu bitten, den Fragebogen selbstständig auszufüllen.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 122 Hebammen befragt. Aufgrund fehlender Zustimmung zur Datenauswertung konnten in die endgültige Auswertung nur 111 Fragebogen einbezogen werden. Das mittlere Alter der befragten Hebammen betrug 41,1 Jahre (S 9,2, Range 25–65). Die Berufserfahrung seit Abschluss der Ausbildung betrug im Mittel 17,1 Jahre (S 10,3, Range 0–43 Jahre). 70% der Befragten arbeiteten in Deutschland, 18% in der Schweiz, 12% in Österreich.

96% der Befragten gaben an, selbst schon einmal eine Schwangere oder Wöchnerin mit psychischen Problemen betreut zu haben. Die Hebammen meinten im Mittel, dass 39% der Schwangeren psychisch besonders belastet seien (Range 2–95%). In 43% der Fälle, in denen körperliche Beschwerden bei Schwangeren auftreten, vermuteten Hebammen eher psychische Hintergründe (1–90%). Die Abbildungen 1 und 2 geben einen Überblick über die Verteilung der Prozentangaben der Hebammen. Auffällig ist die große Spannweite der Häufigkeitsangaben.

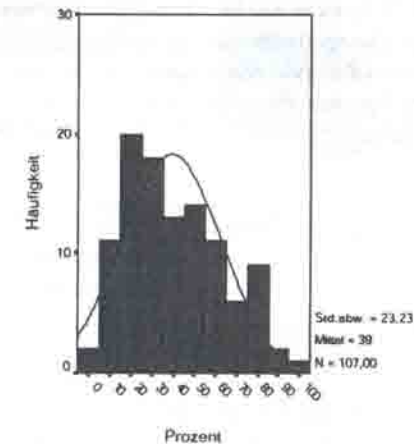


Abb. 1: Häufigkeitsverteilung der Prozentangaben auf die Frage: »Wie viel Prozent der Schwangeren sind Ihrer Meinung nach psychisch belastet (besonders ängstlich, reizbar, niedergeschlagen, übergenau, pedantisch...)?«

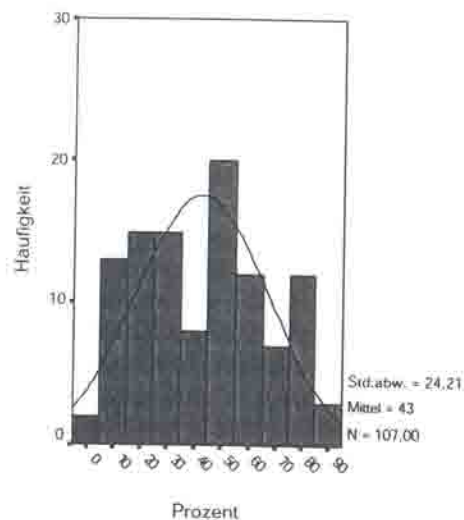


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung der Prozentangaben auf die Frage: »Wie oft haben Sie den Eindruck, dass die körperlichen Beschwerden der Patientinnen eher psychische Hintergründe haben könnten?«

Für die von ihnen selbst betreuten Frauen nahmen die Hebammen im Mittel einen Anteil von 33% Frauen an, bei denen sie eine besondere psychische Belastung vermuteten (Range 1–95%).

Die Hebammen wurden gebeten einzuschätzen, welche der angegebenen Symptome und Auffälligkeiten ihnen bei Frauen mit psychischen Beschwerden aufgefallen seien (s. Tabelle 1).

Tabelle 1 Psychische Symptome, Beschwerden und Auffälligkeiten (Mittelwert, Standardabweichung, Range und Verteilung der Zustimmung zu den Antwortkategorien, absolute und relative Häufigkeiten in %)

	N	M	S	Range	1 nie	2 kaum	3 häufig	4 immer
Welche Symptome haben Sie bei Frauen mit psychischen Beschwerden festgestellt?								
Traurige Stimmung	111	2,9	0,6	1-4	2 (2%)	16 (14%)	81 (73%)	12 (11%)
Müdigkeit	111	3,1	0,5	2-4	0	10 (9%)	80 (72%)	21 (18%)
Interessenverlust	111	2,5	0,6	1-4	23 (3%)	49 (44%)	55 (49%)	4 (4%)
Schlafprobleme	111	3,0	0,6	2-4	0	16 (14%)	77 (70%)	18 (16%)
starke Ängstlichkeit	110	3,1	0,5	2-4	0	10 (9%)	80 (73%)	20 (18%)
Gereiztheit	111	2,7	0,6	1-4	4 (3,6%)	32 (29%)	68 (61%)	7 (6%)
Vernachlässigung des Haushaltes	107	2,5	0,7	1-4	8 (7,5%)	49 (46%)	42 (39%)	8 (7,5%)
Haben Sie von den betroffenen Frauen mit psychischen Beschwerden ungewöhnliche Äußerungen gehört wie:								
„Ich kann mit meinem Kind nichts anfangen“	111	2,2	0,6	1-4	13 (12%)	65 (59%)	30 (27%)	3 (3%)
„Mein Kind liebt mich nicht“	110	1,8	0,8	1-4	48 (44%)	42 (38%)	19 (17%)	1 (1%)
Fanden Sie die Mutter-Kind-Beziehung bei betroffenen Frauen auffällig?	108	2,9	0,6	1-4	2 (2%)	17 (16%)	77 (71%)	12 (11%)
Kein Interesse am Kind	106	2,2	0,7	1-3	17 (16%)	54 (51%)	35 (33%)	0
überbesorgter / ängstlicher Umgang mit dem Kind	104	3,0	0,5	1-4	1 (1%)	10 (9%)	84 (76%)	13 (12%)
stark wechselnde Gefühle dem Kind gegenüber	105	2,7	0,6	1-4	3 (3%)	31 (28%)	67 (60%)	8 (7%)
Stillprobleme	106	3,1	0,6	1-4	1 (1%)	13 (12%)	74 (67%)	22 (20%)
Fanden Sie die Vater-Kind-Beziehung bei betroffenen Frauen auffällig?	107	2,3	0,7	1-4	11 (10%)	61 (57%)	31 (29%)	4 (4%)
besonders engagierter Vater	93	2,5	0,6	1-4	4 (4%)	36 (37%)	52 (54%)	1 (1%)
auffallend zurückgezogener, am Kind desinteressierter Vater	93	2,2	0,7	1-4	11 (11%)	49 (51%)	32 (33%)	1 (1%)
Gab es ungewöhnliche Äußerungen seitens des Partners oder anderer Familienmitglieder über die betroffenen Frauen?	108	2,3	0,8	1-4	17 (15%)	47 (42%)	38 (34%)	6 (5%)
„Sie ist nicht mehr wie früher“	89	2,5	0,8	1-4	11 (12%)	30 (33%)	39 (43%)	9 (10%)

Während Müdigkeit, starke Ängstlichkeit, Schlafprobleme und traurige Stimmung von den Hebammen im Mittel bei Frauen mit psychischen Beschwerden am häufigsten angegeben wurden, wurden Gereiztheit, Interessenverlust und Vernachlässigung des Haushaltes seltener beobachtet. Äußerungen wie »Ich kann mit meinem Kind nichts anfangen.« oder »Mein Kind liebt mich nicht.« fielen der Mehrzahl der Hebammen insgesamt eher selten auf.

Interessante Ergebnisse lieferten die Fragen nach Auffälligkeiten in den unmittelbaren Beziehungen betroffener Frauen: ca. 90% der Hebammen gaben an, dass die Mutter-Kind-Beziehung »häufig« bzw. »immer« auffällig ist, wobei ein überbesorgter / ängstlicher Umgang mit dem Kind und Stillprobleme im Vordergrund standen, mangelndes Interesse am Kind und stark wechselnde Gefühle dem Kind gegenüber hingegen seltener beobachtet wurden. Ca. ein Drittel der befragten Hebammen gaben an, dass die Vater-Kind-Beziehung bei Frauen mit psychischen Beschwerden »häufig« (28%) oder »immer« (4%) auffällig sei. Dabei meinten 54% der Hebammen, dass der Vater »häufig« überengagiert sei; 34% erlebten den Vater »häufig« als auffallend desinteressiert.

58% der Hebammen meinten, dass ihnen »Ungewöhnliche Äußerungen des Partners oder anderer Familienmitglieder« über die betroffenen Frauen »nie« (16%) bzw. »kaum« (42%) auffielen. Auf die konkretere Frage, wie häufig sie die Äußerung »Sie ist nicht mehr wie früher« über die betroffene Frau hörten, antworteten 53% der Hebammen mit »häufig« (43%) bzw. »immer« (10%).

Anhand der Mittelwerte der Einschätzungen der Hebammen über die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Symptome und Auffälligkeiten lässt sich folgende Rangreihe bilden:

1. Müdigkeit (3,10),
2. Starke Ängstlichkeit (3,09),
3. Stillprobleme (3,08)
4. überbesorgter/ängstlicher Umgang mit dem Kind (3,03)
5. Schlafprobleme (3,02),
6. Probleme in der Mutter-Kind-Beziehung (2,95),
7. traurige Stimmung (2,93),
8. stark wechselnde Gefühle dem Kind gegenüber (2,73)
9. Gereiztheit (2,70),
10. Interessenverlust (2,54).

Auf die Frage, was den Hebammen außerdem bei Frauen mit psychischen Beschwerden aufgefallen sei, nannten 37 Hebammen insgesamt weitere 70 klinische Symptome, und 53 Hebammen gaben weitere »auffällige Äußerungen« der betroffenen Frauen und Auffälligkeiten in der Mutter- und Vater-Kind-Beziehung an. Auffallend war dabei, dass die Hebammen aus ihren praktischen Erfahrungen neben psychischen Symptomen (z.B. Schuldgefühle, Selbstfürsorge mangelhaft, Selbstwertgefühl verringert) v. a. auch Beziehungsstörungen zwischen der Mutter und dem Kind oder innerhalb der Familie beschrieben. Beispielsweise wurden Unsicherheiten in der Mutterrolle, Berührungsgänge mit dem Kind, eine besonders enge Bindung zu dem Kind, ein reduzierter Kontakt zum Kind, mangelndes Verantwortungsgefühl für das Kind sowie negative Gefühle und Schwierigkeiten im Verhalten zum Kind genannt.

Tabelle 2 Zustimmung zur Frage nach der Behandlung von Frauen mit psychischen Beschwerden (absolute und relative Häufigkeiten in %)

	N	Anzahl	%
Wie haben Sie die betroffenen Frauen behandelt?			
persönliche Beratung / Gespräch	111	106	95
persönliche Behandlung (z.B. Homöopathie, Akupunktur)	109	57	51
Sonstiges	100	47	42
Haben Sie andere Berufsgruppen zur weiteren Abklärung zugezogen bzw. die Frauen weiter vermittelt?			
Falls ja, an wen:			
Hausarzt	96	29	30
Kinderarzt	95	25	26
Gynäkologe	100	68	68
Psychiater	97	50	51
Psychologe / Psychotherapeut	99	74	75
Heilpraktiker	95	23	24
Beratungsstelle	98	60	61
Mutter-Kind-Behandlungseinrichtung	99	45	46

Auf die Frage, wie sie betroffene Frauen behandelten (s. Tabelle 2), gaben 95% der Hebammen an, dass sie selbst Gespräche mit den Frauen führten und 51%, dass sie die Frauen selbst in weiterer Form behandelten. Die Hebammen schilderten, dass sie z. T. konkrete Anweisungen (z.B. zu essen und schlafen zu gehen), sowie praktische Hilfen zur Entlastung (z.B. durch Einbeziehung der Familie), in der Vermittlung von Informationen oder Kontakten gäben und selbst Partnergespräche und psychotherapeutische Beratungen durchführten. An weiteren Behandlungsmaßnahmen wurden Massagen, Bachblüten, Aromaöle und Teemischungen genannt.

93% der Hebammen gaben an, zur weiteren Abklärung andere Berufsgruppen zugezogen zu haben, wobei 75% der Hebammen mit Psychologen/ Psychotherapeuten, 68% mit Gynäkologen, 61% mit Beratungsstellen, 51% mit Psychiatern, 45% mit Mutter-Kind-Behandlungseinrichtungen, 30% mit einem Hausarzt, 26% mit einem Kinderarzt und 24% mit einem Heilpraktiker kooperierten. 26 Hebammen nannten noch weitere Berufsgruppen (z.B. Seelsorger, Sozialarbeiter, Jugendamt, Psychiatrische bzw. Psychosomatische Klinik).

Die Hebammen sollten auf einer 10-stufigen Skala (nur die Endpunkte waren benannt: 1=>Sehr zufrieden« bis 10=>überhaupt nicht zufrieden«) ihre Zufriedenheit bezüglich der Kooperation mit anderen Berufsgruppen angeben. Für die gesamte Gruppe ergab sich ein Mittelwert von 4,1 (S 2,2), d.h. im Mittel sind die befragten Hebammen eher zufrieden mit der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

Dennoch bejahten 58% der Hebammen die Frage nach Problemen bei der

erfolgreichen Vermittlung von Frauen mit psychischen Beschwerden. Von diesen Hebammen sahen 82 % das Problem in der fehlenden Behandlungsmotivation der Patientin, 53 % gaben fehlende Behandlungsangebote in ihrer Region an. An weiteren Problemen beschrieben die Hebammen Schwierigkeiten in der Kooperation und Kommunikation mit ÄrztInnen, unzureichende zeitnahe Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten, sowie Informationsdefizite.

Diskussion und Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Untersuchung konnte die Befragung von 111 Hebammen aus 12 Zentren bezüglich ihrer Erfahrungen mit psychischen Störungen bei Schwangeren und Wöchnerinnen ausgewertet werden.

Die große Anzahl der teilnehmenden Hebammen und die gute Kooperation bei der Befragung weist auf ein großes Interesse der befragten Hebammen an dieser Thematik hin. Auch wenn es sich nicht um eine repräsentative Erhebung handelt, zeigen die Ergebnisse, dass die befragten Hebammen psychischen Beschwerden in der frühen Mutterschaft eine wichtige Bedeutung beimessen und diese für praxisrelevant halten.

Die Hebammen schätzen im Mittel 39 % der Schwangeren als psychisch belastet ein und vermuten bei 43 % der Fälle, in denen körperliche Beschwerden auftreten, psychische Hintergründe. Diese Einschätzung der Hebammen übersteigt die Angaben aus epidemiologischen Untersuchungen und die Ergebnisse aus der Perinatalstatistik, in der allerdings nicht psychische Belastung allgemein, sondern »besondere« psychische Belastung erfasst werden soll.

Die Bundesauswertung der Perinatal-Erhebung erfasste im Jahre 2002 610.070 Teildatensätze von stationär geborenen Kindern, was bei einer Gesamtzahl von 712.133 in Krankenhäusern geborener Kinder einem Anteil von 85,7 % erfasster Schwangerschaften und Geburten entspricht (Peinemann 2003). Entsprechend der Dokumentation in der Perinatalstatistik wurde das Risiko für besondere psychische Belastung aus anamnestischen Schwangerschaftsrisiken (Risiko 6) in den Jahren 1998 bis 2002 in der Hessischen Perinatalstatistik (Geschäftsstelle-Qualitätssicherung-Hessen 1998–2002) eine Häufigkeit von mindestens 1,7 % (1998) und maximal 2,1 % (2000) ermittelt. Ähnliche Verhältnisse finden sich im gleichen Zeitraum (1998–2002) auch in Baden-Württemberg (Simones et al. 2004): hier schwankt die Häufigkeit zwischen 1,78 % (2002) und 2,37 % (1999). Bezüglich der befundeten Schwangerschaftsrisiken (Risiko 30) liegen die Angaben bei durchschnittlich 0,3 % (Geschäftsstelle-Qualitätssicherung-Hessen 1998–2002).

Die Häufigkeit von postpartalen Depressionen wird in Untersuchungen aus anglo-amerikanischen Ländern mit etwa 10–15 % angegeben (O'Hara et al. 1996, Kumar & Robson 1984). Bei den wenigen Untersuchungen in Deutschland wurden bisher niedrigere Häufigkeiten beobachtet (v. Ballestrem

et al. 2004; Kurstjens & Wolke 2001). Bei der retrospektiven Untersuchung von Kurstjens & Wolke (2001) wurde eine Prävalenz von 3,3 % betroffener Mütter im gesamten ersten Jahr nach der Geburt ermittelt, wobei als diagnostisches Kriterium »Minor Depression« oder »Major Depression« des DSM-IV verwendet wurde. Auch in der Erhebung der Stuttgarter Arbeitsgruppe (v. Ballestrem et al. 2004) ergab sich nur eine Prävalenz von 3,6 % an einer – anhand der DSM-IV-Kriterien diagnostizierten – postpartalen Depression erkrankter Mütter in den ersten drei Monaten nach der Geburt. Bei 17 % der Befragten zeigte sich in dem zum Depressions-Screening eingesetzten Fragebogen »Edinburgh Postnatal Depression Scale« (EPDS) ein Wert von >10, der als »auffällig« gilt. Herz et al. (1997) berichten über eine Prävalenz von 15,7 % betroffener Mütter in Österreich (als Kriterium wurde ein EPDS >10 im dritten Monat postpartum verwendet). Allerdings handelt es sich auch bei einem »auffälligen« EPDS nicht um eine Diagnose, sondern um einen auffälligen Screeningparameter, der Anlass zu weiterer klinischer Diagnostik sein sollte.

Möglicherweise ist der hohe Prozentsatz psychisch belasteter Frauen, den die Hebammen angeben, und auch der erhebliche Range bei der Beantwortung dieser Fragen (1–95 %) darauf zurückzuführen, dass der Kenntnisstand bezüglich dieser Thematik sehr unterschiedlich ist und keine eindeutige Definition »psychischer Beschwerden« vorgegeben wurde.

Darüber hinaus ist zu vermuten, dass Hebammen, die in (engem) Kontakt mit den Projektzentren stehen, bereits über eine überdurchschnittliche Sensibilität und ein besonderes Interesse für diese Thematik verfügen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung sollte und konnte aber keine Erhebung zu abgrenzbaren klinischen Störungsbildern erfolgen, sondern sollten persönliche Erfahrungen, Belastungen und Bedürfnisse von Hebammen in ihrer Arbeit mit psychisch belasteten Frauen erfasst werden.

Allerdings zielt auch die Perinatalstatistik auf die subjektive Einschätzung der FrauenärztInnen. Der Begriff »besondere psychische Belastung«, der unter Risiko 6 im Risikokatalog A (Anamnese und allgemeine Befunde) bzw. unter Risiko 30 im Risikokatalog B (besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf) im Mutterpass dokumentiert wird und entsprechend dieser Dokumentation Eingang in die Perinatalstudie findet, weist eine ähnliche diagnostische Unschärfe auf.

Möglicherweise unterscheiden sich die Einschätzungen der Hebammen auch deshalb von denen der ÄrztInnen, weil Hebammen psychische Störungen aufmerksamer und frühzeitiger wahrnehmen können als ÄrztInnen im Rahmen der Routineuntersuchungen, z.B. auch durch den intensiveren Kontakt zu den Frauen im Rahmen der Geburtsvorbereitungskurse oder während der häuslichen Besuche in der Wochenbettbetreuung.

Bezüglich der Symptome bei Frauen mit psychischen Beschwerden beobachteten die von uns befragten Hebammen am häufigsten bei den von ihnen als Frauen mit psychischen Beschwerden eingeschätzten Müttern Müdigkeit,

starke Ängstlichkeit und Schlafprobleme, aber mit fast der gleichen Häufigkeit Stillprobleme, ein überbesorgter Umgang mit dem Kind und eine auffällige Mutter-Kind-Beziehung. Das heißt, dass Hebammen neben den »klassischen« psychischen Symptomen der Mutter, die üblicherweise beschrieben werden (z. B. Kemp et al. 2003), v. a. Beziehungsstörungen zwischen der Mutter und dem Kind oder innerhalb der Familie als wesentliche Merkmale psychischer Störungen angaben. Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit der Untersuchung von Weissman et al. (2004), die ein 10-fach erhöhtes Risiko für eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung bei depressiven Müttern ermittelten.

Angesichts der eindrucksvollen Datenlage bezüglich der negativen Folgen von psychischen Erkrankungen der Mutter für das Kind ist eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Interaktionsstörungen besonders wichtig.

Hebammen erkennen neben den mütterlichen Symptomen sowohl Störungen beim Kind wie auch die Beziehungsstörungen und sehen sie im Kontext psychischer Beschwerden in der frühen Mutterschaft. In zunehmendem Maß wird auch die frühe Interaktionsstörung zwischen Mutter und Kind in die Behandlung einbezogen (z. B. Barth & Warren 1993, Hartmann 1997, Hofecker-Fallahpour et al. 2003). Hierbei kommt es durch eine gezielte Verbesserung der Mutter-Kind-Interaktion neben der Prävention kindlicher Entwicklungsstörungen auch zu einer günstigen Beeinflussung des Verlaufs der postpartalen Depression (Onozawa et al. 2001). Die klinische Diagnostik sollte neben den psychischen Symptomen der Mutter auch Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind, zwischen Vater und Kind, sowie zwischen der Mutter und ihrem Partner bzw. ihrer Familie mit einbeziehen.

Während im angloamerikanischen Raum auf die besondere Rolle von Hebammen, Gemeindeschwestern und Sozialarbeitern bei der Erkennung peripartaler psychischer Störungen hingewiesen wird (Church & Scanlan 2002, Clarke & Paine 1997), dreht sich in Deutschland die aktuelle Diskussion eher um mögliche Kompetenzüberschreitungen der Hebammen (Sachers et al. 1999) oder Abrechnungsbetrug (Frauenarzt 2004).

95 % der von uns befragten Hebammen gaben an, betroffene Frauen zu beraten, 51 % der Hebammen behandeln betroffene Frauen bzw. ziehen weitere Berufsgruppen in 93 % der Fälle hinzu. Allerdings beruhen diese Angaben lediglich auf Frage, ob prinzipiell (ja/nein) eine Beratung oder Behandlung betroffener Frauen durch die Hebamme oder eine Weitervermittlung an andere Berufsgruppen stattfindet. Wie häufig, bei welchen Symptomen die jeweiligen Strategien verfolgt werden, lässt sich anhand unserer Befragung nicht beantworten.

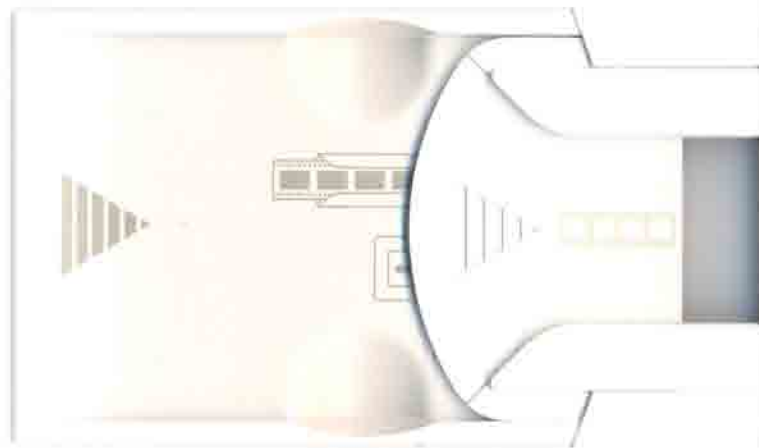
Obwohl die befragten Hebammen insgesamt eher zufrieden bezüglich ihrer Kooperation mit anderen Berufsgruppen sind, beklagten sie Probleme bei der Vermittlung betroffener Frauen. Neben strukturellen Problemen durch die ungenügende ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Ver-

sorgungslage und die unzureichende Anzahl von Mutter-Kind-Behandlungseinrichtungen in vielen Regionen stellten aus Sicht der Hebammen die mangelhafte Behandlungsmotivation betroffener Frauen bzw. ihrer Partner oder Familienmitglieder aber auch Kommunikationsprobleme v. a. mit ÄrztInnen Schwierigkeiten dar.

Unsere Erfahrungen zeigen, dass es sich lohnt Kontakte zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aufzubauen. Mit dem Wissen um Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Profession können betroffene Frauen gezielter zu Diagnostik und Therapie motiviert werden. Informationen über regionale Angebote, persönliche Kontakte und Absprachen z. B. bezüglich Zuständigkeiten, Anmeldemodus und Behandlungsangebote tragen dazu bei, bei allen Beteiligten das Gefühl abzubauen, sich allein um die Patientin kümmern zu müssen und schaffen mehr Klarheit im Ärzte-, Therapeuten- und Beratungsstellen-»Dschungel«. Dies verbessert einerseits die Kommunikationskultur zwischen verschiedenen Helfersystemen, andererseits können die regional vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden, so dass alle Beteiligten – betroffene Frauen, deren Familien und aber auch die verschiedenen BehandlerInnen – von einer intensiveren Kooperation profitieren können.

Literatur

- Ballestrem, C.-L.v., Strauß, M., Häfner, S. & Kächele, H. (2004): Screening und Versorgungsmodalitäten von Müttern mit postpartalen Depressionen. In: Wollmann-Wohlleben, V., Knieling, J., Nagel-Brotzler, A. & Neises, M. (Hg.) (2004): Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe: Beiträge der Jahrestagung 2003 der DGPF. Gießen (Psychosozial), S. 303–306.
- Barth, R. & Warren, B. (1993): Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42, 339–345.
- Beck, C. T. (1998): The effects of postpartum depression on child development: meta-analysis. In: Archives of Psychiatric Nursing 12, 12–20.
- Church, S. & Scanlan, M. (2002): Meeting the needs of women with mental health problems. The role of the midwife in perinatal mental health services. The Practising Midwife 5, 10–12.
- Clarke, C. & Paine, L.L. (1997): Psychopharmacologic management of women with common mental health problems. In: Journal of Nurse-Midwifery 42, 254–74.
- Cox, A.D., Puckering, C., Puond, A. & Mills M. (1987): The impact of maternal depression in young children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 28, 917–928.
- Da Costa, D., Larouche, J., Drista, M. & Brender, W. (2000): Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. Journal of Affective Disorders 59, 31–40.
- Frauenarzt (Hg.) (2004): DAK moniert Hebammenrechnungen. In: Frauenarzt 45, 700.
- Geschäftsstelle-Qualitätssicherung-Hessen (Hg.) (1998–2002): Qualitätssicherung Geburtshilfe-Neonatologie-Gynäkologie. Jahrbücher 1998–2002.



Nagel-Brotzler, Albani, von Ballestrem, Britsch, Brönnner, Chrzonsz, Klier, Rave, Scheid, Schenk, Turmes, Hornstein

- Hartmann, H.P. (1997): Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie. Teil II: Behandlungskonzepte und besondere Probleme. *Psychiatrische Praxis* 24, 172–177.
- Herz, E., Thoma, M., Umek, W., Gruber, K., Linzmayer, L., Walcher, W., Philipp, T. & Putz, M. (1997): Nicht-psychotische postpartale Depression. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 57, 282–288.
- Hofecker-Fallahpour, M., Zinkernagel-Burri, C., Stöckli, B., Wüsten, G., Stieglitz, R.D. & Riecher-Rössler, A. (2003): Gruppentherapie bei Depression in der frühen Mutterschaft. In: *Nervenarzt* 74, 767–774.
- Kemp, B., Bongartz, K. & Rath, W. (2003): Postpartale psychische Störungen – ein unterschätztes Problem in der Geburtshilfe. In: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 207, 159–165.
- Kumar, R. & Robson, K.M. (1984): A prospective study of emotional disorders in childbearing women. In: *British Journal of Psychiatry* 144, 35–47.
- Kurstjens, S. & Wolke D. (2001): Postnatale und später auftretende Depressionen bei Müttern: Prävalenz und Zusammenhänge mit obstetrischen, soziodemographischen sowie psychosozialen Faktoren. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 30 (1), 33–41.
- Murray, L., Fiori-Cowly, A., Hooper, R. & Cooper, P. (1996): The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. In: *Child development* 67, 2512–2526.
- Murray, L. & Cooper, P. (1997): Effects of postnatal depression on infant development. In: *Archives of disease in childhood* 77, 99–101.
- O'Hara, M.W. & Swain, A. (1996): Rates and risks of post-partum depression – a meta-analysis. *International Review of Psychiatry* 8, 37–54.
- Onozawa, K., Glover, V., Adams, D., Modi, N. & Kumar, C. (2001): Infant massage improves mother-infant interaction for mothers with postnatal depression. In: *Journal of Affective Disorders* 63, 201–207.
- Peinemann F. (2003): Geburtshilfe. In: *BQS-Qualitätsreport 2002 der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Düsseldorf*, S. 190–197.
- Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H. & Harrington, R. (2004): Impact of Maternal Depression on Infant Status and Illness. A Cohort Study. In: *Archives of general psychiatry* 61, 946–952.
- Ramsay, R. (1993): Postnatal depression. In: *The Lancet* 341, 1358.
- Sachers, P., Schlund, G.H., Siebert, W. (1999): Ausweitung der Hebammentätigkeit. In: *Gynäkologische Praxis* 23, 641–644.
- Simones, E., Kunz, S., Bosing-Schwenkglens, M. & Schmahl, F. (2004): Untersuchung auf der Basis der Perinatalerhebung Baden-Württemberg: Psychosoziale Risikofaktoren in der Schwangerschaft. In: *Psychoneuro* 30, 342–347.
- Sinclair, D. & Murray, L. (1998): Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. Teachers report. In: *British Journal of Psychiatry* 172, 58–63.
- Weissman, M.M., Feder, A., Pilowksy, D.J., Olfson, M., Fuentes, M., Blanco, C., Laticua, R., Gameroff, M. & Shea, S. (2004): Depressed mothers coming to primary care: maternal reports of problems with their children. In: *Journal of Affective Disorders* 78, 93–100.