

# Perinatale psychische Erkrankungen

## Ein vernachlässigtes Thema der Gesundheitsversorgung von Frauen

Anke Berger

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im ersten Jahr nach einer Geburt können schwerwiegende negative Folgen haben, wenn sie nicht behandelt werden. Wir wissen jedoch bisher kaum etwas über die Gesundheitsversorgung betroffener Frauen. Dieser Aufsatz beleuchtet aktuelle Daten zur Epidemiologie perinataler psychischer Erkrankungen, zeigt die Defizite der aktuellen Versorgung sowie die notwendigen Schritte zum Schliessen der Lücken im Bereich der Ausbildung und Forschung auf.



**E**ine Schwangerschaft und der Übergang zur Mutterschaft verlangen von Frauen grosse psychische Anpassungsleistungen. Im Normalfall gelingen diese, aber nicht immer. Psychische Erkrankungen sind tatsächlich die häufigste Komplikation einer Schwangerschaft und des ersten Jahres nach einer Geburt (Howard et al., 2014). Die Furcht vor einer Stigmatisierung hält jedoch viele betroffene Frauen davon ab, sich therapeutische Hilfe zu suchen (Boots-Family-Trust-Alliance, 2013). Die geburtshilfliche Standardversorgung, die Versorgungsforschung und die Gesundheitspolitik thematisierten perinatale psychische Erkrankungen bisher nur marginal.

### Hohe Prävalenz und schwerwiegende Folgen

Psychische Erkrankungen während der Schwangerschaft oder im ersten Jahr nach einer Geburt werden als perinatale psychische Erkrankungen (PPE) bezeichnet. Sie treten in dieser Zeit häufiger als physische Komplikationen auf (Howard, Piot & Stein, 2014). Die in der Literatur beschriebenen Prävalenzraten von PPE variieren stark, je nach der Methode der Erfassung, der Anzahl der berücksichtigten Erkrankungen und der untersuchten Population. So sind die Prävalenzraten in wenig entwickelten Ländern höher als in entwickelten Ländern. Ebenso sind sie in Risikopopulationen erhöht, z.B. nach Frühgeburt oder Migration. Es ist davon auszugehen, dass bis zu 20 % der Frauen in der

Perinatalzeit von psychischen Erkrankungen betroffen sind (Howard et al., 2014; Woody et al., 2017).

Der Fokus epidemiologischer Untersuchungen lag lange auf der Zeit nach der Geburt. PPE sind aber in der Schwangerschaft ebenfalls häufig. In der Schweiz werden beispielsweise in der Schwangerschaft fast ebenso viele Frauen psychiatrisch oder psychologisch behandelt wie nach einer Geburt (Berger et al., 2017). Insgesamt wird in der Schweiz etwa jede sechste Schwangere oder Mutter im ersten Jahr nach einer Geburt wegen psychischer Probleme behandelt. Dies entspricht einer Prävalenzrate von etwa 17 % pro Jahr für PPE. Würde man unbehandelte Frauen einschliessen, ergäbe sich vermutlich eine deutlich höhere Prävalenz von PPE.

In der Studie wurden auch Diagnosen von PPE in stationären geburtshilflichen Settings erfasst. Diagnosen von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–48) kamen ebenso häufig vor wie die von affektiven Störungen (F30–39, je 30 %). An dritter Stelle rangierten psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–19, 23 %).

PPE sind in der Regel gut behandelbar, wenn sie früh erkannt und therapiert werden. Ohne adäquate Behandlung können sie schwerwiegende Folgen haben. Suizid kommt bei Frauen in der Perinatalzeit zwar seltener vor als in der Allgemeinbevölkerung. Da Frauen im gebärfähigen Alter eine niedrige Mortalitätsrate haben, ist der Suizid eine der häufigsten direkten Ursachen der mütterli-

chen Mortalität (Knight et al., 2016). Einer von zehn Todesfällen in der Perinatalzeit ist auf Suizid zurückzuführen. Frauen mit PPE haben ein erhöhtes Risiko für geburtshilfliche Komplikationen (Bonari et al., 2004) und chronische psychische Krankheit (Horwitz et al., 2009).

Die Kinder von schwer und langfristig erkrankten Frauen können dauerhafte emotionale und kognitive Störungen und Verhaltensstörungen entwickeln (Stein et al., 2014) und haben selbst ein hohes Risiko, als Erwachsene psychisch zu erkranken. Weil die Kinder von Müttern mit PPE mitbetroffen sind, sind die Langzeit-Folgekosten der Nichtbehandlung von PPE hoch. In Grossbritannien wurden sie auf 10 000 Pfund pro Geburt geschätzt, wobei 75 % dieser Kosten auf die betroffenen Kinder zurückgehen (Bauer et al., 2014).

Die Kosten für den Aufbau und Unterhalt einer effektiven Versorgung von Frauen mit PPE sind etwa 25 Mal niedriger als Kosten der Langzeitfolgen unbehandelter PPE. Abgesehen davon, dass es eine moralische Verpflichtung der Gesellschaft ist, Frauen mit PPE zu behandeln, verlangen auch die hohen Kosten der Nichtversorgung eine adäquate Versorgung von Frauen mit PPE.

## Versorgungsdefizite

Trotz der hohen Prävalenzraten und negativen Folgen von PPE werden diese oft nicht erkannt, diagnostiziert und behandelt (Patel et al., 2018). In der Allgemeinbevölkerung von Ländern mit hohem Einkommen bleiben 36–50 % der schweren Fälle psychischer Störungen unbehandelt (The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Diese Rate dürfte bei Frauen in der perinatalen Periode höher sein, Untersuchungen gibt es dazu allerdings nicht. Gründe für die Unterversorgung bei PPE sind auf allen Ebenen der Versorgung zu finden.

Bei den betroffenen Frauen spielt die Furcht vor Stigmatisierung und Diskriminierung eine wichtige Rolle. Dies gilt für Frauen mit PPE wie für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen. In der Perinatalzeit kommt jedoch belastend hinzu, dass tief verwurzelte soziale Erwartungen an werdende Mütter verbreitet sind („guter Hoffnung sein“). Frauen mit PPE fürchten, als schlechte Mutter dazustehen und behandelt zu werden bis hin zu der Furcht, dass ihnen das Kind weggenommen wird (Boots-Family-Trust-Alliance, 2013). Diese Faktoren halten viele betroffene Frauen davon ab, ihre Symptome gegenüber ihren Gesundheitsversorgern zuzugeben, anzusprechen und sich therapeutisch behandeln zu lassen (Boots-Family-Trust-Alliance, 2013; Clement et al., 2015).

Ein weiterer wichtiger Grund für die niedrige Diagnoserate und Unterversorgung sind unzureichende Versorgungsangebote. Im Rahmen der geburtshilflichen Standardversorgung, die die meisten Frauen regelmäßig nutzen, wird die psychische Gesundheit nicht konsequent thematisiert. Es gibt meist kein systematisches Screening, wie es Guidelines empfehlen (Marcé-Gesellschaft; NICE, 2014). So werden Risiken und Symptome

nicht erkannt und frühzeitige präventive Interventionen oder Therapien verhindert.

In geburtshilflichen Abteilungen der Schweiz werden beispielsweise nur bei etwa 1 % der Frauen behandlungsrelevante psychische Erkrankungen erfasst (Berger et al., 2017). Freiberufliche Hebammen registrieren bei der Wochenbettbetreuung zu Hause, also in einem Setting, das den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung eher als im stationären Bereich ermöglicht, nur bei 2 % der Frauen psychische Probleme. Hebammen und Ärztinnen fragen im Rahmen der Anamnese nur zurückhaltend nach früheren psychischen Erkrankungen, Risiken oder dem aktuellen emotionalen Erleben, weil sie nicht wissen, wie bei vorliegenden Problemen vorzugehen ist.

Betroffene Frauen nennen mangelnde Fach- und Handlungskompetenz ihrer Gesundheitsversorger in Bezug auf psychische Erkrankungen als Ursache für die Unterversorgung (Boots-Family-Trust-Alliance, 2013). Gynäkologinnen und Gynäkologen und Geburtshelfer/-innen fühlen sich nicht ausreichend ausgebildet (Byatt et al., 2013; Jones-Berry, 2015). Ausbildungsdefizite tragen demnach wesentlich dazu bei, dass Risikofaktoren, frühere und vorliegende psychische Erkrankungen im Rahmen der geburtshilflichen Versorgung nicht systematisch identifiziert werden.

Im Falle einer Diagnose stehen in entwickelten Ländern psychische Versorgungsangebote zur Verfügung. Der Zugang für Frauen mit PPE ist aber aus den oben genannten Gründen erschwert. Frauen mit einer schweren psychischen Erkrankung werden inadäquat betreut. Zudem gibt es erhebliche Koordinationsprobleme zwischen den verschiedenen Leistungserbringern. Dies wirkt sich nachteilig auf die dringend benötigte Betreuungskontinuität betroffener Frauen und ihrer Familien aus (Cignacco et al., 2017).

Auch die psychiatrische oder psychologische Standardversorgung, ambulant oder stationär, kann bei der Betreuung von Frauen in der perinatalen Phase an Grenzen kommen. Bei der Therapie von PPE müssen geburtshilfliche und geburtsbedingte Aspekte berücksichtigt werden, wie zum Beispiel die hohen physischen Anforderungen an die Betreuung eines Neugeborenen, Stillprobleme, die Anforderungen an die Partnerschaft sowie die Gesundheit des ungeborenen Kindes oder des Neugeborenen. Bonding und Attachment müssen unterstützt und das Elternsein gefördert werden (Stein et al., 2014). Dies ist im Rahmen der psychiatrischen Standardversorgung nicht ohne Weiteres möglich.

Ein stationäres Angebot kann dadurch limitiert sein, dass die Kinder nicht aufgenommen oder in einer klinikinternen Krippe untergebracht werden können. Die Trennung von Mutter und Kind gilt aber als prognostisch ungünstig und sollte vermieden werden (NICE, 2014). Stationäre psychiatrische Angebote sollten auch berücksichtigen, dass es für betroffene Frauen hilfreich ist, wenn sie sich mit anderen Betroffenen austauschen können. Im ambulanten Bereich sind niederschwellige Angebote von Gemeinde- und Sozialdiensten bei der Betreuung von Frauen mit PPE von herausragender Bedeutung (NICE, 2014; Patel et al., 2018). Spezielle Versorgungsangebote für Frauen mit PPE, die diese

wichtigen Bedürfnisse der Frauen und Kinder berücksichtigen, sind aber derzeit kaum verfügbar (Amiel Castro et al., 2015; Dennis & Chung-Lee, 2006).

### Wie kann die Versorgung verbessert werden?

In der Gesundheitspolitik gewinnt die psychische Gesundheit zunehmend an Bedeutung, bedingt durch die alarmierenden Befunde, dass psychische Störungen einschliesslich Substanzabhängigkeiten massgeblich zur globalen Krankheitslast beitragen (Whiteford et al. 2016) und weltweit etwa 1.1 Milliarden Menschen von psychischen Erkrankungen oder Substanzabhängigkeitsstörungen betroffen sind, mit steigender Tendenz (Patel et al., 2018). Der umfassende Mental Health Action Plan 2013–2020 (WHO, 2013) will dem entgegenwirken und Leadership und Governance für psychische Gesundheit stärken, die Bereitstellung integrierter Dienste und soziale Betreuung in gemeinschaftsbasierten Einrichtungen und die Umsetzung von Strategien zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention und geeignete Informationssysteme, Evidenz und Forschung fördern. Der Plan fokussiert dabei auch auf die mütterliche psychische Gesundheit. Die Lancet-Kommission (Commission on global mental health and sustainable development), bestehend aus 28 Forschenden, empfiehlt dringend, die psychische Gesundheitsversorgung weltweit in alle Programme zur mütterlichen und kindlichen Gesundheits-

versorgung zu integrieren und den Schwerpunkt von den Versorgungslücken auf Prävention und Qualität der Versorgung zu erweitern (Patel et al., 2018). Dabei benennt sie die Perinatalzeit als sehr wichtige Phase von Interventionen, da im frühen Lebensverlauf von Kindern Massnahmen im Hinblick auf die psychische Gesundheit am vielversprechendsten sind. Unterstützung der Elternschaft und Interventionen für das Wohl von Kindern sind Schlüsselinvestitionen, um die generationenübergreifende Übertragung psychischer Krankheiten zu verhindern (Patel et al., 2018).

Der Schwerpunkt der Kommission liegt auf der Hebung sozialer Ungleichheiten. Die frauenspezifischen Probleme in der Perinatalzeit mit den ganz spezifischen Anforderungen an die Versorgung wird in den globalen gesundheitspolitischen Agenden aber kaum behandelt und Frauen mit PPE zählen nicht zu den vulnerablen Populationen, die der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen (Patel et al., 2018). Auf nationaler Ebene sind einige Länder bereits weiter. Das staatliche britische Gesundheitssystem National Health Service (NHS) forderte beispielsweise bereits 2006 die systematische und sensible Befragung von Frauen, die in der Perinatalzeit eine ambulante oder stationäre Dienstleistung in Anspruch nehmen und legte eine Verbesserung der Ausbildung der Fachpersonen nahe, insbesondere von Hebammen als wichtige Bezugspersonen von Frauen in der perinatalen Versorgung (NHS, 2006). Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher keine derartigen Appelle oder Programme.



In der Versorgungsforschung im deutschsprachigen Raum wurden perinatale psychische Erkrankungen bisher nur wenig berücksichtigt. Es existieren kaum Untersuchungen bei Frauen mit PPE zu den Problemen Stigmatisierung, Zugangsbarrieren zur Versorgung, Akzeptanz des systematischen Screenings und des Betreuungsverlaufes nach einer Diagnose. Eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau einer patientenzentrierten Versorgung ist es daher, die Erfahrungen und die Bedürfnisse von Frauen mit PPE zu eruieren. Auch die Perspektiven der diversen Gesundheitsfachpersonen, die Frauen in der Perinatalzeit betreuen, wie zum Beispiel Fachpersonen der Hausarztmedizin und Geburtshilfe, Psychiatrie, Psychologie, Pädiatrie und andere, müssen erforscht werden. Die Studie der Berner Fachhochschule „Perinatal Mental Health Care in Switzerland: Unraveling the perspectives of affected women and health professionals (MADRE)“ geht diesen Dingen in einer grundlegenden qualitativen Untersuchung nach. Aus den Ergebnissen der Studie sollen erste Empfehlungen für eine adäquate Versorgung formuliert werden.

Gesundheitsfachpersonen aller Fachrichtungen bereits in der Grundausbildung für perinatale psychische Gesundheit zu sensibilisieren, ist eine wichtige Voraussetzung für eine frühe Erkennung von PPE und die Verbesserung der Versorgung. Auch das Einüben von Screeningmethoden sollte Element der Grundausbildung sein. Auf Masterniveau ausgebildete Hebammen sollen Schlüsselrollen im Bereich der perinatalen psychischen Versorgung wahrnehmen (The Royal College of Midwives, 2015). Der Master-Studiengang der Berner Fachhochschule verfolgt mit dem Modul „Perinatale psychische Gesundheit“ dieses Ziel (Cignacco et al., 2017). Das Modul ist forschungsbasiert, interdisziplinär und praxisorientiert ausgerichtet. Die Studierenden sollen Fachwissen und Kompetenzen erwerben, um Frauen mit präventiven Maßnahmen begleiten, Risiken erkennen, Screeningmethoden anwenden und betroffene Frauen an psychiatrische Fachpersonen überweisen zu können. Weiterhin sollen die Absolventinnen des Moduls als Expertinnen betroffene Frauen und ihre Familien, Berufskolleginnen und andere Fachpersonen beraten können. Sie unterstützen diese darin, die bestmögliche Entscheidung in einer individuellen Situation zu treffen und die Sicherheit der Frauen zu gewährleisten. Die Aus-

bildung befähigt die Absolventinnen zur interprofessionellen Denkweise. Sie lernen, Probleme in der Gesundheitsversorgung betroffener Frauen und Familien zu erkennen, Innovationen im bestehenden Versorgungssystem zu entwickeln und Vorschläge zu deren Implementierung zu erarbeiten (Cignacco et al., 2017). Hebammen werden durch diese Ausbildung in Zukunft an einer integrierten perinatalen Gesundheitsversorgung wesentlich mitwirken können. Ziel ist es, dieses Modul auch für Master-Studierende der Pflege zu öffnen.

## Fazit

Die gesundheitspolitische Aufmerksamkeit auf den frühen Lebensverlauf ist vielversprechend für die Förderung der perinatalen Gesundheit von Kindern und der Gesamtbevölkerung. Die spezifischen Probleme von Frauen, die von perinatalen psychischen Erkrankungen betroffen sind, werden allerdings zu wenig thematisiert. Eine Verbesserung des Kenntnisstandes über die Bedürfnisse betroffener Frauen und die Erfahrungen von Health Professionals mit der aktuellen Versorgung ist wichtig, um innovative und frauenzentrierte Versorgungsmodelle bei PPE zu entwickeln.

Die Ausbildung und Qualifizierung von Gesundheitsfachpersonen auf Masterniveau, insbesondere Hebammen, im Bereich perinatale psychische Gesundheit ist ein weiterer wichtiger Schritt auf diesem Weg. Eine essentielle Voraussetzung für eine bessere Gesundheitsversorgung von Frauen mit PPE und deren Qualitätssicherung ist jedoch auch der Beitrag politischer Behörden. Sie müssen notwendige Aufträge definieren und regulatorische Massnahmen einleiten, damit die Versorgungspraxis verbessert werden kann (Cignacco et al., 2017; Cignacco & Eicher, 2016).

(Die Literaturliste kann bei der Autorin angefordert werden.)



### Dr. rer. nat. Anke Berger

Dozentin, Angewandte Forschung & Entwicklung Geburtshilfe, Department Gesundheit, Berner Fachhochschule

anke.berger@bfh.ch