

Auswertung

der Evaluation zum Thema „Postpartale Depression“

Netzwerk Frühe Hilfen Bonn, Arbeitskreis Bindung, September 2016





Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangssituation und Zielsetzung	3
2. Durchführung	4
3. Ergebnisse	5
4. Fazit	12
5. Empfehlungen	15

Anlagen:

Anschreiben an betroffene Mütter

Fragebogen (deutsche Version)



1. Ausgangssituation und Zielsetzung

Im „Arbeitskreis Bindung“ des Netzwerks „Frühe Hilfen Bonn“ arbeiten Fachkräfte unterschiedlichster Profession zusammen, um berufsgruppenübergreifend die Förderung von Bindung zwischen Kindern und ihren Eltern in Theorie und Praxis in der Stadt Bonn zu fördern.

Bei der Beschäftigung mit dem Thema „Postpartale Depression“ (PPD) und ihren Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung wurde aus Sicht der Fachkräfte Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Unterstützungsangebote und deren Verzahnung für betroffene Familien festgestellt. Dieser Erkenntnis lagen die Erfahrungen aus der Begleitung von an postpartaler Depression erkrankten Frauen zugrunde. Im November 2014 formulierte der AK daher folgende Hypothesen:

1. Wissensstand von Eltern
Es fehlt eine flächendeckende präventive Information schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen durch Fachkräfte (Hebammen, Frauenärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen u.a.) über PPD und andere psychische Erkrankungen, die im Zusammenhang mit der Geburt auftreten können.
2. Wissensstand von Fachkräften
Der Wissensstand bei Fachkräften über die Erkrankung, die Diagnostik und die Möglichkeiten der Behandlung und Unterstützung ist nicht einheitlich und manchmal defizitär. Oftmals ist auch das Wissen um die Unterschiede von Therapie, Beratung, psychiatrischem Gespräch und Diagnostik nicht immer vorhanden.
3. Stationäre psychiatrische Behandlung
Eine adäquate stationäre Aufnahme von Mutter <u>und</u> Kind ist derzeit in einer regionalen Einrichtung nicht möglich; es besteht jedoch dringender Bedarf nach einem derartigen Hilfeangebot.
4. Spezifische Angebote für betroffene Familien
Es gibt kaum spezifische Angebote für Väter als Partner betroffener Frauen.
5. Bindungsfördernde Betreuung des/der Kindes/r
Fällt die Mutter als Betreuungsperson aus und auch die Familie (Kindsvater, Großeltern...) kann die Betreuung des /r Kindes/r nicht übernehmen, so ist eine verlässliche, vertraute und verfügbare Betreuung v.a. kurzfristig nur schwer durch die vorhandenen Hilfesysteme zu gewährleisten.

Zur Verbesserung des Kenntnisstandes von Betroffenen und ihren Angehörigen sowie von Fachkräften (Hypothese 1 und 2) hat das Netzwerk Frühe Hilfen Bonn auf seiner Homepage www.fruehehilfen-bonn.de bereits erste Maßnahmen ergriffen und eine eigene Seite zum Thema Postpartale Depression eingerichtet. Hier findet sich neben einem Selbsteinschätzungsbogen (Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale) eine professionsübergreifende Ressourcenkartei mit Angeboten in Bonn aus dem Bereich der Prävention, der psychiatrischen Versorgung, der Beratung und Therapie, der Begleitung und Entlastung, der Selbsthilfe sowie übergreifender koordinierender Tätigkeiten.

Darüber hinaus hat der Arbeitskreis Bindung einen Workshop für Fachkräfte entwickelt, der im Rahmen eines Fachtages im Jahr 2014 bereits erprobt wurde und in anderen Kontexten einsetzbar ist.

Der Ausbau der Mutter-Kind-Ambulanz der LVR Klinik in Bonn ist mit der kurzfristigen Terminvergabe, der engen Zusammenarbeit von Psychiaterinnen und Sozialem Dienst innerhalb der Klinik sowie der guten Kooperation mit externen Einrichtungen aus dem Netzwerk Frühe Hilfen Bonn und dem Netzwerk JUPS (Gemeinsam stark für Kinder psychisch/suchtkrankter Eltern) ein Meilenstein in der Versorgung betroffener Frauen.



In einem weiteren Schritt wurde im Arbeitskreis ein Fragebogen entwickelt, der sich an Frauen richtet, die an PPD erkrankt sind bzw. waren. Er soll die Erfahrungen mit der Erkrankung und der Suche nach Hilfsangeboten, sowie mit den in Anspruch genommenen Hilfen erheben und die o.g. Hypothesen mit der Einschätzung betroffener Frauen abgleichen.

Ziel der Evaluation des Arbeitskreis Bindung ist es zudem, mit der Evaluation mögliche weitere Lücken in der Information und Versorgung von Schwangeren und Müttern mit Säuglingen und deren Familien zu erfassen und in einem zweiten Schritt Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung geben zu können.

2. Durchführung

2.1 Fragebogen

Für die Erhebung wurde im Arbeitskreis ein Fragebogen entwickelt der sowohl geschlossene als auch offene Fragen beinhaltet.

Neben soziodemographischen Fragen (Postleitzahl des Wohnortes, Geburtsjahr, Anzahl und Alter der Kinder, Jahr des erstmaligen Auftretens der Erkrankung) umfasst der Fragebogen elf geschlossene Fragen mit Antwortvorgaben, die in Teilen mit einer ergänzenden offenen Kategorie (Sonstiges) erweitert wurden. Darüber hinaus bieten vier offene Frageformen die Möglichkeit, eigene Formulierungen niederzuschreiben.

Der Fragebogen wurde mit einer betroffenen Mutter im Rahmen eines „Pretests“ erprobt; hieraus ergaben sich keine Veränderungen des Bogens.

2.2 Dauer der Evaluation und Verbreitung des Fragebogens

Die Verbreitung des Fragebogens erfolgte in mehreren Stufen:

- Ab Mai 2015 wurde der Fragebogen zunächst über die Fachkräfte des Arbeitskreises und deren Kollegen und Kolleginnen an betroffene Frauen verteilt. Hierzu erhielten die Fachkräfte von der Koordinierungsstelle auf Anfrage eine gewünschte Anzahl Fragebögen sowie frankierte und adressierte Rückumschläge. Auf diesem Wege konnten die ausgefüllten Bögen direkt an die Koordinierungsstelle geschickt und damit die Anonymität gewährleistet werden.

Auch im Netzwerk Frühe Hilfen sowie bei Fachkräften aus dem Rhein-Sieg-Kreis wurde über die Erhebung informiert und um Unterstützung gebeten. Bonner Gynäkologen, Pädiater und Hebammenpraxen sowie alle Fachkräfte und Einrichtungen, die in einer von der Koordinierungsstelle Frühe Hilfen angelegten Ressourcenkartei zum Thema Postpartale Depression aufgenommen sind, wurden in separaten Anschreiben per Mail oder per Brief kontaktiert.

- Im Oktober, nachdem die Anzahl der eingehenden Bögen zurück ging, wurde die Erhebung auf der Homepage www.fruehehilfen-bonn.de und auch über die Facebook-Seite des Familienkreis e.V. beworben.
- Ende 2015 wurde der Fragebogen zudem als Onlineversion eingestellt, so dass eine Beantwortung der Fragen direkt am PC erfolgen konnte. Diese Maßnahme wurde umgesetzt, um auch Frauen, die keine Begleitung oder Behandlung in Anspruch genommen haben, in die Erhebung mit einzubeziehen. Auch wurde der Bogen für Frauen mit geringen



Deutschkenntnissen in den Sprachen Englisch, Spanisch, Polnisch und Türkisch als Onlineversion zur Verfügung gestellt.

- Im Februar 2016 konnte die Koordinierungsstelle Frühe Hilfen im Rahmen eines kurzen Beitrags in der Lokalzeit auf das Thema PPD aufmerksam machen, was einige weitere Rückläufe nach sich zog.

Ende Mai 2016, nach 13 Monaten, wurde die Befragung beendet. Zu diesem Zeitpunkt lagen 43 auswertbare Fragebögen vor. Hiervon sind 25 per Post eingegangen, 18 Frauen nahmen über das Online-Tool an der Evaluation teil. Ursprüngliche Zielsetzung des AKs war es, mindestens 50 ausgefüllte Fragebögen zu erhalten; dies ist trotz aller Bemühungen im angegebenen Zeitraum nicht erreicht worden. Auf eine Weiterführung des Online-Tools wurde verzichtet, da dies mit Kosten verbunden war.

3. Ergebnisse

3.1 Soziodemographische Daten

Von den befragten Frauen kamen 70% aus Bonn und 30% aus der näheren Umgebung (Rhein-Sieg-Kreis und Köln). Die jüngste Teilnehmerin war zum Erhebungszeitpunkt 20 Jahre, die älteste 50 Jahre alt. Jede Teilnehmerin hatte mindestens ein, maximal 4 Kinder. Die meisten Frauen hatten ein oder zwei Kinder ($\bar{x}$ 1,6).

Alle Antwortbögen wurden in deutscher Sprache ausgefüllt – von daher ist anzunehmen, dass keine Frauen mit begrenzten oder fehlenden Deutschkenntnissen an der Erhebung teilgenommen haben.

3.2 Alter der Betroffenen beim erstmaligen Auftreten der Erkrankung

Die Erstmanifestation einer Depression setzte bei den Frauen zu unterschiedlichen Zeiten ein: Die jüngste Teilnehmerin war erstmals mit 17 Jahren – und damit deutlich vor der Geburt ihres ersten Kindes – von einer psychischen Erkrankung betroffen, die dann nach der Geburt in Form einer PPD wieder in Erscheinung trat. Die älteste Betroffene gab an, beim erstmaligen Auftreten der Erkrankung 43 Jahre alt gewesen zu sein. Das durchschnittliche Alter beim Auftreten der Erkrankung beträgt in dieser Teilnehmerinnengruppe 31 Jahre.

3.3 Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Erkrankung und Symptome

Bei einem Großteil der Befragten trat die Depression erstmalig nach der Geburt des ersten Kindes auf (70%). Ein deutlich kleinerer Anteil erkrankte erst nach der Geburt des zweiten Kindes oder litt bereits vor der Geburt des ersten Kindes an einer Vorerkrankung (jeweils 12%).





Abb. 1: Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung

Befragt nach dem Zeitpunkt, an dem sich ihr Gemütszustand rund um die Geburt verändert hat, gaben mehr als drei Viertel der Teilnehmerinnen an, in den ersten drei Monaten nach der Geburt Veränderungen bemerkt zu haben. Nur wenige haben bereits in der Schwangerschaft oder zu einem späteren Zeitpunkt nach der Geburt erstmals einen veränderten Gemütszustand registriert. Die genaue Auswertung der Antworten zeigt Tabelle 1:

in der Schwangerschaft	8%
0-7 Tage nach der Geburt	28%
1-3 Monate nach der Geburt	50%
4-6 Monate nach der Geburt	8%
7-12 Monate nach der Geburt	8%

Tab. 1: Zeitpunkt der von der Betroffenen selbst wahrgenommenen Veränderung des Gemütszustandes

Nahezu 30 % der Befragten haben schon wenige Tage nach der Geburt Veränderungen bemerkt. Diese Zahl weist auf die Bedeutung hin, die die stationäre und ambulante Nachsorge bei der Versorgung der Wöchnerinnen hat.

Die befragten Frauen berichten über unterschiedliche Symptome, mit denen sie sich durch die Erkrankung konfrontiert sahen:

Traurigkeit, häufiges Weinen	31
Müdigkeit, Erschöpfung, Energiemangel	29
Ängste, extreme Reizbarkeit, Wut, Panikattacken, Zwangsgedanken	25
Konzentrations-, Appetit-, Schlafstörungen	23
Zwiespältige/fehlende Gefühle gegenüber dem Kind	20
Schuldgefühle	16
Innere Leere	16
Allgemeines Desinteresse, sexuelle Unlust	10
Kopfschmerzen, Schwindel, Herzbeschwerden, andere körperliche Beschwerden	9

Tab. 2: Von der Betroffenen selbst wahrgenommene Anzeichen
(Mehrfachnennungen möglich, Zahlen absolut)

Ergänzend zu den o.g. Antwortvorgaben hatten die Teilnehmerinnen die Möglichkeit, ihre Erfahrungen im Rahmen einer offenen Fragestellung („Woran haben Sie/Andere gemerkt, dass Hilfe gut wäre?“) zu formulieren.

Einige ausgewählte Antworten machen deutlich, mit welchem großem Leidensdruck die Postpartale Depression für die Betroffenen verbunden ist:

„Ich hatte in der Schwangerschaft und nach der Geburt zahllose und große Ängste, dass mit dem Kind oder mir etwas passiert.“

„Ich habe nur noch geweint und konnte mich aus der Situation nicht mehr herausholen. Ich habe eine tiefe Einsamkeit verspürt.“



„Beim ersten Kind war ich so allein mit meiner Situation und wusste nicht, woher ich Hilfe bekommen sollte, ich kannte niemanden mit einem Baby, war den ganzen Tag alleine, es fiel mir manchmal schwer mich auch nur anzuziehen und aus dem Haus zu gehen (...). Ich hatte auch ein Schreibaby, habe mir aber keine Hilfe geholt, weil ich mich geschämt habe, dass ich keine gute Mutter bin. (...)“

3.4 Kenntnisse über PPD

Die Auswertung der Antworten auf die Frage, ob die Betroffenen bereits vor ihrer Erkrankung Kenntnisse über Postpartale Depression hatten, ergibt folgendes Bild:



Abb. 2: Kenntnisse über PPD vor Ausbruch der Erkrankung

Demnach hatte beinahe die Hälfte aller Teilnehmerinnen vor der Erkrankung keine Kenntnisse über Postpartale Depression.

Die Frauen, die bereits vor ihrer Erkrankung Informationen hatten, wurden zudem nach der Herkunft ihrer Kenntnisse gefragt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Antworten:

Medien	39%
Hebamme	18%
Verwandte/Bekannte	15%
Frauenarzt (Gynäkologe)	8%
Psychologe/Psychotherapeut	8%
Andere Berufsgruppen	8%
Psychiater/Neurologe	5%
Klinik	0%
Hausarzt	0%
Kinderarzt (Pädiater)	0%
Beratungsstelle	0%

Tab. 3: Quelle der Informationen über PPD
(Mehrfachnennungen möglich)

Hier wird deutlich, dass viele Frauen insbesondere über die Medien von einer möglichen Erkrankung erfahren haben – mit 39% haben diese mit Abstand die größte Reichweite. Berichte von Verwandten und Bekannten sind mit 15% ebenfalls eine relevante Größe.



Bei den Fachkräften sticht die Gruppe der Hebammen mit 18% besonders heraus. Bei Vorsorgeuntersuchungen oder Geburtsvorbereitungskursen ist das Thema PPD oftmals ein fester Bestandteil.

Relativ gleichwertig mit 5-8% stehen verschiedene Berufsgruppen wie Gynäkologen, Psychologen, Psychiater u.a. nebeneinander. Es ist zu vermuten, dass Psychologen und Psychiater werdende Mütter auf die Möglichkeit einer Erkrankung ansprechen, wenn diese sich bereits aufgrund einer psychischen Vorerkrankung in Behandlung befinden. Da jedoch bei vielen Frauen die Erkrankung erst nach der Geburt auftritt, bestehen im Vorfeld der Geburt in der Regel keine Kontakte zu dieser Berufsgruppe, so dass hier keine Aufklärung erfolgen kann.

Anders verhält es sich bei den Gynäkologen/innen. Obwohl ein sehr großer Teil der Schwangeren die Vorsorgeuntersuchungen wahrnimmt, scheint die Information über eine mögliche Erkrankung an PPD hier bei den Frauen nicht anzukommen bzw. keine größere Rolle zu spielen.

3.5 Hilfeeinleitung und in Anspruch genommene Hilfen

In Frage 11 wurden die Frauen um Auskunft gebeten, ob sie sich selbst um Hilfe in ihrer veränderten Situation bemüht haben, ob diese durch eigene Initiative verbunden mit einem Anstoß von außen angeregt oder in der Hauptsache von außen initiiert wurde. Die untenstehende Grafik zeigt, dass die betroffenen Frauen sich zu über 90% selbst um Hilfe bemüht haben, in 47 % der Fälle wurde dieses Bemühen von außen (z.B. durch Familienangehörige, Fachkräfte) unterstützt. Dies verdeutlicht, wie hoch der Leidensdruck der Frauen und das damit verbundene Bedürfnis nach Hilfe ist.

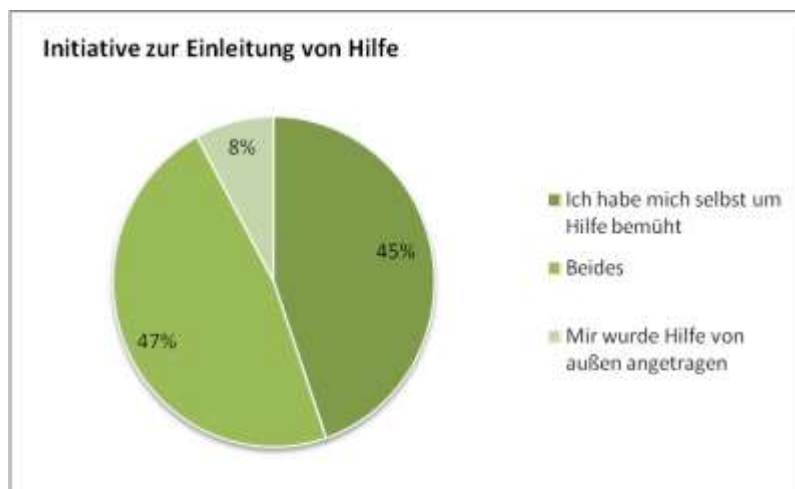


Abb. 3: Initiative zur Einleitung von Hilfe

Die teilnehmenden Frauen haben sich, wie die weitere Erhebung zeigt, an ganz unterschiedliche Stellen gewandt und um Unterstützung gebeten. Abbildung 4 zeigt die Bandbreite der Ansprechpartner und die Erfahrungen der Frauen in diesem ersten Kontakt:

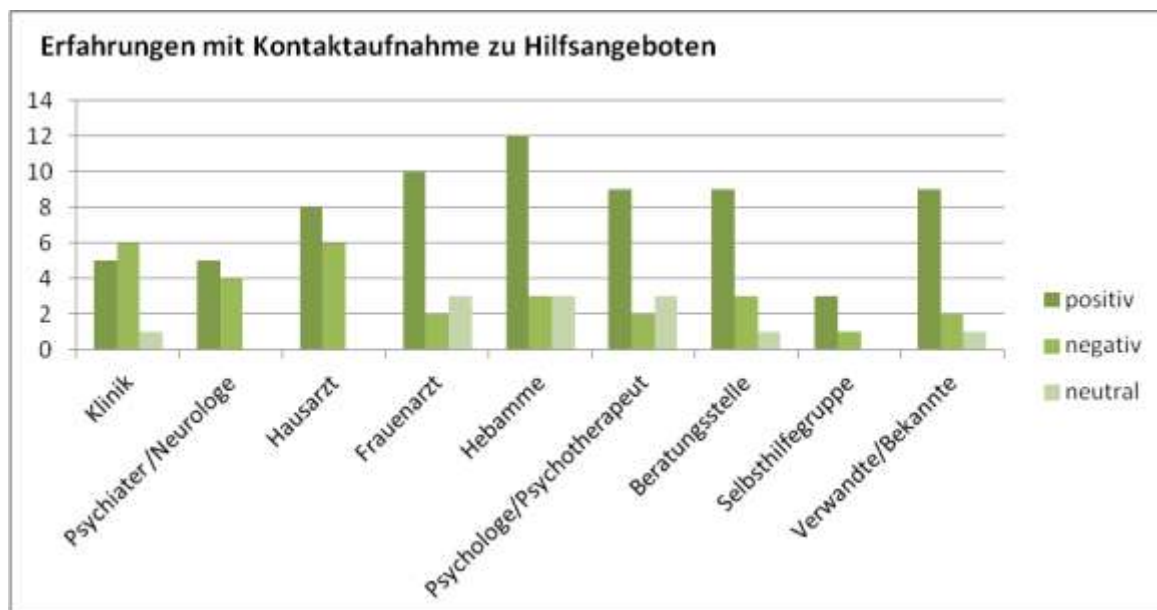


Abb. 4: Erfahrungen mit Kontaktaufnahme zu Hilfsangeboten
(Mehrfachnennungen möglich; Zahlen absolut)

Aus der Gruppe der Fachkräfte wird besonders die Kontaktaufnahme zu den Hebammen positiv bewertet. Auch bei den Gynäkologen, psychologischen Psychotherapeuten und Beratungsstellen überwiegen die positiven Erfahrungen. In den Kliniken, bei Hausärzten und Psychiatern gab es neben positiven Erfahrungen jedoch auch viele Erstkontakte mit negativen Erfahrungen. Dies hängt möglicherweise mit den sehr begrenzten Zeitfenstern und fehlenden Ressourcen dieser Berufsgruppen zusammen, die den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht werden. Weiterhin ist anzunehmen, dass nicht alle Berufsgruppen ein vergleichbar umfangreiches Wissen über das Krankheitsbild der PPD sowie die Möglichkeiten der Hilfe haben und daher die Patientinnen nicht adäquat versorgen und/oder an kompetente Stellen weiter vermitteln können.

So formuliert eine Mutter auf die Frage „Was hat gefehlt?“:

„Bei der ersten (...) anscheinend Kenntnisse zur postpartalen Depression“.

Eine andere:

„Dass man ernst genommen wird!!!“

Auffallend ist auch, dass die Teilnehmerinnen der Befragung sich vergleichsweise selten zunächst an eine Selbsthilfegruppe gewandt haben. Verwandte und Bekannte nehmen dagegen einen hohen Stellenwert ein, der überwiegend mit positiven Erfahrungen belegt wird und damit eine sehr wichtige Ressource für die Betroffenen darstellt.

Der Fragebogen beinhaltete auch zwei Fragen zur Weitervermittlung der betroffenen Frauen an andere Hilfsangebote. 64% der Frauen wurden an andere Stellen weitervermittelt. Die Anzahl der Weitervermittlungen verteilt sich wie folgt:

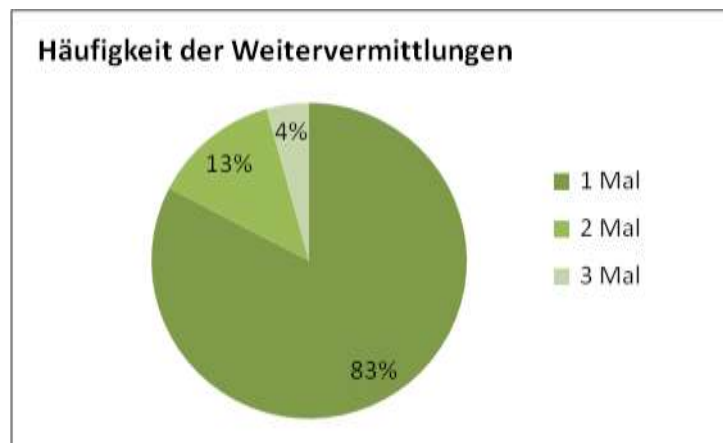


Abb. 5: Häufigkeit der Weitervermittlungen

Eine Interpretation dieser Daten ist in Ermangelung einer weiteren Differenzierung nicht möglich. Die Zahlen lassen leider keine Rückschlüsse über die Zufriedenheit der betroffenen Frauen über die Vermittlungen oder über das Zusammenwirken der Angebote im Netzwerk zu.

Hier wären weitergehende Erhebungen jedoch für die Bewertung der Qualität der Arbeit im Netzwerk interessant.

Befragt nach der Dauer von der Anfrage bis zum Einsetzen einer Hilfe ergibt sich folgendes Bild:

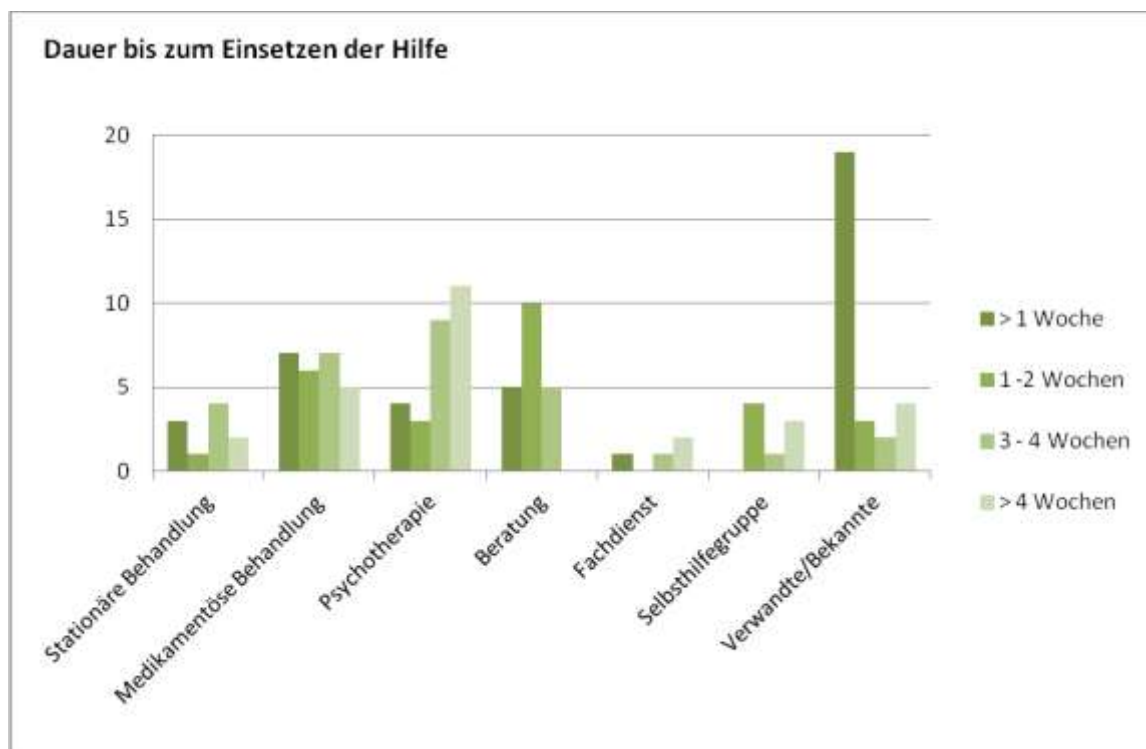


Abb. 6: Dauer bis zum Einsetzen der Hilfe
(Mehrfachnennungen möglich, Zahlen absolut)



Bei einem Großteil der Befragten setzt die Hilfe durch Verwandte und Bekannte unmittelbar ein; die eigene Familie stellt damit die größte Ressource für die betroffene Mutter und ihr Kind dar. „Fachliche“ Hilfen setzen häufig mit einer zeitlichen Verzögerung ein, die durch die familiäre Unterstützung überbrückt werden kann.

Dieser Eindruck wird auch gestützt durch die Tatsache, dass nur 4% der Säuglinge der befragten Mütter außerhalb der Familie (z.B. bei Tagesmüttern, in einer Kita oder in einer Pflegefamilie) betreut wurden. In der Regel wird die Betreuung des Kindes innerhalb der Familie geregelt und die Mutter durch den Partner und andere Familienmitglieder unterstützt:

Betroffene	34%
Partner	34%
Familie	22%
Freunde	7%
Fremdversorgung z.B. Tagesmutter, Kita, Pflegefamilie	4%

Tab. 4: Versorgung des Kindes/der Kinder
(Mehrfachnennungen möglich)

Deutlich wird in der obenstehenden Grafik (Abb. 5) auch, dass es für die Frauen sehr schwierig ist, zeitnah ein psychotherapeutisches Angebot zu finden. Die Kapazitäten vieler niedergelassener Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind erschöpft, so dass es zu langen Wartezeiten kommt oder die Betroffenen gar keinen Therapieplatz finden.

Gerade in dieser sehr belastenden Situation einer an PPD erkrankten Mutter und mit Blick auf den Säugling und auch weitere Kinder ist hier jedoch ein zeitnahes Angebot dringend erforderlich; auch, um eine evt. begonnene medikamentöse Behandlung zu unterstützen.

So gaben über 10% aller Frauen auf die Frage „Was hat nicht geholfen?“ die alleinige medikamentöse Behandlung an. Eine Frau schreibt:

„Besuch bei Psychiaterin, da sie nur Medikamente verschrieben hat. (...) Die Psyche wurde ausgeblendet; hätte mir Kontakte/Vermittlung zu passenden Fachkräften gewünscht (Psychotherapeut, Selbsthilfegruppe etc.).“

Eine andere Mutter fasst es kürzer:

„Erst nur Medikamente haben gar nicht geholfen.“

In Frage 15 werden die Teilnehmerinnen gefragt, was aus ihrer Sicht gefehlt hat. Hier wird das Dilemma bzgl. der psychotherapeutischen Versorgung noch einmal deutlicher:

„Psychotherapie hat erst nach 52 Wochen begonnen.“

„Ich habe ca. 10-15 ambulante Psychologen angerufen. Davon haben 2-3 zurück gerufen und gesagt, dass sie einen Platz in 2-3 Monaten (!) haben. Schnelle Hilfe gelang nur durch die Beziehungen der Hebamme zu einer Psychologin.“

Weiterhin wurde von über 20 % der Teilnehmerinnen eine fehlende ausführliche Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten benannt. So schildert eine Frau auf die Frage „Was hat gefehlt?“:

„Jemand, der mir gesagt hat, dass ich eine Erkrankung habe, an der ich nicht schuld bin und erst wieder richtig für meine Familie da sein kann, wenn ich wieder gesund bin. (...)“



Ein ebenso großer Prozentsatz vermisst Kenntnisse über die Erkrankung und damit ein Verständnis für die Gefühlslage der Betroffenen sowohl innerhalb der Familie aber auch bei Fachleuten. Die folgende Aussage macht dies exemplarisch deutlich:

„Leider war es eine lange Reise (...) Hilfe an der richtigen Stelle zu finden, war nicht einfach und für mich ein langer Weg. Leider habe ich die Erfahrung gemacht, dass viele Stellen mit postpartaler Depression überfordert sind.“

Häufiger benannt wird zudem das Fehlen von praktischer Hilfe und Unterstützung im Alltag.

Auch Informationen zu den Hilfen für die Partner der betroffenen Frauen wurden erhoben. So ergibt sich auf die Frage „Hat Ihr Partner Hilfe in Anspruch genommen?“ folgendes Bild unter den Frauen, die in einer Beziehung leben:

Ja	24%
Nein, es gab kein Angebot	48%
Nein, er wollte keine Hilfe	27%

Tab. 5: Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch den Partner

Drei Viertel der Partner haben demzufolge keine Hilfen in Anspruch genommen. Beinahe 50 % hatten keine Kenntnis über Hilfsangebote für Angehörige, über ein Viertel hatte keinen Hilfebedarf.

Die Nachfrage nach den von rund ein Viertel der Partner in Anspruch genommen Hilfen zeigt, dass es sich hier fast ausschließlich um einen Einbezug in die von der betroffenen Frau in Anspruch genommenen Hilfen handelt. Nur ein Vater hat eine Beratung eigens für sich und seine Situation genutzt.

Hier wird deutlich, dass es für Angehörige, besonders aber für die Partner von betroffenen Frauen nur sehr wenige Hilfsangebote gibt oder aber diese nicht ausreichend bekannt gemacht worden sind, so dass die Familien keine Kenntnis davon erhalten haben.

4. Fazit

Mit einem Rücklauf von 43 Fragebögen kann die vorliegende Evaluation keine validen Aussagen treffen, jedoch Tendenzen beschreiben und Fachkräfte für die Situation betroffener Familien sensibilisieren.

Die von den Fachkräften des AK Bindung aufgestellten Hypothesen zur Versorgung von an PPD erkrankten Frauen und ihren Familien werden durch die Evaluation bestätigt, können zum Teil jedoch noch differenziert werden:

1. Wissensstand von Eltern

Es fehlt eine flächendeckende präventive Information schwangerer Frauen und ihrer Angehörigen durch Fachkräfte (Hebammen, Frauenärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen u.a.) über PPD und andere psychische Erkrankungen, die im Zusammenhang mit der Geburt auftreten können.

Wie die Erhebung deutlich gemacht hat, hatten fast 50% der befragten Frauen zum Zeitpunkt der Erkrankung keine Kenntnis von Postpartaler Depression. Das vorhandene Wissen der Frauen, die bereits Kenntnisse hatten, speiste sich v.a. aus den Medien. Diese Angaben bestätigen die Hypothese der Fachkräfte und zeigen ein großes Defizit in der präventiven Information schwangerer Frauen und deren Angehörigen auf. Hier sind vor allem Hebammen, Gynäkologen und andere Fachkräfte, die



regelmäßigen Kontakt zu schwangeren Frauen und deren Partnern haben, gefragt, ein entsprechendes Informationsangebot regelhaft in die Versorgung mit aufzunehmen und nach der Geburt den Gemütszustand der Frau zu erfragen, um ggf. passgenaue Hilfen einzuleiten.

Eine betroffene Mutter stützt diese Forderung mit ihrer Aussage auf die Frage "Was wäre noch wichtig mitzuteilen?":

"Es ist wichtig, dass schon Schwangere umfassend über das Thema aufgeklärt werden und dass der Druck herausgenommen wird, der auf einer Mutter lastet, immer glücklich sein zu müssen."

2. Wissensstand von Fachkräften

Der Wissensstand bei Fachkräften über die Erkrankung, die Diagnostik und die Möglichkeiten der Behandlung und Unterstützung ist nicht einheitlich und manchmal defizitär. Oftmals ist auch das Wissen um die Unterschiede von Therapie, Beratung, psychiatrischem Gespräch und Diagnostik nicht immer vorhanden.

Diese Hypothese kann durch die Ergebnisse der Evaluation nicht direkt überprüft werden. Jedoch zeigen die Antworten auf die Frage, welche Erfahrungen die betroffenen Frauen bei ihrer ersten Kontaktaufnahme mit Fachkräften verschiedener Berufsgruppen gemacht haben, dass mehr als ein Viertel dieser Erfahrungen negativ bewertet wurden. Den frei formulierten Aussagen der Frauen im Rahmen der letzten Fragestellung "Was wäre noch wichtig mitzuteilen?" lässt sich zudem entnehmen, dass viele Betroffene das Gefühl hatten, bei den sie betreuenden Fachkräften auf unzureichendes Wissen über die Erkrankung oder adäquate Hilfsangebote zu stoßen. Von 22 Antworten formulieren 11 Frauen derartige Erfahrungen. So z.B.:

"(...)Allgemein hatte ich das Gefühl, dass es beschwerlich war, an Informationen zu kommen oder an der richtigen Stelle Hilfe zu bekommen. Eine Haushaltshilfe wäre hilfreich gewesen, über diese Möglichkeit wurden wir aber nicht aufgeklärt/informiert. (...)"

"(...)Ich würde mir mehr Aufklärung für Gynäkologen/-innen und Hebammen wünschen, damit sie für das Thema sensibilisiert sind und kompetenter und schneller reagieren und helfen können. (...)"

"Das wichtigste zur schnellen Besserung und Behandlung ist die schnelle Hilfe. Daher sollten die Personen, die direkten Kontakt zu den Betroffenen haben (Hebammen, Gynäkologen) speziell geschult sein um Anzeichen zu erkennen. Diese sollten dann Adressen von Psychologen und Psychiatern haben, wo sie zeitnah (innerhalb 1 Woche) einen Termin bekommen. (...)"

3. Stationäre psychiatrische Behandlung

Eine adäquate stationäre Aufnahme von Mutter und Kind ist derzeit in einer regionalen Einrichtung nicht möglich; es besteht jedoch dringender Bedarf nach einem derartigen Hilfeangebot.

Im gesamten Bundesgebiet gibt es nur wenige Kliniken, die ein spezifisches Angebot für postpartal erkrankte Frauen und ihren Säugling bereit stellen. Dies ist v.a. der fehlenden gesetzlichen Grundlage für die Finanzierung der Aufnahme des (gesunden) Kindes geschuldet und damit nicht nur in Bonn ein Manko.

Da ein Klinikaufenthalt der erkrankten Mutter mit ihrem Kind nur in bestimmten Fällen indiziert ist, sind auch nicht alle Frauen von dieser Problematik betroffen. Bei den meisten Frauen ist eine ambulante Behandlung und Unterstützung ausreichend oder aber der Mutter geht es so schlecht, dass ein Klinikaufenthalt ohne Kind angezeigt ist.

In bestimmten Fällen ist jedoch die Aufnahme von Mutter und Kind der indizierte Behandlungsweg. Viele Frauen kämpfen mit großen Schuldgefühlen gegenüber ihrem Kind, die durch eine Trennung



noch verstärkt werden. Zudem ist es gerade für stillende Mütter eine zusätzliche extreme Belastung, ihr Baby gegen ihren Wunsch abstillen zu müssen.

Die Hypothese des AK Bindung wird durch die Evaluation nicht quantitativ bestätigt. Die Beiträge von drei Frauen in den offenen Frageformulierungen weisen jedoch darauf hin, dass diese Option den Bedürfnissen dieser Frauen am besten entsprochen hätte.

4. Spezifische Angebote für betroffene Familien

Es gibt kaum spezifische Angebote für Väter als Partner betroffener Frauen.

Die Evaluation zeigt deutlich, dass die Partner betroffener Frauen nur in den seltensten Fällen Hilfsangebote in Anspruch nehmen; sei es, weil sie selbst keinen Bedarf haben oder weil ihnen kein entsprechendes Angebot bekannt ist. Wie in der Beratungspraxis sichtbar, sind Väter auch in anderen Kontexten unterrepräsentiert, wenn es um die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten wie Beratung und Therapie geht. Möglicherweise sind die angebotenen Settings nicht auf die Bedürfnisse von Vätern ausgerichtet.

Wichtig ist es jedoch, die Väter als wichtigste Ressource bei der Bewältigung dieser sehr belasteten Familiensituation in den Blick zu nehmen und so gut wie möglich zu stärken. Hierzu gehört in erster Linie, die Einbeziehung der Väter in die Aufklärung über das Krankheitsbild, die Behandlungsplanung und die Behandlung selbst. In diesem Kontext können die Bedürfnisse der Väter thematisiert und ggf. Hilfsangebote vermittelt oder initiiert werden.

5. Bindungsfördernde Betreuung des/der Kindes/r

Fällt die Mutter als Betreuungsperson aus und auch die Familie (Kindsvater, Großeltern...) kann die Betreuung des /r Kindes/r nicht übernehmen, so ist eine verlässliche, vertraute und verfügbare Betreuung v.a. kurzfristig nur schwer durch die vorhandenen Hilfesysteme zu gewährleisten.

Die Evaluation macht deutlich, welche wichtige Ressource die Familie der betroffenen Mutter bei einer Erkrankung spielt. Partner und Familienangehörige kümmern sich häufig sehr zeitnah und zuverlässig um Mutter und Kind.

Nicht immer kann das Familiensystem jedoch den Ausfall der Mutter überbrücken. Viele Familien leben heute in großer räumlicher Distanz zu der Großelterngeneration oder aber berufstätige Väter können nur begrenzt Urlaub nehmen, um das Kind zu versorgen. Zudem gibt es eine große Zahl an Müttern, die ihr Kind allein erziehen.

Nur in wenigen Fällen wurde von den befragten Frauen die Unterstützung fachlicher Hilfen bei der Betreuung des/der Kindes/r in Anspruch genommen. Dies kann eine Tagespflegeperson, die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe oder ggf. auch eine Pflegefamilie sein. Vor allem, wenn kurzfristig eine professionelle Hilfe erforderlich ist, braucht es manchmal einige Zeit, bis diese installiert werden kann. So ist z.B. eine Tagespflegeperson aufgrund der großen Nachfrage nur mit einigem zeitlichen Vorlauf zu organisieren; der Einsatz einer über die Krankenkasse finanzierten Haushaltshilfe bedarf zunächst eines ärztlichen Attests sowie einer Bewilligung durch die Krankenkasse. Erst dann kann nach einer geeigneten Kraft gesucht werden, was kurzfristig in vielen Fällen aufgrund der begrenzten Ressourcen der Anbieter schwierig wird. Neben dem großen organisatorischen Aufwand, den diese Hilfeinleitung für die betroffenen Familien bedeutet, ist so auch die konstante Betreuung des/der Kindes/r durch eine Person, die dem Kind **vertraut** (geworden), **verlässlich** und **verfügbar** ist, nicht gewährleistet. Gerade mit Blick auf die sensiblen



ersten zwei Lebensjahre eines Kindes hinsichtlich der Entwicklung einer sicheren Bindung ist dies jedoch schädlich.

So schreibt eine Mutter:

"Wer keine Familie hat, ist glaube ich, ziemlich aufgeschmissen. Denn als (...) [der Pflegedienst] endlich Zeit hatte, haben sie uns sehr viele verschiedene Frauen geschickt, es war für mich anstrengend alles neu zu erzählen bzw. zu erklären und mein älteres Kind wusste auch nicht, was los ist, ständig andere Frauen."

Auf die Frage "Was hat gefehlt?" nennen zudem mehrere Frauen die Unterstützung durch eine Haushaltshilfe bzw. eine praktische Hilfe im Alltag. Hier fühlen sich manche allein gelassen.

Ebenso wie das Fehlen eines wohnortnahen stationären Angebots für Mutter und Kind sind auch die Mängel in der Unterstützung durch Familienpflegerinnen/Haushaltshilfen auf die erschwerten Rahmenbedingungen, in denen dieses Angebot aufrecht erhalten wird, zurück zu führen.

5. Empfehlungen

Aus den im Fazit geschilderten Erkenntnissen lassen sich folgende Empfehlungen ableiten:

1. Die Information werdender Eltern über die Möglichkeit einer Erkrankung an PPD muss bereits vor der Geburt ausgebaut werden.

Alle Fachkräfte, die in regelmäßigem Kontakt zu schwangeren Frauen stehen, müssen dieses Thema verbindlich in ihre Arbeit aufnehmen. Hierzu gehören v.a. Gynäkologische Praxen, Hebammen sowie Entbindungskliniken aber auch Schwangerschaftsberatungsstellen. Wichtig ist es, unabhängig vom Setting die werdenden Väter einzubeziehen.

2. Der Wissensstand und die Sensibilisierung von Fachkräften verschiedenster Professionen muss ausgebaut werden, um betroffenen Frauen schnellstmöglich Hilfe zukommen lassen zu können.

Der Kenntnisstand der Fachkräfte sollte neben dem Wissen um Symptome und Diagnose auch Kenntnisse über Behandlungsmöglichkeiten und flankierende Hilfsangebote, wie z.B. Einsatz von Familienhebammen, kassenfinanzierte Familienpflege, ehrenamtliche Unterstützungsangebote und dergleichen umfassen. Hierzu könnte z.B. eine durch die Ärztekammer zertifizierte Fortbildung für Gynäkologen/innen und Hebammen beitragen.

3. Die Information und Einbeziehung von Familienangehörigen bei der Behandlung und Begleitung von an PPD erkrankter Frauen ist unerlässlich.

Hierzu gehört es auch, die besondere Belastung der Angehörigen in den Blick zu nehmen und ggf. Hilfsangebote zu unterbreiten.

4. Für die besonders belastete Situation von alleinerziehenden Müttern ohne soziales Netz muss ein sehr kurzfristig aktivierbares Hilfesystem mit Fachkräften verschiedener Professionen etabliert werden.

Es handelt sich hier um ein besonders vulnerables Familiensystem, dass nicht auf die schnelle Hilfe des Partners oder ggfls. von Familienangehörigen zurück greifen kann und daher in besonderem Maße Unterstützung benötigt.

5. Der Aufbau eines stationären Angebots für Mutter und Kind ist dringend erforderlich.

Neben der Behandlung der Mutter ist hier ein Schwerpunkt der Behandlung auf die Förderung der Interaktion zwischen Mutter und Kind zu legen, um die Mutter im feinfühligem Umgang mit dem Kind zu stärken und so den Aufbau einer sicheren Bindung zu unterstützen.

6. Bei der Versorgung der Säuglinge/Kinder ist eine möglichst große Kontinuität zu gewährleisten.



Ziel sollte es stets sein, die Hilfen an den Bedürfnissen des Kindes auszurichten. Durch eine personelle Konstanz können die Belastungen für die Familie und die Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung des/r Kindes/r gering gehalten werden. Hierzu gehört es auch, die Interaktion zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen in den Blick zu nehmen und zu fördern.

Darüber hinaus sind weitere Maßnahmen erforderlich, um den betroffenen Familien frühzeitig Hilfen zukommen lassen zu können:

- So bedürfen v.a. Familien, die über geringe Sprachkenntnisse und damit in der Regel auch geringe Systemkenntnisse verfügen, eines besonderen Augenmerks und besonderer Maßnahmen. Da es in Teilen schon für deutschsprachige Familien schwer ist, die für sie richtige Hilfe zu finden, ist zu vermuten, dass es diesem Personenkreis so gut wie gar nicht gelingt.
- Auch ist die frühe und präventive Ansprache von Familien in besonderen Belastungslagen rund um die Geburt auszubauen. So fordert eine Mutter:

"Bitte unbedingt schon in der Kinderklinik die Eltern unterstützen. Unsere Tochter kam krank zur Welt, musste mehrfach operiert werden, war lange stationär. Hier sollte die psychische/psychologische Hilfe/Unterstützung der Eltern beginnen!"

Eine andere schreibt:

"Es ist zwar bekannt, dass es das Phänomen Postpartale Depression gibt, das Ausmaß und Gewicht dieser Krankheit ist kaum jemandem bewusst. Es gibt kaum bekannte Stellen, die sich spezialisiert haben und vor Ort zur Verfügung stehen. Deshalb einen herzlichen Dank für Ihre Arbeit in diesem Bereich."

Neben der von den befragten Frauen vorgebrachten Kritik und dem beschriebenen Leid formuliert eine Mutter eine abschließende Botschaft:

"Man wird definitiv wieder ganz gesund und ist in der Lage, sich um sein Kind zu kümmern und auch das sonstige Leben wie vorher zu meistern."

Die Aufgabe der Fachkräfte sollte es stets sein, betroffenen Familien dieses Ziel vor Augen zu führen und das Erreichen mit eigenem Wissen und vernetztem Arbeiten zu unterstützen.



Bonn, Mai 2015

Liebe Mutter,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an der Befragung des Netzwerks Frühe Hilfen Bonn zur aktuellen Versorgungslage von Familien, die von einer postpartalen Depression betroffen sind oder waren. Wir möchten gerne Mütter befragen, die ab 2013 von einer postpartalen Depression betroffen waren.

Das Netzwerk Frühe Hilfen Bonn ist ein Zusammenschluss von über 50 Einrichtungen aus den Bereichen Jugendhilfe, Gesundheits- und Sozialwesen sowie Familienbildung. Ziel ist es, Familien bei einem guten Start mit ihrem Kind zu unterstützen. Hierfür ist es erforderlich, dass Beratungs- und Unterstützungsangebote auf die Bedürfnisse der Familien ausgerichtet sind.

Um den Bedarf von Familien, die von Postpartaler Depression betroffen sind, zu erfassen und hierfür passende Hilfsangebote bereit stellen zu können, benötigen wir Ihre Hilfe.

Sie können uns sehr unterstützen, wenn Sie folgende Fragen beantworten und mit dem beiliegenden bereits frankierten Umschlag an uns zurück senden. Auf diesem Wege bleiben Ihre Angaben anonym und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Gerne stehen wir Ihnen für Anregungen oder Fragen zu Verfügung!

Frühe Hilfen Bonn – Das Netzwerk für Vater, Mutter, Kind

Susanne Absalon

Dyroffstraße 7

53113 Bonn

Telefon 0228/108-248

fruehehilfen@caritas-bonn.de

www.fruehehilfen-bonn.de



Fragebogen für Mütter zum Thema Postpartale Depression

Bitte beantworten Sie die Fragen bzw. kreuzen die für Sie zutreffenden Antwortvorgaben an.

1. Bitte geben Sie die Postleitzahl Ihres Wohnortes an: PLZ _____

2. In welchem Jahr sind Sie geboren? Geburtsjahr _____

3. Wie viele Kinder haben Sie? Anzahl _____

4. Bitte geben Sie das/die Geburtsjahr/e Ihres/r Kindes/r an: _____

5. In welchem Jahr ist die Erkrankung erstmalig aufgetreten? _____

6. Hatten Sie vor Ihrer Erkrankung Kenntnisse über Postpartale Depression?

☐

ja

☐

nein

7. Woher hatten Sie diese Informationen?

Mehrfachnennungen möglich.

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Klinik
Psychiater/ Neurologe
Hausarzt
Frauenarzt
Kinderarzt
Sonstiges, und zwar:

☐
☐
☐
☐
☐

Hebamme
Psychologe/ Psychotherapeut
Beratungsstelle
Verwandte/ Bekannte
Medien

8. Wann haben Sie bemerkt, dass etwas nicht stimmt/ dass sich Ihr Gemütszustand verändert hat?

☐
☐
☐
☐

In der Schwangerschaft
0-7 Tage nach Geburt
1-3 Monate nach Geburt
Später, und zwar:

☐
☐

4-6 Monate nach Geburt
7-12 Monate nach Geburt

9. Was waren Anzeichen?

Mehrfachnennungen möglich.

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

Müdigkeit, Erschöpfung, Energiemangel
Traurigkeit, häufiges Weinen
Schuldgefühle
Zwiespältige/ fehlende Gefühle gegenüber dem Kind
Innere Leere
Konzentrations-, Appetit-, Schlafstörungen
Allgemeines Desinteresse, sexuelle Unlust
Ängste, extreme Reizbarkeit, Wut, Panikattacken, Zwangsgedanken
Kopfschmerzen, Schwindel, Herzbeschwerden, andere körperl. Beschw.
Sonstiges, und zwar:



10. Woran haben Sie oder Andere gemerkt, dass Hilfe gut wäre/ dass Sie Hilfe brauchen?

11. Haben Sie sich selbst um Hilfe bemüht, oder wurde Ihnen diese von Außen angetragen?

☐	Ich habe mich selbst um Hilfe bemüht
☐	Beides
☐	Mir wurde diese Hilfe von Außen angetragen und zwar von:

12. An wen haben Sie sich zuerst gewandt und um Hilfe gebeten und wie war Ihre Erfahrung?

Mehrfachnennungen möglich.

		Meine Erfahrung war:		
		positiv	negativ	neutral
☐	Klinik	☐	☐	☐
☐	Psychiater/ Neurologe	☐	☐	☐
☐	Hausarzt	☐	☐	☐
☐	Frauenarzt	☐	☐	☐
☐	Kinderarzt	☐	☐	☐
☐	Hebamme	☐	☐	☐
☐	Psychologe/Psychotherapeut	☐	☐	☐
☐	Beratungsstelle	☐	☐	☐
☐	Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐
☐	Verwandte/ Bekannte	☐	☐	☐
☐	Sonstiges, und zwar:	☐	☐	☐

13. Wie lange hat es gedauert, bis die jeweilige Hilfe eingesetzt hat?

Mehrfachnennungen möglich.

		> 1 Wo.	1-2 Wo.	3-4 Wo.	> 4 Wo., und zwar:	(Bitte genaue Zahl eintragen.)
☐	Stationäre Behandlung	☐	☐	☐	☐	Wo.
☐	Medikamentöse Behandl.	☐	☐	☐	☐	Wo.
☐	Psychotherapie	☐	☐	☐	☐	Wo.
☐	Beratung	☐	☐	☐	☐	Wo.
☐	Entlastung/Begleitung durch Fachdienst	☐	☐	☐	☐	Wo.
☐	Selbsthilfegruppe	☐	☐	☐	☐	Wo.
☐	Unterstützung durch Verwandte/ Bekannte	☐	☐	☐	☐	Wo.
☐	Medien	☐	☐	☐	☐	Wo.
☐	Sonstiges, und zwar:	☐	☐	☐	☐	Wo.



14. Was hat nicht geholfen?

15. Was hat gefehlt?

16. Wurden Sie an eine andere Stelle weiter vermittelt? Wenn ja, wie oft?

☐	Nein, ich wurde nicht weiter vermittelt
☐	1 Mal
☐	2 Mal
☐	3 Mal oder mehr, und zwar: Mal (bitte genaue Zahl eintragen)

17. Wer hat in der Zeit Ihrer Erkrankung das Kind/ die Kinder versorgt?

Mehrfachnennungen möglich.

☐	Ich selbst
☐	Partner
☐	Freunde
☐	Familie
☐	Fremdversorgung, z.B. Tagesmutter, Kita, Pflegefamilie

18. Hat Ihr Partner Hilfe in Anspruch genommen?

☐	Ja
☐	Nein, es gab kein Angebot
☐	Nein, er wollte keine Hilfe
☐	Ich habe keinen Partner

19. Wenn ja, welche Hilfe hat Ihr Partner in Anspruch genommen?

Mehrfachnennungen möglich.

☐	Psychotherapie
☐	Beratung
☐	Selbsthilfe
☐	Sonstiges, und zwar:

20. Was wäre aus Ihrer Sicht noch wichtig mitzuteilen?

Bitte nutzen Sie die Rückseite, wenn Sie mehr Platz benötigen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!