

peripartale Betreuung

# Wochenbett-Krisenhilfe – eine wirksame Maßnahme bei peripartaler Depression

L. Spätling<sup>1</sup>, U. Weber<sup>2</sup>, J. Spätling<sup>3</sup>, B. Hohmann<sup>4</sup>, A. Kehyayan<sup>5</sup>, H. Kessler<sup>5,6</sup>

■ Die Peripartale Depression (PPD) belastet viele Frauen und ihre Familien vor und oft bis lange nach der Geburt und kann bis zwei Jahre post partum eintreten. Aktuell sind diese Frauen unterversorgt, da Diagnose und Behandlung nicht adäquat etabliert sind und die Übergänge zwischen einem noch physiologischen Baby Blues und einer manifesten PPD fließend sein können. Um die betroffenen Frauen zu stützen, wurde die Wochenbett-Krisenhilfe (WKH) etabliert, eine aufsuchende Begleitung, bei dem eine speziell ausgebildete Krankenschwester direkt von den Betroffenen per Mobiltelefon um Unterstützung gebeten werden kann. Die Wochenbett-Krisenhelferin besucht die Betroffene nach Bedarf zu Hause und hilft bei der Bewältigung ihrer Situation, Aufklärung und Begleitung der Familie. Im Rahmen einer Pilotstudie wurden 125 betroffene Frauen im Durchschnitt 5-mal (min 1, max 15) besucht. Der Mittelwert der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) verbesserte sich hochsignifikant und mit großer Effektstärke von 17,8 vor auf 8,4 nach den Interventionen und damit unter den Schwellenwert von 9 für klinische Auffälligkeit. Nach EPDS zeigten 63 % der Frauen eine klinische Response. Im Durchschnitt mussten 283 Euro pro Betroffene aufgewendet werden. Die erhebliche Verbesserung der Lebenssituation der betroffenen Mütter im Verhältnis zu den geringen Kosten sollten dazu führen, die Wochenbett-Krisenhilfe allen Frauen mit PPD zur Verfügung zu stellen.

Ein Kind zu haben, bedeutet für die meisten Frauen ein großes Glück. Aber

nicht immer stellt sich dieses Glück ein. Während sich bei 50–80 % der Frauen einige Tage nach der Geburt vorübergehend der sogenannte Baby-Blues mit Erschöpfung, Stimmungsschwankungen, Traurigkeit und Ängstlichkeit zeigt (1), hat die bei 10–20 % aller Mütter auftretende Peripartale Depression (PPD) deutlichen Krankheitswert. Zum Teil schon vor der Geburt bis hin zu zwei Jahren danach werden – über die Symptome des Baby-Blues hinaus – Schuldgefühle, Versagensängste, zwiespältige Gefühle dem Kind gegenüber, Überforderung, Ängste, Panikattacken, Zwangsgedanken mit destruktiven Vorstellungen bis hin zum Suizid und Infantizid erlebt (2).

## Aktuelle Versorgungslage

Die Versorgung von Patientinnen mit PPD ist unzureichend. Dass nur 20 bis 40 % der Frauen professionelle Hilfe aufsuchen (3, 4), liegt einerseits am fließenden Übergang zwischen Baby Blues und einer manifesten PPD, aber auch daran, dass das Wissen um die Krankheit und um Hilfsstrukturen unzureichend verbreitet ist. Andererseits sind Strukturen, aber auch Ressourcen zur Diagnostik und Therapie der PPD in weiten Teilen Deutschlands kaum vorhanden. Auch wird der positive Einfluss von unterstützenden Maßnahmen von den Betroffenen häufig unterschätzt.

Hat eine junge Mutter nicht das Glück, dass die im Wochenbett betreuende Hebamme auf ihre Symptome aufmerksam wird, dauert es lange, bis die Mutter selbst oder ihre Familie die Notwendigkeit von Hilfe erkennt und professio-

nellen Rat anfragt. Zudem ist eine psychotherapeutische Behandlung nicht selten mit langen Wartezeiten verbunden, in denen die Frauen mit Ihren Säuglingen und ihre Familien weiter leiden und die Mutter-Kind-Bindung oft Schaden nimmt. Oft resignieren die Betroffenen, ohne sich Hilfe zu suchen.

Der von Sabine Surholt gegründete Verein „Schatten und Licht“ hat sich dieses Problems angenommen und in vielen Teilen Deutschlands Selbsthilfegruppen ins Leben gerufen und unterstützende Netzwerke aufgebaut (5). Sich an Selbsthilfegruppen zu wenden, bedarf jedoch der Eigeninitiative, die oft von der Mutter krankheitsbedingt nicht aufgebracht werden kann. Einschränkend ist anzumerken, dass die PPD eine Erkrankung mit unterschiedlichen Schweregraden ist, und daher ein ärztliches Eingreifen nicht in jedem Fall zwingend erforderlich ist. Mit der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) liegt ein zuverlässiger

<sup>1</sup> Direktor der Frauenklinik am Klinikum Fulda a.D., Vorstand Deutsche Familienstiftung

<sup>2</sup> Fachkrankenschwester für Psychiatrie, sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt Fulda, Systemische Therapeutin (SG)

<sup>3</sup> Dipl. Heilpädagogin, Geschäftsführerin Deutsche Familienstiftung, psychosoziale Eltern-Begleitung Neonatologie Klinikum Fulda

<sup>4</sup> Krankenschwester, Klinikum Fulda, Wochenbett-Krisenhelferin, Systemische Beraterin, Familienunterstützerin

<sup>5</sup> Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums der Ruhr-Universität Bochum

<sup>6</sup> Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Fulda, Campus Fulda der Universitätsmedizin Marburg

und ökonomisch anwendbarer Fragebogen vor, der mit nur 10 Items im Sinne eines Screenings erste Hinweise auf das Vorhandensein einer PPD geben kann (6, 7).

## Wochenbett-Krisenhilfe (WKH)

Das niederschwellige aufsuchende Konzept hat das Ziel, den Tagesablauf der betroffenen Mutter zu strukturieren, die gesamte Familie einzubeziehen, ihr durch Vermittlung von Entlastungsmöglichkeiten zu helfen, damit den Frauen trotz der Erkrankung ein Leben in ihrem gewohnten Umfeld ermöglicht werden kann. Die WKH soll die Erkrankung mildern, verkürzen, Mutter und Kind nicht trennen und deren Bindung fördern.

Die Entstehung der WKH geht auf den „Arbeitskreis Wochenbett“ in Fulda zurück. Mit Hilfe der Deutsche Familienstiftung wurde dieses Konzept strukturiert, wissenschaftlich begleitet und in der Stiftungsarbeit angesiedelt. Erste Auswertungen wurden 2014 vorgetragen (8). Die Deutsche Familienstiftung bietet eine entsprechende Fortbildung an (9).\*

Eine in der WKH fortgebildete Krankenschwester wird dabei mit einem Mobiltelefon ausgestattet, über das von der Betroffenen ein erster Kontakt hergestellt wird. Innerhalb von 48 Stunden erfolgt ein Hausbesuch. Neben den Besuchen tragen Telefongespräche und auch WhatsApp-Kommunikation zur Stabilisierung der Betroffenen bei.

Nach der Anamnese wird in Einzel-, Paar- und Familiengesprächen über Krankheitsbilder, Risikofaktoren, Präventionsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt und ggf. eine Weitervermittlung an Hilfesysteme eingeleitet.

In der hier dargestellten Pilotstudie wurde eine Subgruppe der betroffenen Frauen, die am Angebot der WKH teil-

## Daten der in die Pilotstudie eingeschlossenen Frauen

	Mittelwert	Standardabw.	Minimalwert	Maximalwert
Alter der Mutter (Jahre)	31,6	5,2	19	42
EPDS Score vor WKH	17,8	4,4	6	28
EPDS Score nach WKH	8,4	3,1	2	16
EPDS Differenz (vor/nach WKH)	-9,4	4,4	-22	0
Anzahl Besuche gesamt	5,3	2,7	1	15
Kosten gesamt (in Euro)	283,33	152,53	58,80	854

Tab. 1: Daten der in die Pilotstudie eingeschlossenen Frauen

nahmen vor und nach den Interventionen per Fragebogen (EPDS) untersucht, um mögliche Veränderungen zu erfassen und Bezüge zum Aufwand (Anzahl der Termine) und den Kosten der WKH herzustellen.

## Methoden

### Design der Pilotstudie und Patientinnen

Eine Subgruppe der Gesamtpopulation, die an den Angeboten der WKH teilnahm, wurde in die Pilotstudie aufgenommen (N=125). Neben den demografischen Daten wurde bei den Frauen bei Einschluss ein Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (6) erfasst. Nach den Interventionen, deren Ende nach klinischen Gesichtspunkten bestimmt wurde, wurde der EPDS ein zweites Mal erhoben und die Anzahl bzw. Kosten der Intervention berechnet.

In die Studie wurden alle Frauen aufgenommen, die sich mit subjektiven Symptomen an die Hotline der WKH wendeten und deren Betreuung zwischen Juli 2018 und Juni 2021 abgeschlossen werden konnte.

## Fragebogen

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (6) ist ein Fragebogen, der mit 10 Items Symptome einer PPD erfasst (z. B. Traurigkeit, Schuldgefühle, Angst). Die Gesamtpunktzahl kann dabei von 0 bis 30 Punkten reichen. Die Autoren der Skala geben folgende Grenzwerte zur Einschätzung des Schweregrads im Sinne eines Screenings an: Bei 0–9 Punkte ist die Wahrscheinlichkeit einer PPD gering, bei 10–12 mäßig vorhanden und ab 13 Punkten hoch. In unserer Pilotstudie verwendeten wir daher 9 Punkte als Grenzwert, um Veränderungen in der Punktzahl der EPDS einschätzen zu können und definierten eine Veränderung von über 9 Punkten vor den Interventionen der WKH auf 9 Punkte und weniger nach der WKH als klinische Response.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden 125 Frauen in die Studie aufgenommen. In der Gesamtstichprobe baten 23 Frauen im Median schon 90 Tage vor der Geburt (min 6, max 205) und 104 Frauen im Median 79 Tage nach der Geburt (min 0, max 665) um Hilfe. Tabelle 1 stellt die wesentli-

\*In ca. 45 Stunden verteilt an drei Wochenenden werden die Teilnehmerinnen unter anderen in folgenden Themen geschult: Psychiatrische Krankheitsbilder, Wochenbett-Depression, Kommunikation, Beziehungsherstellung, Grundhaltung, Dokumentation, Organisation, Arbeiten im System Familie, Interkulturalität, Selbsthilfe, Sucht und Depression, Förderung der Eltern-Kind-Beziehung, Prävention von Bindungsstörungen und Selbstreflexion. Die Fortbildung endet mit einer Abschlusspräsentation der Teilnehmerin. Die Fortbildung befähigt, eine Wochenbettkrisenhilfe durchzuführen. (9)

chen Kennwerte der Studie dar, die im Folgenden erläutert werden.

### EPDS vor und nach WKH

Vor der WKH wiesen die Betroffenen einen EPDS-Score von im Mittelwert 17,8 auf. Nach durchschnittlich fünf Besuchen lag der Mittelwert nur noch bei 8,4. Dieser Unterschied war signifikant (gepaarter t-Test vor/nach WKH:  $T(123)=24,02$ ;  $p<0,001$ ) und wies eine große Effektstärke auf (Cohens's  $d=2,16$ ). Gemäß EPDS zeigten 63 % der Frauen eine klinische Response (definiert als Wert vor WKH von  $>9$  und nach WKH  $\leq 9$ ).

Die Differenz im EPDS korrelierte signifikant mit der Anzahl der Besuche ( $r=-0,21$ ;  $p<0,05$ ) in dem Sinne, dass mehr Besuche zu einer größeren Reduktion im EPDS Score führten. Die EPDS-Differenz korrelierte jedoch nicht signifikant mit den Kosten der jeweiligen WKH. In einer detaillierten Betrachtung zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Subgruppe der Responder zu den Nicht-Respondern bezüglich Anzahl der Besuche oder den Kosten.

### Weiterleitung und psychotherapeutische Maßnahmen

28 % der Frauen wurden einer Psychosomatischen Klinik und 35 % einer ambulanten Psychotherapie zugewiesen. Hier sind Überschneidungen möglich. Etwa 35 % der Frauen hatten eine Psychopharmakamedikation.

### Diskussion

Dieser Artikel stellt knapp die Versorgungslage von Frauen mit peripartaler Depression dar und beschreibt die Wochenbettkrisenhilfe als niedrighschwellige und kostengünstige Maßnahme. Im Rahmen einer Pilotstudie wurde eine Subgruppe von 125 Frauen, die eine WKH erhielten, vor und nach den Interventionen per Fragebogen EPDS untersucht um den Effekt der WKH abschätzen zu können.

### Effektivität der WKH

Mit einer hochsignifikanten ( $p<0,001$ ) Reduktion des EPDS Mittelwerts aller

Frauen von 17,8 vor auf 8,4 Punkte nach WKH zeigt sich ein erster Hinweis auf die prinzipielle Effektivität der Maßnahme. Die hohe Effektstärke (Cohens's  $d=2,16$ ) unterstreicht dies. Weiterhin kamen 63 % der Frauen nach der WKH unter den Schwellenwert für eine PPD von 9 im EPDS, zeigten demnach eine klinisch relevante Response. Zu diesen Ergebnissen ist jedoch einschränkend zu sagen, dass eine Kontrollgruppe fehlt, um den differenziellen Effekt der WKH z. B. gegen eine „Placebo“-Intervention zu testen. Ebenso sind Maße der Effektstärke im reinen Prä-Post-Vergleich ohne Kontrollgruppe tendenziell zu hoch und daher kritisch zu betrachten. Aus ethischen und methodischen Gründen haben wir in dieser frühen Phase bewusst nur diese Pilotstudie durchgeführt, um den prinzipiellen Effekt der WKH zu zeigen. Zukünftige Studien könnten die WKH auf Ebene einer randomisiert-kontrollierten Studie untersuchen.

Interessanterweise zeigte ein kleiner Teil der Frauen (knapp 5 %) vor der WKH bereits EPDS Werte unterhalb der Grenze von 9 Punkten und hatte damit definitionsgemäß keine PPD. Diese Frauen zeigten sich in ihrem Befinden jedoch so beeinträchtigt, dass sie ein Bedürfnis nach Hilfe hatten. Es erscheint nicht sinnvoll zu sein, diese wenigen Frauen von der WKH auszuschließen. Denkbar wäre, diese direkt an andere unterstützende Hilfsangebote zu vermitteln. Andererseits kann die kostengünstige WKH die Inanspruchnahme weiterer Hilfsangebote überflüssig machen.

### Diagnostik einer PPD

Auch wenn der EPDS-Wert in der präpartalen Anwendung zur Prädiktion einer peripartalen Depression nicht ausreichend präzise ist (10), so stellt er doch die Möglichkeit eines ersten Zugangs dar, Betroffene mit dem Thema PPD vertraut zu machen und andere Maßnahmen folgen zu lassen.

Große Sensibilität diesem Krankheitsbild gegenüber ist bei FrauenärztInnen und Hebammen gewünscht. Zwei von Whooley (11) formulierte Fragen können in der ambulanten Betreuung hel-

fen, mit hoher Sensivität eine depressive Situation zu ermitteln.:

1. „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“
2. „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Eine dritte Frage: „Benötigen Sie deshalb Hilfe?“ kann die Treffsicherheit erhöhen (12).

### Alter im Vergleich zum Normalkollektiv

Das Durchschnittliche Alter der Frauen, die eine WKH in Anspruch nahmen, betrug 31,6 Jahre. Es war somit nicht verschieden von dem Durchschnittsalter aller Mütter mit 31,8 Jahren (Destatis). Erstgebärende sind in Deutschland 2020 durchschnittlich 30,5 Jahre alt. Da die größte Zahl der Frauen mit WKH ebenfalls Erstgebärende waren, sind Mütter mit WKH ca. ein Jahr älter. Diese Beobachtung widerspricht der Annahme, dass gerade junge Mütter eine PPD erleiden.

### Kosten

Bei allgemein bestehender Ressourcenknappheit kann ein helfendes Angebot wie die WKH nur etabliert werden, wenn es nicht mit hohen Kosten verbunden ist. Durchschnittliche Kosten von 283 € pro Intervention sind gering im Vergleich zu den Kosten, die entstehen würden, müsste man nach ärztlicher Diagnostik stationär behandeln. Manchen Frauen konnte sogar schon mit einem Besuch geholfen werden. Die Kosten für eine komplette WKH betragen nur ca. die Hälfte eines Tagessatzes für eine vollstationäre Behandlung. Der niederschwellige und schnelle Zugang zur WKH ermöglicht eine so frühe Hilfe, dass ggf. eine Verschlechterung und dadurch entstehende hohe Kosten vermieden werden können. Mit gut 35.000 € konnten 125 Frauen effektiv geholfen werden.

Interessanterweise scheinen die Kosten bzw. Anzahl der WKH Interventionen nicht wesentlich mit dem therapeutischen Effekt gemessen an der EPDS-Re-

duktion zusammenzuhängen. Bis auf einen zwar signifikanten, für sich genommen aber nicht großen ( $r=-0,2$ ) Zusammenhang zwischen EPDS-Reduktion und Anzahl der Termine zeigen sich keine Korrelationen. Bei insgesamt niedrigen Kosten unterstreicht dies möglicherweise, dass keinesfalls gilt, dass „viel auch viel hilft“.

Eine Finanzierung der Wochenbettkrisenhilfe über die Krankenkassen ist bisher nicht möglich, da diese nur von Ärzten ordinierte Maßnahmen finanzieren. Diese Regelung steht einem flächendeckenden Angebot entgegen. Denkbar wäre eine Honorierung entsprechend der Hebammenvergütung.

## Fazit und Ausblick

- Die WKH ist eine niederschwellige, kostengünstige und effektive Maßnahme, mit der von PPD betroffenen Frauen eindrucksvoll geholfen werden kann.
- Staatliche Institutionen sollten den Krankenkassen die Finanzierung der WKH ermöglichen.
- Gesundheitsämter und andere kommunale Strukturen sollten die Fortbildung und Beschäftigung von Wochenbett-Krisenhelferinnen großzügig unterstützen, um vielen betroffenen Frauen zu helfen.
- Eine breite gesellschaftliche Aufmerksamkeit, Enttabuisierung und Aufklärung für und über das große Leiden der betroffenen Mütter und ihrer Familien ist notwendig, um die Hemmschwelle der Inanspruchnahme von Hilfe zu verringern.

## Literatur

1. Banasiewicz J, Zar K, Binkowska M, Rozenek H, Wójtowicz S, Jakiel G. Perinatal. Predictors of Postpartum Depression: Results of a retrospective comparative study. *J Clin Med* 2020; 9, 2952; doi:10.3390/jcm9092952

2. Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M. Perinatale Depressionen erkennen und behandeln. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(24): 419–24
3. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates risks and consequences. *Can L Clin Pharmacol* 2009; 16: 15–22
4. McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L. Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54: 50–6
5. Surholt, S. Selbsthilfegruppe „Schatten und Licht“ (<https://schatten-und-licht.de/> abgerufen 15.12.2022)
6. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782–6. doi: DOI: 10.1192/bjp.150.6.782 PMID: 3651732
7. Bergant A, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O. Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postpartum depression scale“ *Dtsch Med Wochenschr* 1998; 123: 35–40 DOI:10.1055/s-2007-1023895
8. Spätling J, Weber U, Spätling L. Wochenbettkrisenhilfe – ein aufsuchendes, hilfreiches Verfahren zur Linderung der Wochenbettdepression. 60. DGGG Kongress München 10.10.2014 (Vortragspreis, Bereich Geburtshilfe) FV-08.01.
9. Deutsche Familienstiftung, Fortbildung Wochenbettkrisenhilfe. <https://familienschule-fulda.de/produkt/wochenbett-krisenhilfe-online-fortbildung/> abgerufen 10.12.2022
10. Meijer JL, Beijers C, van Pampus MG, Verbeek T, Stolk RP, Milgrom J, Bockting CLH, Burger H. Predictive accuracy of Edinburgh Postnatal Depression Scale assessment during pregnancy for the risk of developing postpartum depressive symptoms: a prospective cohort study. *BJOG* 2014; 121: 1604–1610
11. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-Finding Instruments for Depression – Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439–445. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x
12. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a „help“ question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005; 331: 884. DOI: 10.1136/bmj.38607.464537.7C

### Interessenkonflikte:

Ute Weber und Beate Hohmann haben für ihre Arbeit mit den betroffenen Frauen ein Honorar erhalten. Julia Spätling und Prof. Dr. Ludwig Spätling haben ihren Beitrag im Rahmen ihrer Tätigkeit bei der Deutschen Familienstiftung geleistet. Prof. Dr. Henrik Kessler und Dr. Aram Kehyayan haben ihre Beiträge im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit erbracht.

## Danksagung

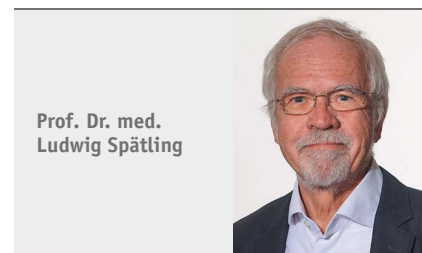
- Arbeitskreis Wochenbett, Fulda
- Herr Stefan Möllene, Leiter des Amtes für Jugend, Familie und Senioren der Stadt Fulda
- Frau Edith Jordan, Amt für Jugend, Familie, Sport und Ehrenamt des Landkreises Fulda
- Frau Eva-Maria Chrzonsz, Hebamme, Fulda
- Frau Monika Darimond und Frau Inge Hohmann, Donum Vitae, Fulda
- Dr. Solveigh Hilliard, Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Fulda
- Frau Kirstin Bennewitz, Fachstelle Frühe Hilfen, Fulda
- Netzwerk EvA, Fulda

## Kontakt:

Deutsche Familienstiftung  
Gallasiniring 30, 36043 Fulda  
E-Mail: [verwaltung@deutsche-familienstiftung.de](mailto:verwaltung@deutsche-familienstiftung.de)  
Telefon: (+49)661 9338870

## Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ludwig Spätling  
Vorstand Deutsche Familienstiftung  
Direktor der Frauenklinik  
am Klinikum a.D.  
Gallasiniring 30  
36043 Fulda  
[ludwig@spatling.net](mailto:ludwig@spatling.net)



Prof. Dr. med.  
Ludwig Spätling