

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Institutsdirektor:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Martin Härter
Betreuung durch PD Dr. Silke Pawils

Postpartale Depression – Versorgungssituation in der hausärztlichen Praxis

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

vorgelegt von:

Kornelia Joanna Döring
aus Göttingen

Hamburg 2021

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 17.01.2023**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Bernd Hüneke

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: PD Dr. Silke Pawils

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Postpartale Depression	2
2.1	Begriffsabgrenzung und Prävalenzen	2
2.2	Ätiologie und Risikofaktoren	5
2.3	Symptome und Folgen	10
2.4	Diagnostik	16
3	Versorgung von postpartaler Depression	20
3.1	Zugang zur Versorgung	21
3.1.1	Betreuung durch Hebammen und Entbindungspfleger	21
3.1.2	Betreuung durch Gynäkolog:innen	22
3.1.3	Kontakt mit Kinderärzt:innen	22
3.1.4	Kontakt mit Hausärzt:innen	22
3.1.5	Weitere Zugangswege zur Versorgung	23
3.1.6	Hilfesuchverhalten und Inanspruchnahme von Versorgung	23
3.2	Leitlinien-Empfehlungen zur postpartalen Depression	24
3.2.1	NICE-Leitlinie (Großbritannien)	25
3.2.2	AWMF-Leitlinie (Deutschland)	26
3.2.3	COPE-Leitlinie (Australien)	27
3.3	Therapie der postpartalen Depression	28
3.3.1	Psychotherapeutische Behandlung	29
3.3.2	Medikamentöse Therapie	30
3.3.3	Psychosoziale Unterstützung	31
3.3.4	Somatische Therapie	32
3.3.5	Andere Therapieansätze	33
3.4	Schwierigkeiten in der Versorgung	34
3.4.1	Maternale Barrieren	34
3.4.2	Barrieren im familiären, sozialen und gesellschaftlichen Umfeld	36
3.4.3	Barrieren aufseiten des Gesundheitspersonals und im Gesundheitssystem	36
3.5	Rolle der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Akteur:innen	37
3.5.1	Rolle der Hebammen und Entbindungspfleger	37
3.5.2	Rolle der Gynäkolog:innen	39
3.5.3	Rolle der Kinderärzt:innen	42
3.5.4	Rolle von Hausärzt:innen	44
3.6	Perspektiven aus der Versorgungsforschung	51
3.6.1	Collaborative und Stepped Care Modelle bei depressiven Erkrankungen	51
3.6.2	Neue Ansätze bei der Versorgung postpartal depressiver Mütter	52
4	Fragestellung und Hypothesen	54

5	Methodik	55
5.1	Studienaufbau	55
5.2	Stichprobenbeschreibung	58
5.3	Statistische Auswertung.....	61
6	Ergebnisse	62
6.1	Teilnehmer:innenergebnisse.....	62
6.2	Nichtteilnehmer:innenergebnisse	76
7	Diskussion und Fazit	77
7.1	Limitationen.....	83
7.2	Ausblick: Implikationen für die Praxis.....	86
7.3	Empfehlungen für weiterführende Forschung	87
8	Zusammenfassung	90
9	Abkürzungsverzeichnis	92
10	Tabellenverzeichnis	93
11	Abbildungsverzeichnis	94
12	Literaturverzeichnis	95
13	Anhang	116
14	Danksagung	131
15	Lebenslauf	132
16	Eidesstattliche Versicherung	133

Die vorliegende Arbeit ist geprägt von dem Bemühen um einen gendersensiblen Schreibstil. Zur Inklusion aller Geschlechter wurde entsprechend der aktuellen Empfehlungen der Universität Hamburg und des Vorstandes des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf der Gender-Doppelpunkt verwendet.

1 Einleitung

Nach der Geburt eines Kindes beginnt eine Phase erhöhter Vulnerabilität für die Entstehung psychischer Störungen im Leben einer Frau. Postpartale Depressionen (PPD) stellen mit einer Prävalenz von 10 bis 15 % eine der häufigsten Komplikationen nach der Geburt eines Kindes dar (Epifanio et al. 2015). Bei etwa 773.000 Geburten im Jahr 2020 (Destatis 2021) ist davon auszugehen, dass in Deutschland jährlich über 77.000 Frauen und damit auch ihre Kinder und Partner:innen von einer PPD betroffen sind. Eine unentdeckte und unbehandelte PPD ist mit einer gestörten Mutter-Kind-Interaktion, einer kompromittierten mütterlichen Gesundheit und kindlichen Entwicklung sowie einem hohen Rezidiv- bzw. Chronifizierungsrisiko assoziiert (Stewart und Vigod 2019). Aufgrund der direkten und potenziell langanhaltenden Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die soziale und ökonomische Partizipation von Frauen betonte die WHO (2014) die fundamentale Bedeutung der maternalen mentalen Gesundheit für das Erreichen von globalen Gesundheitszielen. Die PPD betrifft nicht nur die gesamte Familie, sondern stellt auch gesamtgesellschaftlich ein relevantes öffentliches Gesundheitsproblem dar.

Obwohl das Krankheitsbild der PPD in den letzten Jahren vermehrt in die Aufmerksamkeit von Fachkreisen und der Öffentlichkeit gerückt ist, gilt die PPD weiterhin als unterdiagnostiziert und unterbehandelt (Stewart und Vigod 2019). Dabei bietet die Postpartalperiode zahlreiche Gelegenheiten, um eine depressive Erkrankung der Mutter frühzeitig zu erkennen. Denn im Rahmen der Wochenbett-nachsorge und der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen kommen Mütter postpartal regelmäßig in Kontakt mit dem Versorgungssystem. Vor dem Hintergrund der potenziell gravierenden Folgen sollte die frühzeitige Erkennung und Behandlung einer PPD Priorität für alle an der Versorgung von Mutter und Kind beteiligten Berufsgruppen haben (Womersley et al. 2021, Riecher-Rössler und Andreou 2016, Goldin Evans et al. 2015).

Hausärzt:innen gehören neben Gynäkolog:innen, Hebammen, Entbindungspfleger:innen und Kinderärzt:innen zu den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und spielen in anderen Gesundheitssystemen bereits seit langem eine zentrale Rolle bei der Erkennung und Behandlung der PPD (Noonan et al. 2018). Im deutschen Versorgungssystem gelten Hausärzt:innen als niedrigschwellige, erste Ansprechpartner:innen bei gesundheitlichen Problemen und nehmen in anderen Lebensphasen bereits die Rolle der Weichensteller:innen bei der Erkennung und Behandlung depressiver Störungen ein (Beesdo-Baum et al. 2018). Während bereits zahlreiche internationale Studien über die hausärztliche PPD-Versorgung und nationale Studien über die anderen Primärversorger:innen vorliegen, wurde die hausärztliche Versorgung von postpartal depressiven Frauen in Deutschland bisher nicht untersucht. Die vorliegende Arbeit untersucht die aktuelle Versorgungssituation von postpartal depressiven Frauen in der hausärztlichen Praxis in Deutschland und soll damit einen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten.

2 Postpartale Depression

Die Geburt eines Kindes gehört zu den sogenannten relevanten Lebensereignissen und fordert den Eltern insbesondere beim ersten Kind große psychische und körperliche Anpassungsleistungen ab. Solche relevanten Lebensereignisse gelten als begünstigende Faktoren in der multifaktoriellen Genese von psychischen Störungen (Dorsch und Rohde 2016). Unter den postpartalen psychischen Störungen tritt die PPD am häufigsten auf (Zhao und Zhang 2020, Schipper-Kochems et al. 2019).

2.1 Begriffsabgrenzung und Prävalenzen

Die Ähnlichkeit der Symptome einer PPD zu möglichen physiologischen Anpassungserscheinungen im Wochenbett und zum klinischen Erscheinungsbild psychischer Störungen in anderen Lebensphasen erschwert eine klare Begriffsabgrenzung und die Erkennung der PPD (Dorsch und Rohde 2016, Goldin Evans et al. 2015, Pereira et al. 2014). Insbesondere beim ersten Kind erfordert die neue Rolle als Mutter neben den hormonellen und körperlichen Umstellungen im Wochenbett eine erhebliche psychische Anpassungsleistung. Bei vielen Frauen kommt es infolgedessen nach der Entbindung zu Erschöpfung, Übermüdung, Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen und einer psychischen Instabilität (Dorsch und Rohde 2016). Diese Symptome können sowohl Bestandteil der „normalen“ Anpassungsvorgänge nach der Geburt als auch bereits Ausdruck einer beginnenden PPD sein (Pereira et al. 2014). Darüber hinaus besteht eine weitere Ähnlichkeit zwischen dem klinischen Bild der PPD und der Symptomkonstellation depressiver Störungen ohne zeitlichen Bezug zu Schwangerschaft und Wochenbett (Howard et al. 2014b, Riecher-Rössler 2012). Die Ähnlichkeit zwischen dem klinischen Bild einer PPD und den normalen Anpassungsvorgängen einerseits und einer bereits unabhängig vom Wochenbett bestehenden Depression andererseits erschwert die Definition der PPD und die Erkennung behandlungsbedürftiger postpartaler psychischer Störungen (Dorsch und Rohde 2016, Pereira et al. 2014). Vor diesem Hintergrund wird immer wieder kontrovers diskutiert, ob die PPD eine eigenständige nosologische Entität darstellt. Aktuell liegt jedoch keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz vor, um die PPD als eigenständige psychische Störung zu klassifizieren. Selbst wenn der Begriff der Wochenbettdepression weiterhin sehr geläufig ist, besteht heutzutage weitgehend Konsens darüber, dass postpartale psychische Störungen keine eigenständigen nosologischen Entitäten darstellen (Di Florio und Meltzer-Brody 2015, Riecher-Rössler 2012).

Die Einordnung der PPD in die Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5

Dieser Konsens spiegelt sich auch in der Einordnung der PPD in den gängigen medizinischen Klassifikationssystemen, der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) der World Health Organisation (WHO) und dem amerikanischen Klassifikationssystem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA), wider. Nach ICD-10 und DSM-5 stellen die postpartalen psychischen Störungen keine eigenständigen Kategorien dar, sondern werden in den jeweiligen Kapiteln für affektive oder psychotische Störungen eingeordnet (BfArM 2020, APA 2018).

In der ICD-10 wird die PPD der Gruppe der depressiven Episoden in der Kategorie F32 zugeordnet. Der zeitliche Zusammenhang zu Schwangerschaft und Geburt kann durch die Vergabe des Zusatzes O99.3 „*Psychische Krankheiten sowie Krankheiten des Nervensystems, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren*“ kenntlich gemacht werden (BfArM 2020, S. 483). Eine Restgruppe postpartaler psychischer Störungen wird mit F53 („*Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifiziert*“) kodiert (BfArM 2020, S. 184). Für die Vergabe der Kategorie F53 wird ein postpartaler Symptombeginn innerhalb der ersten 6 Wochen nach Entbindung vorausgesetzt. Zudem soll dieser Diagnoseschlüssel nur vergeben werden, wenn die vorliegende psychische Störung aufgrund unzureichend erfüllter Kriterien nicht als eine andernorts im Kapitel F klassifizierte Störung verschlüsselt werden kann (BfArM 2020).

Im Klassifikationssystem DSM-5 wird die PPD als Episode einer „Major Depression“ mit peripartalem Beginn definiert, „*wenn die Stimmungsveränderung in der Schwangerschaft oder in den ersten 4 Wochen nach der Entbindung begann*“ (APA 2018, S. 251). Diese Definition stellt im Vergleich zur DSM-4 bereits eine erfreuliche Erweiterung dar, da nun auch postpartale depressive Episoden mit antepartalem Beginn eingeschlossen wurden (Sharma und Mazmanian 2014).

Trotzdem wird die diagnostische Einordnung und insbesondere das Zeitfenster von nur 4 (DSM-5) bzw. 6 Wochen (ICD-10) nach der Entbindung häufig als zu kurz kritisiert (Moraes et al. 2017, Kühner 2016, Austin 2010, Cox 2004). Bereits seit Ende der 90er-Jahren hinterfragen Wissenschaftler:innen das kurze Zeitfenster in den diagnostischen Klassifikationssystemen, das nur die frühe Postpartalzeit umfasst, und fordern eine Verlängerung des Zeitraumes (Wisner et al. 2010, Austin 2010, Cox 2004). Zudem wird häufig die Forderung geäußert, auf die Verschlüsselungskategorie F53 in der ICD gänzlich zu verzichten (Kühner 2016, Cox 2004) und stattdessen eine detailliertere Aufschlüsselung des zeitlichen Beginns peripartal auftretender psychischer Störungsbilder zu ermöglichen (Kühner 2016).

Definition der PPD in klinischer Praxis und Forschung

In der klinischen Praxis und Forschung wird die PPD als eine Depression definiert, die in einem Zeitraum von bis zu 12 Monaten nach der Geburt auftritt (Womersley et al. 2021, Lefkovic et al. 2014). Je nach Studiendesign werden teilweise auch kürzere Zeiträume, wie z. B. 6 bis 8 Wochen oder 3 bzw. 6 Monate, verwendet, es besteht jedoch weitgehend Konsens, dass die PPD innerhalb des ersten Jahres nach der Entbindung auftreten kann (Stewart und Vigod 2016, O'Hara und McCabe 2013). Nach Moraes et al. (2017) wäre es wünschenswert, wenn diese Definition, die sich in der klinischen Praxis und Forschung bereits etabliert hat, Eingang in die nächsten Revisionen der gängigen Klassifikationssysteme fände.

Prävalenz der PPD

Die uneinheitlichen Definitionen bezüglich des zeitlichen Beginns der PPD wirken sich entsprechend auf die Literaturangaben über die Prävalenz der PPD aus (Leahy-Warren und McCarthy 2007). Es liegen zahlreiche Studien und Metaanalysen vor, die die Prävalenz der PPD untersuchen. Aufgrund der teilweise stark zwischen den Studien variierenden Kriterien und Definitionen für die PPD sind die Forschungsergebnisse zur Prävalenz der PPD jedoch sehr heterogen (O'Hara und McCabe 2013, Leahy-Warren und McCarthy 2007). Trotz der in einzelnen Studien stark variierenden Angaben wird die Prävalenz der PPD in der

Literatur meist mit etwa 10–15 % angegeben (Dennis und Hodnett 2007). Eine frühe und viel zitierte Metaanalyse von 59 Studien ermittelte eine Prävalenz von 13 % (O'Hara und McCabe 2013, O'Hara und Swain 1996).

In einer Untersuchung, in der 143 Studien aus 40 verschiedenen Ländern zur Häufigkeit der PPD ausgewertet wurden, lagen die Prävalenzraten, je nach Zeitpunkt der Untersuchung, verwendetem Messinstrument und Cut-Off-Wert zwischen nahezu 0 und fast 60 % (Halbreich und Karkun 2006). Leahy-Warren und McCarthy (2007) ermittelten in einem anderem Review Prävalenzraten von 4,4 % bis 73,7 %. In einem neueren systematischen Review mit einer Metaanalyse der Daten aus 291 Studien aus 56 Ländern wurde eine gepoolte globale Prävalenz der PPD von 17,7 % ermittelt (Hahn-Holbrook et al. 2017). Die große Spannweite zwischen den nationalen Prävalenzen mit 3 % in Singapur und 38 % in Chile unterstreicht die signifikante Heterogenität der Prävalenz der PPD in unterschiedlichen Ländern. Als signifikante Einflussfaktoren identifizierten die Autor:innen unter anderem eine stark ausgeprägte Einkommensungleichheit, hohe Mütter- und Kindersterblichkeit sowie eine hohe Arbeitsbelastung von Frauen im gebärfähigen Alter (Hahn-Holbrook et al. 2017).

Die ermittelten Prävalenzraten weichen teilweise stark voneinander ab und deuten auf systematische Schwierigkeiten bei der Ermittlung der Prävalenz hin. Bis zu einem gewissen Grad sind die Abweichungen möglicherweise durch die heterogenen Definitionen der PPD, unterschiedliche Arten und Zeitpunkte der Symptomerfassung sowie methodische Unterschiede in der Stichprobenauswahl und im Studiendesign zu erklären (Leahy-Warren und McCarthy 2007).

Prävalenz der PPD in Deutschland

Es liegen nur wenige empirische Studien über die Prävalenz der PPD in Deutschland vor (Pawils et al. 2016). In einer von Ballestrem et al. (2005) durchgeführten Studie wiesen 17 % der jungen Mütter zum ersten Screeningzeitpunkt einen Score von $> 9,5$ auf der Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) auf. Drei Monate nach der Geburt wurde das Screening bei Frauen mit einem zuvor auffälligen EPDS-Ergebnis wiederholt und bei persistierend hohen Werten nach einem klinischen Interview bei insgesamt 3,6 % die Diagnose einer PPD gestellt. Reck et al. (2008) beschrieben in Deutschland eine Prävalenz von 4,6 % für die PPD mit postpartalem Beginn der Symptome innerhalb der ersten 3 Monate nach der Entbindung. Bei Einschluss der Frauen, deren depressive Symptome bereits vor der Geburt begonnen hatten, betrug die Prävalenz nach 3 Monaten 6,1 %. Die Autor:innen gaben zu bedenken, dass die Frauen ihrer Stichprobe vor allem aus der Mittelschicht stammten und die Teilnehmerinnen einen wesentlich höheren Bildungsstand aufwiesen als die Nichtteilnehmerinnen, sodass die Prävalenz möglicherweise unterschätzt werde. In einer anderen Befragung von Mehta et al. (2012) wiesen 13 % der deutschen Frauen sechs bis acht Monate post partum zum Zeitpunkt der Erhebung einen auffälligen EPDS-Wert (verwendeter Cut-Off-Wert: > 9) auf.

Trotz der sowohl international als auch national divergierenden Prävalenzangaben kommen die Autor:innen der Studien, Reviews und Metaanalysen zu einem gemeinsamen Schluss: die PPD ist eine der häufigsten Komplikationen nach der Geburt, die unerkannt und unbehandelt weitreichende Folgen für Mutter und Kind hat (Shorey et al. 2018, Hahn-Holbrook et al. 2017, O'Hara und Wisner 2014, Leahy-Warren und McCarthy 2007, Halbreich und Karkun 2006).

2.2 Ätiologie und Risikofaktoren

Bis heute ist die Ätiologie der PPD trotz umfassender Forschungsbemühungen nicht abschließend geklärt. Es wird von einer komplexen und multifaktoriellen Genese ausgegangen (Shorey et al. 2018, Buttner et al. 2013). Wie bereits dargestellt, wird häufig kontrovers diskutiert, inwiefern die PPD sich von einer Depression in anderen Lebensphasen unterscheidet und wie stark sie von dieser abzugrenzen ist. Allerdings sind bei der PPD laut Yim et al. (2015) durch die besonderen zeitlichen Umstände ihres Auftretens mindestens zwei Besonderheiten zu beachten. Erstens sollte bei ätiologischen Überlegungen berücksichtigt werden, dass die PPD nach oder während erheblicher biologischer Umstellungsvorgänge auftritt, die sich ebenfalls auf die Stimmung und den Affekt auswirken können. Zweitens betrifft eine Depression in der Postpartalzeit nicht nur die Mutter, sondern auch unmittelbar die kognitive und emotionale Entwicklung des Neugeborenen (Yim et al. 2015). Eine PPD kann gravierende, langanhaltende Auswirkungen für die ganze Familie haben. Vor diesem Hintergrund ist es von besonderer Bedeutung, Risikofaktoren, die die Entstehung einer PPD begünstigen, zu ermitteln und aktiv zu erfragen, um Frauen mit einem hohen Risiko frühzeitig zu identifizieren (Guintivano et al. 2018).

Im Folgenden werden biologische, psychologische und soziale Faktoren erläutert, die mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer PPD assoziiert sind (s. Abbildung 1). Auch wenn teilweise konfligierende Evidenzen bezüglich der Relevanz einzelner Risikofaktoren vorliegen, kommen die meisten Studien und Metaanalysen zu einem konsistenten Ergebnis: der vermutlich stärkste Prädiktor für die Entwicklung einer PPD ist eine psychische Störung in der Vorgeschichte (Stewart und Vigod 2019, Guintivano et al. 2018, Ghaedrahmati et al. 2017, Alhusen und Alvarez 2016, Werner et al. 2015, Robertson et al. 2004).

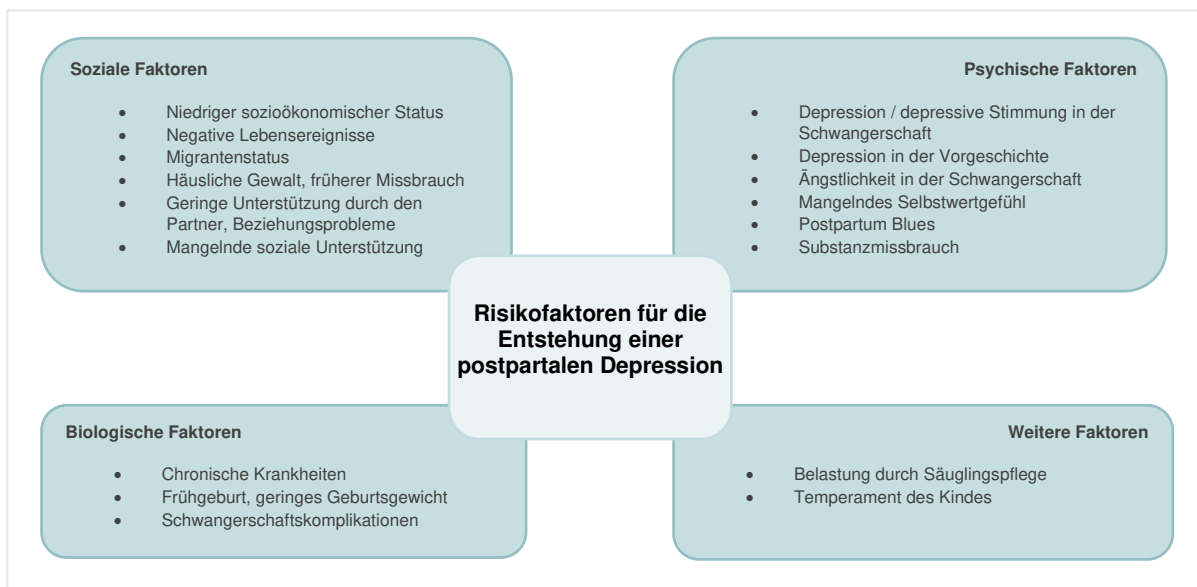


Abbildung 1: Übersicht über einige der biologischen, psychischen und sozialen Risikofaktoren bei der Entwicklung einer postpartalen Depression (eigene modifizierte Abbildung nach Howard et al. 2014b, ergänzt nach Beck 2001).

Biologische Faktoren

Die komplexe Ätiologie und Pathophysiologie der PPD ist nicht abschließend geklärt. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass biologische Faktoren, darunter unter anderem hormonelle sowie genetische Faktoren und das Immunsystem, an der Genese beteiligt sein können (Stewart und Vigod 2019). Trotz der wachsenden Literatur fehlt bisher ein verlässlicher und für die klinische Anwendung geeigneter molekularer Prädiktor für die frühzeitige Erkennung der PPD (Guintivano et al. 2018).

Hormone

Die reproduktiven Hormone, Östrogen und Progesteron, spielen eine wichtige Rolle bei der Emotionsverarbeitung, der Kognition und Motivation sowie der Regulation verschiedener an der Entstehung einer Depression beteiligter biologischer Systeme wie z. B. der Schilddrüsenfunktion, der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (engl. hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA)) oder der Ausschüttung laktogener Hormone (Stewart und Vigod 2019).

Aufgrund des engen zeitlichen Zusammenhangs zwischen dem Auftreten der depressiven Symptome und dem rapiden Abfall der reproduktiven Hormone nach der Geburt bzw. den starken Hormonschwankungen während der Schwangerschaft liegt es nahe, von einer Beteiligung der reproduktiven Hormone an der Entstehung der PPD auszugehen (Schiller et al. 2015, O'Hara und McCabe 2013). Eine häufig geäußerte Theorie ist die „Hormonentzugs-Theorie“, die einen kausalen Zusammenhang zwischen den geburtsbedingten Hormonveränderungen und der Entstehung postpartaler affektiver Störungen postuliert. Während alle Frauen in der Schwangerschaft und im Wochenbett von diesen drastischen Spiegelveränderungen der reproduktiven Hormone betroffen sind, entwickeln jedoch nur einige von ihnen eine PPD (O'Hara und McCabe 2013). Vor diesem Hintergrund vermuten einige Autor:innen, dass eine Subgruppe von Frauen besonderes sensitiv auf diese Fluktuationen reagiert und deshalb eine erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung psychischer Störungen in der Perinatalperiode aufweist (Schiller et al. 2015, O'Hara und Wisner 2014). In einer Studie wurden zwei Gruppen von zum Studienzeitpunkt euthymen Frauen künstlich erzeugten Hormonveränderungen ausgesetzt. Eine der Gruppen bestand aus Probandinnen, die in der Vorgeschichte an einer PPD erkrankt waren. In dieser Gruppe entwickelten 62,5 % der Probandinnen im Anschluss an einen medikamentös ausgelösten starken Abfall der Östrogenkonzentration erneut depressive Symptome (Bloch et al. 2000). Diese Beobachtung stützt die Annahme, dass eine Subgruppe von Frauen besonders empfindlich auf die Fluktuation reproduktiver Hormone reagiert. Bei diesen Frauen könnten die prämenstruell, perinatal und perimenopausal auftretenden massiven Hormonveränderungen eine affektive Dysregulation begünstigen (Stewart und Vigod 2019, Buttner et al. 2013).

Einige Reviews unterstützen die Annahme, dass eine Dysregulation der HPA-Achse ebenfalls maßgeblich an der Entstehung einer PPD beteiligt sein könnte (Workman et al. 2012, Meltzer-Brody 2011). Neben den direkt an der HPA-Achse beteiligten Hormonen wie Corticotropin-Releasing-Hormon und Cortisol sind auch weitere neuroaktive Hormone und Neuropeptide, wie z. B. Allopregnanolon, ein Metabolit des Progesterons, Oxytocin oder Beta-Endorphin Gegenstand der aktuellen Forschung (Guintivano et al. 2018).

Genetik und Epigenetik

Über das Vorliegen genetischer Einflussfaktoren, die möglicherweise bei einigen Frauen zu einer individuell erhöhten Suszeptibilität für die Entwicklung einer PPD führen, wird häufig diskutiert (Mehta et al. 2021, Couto et al. 2015). Während die Heritabilität von Major Depressionen in anderen Lebensphasen etwa 32 % beträgt, wurde für die PPD eine wesentlich höhere Heritabilität von 54 % in einer Zwillingsstudie ermittelt (Viktorin et al. 2016). Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die genetische Ätiologie der nicht-perinatalen und der perinatalen Depressionen sich nur teilweise überlappen. Etwa ein Drittel der genetischen Varianz konnte eindeutig der PPD zugeordnet werden (Viktorin et al. 2016). In einer genomweiten Assoziationsstudie wurden genetische Variationen auf Chromosom 1q21.3–q32.1 und 9p24.3–p22.3 nachgewiesen, die ursächlich für eine erhöhte Suszeptibilität für die Entwicklung einer PPD sein könnten (Mahon et al. 2009).

Die Epigenetik beschreibt Veränderungen an der DNA oder assoziierten Proteinen, die zu einer veränderten Genaktivität oder Genexpression führen können, ohne dass dabei die DNA-Sequenz selbst verändert wird (Stonawski et al. 2018). Zu den häufigsten epigenetischen Modifikationen gehört die DNA-Methylierung, die unter anderem durch Stress und Medikamente aber auch durch reproduktive Hormone beeinflusst wird (Guintivano et al. 2018). Eine nach Kimmel et al. (2016) häufig mit der PPD in Verbindung gebrachte epigenetische Veränderung ist die Östrogen-induzierte DNA-Methylierung des Oxytocin-Rezeptor-Gens. Weitere Forschung an den dargestellten potenziellen Biomarkern ist von hoher Relevanz für ein besseres Verständnis der Ätiologie und könnte dazu beitragen, die Prävention und Früherkennung der PPD zukünftig erheblich zu verbessern (Guintivano et al. 2018).

Psychische Faktoren und psychiatrische Vorgeschichte

Als einer der stärksten Prädiktoren für die Entstehung einer PPD gilt eine positive psychiatrische Eigenanamnese (Guintivano et al. 2018). Insbesondere das Vorliegen aktiver depressiver Symptome in der Schwangerschaft oder zu einem anderen nicht-perinatalen Zeitpunkt ist mit einem stark erhöhten Risiko assoziiert (Guintivano et al. 2018). Die Entwicklung ängstlicher Symptome in der Schwangerschaft oder das Vorliegen einer Angststörung in der Anamnese begünstigen ebenfalls die Entstehung einer PPD (Robertson et al. 2004). Weitere psychiatrische Krankheitsbilder, für die in Studien eine Assoziation mit einem erhöhten Risiko für PPD gezeigt werden konnten sind z. B. das Prämenstruelle Syndrom (Buttner et al. 2013, Bloch et al. 2005, Aydin et al. 2005) oder der „Baby Blues“ (Reck et al. 2009, Beck 2001). Ein aktiver oder früherer Substanzmissbrauch der Mutter (Ross und Dennis 2009) oder des Partners (Dennis und Vigod 2013) scheint ebenfalls mit einem höheren PPD-Risiko assoziiert zu sein. Nicht nur eine positive psychiatrische Eigenanamnese, sondern auch eine positive psychiatrische Familienanamnese stellt einen der Risikofaktoren für die PPD dar (Bauer et al. 2018, Robertson et al. 2004). Weiterhin wurde in einigen Studien eine mögliche Assoziation zwischen psychischen Faktoren wie Neurotizismus (Lee et al. 2000), einem niedrigen Selbstwertgefühl (Beck 2001) oder einem hohen Selbstanspruch bzw. einem stark ausgeprägten Perfektionismus (Gelabert et al. 2012) und der PPD postuliert.

Grundsätzlich besteht dahingehend Konsens, dass psychiatrische Störungen in der Vorgeschichte der Frau oder eine positive Familienanamnese mit einem erhöhten Risiko für die Entstehung einer PPD assoziiert sind (Stewart und Vigod

2019, Bauer et al. 2018, Guintivano et al. 2018, Austin et al. 2017). Aus diesem Grund sollten alle Frauen bereits antenatal während der Vorsorgetermine in der Schwangerschaft aktiv diesbezüglich befragt werden (Bauer et al. 2018, Guintivano et al. 2018, Austin et al. 2017, SIGN 2012).

Soziale Risikofaktoren und Umweltfaktoren

Kritische oder stressvolle Lebensereignisse gehören als akute oder kumulative Belastungen zu den möglichen Auslösern, die nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell die Entwicklung psychischer Erkrankungen begünstigen können (Berking 2012). So zeigten viele Studien zu der Entstehung einer PPD eine moderate bis starke Assoziation mit dem Auftreten von negativen oder stressvollen Lebensereignissen (Howard et al. 2014b). Häufig wurde dabei in Studien eine Dosis-Wirkungs-Beziehung beobachtet. Es ist also davon auszugehen, dass negative oder stressvolle Lebensereignisse als Umweltfaktoren zusätzlich zu der jeweiligen individuellen präexistenten Vulnerabilität zur Entwicklung einer PPD beitragen (Guintivano et al. 2018). Zu diesen negativen und stressvollen Lebensereignissen zählten unter anderem Scheidung, finanzielle Schwierigkeiten, der Tod einer nahestehenden Person sowie Naturkatastrophen (Guintivano et al. 2018).

In diversen Studien konnte gezeigt werden, dass häusliche Gewalt und frühere oder andauernde physische, psychische oder sexuelle Missbrauchserfahrungen das Risiko für die Entstehung einer PPD signifikant erhöhen (Sidebottom et al. 2014, Howard et al. 2013, Ross und Dennis 2009). So konnte z. B. gezeigt werden, dass Frauen mit depressiven Symptomen in der Postpartalzeit besonders häufig von Gewalt in der Partnerschaft betroffen waren (Dennis und Vigod 2013, Woolhouse et al. 2012, Fisher et al. 2012). Schwierigkeiten und Unzufriedenheit in der Beziehung, Eheprobleme oder mangelnde Unterstützung durch die Partner:in waren in Studien häufig mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer PPD assoziiert (Norhayati et al. 2015, Howard et al. 2014b, O'Hara und McCabe 2013, Fisher et al. 2012, Escribà-Agüir und Artazcoz 2011, Sawyer et al. 2010).

Während der Transition zur Mutterschaft und der Postpartalperiode im Allgemeinen besteht meist ein erhöhter Bedarf an sozialer Unterstützung, nicht nur durch die Partner:in, sondern auch durch die Familie und das weitere Umfeld (Kim et al. 2014). Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen zeigten einen erheblichen Einfluss mangelnder oder geringer sozialer Unterstützung, auf das Risiko einer Frau an PPD zu erkranken (Pao et al. 2019, Kim et al. 2014, Fisher et al. 2012, Villegas et al. 2011, Sawyer et al. 2010).

Zu den sozialen Risikofaktoren, die die Entstehung einer PPD begünstigen, gehört auch ein niedriger sozioökonomischer Status (SES) der Frau (Guintivano et al. 2018, Howard et al. 2014b, Fisher et al. 2012, Villegas et al. 2011, Goyal et al. 2010). Der SES beschreibt die ökonomische und soziale Lage einer Person in der Gesellschaft und wird durch Faktoren wie z. B. Bildung, Einkommen, Erwerbstätigkeit und Versicherungsstatus beeinflusst (Guintivano et al. 2018). Einige Studien ermittelten einen schwachen oder moderaten Einfluss von weiteren Faktoren, wie einer ungewollten Schwangerschaft, alleinstehenden oder alleinlebenden Müttern oder Rauchen (Sidebottom et al. 2014, O'Hara und McCabe 2013, Fisher et al. 2012, Beck 2001). Weitere eher chronische Stressoren, die die Entstehung einer PPD begünstigen können, sind Migrations- und Diskriminierungserfahrungen (Guintivano et al. 2018, Collins et al. 2011).

Schwangerschaftskomplikationen, Geburtsverlauf und kindliches Verhalten

Eine Frühgeburt stellt einen erheblichen Einschnitt dar und führt meist zu einer zusätzlichen Belastung der Eltern. Nach der Geburt eines frühgeborenen Kindes mit niedrigem Geburtsgewicht konnte bei betroffenen Müttern ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer PPD beobachtet werden (Vigod et al. 2010). Ein möglicher Zusammenhang zwischen einem Kaiserschnitt und einer PPD wurde häufig untersucht, die Mehrheit der Studien gelang jedoch zu dem Schluss, dass der Geburtsmodus keinen signifikanten Risikofaktor darstellt (Alhusen und Alvarez 2016, Adams et al. 2012, Carter et al. 2006). Einige Studien gehen davon aus, dass es einen möglichen Zusammenhang zwischen Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes und dem Auftreten depressiver Symptome bei der Mutter gibt. So wurden z. B. Koliken und damit verbundenes oder unabhängig davon auftretendes übermäßiges Schreien und Weinen, Schlafprobleme und ein schwieriges Temperament des Kindes wiederholt mit einem erhöhten Risiko für die PPD in Verbindung gebracht (Alhusen und Alvarez 2016, Radesky et al. 2013, Vik et al. 2009, Bayer et al. 2007, Beck 2001). Bei Müttern, die sich durch die Versorgung des Kindes im Allgemeinen belastet und gestresst fühlen, konnte ebenfalls ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer PPD beobachtet werden (Yim et al. 2015, Hübner-Liebermann et al. 2012, Aydin et al. 2005). Ein weiterer Risikofaktor könnte das Vorliegen eines Gestationsdiabetes sein (Zhao und Zhang 2020). So hatten Frauen mit einem Gestationsdiabetes ein 1,59-fach erhöhtes Risiko an einer PPD zu erkranken (Azami et al. 2019).

Stillen

Nach Vieira et al. (2018) besteht Einigkeit darüber, dass zwischen Schwierigkeiten beim Stillen und PPD bzw. der postpartalen mentalen Gesundheit im Allgemeinen ein Zusammenhang vorliegt. Nicht abschließend geklärt ist jedoch die Ursache-Wirkungs-Beziehung der beiden Faktoren. In vielen Studien wurde gezeigt, dass Sorgen um das Stillen, eine negative Einstellung gegenüber dem Stillen, Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Stillen sowie eine niedrige Stillselbstwirksamkeit mit höheren depressiven Symptomen assoziiert sind oder diesen vorausgehen können (Dias und Figueiredo 2015). Gleichzeitig wird vermutet, dass depressive Symptome oder das Vorliegen einer manifesten PPD häufig zu einem vorzeitigen Abstillen beitragen (Silva et al. 2017, Dias und Figueiredo 2015).

Protektive Faktoren

In einigen der inzwischen zahlreich vorliegenden Studien zu möglichen Risikofaktoren wurden auch protektive Faktoren untersucht. Fühlt sich eine Frau ausreichend durch ihr Umfeld und ihre Partner:in unterstützt, kann dies das PPD-Risiko senken (Pao et al. 2019, Yim et al. 2015, Kim et al. 2014, Villegas et al. 2011). Weitere in einigen Studien als protektiv erachtete Faktoren sind z. B. eine ausgeprägte Resilienz (Hain et al. 2016), Zufriedenheit mit der Partnerschaft (Yim et al. 2015) oder ein höherer Bildungsstatus (Fisher et al. 2012). In einer großen kanadischen Studie von Kim et al. (2014) zeigte eine aktive Aufklärung der Mütter über das Krankheitsbild der PPD ebenfalls eine protektive Wirkung.

Bedeutung der Risikofaktoren

Die Evidenzlage bezüglich der Bedeutung einzelner spezifischer Risikofaktoren ist uneindeutig und die ermittelten Effektstärken variieren teilweise erheblich zwischen unterschiedlichen Untersuchungen (Guintivano et al. 2018, Yim et al. 2015, Beck 2001). Zudem ist die Aussagekraft einiger Studien aufgrund von methodischen Limitationen begrenzt. So werden zum Beispiel häufig etwaige Moderatoren, Mediatoren, Confounder oder die Wechselwirkung zwischen vorliegenden Risikofaktoren nicht ausreichend berücksichtigt (Hain et al. 2016, Yim et al. 2015, O'Hara und McCabe 2013).

Wichtiger als die exakte Ermittlung der Effektstärken einzelner Risikofaktoren ist die Sensibilisierung der versorgenden Berufsgruppen für die große Bedeutung biologischer und psychosozialer Risikofaktoren bei der Entstehung der PPD. Psychosoziale Risikofaktoren können bei einer präexistenten Vulnerabilität zu einer erheblichen Risikosteigerung beitragen (Yim et al. 2015). Im Unterschied zu dem individuellen präexistenten genetischen Risiko sind viele der psychosozialen Risikofaktoren modifizierbar und durch geeignete Interventionen adressierbar (Weidner et al. 2013). Dies unterstreicht die Bedeutung einer ausführlichen, sensiblen Anamnese, um Frauen mit einem erhöhten Risiko frühzeitig zu erkennen und im weiteren Verlauf der Schwangerschaft und der Postpartalzeit engmaschiger zu betreuen (Alhusen und Alvarez 2016, Lefkovic et al. 2014, O'Hara und McCabe 2013, Robertson et al. 2004). Neben dem frühzeitigen Erfragen von potenziellen Risikofaktoren, wäre es wünschenswert, wenn die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen das Thema der perinatalen mentalen Gesundheit aktiv gegenüber ihren Patientinnen ansprechen (Jones 2019) und für besonders vulnerable Subgruppen sensibilisiert wären (Robertson et al. 2004).

2.3 Symptome und Folgen

Die Geburt eines Kindes zählt zu den sogenannten relevanten Lebensereignissen, und insbesondere die ersten Monate nach der Geburt können eine herausfordernde Zeit im Leben einer Frau darstellen (Diop et al. 2020, Dorn und Mautner 2018). Neben erheblichen biologischen und sozialen Umstellungsvorgängen spielen auch die persönlichen und normativen Erwartungen an eine glückliche Schwanger- und Mutterschaft eine große Rolle und prägen das klinische Bild der PPD (Schipper-Kochems et al. 2019).

Grundsätzlich ähneln die Symptome einer PPD jedoch denen einer depressiven Episode in anderen Lebensphasen (Howard et al. 2014b, Buttner et al. 2013). Über einen Zeitraum von mindestens 2 Wochen treten z. B. eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Antriebsverlust auf. Diese Symptome werden oft begleitet von einer verminderten Konzentrationsfähigkeit, Schlafstörungen, Ängsten, Appetitlosigkeit und Grübeln (Diop et al. 2020, Dorsch und Rohde 2016) und führen zu einem erheblichen Leidensdruck und einem eingeschränkten psychosozialen Funktionsniveau (Learman 2018). Typisch für depressive Störungen in der Perinatalperiode ist der inhaltliche Bezug der negativen Gedanken und Gefühle zur Mutterrolle (Diop et al. 2020, Dorsch und Rohde 2016, Hübner-Liebermann et al. 2012). Für viele Frauen stellt die Geburt eines Kindes ein freudiges Ereignis dar. Bleiben die erwarteten Glücksgefühle jedoch aus, empfinden die Frauen oft Scham- und Schuldgefühle (Werner et al. 2015). Oftmals erleben sich die Frauen als „schlechte Mutter“ und leiden unter Insuffizienzgefühlen und Versagensängsten (Diop et al. 2020, Dorsch und Rohde 2016). Ebenfalls charakteristisch für die PPD sind exzessives Grübeln und Sorgen um

das kindliche Wohlbefinden (Schiller et al. 2015). Zwangsgedanken und Zwangsimpulse, die das Kind betreffen, sind weitere Symptome und werden von betroffenen Frauen oft als sehr unangenehm und beschämend erlebt (Hübner-Liebermann et al. 2012). Andere Frauen leiden unter ambivalenten Gefühlen oder der depressionstypischen Leere und beklagen eine Gefühllosigkeit gegenüber dem Kind (Dorn und Mautner 2018, Riecher-Rössler 2006). Im Rahmen der PPD kommt es bei etwa 20 % der Frauen zu suizidalen Gedanken (Wisner et al. 2013). Eine schwerwiegende, aber seltene Komplikation der PPD sind mütterliche Suizide und Infantizide, letztere erfolgen meist als erweiterter Suizid (DGPPN et al. 2015). Auffällig ist dabei, dass Frauen in der Peripartalzeit im Vergleich zu anderen Lebensphasen vermehrt besonders gewaltsame Methoden, wie z. B. einen Sturz aus großer Höhe, einsetzen (Lindahl et al. 2005).

Häufig werden die Symptome einer PPD erst zu spät oder gar nicht erkannt (Sonnenmoser 2007, Riecher-Rössler 2006). Die Gründe für die unzureichende Erkennung sind vielschichtig. Zunächst verschweigen viele Frauen aus Angst vor der gesellschaftlichen Stigmatisierung ihre negative Gefühle gegenüber dem Kind (Schipper-Kochems et al. 2019, Jones 2019). Dazu kommt, dass sich die Symptome einer PPD oft erst schleichend über einen längeren Zeitraum nach der Geburt entwickeln und vom sozialem Umfeld häufig zunächst nicht als solche erkannt werden (Sonnenmoser 2007, Riecher-Rössler 2006).

Eine weitere Herausforderung für Frauen und behandelnde Berufsgruppen gleichermaßen ist die Beurteilung und Einordnung somatischer Symptome wie Appetitverlust, Gewichtsveränderungen, Fatigue, einer verminderten Libido und Stimmungslabilität in der Postpartalperiode (Pereira et al. 2014, Robertson et al. 2004). Während diese Symptome außerhalb der Perinatalperiode typisch für eine depressive Erkrankung sind, treten sie in der Postpartalperiode häufig auch bei nicht depressiven Frauen im Rahmen der normalen Anpassungsvorgänge auf (Pereira et al. 2014). Nach O'Hara und McCabe (2013) stellt sich die Frage, ob somatische Symptome wirklich valide Indikatoren einer PPD darstellen.

Verlauf der PPD

Die Dauer und der Krankheitsverlauf einer PPD sind sehr variabel. Bei bis zu 50 % der Fälle beginnen erste depressive Symptome bzw. die PPD bereits in der Schwangerschaft oder davor (Hain et al. 2016, Kühner 2016, DGPPN et al. 2015). Während bei vielen Fällen unter Therapie eine Remission innerhalb von einigen Monaten beobachtet wird, gibt es bei einem nicht unerheblichen Anteil betroffener Frauen Hinweise auf langandauernde Verläufe (Stewart und Vigod 2019, Robertson et al. 2004). In einer frühen und viel zitierten Untersuchung fanden Campbell und Cohn (1997) heraus, dass 24 % der Frauen mit einer PPD ein Jahr nach der Geburt noch immer depressive Symptome aufwiesen und 13 % noch nach zwei Jahren. Die Ergebnisse anderer Autor:innen stützen die Annahme, dass depressive Symptome bei einer relativ großen Subgruppe weit über die Postpartalperiode hinaus persistieren (Putnick et al. 2020, Vliegen et al. 2014, Goodman 2004b).

Etwa 40 % der Frauen mit PPD erleben entweder in einer Folgeschwangerschaft oder unabhängig von einer Schwangerschaft ein Rezidiv der depressiven Episode (Stewart und Vigod 2019). Eine unbehandelte PPD weist ein hohes Risiko für rezidivierende depressive Episoden oder einen prolongierten Verlauf auf und kann somit die ganze Familie noch weit über das Wochenbett hinaus beeinflussen (Putnick et al. 2020, Stewart und Vigod 2019, Letourneau et al. 2012). Die

Schwere und Chronizität scheinen dabei stärker mit einem negativen kindlichen Outcome assoziiert zu sein als das Vorliegen einer PPD per se (Vliegen et al. 2014). Vor diesem Hintergrund ist es besonders wichtig, dass behandelnde Berufsgruppen dafür sensibilisiert sind, dass die depressiven Symptome einer PPD weit über die Postpartalzeit hinaus persistieren können und diese Verläufe durch ein einmaliges und frühzeitiges Screening möglicherweise nicht entdeckt werden (Putnick et al. 2020, Vliegen et al. 2014).

Folgen der postpartalen Depression

Eine unerkannte PPD hat nicht nur weitreichende Folgen für die Gesundheit der Mutter selbst, sondern auch für die soziale, psychische, emotionale, kognitive und physische Entwicklung des Kindes (Schipper-Kochems et al. 2019, Dennis und Hodnett 2007). Die derzeitige Evidenzlage verdeutlicht, dass eine unbehandelte maternale Depression die ganze Familie betrifft (Schipper-Kochems et al. 2019, Gentile und Fusco 2017, Letourneau et al. 2012). Dabei reichen mögliche Auswirkungen je nach Schwere und Persistenz der PPD von einer eher milden Beeinträchtigung des Kindes und Schwierigkeiten in der Partnerschaft über eine nachhaltig gestörte Mutter-Kind-Interaktion, die Gefahr der Chronifizierung oder eines Rezidivs bis hin zu einer erhöhten Suizidalität der Mutter und einer schwerwiegenden und langanhaltenden Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung (Schipper-Kochems et al. 2019, Sit et al. 2015, O'Hara und McCabe 2013, Letourneau et al. 2012, Reulbach et al. 2009, Dennis und Hodnett 2007). Im Zentrum vieler Untersuchungen über die negativen Auswirkungen einer PPD auf die kindliche Entwicklung steht die Betrachtung der gestörten Mutter-Kind-Interaktion (Śliwerski et al. 2020, Lefkovich et al. 2014, Flykt et al. 2010, Reck 2007).

Maternales Verhalten und Mutter-Kind-Interaktion

Mütterliche Depressivität beeinflusst maßgeblich die Fürsorge und Erziehungskompetenz einer Mutter, ihr Empathievermögen und die Beziehungsgestaltung zu ihrem Kind (Slomian et al. 2019, Lefkovich et al. 2014, Field 2010, Reck et al. 2004). Depressive Symptome im Rahmen einer PPD fallen in ein besonders vulnerables Zeitfenster der frühkindlichen Entwicklung (Glasser et al. 2016, Reck 2007), in dem der Mutter-Kind-Beziehung eine fundamentale Bedeutung für die weitere psychische Entwicklung des Kindes zugeschrieben wird (Wortmann-Fleischer et al. 2016). Säuglinge sind „*reine Affektwesen*“ und können ihre inneren Erregungszustände zunächst nicht selbstständig regulieren (Schipper-Kochems et al. 2019, S. 378). Um eine sichere Bindung aufzubauen, sind sie darauf angewiesen, dass ihre Bezugspersonen die kindlichen Signale feinfühlig wahrnehmen und ihre Bedürfnisse angemessen und zeitnah befriedigen (Schipper-Kochems et al. 2019). Bei depressiven Müttern ist diese affektresonante feinfühlig Regulation häufig beeinträchtigt (Kersting 2008, Reck 2007) und das Vermögen der Mutter, sich dem Kind empfindsam zuzuwenden, krankheitsbedingt eingeschränkt (Mikoteit und Riecher-Rössler 2010, Blumenstock et al. 2009). Charakteristisch für das Verhalten depressiver Mütter ist eine verminderte Responsivität, eine vermehrte Passivität oder Intrusivität bis hin zu Feindseligkeit im Umgang mit dem Kind (Lefkovich et al. 2014, Flykt et al. 2010, Forman et al. 2007, Reck et al. 2004). So wurde zum Beispiel beobachtet, dass depressive Mütter ein reduziertes mimisches Ausdrucksverhalten in der Interaktion mit ihren Säuglingen zeigten und ihnen weniger positiven bzw. vermehrt negativen Affekt entgegenbrachten (Dorsch und Rohde 2016, Goodman et al. 2011, Reck 2007). Darüber hinaus wird depressiven Müttern ein Mangel an Empathie und emotionaler Verfügbarkeit

zugeschrieben (Reck et al. 2004). Einige Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass depressive Mütter das Verhalten ihrer Kinder negativer bewerten als objektive Beobachter oder nicht depressive Mütter (Śliwinski et al. 2020, Forman et al. 2007, Reck 2007). Das könnte u. a. dazu beitragen, dass depressive Mütter sich hinsichtlich ihrer Selbstwirksamkeit in der Elternrolle wesentlich negativer einschätzen als nicht depressive Mütter (Reck 2007).

Im Zusammenhang mit der verminderten Fähigkeit der Mutter zur Regulation kindlicher Affektzustände wurde bei betroffenen Kindern eine erhöhte Irritabilität, schwächer ausgeprägte Fähigkeiten zur Selbstregulation und die Entwicklung einer unsicheren Bindung beobachtet (Schipper-Kochems et al. 2019, Martins und Gaffan 2000). Bei Kindern depressiver Mütter wurde häufig ein vermehrter Rückzug, verminderter positiver Affekt und Vermeidung des Blickkontaktes (Reck et al. 2004) oder sogar eine Abwendung des Blickes beobachtet (Hübner-Liebermann et al. 2012, Reck 2007).

Elterliche Fürsorge, Schutzmaßnahmen und Versorgung des Kindes

Es liegen viele Studien vor, die untersuchen, inwiefern sich eine PPD auf die elterliche Fürsorge und die Versorgung des Kindes auswirkt. Das Vorliegen depressiver Symptome bzw. einer PPD scheint mit einem erhöhten Risiko für eine geringere Inanspruchnahme pädiatrischer Vorsorgeuntersuchungen und mit einem unvollständigen Impfstatus der Kinder assoziiert zu sein (Zajicek-Farber 2009). Eine maternale Depression war zudem mit einem höheren relativen Risiko für ungeeignete Schlafpositionen verbunden. So gaben depressive Mütter wesentlich häufiger an, ihr Kind nicht in der empfohlenen Rückenlage ins Bett zu legen (Zajicek-Farber 2009, Chung et al. 2004). Depressive Mütter berichteten ferner signifikant häufiger, ihre Kinder körperlich zu bestrafen (Zajicek-Farber 2009, McLearn et al. 2006, Chung et al. 2004). Einige Studien untersuchten den Einfluss der PPD auf elterliche Schutzmaßnahmen und Sicherheitsvorkehrungen. In einer Studie konnte gezeigt werden, dass depressive Mütter mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit Steckdosensicherungen und Kindersitze im Auto einsetzten oder die Temperatur des Wassers zum Schutz ihrer Kinder herunter stellten (McLearn et al. 2006). Eine PPD kann das physische, kognitive und emotionale Vermögen der Mutter, angemessen für ihr Kind zu sorgen, kompromittieren und durch inadäquate mütterliche Fürsorge das Wohlbefinden des Kindes gefährden (Lefkovic et al. 2014).

Einfluss auf das Stillverhalten

Stillen hat zahlreiche positive Auswirkungen auf die mütterliche und kindliche Gesundheit und Entwicklung und fördert die Mutter-Kind-Beziehung (Dias und Figueiredo 2015). Die WHO empfiehlt und betont die Bedeutung des exklusiven Stillens bis zum 6. Lebensmonat (Kramer und Kakuma 2002).

Seit vielen Jahren wird ein inverser Zusammenhang zwischen der PPD und dem mütterlichen Stillverhalten und -erleben postuliert (Webber und Benedict 2019). In einem Review von Slomian et al. (2019) wurde in 16 der 22 eingeschlossenen Studien über das Stillverhalten eine negative Auswirkung von postpartalen depressiven Symptomen bzw. einer PPD auf das Stillen beobachtet. Postpartal depressive Mütter unterbrachen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit frühzeitig das ausschließliche Stillen ihres Kindes und hatten im Vergleich zu nicht depressiven Frauen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Schwierigkeiten beim Stillen und eine niedrige Stillselbstwirksamkeit. Die Autor:innen eines früheren

Reviews kamen ebenfalls zu dem Schluss, dass depressive Symptome während der Schwangerschaft oder nach der Geburt mit einem erhöhten Risiko für frühzeitiges Abstillen assoziiert sind (Dias und Figueiredo 2015). Darüber hinaus wird in einigen Studien ein bidirektionaler Zusammenhang zwischen frühzeitigem Abstillen und PPD vermutet, d. h. dass frühzeitiges Abstillen sowohl eine Folge der PPD als auch ein begünstigender Faktor in der Entwicklung depressiver Symptome sein kann. In einer kürzlich erschienenen Studie vermuteten die Autor:innen, dass die Stillzufriedenheit der Mutter bei der Assoziation zwischen der PPD und dem frühzeitigen Abstillen als Mediatorvariable fungieren könnte (Avilla et al. 2020). Viele Autor:innen betonen die Wichtigkeit der Identifikation von Frauen mit Stillschwierigkeiten und die potentielle Bedeutung von Stillberatung und Unterstützungsangeboten bei der Förderung der perinatalen mentalen Gesundheit (Da Silva Tanganhito et al. 2020, Webber und Benedict 2019, Dias und Figueiredo 2015, Borra et al. 2015, Watkins et al. 2011).

Kognitive und sprachliche Entwicklung der Kinder

In Anbetracht der gestörten Mutter-Kind-Interaktion und der durch die Depressivität meist verminderten mütterlichen Responsivität und Sensitivität (Lefkovic et al. 2014) erscheint ein negativer Einfluss der PPD auf die frühkindliche kognitive und sprachliche Entwicklung wahrscheinlich. In einem Review schlussfolgerten die Autor:innen, dass sowohl die pränatale, die postpartale als auch die chronische Exposition gegenüber maternalen depressiven Symptomen das kindliche Risiko für die Entwicklung kognitiver und sprachlicher Schwierigkeiten steigert (Sohr-Preston und Scaramella 2006). Eine persistierende depressive Symptomatik scheint sich besonders stark auf die frühkindliche kognitive und sprachliche Entwicklung auszuwirken (Stein et al. 2014, Sohr-Preston und Scaramella 2006). Darüber hinaus scheint eine maternale PPD mit einer weniger förderlichen häuslichen Umgebung, verminderter kognitiver Stimulation und weniger Lernmöglichkeiten assoziiert zu sein (Chen et al. 2013, Stein et al. 2008, Sohr-Preston und Scaramella 2006). Diese Faktoren scheinen die kognitive und sprachliche Entwicklung ebenfalls negativ zu beeinflussen. Zudem wird die mütterliche Fürsorge und Betreuung, die positiv mit der sprachlichen Entwicklung assoziiert ist, häufig durch die Depressivität kompromittiert (Stein et al. 2008).

Physische Gesundheit der Kinder

Da das Vorliegen einer PPD die altersgerechte Versorgung, Ernährung und Förderung des Kindes negativ zu beeinflussen scheint, liegt es nahe, dass die PPD sich auch auf die physische Gesundheit und Entwicklung der Kinder auswirken kann. In einer großen Kohortenstudie in Großbritannien konnte gezeigt werden, dass Kinder postpartal depressiver Mütter signifikant häufiger an gastro-intestinalen und respiratorischen Infekten erkrankten als die Kinder nicht depressiver Mütter (Ban et al. 2010). Zuvor waren bereits Häufungen von Infekten bei Kindern depressiver Mütter in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (engl. low and middle income countries (LMICs)) beobachtet worden (Rahman et al. 2007). Darüber hinaus wird vermutet, dass eine maternale Depression auch das kindliche Längenwachstum und die Gewichtszunahme beeinflussen kann (O'Hara und McCabe 2013, Gress-Smith et al. 2012, Ertel et al. 2010). Während in Studien in LMICs häufig eine Assoziation zwischen PPD und einem erhöhten Risiko für Wachstumsverzögerung und Untergewicht beobachtet wurde, fanden Studien in Ländern mit hohem Einkommen (engl. high income countries (HICs)) häufig keine Assoziation oder nur eine Assoziation für bestimmte

Subgruppen (Stein et al. 2014, Avan et al. 2010, Stewart 2007, Patel et al. 2004). In einem Review, in das jedoch nur Studien aus HICs eingeschlossen wurden, kamen die Autor:innen zu dem Schluss, dass insbesondere eine chronifizierte PPD die Entstehung von Übergewicht begünstigen könnte (Lampard et al. 2014).

Vor dem Hintergrund dieser weitreichenden möglichen Folgen für die kindliche Gesundheit und Entwicklung kommt einer verbesserten Erkennung der PPD eine große Bedeutung zu. Durch eine frühzeitige und effektive Behandlung der PPD könnten die *„negativen Folgen [...] verhindert oder zumindest im Ausmaß reduziert werden“* (Reulbach et al. 2009, S. 709).

Auswirkungen auf die Partner:in und die weitere Familie

Eine PPD tritt in einer besonderen Lebensphase auf und betrifft neben der Mutter und dem neugeborenen Kind auch den/die Partner:in, etwaige weitere zu versorgende Geschwisterkinder und Angehörige aus dem weiteren Familienkreis (O'Hara und McCabe 2013, Riecher-Rössler 2012). In der Transitionsphase nach der Geburt eines Kindes stellt eine maternale PPD eine zusätzliche Belastung für die Partnerschaft dar und wurde in einigen Studien mit vermehrten Schwierigkeiten und Konflikten in der Partnerschaft bis hin zu Trennung und Scheidung assoziiert (Letourneau et al. 2012, Meadows et al. 2007). Die Depressivität der Partnerin stellt für die Partner:in der Mutter, meist den Vater des Kindes, oft eine große Heraus- oder Überforderung dar und kann Angst, Verwirrung, Hilflosigkeit oder Frustration und Ärger auslösen (Bruno et al. 2020, Henshaw et al. 2016). So verwundert es nicht, dass das Vorliegen einer maternalen Depression die Entwicklung einer paternalen postpartalen Depression begünstigt (Glasser und Lerner-Geva 2019, Cameron et al. 2016). Eine Metaanalyse von 74 Studien mit insgesamt 41.480 Probanden ermittelte eine Prävalenz von 8,4 % für die Entwicklung einer paternalen PPD im Zeitraum zwischen der Schwangerschaft und dem ersten Jahr nach der Geburt (Cameron et al. 2016). Als stärkster Risikofaktor für die Entstehung einer paternalen PPD gilt das Vorliegen einer maternalen PPD (Bruno et al. 2020, Glasser und Lerner-Geva 2019, Goodman 2004a). Das Vorliegen einer PPD bei einer der Partner:innen begünstigt die Entwicklung einer PPD bei der anderen Partner:in und kann den Verlauf der Erkrankung bei der Partner:in aggravieren (Glasser und Lerner-Geva 2019, Cameron et al. 2016, Wee et al. 2011). Somit ist das Risiko für eine „duale“ PPD bei Mutter und Vater hoch (Stewart und Vigod 2019).

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass Väter vor allem in westlichen Gesellschaften immer aktiver an der Erziehung der Kinder beteiligt sind, sollte auch der väterlichen psychischen Gesundheit zukünftig mehr Bedeutung beigemessen werden (Bruno et al. 2020, Glasser und Lerner-Geva 2019). Es wäre wünschenswert, dass im Rahmen des oft empfohlenen universellen Screenings auf maternale PPD auch routinemäßig nach dem väterlichen psychischen und emotionalen Befinden gefragt wird (Glasser und Lerner-Geva 2019, Gentile und Fusco 2017, Cameron et al. 2016). Zum Wohl der ganzen Familie sollte in der Versorgung perinataler psychischer Störungen ein Umdenken vom traditionellen genderfokussierten Ansatz hin zu einer familienfokussierten Versorgung erfolgen (Gentile und Fusco 2017, Letourneau et al. 2012).

2.4 Diagnostik

Die PPD zählt zu den häufigsten Komplikationen nach der Geburt und gilt heutzutage noch immer als untererkannt und unterbehandelt (Stewart und Vigod 2019, Yawn et al. 2012). Obwohl in der Peripartalzeit engmaschiger Kontakt zum Gesundheitssystem besteht und validierte Screeninginstrumente für die Erkennung der PPD zur Verfügung stehen, gehen einige Autor:innen davon aus, dass 50 % oder mehr der postpartal depressiven Frauen nicht oder erst zu spät erkannt werden (Bauer et al. 2014, Halbreich und Karkun 2006). Dabei ist die Peripartalzeit aufgrund der häufigen Kontakte mit medizinischem Fachpersonal eine „ideale“ Zeit, um peripartal depressive Frauen zu identifizieren und zu behandeln (Goldin Evans et al. 2015). In Anbetracht der hohen Prävalenz und der potenziell gravierenden und langjährigen Auswirkungen der PPD besteht ein großes gesamtgesellschaftliches Interesse, die Identifikation peri- bzw. postpartal depressiver Frauen erheblich zu verbessern (Howard et al. 2014b).

Nach einem Überblick über einige der am meisten eingesetzten Screeninginstrumente und deren Anwendung, soll im Folgenden die weitere diagnostische Abklärung und differenzialdiagnostische Abgrenzung der PPD dargestellt werden. Abschließend wird auf die kontroverse Debatte um die Einführung eines universellen Screenings auf PPD eingegangen.

Screening auf PPD

Für die Erkennung der PPD liegen unterschiedliche validierte Screeninginstrumente vor (Hewitt et al. 2009). Das am häufigsten eingesetzte Screeninginstrument ist der EPDS (Hahn-Holbrook et al. 2017, Gibson et al. 2009). Der von Cox und Mitarbeitern entwickelte, 10 Items umfassende Selbstbeurteilungsfragebogen wurde als spezifisches Messinstrument für die Erfassung der Symptome einer PPD entwickelt und kann Werte zwischen 0 und 30 annehmen. Bei Einführung des Fragebogens wurde eine hohe Akzeptanz unter den befragten Müttern beobachtet, und das Ausfüllen des Fragebogens dauerte durchschnittlich unter 5 Minuten (Cox et al. 1987). Das nutzerfreundliche Screeninginstrument wurde häufig validiert und gilt als geeignet für den Einsatz in der klinischen Praxis und in der Forschung (Moraes et al. 2017, Ali et al. 2016). Bei der Validierung der deutschsprachigen Fassung des Fragebogens reduzierten Bergant et al. (1998) den von Cox et al. (1987) verwendeten Cut-Off-Wert von 12 für das Vorliegen einer Major Depression auf 9,5, um auch leichte depressive Störungen nach der Definition der ICD-10 zu erfassen. Mit einer 96 %igen Sensitivität und einer Spezifität und einem positiv prädiktiven Wert von 1 erwies sich auch die deutschsprachige Fassung als gut geeignet für die Erkennung depressiver Störungen in der Postpartalperiode (Bergant et al. 1998). Auch der präpartale Einsatz des EPDS erscheint vielversprechend, da Frauen mit PPD häufig bereits psychopathologische Auffälligkeiten während der Schwangerschaft zeigen (Dorsch und Rohde 2016, Reulbach et al. 2009). Seit seiner Einführung wurde der EPDS in über 60 verschiedene Sprachen übersetzt (Cox 2019) und zeigte in den meisten Studien eine gute kulturübergreifende Validität und Reliabilität (WA Health 2006). Für das PPD-Screening in LMICs ist der EPDS nach Ali et al. (2016) aufgrund seiner Kürze und der Vermeidung des Wortes „Depression“ ein besonders gut geeignetes Screeninginstrument. Jedoch verwiesen die Autor:innen darauf, dass viele Validierungsstudien für den Einsatz in LMICs niedrigere optimale Cut-Off-Werte ergäben hätten.

Beim Screening auf PPD kommen neben dem EPDS noch weitere Messinstrumente zum Einsatz (Learman 2018). Auch wenn das Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire (PHQ-9) nicht speziell für die Erkennung peripartaler Depressionen entwickelt wurde, wird die Anwendung des 9 Fragen umfassenden Fragebogens häufig für das Screening auf Depressionen in der Peripartalperiode empfohlen (Austin et al. 2017, DGPPN et al. 2015, Flynn et al. 2011).

Ein weiteres häufig in der primären Versorgung eingesetztes Screeninginstrument ist der zeitökonomische „Zwei-Fragen-Test“ nach Whooley (Whooley et al. 1997). Mithilfe der folgenden zwei Fragen wird ein niedrigschwelliger Einstieg in ein Gespräch über das psychische Befinden der Frau im Wochenbett ermöglicht:

"1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig [sic] bedrückt oder hoffnungslos?"

2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?" (DGPPN et al. 2015, S. 37).

Der Einsatz der zwei Screening-Fragen zeigte eine Sensitivität von 96 % und eine Spezifität von 57 % (Whooley et al. 1997). Sobald eine der beiden Fragen bejaht wird, sollte eine weitere Abklärung erfolgen. Dafür kann zunächst der EPDS oder der PHQ-9 eingesetzt werden (NICE 2014), im Anschluss sollte die Verdachtsdiagnose jedoch immer durch ein diagnostisches klinisches Interview gesichert werden (Moraes et al. 2017). Das Verneinen beider Fragen macht das Vorliegen einer Depression sehr unwahrscheinlich (Whooley et al. 1997).

Neben dem Einsatz des EPDS und des PHQ-9 empfiehlt das Komitee der US-amerikanischen Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (engl.: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)) 5 weitere Tools für das Screening auf PPD: die Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), das Beck Depression Inventory I und II, die Center for Epidemiologic Studies Depression Scale und die Zung Self-Rating Depression Scale (ACOG 2018).

Einige dieser Screeningtools, wie z. B. der EPDS und die PDSS, wurden spezifisch für die Erkennung der Symptome einer PPD entwickelt, andere sind für das Screening auf Depression in der Allgemeinbevölkerung konzipiert worden (Learman 2018). Eine der Besonderheiten des EPDS ist, dass der Fokus weniger auf depressionstypischen somatischen Symptomen, wie Schlaflosigkeit oder Gewichtsverlust liegt, da das Auftreten dieser Symptome im Wochenbett nicht zwingend Ausdruck einer ursächlichen psychiatrischen Störung ist (Moraes et al. 2017, Di Florio und Meltzer-Brody 2015). Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die Auswahl des in Studien verwendeten Messinstrumentes die für die PPD ermittelte Prävalenzrate beeinflusst (Slomian et al. 2019, Hahn-Holbrook et al. 2017, Leahy-Warren und McCarthy 2007).

Trotz zahlreicher vorliegender Studien gibt es derzeit keine klare Empfehlung für die Auswahl des geeignetsten Screeninginstrumentes oder einen Konsens bezüglich des besten Zeitpunktes für die Durchführung eines PPD-Screenings (Moraes et al. 2017, Flynn et al. 2011). Zahlreiche Autor:innen kritisieren weiterhin, dass die Diagnosestellung der PPD in vielen Studien lediglich auf einem positiven Screeningbefund basiert und fordern dazu auf, einige Studienergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren (Shorey et al. 2018, Moraes et al. 2017). Unabhängig von dem eingesetzten Screeninginstrument sollte ein positives Screeningergebnis immer Anlass zur weiteren ärztlichen oder psychotherapeutischen Abklärung sein

und nicht die Basis für eine Diagnosestellung darstellen (Alhusen und Alvarez 2016, Kühner 2016, Mikoteit und Riecher-Rössler 2010). Als Goldstandard für die Diagnosestellung der PPD gilt ein sorgfältiges diagnostisches Interview, in dem überprüft wird, ob die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Störung erfüllt sind (Learman 2018, Moraes et al. 2017, Yim et al. 2015). Neben der differenzialdiagnostischen Abklärung sollte in diesem Rahmen auch immer aktiv nach Suizidalität und Gedanken sich selbst oder das Kind zu schädigen gefragt werden (Stewart und Vigod 2016, Sit et al. 2015).

Differenzialdiagnostik: postpartale psychische Störungen

Das Spektrum postpartaler psychischer Störungen ist breit und reicht vom eher harmlosen „Baby Blues“ über die PPD bis hin zur eher seltenen, aber oftmals schwerwiegenden postpartalen Psychose (Perry et al. 2021). Bei Verdacht auf das Vorliegen einer PPD sollte deshalb stets eine gründliche differenzialdiagnostische Abklärung erfolgen (Dorn und Mautner 2018). Zu den häufigsten postpartalen psychischen Störungen gehören die PPD und postpartale Angststörungen (Kühner 2016). Weitere Krankheitsbilder, die differenzialdiagnostisch bei psychopathologischen Auffälligkeiten in Betracht gezogen werden sollten, sind u. a. postpartale bipolare affektive Störungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Essstörungen (Meltzer-Brody et al. 2018b). Auch das komorbide Auftreten von postpartalen psychischen Störungen ist typisch und sollte bei der diagnostischen Abklärung und Therapieplanung berücksichtigt werden. Bei Patientinnen mit einer PPD wird am häufigsten eine komorbide Angststörung diagnostiziert (Wisner et al. 2013).

Im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung der PPD sollte analog zu anderen psychischen Störungen immer der Ausschluss einer medikamentös oder substanzinduzierten psychischen Störung erfolgen (Fitelson et al. 2010). Des Weiteren wird eine Laboruntersuchung mit einer Bestimmung des Hämoglobinspiegels und der Schilddrüsenhormonspiegel zum Ausschluss von organischen Ursachen empfohlen (Learman 2018). Bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes sollte ein besonderes Augenmerk auf dem Ausschluss von psychotischen oder manischen Symptomen liegen, um vor Therapieeinleitung eine möglicherweise den depressiven Symptomen zugrundeliegende bipolare oder psychotische Störung zu erkennen (Wisner et al. 2013).

Postpartum Blues

Als Postpartum Blues oder „Baby Blues“ werden Stimmungsschwankungen bezeichnet, die bei ca. 50 bis 80 % der Frauen in den ersten Tagen nach der Entbindung auftreten (Alhusen und Alvarez 2016, DGPPN et al. 2015). Die vorübergehende psychische Affektlabilität ist nicht als pathologisch, sondern eher als Reaktion auf die physiologischen Umstellungsvorgänge nach der Geburt zu beurteilen. Zu den typischen Symptomen zählen eine labile, subdepressive Stimmung, Weinerlichkeit, Unruhe, Ängstlichkeit und Schlaflosigkeit (Rezaie-Keikhaie et al. 2020, Schipper-Kochems et al. 2019). Zur Abgrenzung von der PPD sollte die Intensität der Symptome und ihre Persistenz beurteilt werden. Im Gegensatz zur PPD sind die Symptome beim Postpartum Blues milder in ihrer Ausprägung und nur vorübergehend zu beobachten. Meist erfolgt eine spontane Regredienz innerhalb von 14 Tagen (Stewart und Vigod 2016). Da der Postpartum Blues zu den Risikofaktoren für die Entwicklung einer PPD zählt, ist es wichtig, eine adäquate weitere Beobachtung und Betreuung betroffener Patientinnen zu gewährleisten (Reck et al. 2009).

Postpartale Psychose

Die postpartale Psychose (PP) stellt mit einer geschätzten Prävalenz von 0,1 - 0,2 % ein sehr seltenes, aber meist hochakutes Krankheitsbild dar (Essali et al. 2013). Charakteristisch ist ein plötzlicher Beginn innerhalb von wenigen Wochen nach der Geburt, häufig bereits während der ersten Tage nach der Entbindung. Die akut auftretenden Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Verwirrung sind meist schnell progredient und weisen eine starke Fluktuation in ihrer Intensität auf (Jones et al. 2014). Das Krankheitsbild der PP stellt einen bedrohlichen psychiatrischen Notfall dar (Perry et al. 2021), der meist eine stationären Behandlung erfordert, um verheerende Folgen für Mutter, Kind und die ganze Familie zu verhindern (Stewart und Vigod 2019). Patientinnen mit einer bipolaren Störung in der Vorgeschichte haben ein stark erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer PP (Wesseloo et al. 2016), und die Entwicklung einer PP kann ein Indikator für eine zugrundeliegende bipolare Störung sein (VanderKruik et al. 2017).

In der Postpartalzeit können Frauen an einer der vielfältigen postpartalen psychischen Störungen erkranken. Eine sorgfältige differenzialdiagnostische Abgrenzung der PPD von der Symptomatik des „Baby Blues“ dient der Vermeidung einer Übertherapie, während die Abgrenzung von schwereren psychiatrischen Störungen, wie der PP, eine Unterversorgung verhindern soll (Learman 2018).

Einführung eines universellen Screenings

Während in der Fachöffentlichkeit ein Konsens darüber besteht, dass die Erkennungsraten der PPD verbessert werden sollten, besteht weiterhin Uneinigkeit, ob die Einführung eines universellen PPD-Screenings ein probates Mittel für die Verbesserung der Erkennung darstellt (Stewart und Vigod 2019, Austin 2014). Seit vielen Jahren wird kontrovers darüber diskutiert, ob ein universelles Screening auch die Prognose und Versorgung betroffener Frauen verbessert (Thombs et al. 2014).

Vor dem Hintergrund der hohen Prävalenzraten der PPD, der hohen Nichterkennungsrate betroffener Frauen und der schwerwiegenden Auswirkungen befürworten und fordern viele Autor:innen die Einführung eines universellen Screenings (Learman 2018, Lefkovic et al. 2014). Einige Länder, wie Australien und amerikanische Fachgesellschaften wie z. B. die ACOG, die American Academy of Family Physicians, die American Academy of Pediatrics und die US Preventive Services Task Force teilen diese Auffassung und haben in den letzten Jahren ihre Empfehlung für ein universelles PPD-Screening ausgesprochen (Earls et al. 2019, ACOG 2018, AAFP 2017, Austin et al. 2017, Siu et al. 2016). Auch Dorsch und Rohde, zwei prominente deutsche Stimmen aus dem Bereich der Perinatalpsychiatrie, befürworten ein routinemäßiges Screening auf PPD, denn so „*könnte eine zügige Diagnosestellung der noch immer unter- bzw. zu spät diagnostizierten postpartalen Depressionen in Deutschland erzielt werden*“ (Dorsch und Rohde 2016, S. 362).

Neben den Befürworter:innen eines universellen Screenings gibt es auch einige Autor:innen und Fachgesellschaften, die einem universellen Screening eher kritisch gegenüberstehen und die Evidenzlänge für die Empfehlung eines universellen Screenings bemängeln (DGPPN et al. 2015, Thombs et al. 2014). Zu den Bedenken der Autor:innen gehören unter anderem die Gefahr des missbräuchlichen Einsatzes des EPDS als diagnostisches Mittel und die damit einher-

gehende Überdiagnose, Übertherapie und die damit verbundenen erhöhten Gesundheitskosten, die Überpathologisierung postnataler psychischer Symptome sowie die unzureichend gewährleistete Weiterversorgung im Anschluss an ein positives Screening-Ergebnis (Thombs et al. 2014, Hill 2010, Matthey 2010).

Abschließend lässt sich sagen, dass weiterhin Forschungsbedarf bezüglich des optimalen Zeitpunktes, der Auswahl des Screeninginstrumentes und der langfristigen Wirksamkeit und Effizienz eines Routinescreenings besteht. Darüber hinaus soll betont werden, dass zukünftig neben der verbesserten Erkennung auch die Anbindung an die weitere Versorgung nach einer Diagnosestellung gewährleistet werden sollte (Austin 2014, Howard et al. 2014a, Myers et al. 2013). Denn aktuell erhalten viele Mütter mit einem positiven Screening-Ergebnis keine weitere diagnostische Abklärung und Mütter mit einer bestätigten PPD häufig keine evidenz-basierte Behandlung (Earls et al. 2019, Austin et al. 2017).

3 Versorgung von postpartaler Depression

Obwohl das Krankheitsbild der postpartalen Depression in den letzten Jahren vermehrt in die Aufmerksamkeit der Forschung und der Öffentlichkeit gerückt ist, wird die Versorgungssituation betroffener Frauen häufig noch immer als unzureichend kritisiert (Stewart und Vigod 2019, Glasser et al. 2016). So gilt die PPD trotz der etablierten Screeninginstrumente, weiterhin als untererkannt und unterbehandelt (Guintivano et al. 2018, Werner et al. 2015, Leahy-Warren und McCarthy 2007). Um die Versorgungssituation betroffener Frauen zukünftig zu verbessern, ist es von großer Bedeutung, nicht nur die Erkennung des Krankheitsbildes zu fördern, sondern auch eine adäquate anschließende Versorgung zu gewährleisten (Myers et al. 2013, Leiferman et al. 2008).

Innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt eines Kindes kommt eine Frau im Rahmen der regulären Nach- und Vorsorgeuntersuchungen mit den unterschiedlichsten Akteur:innen im Gesundheitswesen in Kontakt (Goldin Evans et al. 2015). Zu nennen sind hier u. a. Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen, Hebammen und Entbindungspfleger und Hausärzt:innen. Im Kontext der PPD stellt sich die Frage, welche Rolle diese Akteur:innen bei der Versorgung der PPD einnehmen. Wer fühlt sich für die Erkennung der PPD verantwortlich, und was sind geeignete Zugangswege für die Versorgung betroffener Frauen?

Im Folgenden soll die Versorgungssituation von Patientinnen mit PPD ausführlicher dargestellt werden. Zunächst werden die unterschiedlichen Zugangswege zur Versorgung und das Hilfesuche- und Inanspruchnahmeverhalten postpartal depressiver Frauen beleuchtet. Nach Darstellung der Leitlinien-Empfehlungen und Beschreibung der Therapie der PPD wird auf die Schwierigkeiten und Barrieren bei der Erkennung und Versorgung postpartal depressiver Frauen eingegangen. Bei der anschließenden Charakterisierung der verschiedenen Akteur:innen soll die Berufsgruppe der Hausärzt:innen im Fokus stehen. Abschließend werden neue Ansätze aus der Versorgungsforschung vorgestellt.

3.1 Zugang zur Versorgung

Die Zugangswege für eine postpartal depressive Frau sind vielfältig, denn innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt sind eine Vielzahl an Akteur:innen im Gesundheitswesen an der Versorgung von Mutter und Kind beteiligt (Goldin Evans et al. 2015). Diese Akteur:innen können sich routinemäßig nach dem psychischen Befinden der Frau erkundigen oder depressive Symptome der Mutter während der gynäkologischen Nachsorge- oder der pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) feststellen (Weigl 2019, Dorsch und Rohde 2016, Belzer et al. 2015). Weiterhin kann sich eine betroffene Frau oder ihr nahes Umfeld proaktiv an unterschiedliche Ansprechpartner:innen wenden, um einen Zugang zur Versorgung zu erhalten (Bilszta et al. 2011). Einen Überblick über die Vielzahl an Akteur:innen und möglichen Zugangswegen vermittelt die Abbildung 2. Zu den im Zusammenhang mit der PPD am häufigsten untersuchten Akteur:innen gehören Gynäkolog:innen und Hebammen bzw. Entbindungspfleger.



Abbildung 2: Mögliche Zugangswege und an der Versorgung von Patientinnen mit postpartaler Depression beteiligte Akteur:innen im deutschen Gesundheitssystem (eigene Darstellung).

3.1.1 Betreuung durch Hebammen und Entbindungspfleger

Eine gesetzlich krankenversicherte Frau hat in Deutschland nicht nur während der Schwangerschaft und Entbindung, sondern auch darüber hinaus einen Anspruch auf eine Hebammenbetreuung im Wochenbett (GKV-Spitzenverband 2017a, 2017b). Die aufsuchende Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme kann innerhalb der ersten 12 Wochen nach der Geburt in Anspruch genommen werden (DHV 2019). Eine verlängerte Betreuung ist nur nach expliziter ärztlicher Anordnung möglich (BMJV 1988). Insbesondere in der ersten Zeit nach der Geburt können Hebammen und Entbindungspfleger eine wertvolle Hilfe für die ganze Familie darstellen und der Mutter im Umgang mit dem Neugeborenen unterstützend zur Seite stehen (DHV 2019). Während der ambulanten Betreuung

erleben Hebammen und Entbindungspfleger die Interaktion innerhalb der Familie in der häuslichen Umgebung. Durch die kontinuierliche Betreuung können sie psychopathologische Veränderungen der Frau frühzeitig erkennen oder sich routinemäßig nach dem psychischen Befinden der Mutter erkundigen (Wiecker 2019, Weigl 2019, Simon et al. 2017). Erkennt eine betroffene Frau oder ihre Partner:in depressive Symptome, kann sie sich natürlich auch selbstständig an ihre Hebamme oder ihren Entbindungspfleger wenden, um weitere Unterstützung zu erhalten (Weinbrenner 2020, BÄK und KBV 2020, Ballestrem und Weigle 2011).

3.1.2 Betreuung durch Gynäkolog:innen

Der Umfang der ärztlichen Betreuung von gesetzlich krankenversicherten Frauen in der Schwangerschaft und nach der Geburt wird in den „Mutterschafts-Richtlinien“ des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt. Die Richtlinien sehen standardmäßig nur eine ambulante Nachsorgeuntersuchung der Wöchnerin nach 6 bis 8 Wochen vor (GBA 2020a). Bei dieser Untersuchung soll neben einer Allgemeinuntersuchung der gynäkologische Befund erhoben werden, eine Blutdruckmessung, eine Untersuchung des Urins sowie die Beratung der Mutter erfolgen (GBA 2020a). Einige Frauenärzt:innen erkundigen sich nach dem psychischen Befinden der Frau oder screenen bei der Nachsorgeuntersuchung routinemäßig auf das Vorliegen einer PPD (Pawils et al. 2016). Darüber hinaus können betroffene Frauen und ihre Angehörigen den oder die betreuende Frauenärzt:in bei Bedarf selbst ansprechen und um Hilfe bitten.

3.1.3 Kontakt mit Kinderärzt:innen

Eine weitere Berufsgruppe, die innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt sehr regelmäßig mit Müttern in Kontakt kommt, sind die Kinderärzt:innen (Mall und Friedmann 2016). Allein im Rahmen der U-Untersuchungen sind während der ersten 12 Lebensmonate des Kindes mindestens 5 Kontakte (U2–U6) vorgesehen (GBA 2021). Damit bilden die niedergelassenen Kinderärzt:innen eine Berufsgruppe, die bereits frühzeitig eine häufig mehrjährige, meist sehr vertrauensvolle Beziehung zu jungen Familien aufbaut (Mall und Friedmann 2016). Die U-Untersuchungen könnten zukünftig einen geeigneten, niedrigschwelligen bereits in die Routineversorgung etablierten Zugangsweg für postpartal depressive Frauen darstellen (Loew 2021). Vor diesem Hintergrund wird seit einigen Jahren vermehrt über die Einführung eines PPD-Screenings durch Kinderärzt:innen diskutiert (Putnick et al. 2020, Rafferty et al. 2019, Liberto 2012).

3.1.4 Kontakt mit Hausärzt:innen

Im Mutterpass wird die Mutter aktiv dazu aufgefordert, alle U-Untersuchungen wahrzunehmen (GBA 2020b). Diese Untersuchungen werden nicht nur durch Kinderärzt:innen, sondern insbesondere im ländlichen Bereich auch durch Hausärzt:innen durchgeführt (Dielmann-von Berg und Sauer 2019, GBA 2020b). Die Hausärzt:innen können jedoch auch unabhängig von der Durchführung der U-Untersuchungen niedrigschwellige erste Ansprechpartner:innen für postpartal depressive Frauen sein. Denn oftmals besteht zu Hausärzt:innen bereits unabhängig von der Schwangerschaft eine vertrauensvolle Beziehung (Laux et al. 2010, KBV 2019a).

3.1.5 Weitere Zugangswege zur Versorgung

Psychosoziale Beratungsstellen sind eine weitere niedrigschwellige erste Anlaufstelle für Frauen mit depressiven Symptomen nach der Geburt (Dorn und Mautner 2018). Auch im Internet können Frauen, z. B. in Foren oder auf den Webseiten der Verbände der Selbsthilfegruppen, Informationen zur PPD im Allgemeinen und zu geeigneten regionalen Versorgungsangeboten erhalten (Verein Postpartale Depression Schweiz o. D., Schatten & Licht o. D.).

Bei bereits bestehender Anbindung, z. B. aufgrund von psychischen Vorerkrankungen, können Psycholog:innen oder Psychiater:innen als Akteur:innen der spezialisierten Versorgung ebenfalls einen Zugangsweg zum Versorgungssystem darstellen (Prevatt et al. 2018, Schaefer et al. 2017). Im Vergleich zu Frauen ohne psychiatrische Erfahrung suchten Frauen mit einer psychiatrischen oder psychologischen Behandlung in der Vorgeschichte häufiger professionelle Hilfe (Stone et al. 2015, Fonseca et al. 2015). Es wird vermutet, dass Psychiatrie-Erfahrene die Symptome einer PPD leichter erkennen könnten und möglicherweise weniger dazu neigen, auf eine spontane Remission zu hoffen (Fonseca et al. 2015).

3.1.6 Hilfesuchverhalten und Inanspruchnahme von Versorgung

Postpartal depressive Frauen sprechen ihre Symptome häufig nur widerwillig an und nehmen selten selbstständig professionelle Hilfe in Anspruch (McGarry et al. 2009, Buist et al. 2005). In zahlreichen Studien wurde beobachtet, dass weniger als 50 % der betroffenen Frauen aktiv Hilfe suchten (Holt et al. 2017, Fonseca et al. 2015, Milgrom et al. 2011, McGarry et al. 2009, Mayberry et al. 2007, McIntosh 1993). Obwohl in der Peripartalzeit besonders häufig Kontakt zum Versorgungssystem besteht, bleibt etwa die Hälfte der betroffenen Frauen noch immer unentdeckt (Bauer et al. 2014).

In einer großen amerikanischen Querschnittstudie gaben etwa 60 % der Frauen mit postpartalen depressiven Symptomen an, keine Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal gesucht zu haben (McGarry et al. 2009). Eine andere Untersuchung kam zu ähnlichen Ergebnissen. Von den Frauen mit moderaten bis schweren EPDS-Scores hatten 56,9 % bisher keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen (Mayberry et al. 2007). In einer portugiesischen Studie war der Anteil der postpartal depressiven Frauen, die aktiv Hilfe suchten mit nur 13,6 % bzw. 20,2 % (je nach verwendetem EPDS-Cut-Off-Wert) noch wesentlich niedriger (Fonseca et al. 2015). Ein ähnliches Hilfesuchverhalten wurde in einer australischen Studie beschrieben. Von 84 Frauen, die sich selber als depressiv einschätzen, hatten sich nur 17 % an eine Hausärzt:in gewandt, 58 % hatten keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen (Buist et al. 2005).

Trotz des schwach ausgeprägten Hilfesuchverhaltens bestanden in einigen Studien gleichzeitig Hinweise auf eine vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch postpartal depressive Frauen (Glasser et al. 2016, Eilat-Tsanani et al. 2006, Dennis 2004, Webster et al. 2001). So wurde z. B. in einer Studie in Israel (Eilat-Tsanani et al. 2006) beobachtet, dass Frauen mit PPD häufiger ihre Haus- oder Kinderärzt:in konsultierten als Frauen ohne depressive Symptome. Zudem wurden vermehrt Fälle einer „somatisierten PPD“ beobachtet, bei denen die Frauen aufgrund diffuser körperlicher Beschwerden vorstellig wurden (Eilat-Tsanani et al. 2006). In einer kanadischen Studie wurde ebenfalls eine erhöhte Inanspruchnahme von hausärztlichen und/oder anderen Versorgungsangeboten unter postpartal depressiven Frauen beobachtet (Dennis 2004).

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass postpartal depressive Frauen Behandelnden möglicherweise durch ein charakteristisches Nutzungsverhalten auffallen und dadurch zukünftig frühzeitiger erkannt werden könnten (Eilat-Tsanani et al. 2006, Dennis 2004). Das restriktive Hilfesuchverhalten betroffener Frauen spiegelt sich auch in den angegebenen Beratungsanlässen wider. Selbst unter den Frauen, die das Versorgungssystem vermehrt in Anspruch nahmen, nannten die Frauen nur selten ihre psychische Verfassung als Beratungsanlass (Webster et al. 2001). Stattdessen gaben sie meist physische Symptome oder Schwierigkeiten mit dem Kind als Vorstellungsgrund an (Eilat-Tsanani et al. 2006). Es ist also von großer Bedeutung, dass das medizinische Personal die häufig nur indirekt geäußerten Andeutungen betroffener Frauen richtig interpretiert (Webster et al. 2001). Ein restriktives Hilfesuchverhalten ist nur einer von vielen Faktoren, die zu den niedrigen Erkennungsraten der PPD beitragen. Einige Autor:innen gehen von Nichterkennungsraten von bis zu 50 % oder mehr aus (Hain et al. 2016, Halbreich und Karkun 2006, Hearn et al. 1998). In einer frühen Studie wurden nur 12 % der ante- und 26 % der postnatalen Frauen mit depressiven Symptomen erkannt (Johanson et al. 2000). Eine andere Untersuchung ermittelte ähnliche Erkennungsraten, dort erhielten nur 18 % der Schwangeren mit einer psychischen Störung eine entsprechende Diagnose (Kelly et al. 2001).

Bei der Versorgung postpartal depressiver Frauen sind jedoch nicht nur die niedrigen Erkennungsraten problematisch, sondern auch die unzureichende Weitervermittlung durch das Gesundheitspersonal und die niedrige Therapieinanspruchnahme durch die Frauen selbst (Bauer et al. 2017, Guy et al. 2014, Byatt et al. 2012b, Leiferman et al. 2008). Die niedrigen Behandlungsraten postpartal depressiver Frauen stellen ein schwerwiegendes Problem dar und unterstreichen den dringenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarf (Fitelson et al. 2010). So berichten in einer Studie z. B. nur 13,8 % der Frauen mit einem positiven PPD-Screeningergebnis davon, irgendeine Art der formalen Therapie zur Behandlung ihrer Depression erhalten zu haben (Marcus et al. 2003). In einer anderen amerikanischen Studie wurde ebenfalls eine unzureichende Weiterversorgung und Therapievermittlung bzw. –inanspruchnahme beobachtet. Mehrere Monate nach Erhalt ihres positiven Screeningergebnisses befanden sich nur 12 % der Frauen in psychotherapeutischer und noch weniger in medikamentöser Behandlung (Horowitz und Cousins 2006).

3.2 Leitlinien-Empfehlungen zur postpartalen Depression

Im vorliegenden Abschnitt soll ein Überblick über einige der gängigen Leitlinien und ihre Empfehlungen für die Versorgung der PPD gegeben werden. Im Vordergrund stehen dabei die folgenden zwei Aspekte: welche Empfehlungen werden bezüglich der Implementierung eines PPD-Screenings ausgesprochen und welche Rolle wird dabei der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben? Der Fokus liegt dabei auf der Darstellung der Empfehlungen der britischen, deutschen und australischen Leitlinien.

Innerhalb der letzten Jahre haben verschiedene Länder, wie z. B. Großbritannien, Schottland, Dänemark, Spanien, Australien und Singapur nationale Leitlinien zur Versorgung peripartaler psychischer Störungen wie der PPD veröffentlicht (Molenaar et al. 2018). Zusätzlich existieren zahlreiche Leitlinien der guten klinischen Praxis, die meist durch nationale psychiatrische oder gynäkologische Fachgesellschaften herausgegeben wurden. Als besonders bedeutende Beispiele sind hier u. a. die Empfehlungen der ACOG oder APA zu nennen (ACOG 2018,

Gelenberg et al. 2010). Für weitere Informationen über die Leitlinien zur PPD wird an dieser Stelle auf das Positionspapier der Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen (Austin 2014) und den Review von Molenaar et al. (2018) verwiesen, in dem die Leitlinien-Empfehlungen zur antidepressiven Therapie verglichen werden.

3.2.1 NICE-Leitlinie (Großbritannien)

Eine der Leitlinien, auf die in der Fachliteratur besonders häufig Bezug genommen wird, ist die Leitlinie zur antenatalen und postnatalen mentalen Gesundheit des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) aus Großbritannien (NICE 2014). Die Autor:innen ermutigen alle an der peripartalen Versorgung beteiligten Berufsgruppen dazu, den Einsatz der Whooley-Fragen bei der Erörterung des psychischen Wohlbefindens der Frau in der Schwangerschaft und der Postpartalzeit zu erwägen. Bejaht die Frau eine oder beide der Whooley-Fragen, empfiehlt die NICE-Leitlinie den Einsatz des EPDS oder des PHQ-9s und je nach Schweregrad der vermuteten postpartalen depressiven Episode die anschließende Überweisung an Hausärzt:innen oder Psychiater:innen bzw. Psycholog:innen (NICE 2014). Bei Überweisung einer Patientin soll der überweisende Behandelnde überprüfen, ob innerhalb von 2 Wochen (bzw. 4 Wochen bei psychologischen Interventionen) nach Überweisung eine Behandlung eingeleitet wurde. Analog zu den NICE-Leitlinien für andere psychische Störungen soll auch die Behandlung peripartaler psychischer Störungen im Rahmen sogenannter „Stepped Care Modelle“ erfolgen (NICE 2014). Eine deutschsprachige graphische Darstellung des nach den NICE-Leitlinien vorgesehenen Stepped Care Modells wurde aus der Publikation von Knüppel Lauener und Imhof (2016) übernommen und wird in Abbildung 3 gezeigt.



Abbildung 3: Stepped Care Modell nach den Empfehlungen der NICE-Guidelines (übernommen aus Knüppel Lauener und Imhof 2016, S.112: Abb. 1 Stufenmodell, Übersetzung des Original Stepped/Tiered Care Model. © The Stepped/Tiered Care Model, verkleinerte Abbildung).

Die Hausärzt:innen sind nach diesem Modell vor allem für Step 1 verantwortlich: die Identifikation postpartal depressiver Frauen mittels Assessment (Knüppel Lauener und Imhof 2016). Es ist jedoch davon auszugehen, dass Hausärzt:innen

(„general practitioners“) auch zu den Fachteams der Grundversorgung aus Step 2 und 3 gehören. Darüber hinaus wird in der Leitlinie betont, dass bei Eskalation auf höhere Behandlungsstufen die primären Betreuungspersonen wie Hausärzt:innen weiterhin informiert und in den weiteren Behandlungsplan miteinbezogen werden sollten (Knüppel Lauener und Imhof 2016, NICE 2014).

3.2.2 AWMF-Leitlinie (Deutschland)

In Deutschland liegt im Gegensatz zu Großbritannien und Australien aktuell keine perinatal-spezifische Leitlinie zur Depressionsbehandlung vor (Molenaar et al. 2018). Allerdings enthält die umfangreiche S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) eine Passage über Depressionen in der Peripartalzeit (DGPPN et al. 2015). Die meisten Empfehlungen und Ausführungen der Leitlinie beziehen sich jedoch eher auf depressive Störungen im Allgemeinen und weniger auf die Versorgung in der Peripartalzeit. Die 2. Auflage der S3-Leitlinie wurde bereits 2015 veröffentlicht und befindet sich aktuell in Überprüfung. Da zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit die aktualisierte Version noch nicht zur Verfügung steht, wird im Folgenden weiterhin auf die Empfehlungen der 2. Auflage Bezug genommen.

Die Autor:innen der Leitlinienempfehlungen verweisen auf zwei Metaanalysen (Thombs et al. 2014, Austin et al. 2009), die zu dem Schluss kamen, dass keine ausreichende Evidenz dafür vorläge, dass die Einführung eines universellen Depressionsscreenings in der Schwangerschaft oder in der Postpartalzeit den weiteren Gesundheitsverlauf von Mutter und Kind positiv beeinflussen würde (DGPPN et al. 2015). Darüber hinaus wird lediglich darauf hingewiesen, dass mehrere Screeninginstrumente zur Erfassung ante- und postpartaler depressiver Störungen vorlägen. Für das am häufigsten eingesetzte Screeninginstrument, den EPDS, wird eine Metaanalyse angeführt, die bei einem Cut-Off-Wert von 9/10 eine ausreichende Sensitivität und Spezifität zeigte. Des Weiteren wird auf Studien bzw. die NICE-Leitlinie verwiesen, die den Einsatz der Whooley-Fragen oder des PHQ-9 bei der PPD befürworteten (DGPPN et al. 2015). Darüber hinaus enthält die S3-Leitlinie jedoch keine konkreten Handlungsempfehlungen bezüglich der Erfassung depressiver Symptome in der Peripartalzeit.

Spezifische Hinweise bezüglich des Managements und der Zuständigkeiten der an der Versorgung postpartal depressiver Frauen beteiligten Berufsgruppen bzw. Versorgungsstrukturen sind in dem Kapitel Depressionen in der Peripartalzeit nicht enthalten. Die S3-Leitlinie enthält jedoch ein Kapitel, das sich mit der Versorgungs-koordination und der Interaktion der Behandelnden bei der Versorgung depressiver Patient:innen im Allgemeinen beschäftigt. Dort wird Hausärzt:innen, als langjährigen Begleiter:innen, eine zentrale Rolle bei der Versorgung depressiv kranker Menschen zugeschrieben (DGPPN et al. 2015). Analog zu den NICE-Leitlinien wird auch in der S3-Leitlinie auf das Potential sogenannter Stepped and Collaborative Care Modelle in der Depressionsversorgung verwiesen (DGPPN et al. 2015), auf diese soll jedoch erst im Abschnitt über die Rolle der Hausärzt:innen detaillierter eingegangen werden.

3.2.3 COPE-Leitlinie (Australien)

Die australische Leitlinie für die klinische Praxis bei der Versorgung peripartaler psychischer Störungen wurde im Oktober 2017 durch das Centre of Perinatal Excellence (COPE) herausgegeben (Austin et al. 2017). Zielgruppe der Leitlinie sind explizit alle in der Peripartalzeit an der Versorgung einer Familie beteiligten Berufsgruppen, darunter neben Gynäkolog:innen, Hebammen, Entbindungspflegern und Kinderärzt:innen auch Hausärzt:innen.

Im Gegensatz zu den eher zurückhaltenden Empfehlungen der NICE- und AWMF-Leitlinie sprechen die Autor:innen eine starke Empfehlung bezüglich der Implementierung eines Routinescreenings mithilfe des EPDS aus. In der Leitlinie finden insgesamt 5 Screeninginstrumente Erwähnung, darunter auch die Whooley-Fragen und der PHQ-9, die Autor:innen sprechen sich jedoch für den Gebrauch des EPDS in der Postpartalzeit aus (Austin et al. 2017). Nach den Empfehlungen der COPE-Leitlinie sollte ein erstes PPD-Screening mithilfe des EPDS 6 – 12 Wochen post partum erfolgen und während des ersten Jahres nach der Geburt mindestens einmal wiederholt werden. Frauen mit einem EPDS-Score zwischen 10 – 12 sollten engmaschig überwacht und ab einem Score von 13 sollte eine weitere diagnostische Abklärung eingeleitet werden (Austin et al. 2017). Einen Überblick über die verschiedenen Leitlinien-Empfehlungen hinsichtlich des Einsatzes der Whooley-Fragen, des EPDS und des PHQ-9 vermittelt Tabelle 1.

Den Hausärzt:innen wird durch die Autor:innen eine doppelte Funktion im australischen Gesundheitswesen zugewiesen. Einerseits zählen sie neben Hebammen, Entbindungspflegern und Gynäkolog:innen zu der Gruppe der unmittelbar an der Schwangerschafts- und Wochenbettbetreuung beteiligten Primärversorger:innen. Andererseits benennen sie die Hausärzt:innen neben Psycholog:innen und Psychiater:innen als Verantwortliche für die Behandlung postpartaler psychischer Störungen (Austin et al. 2017). Ideal wäre die Gewährleistung einer kontinuierlichen Behandlung einer postpartal depressiven Frau durch ihre bereits vertraute Hausärzt:in, ggf. unter Mitbehandlung durch einen oder eine Psychiater:in/Psycholog:in. Darüber hinaus betonen die Autor:innen die Rolle der Hausärzt:innen in ländlichen Regionen, in denen eine flächendeckende psychiatrische Versorgung nicht verfügbar oder mit langen Wartezeiten verbunden ist (Austin et al. 2017).

Tabelle 1: Übersicht über die Empfehlungen bezüglich des Einsatzes bekannter Screeninginstrumente aus der NICE-, AWMF- und COPE-Leitlinie (eigene Darstellung) ✓ = Empfehlung des Einsatzes; (✓) = abgeschwächte Empfehlung bzw. Erwähnung.

	NICE	AWMF	COPE
Whooley-Fragen	✓	(✓)	(✓)
EPDS	✓	✓	✓
PHQ-9	✓	(✓)	(✓)

Wie am Beispiel der britischen, deutschen und australischen Leitlinie gezeigt werden konnte, variieren die Empfehlungen bezüglich der Implementierung eines (universellen) PPD-Screenings und der dabei verwendeten Instrumente teilweise erheblich. Die Empfehlungen der Leitlinien müssen dabei immer vor dem Hintergrund der jeweiligen nationalen Versorgungsstrukturen interpretiert werden. Die Gruppe der Hausärzt:innen wird allerdings in allen zuvor näher dargestellten Leitlinien zu den zentralen Berufsgruppen bei der Versorgung der (postpartalen) Depression gezählt.

3.3 Therapie der postpartalen Depression

Eine effektive Behandlung der PPD erfordert einen multimodalen, interdisziplinären Ansatz und beinhaltet je nach Schweregrad eine Kombination aus psychosozialen, psychotherapeutischen und medikamentösen Therapiemaßnahmen (Schipper-Kochems et al. 2019, Stewart und Vigod 2019). Grundsätzlich erfolgt die Behandlung der PPD damit analog zur Therapie depressiver Erkrankungen in anderen Lebensphasen, es gilt jedoch einige durch die Peripartalzeit bedingte Besonderheiten zu berücksichtigen (Riecher-Rössler 2012). Bei der medikamentösen antidepressiven Therapie in der Postpartalzeit muss z. B. die mögliche Übertragung auf das Kind über die Muttermilch berücksichtigt werden, während bei der psychotherapeutischen Behandlung der PPD auf die besondere Lebenssituation der Mutter, den Übergang zur Mutterrolle und die Mutter-Kind-Beziehung eingegangen werden sollte (Di Florio und Meltzer-Brody 2015).

Je nach Schweregrad der depressiven Erkrankung kann die Behandlung der Mutter ambulant oder stationär erfolgen (Schipper-Kochems et al. 2019). Bei einer stationären Behandlung sollte die Unterbringung, sofern möglich, in speziellen Mutter-Kind-Einheiten erfolgen. Eine längere Trennung von Mutter und Kind sollte vermieden werden, um die bereits gestörte Mutter-Kind-Interaktion nicht zu aggravieren (Schipper-Kochems et al. 2019, Dorn und Mautner 2018). Bei der Therapieplanung sollten die Präferenzen der Patientin aktiv erfragt werden und ein Stillwunsch oder etwaige Bedenken, falls möglich, berücksichtigt werden (Johansen et al. 2019, Pearlstein et al. 2009, Goodman 2009). Mögliche Barrieren, die die Therapieaufnahme und Adhärenz beeinflussen könnten, sollten bereits bei der Erstellung eines individuellen Therapiekonzeptes bedacht werden, um eine adäquate Versorgung der betroffenen Frau zu gewährleisten (Stewart und Vigod 2019).

Nach Stewart und Vigod (2019) sieht die Stufentherapie der PPD (s. Abbildung 4) eine Art Basistherapie für alle betroffenen Frauen nach der Diagnosestellung vor. Ziel der Basistherapie ist vor allem die Gewährleistung der erforderlichen psychosozialen Unterstützung und die Stärkung der mütterlichen Ressourcen (Schipper-Kochems et al. 2019, Schaefer et al. 2017). Dafür sollte die Patientin zur Selbstfürsorge und zur körperlichen Betätigung ermutigt werden sowie zur Sicherstellung eines erholsameren Nachtschlafes angeleitet werden (Stewart und Vigod 2019, Mikoteit und Riecher-Rössler 2010). Die Aufklärung über die Erkrankung sollte ein zentraler Bestandteil eines Beratungsgespräches sein, um die Frau von Schuld- und Insuffizienzgefühlen zu entlasten und auch das Umfeld der Frau für die Erkrankung zu sensibilisieren (Riecher-Rössler 2012). Zudem sollten mögliche somatische oder psychiatrische Komorbiditäten abgeklärt werden und die Frau nach sozialen Belastungsfaktoren gefragt werden (Stewart und Vigod 2019).

Während eine solche Basistherapie und psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen wie z. B. Peer Support oder nicht-direktive Beratung für milde Formen der PPD oft eine ausreichende Therapie darstellen, sind bei moderaten oder schweren Verläufen meist zusätzliche psychotherapeutische oder medikamentöse Therapiemaßnahmen erforderlich (Stewart und Vigod 2019, Stephens et al. 2016).



Abbildung 4: Stufentherapie der PPD (eigene Darstellung nach Stewart und Vigod 2019). Abkürzungen: KVT – kognitive Verhaltenstherapie, IPT – interpersonelle Psychotherapie, SSRI – Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, EKT – Elektrokonvulsive Therapie.

3.3.1 Psychotherapeutische Behandlung

Die Mehrheit der von PPD betroffenen Frauen zieht eine psychotherapeutische Behandlung der medikamentösen antidepressiven Behandlung vor (Johansen et al. 2019, Goodman 2009, Pearlstein et al. 2006, Buist et al. 2005, van Schaik et al. 2004). Für die Behandlung der PPD stehen verschiedene evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung (Dorn und Mautner 2018). In Studien konnten signifikante Effekte für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und die interpersonelle Psychotherapie (IPT) sowie die psychodynamische Psychotherapie gezeigt werden (Schipper-Kochems et al. 2019, Miniati et al. 2014, Sockol et al. 2011, Fitelson et al. 2010).

Die Grundlage der KVT ist die Annahme, dass emotionaler Disstress und maladaptive Verhaltensweisen auf dysfunktionalen Kognitionen basieren. Im Rahmen der KVT sollen Patient:innen lernen, diese dysfunktionalen Gedanken und Überzeugungen zu erkennen, zu reevaluieren und zu modifizieren, um ihre Verhaltensweisen zu verändern (Sockol 2015). Die Anwendung der KVT bei depressiven Erkrankungen in der Peripartalzeit ist bereits seit langem etabliert und erwies sich als wirksames Verfahren zur Reduktion depressiver Symptome bei der PPD (Sockol 2015).

Die IPT wurde ursprünglich als Kurzzeittherapieform für die unipolare Depression entwickelt (Klerman et al. 1984). In ihrer für die PPD adaptierten Form liegt der Fokus auf der Betrachtung und Klärung interpersoneller Konflikte in der Partnerschaft, dem Rollenwechsel und den mit der Mutterschaft verbundenen neuen Erwartungen und Anforderungen (Miniati et al. 2014, O'Hara et al. 2000). In einer Metaanalyse von Sockol et al. (2011) erwiesen sich die IPT und die KVT beide als wirksam in der Reduktion depressiver Symptome, die Ergebnisse deuteten jedoch auf eine mögliche Überlegenheit der IPT in der Perinatalperiode hin. Die Autor:innen gaben jedoch selbst zu bedenken, dass diese Beobachtung auch methodischen Unterschieden zwischen den eingeschlossenen Studien geschuldet sein könnte. Laut der letzten Aktualisierung des Cochrane Reviews über psychosoziale und psychologische Interventionen bei der PPD zählt die IPT

zu den wirksamen und vielversprechenden psychologischen Interventionen in der Behandlung der PPD (Dennis und Dowswell 2013).

Aufgrund der möglichen Risiken einer medikamentösen Therapie und der guten Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung, soll nach der AWMF-S3-Leitlinie allen betroffenen Frauen eine Psychotherapie zur Behandlung der PPD angeboten werden (DGPPN et al. 2015). Bei allen psychotherapeutischen Interventionen sollte die Mutter-Kind-Beziehung aktiv berücksichtigt werden, da eine alleinige Besserung der maternalen Symptome nicht zwangsläufig mit einer verbesserten Mutter-Kind-Interaktion einhergeht (Kittel-Schneider und Reif 2016, Reck et al. 2004).

3.3.2 Medikamentöse Therapie

Bei unzureichendem Ansprechen auf nicht-medikamentöse Therapieverfahren oder einer zeitnah nicht verfügbaren psychotherapeutischen Behandlung wird bei der mittleren bis schweren PPD häufig eine medikamentöse antidepressive Therapie erforderlich (Stewart und Vigod 2019). Dabei ist jedoch zu betonen, dass der Einsatz von Psychopharmaka in der Stillzeit nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung und unter Berücksichtigung der Präferenz der betroffenen Frau und ihrer individuellen (psychiatrischen) Vorgeschichte erfolgen sollte (DGPPN et al. 2015, Pearlstein et al. 2009). Viele betroffene Frauen, insbesondere Frauen mit Stillwunsch, stehen einer medikamentösen Therapie sehr skeptisch gegenüber (Dorn und Mautner 2018, Fitelson et al. 2010, Goodman 2009, Dennis und Chung-Lee 2006). In qualitativen Untersuchungen äußerten Frauen u. a. Bedenken wegen möglicher Auswirkungen auf das gestillte Kind und waren besorgt, dass die Einnahme psychotroper Medikamente sie möglicherweise bei der Versorgung des Kindes einschränken könnte (Turner et al. 2008, Dennis und Chung-Lee 2006, Boath et al. 2004). Grundsätzlich ist jedoch davon auszugehen, dass das Stillen eines gesunden reifen Neugeborenen unter einer antidepressiven Monotherapie in den meisten Fällen nach einer sorgfältigen Risiko-Nutzen-Abwägung zu vertreten ist (Schaefer et al. 2017).

Bei der Entscheidung über etwaiges Abstillen bei Einnahme von Antidepressiva sollten die allgemein bekannten Vorteile des Stillens gegenüber den Risiken des Stillens unter Medikation abgewogen und die Wünsche und psychische Verfassung der Patientin miteinbezogen werden (Schaefer et al. 2017). Bei einigen Frauen kann die Empfehlung zum Abstillen bereits bestehende Versagensgefühle verstärken, da sie das Gefühl haben, dass Stillen „*das einzig Gute*“ sei, „*was sie für ihr Kind tun können*“ (Dorn und Mautner 2018, S. 97). Für andere Frauen kann das Abstillen wiederum eine Entlastung darstellen, wenn Schwierigkeiten beim Stillen und damit verbundene Schlafprobleme depressionsfördernd oder -aufrechterhaltend gewirkt haben (Dorn und Mautner 2018, Freeman 2009). Dies verdeutlicht, wie wichtig eine individuelle Beratung betroffener Frauen ist.

Eine antidepressive Therapie sollte, i. d. R. als Monotherapie in der niedrigsten effektiven Dosis erfolgen (DGPPN et al. 2015). Erstlinientherapie bei der medikamentösen Therapie der PPD sind die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) (Stewart und Vigod 2019). Bei einer Neueinstellung wird aus der Gruppe der SSRI meist der Einsatz von Sertralin empfohlen (O'Hara und Engeldinger 2018, Orsolini und Bellantuono 2015, Buttner et al. 2013, Hübner-Liebermann et al. 2012). Sertralin zeigte in verschiedenen Studien ein gutes Sicherheitsprofil für den postpartalen Einsatz mit einer minimalen Transmission

des Wirkstoffs in die Muttermilch und sehr niedrigen bis nicht nachweisbaren Serumkonzentrationen beim gestillten Neugeborenen (Orsolini und Bellantuono 2015, Davanzo et al. 2011, Weissman et al. 2004). Wenn die Frau in der Vergangenheit bereits eine wirksame antidepressive Therapie erhalten hat, empfiehlt es sich, sofern keine Kontraindikationen bestehen, auf dasselbe Medikament zurückzugreifen (Molenaar et al. 2018, Sharma und Sharma 2012, Freeman 2009). Als Mittel der eher zweiten Wahl gelten Mirtazapin sowie Antidepressiva aus der Gruppe der Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (Stewart und Vigod 2019). Bei schweren Verläufen der PPD kann eine Augmentation der antidepressiven Behandlung oder der vorübergehende Einsatz weiterer psychotroper Medikamente für die Behandlung von Schlafstörungen oder komorbiden Angststörungen erforderlich werden (Stewart und Vigod 2019, 2016, Pearlstein et al. 2009).

Bezüglich der erforderlichen Dauer einer antidepressiven Therapie der PPD liegen wenige Untersuchungen vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Therapie analog zu erstmaligen depressiven Episoden in anderen Lebensphasen noch für etwa 6 Monate bis 1 Jahr nach der Remission der depressiven Symptome fortgesetzt und vor dem Absetzen schrittweise reduziert werden sollte (Stewart und Vigod 2016). Tritt die PPD als erneute Episode einer bekannten rezidivierenden Depression auf, ist meist eine längere Therapiedauer sinnvoll (Sharma und Sharma 2012).

In das kürzlich erschienene Update des Cochrane Reviews über den Einsatz von Antidepressiva bei der Behandlung der PPD konnten nur 11 randomisiert kontrollierte Studien zum Einsatz von Antidepressiva bei der PPD eingeschlossen werden (Brown et al. 2021). Die Autor:innen kritisierten die unzureichende Qualität vieler vorliegender Studien und betonten erneut den dringlichen Forschungsbedarf, um die Effizienz der antidepressiven Behandlung im Vergleich zu Placebo und zu anderen Therapieverfahren sowie etwaige Nebenwirkungen und Langzeitfolgen für das Kind zukünftig besser beurteilen zu können (Brown et al. 2021). Trotz der aktuell unzureichenden Datenlage über die möglichen kurz- und langfristigen Risiken einer antidepressiven Therapie halten viele Expert:innen den Einsatz von Antidepressiva bei schweren Formen der PPD nach einer sorgfältigen Indikationsstellung für gerechtfertigt (Stewart und Vigod 2019, Howard et al. 2014a, O'Hara und McCabe 2013, Fitelson et al. 2010). Denn während weiterhin Unsicherheit hinsichtlich etwaiger bisher unbekannter Langzeitfolgen der antidepressiven Therapie in der Stillzeit besteht, sind die gravierenden möglichen Langzeitauswirkungen einer unbehandelten PPD für Mutter, Kind und die ganze Familie wohlbekannt (Freeman 2009).

3.3.3 Psychosoziale Unterstützung

Bei der Erstellung eines individuellen Behandlungskonzeptes ist die Aufklärung und Beratung über mögliche psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen besonders wichtig (Schaefer et al. 2017). Während ein Mangel an sozialer Unterstützung die Entstehung der PPD begünstigt, kann ein supportives soziales Umfeld und die Anbindung an Hilfsangebote eine protektive Wirkung haben (Leger und Letourneau 2015). Aus diesem Grund sollten die Partner:in, Angehörige und ggf. das weitere soziale Umfeld möglichst in die Aufklärung und die Therapieplanung mit einbezogen werden (Schipper-Kochems et al. 2019, Riecher-Rössler 2012). Um die Mutter bei der Versorgung des Kindes vermehrt zu unterstützen und so z. B. einen erholsameren Nachtschlaf zu ermöglichen, kann die Inanspruchnahme

von Elternzeit durch die Partner:in angeregt werden (Dorsch und Rohde 2016, Riecher-Rössler 2012). Darüber hinaus kann auch eine längerfristige Betreuung durch eine „Familienhebamme“ beim Jugendamt beantragt werden (Dorn und Mautner 2018). Sogenannte „Familienhebammen“ haben eine psychosoziale Zusatzqualifikation erworben und können betroffene Familien über einen längeren Zeitraum in der häuslichen Umgebung unterstützen (Rettig et al. 2017, Schaefer et al. 2017). Schlafinterventionen und Stillberatung bei kindlichen und mütterlichen Schlafschwierigkeiten oder Stillproblemen könnten ebenfalls zu einer Verbesserung der mütterlichen Stimmung beitragen (Chrzan-Dętkoś et al. 2020, Webber und Benedict 2019, Kempler et al. 2016). Für weitere psychosoziale Unterstützungsangebote können betroffenen Familien frühzeitig an Initiativen wie „Frühe Hilfen“ angebunden werden. Zur weiteren Entlastung der Mutter kann bei der Krankenkasse zusätzlich eine Haushaltshilfe beantragt werden. Für den Austausch mit Betroffenen kann die Anbindung an eine regionale Selbsthilfegruppe hilfreich sein (Schipper-Kochems et al. 2019, Dorn und Mautner 2018). Deutschsprachige Informationen über das Krankheitsbild der PPD, eine Übersicht über regionale Selbsthilfegruppen und Therapieangebote für Mutter und Kind können Betroffene und ihre Angehörigen z. B. auf der Website des Vereins „Schatten und Licht e.V. - Initiative für peripartale psychische Erkrankungen“ finden (Schatten & Licht o. D.).

Zu den sich als wirksam erwiesenen psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen bei der PPD zählen außerdem sogenannter „Peer Support“ und die nicht-direktive Beratung (Stewart und Vigod 2019). Unter „Peer Support“ werden soziale Unterstützungsangebote von ehemals betroffenen Frauen für akut an einer PPD erkrankte Frauen verstanden (Dennis 2003). In Studien konnte häufig eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit dieser Form der psychosozialen Unterstützung beobachtet werden (Prevatt et al. 2018, Dennis et al. 2009, Dennis 2003). In der nicht-direktiven Beratung haben Frauen die Gelegenheit, offen über ihre Gefühle zu sprechen und sollen durch das empathische und nicht urteilende Zuhören darin bestärkt werden ihre eigenen Entscheidungen zu treffen (Holden et al. 1989). In einem Review und einer kürzlich erschienenen Metaanalyse erwies sich die nicht-direktive Beratung zum Beispiel in Form von sogenannten „listening visits“ als wirksam in der Behandlung einer milden bis moderaten PPD (McCabe et al. 2021, Dennis 2014). Bei milden Verläufen der PPD tragen psychosoziale Maßnahmen wie „Peer-Support“ oder nicht-direktive Beratung häufig bereits zu einer ausreichenden Stabilisierung der Mutter bei (Stewart und Vigod 2019).

3.3.4 Somatische Therapie

Viele Frauen stehen einer medikamentösen antidepressiven Therapie in der Stillzeit grundsätzlich eher skeptisch gegenüber und bevorzugen nicht-medikamentöse Therapieverfahren (Dorn und Mautner 2018, Sockol et al. 2011, van Schaik et al. 2004). Eine weitere Schwierigkeit bei der medikamentösen Therapie der PPD ist die Latenz bis zum Eintritt der antidepressiven Wirkung (Gressier et al. 2015). Aus diesem Grund sind somatische Therapieansätze wie die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) mit einem schnelleren Einsetzen der antidepressiven Wirkung vielversprechend für Situationen mit einem hochakuten Behandlungsbedarf. Somit stellt die EKT bei schwerer PPD, insbesondere bei Therapieresistenz oder zusätzlich bestehenden psychotischen Symptomen oder akuter Suizidalität, eine valide Therapieoption dar (Rundgren et al. 2018, Gressier et al. 2015). In den letzten Jahren wird zunehmend auch über den möglichen Einsatz einer fokalen Hirnstimulation in der Behandlung der PPD diskutiert. Erste

Untersuchungen zeigten eine signifikante Besserung postpartaler depressiver Symptome nach der Behandlung mit repetitiver transkranieller Magnetstimulation (rTMS) (Cox et al. 2020, Ganho-Ávila et al. 2019).

Somatische Therapieansätze könnten insbesondere für Frauen, bei denen durch Psychotherapie oder Pharmakotherapie bisher keine Remission erzielt werden konnte, oder für Frauen, die die Einnahme von Antidepressiva in der Stillzeit ablehnen, eine interessante nichtmedikamentöse Therapieoption darstellen (Stewart und Vigod 2019). Zunächst bedarf es jedoch weiterer Forschung, um die Sicherheit und Effizienz der EKT und der rTMS in der Behandlung der PPD zu gewährleisten.

3.3.5 Andere Therapieansätze

Da einige Studien eine Reduktion depressiver Symptome durch körperliche Betätigung (Daley et al. 2009), z. B. in Form von Aerobic zeigten (Pritchett et al. 2017, McCurdy et al. 2017), kann betroffenen Frauen nach der AWMF-S3-Leitlinie körperliche Betätigung als ergänzende Therapiemaßnahme bei Depression in der Postpartalzeit empfohlen werden (DGPPN et al. 2015). Hormonelle Schwankungen werden häufig als ätiologischer Faktor bei der Entstehung der PPD diskutiert. Vor diesem Hintergrund wurde wiederholt die Wirksamkeit von Östrogen- oder Progesterongaben in der Behandlung der PPD untersucht (Dennis et al. 2008). Laut den Autor:innen der AWMF-S3-Leitlinie gibt es jedoch derzeit keine Evidenz für die Empfehlung einer Hormontherapie in der Peripartalzeit (DGPPN et al. 2015). Ein neuer, ebenfalls auf pathophysiologischen Erkenntnissen beruhender Therapieansatz ist die postpartale Gabe von Allopregnanolon, einem Metaboliten von Progesteron mit einer positiven allosterischen modulierenden Wirkung am GABA-A-Rezeptor. Erste Untersuchungsergebnisse zu dem postpartalen Einsatz von Allopregnanolon erscheinen vielversprechend (Hutcherson et al. 2020, Meltzer-Brody et al. 2018a, Kanesh et al. 2017). Vor einer Implementierung dieses Therapieverfahrens außerhalb von klinischen Studien sind jedoch weitere Untersuchungen notwendig (Hutcherson et al. 2020). In den USA wurde Brexanolon, die synthetische Form des Allopregnanolons, bereits im März 2019 unter speziellen Auflagen für die Behandlung der PPD zugelassen (Redaktion Deutsches Ärzteblatt 2019).

Weitere im Kontext der PPD untersuchte alternative Therapieansätze sind z. B. die Lichttherapie, Akupunktur, Hypnose, Schlafentzug, die Gabe von Omega-3-Fettsäuren oder Massagen. Auch wenn für einige dieser Verfahren in Einzelstudien positive Effekte beobachtet werden konnten (Deligiannidis und Freeman 2014), besteht bisher keine ausreichende Evidenz für die allgemeine Anwendung und Empfehlung dieser Verfahren (Schipper-Kochems et al. 2019, Dorsch und Rohde 2017, Stewart und Vigod 2016, DGPPN et al. 2015).

3.4 Schwierigkeiten in der Versorgung

Die Versorgungssituation postpartal depressiver Frauen wird von Expert:innen weiterhin als problematisch bewertet (Eckert et al. 2020, Earls et al. 2019, Austin et al. 2017, Kittel-Schneider und Reif 2016). Trotz der zur Verfügung stehenden erprobten Screeninginstrumente und effektiven Therapiemöglichkeiten bleiben noch immer viele postpartal depressive Frauen unerkannt und unbehandelt (Leahy-Warren und McCarthy 2007, Dennis und Chung-Lee 2006). In diesem Kapitel über die Schwierigkeiten in der Versorgung soll zunächst dargestellt werden, welche Barrieren die Versorgung betroffener Frauen erschweren. Anschließend soll näher auf die Rolle der bei den Zugangswegen zur PPD bereits dargestellten Akteur:innen eingegangen werden. Unter Verweis auf aktuelle Forschungsergebnisse soll eruiert werden, welchen Beitrag die beteiligten Berufsgruppen bei der Erkennung und Versorgung der PPD spielen könnten. Im Mittelpunkt der Betrachtungen soll dabei die Gruppe der Hausärzt:innen stehen. Nach einem Exkurs über die internationale Bedeutung von Hausärzt:innen bei der PPD-Versorgung soll die familienmedizinische Funktion deutscher Hausärzt:innen und ihre Rolle in der Depressionsbehandlung in anderen Lebensphasen erörtert werden. Abschließend sollen neue Versorgungsansätze, die einige der zuvor dargestellten Schwierigkeiten adressieren, u. a. am Beispiel des Hamburger Pilotprojektes „Gesundheitsnetz Depression“ vorgestellt werden.

In Anbetracht des schwach ausgeprägten Hilfesuchverhaltens und der hohen Nichterkennungs- und Nichtbehandlungsraten ist die Entwicklung eines besseren Verständnisses für die Faktoren, die Frauen davon abhalten Hilfe zu suchen und Therapieangebote in Anspruch zu nehmen (Goodman 2009), von zentraler Bedeutung. Im Folgenden werden deshalb die Versorgung erschwerende maternale, soziale bzw. gesellschaftliche Barrieren sowie die eher strukturellen Barrieren des Gesundheitssystems und die Barrieren aufseiten des Gesundheitspersonals beleuchtet. Um die maternale mentale Gesundheit und damit auch das kindliche Wohlbefinden zu stärken, sollten diese Barrieren zukünftig in der individuellen Therapieplanung vermehrt berücksichtigt und mithilfe innovativer Versorgungsmodelle aktiv adressiert werden (Bell et al. 2016, Goodman 2009, Leiferman et al. 2008).

3.4.1 Maternale Barrieren

Obwohl Frauen in der Zeit rund um die Geburt besonders häufig Kontakt mit dem Gesundheitssystem haben, spricht nur eine Minderheit der Frauen mit depressiven Symptomen offen über ihre Beschwerden und sucht aktiv professionelle Hilfe (Bauer et al. 2014, Abrams et al. 2009, McGarry et al. 2009, Dennis und Chung-Lee 2006). Vielen betroffenen Frauen fällt es sehr schwer, ihre Gefühle gegenüber ihrer Partner:in, ihrer Familie oder medizinischem Fachpersonal anzusprechen (Byatt et al. 2013, Abrams et al. 2009, Dennis und Chung-Lee 2006). In Befragungen gaben die betroffenen Frauen an, dass Scham, Schuldgefühle und die Angst vor einer gesellschaftlichen Stigmatisierung sie daran hinderten, offen über ihr Erleben zu berichten (Jones 2019, Prevatt und Desmarais 2018, Bell et al. 2016, Dennis und Chung-Lee 2006). Ein zentrales Problem in der Inanspruchnahme der Versorgung ist das mangelnde Wissen vieler Frauen über das Krankheitsbild der PPD (Hadfield und Wittkowski 2017, Fonseca et al. 2015). So gaben betroffene Mütter häufig an, dass sie ihre Symptome zunächst nicht als solche erkannt hätten (Guy et al. 2014, Boath et al. 2013). Wiederum andere Frauen negierten ihre Symptome, indem sie ihre Gedanken und Empfindungen

verdrängten (van Ta Park et al. 2017, Abrams et al. 2009) oder hofften, dass diese sich selbstständig zurückbilden (Bell et al. 2016).

Depressive Symptome in der Zeit nach der Geburt eines Kindes brechen mit der gesellschaftlichen Vorstellung einer glücklichen Mutterschaft (Vliegen et al. 2014, Patel et al. 2013). Die betroffenen Frauen leiden häufig sehr darunter, dieser Erwartung nicht gerecht zu werden, und berichteten oft über Versagensgefühle und die Angst eine „schlechte Mutter“ zu sein, die nicht für ihr Kind sorgen kann (Hadfield und Wittkowski 2017, Bell et al. 2016, McCarthy und McMahon 2008). Neben der Angst aufgrund einer mentalen Erkrankung stigmatisiert zu werden, berichteten Betroffene oft über die Sorge, ihr Kind zu verlieren, wenn sie sich Hilfe suchen würden (Guy et al. 2014, Letourneau et al. 2007, Edwards und Timmons 2005). Einige Frauen gaben an, dass ihnen weder mögliche Anlaufstellen noch die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten bekannt gewesen seien (van Ta Park et al. 2017). Andere Frauen hatten das Gefühl, dass das medizinische Fachpersonal nur für physische Beschwerden verantwortlich sei oder empfanden das betreuende Personal nicht als vertrauensvolle Ansprechpartner:in in emotionalen und psychischen Belangen (Parvin et al. 2004). Als weiteres Hindernis nannten Frauen ihre Zögerlichkeit oder ihren Widerwillen, Angebote der psychiatrischen Versorgung in Anspruch zu nehmen (Abrams et al. 2009, Edge et al. 2004). In mehreren Befragungen gaben Frauen an, dass sie eine in die Geburtshilfe bzw. Gynäkologie integrierte psychische Versorgung bevorzugen würden (Bell et al. 2016, Guy et al. 2014, Flynn et al. 2010, Goodman 2009).

Auch die Angst vor einer möglichen Abhängigkeit, unerwünschten Nebenwirkungen oder negativen Auswirkungen auf das Kind bei einer Behandlung mit Antidepressiva hinderte Frauen daran, Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen (Jones 2019, Grissette et al. 2018, van Ta Park et al. 2017, Dennis und Chung-Lee 2006). Diese Bedenken könnten dazu beitragen, dass in Untersuchungen häufig eine mangelnde Compliance bei der Einnahme von Antidepressiva beobachtet wird (Misri et al. 2013). Frauen gaben häufig an, das verschriebene Medikament nicht, in niedrigeren Dosen oder nur unregelmäßig eingenommen zu haben oder es vorzeitig ohne Rücksprache mit der Behandler:in wieder abgesetzt zu haben (O'Hara und Engeldinger 2018, Guy et al. 2014, Abrams et al. 2009, Boath et al. 2004). Ein weiteres Hindernis aufseiten der Frauen ist die unzureichende Inanspruchnahme von Überweisungen an andere Behandler:innen und das Nichtwahrnehmen von Kontrollterminen (Bina 2020, Bauer et al. 2017, Horowitz und Cousins 2006).

Zu den eher strukturellen Barrieren, die Frauen an der Hilfesuche hinderten, zählten eine nicht gewährleistete Betreuung der Kinder (Goodman 2009), allgemeine Schwierigkeiten im Zeitmanagement der Frau oder unzureichende öffentliche Transportmittel, um Therapieangebote zu erreichen (Fonseca et al. 2015, Shivakumar et al. 2014, O'Mahen und Flynn 2008). Finanzielle Schwierigkeiten oder eine fehlende Krankenversicherung trugen ebenfalls zu dem Versorgungsdefizit bei (van Ta Park et al. 2017, Fonseca et al. 2015, Shivakumar et al. 2014, O'Mahen und Flynn 2008).

Für ethnische Minderheiten und Migrantinnen stellten sprachliche und andere kommunikative Barrieren ein erhebliches Hindernis dar (Sambrook Smith et al. 2019, Lam et al. 2012, Wittkowski et al. 2011, Templeton et al. 2003). Frauen aus ethnischen Minderheiten gaben häufig an, sich durch die Behandelnden nicht richtig verstanden zu fühlen und beklagten einen Mangel an kultursensitiven

Versorgungsangeboten (Watson et al. 2019, Sambrook Smith et al. 2019, van Ta Park et al. 2017, Abrams et al. 2009, Edge 2008). Dies unterstreicht die Relevanz der Förderung der interkulturellen Kompetenz des Gesundheitspersonals und der Berücksichtigung von migrations- und kulturbezogenen Faktoren, um zukünftig eine verbesserte Versorgung von Frauen mit Migrationshintergrund zu gewährleisten (Shorey et al. 2018, Bermejo und Wolff 2009).

3.4.2 Barrieren im familiären, sozialen und gesellschaftlichen Umfeld

Das familiäre und soziale Umfeld kann eine entscheidende Rolle bei der Erkennung von Symptomen einer PPD und dem Zugang zu Hilfsangeboten spielen (Sambrook Smith et al. 2019). Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass Partner:innen und Angehörige die Symptome aufgrund fehlenden Wissens über die PPD häufig nicht als solche erkennen. Beobachtete Veränderungen werden den Anpassungsvorgängen nach der Geburt zugeschrieben, die Symptome durch Angehörige normalisiert und betroffene Frauen oft darin bestärkt, dass die Gefühle nur vorübergehender Natur seien (Sambrook Smith et al. 2019, Kingston et al. 2015, Letourneau et al. 2007). Unzureichendes Wissen über die Häufigkeit und Symptomatik der PPD sowie geeignete Ansprechpartner:innen bei der Hilfesuche, persönliche Überforderung und die Angst vor Stigmatisierung zählen zu den zentralen Barrieren, die eine effektive Unterstützung der Frau durch die Partner:in behindern (Letourneau et al. 2011).

In der Literatur wird ein möglicher Einfluss der interkulturell verschiedenen Konzeptionen von Mutterschaft auf das Inanspruchnahmeverhalten von postpartal depressiven Frauen diskutiert (Dennis und Chung-Lee 2006). In einigen Kulturen gelten depressive Symptome noch immer als Zeichen von Schwäche und Versagen (Watson et al. 2019). So gaben z. B. Frauen aus Finnland, Jordanien, Schweden, Schottland, Bangladesch und der Karibik an, dass sie ihre Gefühle aufgrund der implizierten Schwäche nicht ansprechen wollten (Dennis und Chung-Lee 2006, Edge und Rogers 2005, Parvin et al. 2004). Betroffene Frauen berichteten, dass die Angst, dem Ruf der Familie zu schaden, sie davon zurückhielt, ihre Erfahrungen zu teilen, da es als unangemessen gelte, solche Angelegenheit außerhalb der Familie zu thematisieren (Watson et al. 2019, Parvin et al. 2004). Aus Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung könne die Familie sogar aktiv dazu beitragen, die Hilfesuche zu verzögern (Sambrook Smith et al. 2019). Im Gegensatz dazu kann ein aufmerksames familiäres und soziales Umfeld, das die Frau darin ermutigt und bestärkt sich frühzeitig Hilfe und Unterstützung zu suchen, ein entscheidender Förderfaktor für die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten sein (Prevatt et al. 2018, Bell et al. 2016, Shivakumar et al. 2014).

3.4.3 Barrieren aufseiten des Gesundheitspersonals und im Gesundheitssystem

Studien zeigten, dass das Verhalten und die Einstellung von medizinischem Fachpersonal einen maßgeblichen förderlichen, aber auch einen hinderlichen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten postpartal depressiver Frauen haben kann (Dennis und Chung-Lee 2006). Zu den zentralen Barrieren aufseiten des medizinischen Gesundheitspersonals gehören mangelndes Wissen über das Krankheitsbild der PPD und damit einhergehend eine ungenügende Erfassung von Anzeichen einer PPD (Sambrook Smith et al. 2019, Dennis und Chung-Lee 2006). Unter den am häufigsten durch das Gesundheitspersonal selbst wahrgenommenen Barrieren sind u. a. Zeitmangel, mangelndes Wissen über das Krank-

heitsbild und über mögliche Angebote der Weiterversorgung, unzureichende Ausbildung und Unsicherheit im Umgang mit betroffenen Frauen zu nennen (Sambrook Smith et al. 2019, Grissette et al. 2018, Glasser et al. 2016). Einige der Befragten gaben an, die offene Diskussion über Anzeichen der PPD mit Patientinnen sogar bewusst zu vermeiden (Grissette et al. 2018, Byatt et al. 2012a). Ein weiteres Hindernis in der adäquaten Behandlung ist die unzureichende Weiterversorgung postpartal depressiver Frauen (Austin et al. 2017).

In einigen qualitativen Untersuchungen berichteten Frauen wiederholt davon, dass das medizinische Personal ihre depressiven Symptome normalisiert und als selbstlimitierend eingeordnet hätte (Bilszta et al. 2011, Sword et al. 2008, Letourneau et al. 2007). Andere Frauen hatten das Gefühl, dass ihren Schilderungen zu wenig Aufmerksamkeit und Zeit gewidmet wurde (Dennis und Chung-Lee 2006). Viele der Frauen waren enttäuscht von den Reaktionen des Gesundheitspersonals und empfanden die Erfahrung als demoralisierend (Letourneau et al. 2007) oder zogen sich zurück (Bilszta et al. 2011). Die Art und Qualität der Beziehung zwischen der betroffenen Frau und den Behandelnden scheint eine entscheidende Rolle bei der Inanspruchnahme der Versorgung zu spielen und den Therapieerfolg maßgeblich zu beeinflussen (Hadfield und Wittkowski 2017, Dennis und Chung-Lee 2006). Eine gute, bereits bestehende und vertrauensvolle Beziehung zu medizinischem Fachpersonal scheint das Hilfesuchverhalten und die Therapieinanspruchnahme positiv zu beeinflussen (Guy et al. 2014, Sword et al. 2008).

Als eher strukturelle systemische Barrieren im Gesundheitssystem sind z. B. die mangelnde interdisziplinäre Vernetzung zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, die unzureichende finanzielle Vergütung einer ausführlichen Beratung, Schwierigkeiten bei der Weitervermittlung und die langen Wartezeiten auf Termine, insbesondere bei Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen, zu nennen (Bina 2020, Bell et al. 2016, Pawils et al. 2016, Byatt et al. 2012a, Sword et al. 2008).

3.5 Rolle der verschiedenen an der Versorgung beteiligten Akteur:innen

Im Folgenden wird die aktuelle bzw. potenzielle Rolle verschiedener Akteur:innen, darunter Hebammen und Entbindungspfleger, Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen und Hausärzt:innen, bei der Versorgung postpartal depressiver Frauen beleuchtet. Unter Berücksichtigung von Faktoren wie der Häufigkeit des Kontaktes in der Postpartalzeit, dem Verantwortungsgefühl für die Erkennung, der Screeningbereitschaft und -erfahrung, der Versorgungskompetenz und der Weitervermittlungsrate, sollen die Vorteile und Limitationen der Versorgung durch die jeweiligen Berufsgruppen herausgearbeitet werden.

3.5.1 Rolle der Hebammen und Entbindungspfleger

In Deutschland nehmen Hebammen und Entbindungspfleger eine zentrale Rolle in der prä-, peri- und postpartalen Betreuung von Schwangeren bzw. Müttern und ihren Familien ein. Bei Beschwerden im Wochenbett sind sie häufig niedrigschwellige, erste Ansprechpartner:innen (Anding et al. 2015). Durch die Betreuung in der häuslichen Umgebung erlebt die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Interaktion zwischen den Eltern und die Mutter- bzw. Vater-Kind-Interaktion unmittelbar mit und kann sich so einen ganzheitlichen Eindruck von dem Befinden aller Familienmitglieder verschaffen (SHV Sektion Bern 2014, Nagel-Brotzler et al. 2005). Im Unterschied zu Kinderärzt:innen liegt bei den Hausbesuchen der

Hebammen und Entbindungspfleger der Fokus explizit nicht ausschließlich auf dem Neugeborenen, sondern auch auf der Mutter und dem Wohlbefinden des Vaters (Luegmair 2016). Ein weiterer Vorteil ist die Gewährleistung einer intensiven und kontinuierlichen Betreuung durch engmaschige Hausbesuche im frühen Wochenbett (Wiecker 2019, Simon et al. 2017). Die aufsuchende Wochenbettbetreuung stellt ein niederschwelliges Hilfsangebot dar (Simon 2017), da mit ihr kein zusätzlicher organisatorischer Aufwand, wie z. B. eine Anfahrt oder die Notwendigkeit einer Kindesbetreuung, einhergeht. Wenn bereits vor der Geburt eine Betreuung durch die Hebamme oder den Entbindungspfleger erfolgte, besteht meist schon eine vertrauensvolle Beziehung, sodass erste psychische Veränderungen frühzeitig auffallen können (Wiecker 2019). Eine kürzlich erfolgte Untersuchung zeigte, dass etwa 95 % der Hebammen und Entbindungspfleger aus Norddeutschland sich für die Erkennung der PPD verantwortlich fühlten (Baumeister 2019). In einer sich anschließenden Studie hielten alle Hebammen aus der Interventionsgruppe den Einsatz des EPDS für „sehr“ oder zumindest „eher geeignet“ in der Hebammenhilfe (Weinbrenner 2020). Auch in Baumeisters Befragung zeigte sich die Mehrheit gegenüber dem routinemäßigen EPDS-Einsatz in der Hebammenhilfe aufgeschlossen (Baumeister 2019).

Durch die massiv verkürzte stationäre Verweildauer nach der Entbindung kommt der möglichst direkten ambulanten Anschlussbetreuung durch Hebammen und Entbindungspfleger eine umso größere Bedeutung zu (Simon et al. 2017). Obwohl jeder Frau in Deutschland eine Wochenbettbetreuung gesetzlich zusteht (GKV-Spitzenverband 2017b), gilt eine flächendeckende Hebammenbetreuung derzeit als nicht gewährleistet (Blum und Löffert 2021, Bauer und Luksch 2021). Auch wenn das Zeitfenster, in dem Mütter die Hebammenbetreuung regulär in Anspruch nehmen können, bereits von 8 auf 12 Wochen verlängert wurde (BMG o. D.), deckt die Dauer der Hebammenbetreuung den Entstehungszeitraum der PPD bei Weitem nicht ab. Denn betroffene Frauen entwickeln oft erst schleichend depressive Symptome und erhalten sich häufig lange ein hohes Funktionsniveau (Wiecker 2019). Darüber hinaus kann in stark fragmentierten Gesundheitssystemen, wie dem Deutschen (Deister 2019), die kontinuierliche Hebammenbetreuung von der Familienplanung bis zur Stillzeit häufig nicht gewährleistet werden (Simon et al. 2017). In Befragungen verwiesen Hebammen und Geburtspfleger häufig auf ihre Unsicherheit bei der Erfassung psychischer Auffälligkeiten und wünschten sich mehr Wissen über psychische Erkrankungen und die Beratung betroffener Frauen (Simon et al. 2017).

Hebammen und Entbindungspfleger nehmen im deutschen Versorgungssystem eine zentrale Rolle als eigenverantwortliche Primärversorger:innen von Wöchnerinnen ein (Bauer und Luksch 2021) und könnten durch ihren Erstzugang zu betroffenen Frauen eine wichtige Funktion bei der Erkennung von Frauen mit postpartalen psychischen Störungen einnehmen (Nagel-Brotzler et al. 2005). Autor:innen geben jedoch zu bedenken, dass Hebammen und Entbindungspfleger sich in Anbetracht des ohnehin bereits komplexen Anforderungsprofils ihrer Grenzen bewusst sein und frühzeitig andere Behandler:innen für die weitere Versorgung hinzuziehen sollten (Weigl 2019, Wiecker 2019, Nagel-Brotzler et al. 2005). Damit kommt den Hebammen und Entbindungspflegern eine Mediator:innenfunktion und Vermittler:innenrolle zwischen den unterschiedlichen Versorgungsstrukturen zu (Nagel-Brotzler et al. 2005). Für eine erfolgreiche und zeitnahe Vermittlung betroffener Frauen sollten Hebammen und Entbindungspfleger in einem regionalen, interdisziplinären Netzwerk aktiv sein (Weigl 2019).

Darüber hinaus kann die Hebamme oder der Entbindungspfleger insbesondere in der Überbrückungszeit weiterhin die Rolle einer einfühlsamen, vertrauensvollen Zuhörer:in einnehmen und unter Einbindung des Umfeldes erste Maßnahmen ergreifen, um die Frau psychosozial zu entlasten und ihre Ressourcen zu fördern (Weigl 2019). Durch die begrenzte Dauer der regulären Hebammenbetreuung (BMG o. D.) kann die Hebamme oder der Entbindungspfleger, sofern durch den „Hebammenmangel“ (Bauer und Luksch 2021, Ayerle und Mattern 2017) und die regionale Unterversorgung (Wessels und Kaczynski 2011) überhaupt verfügbar, diese Rolle nur innerhalb der ersten Wochen nach der Geburt einnehmen. Während Hebammen und Entbindungspflegern im frühen Wochenbett zu Recht eine Schlüsselrolle bei der Erkennung der PPD zugeschrieben wird (Knüppel Lauener und Imhof 2016), erscheint die Erkennung von Frauen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt depressive Symptome entwickeln, eher in den Verantwortungsbereich anderer Berufsgruppen zu fallen.

3.5.2 Rolle der Gynäkolog:innen

Die Gynäkolog:innen gehören ebenfalls zu den Akteur:innen, zu denen das deutsche Gesundheitssystem routinemäßig Kontakt in der Postpartalzeit vorsieht und nehmen damit gemeinsam mit den Hebammen und Entbindungspflegern eine besondere Rolle bei der Primärversorgung von Wöchnerinnen ein (Weigl 2019, Pawils et al. 2016). Durch die gegebenenfalls bereits bestehende langjährige Betreuung vor oder zumindest während der Schwangerschaft, besteht postpartal i. d. R. bereits eine vertrauensvolle Beziehung zu der betreuenden niedergelassenen Gynäkolog:in (Weigl 2019, Guy et al. 2014). Da die Mutterschafts-Richtlinien nur eine einmalige Nachsorgeuntersuchung nach 6 bis 8 Wochen vorsehen (GBA 2020b), kann ein längerer Zeitraum, z. B. bis zu dem nächsten jährlichen gynäkologischen Vorsorgetermin, vergehen, in dem betroffene Frauen zumindest keinen weiteren vorgesehenen Kontakt mit ihrer Gynäkolog:in haben (Wiecker 2019). Wie bei der Hebammenbetreuung beschränkt sich damit der Zeitraum der regulären gynäkologischen Nachbetreuung i. d. R. ebenfalls auf das frühe Wochenbett. Im Gegensatz zur engmaschigen Betreuung vor der Geburt könnten Frauen sich nach der einmaligen Nachsorgeuntersuchung alleine gelassen fühlen (Grissette et al. 2018). In einer diesbezüglichen amerikanischen Studie äußerten betroffene Frauen in einer Fokusgruppe den Wunsch nach einer engmaschigen postpartalen Regelbetreuung, z. B. in Form von Telefongesprächen oder Kurzgesprächen in der Praxis nach 2, 6, 12 Wochen und 6 Monaten (Byatt et al. 2013). Durch die freie Arztwahl im deutschen Versorgungssystem (BMG 2021, Mangold 2020), kann eine Frau mit depressiven Symptomen jederzeit selbstständig und ohne eine Überweisung erneut bei ihrer betreuenden Gynäkolog:in vorstellig werden. Voraussetzung dafür ist jedoch ein Bewusstsein für die Symptome, ihre Behandelbarkeit sowie die Bereitschaft und das Vermögen sich proaktiv professionelle Hilfe zu suchen (Grissette et al. 2018).

Gynäkologische Versorgung der PPD in Deutschland und den USA

In einer repräsentativen Erhebung unter niedergelassenen Gynäkolog:innen in Deutschland gaben 96 % der Teilnehmenden an, sich für die Erkennung einer PPD verantwortlich zu fühlen (Pawils et al. 2016). Bezüglich ihres Vorgehens bei der Diagnostik der PPD befragt gaben 99 % der Gynäkolog:innen an, Hinweise auf das Vorliegen einer PPD im Gespräch mit der Patientin zu erfassen. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden berichtete dabei über ein gezieltes Vorgehen, die anderen gaben ein zufälliges Vorgehen an. Trotz des stark ausgeprägten Verant-

wortungsgefühls setzten nur 6 % routinemäßig und 10 % bei Bedarf einen Fragebogen ein (Pawils et al. 2016). Obwohl nur eine Minderheit der befragten Gynäkolog:innen gezielte diagnostische Maßnahmen ergriff, führte die Mehrheit der Gynäkolog:innen bei Erkennung einer PPD entweder selbstständig eine Beratung durch und/oder nahm eine Überweisung an andere Einrichtungen vor (Pawils et al. 2016).

Auch im angloamerikanischen Sprachraum wurde unter den Gynäkolog:innen ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl für die Erkennung der PPD beobachtet. In einer amerikanischen Befragung gehörte die Erkennung postpartaler psychischer Störungen für 86,9 % der befragten Gynäkolog:innen zu ihrem beruflichen Verantwortungsbereich (Leddy et al. 2011). Noch stärker ausgeprägt war das Verantwortungsgefühl innerhalb einer gemischten Stichprobe aus befragten Gynäkolog:innen und Hausärzt:innen, dort fühlten sich 97 % der Teilnehmenden für die Erkennung der PPD verantwortlich (Thomas et al. 2008). In der Untersuchung von Leddy et al. (2011) gaben fast drei Viertel der Gynäkolog:innen (72,4 %) an, immer oder häufig auf das Vorliegen einer PPD zu screenen. Unter den amerikanischen Gynäkolog:innen wurde mit 36,8 % häufiger über den routinemäßigen Einsatz validierter Fragebogen berichtet, etwa die Hälfte setzte allerdings nie validierte Beurteilungsinstrumente ein. Ähnlich wie in der Befragung von Pawils et al. (2016) setzten nur knapp 13 % Fragebogen bei Bedarf ein (Leddy et al. 2011). In einer anderen amerikanischen Studie (Leiferman et al. 2008) untersuchten die Autor:innen die Einstellung von Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen und Kinderärzt:innen gegenüber der PPD und verglichen die Haltung und das Vorgehen bei der Erkennung und Versorgung betroffener Frauen zwischen den Berufsgruppen. Im Vergleich zu den befragten Hausärzt:innen fühlten die Gynäkolog:innen sich etwas unsicherer bei der Selbsteinschätzung ihrer Kompetenz, die PPD zu behandeln und stimmten der Aussage, dass es ihre Aufgabe sei, postpartal depressive Frauen für die weitere Behandlung zu überweisen, etwas stärker zu als die teilnehmenden Hausärzt:innen (Leiferman et al. 2008). Viele deutsche Expert:innen sehen die Verantwortung der Gynäkolog:innen hauptsächlich bei der Erkennung betroffener Patientinnen und in der sich anschließenden Anbindung an die weitere psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlung (Junge-Hoffmeister et al. 2013, Hübner-Liebermann et al. 2012). Die Versorgung von Schwangeren bzw. Müttern mit psychischen Störungen kann eine Herausforderung in der gynäkologischen Praxis darstellen. Deshalb ermutigten Perinatalpsychiater:innen niedergelassene Gynäkolog:innen in einem Artikel dazu, sich Basiswissen zum Einsatz von Psychopharmaka in der Schwangerschaft und Stillzeit anzueignen, um eigene Unsicherheiten bei der Betreuung betroffener Schwangerer und Mütter zu verringern (Rohde et al. 2018). Die Autor:innen betonten, dass die gynäkologische Betreuung eine wichtige Ergänzung zur psychiatrischen Basisversorgung darstellen könnte.

In Studien wurde häufig eine große Diskrepanz zwischen dem empfundenen Verantwortungsgefühl und dem tatsächlichen Screening- und Behandlungsverhalten von Ärzt:innen beobachtet (Leddy et al. 2011, Leiferman et al. 2008). Vor diesem Hintergrund wurden auch die Gynäkolog:innen wiederholt zu behandler:innen-, patientinnen- und systembezogenen Barrieren und Hindernissen in der Versorgung postpartal depressiver Frauen befragt. Aus Sicht der niedergelassenen Gynäkolog:innen in der Befragung von Pawils et al. (2016) zählten die limitierte Beratungszeit, die niedrige Vergütung der Beratung und ein Mangel effektiver Behandlungsangebote zu den zentralen Hindernissen bei der

Versorgung betroffener Patientinnen. Als patientinnenbezogene Hindernisse nannten die Gynäkolog:innen die mangelnde Akzeptanz der Diagnose durch die Betroffene oder ihre Partner:in sowie die Ablehnung bzw. Nichtinanspruchnahme von Überweisungen durch die Patientinnen. Weitere genannte Barrieren waren der Mangel an Psychotherapieplätzen, Scham und Angst vor Stigmatisierung, lange Wartezeiten für Termine und Kommunikationsschwierigkeiten (Pawils et al. 2016). Damit decken sich die von den deutschen Gynäkolog:innen benannten Hindernisse größtenteils mit den zuvor in anderen Untersuchungen ermittelten Barrieren (Byatt et al. 2012b, Leddy et al. 2011, Thomas et al. 2008, Leiferman et al. 2008). Amerikanische Gynäkolog:innen nannten darüber hinaus folgende für die Versorgung postpartal depressiver Frauen hinderliche Faktoren: die unzureichende Ausbildung, mangelndes Wissen und die eigene Unsicherheit bei der Anwendung der diagnostischen Kriterien und der Behandlung der PPD (Byatt et al. 2012b, Leddy et al. 2011, Leiferman et al. 2008).

Akzeptanz der Gynäkolog:innen als Ansprechpartner:innen

Gynäkolog:innen erfüllen aufgrund ihrer gesellschaftlichen Akzeptanz, der bereits bestehenden vertrauensvollen Beziehung und dem regulär vorgesehenen Kontakt wesentliche Voraussetzungen, um in der vulnerablen Phase nach der Geburt Zugang zu psychisch belasteten Frauen bzw. Familien zu finden (Metzner et al. 2017). In einer Befragung unter n = 61 belasteten Familien aus Hamburg wurden niedergelassenen Gynäkolog:innen durch die Befragten das notwendige Vertrauen und die Kompetenz zugeschrieben, um innerfamiliäre Probleme im Ärzt:ingespräch zu thematisieren (Metzner et al. 2017). Über die Akzeptanz eines PPD-Screenings durch Gynäkolog:innen liegen nach dem Kenntnisstand der Autorin keine aktuellen Untersuchungen unter deutschen Wöchnerinnen vor.

Im angloamerikanischen Sprachraum wurde unter von PPD betroffenen Frauen in mehreren Studien eine insgesamt eher hohe Akzeptanz für das Screening und die Behandlung durch Gynäkolog:innen beobachtet. Befragte Frauen äußerten häufig den Wunsch nach einer direkten Behandlung durch die bereits vertrauten Gynäkolog:innen oder zumindest nach einer in die gynäkologische Praxis integrierten psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung (Bell et al. 2016, Guy et al. 2014, Byatt et al. 2013, Flynn et al. 2010, Goodman 2009). So beschrieb eine betroffene Frau, die in einer Fokusgruppe zu Ansätzen für eine verbesserte Versorgung befragt wurde, folgende Vision einer „perfekten Welt“: *“a building where you had you, your therapist, and your OB and pediatrician.”* (Byatt et al. 2013, S. 602).

Im Gegensatz dazu erlebten andere Frauen ihre behandelnden Gynäkolog:innen und deren Mitarbeiter:innen als eher unzugänglich und wenig unterstützend (Byatt et al. 2013, Bennett et al. 2009, Sword et al. 2008, Dennis und Chung-Lee 2006) sowie als unzureichend ausgebildet für die Erkennung und Behandlung von Depressionen (Bennett et al. 2009). In einer amerikanischen Studie (Bennett et al. 2009) wurden insgesamt n = 225 Frauen im Anschluss an ihre Wochenbett-nachsorge oder eine gynäkologische Routineuntersuchung telefonisch dazu befragt, ob sie sich bei dem Auftreten von depressiven Symptomen an ihre Gynäkolog:in wenden würden. Knapp ein Drittel der Frauen aus der Wochenbett-nachsorge und fast 60 % der Frauen aus der regulären Vorsorgeuntersuchung verneinten die Frage. Die beiden meist genannten Begründungen waren die Überzeugungen, dass die Gynäkolog:in die „falsche“ Ärzt:in bzw. die gynäkologische Praxis ein ungeeignetes Setting für die Depressionsbehandlung sei

(Bennett et al. 2009). Trotz der teilweise divergierenden Einschätzungen bezüglich der Eignung von Gynäkolog:innen lässt sich abschließend sagen, dass die Mehrheit der Frauen die Versorgung durch Gynäkolog:innen oder zumindest eine in die gynäkologische Versorgung integrierte psychologische bzw. psychiatrische Behandlung der Anbindung an reguläre psychiatrische Versorgungsstrukturen vorziehen würden (Flynn et al. 2010, Goodman 2009).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Gynäkolog:innen sich ähnlich wie Hebammen und Entbindungspfleger in einer guten Position befinden, um postpartal depressive Frauen im frühen Wochenbett zu erkennen und an die weitere Versorgung anzubinden. Bei einem zunächst eher unauffälligen Verlauf bedarf es jedoch nach Abschluss der regulären Wochenbettuntersuchung der Eigeninitiative der betroffenen Frauen, um über die gynäkologische Praxis Zugang zur weiteren Versorgung zu erhalten.

3.5.3 Rolle der Kinderärzt:innen

Während der regulär vorgesehene, engmaschige Kontakt zu Gynäkolog:innen, Hebammen und Entbindungspflegern im deutschen Versorgungssystem eher auf die frühe Postpartalzeit beschränkt ist (GKV-Spitzenverband 2017a, 2017b, GBA 2020b), haben Kinderärzt:innen durch die U-Untersuchungen innerhalb der ersten Lebensjahre des Kindes regelmäßig Kontakt zu jungen Familien (GBA 2021). Durch das kontinuierliche Betreuungsverhältnis befinden Kinderärzt:innen sich in einer Schlüsselposition, um psychosoziale Belastungen oder eine PPD der Eltern frühzeitig zu erkennen und das Kind damit vor den bekannten Auswirkungen einer unbehandelten PPD zu schützen (Earls et al. 2019, Barth und Belzer 2016, Liberto 2012). Deshalb wird in Fachkreisen bereits seit vielen Jahren darüber diskutiert, ob ein PPD-Screening in die regulären Früherkennungsuntersuchungen innerhalb des ersten Lebensjahres integriert werden sollte (Earls 2010). Inzwischen gibt es bereits einige Gesellschaften, wie z. B. die Amerikanische Gesellschaft für Pädiatrie, die sich für ein universelles PPD-Screening bei Kinderfrüherkennungsuntersuchungen aussprechen (Earls et al. 2019, Earls 2010). In Untersuchungen wurde unter postpartalen Frauen eine hohe Akzeptanz und Bereitschaft für die Teilnahme an einem durch Kinderärzt:innen durchgeführten PPD-Screening beobachtet (Liberto 2012, Sit und Wisner 2009, Freeman et al. 2005, Chaudron et al. 2004).

In einem Review von Goldin Evans et al. (2015) verglichen die Autor:innen das Verantwortungsgefühl, die Vorgehensweise bei der Erkennung der PPD, die Haltung und wahrgenommene Barrieren zwischen Hausärzt:innen, Frauenärzt:innen und Kinderärzt:innen. Unter den Kinderärzt:innen fühlten sich > 75 % für die Erkennung einer PPD verantwortlich (Goldin Evans et al. 2015). Während das Verantwortungsgefühl und die PPD-Screeningbereitschaft bei Kinderärzt:innen in früheren Studien meist geringer ausgeprägt war als unter Frauen- und Hausärzt:innen (Leiferman et al. 2008, Park et al. 2007, Olson et al. 2002), konnten in den letzten Jahren ein steigendes Verantwortungsgefühl und eine zunehmende Screeningbereitschaft unter Kinderärzt:innen verzeichnet werden (Glasser et al. 2016). Nach einem Review von Goldin Evans et al. (2015) führten die Kinderärzt:innen im Vergleich zu Frauen- und Hausärzt:innen jedoch nach wie vor mit einer niedrigen Wahrscheinlichkeit ein PPD-Screening durch und fühlten sich unsicherer bei der Erkennung depressiver Symptome. Sofern sie Symptome einer PPD erfassten, verließen die Kinderärzt:innen sich häufiger auf ihr klinisches

Urteilsvermögen und setzten seltener standardisierte Screeninginstrumente ein (Goldin Evans et al. 2015).

In Deutschland wird Kinderärzt:innen „*die wichtigste Rolle in der ärztlichen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen*“ zugeschrieben (Rattay et al. 2014, S. 878). Die strategisch günstige Position der niedergelassenen Kinderärzt:innen für die Erkennung der PPD ist im deutschen Versorgungssystem u. a. in der hohen Inanspruchnahme der U-Untersuchungen mit Teilnahmequoten von 98,0 – 99,7 % (bei Ausschluss der U7a) begründet (Schmidtke et al. 2018). Durch die wiederholte Interaktion wird die Entstehung einer kontinuierlichen und vertrauensvollen Beziehung zu den betreuenden Kinderärzt:innen gefördert (Russomagno und Waldrop 2019). Im Verlauf der U-Untersuchungen können Kinderärzt:innen Verhaltensänderungen der Mutter frühzeitig bemerken und somit dazu beitragen postpartal depressive Mütter zu identifizieren (Rafferty et al. 2019, Liberto 2012). Um Kinderärzt:innen die systematische Erfassung psychosozialer Belastungen während der U-Untersuchungen zu erleichtern, wurde der „Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf bei der U3 bis U6“ konzipiert (Belzer et al. 2015). Neben psychosozialen Belastungen erfasst der Fragebogen auch explizit Hinweise auf eine PPD. Der Anhaltsbogen dient der Ermittlung des Hilfebedarfs einer jungen Familie und soll die Anbindung belasteter Familien an die Angebote der „Frühen Hilfen“ verbessern (Mall und Friedmann 2016).

Bezüglich der Versorgungskompetenz und Weitervermittlungsrate von Kinderärzt:innen kamen die meisten Studien zu einem konsistenten Ergebnis. Die meisten Kinderärzt:innen fühlen sich für die Erkennung der PPD, aber nicht für die Behandlung der PPD verantwortlich (Glasser et al. 2016, Leiferman et al. 2008, Park et al. 2007, Olson et al. 2002). In Befragungen gab die Mehrheit der Kinderärzt:innen zwar an, sich für die Vermittlung und Überweisung von postpartal auffälligen Frauen verantwortlich zu fühlen (Leiferman et al. 2008, Park et al. 2007), aber nur weniger als ein Zehntel überwies tatsächlich regelmäßig betroffene Frauen für die weitere Behandlung (Leiferman et al. 2008). Eine andere Studie (Bauer et al. 2017) untersuchte die Anschlussversorgung von Frauen mit PPD nach einem Screening in der pädiatrischen Praxis. Dabei wurde eine sehr niedrige Inanspruchnahme von Folgeterminen und Überweisungen beobachtet. Weniger als die Hälfte der Mütter, die eine Überweisung erhalten hatte, vereinbarten einen Termin, und noch weniger nahmen den Termin tatsächlich wahr.

Während bei der Hebammenbetreuung und der Versorgung durch Gynäkolog:innen der Fokus eher auf der Mutter liegt, steht für Kinderärzt:innen zunächst das Kind als direkte Patient:in im Fokus. Einige von PPD betroffene Mütter und ihre Partner:innen bedauerten, dass der Fokus des Gesundheitspersonals nahezu ausschließlich auf dem kindlichen Wohlbefinden läge und der mütterlichen (geschweige denn der väterlichen) psychischen Gesundheit wenig Aufmerksamkeit gewidmet würde (Bell et al. 2016, Megnin-Viggars et al. 2015). In einer qualitativen Befragung bezweifelten 39 % der Kinderärzt:innen, ob die Früherkennungsuntersuchungen und die pädiatrische Praxis im Allgemeinen aufgrund der Gegenwart des Kindes und möglicher Unterbrechungen ein geeigneter Rahmen für die Erfragung des mütterlichen Wohlbefindens sei (Heneghan et al. 2007). Zudem zählten Kinderärzt:innen ihr mangelndes Wissen und eine unzureichende Ausbildung zu den zentralen Barrieren, die das Screening und die weitere Versorgung von postpartal depressiven Frauen behinderten (Leiferman et al. 2008).

Sich die Frage „*Wer ist die Patient:in?*“ zu stellen (Glasser et al. 2016, S. 27, eigene Übersetzung), ist entscheidend bei der Einordnung der Rolle, die Kinderärzt:innen bei der Versorgung postpartal depressiver Mütter einnehmen können und sollten. Denn die eigentlichen Patient:innen der Kinderärzt:innen bleiben die Kinder, und die anschließende Behandlung der Mutter sollte nicht allein durch Kinderärzt:innen gewährleistet werden müssen (Loew 2021, Brennan 2017). Trotz der eingeschränkten Versorgungsbereitschaft und -kompetenz (Glasser et al. 2016, Leiferman et al. 2008) kommt den Kinderärzt:innen eine zentrale Rolle bei der Förderung der maternalen mentalen Gesundheit zu, denn das deutsche Versorgungssystem sieht routinemäßig den engsten Kontakt zu der Berufsgruppe der Kinderärzt:innen innerhalb der ersten Lebensjahre des Kindes vor (GBA 2021). In Anbetracht dessen, sowie vor dem Hintergrund der gravierenden Folgen, die sich unmittelbar auf die Patient:innen der Kinderärzt:innen auswirken, sollten Kinderärzt:innen als Vertreter:innen von Kinderschutz ein großes Interesse daran haben, ihren Beitrag zu der verbesserten Erkennung von Frauen mit PPD zu leisten (Loew 2021, Brennan 2017). Die Sensibilisierung von Praxispädiater:innen für das Krankheitsbild der PPD (Mall und Friedmann 2016) und die Integration eines Routine-PPD-Screenings in die U-Untersuchungen scheinen naheliegende Maßnahmen zu sein, um zukünftig mehr von PPD betroffene Frauen zu erkennen (Loew 2021). Da der regulär vorgesehene Kontakt mit Gynäkolog:innen, Hebammen und Entbindungspflegern sich auf die ersten Wochen nach der Geburt beschränkt (GKV-Spitzenverband 2017b, GBA 2020b), könnten Kinderärzt:innen einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, die Frauen zu erkennen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt depressive Symptome entwickeln oder unter einer unentdeckten persistierenden PPD leiden (Waldrop et al. 2018). Für eine gelungene Weitervermittlung ist wiederum der Aufbau eines funktionierenden interdisziplinären Netzwerkes von großer Bedeutung (Junge-Hoffmeister et al. 2013).

3.5.4 Rolle von Hausärzt:innen

Auf den ersten Blick mag es irritieren, dass die Berufsgruppe der Hausärzt:innen im Vordergrund der vorliegenden Arbeit steht. Während eine Mutter bei den drei bisher näher dargestellten Berufsgruppen im deutschen Versorgungssystem routinemäßig in der Postpartalzeit vorstellig wird, ist zu Hausärzt:innen, außer bei Wahrnehmung der U-Untersuchungen in der hausärztlichen Praxis, regulär kein Kontakt vorgesehen. Dennoch findet die Gruppe der Hausärzt:innen in deutschsprachigen Ratgebern oder Handlungsempfehlungen oft Erwähnung. Viele Autor:innen betonen die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Versorgung der PPD und zählen Hausärzt:innen zu den beteiligten Akteur:innen (Schipper-Kochems et al. 2019, Dorsch und Rohde 2016, Rohde 2014, Riecher-Rössler 2006). In ihrem Ratgeber empfehlen Dorn und Rohde (2020) betroffenen Frauen und ihren Angehörigen u. a., sich bei Verdacht auf eine PPD an ihre Hausärzt:in zu wenden. Für Frauen mit einer leichten oder mittelgradigen PPD zählen Hausärzt:innen nach Knüppel Lauener und Imhof (2016, S. 111) zu den „*zentralen Bezugspersonen [...] der primären Gesundheitsversorgung*“. Auch Hübner-Liebermann et al. (2012) ermuntern Gynäkolog:innen dazu, betroffene Patientinnen zur Weiterbehandlung an Hausärzt:innen bzw. Psychiater:innen zu überweisen. So werden Hausärzt:innen zwar oft als beteiligte Akteur:innen erwähnt, aber ohne dass dabei näher auf ihre aktuelle und potenzielle Rolle bei der Versorgung der PPD eingegangen wird.

Über die Rolle der drei anderen zentralen Akteur:innen im deutschen Versorgungssystem wurde in der Literatur bereits mehrmals diskutiert. In diesem

Zuge wurden die Gynäkolog:innen, Hebammen und Entbindungspfleger und in den letzten Jahren zunehmend auch Kinderärzt:innen bereits zu ihrer Haltung befragt (Weinbrenner 2020, Baumeister 2019, Pawils et al. 2016, Belzer et al. 2015, Lentz et al. 2015, Huber und Seelbach-Göbel 2009). Trotz der Bestrebungen, diese drei Berufsgruppen für die Bedeutung der PPD zu sensibilisieren, gelten die Erkennungsraten und die Versorgungssituation postpartal depressiver Frauen in Deutschland weiterhin als defizitär (Eckert et al. 2020, Riecher-Rössler und Andreou 2016, Dorsch und Rohde 2016, Kunze et al. 2016, Reulbach et al. 2009, Reck o. D.). Aus diesem Grund wurde die in deutschsprachigen Fachkreisen bisher wenig beachtete Berufsgruppe der Hausärzt:innen in den Vordergrund der vorliegenden Untersuchung gestellt.

Da nach dem Wissen der Autorin keine deutschen Studien zur hausärztlichen Versorgung von postpartal depressiven Frauen vorliegen, wird im Folgenden zunächst auf internationale Studien über die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung bei der Versorgung der PPD eingegangen. Daran anschließend soll die Rolle der Hausärzt:innen im deutschen Versorgungssystem genauer aufgezeigt werden. Im Fokus stehen dabei die familienmedizinische Betreuungsfunktion und die hausärztliche Versorgung von depressiv erkrankten Menschen in Deutschland.

Rolle von Hausärzt:innen bei der PPD-Versorgung in anderen Ländern

Insbesondere im angloamerikanischen Sprachraum zählen Hausärzt:innen bzw. sogenannte „family physicians“, „general practitioners“ oder „primary care physicians“ neben Gynäkolog:innen und Kinderärzt:innen zu den zentralen Primärversorger:innen von Mutter und Kind in der Postpartalzeit. Das Verantwortungsgefühl für die Erkennung einer PPD war mit über 90 %-iger Zustimmung in den meisten Studien unter Hausärzt:innen stark ausgeprägt (Glasser et al. 2016, Leiferman et al. 2008). In der Studie von Leiferman et al. (2008) äußerten mehr als 90 % der Hausärzt:innen ihre Bereitschaft, ein validiertes Screeninginstrument für PPD einzusetzen. Im Vergleich zu den Kinderärzt:innen und Gynäkolog:innen bewerteten die Hausärzt:innen ihr Selbstvertrauen bei der Erkennung und eigenständigen Behandlung postpartal depressiver Frauen am höchsten und fühlten sich am wohlsten dabei, mit der Mutter über ihre depressiven Symptome zu sprechen (Leiferman et al. 2008). Bei einer israelischen Studie fühlten sich sogar 100 % der Hausärzt:innen für die Erkennung einer PPD zuständig, und im Unterschied zu nur 64,6 % der Kinderärzt:innen äußerten 91,2 % der Hausärzt:innen ihre Bereitschaft, ein Screeninginstrument in ihrer Praxis zu implementieren (Glasser et al. 2016). Ein integrativer Review von Noonan et al. (2018) kam ebenfalls zu dem Schluss, dass die große Mehrheit der Hausärzt:innen bereit wäre, ein validiertes Screeninginstrument einzusetzen. Im Vergleich zu den Kinderärzt:innen vermittelten die Hausärzt:innen in der Befragung von Leiferman et al. (2008) wesentlich häufiger betroffene Patientinnen an Behandlungsangebote.

In einer anderen Befragung wurde das Vertrauen betroffener Frauen in unterschiedliche Behandler:innen untersucht. Unter den Primärversorger:innen brachten betroffene Frauen den Hausärzt:innen am meisten Vertrauen für die Behandlung entgegen (O'Mahen und Flynn 2008). Darüber hinaus wurde in einigen Untersuchungen beobachtet, dass postpartal depressive Frauen die hausärztliche Versorgung häufiger in Anspruch nahmen als nicht depressive postpartale Frauen (Eilat-Tsanani et al. 2006, Webster et al. 2001). Zudem kennen

Hausärzt:innen die Vorgeschichte und den familiären Kontext ihrer Patient:innen. All das versetzt Hausärzt:innen in eine geeignete Position für die Erkennung und Behandlung der PPD (Noonan et al. 2018).

Besonders vielversprechende Ergebnisse lieferte ein in die hausärztliche Praxis integriertes Trainingsprogramm für die verbesserte Erkennung und Behandlung der PPD aus einer amerikanischen Studie (Yawn et al. 2012). Die postpartal depressiven Frauen, die in den Praxen der Interventionsgruppe behandelt wurden, erhielten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eine Diagnose und Therapie für ihre PPD und wiesen nach 6 und 12 Monaten ein besseres Outcome als Patientinnen aus den Kontrollpraxen auf (Yawn et al. 2012). Während die Implementierung eines Screenings in anderen Studien zwar häufig mit einer verbesserten Erkennungsrate, aber nicht zwingend mit einem verbesserten Outcome einherging, war die Studie laut den Autor:innen die erste große amerikanische Studie, die durch die Implementierung eines in die hausärztliche Primärversorgung integrierten Behandlungsprogrammes auch das Outcome der betroffenen Frauen positiv beeinflusste (Yawn et al. 2012).

Es gilt jedoch zu betonen, dass die Hausärzt:innen in den soeben vorgestellten Studien innerhalb anders strukturierter Versorgungssysteme mit im Vergleich zu Deutschland abweichenden Aufgabenverteilungen praktizieren. So übernahmen die Hausärzt:innen aus der Studie von Yawn et al. (2012) in ihrer Funktion als „family physicians“ zum Beispiel bei einer Mehrheit der Frauen auch die reguläre (gynäkologische) Nachsorgeuntersuchung, andere führten die pädiatrischen Früherkennungsuntersuchungen durch (Seehusen et al. 2005). Aus diesem Grund können und sollten die teilweise vielversprechenden Ergebnisse internationaler Studien nicht ohne kritische Überprüfung auf Hausärzt:innen im deutschen Versorgungssystem übertragen werden. Es bedarf weiterer Studien, um zunächst die Haltung und Herangehensweise der deutschen Hausärzt:innen zu untersuchen und zu überprüfen, inwiefern diese mit den Beobachtungen aus den vorgestellten internationalen Studien übereinstimmen.

Rolle von Hausärzt:innen im deutschen Versorgungssystem

Bei gesundheitlichen Problemen ist die hausärztliche Praxis im deutschen Gesundheitswesen oft die erste Anlaufstelle für Patient:innen (Fitzner 2021). Eine den Hausärzt:innen häufig zugeschriebene Rolle ist die der Lots:in. Auch der Vorsitzende des deutschen Hausärzterverbandes, Ulrich Weigelt, beschreibt „den Hausarzt als Lotsen, als Koordinator und Wegweiser durch das Gesundheitssystem“ (Weigelt 2012, S. 330). Weigelt betont jedoch unmittelbar im Anschluss die oftmals unterschätzte „direkte Versorgungskompetenz“ der Hausärzt:innen und verweist darauf, dass Hausärzt:innen etwa 80 % der Konsultationsanlässe eigenständig ohne Hinzuziehen von weiteren Fachärzt:innen lösen würden (Weigelt 2012). Obwohl Patient:innen im deutschen Versorgungssystem einen direkten Zugang zu Fachärzt:innen haben, verbindet Hausärzt:innen und ihre Patient:innen „in der Regel eine deutlich stärkere und länger anhaltende Bindung“ (Laux et al. 2010, S. 11).

Im internationalen Vergleich weist Deutschland eine hohe Inanspruchnahmerate der ambulanten ärztlichen Versorgung auf (OECD 2021, Herrmann 2019), dabei zählen die Allgemeinmediziner:innen zu der am häufigsten konsultierten Gruppe von Ärzt:innen (Thode et al. 2005). Die große Bedeutung der hausärztlichen Praxis im deutschen Versorgungssystem spiegelt sich auch darin wieder, dass in vielen Befragungen über 90 % der Befragten angaben, eine Hausärzt:in zu haben,

an die sie sich bei medizinischen Problemen wendeten (Laux et al. 2010, Thode et al. 2005). Unter Frauen lag der Anteil in einer repräsentativen Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit 95 % sogar noch höher (Blumenstock et al. 2009). In der repräsentativen Versichertenbefragung der KBV aus dem Jahr 2019 gaben 87 % der 18–79-Jährigen an, in den letzten 12 Monaten bei einem oder einer Ärzt:in gewesen zu sein (KBV 2019a). Wird nur die Altersgruppe der 18–49-Jährigen betrachtet, beträgt der Anteil 86 %. In der Gruppe der Frauen gaben 30 % an, innerhalb der letzten 12 Monate nur die hausärztliche Versorgung in Anspruch genommen zu haben, 16 % hatten ausschließlich die fachärztliche Versorgung in Anspruch genommen und 43 % gaben Kontakt mit Haus- und Fachärzt:innen an. Nur 11 % der Frauen hatten keine ärztliche Versorgung in Anspruch genommen. Insgesamt konsultierten also 73 % der befragten Frauen mindestens einmal innerhalb der letzten 12 Monate ihre Hausärzt:in. Wird die Altersgruppe der 18–34-jährigen Frauen betrachtet, sinkt der Anteil etwas ab, beträgt aber noch immer 68 %, d. h. dass auch unter den jüngeren Frauen mehr als zwei Drittel ihre Hausärzt:in aufgesucht hatten (KBV 2019a). In der KBV-Befragung zeigte sich eine weitere Stärke der hausärztlichen Versorgung: die Wartezeit auf einen Termin in der hausärztlichen Praxis war wesentlich kürzer als bei Fachärzt:innen wie z. B. Gynäkolog:innen. Unter den Befragten gaben 77 % an, bei ihrer letzten hausärztlichen Konsultation max. 3 Tage auf einen Termin gewartet zu haben (KBV 2019b). Aufgrund der Studien, die auf ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten während der COVID-19 Pandemie hinweisen (KBV 2021a, 2021b, 2020c), wurde es trotz der bereits vorliegender Ergebnisse aus den Jahren 2020/21 für die vorliegende Fragestellung vorgezogen, die Ergebnisse aus dem Jahr 2019 heranzuziehen.

Familienmedizinische Betreuungsfunktion von Hausärzt:innen

Wie die Bezeichnung der Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) erkennen lässt, ist die Familienmedizin heutzutage ein integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin (DEGAM 2016, Kalitzkus und Vollmar 2016). Auch der Deutsche Hausärzteverband betonte kürzlich, dass die „*familienmedizinische Betreuungsfunktion*“ ein „*Alleinstellungsmerkmal*“ der Hausärzt:innen darstelle (Deutscher Hausärzteverband 2019, S. 1). Die familienmedizinische Funktion umfasse „*insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld (Hausbesuch)*“ (Kalitzkus und Vollmar 2016, S. 209). Die Behandlung einer Patient:in erfolgt im Rahmen der hausärztlichen Familienmedizin „*unter Berücksichtigung des familiären Umfeldes und besonderer familiärer Belastungen*“ (AG Familienmedizin 2015, S. 1). Während in angrenzenden Fachdisziplinen familienmedizinische Aspekte zwar ebenfalls eine Rolle spielen würden, grenzten die Hausärzt:innen sich in ihrer Arbeitsdefinition der Familienmedizin bewusst von Kinderärzt:innen und Gynäkolog:innen ab:

"Gegenüber anderen medizinischen Fachdisziplinen, wie etwa der Pädiatrie oder der Gynäkologie, die die Familie bei der Behandlung des Kindes bzw. der Frau zwar als Einflussgröße mitbedenken, bleibt in der hausärztlichen Familienmedizin jedoch der Fokus stets auf der Familie, deren Mitglieder in der Regel nur hier mitbehandelt werden können." (Kalitzkus und Vollmar 2016, S. 211).

Damit könnte der familienmedizinischen Betreuungsfunktion von Hausärzt:innen im Kontext der PPD eine zentrale Bedeutung zukommen. Denn im Vergleich zu den drei anderen zuvor dargestellten Berufsgruppen ist es in der hausärztlichen

Praxis gut vereinbar, dass Mutter und Kind gleichermaßen die Rolle der Patient:in innehaben und der Fokus nicht vornehmlich auf Mutter oder Kind liegt.

Hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die ambulante medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird in Deutschland überwiegend durch niedergelassene Kinderärzt:innen übernommen. Aber auch Hausärzt:innen spielen eine wichtige Rolle, denn sie sind insbesondere in ländlichen Regionen maßgeblich an der Durchführung der U-Untersuchungen beteiligt (Seeling et al. 2018). Ähnlich wie bereits in der Basiserhebung konnte auch in der ersten und zweiten Welle des durch das Robert-Koch-Institut durchgeführten „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey“ (KIGGS) eine signifikant höhere Inanspruchnahme der Allgemeinmedizin im ländlichen Raum beobachtet werden (Seeling et al. 2018, Rattay et al. 2014). Darüber hinaus konnten in der KiGGS Welle 2 Befragung erneut statusspezifische Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten der ambulanten ärztlichen Versorgung beobachtet werden. In Familien mit niedrigem SES wurden Kinder und Jugendliche z. B. signifikant häufiger allgemeinmedizinisch versorgt als in Familien mit einem hohen SES (Lampert et al. 2018). Hausärzt:innen zählen also auch Säuglinge, Kinder und Jugendliche zu ihren Patient:innen. Vor diesem Hintergrund forderte der Deutsche Hausärzteverband in einem kürzlich erschienenen Positionspapier, dass Hausärzt:innen zukünftig in „sämtliche, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen betreffende Entscheidungen mit einbezogen werden“ (Deutscher Hausärzteverband 2019, S. 1–2).

Hausärzt:innen bei der Depressionsbehandlung in anderen Lebensphasen

Bei der Versorgung von Patient:innen mit depressiven Störungen in anderen Lebensphasen nehmen Hausärzt:innen bereits seit langem eine zentrale Rolle ein (Trautman und Beesdo-Baum 2017). Für eine Vielzahl depressiv erkrankter Patient:innen in Deutschland stellt die Hausärzt:in den Erstkontakt zum medizinischen Versorgungssystem dar (Dettling und Opgen-Rhein 2007). Dadurch kommt der Gruppe der Hausärzt:innen eine Schlüsselrolle zu: sie können depressiv erkrankte Patient:innen frühzeitig erkennen und dann entscheiden, ob sie sie selbstständig behandeln oder bei Bedarf an die spezialisierte Versorgung anbinden. Damit sind Hausärzt:innen entscheidende „*Weichensteller für eine leitliniengerechte Versorgung*“ depressiver Patient:innen (Trautman und Beesdo-Baum 2017, S. 721). In einer epidemiologischen Querschnittstudie wurde etwa die Hälfte der Patient:innen mit einer depressiven Störung durch die Hausärzt:in selbst behandelt und etwa ein Fünftel an die spezialisierte Versorgung verwiesen (Trautman und Beesdo-Baum 2017). Dieses Ergebnis unterstreicht die direkte Versorgungskompetenz der Hausärzt:innen. Gleichzeitig fanden sich jedoch bei mehr als der Hälfte der Patient:innen Hinweise auf das Vorliegen einer Unterversorgung. Ob eine Patient:in eine leitliniengerechte Behandlung erhielt, war stark davon abhängig, ob die Hausärzt:in die depressive Störung korrekt erkannte, und wurde häufiger durch Hausärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie eingeleitet. Darüber hinaus fiel auf, dass Hausärztinnen im Vergleich zu männlichen Kollegen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit leitlinienorientiert behandelten (OR = 1,64; 95 %-KI: 1,04 – 2,60; p = 0,034). Auch die Kenntnis der S3-Leitlinie war tendenziell mit einer leitlinienorientierten Versorgung assoziiert (OR = 1,5; 95 %-KI: 0,98 – 2,3; p = 0,058) (Trautman und Beesdo-Baum 2017). Weiterhin wurde beobachtet, dass depressiv erkrankte Patient:innen in der hausärztlichen Praxis häufiger eine medikamentöse als eine

psychotherapeutische Therapie erhielten, dies galt auch für leichtere Episoden. Damit scheint die Umsetzung der S3-Leitlinien-Empfehlung, zumindest bei leichteren Formen eine psychotherapeutische Behandlung der medikamentösen Therapie vorzuziehen, noch nicht in der Breite zu erfolgen (Trautman und Beesdo-Baum 2017). Vor dem Hintergrund der „Gatekeeper:innen“-Funktion der Hausärzt:innen, die die notwendige Behandlung einer depressiven Störung entweder selbstständig oder durch Überweisung einleiten können, betonten die Autor:innen die Bedeutung des korrekten Erkennens einer vorliegenden depressiven Störung durch Hausärzt:innen. Um zukünftig eine leitliniengetreue Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen zu gewährleisten, forderten die Autor:innen die Stärkung der notwendigen Kompetenzen zur Erkennung und adäquaten Depressionsbehandlung in der Aus- und Weiterbildung von Hausärzt:innen (Beesdo-Baum et al. 2018, Trautman und Beesdo-Baum 2017).

Bereits im Jahr 2005 erfolgte ein entscheidender Schritt mit der Einführung des von der Bundesärztekammer vorgeschriebenen Curriculums „Psychosomatische Grundversorgung“ (PGV) als verpflichtenden Bestandteil der Weiterbildung zur Fachärzt:in für Allgemeinmedizin (Hönmann 2021, BÄK 2015), um die hausärztliche Kompetenz im Bereich der Psychosomatik zu erweitern. In einem Positionspapier betonte die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), dass die PGV eine *„Kernkompetenz hausärztlicher Tätigkeit“* sei. Psychosomatische Grundversorgung *„beschreibt eine allgemeinmedizinische Haltung, die nicht additiv, sondern konstitutiv für die hausärztliche Arbeit sein soll. Sie ist Teil hausärztlicher Identität.“* (DEGAM 2014, S. 1–2). Darüber hinaus können Hausärzt:innen seit 2007 die Zusatzbezeichnung „fachgebundene Psychotherapie“ erwerben (Hermann und Veit 2013).

Rollenselbstverständnis und Barrieren aus Sicht der Hausärzt:innen

In aktuellen Leitlinien und Studien stellt die hausärztliche Praxis meist die erste Anlaufstelle für die Erkennung und Behandlung oder anschließende Weitervermittlung von Menschen mit depressiven Erkrankungen dar (Gottberg et al. 2020). Aber wie ordnen Hausärzt:innen ihren Verantwortungsbereich bei der Depressionsbehandlung selbst ein? Wie sieht ihr Rollenselbstverständnis aus und welche Barrieren nehmen sie bei der Depressionsbehandlung wahr?

Im Rahmen einer quantitativen Fragebogenstudie (Bermejo et al. 2010) wurde der Status quo der ambulanten Depressionsbehandlung aus Sicht der Haus-, Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen verglichen. Von den n = 180 Hausärzt:innen fühlten sich 92,1 % für das Erkennen depressiver Patient:innen in ihrer Praxis zuständig. Im Vergleich zu den Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen sahen die Hausärzt:innen ihre Aufgabe hauptsächlich in der interdisziplinären Behandlung der Patient:innen in Kooperation mit Fachärzt:innen oder Psychotherapeut:innen (Bermejo et al. 2010). In einer qualitativen Expertenbefragung zählte etwas mehr als die Hälfte der Hausärzt:innen die Behandlung depressiver Erkrankungen zu ihrem originären Aufgabenbereich und fühlte sich dafür ausreichend qualifiziert (Gottberg et al. 2020).

Aus Sicht deutscher Hausärzt:innen ist die Erkennung und Behandlung depressiver Erkrankungen eine wichtige hausärztliche Aufgabe, die jedoch durch einige Faktoren erschwert wird. Zu den zentralen durch Hausärzt:innen wahrgenommenen Barrieren gehörten fehlende Zeit, unzureichende Vergütung und Probleme bei der Kooperation mit anderen Berufsgruppen (Gottberg et al. 2020). Die Unzufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit und Weiter-

vermittlung depressiver Patient:innen begründeten die Hausärzt:innen u. a. in den Schwierigkeiten bei der Überweisung von Patient:innen aufgrund fehlender Plätze bei Fachärzt:innen und Psychotherapeut:innen, unzumutbarer Wartezeiten und der schlechten Erreichbarkeit von anderen Leistungserbringern (Gottberg et al. 2020). Abschließend lässt sich festhalten, dass insbesondere an den Schnittstellen des immer stärker fragmentierten deutschen Gesundheitssystems Optimierungsbedarf besteht, und dass eine verbesserte Kooperation zwischen allen beteiligten Akteur:innen wünschenswert wäre, um die Versorgungssituation depressiv erkrankter Menschen zukünftig zu verbessern (Gottberg et al. 2020, Deister 2019, Bermejo et al. 2010).

Überblick: Stärken und Grenzen der vorgestellten Berufsgruppen

Analog zu den anderen drei näher vorgestellten Berufsgruppen weist auch die hausärztliche Versorgung individuelle Stärken auf und unterliegt gleichzeitig gewissen teils berufsspezifischen und teils berufsübergreifenden Grenzen. Eine zusammenfassende Übersicht über die ausgeführten Stärken und die jeweiligen Grenzen der Versorgung durch Hebammen und Entbindungspfleger, Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen und Hausärzt:innen vermittelt die Abbildung 5.

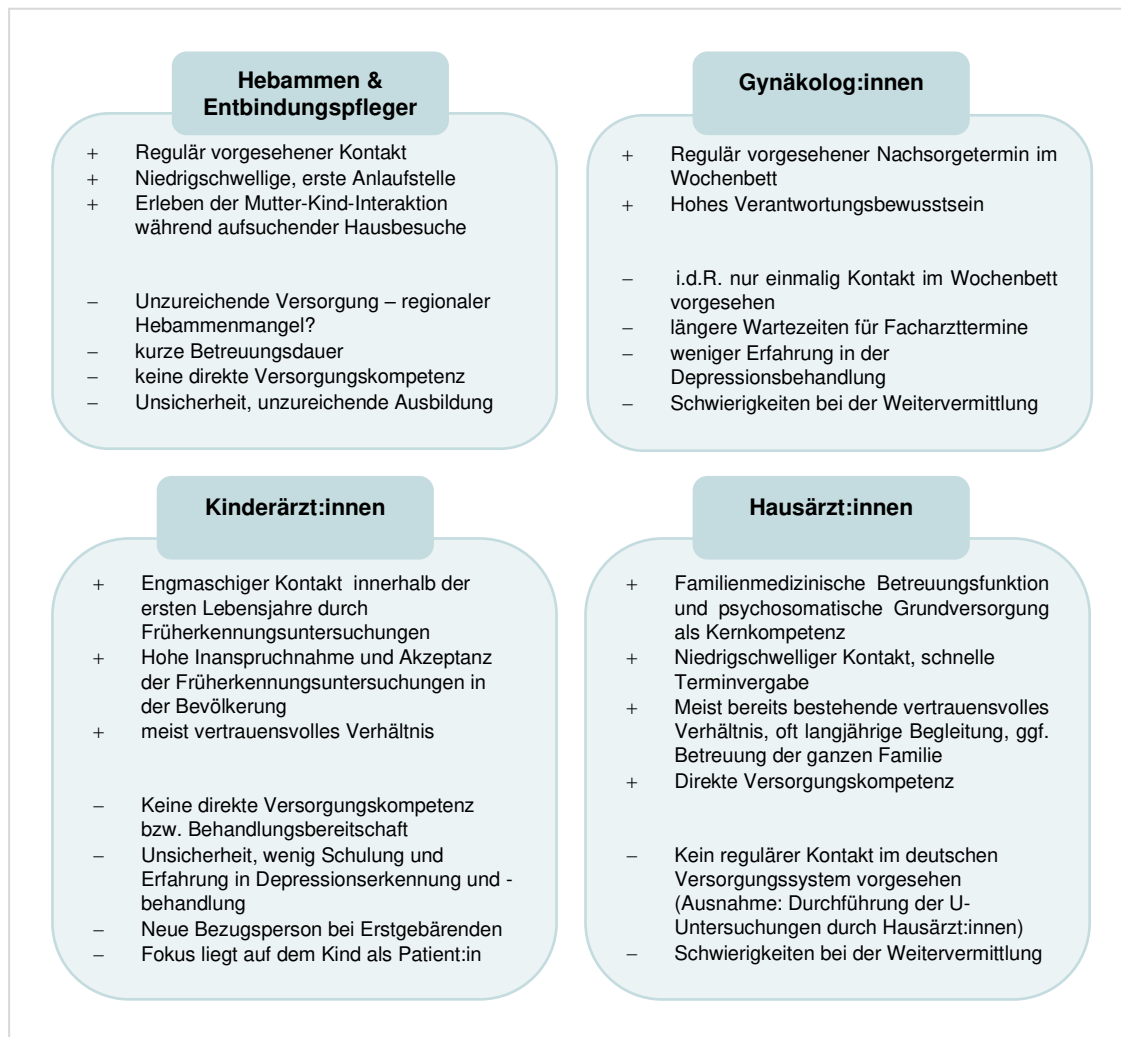


Abbildung 5: Gegenüberstellung der vier zentralen an der Primärversorgung postpartal depressiver Frauen beteiligten Berufsgruppen im deutschen Gesundheitssystem (eigene, freie Darstellung zur besseren Anschaulichkeit).

Keine der zuvor erörterten Berufsgruppen vermag es, die Erkennung und die anschließende Versorgung postpartal depressiver Frauen allein zu gewährleisten. Um die maternale mentale Gesundheit und damit die physische und psychische Gesundheit der gesamten Familie zu stärken, bedarf es zukünftig einer interdisziplinären Zusammenarbeit und einer engen Kooperation aller an der Versorgung einer jungen Familie beteiligten Akteur:innen.

3.6 Perspektiven aus der Versorgungsforschung

Im Folgenden Abschnitt soll auf die Erfahrungen aus Collaborative and Stepped Care Modellen bei der allgemeinen Depressionsversorgung und auf neue Ansätze bei der Versorgung der PPD in Deutschland eingegangen werden.

3.6.1 Collaborative und Stepped Care Modelle bei depressiven Erkrankungen

Bei der ambulanten Versorgung depressiv erkrankter Menschen in Deutschland bestehen nach wie vor zahlreiche Versorgungsdefizite. Im primärärztlichen Setting werden depressive Patient:innen nicht ausreichend früh erkannt und oftmals nur unzureichend behandelt (Beesdo-Baum et al. 2018). Auch der Stand der Implementierung der S3-Leitlinien-Empfehlungen wird von Expert:innen meist als unzureichend beurteilt (Trautman und Beesdo-Baum 2017, Härter et al. 2015). Insbesondere an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Behandler:innen und Settings im Versorgungssystem bestehen weiterhin Kommunikations- und Vermittlungsschwierigkeiten (Härter et al. 2015, Radisch et al. 2013, Schneider et al. 2011). Ein auch in der aktuellen S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ empfohlener Versorgungsansatz zur Adressierung der bestehenden Versorgungsdefizite sind sogenannte „Stepped Care Modelle“ (DGPPN et al. 2015). Der Versorgungsansatz „Stepped Care“ bzw. gestufte Behandlung sieht vor, dass die Behandlung einer Patient:in mit einer leitliniengemäßen Intervention der geringsten Behandlungsintensität beginnt und bei unzureichendem Ansprechen die Behandlung im Rahmen der nächsthöheren Intensitätsstufe eskaliert wird (DGPPN et al. 2015, Härter et al. 2015). Gestufte Behandlungsmodelle werden häufig in sogenannte Collaborative Care Modelle integriert, in denen die verbesserte Vernetzung der interdisziplinären Behandler:innen im Vordergrund steht. Damit soll der reibungslose Übergang zwischen den verschiedenen Intensitätsstufen und ein ggf. damit verbundener Behandler:innenwechsel zeitnah und problemlos gewährleistet werden (Härter et al. 2015).

Ein Beispiel für ein solches Stepped bzw. Collaborative Care Modell, das versucht einige der soeben aus Sicht der Hausärzt:innen ausgeführten Barrieren direkt zu adressieren, ist das „Gesundheitsnetz Depression“ (GND) als Teilprojekt des „Hamburger Netz psychische Gesundheit“ (psychenet.de). Das Modell sieht vor, dass Hausärzt:innen mithilfe eines gestuften Screening- und Diagnostikverfahrens depressive Patient:innen identifizieren und in einem partizipativen Entscheidungsprozess mit der Patient:in die weitere leitliniengerechte Behandlung abstimmen. Zentraler Bestandteil des GNDs ist ein multiprofessionelles Netzwerk bestehend aus Hausärzt:innen, Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen und (teil)stationären Behandler:innen, die sich über eine Onlineplattform miteinander vernetzen und für die verschiedenen Behandlungsstufen verantwortlich sind. Ziel des Netzwerkaufbaus war die Förderung einer sektorübergreifenden integrierten Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen, um u. a. durch die zeitnahe Weitervermittlung von Patient:innen eine verbesserten Versorgung depressiv erkrankter Patient:innen zu gewährleisten (Härter et al. 2015).

In einer begleitenden Studie zur Evaluation des GNDs wurde unter anderem die Motivation zur Teilnahme sowie die Akzeptanz, Bewertung und Umsetzbarkeit des Projektes aus Sicht der verschiedenen Behandler:innen innerhalb des Netzwerkes untersucht. Der Wunsch nach einer verbesserten Versorgung ihrer Patient:innen und einer verbesserten Vernetzung mit Kolleg:innen verband die verschiedenen Berufsgruppen maßgeblich in ihrer Motivation zur Teilnahme (Heddaeus et al. 2015). Für die Hausärzt:innen bestand die Teilnahmemotivation darüber hinaus in der Aussicht auf eine schnellere Vermittlung von Patient:innen und im Kompetenzerwerb für eine frühzeitigere Erkennung depressiver Patient:innen (Heddaeus et al. 2015). Insgesamt wurde das Projekt durch die Teilnehmenden positiv evaluiert und hatte aus Sicht der Behandler:innen erfolgreich zu einer verbesserten Erkennung und Versorgung depressiver Patient:innen beigetragen. Die Hausärzt:innen begrüßten das neu erworbene Wissen und gaben an, dass sich ihre Kenntnis und Umsetzung der S3-Leitlinien-Empfehlungen durch das GND verbessert habe (Heddaeus et al. 2015). Stepped bzw. Collaborative Care Modelle, wie z. B. das GND im Rahmen des Hamburger Projektes psychenet, sind vielversprechende, innovative Versorgungsansätze, deren breitere Implementierung einen maßgeblichen Beitrag zur Verbesserung der Depressionsversorgung leisten könnten (Heddaeus et al. 2015, Härter et al. 2015).

3.6.2 Neue Ansätze bei der Versorgung postpartal depressiver Mütter

Nachdem bereits auf das Potential von Stepped bzw. Collaborative Care Modellen bei der allgemeinen Depressionsbehandlung eingegangen wurde, soll abschließend ein kurzer Überblick über neue Versorgungsansätze für die Behandlung postpartal depressiver Mütter und ihrer Kinder in Deutschland gegeben werden.

Von zentraler Bedeutung bei der ambulanten Versorgung postpartal depressiver Frauen und ihrer Familien ist die interdisziplinäre Netzwerkarbeit (Junge-Hoffmeister et al. 2013). Ein gelungenes Beispiel dafür ist das Dresdner „Netzwerk zur Behandlung und Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen mit seelischen Problemen und psychosomatischen Beschwerden“. In dem Netzwerk haben sich u. a. Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen, Psychiater:innen und Psycholog:innen, (Familien-)Hebammen, Sozialpädagog:innen und eine Stillberaterin /Schreibaby-Therapeutin mit dem Ziel zusammengeschlossen, die ambulante Versorgung der genannten Frauen zu verbessern (Skorupa o. D.). Eine der mitarbeitenden Psychotherapeut:innen betonte, dass der Aufwand für den Aufbau und die Pflege eines solchen Netzwerkes *„mit Blick auf die Frau, die Familie und die langfristigen Entwicklungschancen für das Kind unmittelbar lohnend“* sei (Junge-Hoffmeister et al. 2013, S. 86). In Städten wie Berlin und Hamburg gibt es weitere lokale Versorgungsnetzwerke im Bereich Frauenpsychosomatik (Bergner et al. o. D., FINE e.V. o. D.).

Auch im (teil-)stationären Setting gibt es in Deutschland bereits mehrere innovative Versorgungsansätze. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang z. B. das integrierte Versorgungsmodell in der Mutter-Kind-Behandlung in der Celenus Klinik in Chemnitz (Kunze et al. 2016) oder die Mutter-Kind-Einheit im Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg mit dem Konzept einer integrativen Mutter-Kind-Therapie der PPD (Reck et al. 2004). Um psychisch vorerkrankte Frauen mit Kinderwunsch rund um die Schwangerschaft zu unterstützen, wurde im Universitätsklinikum Bonn ein strukturiertes peripartales Management Konzept (BKPM) entwickelt. Das BKPM ist ein gelungenes Beispiel für eine autonomie- und selbstbestimmungsfördernde, leitliniengerechte Behand-

lung psychisch vorerkrankter Frauen während der Peripartalzeit und konnte erfolgreich zur Rezidivprophylaxe erneuter Krankheitsepisoden beitragen (Rohde et al. 2016). In den Niederlanden wurde bereits ein Stepped Care Modell für die Behandlung der PPD erprobt (Gjerdingen et al. 2009) .

Trotz der vielversprechenden neuen Versorgungsansätze ist der Versorgungsstand in Deutschland nach wie vor unzureichend, sodass sowohl im stationären (Eckert et al. 2020, Reck und Schlegel 2016, Jordan et al. 2012, Turmes und Hornstein 2007) als auch im ambulanten Bereich von einer „*eklatanten Unterversorgung*“ postpartal depressiver Frauen auszugehen ist (Eckert et al. 2020, S. 1539).

4 Fragestellung und Hypothesen

In internationalen Fachkreisen zählen Hausärzt:innen neben Gynäkolog:innen, Hebammen, Entbindungspflegern und Kinderärzt:innen zu den zentralen Primärversorger:innen von Mutter und Kind in der Postpartalzeit (Womersley et al. 2021, Noonan et al. 2018, Austin et al. 2017). Während deutsche Gynäkolog:innen, Hebammen, Entbindungspfleger und Kinderärzt:innen bereits zur PPD-Versorgung befragt wurden, lagen bisher keine vergleichbaren Studien über deutsche Hausärzt:innen vor.

Die Befragung norddeutscher Hausärzt:innen dient einer Bestandsaufnahme der aktuellen Versorgungssituation von postpartal depressiven Patientinnen in der hausärztlichen Praxis. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, am Beispiel von Norddeutschland zu untersuchen, welche Versorgung postpartal depressive Frauen in Deutschland in der hausärztlichen Praxis erhalten. Im Rahmen der Dissertation soll den folgenden Fragen nachgegangen werden:

1. Wie ist das Vorgehen und die Haltung norddeutscher Hausärzt:innen bei der Versorgung postpartal depressiver Frauen – wie ist ihr Kenntnisstand, ihr Verantwortungsgefühl, wie identifizieren sie postpartal depressive Patientinnen und welche weitere Behandlung erfolgt?
2. Wodurch wird das Screeningverhalten der Hausärzt:innen beeinflusst? Welchen Einfluss haben die Leitlinienkenntnis, der Wissensstand, das Verantwortungsgefühl sowie soziodemografische Merkmale und Zusatzqualifikationen der Hausärzt:innen auf das beobachtete Screeningverhalten?

Im Folgenden sollen diesbezüglich fünf Hypothesen formuliert werden:

Hypothese 1a: Postpartal depressive Frauen gehören zum Patient:innenkollektiv in der hausärztlichen Praxis.

Hypothese 1b: Hausärzt:innen erfassen bei Patientinnen in der Postpartalzeit nicht systematisch Anzeichen einer PPD.

Hypothese 1c: Weniger als die Hälfte der deutschen Hausärzt:innen kennt die Empfehlungen zur Depression in der Peripartalzeit aus der AWMF-S3-Leitlinie „Unipolare Depression“.

Hypothese 2a: Die Kenntnis der Leitlinien-Empfehlungen und ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl wirken sich förderlich auf das Screeningverhalten der Hausärzt:innen aus.

Hypothese 2b: Hausärzt:innen, die systematisch Anzeichen einer PPD erfassen, unterscheiden sich in ihren soziodemografischen Merkmalen von Hausärzt:innen, die keine oder nur gelegentlich Anzeichen einer PPD erfassen. Weibliches Geschlecht und psychosomatische Zusatzqualifikationen sind Prädiktoren für eine systematische Erfassung von Anzeichen einer PPD.

5 Methodik

Nach Darstellung der datenschutzrechtlich relevanten Aspekte wird im Folgenden zunächst der Studienaufbau sowie die Auswahl der Stichprobe mit den Ein- und Ausschlusskriterien erläutert. Anschließend wird auf den Ablauf der Studie und das verwendete Befragungsinstrument eingegangen. Im Anschluss an die Beschreibung der Stichprobe soll die methodische Vorgehensweise bei der statistischen Auswertung dargestellt werden.

5.1 Studienaufbau

Vor Beginn der Befragung wurde die erforderliche Genehmigung durch die Lokale Psychologische Ethikkommission am Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durch PD. Dr. Silke Pawils eingeholt. Bezüglich der datenschutzrechtlich relevanten Aspekte des Forschungsvorhabens wurde der Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) konsultiert. In Rücksprache mit dem Datenschutzbeauftragten wurde ein Datenschutzinformationsblatt erstellt, welches den Hausärzt:innen bei der ersten Kontaktaufnahme online zur Verfügung gestellt wurde (s. Anhang S. 124).

Auswahl der Stichprobe und Ermittlung der Kontaktdaten

Die der Studie zugrundeliegende Stichprobe basiert im wesentlichen auf den Kontaktdaten der im November 2020 in der Datenbank des kommerziellen Adressdienstleisters „SciTrace“ verzeichneten niedergelassenen Hausärzt:innen in Norddeutschland. Zu Norddeutschland wurden in der vorliegenden Befragung die Bundesländer Hamburg (HH), Schleswig-Holstein (SH), Mecklenburg-Vorpommern (MV) und Niedersachsen (NI) gezählt.

Bei einer manuellen Durchsicht der Adressdaten wurden die Praxen bzw. Ärzt:innen ermittelt, deren Praxisbezeichnungen oder E-Mail-Adressen ein Hinweis darauf zu entnehmen war, dass diese möglicherweise nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Entsprechende Praxen wurden mithilfe gängiger Suchmaschinen online recherchiert und, wenn sie nicht an der hausärztlichen Versorgung beteiligt waren, von der Befragung ausgeschlossen. So wurden z. B. internistische Schwerpunktpraxen (Diabetes, Pneumologie, Angiologie etc.) von der Stichprobe ausgeschlossen.

Einschlusskriterien

- Praktische Ärzt:innen, Allgemeinmediziner:innen und Internist:innen, die an der ambulanten hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Diese werden im Folgenden als „Hausärzt:innen“ bezeichnet.
- Hausärzt:innen, die in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in HH, SH, MV und NI tätig sind.
- Vorliegen einer Kontakt-E-Mail-Adresse mit einer deutschen Top-Level-Domain.

Ausschlusskriterien

- Internistische Schwerpunktpraxen z. B. Diabetes-Schwerpunktpraxen, Schwerpunktpraxen für Pneumologie, Onkologie, Kardiologie.
- Allgemeinmediziner:innen mit einer Zusatzbezeichnung/-qualifikation für Psychotherapie, die inzwischen ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind

- Ärzt:innen, die in Dialysezentren beschäftigt sind.
- Allgemeinmediziner:innen, die ausschließlich alternativmedizinische Verfahren, wie Homöopathie oder traditionelle chinesische Medizin anbieten und nicht an der regulären hausärztlichen Versorgung teilnehmen.
- Ärzt:innen, die laut den Informationen der offiziellen Praxis-Website nicht mehr in der jeweiligen Praxis tätig waren.
- Praxen, die laut der Online-Recherche dauerhaft geschlossen waren, sowie Ärzt:innen, die bereits in den Ruhestand gegangen waren.
- Fehlzugeordnungen der „SciTrace“ Adressdatenbank: Ärzt:innen, die laut den Ergebnissen der manuellen Recherche nicht hausärztlich tätig sind z. B. Betriebsärzt:innen, Flugmediziner:innen, Fachärzt:innen für Chirurgie.
- Praxen, deren E-Mail-Adressen mit einer ausländischen Top-Level-Domain endeten sowie andere kryptische oder offensichtlich fehlzugeordnete E-Mail-Adressen, die in einer manuellen Recherche nicht bestätigt werden konnten.

Ergänzt wurde der von „SciTrace“ erworbene Datensatz durch eine im Vorfeld im August 2020 eigenhändig durchgeführte Recherche der Kontaktdaten der Hausärzt:innen in Hamburg. Diese Recherche basierte auf den Angaben der Arztsuchen der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Bei der Arztsuche der Ärztekammer Hamburg wurde die Bezeichnung „Hausarzt“ in der Kategorie „Ärztliche Fachgebiete“ für die Suchanfrage verwendet. Die Suchergebnisse der Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg basierten auf zwei Suchanfragen. Nach Auswahl des Reiters „Hausärztliche Versorgung“ wurde jeweils eine Suchanfrage mit den Fachgebieten „Allgemeinmedizin“ und „Innere Medizin“ durchgeführt. Im Anschluss wurden die Ergebnisse dieser 3 Suchabfragen zusammengeführt und um doppelte Einträge bereinigt. Unter Einsatz der obenstehenden Ein- und Ausschlusskriterien wurde überprüft, ob die Ärzt:innen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, und fehlende Kontaktadressen ergänzt. Abschließend wurden die Einträge der „SciTrace“ Adressdatenbank mit den Ergebnissen dieser Recherche verglichen und um neue und aktualisierte Einträge erweitert.

Nach Anwendung der oben ausgeführten Ein- und Ausschlusskriterien konnten insgesamt $n = 3.300$ Hausärzt:innenpraxen in Norddeutschland in die Studie aufgenommen werden (s. Tabelle 2). In NI befanden sich mit $n = 1.932$ 58,5 % der 3.300 Praxen, die eine Einladung zu der vorliegenden Befragung erhielten. Etwa 20 % der Praxen ($n = 646$) lagen in SH, 16,6 % ($n = 549$) in HH und 5,2 % der Praxen ($n = 173$) in MV.

Tabelle 2: Anzahl der eingeschlossenen Praxen pro Bundesland, $N = 3.300$.

Bundesland	Anzahl der eingeschlossenen Praxen pro Bundesland
Schleswig-Holstein	646
Hamburg	549
Mecklenburg-Vorpommern	173
Niedersachsen	1.932
Summe	3.300

Laut den statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister waren im Jahr 2020 bei Zählung nach Personen in HH, SH, NI und MV insgesamt $n = 9.689$ Ärzt:innen in der vertragsärztlichen hausärztlichen Versorgung tätig (KBV 2020b). Als Hausärzt:innen gelten im Bundesarztregister Allgemeinärzt:innen und Praktische Ärzt:innen, die in der hausärztlichen Versorgung tätig sind, sowie

hausärztlich tätige Internist:innen (KBV 2020a). Ärzt:innen der Kinder- und Jugendmedizin werden hier nicht zu der Gruppe der Hausärzt:innen gezählt (KBV 2020a, 2020b). Die Differenz zwischen der Anzahl der in diese Studie aufgenommenen Hausärzt:innen (n = 3.300) und den im Bundesärzteregeister verzeichneten Hausärzt:innen (n = 9.689) lässt sich durch unterschiedliche Faktoren erklären. Ein Großteil der Abweichung ist wahrscheinlich in dem ausgewählten Studiendesign begründet, das eine digitale Kontaktaufnahme mit den Hausärzt:innen vorsah. Aus diesem Grund enthielt der von „SciTrace“ erworbene Adressdatensatz nur Einträge von Hausärzt:innen, für die dem Anbieter eine Kontakt-E-Mail-Adresse vorlag. Die Erfahrungen während der manuellen Recherche der Kontaktdaten der Hausärzt:innen in Hamburg haben gezeigt, dass viele der in den Arztsuchen angegebenen Praxen keine Homepage besaßen oder auf dieser keine E-Mail-Adresse angaben. Des Weiteren erhielten Ärzt:innen, die in Gemeinschaftspraxen, BAGs oder MVZs tätig waren i. d. R. nur eine Einladungs-E-Mail pro Einrichtung. Die Einstellungen des Befragungsservers ermöglichten jedoch die Beantwortung des Fragebogens durch mehrere Kolleg:innen einer Praxis. Wenn auf der Website explizit individuelle E-Mail-Adressen angegeben waren, wurden in diesen wenigen Fällen die Einladungen zu der Befragung einzeln an die Kolleg:innen einer Praxis verschickt.

Ablauf der Studie

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden die n = 3.300 Hausärzt:innen bzw. Praxen, die die Einschlusskriterien erfüllten, mithilfe eines Onlinefragebogens zu der hausärztlichen Versorgung von Frauen mit PPD befragt. Für die Erstellung des Fragebogens und den Versand der Einladungen per E-Mail wurde die Software SoSci Survey (Leiner 2020) verwendet. Nach Versand der ersten Einladung im Dezember 2020 erstreckte sich die Datenerhebung über einen Zeitraum von insgesamt 14 Wochen. Während dieses Zeitraumes wurden die Teilnehmer:innen im Abstand von je etwa einem Monat an die Befragung erinnert. Die Teilnahme und Datenerfassung erfolgte anonym und auf freiwilliger Basis mithilfe des online auf www.soscisurvey.de zur Verfügung gestellten Fragebogens.

Befragungsinstrument

Der für die Befragung der niedergelassenen Hausärzt:innen entwickelte Onlinefragebogen orientiert sich an bereits getesteten Fragebogen für niedergelassene Gynäkolog:innen und Hebammen und Entbindungspfleger (Weinbrenner 2020, Baumeister 2019, Pawils et al. 2016). Bei der Konzeption des Fragebogens wurden die Fragen inhaltlich an die neue Zielgruppe der Hausärzt:innen und deren Tätigkeitsbereich angepasst.

Der 21 Items umfassende Fragebogen erfasst Angaben zu den folgenden Themenbereichen:

- a) Vorkommen von betroffenen Frauen in der hausärztlichen Praxis
- b) Selbsteinschätzung bzgl. des Wissensstandes über das Krankheitsbild der PPD und Erfragung des Verantwortungsgefühls
- c) Informationen und Hintergrundwissen zur PPD: Wissen über Prävalenz und Leitlinien in Deutschland
- d) Umgang mit betroffenen Frauen: Screening, Behandlung und Erfahrungen bei der Weitervermittlung
- e) Durch Hausärzt:innen wahrgenommene Barrieren in der Versorgung von Frauen mit PPD

- f) Einschätzung bzgl. geeigneter Formen der Informationsvermittlung für die Aufklärung von Patientinnen über das Krankheitsbild der PPD
- g) Soziodemografische Angaben zu Praxis und Person.

Bei der Erstellung des Fragebogens wurden sowohl geschlossene als auch offene oder halboffene Frageformate verwendet. Häufig bestand die Möglichkeit einer Mehrfachauswahl oder einer zusätzlichen Begründung in Form eines kurzen Freitextes zur Erläuterung der ausgewählten Antwortmöglichkeit. Durch die Verwendung von Filterfragen wurden Hausärzt:innen, die betroffene Frauen behandeln, detaillierter zu ihrem Umgang und Vorgehen befragt. Mithilfe einer Nichtteilnehmer:innenfrage wurden die Gründe für eine Nichtteilnahme erfasst.

5.2 Stichprobenbeschreibung

An der Befragung nahmen $n = 217$ von 3.300 zu der Befragung eingeladenen Hausärzt:innen aus HH, SH, MV und NI teil (s. Abbildung 6). Damit betrug die Rücklaufquote 6,6 %. Weitere $n = 26$ Hausärzt:innen beantworteten die Nichtteilnehmer:innen-Frage bzw. erklärten per E-Mail Ihre Beweggründe für eine Nichtteilnahme. In Tabelle 3 werden die soziodemografischen Merkmale der teilnehmenden Hausärzt:innen dargestellt.

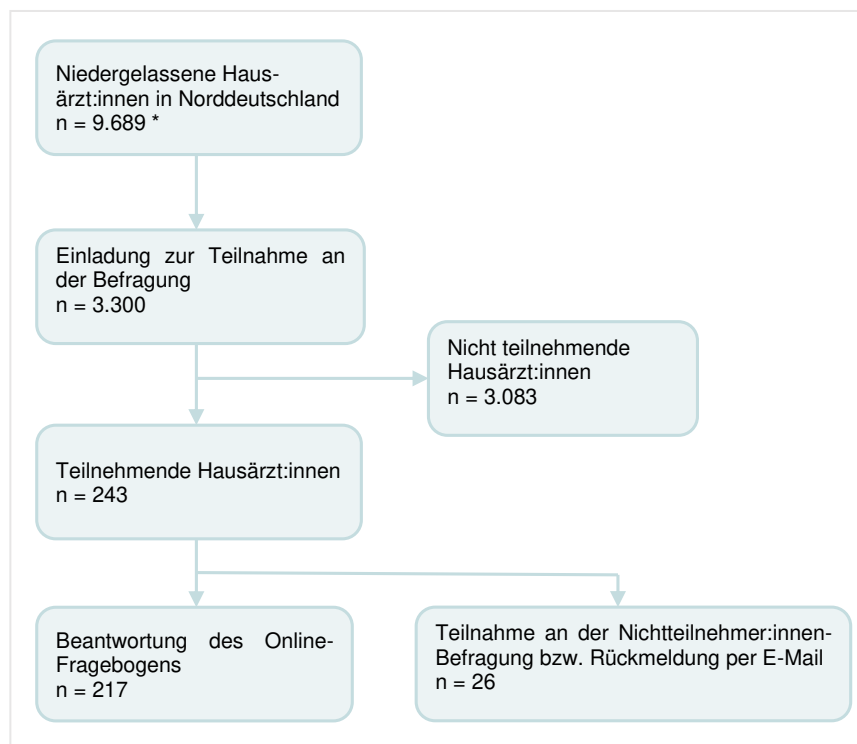


Abbildung 6: Flussdiagramm: Auswahl der Teilnehmer:innen und Teilnahmeverhalten der Hausärzt:innen in Norddeutschland. Anmerkung: * laut dem Bundesarztregister, Zählung nach Personen, Stand Dezember 2020 (KBV 2020).

Tabelle 3: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe norddeutscher Hausärzt:innen (N = 217) im Vergleich zur Alters- und Geschlechtsverteilung aller niedergelassenen Hausärzt:innen in Deutschland (N = 54.785).

	Stichprobe der Befragung norddeutscher Hausärzt:innen (N = 217)		Niedergelassene Hausärzt:innen in Deutschland (n = 54.785 *1)	
	n	%	n	%
Geschlecht (n = 193)				
▶ Weiblich	106	54,9 %	26.254	47,9 %
▶ Männlich	87	45,1 %	28.531	52,1 %
▶ Divers	0	0 %		
Alter (n = 194)				
▶ < 30 Jahre	0	0 %	3.716	6,8 % *2,3
▶ 30 – 40 Jahre	19	9,8 %		
▶ 40 – 50 Jahre	48	24,7 %	11.881	21,7 % *2,4
▶ 50 – 60 Jahre	82	42,3 %	19.727	36 % *2,5
▶ > 60 Jahre	45	23,2 %	19.641	35,5 % *2,6
Dauer der Berufstätigkeit in Jahren (n = 191): 23,65 +- 9,83 (M +- SD)				
Zusatzqualifikation (n = 191)				
▶ Angabe mindestens einer ZQ*7	157	82,2 %		
▶ Keine weiteren ZQ*7	34	17,8 %		
Art der Praxis (n = 193)				
▶ Einzelpraxis	102	52,8 %		
▶ Praxisgemeinschaft	15	7,8 %		
▶ BAG*8 / GP*9	72	37,3 %		
▶ MVZ*10	4	2,1 %		
Einzugsgebiet der Praxis (n = 192)				
▶ Eher ländlich	81	42,3 %		
▶ Eher städtisch	62	32,3 %		
▶ Ländlich und städtisch	49	25,5 %		
Kassenzulassung (n = 193)				
▶ Kassenärztliche Zulassung	189	97,9 %		
▶ Privatpraxis	4	2,1 %		
Bundesland (n = 150)				
▶ SH*11	31	20,7 %		
▶ HH*12	30	20,0 %		
▶ MV*13	13	8,7 %		
▶ NI*14	76	50,7 %		
Teilnehmer:innen gesamt	217			

*1 (eigene Berechnung basierend auf KBV 2020b) *2 Abweichende Kategorisierung der Altersverteilung in der Statistik des Bundesarztregisters *3 Zusammenfassung der Kategorien bis 34 und 35 – 39 zu ≤ 39 *4 Alterskategorie: 40 – 49 *5 Alterskategorie 50 – 59 *6 Zusammenfassung der Kategorien 60 – 65 und > 65 Jahre zu > 60 Jahre *7 ZQ = Zusatzqualifikation *8 BAG = Berufsausübungsgemeinschaft / GP*9 = Gemeinschaftspraxis *10 MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum *11 SH = Schleswig-Holstein *12 HH = Hamburg *13 MV = Mecklenburg-Vorpommern *14 NI = Niedersachsen

Aufgrund der heterogenen Berechnungsgrundlagen und der nur unvollständig veröffentlichten Bedarfsplanungsblätter der jeweiligen kassenärztlichen Landesvereinigungen werden für den Vergleich der Stichprobenzusammensetzung Daten über die nationale Alters- und Geschlechtsverteilung der Hausärzt:innen herangezogen. Von den Teilnehmenden waren 54,9 % (n = 106) weiblichen und 45,1 % (n = 87) männlichen Geschlechts. Damit lag der Anteil weiblicher Teilnehmenden in der vorliegenden Befragung mit 54,9 % über dem durchschnittlichen Anteil

weiblicher Hausärzt:innen in Deutschland in Höhe von 47,9 % (KBV 2020b, eigene Berechnung).

Die größte Teilgruppe der Teilnehmenden entfiel auf die Altersgruppe der 50–60-jährigen Hausärzt:innen (n = 82, 42,3 %). Jeweils etwa ein Viertel der Teilnehmenden waren 40–50 Jahre (n = 48, 24,7 %) bzw. über 60 Jahre (n = 45, 23,2 %) alt. Mit nur 9,8 % stellten die 30–40-jährigen Teilnehmer:innen die kleinste Altersgruppe dar (n = 19). Die unterschiedlichen Alterskategorisierungen erschweren den Vergleich zwischen der nationalen und der stichprobenbezogenen Alterszusammensetzung der Hausärzt:innen. Werden die marginalen Unterschiede in der Einteilung der Alterskategorien ignoriert, scheint die Alterszusammensetzung im Wesentlichen vergleichbar zu sein. Lediglich die Altersgruppe der über 60-Jährigen ist mit nur 23,2 % in der vorliegenden Befragung erheblich seltener vertreten, denn 35,5 % der deutschen Hausärzt:innen sind über 60 Jahre alt (KBV 2020b, eigene Berechnung).

Im Durchschnitt lag die Dauer der Berufstätigkeit bei M = 23,65 Jahren (SD = 9,83, Range: 3 – 47 Jahre). Mehr als die Hälfte der teilnehmenden Hausärzt:innen waren in einer Einzelpraxis tätig (n = 102). Weitere circa 37 % arbeiteten in einer BAG bzw. Gemeinschaftspraxis (n = 72), etwa 8 % in einer Praxisgemeinschaft (n = 15) und etwa 2 % in einem MVZ (n = 4). Das Einzugsgebiet der Praxis beschrieben 42,2 % als eher ländlich, 32,3 % als eher städtisch und etwa 25 % gaben an, dass ihr Einzugsgebiet sowohl städtisch als auch ländlich sei. Von den 217 Teilnehmenden machten 150 Angaben zu dem Bundesland in dem sie praktizierten. Etwa die Hälfte der teilnehmenden Ärzt:innen arbeitete in NI (n = 76). In SH (n = 31) und HH (n = 30) waren jeweils etwa 20 % und in MV (n = 13) etwa 9 % der teilnehmenden Hausärzt:innen, die diesbezügliche Angaben machten, tätig. Mit Ausnahme von 4 privatärztlich tätigen Hausärzt:innen nahmen alle Hausärzt:innen an der kassenärztlichen Versorgung (n = 189) teil.

Über 80 % der Teilnehmenden (n = 157, 82,2 %) gaben mindestens eine Zusatzqualifikation an. Die Freitextangaben über erworbene Zusatzqualifikationen wurden für die Ergebnisdarstellung in insgesamt 4 Kategorien zusammengefasst (s. Tabelle 4). Von den Teilnehmenden hatten 35,6 % (n = 68) eine psychosomatische bzw. psychotherapeutische Zusatzqualifikation (P-Zusatzqualifikation) erworben. Das Curriculum PGV wurde zu den P-Zusatzqualifikationen gezählt. Eine „Medizinische ZQ“ wie z. B. Diabetologie, Rettungsmedizin, Palliativmedizin oder Suchtmedizin gaben 47,1 % (n = 90) der Hausärzt:innen an. Alternative Verfahren wie Akupunktur, Homöopathie, Chirotherapie und Naturheilverfahren wurden unter der Bezeichnung „Alternativmedizinische ZQ“ zusammengefasst. Insgesamt gaben 28,8 % (n = 55) der Teilnehmenden eine solche alternativmedizinische Zusatzqualifikation an. Unter der Bezeichnung „Sonstige ZQ“ wurden Zusatzqualifikationen wie Sozialmedizin, Qualitätsmanagement, Public Health und Verkehrs- oder Flugmedizin subsumiert. In diesem Bereich hatten etwa 8 % (n = 16) Qualifikationen erworben.

Tabelle 4: Erwerb von Zusatzqualifikationen unter den befragten Hausärzt:innen (N = 191).

	n	%
Angabe von mindestens einer Zusatzqualifikation (ZQ, n = 191)		
▶ Ja	157	82,2 %
▶ Nein	34	17,8 %
Davon Erwerb von Zusatzqualifikationen (n = 157)		
▶ in 1 von 4 Bereichen	93	48,7 %
▶ in 2 von 4 Bereichen	45	23,6 %
▶ in 3 von 4 Bereichen	15	7,9 %
▶ Nicht näher spezifiziert	4	2,1 %
Verteilung der kategorisierten Zusatzqualifikationen (n = 191)		
▶ Psychosomatische oder psychotherapeutischen ZQ	68	35,6 %
▶ Medizinische ZQ	90	47,1 %
▶ Alternativmedizinische ZQ	55	28,8 %
▶ Sonstige ZQ	16	8,4 %
▶ Keine ZQ	34	17,8 %

5.3 Statistische Auswertung

Für die deskriptive Auswertung der Ergebnisse erfolgten Häufigkeitsanalysen. Freitextantworten wurden durch Kategorisierung und anschließende Häufigkeitsauszählung ausgewertet. Mögliche Unterschiede zwischen Subgruppen wurden mithilfe des Chi-Quadrat-Tests bzw. bei zu geringen erwarteten Häufigkeiten mit dem Exakten Test nach Fisher geprüft. Als Maß für den Zusammenhang zwischen kategoriellen Variablen wurde der Phi-Koeffizient und Cramer's V bestimmt. Um den Einfluss der Faktoren Leitlinienkenntnis, Wissensstand und Verantwortungsgefühl auf das Screeningverhalten zu ermitteln, wurde zusätzlich zum Chi-Quadrat-Test als Zusammenhangsmaß die Odds Ratio (OR) mit einem 95%-Konfidenzintervall (KI) bestimmt. Der Einfluss von Zusatzqualifikationen und soziodemografischen Merkmalen (unabhängige Variablen) auf die systematische Erfassung von Anzeichen einer PPD (abhängige Variable „Screeningverhalten“) sollte mithilfe einer binären logistischen Regressionsanalyse untersucht werden. Basierend auf den Erkenntnissen von Befragungen amerikanischer Hausärzt:innen (Seehusen et al. 2005) und deutscher Gynäkolog:innen (Pawils et al. 2016) wurden Geschlecht, Alter, Einzugsgebiet und Zusatzqualifikation der Hausärzt:innen als unabhängige Variablen einbezogen. Die Datenanalyse und statistische Auswertung erfolgte mit SPSS 26.0 und Excel Version 2140.

6 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Teilnehmer:innenergebnisse zunächst deskriptiv dargestellt und interpretiert. Es schließt sich eine inferenzstatistische Auswertung der soziodemografischen Merkmale und der Einflussfaktoren Leitlinienkenntnis, Wissensstand und Verantwortungsgefühl an.

6.1 Teilnehmer:innenergebnisse

Zu Beginn des Fragebogens wurden die Teilnehmenden dazu befragt, ob und falls ja wie viele von PPD betroffene Patientinnen sie im letzten Jahr in ihrer Praxis behandelt hätten. Ferner wurden die Teilnehmenden im ersten Teil des Fragebogens um eine Selbsteinschätzung bezüglich ihres Hintergrundwissens über das Krankheitsbild der PPD gebeten und anschließend wurde ermittelt, ob Interesse an zusätzlichen Informationsangeboten über die PPD besteht. Im Anschluss wurde erhoben, ob die Hausärzt:innen die Erkennung einer PPD zu ihrem originären Aufgabenbereich zählen. Außerdem wurden die Teilnehmenden aufgefordert, die Prävalenz der PPD bei Frauen im Wochenbett in Deutschland einzuschätzen, und die Kenntnis der Empfehlungen über die Behandlung der PPD aus der AMWF S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ erfragt.

Vorkommen von Patientinnen mit PPD in der hausärztlichen Praxis

Zunächst wurde erhoben, ob und wie häufig Frauen mit einer postpartalen Depression in der hausärztlichen Versorgung behandelt werden (s. Abbildung 7).

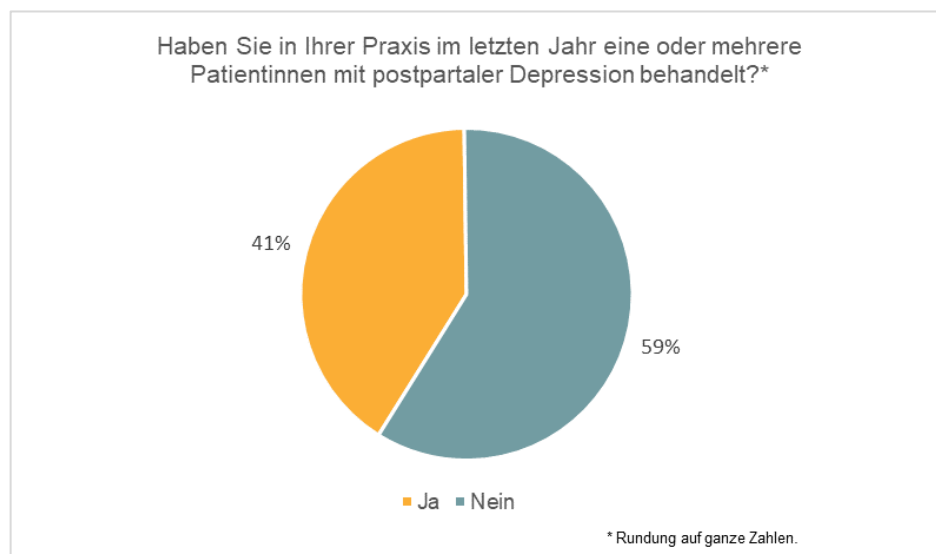


Abbildung 7: Vorkommen von Patientinnen mit PPD in der hausärztlichen Praxis; N = 215.

Rund 41 % (n = 88) der Teilnehmenden gaben an, innerhalb des letzten Jahres eine oder mehrere von PPD betroffene Patientinnen behandelt zu haben, während 59,1 % (n = 127) angaben, keine betroffene Patientin betreut zu haben. Von den Teilnehmenden, die von betroffenen Patientinnen berichteten, hatten 69,3 % (n = 61) 1–2 betroffene Frauen innerhalb der letzten 12 Monate behandelt. Etwa ein Fünftel der betroffenen Frauen behandelnden Hausärzt:innen (n = 19) hatte 3–5 Frauen mit PPD innerhalb des letzten Jahres betreut. Vier Hausärzt:innen (1,9 %) gaben an, 5–10 betroffene Frauen, in diesem Zeitraum behandelt zu haben. Knapp 2 % (n = 4) spezifizierten die Anzahl behandelter Frauen nicht näher. Im Anschluss an diese beiden ersten Fragen, wurden die Befragten, die angaben,

keine von PPD betroffene Patientin behandelt zu haben, explizit gebeten den Fragebogen dennoch weiter auszufüllen. Die Angaben der Hausärzt:innen, die den Fragebogen unvollständig ausfüllten oder frühzeitig abbrachen, wurden, sofern möglich, in die Auswertung mit einbezogen.

Wissensstand und Verantwortungsgefühl der Hausärzt:innen

Bezüglich des eigenen Kenntnisstandes über die PPD befragt, befanden 44,2 % (n = 92) ihr eigenes Wissen über das Krankheitsbild für ausreichend (s. Abbildung 8). Fast die Hälfte der Befragten (n = 96, 46,2 %) teilte mit, dass sie gerne mehr Wissen über das Krankheitsbild der PPD hätten. Rund ein Zehntel hingegen (n = 20, 9,6 %) erachtete umfangreiches Wissen in ihrem Tätigkeitsbereich für nicht notwendig.

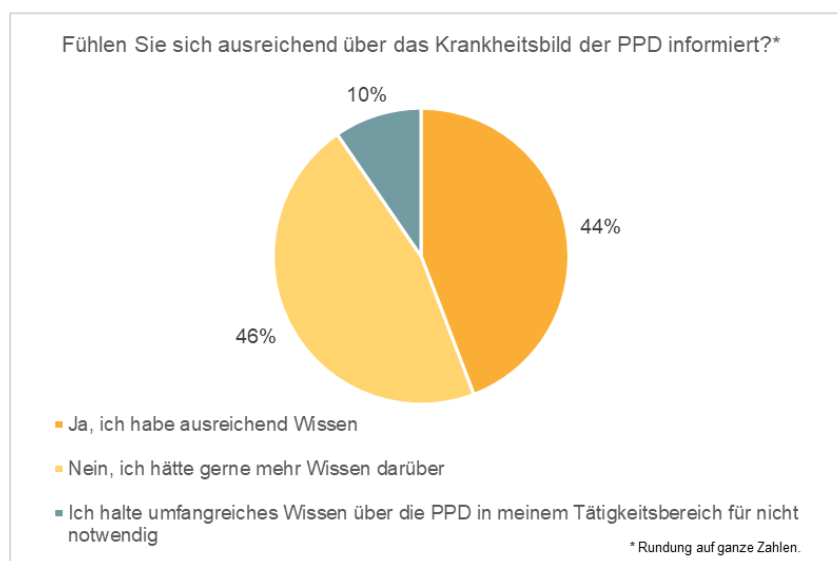


Abbildung 8: Selbsteinschätzung des Wissensstandes über das Krankheitsbild der PPD unter Hausärzt:innen; N = 208.

Die Befragten, die ihr Wissen als ausreichend einordneten (n = 92), wurden gebeten, die Herkunft ihres Wissens in einer Freitextantwort zu erläutern. Für die Auswertung wurden die Freitextantworten in insgesamt 8 Kategorien eingeteilt. Ein Viertel (n = 23) gab an, erste Kenntnisse bereits im Rahmen des Studiums, des Praktischen Jahres oder durch ihre Dissertation erworben zu haben. Etwa 30 % hatten ihr Wissen im Rahmen von Fortbildungen (n = 28) und 13 % durch Weiterbildungen (n = 12) erlangt. Jeweils 4,3 % wiesen eine frühere Tätigkeit in der Psychiatrie (n = 4) oder der Geburtshilfe (n = 4) vor. Auf das Selbststudium verwiesen 9,8 % (n = 9), und jeweils weitere 5 % teilten mit, dass sie Wissen durch persönliche Erfahrungen bzw. Betroffenheit (n = 5) oder den Austausch mit Angehörigen oder Kolleg:innen (n = 5) gesammelt hätten. Häufig wurde auf die langjährige Berufserfahrung hingewiesen (n = 14; 15,2 %). Etwa 23 % machten keine näheren Angaben bezüglich ihres Wissenserwerbes (n = 21).

Von den 96 Befragten, die äußerten, dass sie gerne ihr Wissen über die PPD erweitern würden, trugen 22 der Befragten in einem Freitext Vorschläge und Wünsche für geeignete Arten der Informationsvermittlung ein. Am häufigsten genannt wurden dabei Fortbildungen (n = 14) in Präsenz oder als Webinar sowie digitale Informationsmaterialien für die eigene Weiterbildung (n = 7). Einige der Befragten (n = 3) bekundeten Interesse an Informationsmaterialien über geeignete Anlaufstellen für Patientinnen, Netzwerke und Angebote zur kurzfristigen

Weiterleitung und therapeutischen Anbindung der Patientinnen. Des Weiteren wurde Interesse an Artikeln über die PPD in den gängigen ärztlichen Medien sowie an Materialien für die Psychoedukation von Patientinnen geäußert.

Um zu ermitteln, ob Hausärzt:innen die Erkennung und Versorgung betroffener Frauen als Teil ihres Verantwortungsbereiches betrachten, wurden die Hausärzt:innen gefragt, ob die Erkennung einer PPD bei ihren Patientinnen ihrer Meinung nach zu ihrem originären Aufgabenbereich als Hausärzt:in gehöre (s. Abbildung 9). Für die Einschätzung des Verantwortungsgefühls wurde eine 4-fach gestufte Antwortskala eingesetzt („Ja, auf jeden Fall.“ „Eher ja.“ „Eher nein.“ „Nein.“).

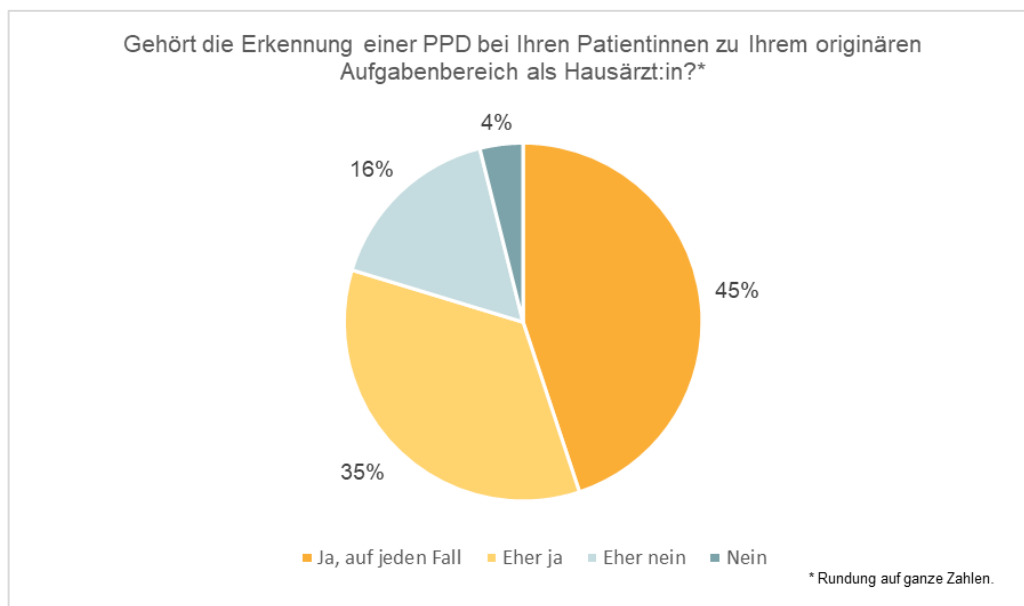


Abbildung 9: Verantwortungsgefühl der Hausärzt:innen für die Erkennung der PPD; N = 207.

Etwa 45 % der Befragten (n = 93) gaben an, dass die Erkennung der PPD „auf jeden Fall“ zu ihrem Tätigkeitsbereich gehöre. Werden die 34,8 % (n = 72) weiteren Befragten, die die Frage mit „eher ja“ beantworteten, ebenfalls berücksichtigt, so waren insgesamt 79,7 % der Teilnehmenden der Meinung, dass die Erkennung einer PPD zu ihrem Aufgabenbereich als Hausärzt:in zähle. Rund ein Sechstel der Befragten (n = 34, 16,4 %) waren der Meinung, dass die Feststellung einer PPD eher nicht in ihren Aufgabenbereich falle. Acht der Befragten (3,9 %) gaben an, dass die Erkennung nicht zu ihrem Tätigkeitsbereich gehöre.

Insgesamt 31 von 42 der Teilnehmenden erläuterten die Angabe von „eher nein“ und „nein“ in einer kurzen Freitextantwort. Von ihnen begründeten 58,1 % (n = 18) ihre Antwort damit, dass sie die Verantwortung v. a. bei den Gynäkolog:innen sehen würden, da diese die Frauen postpartal regulär im Rahmen der Nachsorge sähen. Einige sahen zusätzlich die Hebammen und Entbindungspfleger (n = 4) sowie die Kinderärzt:innen (n = 3) in der Pflicht. Etwa 35 % berichteten, dass Patientinnen sie grundsätzlich selten während der Schwangerschaft und im Wochenbett in der Praxis aufsuchten. Zwei der Teilnehmenden betonten zusätzlich, dass junge Frauen ohne chronische Vorerkrankungen meist keine enge Bindung zu Hausärzt:innen hätten und nicht regelmäßig vorstellig würden. Wiederum zwei andere Hausärzt:innen teilten mit, dass sie zwar bei der Erkennung vorrangig andere Berufsgruppen in der Pflicht sähen, aber Patientinnen gerne für die weitere Behandlung zu ihnen überwiesen werden können bzw.

sie sich verantwortlich fühlten, sofern Frauen in diesem Zeitraum zu ihnen kämen. Rund 13 % (n = 4) gaben an, sich aufgrund einer hauptsächlich schwerpunktmäßigen Tätigkeit (z. B. palliativ, kardiologisch etc.) wenig oder nicht verantwortlich zu fühlen.

Kenntnisstand: Prävalenz und AWMF-Leitlinie

Mithilfe von zwei orientierenden Fragen sollte das Wissen über die Häufigkeit und die aktuellen Behandlungsempfehlungen unter den Hausärzt:innen ermittelt werden. Dafür wurden die Hausärzt:innen zunächst aufgefordert, die Prävalenz der PPD bei Frauen im Wochenbett in Deutschland zu schätzen. Im Durchschnitt schätzten die befragten Hausärzt:innen (n = 178) die Prävalenz der PPD im Wochenbett in Deutschland auf M = 11,9 % (SD 9,84). Mit einer Spannweite von 79 % lagen die Schätzungen der teilnehmenden Hausärzt:innen weit auseinander, die niedrigste Schätzung betrug 1 % und die höchste 80 %. Drei Hausärzt:innen konnten keine Angabe zur Prävalenz machen und trugen anstelle einer Schätzung Fragezeichen als Antwort ein. Im Anschluss sollte ermittelt werden, ob die Hausärzt:innen die Empfehlungen für die Erkennung und Behandlung der PPD aus dem Kapitel „Depressionen in der Peripartalzeit“ der AWMF-S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ kennen (s. Abbildung 10).

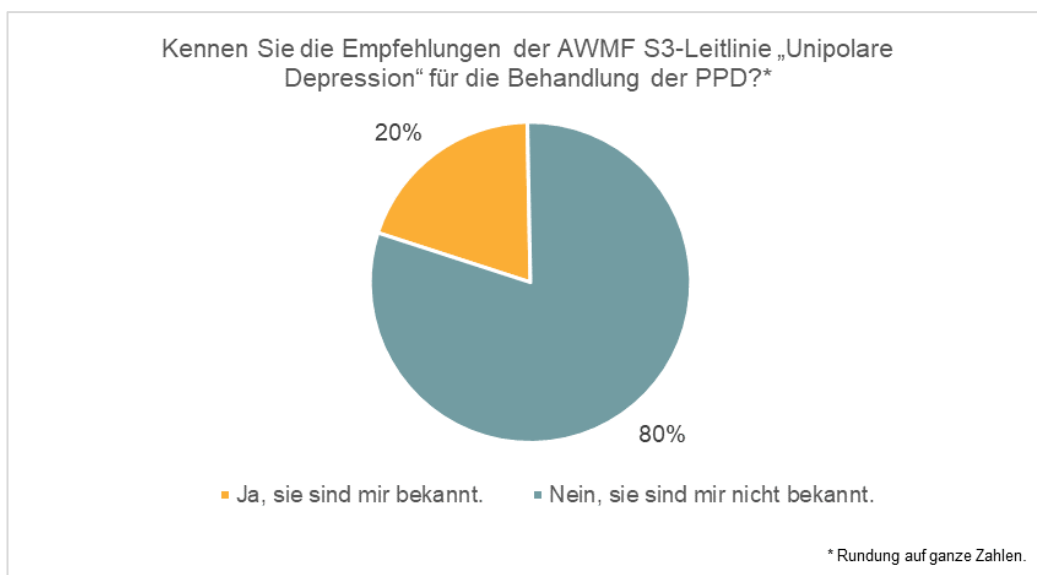


Abbildung 10: Kenntnis der Empfehlungen der AWMF S3-Leitlinie unter Hausärzt:innen; N = 193.

Knapp 1 von 5 der Teilnehmenden gab an, die aktuellen Empfehlungen bezüglich der PPD aus der AWMF-S3-Leitlinie zu kennen (n = 38, 19,7 %), während 80,3 % antworteten, dass Ihnen die Empfehlungen nicht bekannt seien (n = 155).

Umgang von Hausärzt:innen mit PPD: Diagnostik und Behandlung

Im weiteren Verlauf der Befragung sollte der Umgang von Hausärzt:innen mit Patientinnen mit PPD genauer erfragt werden, um zu ermitteln, ob die hausärztliche Versorgung eine weitere geeignete Zugangsmöglichkeit für eine adäquate Versorgung betroffener Frauen darstellt. Zunächst wurde erfragt, welche Methode zur Erfassung von Anzeichen einer PPD angewandt wird (s. Tabelle 5) und bei welchen Frauen die Hausärzt:innen diese Anzeichen gezielt erfassen (s. Tabelle 6).

Tabelle 5: Wie erfassen Sie Anzeichen einer PPD bei von Ihnen behandelten Frauen? (N = 194)*.

Erkennung der PPD	n	%
Diagnostikmethoden* (n = 194)		
Erfassung im Gespräch / Interview	180	92,8 %
Erfassung mithilfe eines Fragebogens	12	6,2 %
Erfassung mithilfe anderer Methoden	5	2,6 %
Keine Erfassung von Anzeichen einer PPD	10	5,2 %
Anzahl der Diagnostikmethoden (n = 194)		
Keine der 3 Methoden (Gespräch, Fragebogen, andere Methoden)	10	5,2 %
1 Methode	173	89,2 %
2 Methoden	9	4,6 %
3 Methoden	2	1 %

* Mehrfachantwort möglich.

Über 90 % der Teilnehmenden gaben an, Anzeichen einer PPD im Gespräch bzw. Interview zu erfassen (n = 180, 92,8 %). Rund 6 % der Befragten (n = 12) setzten Fragebogen zur Erfassung von Anzeichen einer PPD ein. Der am häufigsten genannte Fragebogen war der PHQ-9 (n = 5, 41,7 %), ein neun Fragen umfassendes Modul für das Screening auf Depression aus dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) (Levis et al. 2019). Eine Hausärzt:in gab an, die Langversion des PHQ-D zu verwenden. Einmal wurde die Verwendung des WHO-5-Fragebogens erwähnt. Fünf der Befragten spezifizierten den verwendeten Fragebogen nicht näher in ihren Angaben. Etwa 3 % der Befragten gaben an, andere Methoden zu verwenden, und nannten dabei unter anderem die Befragung von Freunden und Angehörigen, den Ausschluss internistischer Erkrankungen und „Zufall“. Eine der Befragten gab an, das Buch „Mein schwarzer Hund: wie ich meine Depression an die Leine legte“ von Matthew Johnstone bei der Erhebung von Anzeichen einer Depression einzusetzen. Um festzustellen, ob Hausärzt:innen die zuvor ermittelten diagnostischen Methoden systematisch zur Erkennung von Anzeichen anwenden, wurde anschließend erhoben, bei welchen Patientinnen Anzeichen einer PPD erfasst werden.

Tabelle 6: Bei welchen Frauen erfassen Sie Anzeichen einer postpartalen Depression? (N = 192)*.

	n	%
Bei jeder Frau in der Schwangerschaft	12	6,3 %
Bei jeder Frau nach der Geburt	33	17,2 %
Bei Frauen, die mir nach der Geburt depressiv erscheinen	158	82,3 %
Bei Frauen, die das Thema selbstständig ansprechen	119	62,0 %
Ich erfasse keine Anzeichen einer PPD	6	3,1 %
Sonstiges: Angabe von anderen Gründen	12	6,3 %

* Mehrfachantwort möglich.

Mehr als 4 von 5 Hausärzt:innen bejahten Anzeichen einer PPD bei Frauen zu erfassen, die ihnen nach der Geburt depressiv erschienen (n = 158, 82,3 %). Für 62 % (n = 119) der Hausärzt:innen waren Frauen, die das Thema selbstständig ansprachen, Anlass zur Erfassung von Anzeichen einer PPD. Nur 6,3 % bzw. 17,2 % gaben an, mögliche Anzeichen standardmäßig bei jeder Frau in der Schwangerschaft (n = 12) bzw. nach der Geburt (n = 33) zu erheben. Unter den unter „Sonstiges“ angegebenen anderen Gründen verwiesen einige der Befragten erneut darauf, dass Frauen in diesem Zeitfenster selten vorstellig würden (n = 3) und sie eher Gynäkolog:innen oder Kinderärzt:innen in der Verantwortung sähen. Andere nutzten die Freitextantwort um auszuführen, dass sie das Krankheitsbild der PPD bei psychopathologischen Auffälligkeiten nach der Geburt differenzial-

diagnostisch berücksichtigen würden (n = 6). Rund 3 % der Teilnehmenden (n = 6) teilten mit, keine Anzeichen einer PPD zu erfassen.

Im Anschluss wurden die Hausärzt:innen nach ihrem weiteren Umgang mit betroffenen Frauen befragt. Um zu ermitteln, wie postpartal depressive Frauen in der hausärztlichen Praxis behandelt werden, sollten die Hausärzt:innen zunächst angeben, welche Maßnahmen sie bei Verdacht auf eine PPD ergreifen würden (s. Tabelle 7).

Tabelle 7: Welche Maßnahmen ergreifen Sie bei Verdacht auf eine PPD? (N = 191)*.

	n	%
Durchführung einer Beratung	121	63,4 %
Vermittlung an weiterführende Hilfs- und Beratungsangebote	77	40,3 %
Vermittlung an eine Therapeut:in / eine Klinik	123	64,4 %
Einleitung einer medikamentösen antidepressiven Therapie	31	16,2 %
Psychosoziale Unterstützungsangebote	114	59,7 %
Keine weiteren Maßnahmen	8	4,2 %

* Mehrfachantwort möglich.

Rund 63 % (n = 121) der Teilnehmenden führten bei Verdacht auf das Vorliegen einer PPD initial zunächst selbst eine Beratung durch. Etwa 64 % (n = 123) der Teilnehmenden gaben an, ihre Patientinnen an eine Therapeut:in / eine Klinik zu vermitteln. Knapp 60 % (n = 114) unterbreiteten ihren Patientinnen bei Bedarf psychosoziale Unterstützungsangebote, z. B. durch eine Familienhebamme oder Haushaltshilfe. Nur etwa 16 % der teilnehmenden Hausärzt:innen gaben an, eine medikamentöse antidepressive Therapie einzuleiten (n = 31).

Eine weitere von etwa 40 % (n = 77) ergriffene Maßnahme ist die Vermittlung betroffener Frauen an weiterführende Hilfs- und Beratungsangebote. Von den 77 Teilnehmenden erläuterten 45 in Freitextantworten, wohin sie die Frauen verwiesen. Am häufigsten wurde die Vermittlung an psychosoziale, psychologische oder sozialpsychiatrische Beratungsstellen bzw. Familienhilfen genannt (n = 18, 40 %). Ähnlich häufig nannten die Teilnehmenden die Vermittlung an Psychotherapeut:innen und psychiatrische Institutsambulanzen (n = 17, 37,8 %). Zudem teilten rund 22 % (n = 10) mit, die Frauen an Fachärzt:innen für Psychiatrie oder psychiatrische Kliniken zu überweisen, 17,8 % (n = 8) verwiesen die Patientinnen an die behandelnden Gynäkolog:innen. Jeweils 6,7 % gaben an, ihre Patientinnen auf Unterstützungsangebote durch Hebammen (n = 3) oder Selbsthilfegruppen (n = 3) wie z. B. „Schatten & Licht e. V.“ hinzuweisen. Acht der Teilnehmenden gaben an, keine weiteren Maßnahmen zu ergreifen. Als Grund dafür gaben 75 % von ihnen (n = 6) an, dass sie keine entsprechenden Patientinnen in ihren hausärztlichen Praxen betreuten und kein solcher Bedarf bestünde. Eine Hausärzt:in gab an, keine weiteren Maßnahmen zu ergreifen, weil ihrer Meinung nach keine Hebammen oder andere Hilfen zur Verfügung stünden. Von einer weiteren Befragten wurde das Nichtergreifen von Maßnahmen mit ihrer Unsicherheit bei der antidepressiven Therapie während der Stillzeit begründet.

Um zu ermitteln, ob die hausärztliche Versorgung einen weiteren geeigneten Zugangsweg für die Versorgung betroffener Frauen darstellt, wurden die Hausärzt:innen, die vorher angaben, betroffene Frauen an weiterführende Hilfs-/Beratungsangebote oder an Therapeut:innen / Kliniken zu vermitteln, gefragt, ob ihnen die Vermittlung ihrer Patientinnen gelänge (s. Abbildung 11).

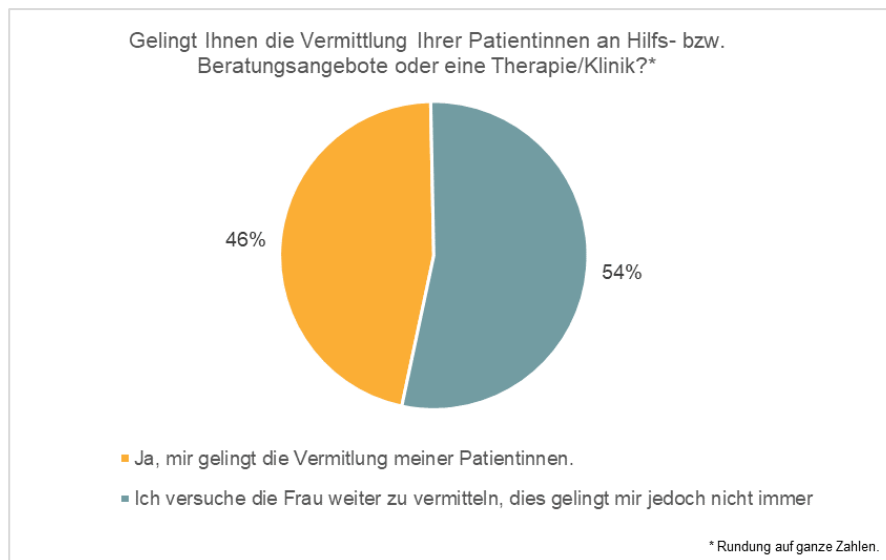


Abbildung 11: Erfolgsrate bei der Weitervermittlung von Frauen mit PPD durch Hausärzt:innen; N = 151.

Etwa 46 % (n = 70) bejahten, dass ihnen die Vermittlung ihrer Patientinnen gelänge, während 53,6 % (n = 81) mitteilten, dass sie zwar versuchten, die Frauen weiter zu vermitteln, ihnen dies jedoch nicht immer gelänge.

Über 80 % (n = 51) der Hausärzt:innen, die von Problemen bei der Weitervermittlung berichteten, sahen Probleme bei der Vermittlung eines Psychotherapieplatzes. Als besonders problematisch wurden von Seiten der Hausärzt:innen die unzureichenden Kapazitäten für Psychotherapieplätze, Schwierigkeiten bei der Terminvergabe und die häufig lange Wartezeit bzw. Latenz bis zum Terminbeginn beurteilt. Ein weiteres Problem sahen 6,6 % (n = 4) in der fortwährenden gesellschaftlichen Tabuisierung des Krankheitsbildes, der mangelnden Akzeptanz der Diagnose und der mangelnden Inanspruchnahme bzw. Adhärenz während der Therapie aufseiten einiger Patientinnen. Ebenfalls genannt wurde das Zeitmanagement der betroffenen Frauen und die fehlenden Betreuungsangebote für Kinder während regelmäßiger Therapiesitzungen (n = 4, 6,6 %). Als weitere Probleme wurden der Hebammenmangel, Sprachbarrieren, lange Anfahrtswege im ländlichen Raum sowie unzureichende Angebote der Familienhilfe in einigen Regionen angeführt. Drei Hausärzt:innen gaben an, dass sie sich in keinem Netzwerk befänden und dass ihnen keine Ansprechpartner zur weiteren Vermittlung in ihrer Region bekannt seien.

Um genauer zu ermitteln, welche Barrieren Hausärzt:innen bei der Beratung und Weitervermittlung betroffener Frauen wahrnehmen, wurden sie anschließend gebeten, die ihrer Erfahrung nach die Versorgung erschwerenden Faktoren aus insgesamt 10 angeführten system- und patientinnenbezogenen Umständen auszuwählen (s. Tabelle 8). Bei der Beantwortung der Frage war eine Mehrfachauswahl möglich.

Tabelle 8: Welche Barrieren liegen Ihrer Meinung nach bei der Beratung und Weitervermittlung von Frauen mit PPD vor? (N = 180)*.

	n	%
Systembezogene Umstände		
die begrenzte Beratungszeit	76	42,2 %
die geringe Vergütung der Beratung	34	18,9 %
die fehlende Erstattung durch die Krankenkasse	23	12,8 %
das Fehlen effektiver Behandlungsmöglichkeiten / schwierige Weitervermittlung	78	43,3 %
die langen Wartezeiten für Psychotherapieplätze	157	87,2 %
die unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit z. B. mit Hebammen oder Gynäkolog:innen	76	42,2 %
Patientinnenbezogene Umstände		
Ablehnen / Nichtinanspruchnahme der Überweisung	57	31,7 %
Fehlende Akzeptanz der Diagnose durch Patientin / Partner:in	75	41,7 %
Angst vor Stigmatisierung	87	48,3 %
Andere (z. B. somatische) Probleme stehen im Vordergrund	47	26,1 %

* Mehrfachantworten möglich.

Fast 90 % (n = 157) der Teilnehmenden gaben an, dass die langen Wartezeiten für Psychotherapieplätze ein Hindernis in der adäquaten Weiterversorgung betroffener Frauen darstellen. Rund 43 % (n = 78) sahen grundsätzlich eine der Schwierigkeiten in dem Fehlen effektiver Behandlungsmöglichkeiten und der schwierigen Weitervermittlung der Patientinnen. Jeweils etwa 42 % (n = 76) hielten die begrenzte Beratungszeit sowie die unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit, z. B. mit Hebammen oder Gynäkolog:innen, für problematisch. Knapp 19 % (n = 34) stimmten zu, dass die geringe Vergütung der Beratung die Versorgung der Frauen erschwere, weitere 12,8 % (n = 23) erachteten die fehlende Erstattung durch die Krankenkasse als hinderlich. Von fast der Hälfte der Teilnehmenden (n = 87, 48,3 %) wurde die Angst vor Stigmatisierung als eine der führenden Barrieren unter den patientinnenbezogenen Umständen ausgewählt. Rund 42 % führten die fehlende Akzeptanz der Diagnose durch die Patientin oder die Partner:in (n = 75, 41,7 %) als erschwerenden patientinnenbezogenen Umstand an. Etwa ein Drittel bejahte, dass das Ablehnen bzw. die Nichtinanspruchnahme von Überweisungen (n = 57, 31,7 %) die Behandlung erschwere. Mit 26,1 % (n = 47) behinderten laut mehr als einem Viertel der Teilnehmenden andere im Vordergrund stehende Probleme z. B. somatische, die adäquate Versorgung der Frau.

Zum Ende der Befragung sollte ermittelt werden, welche Formen der Informationsvermittlung die Hausärzt:innen für ein geeignetes Medium für die weitere Aufklärung ihrer Patientinnen halten (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Welche Formen der Informationsvermittlung halten Sie für Ihre Patientinnen als geeignet? (N = 177)*.

	n	%
Geeignete Formen der Informationsvermittlung (n = 177) *		
▶ Bücher / Literaturempfehlungen	63	35,6 %
▶ Flyer	108	61,0 %
▶ Selbsthilfegruppen	125	70,6 %
▶ Verweise auf digitale Informationsangebote	121	68,4 %

* Mehrfachantworten möglich.

Etwa 70 % (n = 125) der Hausärzt:innen hielten eine Anbindung betroffener Frauen an Selbsthilfegruppen für die weitere Informationsvermittlung für geeignet.

Rund 68 % der Teilnehmenden beurteilten Verweise auf digitale Informationsangebote als nützlich in der weiteren Aufklärung. Die Mitgabe von Flyern hielten 61 % (n = 108) der Hausärzt:innen für hilfreich, wobei nur 35,6 % (n = 63) angaben, Bücher- und Literaturempfehlungen als sinnvoll zu erachten.

In den letzten Jahren konnte eine massive Zunahme an Gesundheits-Apps zum Thema Mental Health beobachtet werden (Lecomte et al. 2020). Da sich aktuell in Deutschland eine Web-App zum Thema PPD in der Entwicklung befindet, sollte die Haltung von Hausärzt:innen zum Einsatz einer App im Umgang mit betroffenen Frauen ermittelt werden. In der Abbildung 12 wird deutlich, dass fast drei Viertel der Teilnehmenden (n = 135, 73,8 %) es sich gut vorstellen könnten, eine App weiterzuempfehlen, in der Patientinnen sich über die PPD informieren und z. B. einen Screening Fragebogen ausfüllen können. Jeweils etwa 13 % waren sich entweder unsicher (n = 23) oder konnten sich nicht vorstellen, ihren Patientinnen eine solche App zu empfehlen (n = 25).

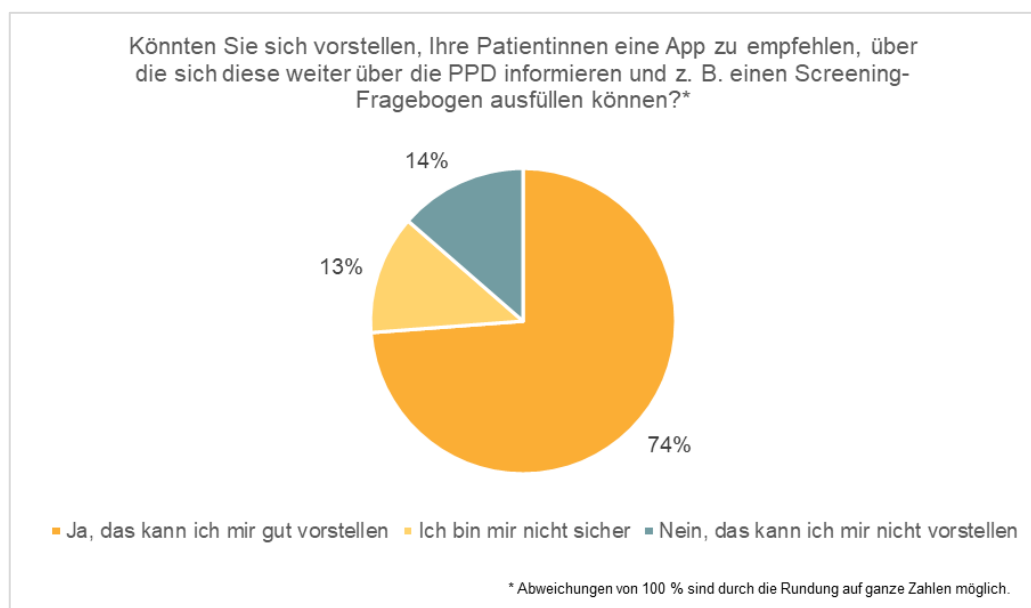


Abbildung 12: Bereitschaft der Hausärzt:innen zur Empfehlung einer App zur Aufklärung über PPD; N = 183.

Befragte, die sich unsicher oder gegen die Empfehlung einer solchen App waren, wurden gebeten, ihre Beweggründe darzustellen. Die Erläuterungen in Form von Freitextantworten wurden für die Ergebnisdarstellung zusammengefasst. Am häufigsten begründeten die Hausärzt:innen ihre Antwort damit, dass eine solche Applikation zu unpersönlich sei und eine persönliche Anbindung und Gespräche nicht ersetzen könne und solle (n = 10). Etwa 20 % begründeten ihre Aussagen damit, dass ihnen keine geeignete App bekannt sei (n = 7), einige (n = 4) äußerten zusätzlich Qualitätsbedenken und hoben den zusätzlichen Aufwand, eine solche App vor der Weiterempfehlung gründlich zu prüfen, hervor. Ebenfalls wurde betont, dass eine solche App das Kernproblem in der Versorgung betroffener Frauen nicht löse (n = 3), und es wurden Bedenken geäußert, dass Frauen mit einem positiven Screeningergebnis verunsichert und mit der Verdachtsdiagnose allein gelassen werden könnten (n = 2). Zwei der Befragten hatten Bedenken, dass solche Apps zu standardisiert seien und nicht ausreichend auf die individuelle Situation der Frau eingegangen werde. Einige der Befragten gaben an, den Einsatz von digitalen Medien bzw. Gesundheits-Apps grundsätzlich abzulehnen (n = 5), bzw. dem Einsatz sehr skeptisch gegenüberzustehen (n = 3). Zu den weiteren Bedenken der Hausärzt:innen zählten die Ablehnung solcher

Angebote durch Patientinnen (n = 1), der Verweis auf technische Schwierigkeiten oder unzureichendes Internet in ländlichen Regionen (n = 3) und die Annahme einer depressionsfördernden Wirkung digitaler Medien (n = 1).

Einflussfaktoren auf das hausärztliche Screeningverhalten

Die deskriptive Auswertung zeigt deutlich, dass postpartal depressive Frauen zum Patient:innenkollektiv der hausärztlichen Praxis gehören, aber dass nur etwa 20 % der Hausärzt:innen in der Postpartalzeit systematisch Anzeichen einer PPD bei ihren Patientinnen erfassen. Um die Gruppe der Hausärzt:innen, die systematisch Anzeichen einer PPD erfassen, genauer zu charakterisieren, sollen im Rahmen der inferenzstatistischen Auswertung mögliche Einflussfaktoren untersucht werden.

Der mögliche Einfluss der unabhängigen Variablen Leitlinienkenntnis, Verantwortungsgefühl und Wissensstand auf das hausärztliche Screeningverhalten wurde mithilfe von Chi-Quadrat-Tests und der Bestimmung von ORs untersucht (s. Tabelle 10). Die Zielvariable „Screeningverhalten“ beschreibt das systematische Erfassen von Anzeichen einer PPD bei Patientinnen in der Postpartalzeit (Frage 8, Antwort b „Bei jeder Frau nach der Geburt“ als binäre Zielvariable „Screeningverhalten“, s. Anhang S. 119). Der Tabelle 10 ist zu entnehmen, dass für die drei unabhängigen Variablen ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem hausärztlichen Screeningverhalten festgestellt wurde.

Tabelle 10: Einfluss der Leitlinienkenntnis, des Wissensstandes und des Verantwortungsgefühls auf das hausärztliche Screeningverhalten: Ergebnisse der Chi-2-Tests und Odds-Ratios.

Unabhängige Variablen	Chi-2 nach Pearson	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Phi	OR	95%-KI
Kenntnis der AWMF-Empfehlungen	10,444	0,001	0,238	3,727	[1,622 – 8,564]
				0,268	[0,117 – 0,617]
Ausreichend Wissen über PPD	4,786	0,029	0,158	2,342	[1,078 – 5,087]
Starkes Verantwortungsgefühl für die Erkennung der PPD	9,454	0,002	0,222	3,509	[1,526 – 8,067]

Bedeutung der Leitlinienkenntnis

Die Kenntnis der AWMF-Leitlinien-Empfehlungen zu Depressionen in der Peripartalzeit ist mit einer OR von 3,727 (95 % KI: 1,622–8,565) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das systematische Erfassen von Anzeichen einer PPD in der Postpartalzeit assoziiert. Interessant ist, dass die Kenntnis der Leitlinien-Empfehlungen dabei zwischen den Geschlechtern variierte und mit $p = 0,058$ nur knapp das 0,05-Signifikanzniveau verfehlte. Während unter den Hausärzten nur ca. 14 % die Leitlinien-Empfehlungen kannten, waren die Empfehlungen immerhin fast 25 % der Hausärztinnen bekannt (s. Tabelle 13 im Anhang). Ein statistisch hochsignifikantes Ergebnis ergibt sich ($p = 0,003$), wenn der Zusammenhang zwischen der Leitlinienkenntnis und der Identifikation und Behandlung von Frauen mit PPD innerhalb der letzten 12 Monate geprüft wird. Unter den Hausärzt:innen, die die Leitlinie kannten, berichteten 63 % davon, innerhalb des letzten Jahres betroffene Patientinnen behandelt zu haben, im Unterschied zu nur 37 % der „Nichtkenner:innen“ (s. Tabelle 14 im Anhang).

Bedeutung des Verantwortungsgefühls

Die unabhängige Variable „starkes Verantwortungsgefühl für die Erkennung der PPD“ beschreibt die Hausärzt:innen, die der Meinung waren, dass die Erkennung einer PPD „auf jeden Fall“ zu ihrem originären Aufgabenbereich als Hausärzt:in gehöre (Frage 4, Antwort a „Ja, auf jeden Fall“ als binäre unabhängige Variable, s. Anhang S. 118). Ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl war ebenfalls mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für die systematische Erfassung von Anzeichen einer PPD assoziiert (OR = 3,509; 95% KI: 1,526 – 8,067). In der explorativen Datenanalyse fiel auf, dass das Verantwortungsgefühl zwischen den Geschlechtern und Alterskategorien variierte. Da die erwartete Häufigkeit in zwei Zellen < 5 betrug, wurde anstelle des Chi-Quadrat-Tests der Exakte Test nach Fisher durchgeführt. Der Exakte Test nach Fisher bestätigte einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen Geschlecht und Verantwortungsgefühl ($p = 0,001$).

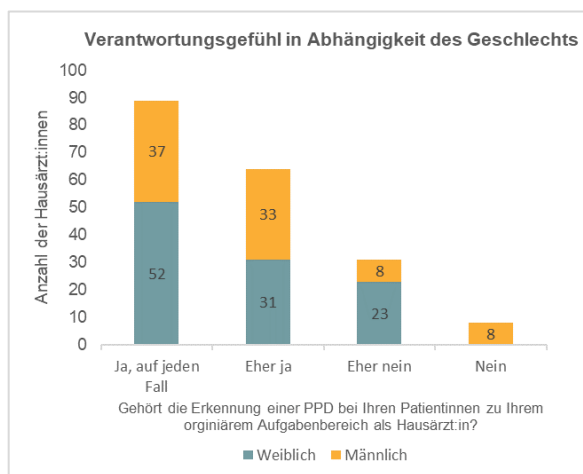


Abbildung 13: Darstellung des Verantwortungsgefühls für die Erkennung der PPD in Abhängigkeit des Geschlechts der Hausärzt:innen; N = 192.

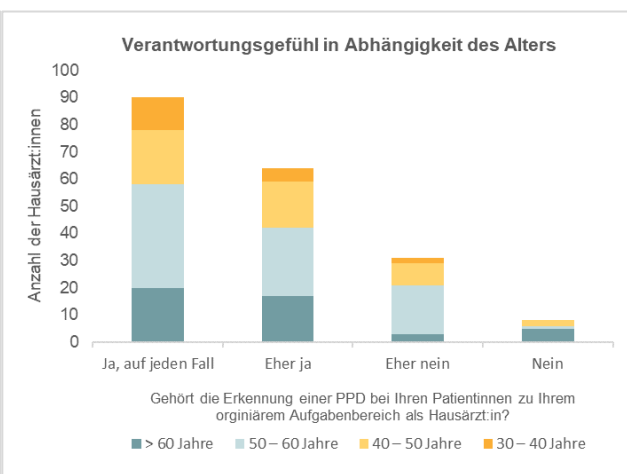


Abbildung 14: Darstellung des Verantwortungsgefühls für die Erkennung der PPD in den verschiedenen Alterskategorien; N = 193.

Besonders interessant ist dabei, dass alle Teilnehmenden, die angaben sich gar nicht für die Erkennung der PPD verantwortlich zu fühlen ($n = 8$), männlichen Geschlechtes (s. Abbildung 13) und eher älter waren (s. Abbildung 14). Zudem fällt in Abbildung 15 auf, dass mit zunehmendem Verantwortungsgefühl, der Anteil der Hausärzt:innen, die angaben, innerhalb der letzten 12 Monate von PPD betroffene Patient:innen behandelt zu haben, ebenfalls stieg. Unter den $n = 42$ Hausärzt:innen die sich wenig oder gar nicht für die Erkennung der PPD verantwortlich fühlten („Eher nein“ und „Nein“), gaben nur knapp 12 % an, innerhalb des letzten Jahres betroffene Patient:innen behandelt zu haben. Währenddessen hatten etwa 52 % der $n = 92$ Hausärzt:innen, die ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl empfanden („Ja, auf jeden Fall“), innerhalb der letzten 12 Monate betroffene Patientinnen behandelt (s. Tabelle 15 im Anhang).

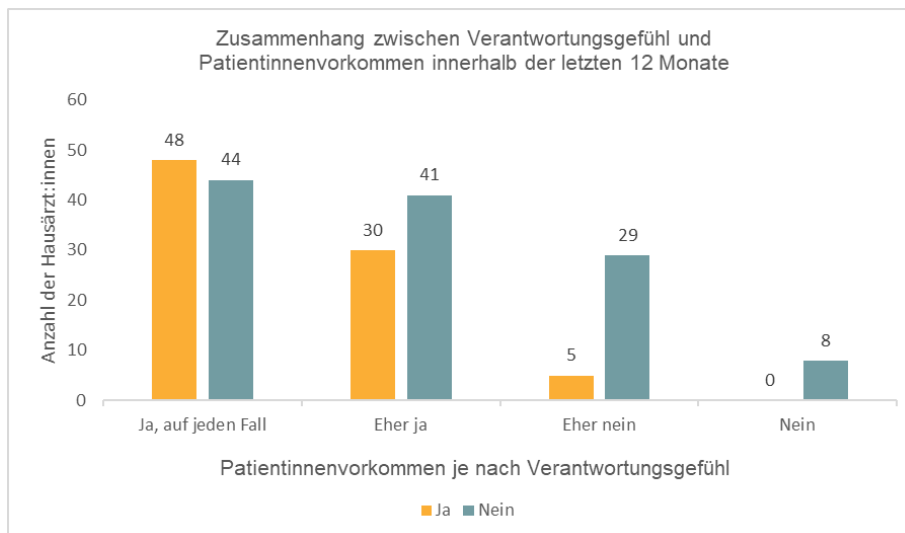


Abbildung 15: Darstellung der Beziehung zwischen der Angabe innerhalb der letzten 12 Monate betroffene Patientinnen behandelt zu haben und der Ausprägung des Verantwortungsgefühls; N = 205.

Somit berichteten Hausärzt:innen, die ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl (OR = 2,431; 95 %-KI: 1,373–4,304) angaben oder über Kenntnisse der Leitlinien-Empfehlungen (OR = 2,917; 95 %-KI: 1,398–6,089) verfügten, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit davon, innerhalb der letzten 12 Monate von PPD betroffene Patientinnen in ihrer Praxis behandelt zu haben (s. Tabelle 16 im Anhang).

Bedeutung des Wissensstandes

Ein nach subjektiver Einschätzung ausreichender Wissensstand über das Krankheitsbild der PPD ist mit einer OR von 2,342 (95% KI:1,078 – 5,087) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das systematische Erfassen von Anzeichen einer PPD in der Postpartalzeit assoziiert. Unter eher ländlich praktizierenden Hausärzt:innen bestand bei etwa 57 % der Teilnehmenden Interesse daran, mehr Wissen über das Krankheitsbild der PPD zu erhalten. Währenddessen befand mehr als die Hälfte der eher städtisch praktizierenden Hausärzt:innen ihr Wissen für ausreichend (s. Tabelle 17 im Anhang). In der jüngsten Altersgruppe (30–40 Jahre) war der Anteil der Hausärzt:innen, die ihr Wissen für ausreichend hielten, mit 63 % am höchsten (s. Tabelle 18 im Anhang). Ihr Wissen hatte die Hälfte von ihnen u. a. bereits während des Studiums, des Praktischen Jahres oder der Promotion erworben. Unter den Älteren wurde diese Wissensquelle wesentlich seltener genannt. Interessant ist weiterhin, dass sich unter den Hausärzt:innen, die umfangreiches Wissen über die PPD für nicht notwendig hielten, doppelt so viele männliche wie weibliche Befragte befanden (s. Tabelle 19 im Anhang).

Einfluss von Zusatzqualifikationen und soziodemografischen Merkmalen

Ein möglicher Zusammenhang zwischen Zusatzqualifikationen, soziodemografischen Merkmalen und dem Screeningverhalten wurde mithilfe von Cramer's V überprüft (s. Tabelle 11). Zwischen keiner der eingeschlossenen Variablen bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Screeningverhalten der Hausärzt:innen. Interessant ist jedoch, dass die eingeschlossenen Variablen teilweise statistisch signifikante Zusammenhänge untereinander aufwiesen. Der Tabelle 11 ist zu entnehmen, dass z. B. das Alter und das Einzugsgebiet jeweils auf einem hohen statistischen Signifikanzniveau mit dem Geschlecht korrelierten.

Tabelle 11: Übersicht über die Zusammenhänge zwischen Zusatzqualifikationen, soziodemografischen Merkmalen und der systematischen Erfassung von Anzeichen einer PPD: Angabe von Cramer's V als Zusammenhangsmaß.

	Screeningverhalten	Geschlecht	Alter	Einzugsgebiet
Geschlecht	0,077			
Alter	0,088	0,359***		
Einzugsgebiet	0,103	0,267**	0,115	
Zusatzqualifikation	0,128	0,165	0,279***	0,164*

Anmerkungen: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

In Abbildung 16 und Abbildung 17 werden die statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Alter und Geschlecht (Chi-Quadrat nach Pearson: 24,88; p < 0,001) sowie Einzugsgebiet und Geschlecht (Chi-Quadrat nach Pearson = 13,62; p = 0,001) zusätzlich grafisch veranschaulicht.

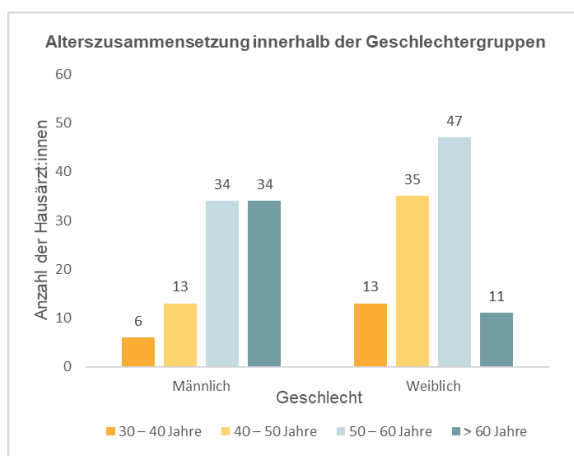


Abbildung 16: Darstellung der Alterszusammensetzung innerhalb der Geschlechtergruppen; N = 193.

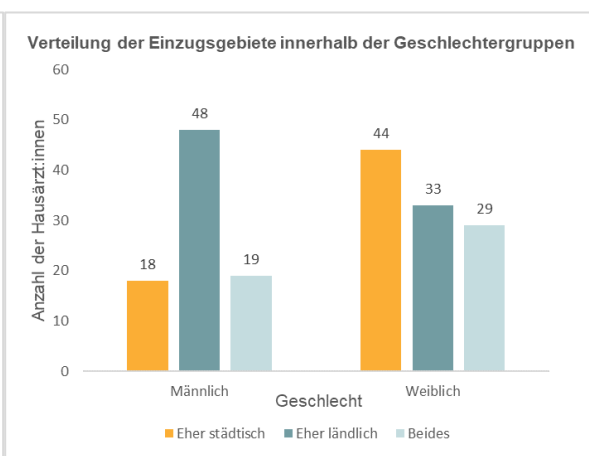


Abbildung 17: Darstellung der Verteilung der Einzugsgebiete innerhalb der Geschlechtergruppen; N = 191.

Es fällt auf, dass die Gruppe der jüngeren Befragten v. a. aus Hausärztinnen besteht. Unter den 30–50-Jährigen waren fast 72 % der Teilnehmenden weiblich (s. Tabelle 20 im Anhang). Die teilnehmenden Hausärztinnen waren am häufigsten in einem eher städtischen Einzugsgebiet tätig. Währenddessen waren die teilnehmenden Hausärzte tendenziell eher älter und praktizierten am häufigsten in einem eher ländlichen Einzugsgebiet. Hinsichtlich des Einzugsgebiets fiel weiterhin auf, dass in der Subgruppe der Hausärzt:innen, die angaben, mehr als 1–2 PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate behandelt zu haben, 48 % in einem ländlichen Einzugsgebiet praktizierten (s. Tabelle 21 im Anhang).

Einfluss einer psychosomatischen/-therapeutischen Zusatzqualifikation

Anders als in der Hypothese 2b vermutet, zeigte sich im Chi-Quadrat-Test kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen einer P-Zusatzqualifikation und dem hausärztlichen Screeningverhalten (p = 0,598, s. Tabelle 22 im Anhang). Es konnte jedoch gezeigt werden, dass der Erwerb einer P-Zusatzqualifikation positiv mit einem stark ausgeprägten Verantwortungsgefühl (p = 0,002) und der subjektiven Einschätzung eines ausreichenden Wissensstandes (p < 0,001) korrelierte (s. Tabelle 24 im Anhang). Beides sind Faktoren, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine systematische Erfassung von Anzeichen einer PPD assoziiert waren. Zwischen dem Erwerb einer P-Zusatzqualifikation und der Kenntnis der AWMF-Leitlinien-Empfehlungen über Depressionen in der Peripartalzeit bestand in der vorliegenden Stichprobe kein statistisch signifikanter Zusammenhang (p = 0,091, s. Tabelle 24 im Anhang).

Logistisches Regressionsmodell: Einfluss von Soziodemografie und Zusatzqualifikationen

Ein weiteres Ziel der Studie war es, den Einfluss von Zusatzqualifikationen und soziodemografischen Merkmalen analog zu der Befragung von Pawils et al. (2016) mithilfe eines logistischen Regressionsmodells zu untersuchen. Basierend auf den Erkenntnissen aus der Befragung deutscher Gynäkolog:innen (Pawils et al. 2016) und den Ergebnissen internationaler Befragungen von Hausärzt:innen (Seehusen et al. 2005) sollten die folgenden vier Faktoren als unabhängige Variablen in das Regressionsmodell aufgenommen werden: Geschlecht, Alter, Einzugsgebiet und Zusatzqualifikationen. Die abhängige Zielvariable war das „Screeningverhalten“ (s. Tabelle 23 im Anhang zur Übersicht). Der Tabelle 12 ist zu entnehmen, dass die in die logistische Regressionsanalyse einbezogenen unabhängigen Variablen keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das hausärztliche Screeningverhalten aufwiesen.

Tabelle 12: Logistisches Regressionsmodell über den Einfluss von Soziodemografie und Zusatzqualifikationen auf das Screeningverhalten.

Unabhängige Variablen	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95%-KI für EXP(B)
Weibliches Geschlecht	0,416	0,468	0,790	1	0,374	1,516	[0,606 – 3,797]
Alter: > 60			1,405	3	0,704		
Alter: 50 - 60	-0,548	0,565	0,943	1	0,332	0,578	[0,191 – 1,748]
Alter: 40 - 50	-0,603	0,652	0,855	1	0,355	0,547	[0,152 – 1,965]
Alter: 30 - 40	-0,146	0,761	0,037	1	0,848	0,864	[0,194 – 3,841]
Einzugsgebiet: eher städtisch			0,840	2	0,657		
Einzugsgebiet: beides	-0,511	0,558	0,839	1	0,360	0,600	[0,201 – 1,791]
Einzugsgebiet: eher ländlich	-0,174	0,480	0,132	1	0,717	0,840	[0,328 – 2,154]
keine Zusatzqualifikationen			2,134	2	0,344		
Zusatzqualifikation aus einem anderen Bereich	-0,725	0,560	1,675	1	0,196	0,485	[0,162 – 1,452]
P-Zusatzqualifikation	-0,712	0,542	1,725	1	0,189	0,491	[0,170 – 1,420]
Konstante	-0,711	0,698	1,039	1	0,308	0,491	

Hypothesenprüfung

Nach Darstellung der Ergebnisse der deskriptiven und inferenzstatistischen Auswertung sollen abschließend die Annahmen aus den in Kapitel 4 formulierten Hypothesen erneut aufgegriffen werden.

Hypothese 1a: Postpartal depressive Frauen gehören zum Patient:innenkollektiv in der hausärztlichen Praxis. Da 41 % der teilnehmenden Hausärzt:innen angaben, mindestens eine von PPD betroffene Patientin innerhalb der letzten 12 Monate behandelt zu haben, ist davon auszugehen, dass postpartal depressive Frauen zum Patient:innenkollektiv in der hausärztlichen Praxis gehören.

Hypothese 1b: Hausärzt:innen erfassen bei Patientinnen in der Postpartalzeit nicht systematisch Anzeichen einer PPD. Die Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass die Mehrheit der Hausärzt:innen bei Patientinnen in der Postpartalzeit nicht systematisch Anzeichen einer PPD erfasst: nur 17,2 % der Befragten gaben an, bei Frauen in der Postpartalzeit systematisch Anzeichen einer PPD zu erfassen.

Hypothese 1c: Weniger als die Hälfte der deutschen Hausärzt:innen kennt die Empfehlungen zur Depression in der Peripartalzeit aus der AWMF-S3-Leitlinie „Unipolare Depression“. Innerhalb der Stichprobe hat sich diese Annahme

bestätigt: nur 19,7 % der Hausärzt:innen kannten die Empfehlungen zu Depressionen in der Peripartalzeit aus der AWMF-S3-Leitlinie.

Hypothese 2a: Die Kenntnis der Leitlinien-Empfehlungen und ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl wirken sich förderlich auf das Screeningverhalten der Hausärzt:innen aus. In der vorliegenden Befragung war die Kenntnis der Leitlinien-Empfehlungen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das systematische Erfassen von Anzeichen einer PPD assoziiert (OR = 3,727; 95 % KI: 1,622–8,565). Zwischen einem stark ausgeprägten Verantwortungsgefühl und dem Screeningverhalten bestand ebenfalls ein statistisch signifikanter Zusammenhang (OR = 3,509; 95 % KI: 1,526–8,067).

Hypothese 2b: Hausärzt:innen, die systematisch Anzeichen einer PPD erfassen, unterscheiden sich in ihren soziodemografischen Merkmalen von Hausärzt:innen, die keine oder nur gelegentlich Anzeichen einer PPD erfassen. Weibliches Geschlecht und psychosomatische Zusatzqualifikationen sind Prädiktoren für eine systematische Erfassung von Anzeichen einer PPD. In dem logistischen Regressionsmodell bestand zwischen den in das Modell eingeschlossenen unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht, Einzugsgebiet und erworbenen Zusatzqualifikationen und der abhängigen Variable Screeningverhalten kein statistisch signifikanter Zusammenhang. Damit unterstützen die Ergebnisse nicht die Annahme, dass weibliches Geschlecht oder der Erwerb einer P-Qualifikation statistisch signifikante Prädiktoren einer systematischen Erfassung von Anzeichen einer PPD sind. Allerdings korrelierte der Erwerb einer P-Qualifikation mit einem stark ausgeprägten Verantwortungsgefühl und einem subjektiv ausreichenden Wissensstand. Beides sind Faktoren, die in der vorliegenden Stichprobe mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine systematische Erfassung von Anzeichen einer PPD assoziiert waren. Darüber hinaus bestand im Exakten Test nach Fisher ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Ausprägung des Verantwortungsgefühls.

6.2 Nichtteilnehmer:innenergebnisse

Von 3.083 Nichtteilnehmer:innen beantworteten 0,9 % (n = 26) die im Fragebogen enthaltene Nichtteilnehmer:innen-Frage bzw. teilten die Gründe für ihre Nichtteilnahme per E-Mail mit. Als Grund für die Nichtteilnahme gaben 42,3 % (n = 11) an, keine betroffenen Patientinnen zu behandeln oder grundsätzlich keine schwangeren Patientinnen in ihren Praxen zu sehen. Etwa 21 % (n = 5) erklärten, grundsätzlich nicht an Online-Befragungen teilzunehmen, während weitere etwa 21 % (n = 5) mangelnde Zeit als Ursache für die Nichtteilnahme anführten. Drei der Nichtteilnehmenden erachteten das Thema der postpartalen Depression für irrelevant in ihrer Tätigkeit als Hausärzt:in. Acht Prozent gaben an, als hausärztlich-tätige Internist:innen überwiegend geriatrisch tätig zu sein und aus diesem Grund keine betroffenen Patientinnen zu behandeln.

7 Diskussion und Fazit

Die Versorgungssituation postpartal depressiver Frauen wird in Deutschland weiterhin als unzureichend bewertet (Eckert et al. 2020, Kittel-Schneider und Reif 2016). Aufgrund der potenziell gravierenden Auswirkungen einer unerkannten und unbehandelten PPD ist es von gesamtgesellschaftlichem Interesse, die Versorgungssituation betroffener Familien zu verbessern. Während Hausärzt:innen in anderen Ländern bereits eine zentrale Rolle bei der Identifikation und Behandlung postpartal depressiver Frauen einnehmen (Noonan et al. 2018, Ford et al. 2017), wurden die Hausärzt:innen in deutschen Fachkreisen bislang wenig beachtet. In Deutschland lagen bisher keine Untersuchungen zu der Versorgungssituation von postpartal depressiven Frauen in der hausärztlichen Praxis vor. Um diese Forschungslücke zu schließen, wurde die Berufsgruppe der Hausärzt:innen in den Vordergrund dieser Arbeit gestellt. Anhand der Befragungsergebnisse und der zuvor dargelegten theoretischen Ausführungen soll nun abschließend diskutiert werden, wie sich die Versorgungssituation postpartal depressiver Frauen in der hausärztlichen Praxis aktuell darstellt und welche Implikationen sich aus den Ergebnissen ableiten lassen.

Die vorliegende Befragung liefert erste Erkenntnisse über das Vorgehen und die Haltung deutscher Hausärzt:innen bei der Versorgung postpartal depressiver Frauen. Unter den befragten Hausärzt:innen gaben 41 % an, innerhalb der letzten 12 Monate mindestens eine Patientin mit einer PPD behandelt zu haben. Dieses Ergebnis bestätigt die Hypothese 1a, dass postpartal depressive Frauen zum Patient:innenkollektiv der hausärztlichen Praxis gehören. Etwa 44 % der Hausärzt:innen fühlten sich ausreichend über das Krankheitsbild der PPD informiert, während 46 % gerne mehr Wissen über die PPD erwerben würden. Vor einigen Jahren hatte eine Stichprobe aus deutschen Hausärzt:innen ihren Kenntnisstand zur Behandlung von Depressionen noch etwas schwächer eingeschätzt: nur 34 % beurteilten ihren Kenntnisstand als ausreichend und 40 % als unzureichend (Dickmann et al. 2012). Allerdings sind die Angaben nur eingeschränkt vergleichbar, da in der Befragung von Dickmann et al. (2012) der allgemeine Kenntnisstand zum Krankheitsbild der Depression erfragt wurde. Während für amerikanische Hausärzt:innen die Fachärzt:inausbildung (89,5 %) und das Medizinstudium (67 %) zu den zentralen Quellen ihrer Kenntnisse über PPD zählten (Seehusen et al. 2005), verwiesen die Hausärzt:innen in der vorliegenden Befragung und in der Befragung von Dickmann et al. (2012) wesentlich seltener auf das Studium oder klinische Weiterbildungen als Wissensquellen. Nach Dickmann et al. drückt sich darin die *„Unterrepräsentierung der Psychiatrie in den Curricula der Universitäten und Weiterbildungsordnungen für Allgemeinmedizin“* aus (2012, S. 215).

Rund 80 % der Befragten zählten die Erkennung einer PPD zu ihrem originären Aufgabenbereich als Hausärzt:in (45 % Ja, auf jeden Fall, 35 % Eher ja). Damit war das Verantwortungsgefühl unter den Befragten etwas schwächer ausgeprägt als in internationalen Befragungen, in denen sich meist über 90 % der Hausärzt:innen verantwortlich fühlten (Glasser et al. 2016, Leiferman et al. 2008). Dies könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass Hausärzt:innen in anderen Ländern an der Durchführung der gynäkologischen Wochenbettnachsorge beteiligt sind und sich dadurch routinemäßig im Kontakt mit Wöchnerinnen befinden. Unter den Frauenärzt:innen, die in Deutschland für die gynäkologische Wochenbettnachsorge zuständig sind, stellte sich das Verantwortungsgefühl mit 96 % (Pawils et al. 2016) ähnlich hoch wie in den internationalen Befragungen von Hausärzt:innen

dar. Selbst wenn das Verantwortungsgefühl der norddeutschen Hausärzt:innen etwas schwächer ausgeprägt ist, weisen die Ergebnisse trotzdem darauf hin, dass die Mehrheit von ihnen die Erkennung einer PPD als ihre Aufgabe betrachtet.

Nach dem Review von Noonan et al. (2018) ist das Wissen um die Prävalenz und Morbidität der PPD mit einer höheren Screeningfrequenz assoziiert. Um zu ermitteln, ob deutschen Hausärzt:innen die Häufigkeit der PPD bekannt ist, wurden die Teilnehmenden gebeten, die Prävalenz der PPD zu schätzen. Während der Mittelwert der Schätzungen mit $M = 11,9\%$ ($SD\ 9,84$) gut mit der in der Literatur viel zitierten Prävalenzrate von 10 bis 15 % (Dennis und Hodnett 2007) übereinstimmt, verdeutlicht die Spannweite von 1 – 80 %, dass einige der Hausärzt:innen die Prävalenz erheblich unter- oder überschätzen. Bei den Schätzungsangaben zwischen 50 und 80 % erscheint es als wahrscheinlich, dass die Hausärzt:innen möglicherweise die Prävalenz der PPD mit der wesentlich höheren Prävalenz des Baby Blues verwechselten.

Aus deutschen Studien zur hausärztlichen Depressionsversorgung in anderen Lebensphasen ist bekannt, dass meist weniger als die Hälfte der Hausärzt:innen die AWMF-S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ kannte. Unter den Hausärzt:innen, die an dem Pilotprojekt des Hamburger Stepped Care Modell „Gesundheitsnetz Depression“ teilnahmen, verfügten vor Projektbeginn nur 27 % über Kenntnisse der Leitlinienempfehlungen (Heddaeus et al. 2015). In einer großen epidemiologischen Querschnittstudie unter deutschen Hausärzt:innen war die AWMF-Leitlinie 41 % der Hausärzt:innen bekannt (Trautman und Beesdo-Baum 2017). Die daraus resultierende Hypothese 1c, dass weniger als die Hälfte der Hausärzt:innen das Kapitel zu Depressionen in der Peripartalzeit kennt, wurde in der vorliegenden Befragung bestätigt. Nur etwa 20 % der Hausärzt:innen gaben an, die Empfehlungen zu kennen. Damit stehen die Ergebnisse weitgehend im Einklang mit den Beobachtungen der zuvor erfolgten Studien.

Über 90 % der Hausärzt:innen gaben an, Anzeichen einer PPD im Gespräch zu erfassen, aber nur 6 % setzten dafür Fragebogen ein. Am häufigsten gaben die Hausärzt:innen an, Anzeichen einer PPD bei Frauen zu erfassen, die ihnen depressiv erscheinen (82 %) oder die das Thema selbstständig ansprechen (62 %). Mit etwa 17 % erfasste nur eine kleine Subgruppe der Hausärzt:innen systematisch bei jeder Frau nach der Geburt Anzeichen einer PPD. Im Vergleich dazu führten die Hausärzt:innen in internationalen Befragungen wesentlich häufiger ein Routinescreening durch. In der Befragung von Seehusen et al. (2005) führten 31 % der Hausärzt:innen immer ein PPD-Screening bei der Wochenbett-nachsorge durch und weitere 40 % oft. Bei der Befragung von Leiferman et al. (2008) gaben etwa 70 % der Hausärzt:innen an, monatlich, wöchentlich oder täglich zu screenen, die anderen knapp 30 % screenen nie oder nur selten auf eine PPD. Allerdings sind diese Ergebnisse nur begrenzt vergleichbar, da deutsche Hausärzt:innen i. d. R. nicht an der Wochenbett-nachsorge beteiligt sind. Der Einsatz von Screening-Tools unterschied sich wiederum erheblich zwischen den verschiedenen Studien. Der Einsatz von Fragebogen unter den deutschen Gynäkolog:innen ist mit dem Einsatz der norddeutschen Hausärzt:innen weitgehend vergleichbar: es setzten ebenfalls 6 % routinemäßig und weitere 10 % bei Bedarf einen Fragebogen ein (Pawils et al. 2016). Währenddessen setzten die Hausärzt:innen bei Seehusen et al. (2005) mit fast 31 % wesentlich häufiger validierte Screening-Tools ein. Auffällig ist, dass der EPDS-Fragebogen in der vorliegenden Befragung nicht unter den eingesetzten Screening-Tools genannt wurde. Eine ähnliche Beobachtung wurde bereits in der Studie von Leiferman et

al. (2008) gemacht. Dort setzten die Hausärzt:innen ebenfalls häufiger allgemeine als speziell für die PPD entwickelte Tools, wie z. B. den EPDS, ein. Insgesamt deuten die Ergebnisse der vorliegenden Befragung auf eine eher unsystematische Erfassung von Anzeichen einer PPD hin, die mehr auf klinischer Intuition als auf einer systematischen Erfassung von Anzeichen mittels Screening-Tools basiert. Noonan et al. (2018) kamen in ihrem Review zur hausärztlichen PPD-Versorgung ebenfalls zu der Einschätzung, dass Hausärzt:innen sich bei der Erkennung der PPD meist eher auf ihre klinische Intuition verlassen.

Zu den zentralen Stärken der hausärztlichen Versorgung gehört die direkte Versorgungskompetenz (Weigelt 2012). In der Befragung von Trautman und Beesdo-Baum (2017) zeigte sich, dass Hausärzt:innen depressive Patient:innen, sofern sie sie als solche erkannten, in 80 % der Fälle selbst behandelten. Während eine Kinderärzt:in oder eine Hebamme bzw. ein Entbindungspfleger eine Mutter bei Verdacht auf psychosoziale Belastungen bzw. eine PPD immer an andere Behandler:innen (z. B. Hausärzt:innen) überweisen sollte (AG Familienmedizin 2015), sind Hausärzt:innen zumindest bei milden Verläufen der PPD prinzipiell dazu in der Lage, die Behandlung der Frau selbstständig durchzuführen. Bei der Versorgung der PPD kommt der familienmedizinischen Betreuungsfunktion eine zentrale Bedeutung zu, denn im Unterschied zu einigen der anderen relevanten Berufsgruppen ist es in der hausärztlichen Praxis gut vereinbar, dass Mutter und Kind langfristig gleichermaßen die Rolle der Patient:in einnehmen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung deuten darauf hin, dass norddeutsche Hausärzt:innen bei der Behandlung der PPD wesentlich seltener eine medikamentöse antidepressive Therapie einleiten als ihre internationalen Kolleg:innen. Nach einem Review (Ford et al. 2017) stellte die medikamentöse Therapie international die am häufigsten gewählte Therapieoption dar. Mit 92 % leiteten amerikanische Hausärzt:innen am häufigsten eine medikamentöse Therapie ein (Leiferman et al. 2008). Währenddessen wurde die Einleitung einer medikamentösen Therapie von nur 16 % der norddeutschen Hausärzt:innen und damit am seltensten unter allen Therapieoptionen ausgewählt. In einer australischen Studie (Charles et al. 2006) war der Anteil der Hausärzt:innen, die zu medikamentösen Therapiemaßnahmen griffen, mit 57 % zwar niedriger als in der amerikanischen Studie, aber noch immer wesentlich höher als in der vorliegenden Befragung. Während deutsche Hausärzt:innen bei der Depressionsbehandlung in anderen Lebensphasen ebenfalls häufiger medikamentöse als nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen einleiteten (Trautman und Beesdo-Baum 2017), ergriffen die Hausärzt:innen für die Behandlung der PPD wesentlich häufiger nicht-medikamentöse Maßnahmen.

Eine Vermittlung an eine Therapeut:in oder Klinik (64 %), die Beratung durch die Hausärzt:in (63 %) sowie das Einleiten von psychosozialen Unterstützungsmaßnahmen (59 %) erfolgten wesentlich häufiger als die Einleitung einer medikamentösen Therapie (16 %). Mit 46 % gaben etwas weniger als die Hälfte der Hausärzt:innen an, dass ihnen die Vermittlung an Hilfs- bzw. Beratungsangebote und Therapeut:innen bzw. Kliniken gelänge, während etwa 54 % über Schwierigkeiten bei der Vermittlung berichteten.

Die Ergebnisse der Befragung legen die Schlussfolgerung nahe, dass sich die hausärztliche Versorgung der PPD in Deutschland nicht nur von der Herangehensweise internationaler Kolleg:innen unterscheidet, sondern dass zusätzlich ein Unterschied zwischen der Behandlungsweise während der Postpartalzeit und

anderen Lebensphasen besteht. Dieser Unterschied könnte z. B. Ausdruck von möglichen Bedenken gegenüber einer medikamentösen Therapie während der Stillzeit seitens der Patient:innen oder der Behandler:innen sein. Bei der hausärztlichen PPD-Versorgung scheinen verschiedene der zuvor theoretisch erörterten hausärztlichen Stärken zum Tragen zu kommen. So zeigt sich bei der Einleitung einer medikamentösen Therapie die direkte Versorgungskompetenz der Hausärzt:innen und bei erfolgreicher Weitervermittlung an andere Behandler:innen ihre Funktion als Lots:in im deutschen Gesundheitswesen. Eine zeitnahe Therapieeinleitung ist bei der PPD von großer Bedeutung. Aufgrund der meist wesentlich kürzeren Wartezeiten im Vergleich zu anderen Fachärzt:innen (KBV 2019b) könnte in der hausärztlichen Praxis prinzipiell ein zeitnaher Behandlungsbeginn ermöglicht werden.

Allerdings stoßen die norddeutschen Hausärzt:innen dabei sowohl auf system- als auch auf patientinnenbezogene Barrieren. Wie die Befragung zeigt, besteht das zentrale Problem bei der PPD-Versorgung aus Sicht der Hausärzt:innen in den langen Wartezeiten für Psychotherapieplätze (87 %). In diesem Zusammenhang könnte sogenannten E-Health-Interventionen zukünftig eine steigende Bedeutung zukommen. In anderen Lebensphasen halten Klein und Berger (2013) die Verschreibung von internetbasierten psychologischen Interventionen nach einer diagnostischen Depressionsabklärung durch Hausärzt:innen für einen vielversprechenden Versorgungsansatz. Auch die AWMF-Leitlinie schreibt Hausärzt:innen zukünftig eine koordinierende Rolle bei der Beratung und Verschreibung solcher Interventionen zu (DGPPN et al. 2015). In den letzten Jahren wurden zunehmend Online-Interventionen für die PPD konzipiert und getestet. Postpartale E-Health-Interventionen scheinen sich einer hohen Akzeptanz unter betroffenen Frauen zu erfreuen und könnten zukünftig einen vielversprechenden Versorgungsansatz darstellen (Westerhoff et al. 2019, Lee et al. 2016). Aktuell wird eine WebApp namens „SmartMOMS“ getestet, mithilfe derer Patientinnen sich über das Krankheitsbild der PPD informieren und den EPDS-Fragebogen ausfüllen können (Pawils o. D.). Vor diesem Hintergrund ist es besonders interessant, dass fast drei Viertel der befragten Hausärzt:innen sich gut vorstellen konnten, ihren Patientinnen eine solche App zur PPD zu empfehlen.

Neben den Schwierigkeiten bei der Weitervermittlung und Therapieanbindung sahen die Hausärzt:innen weitere Probleme in der begrenzten Beratungszeit (42 %), der Angst vor Stigmatisierung (48 %) und der Nichtakzeptanz der Diagnose durch die Patientin oder die Partner:in (42 %). Zahlreiche der aus Sicht von norddeutschen Hausärzt:innen bestehenden Barrieren stimmen mit den durch internationale Hausärzt:innen oder andere deutsche Berufsgruppen häufig genannten Barrieren überein. Deutsche Gynäkolog:innen (Pawils et al. 2016) und internationale Hausärzt:innen (Ford et al. 2017, Leiferman et al. 2008) führten ebenfalls mangelnde Zeit, das Fehlen effektiver Behandlungsmöglichkeiten und die Angst vor Stigmatisierung bzw. die fehlende Akzeptanz der Diagnose als zentrale Hindernisse bei der Versorgung postpartal depressiver Frauen an.

Ein weiteres zentrales Problem sehen 42 % der Hausärzt:innen in der unzureichenden interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Im Folgenden soll auf zwei inhaltliche Aussagen eingegangen werden, die wiederholt durch die Hausärzt:innen angeführt wurden und die darauf hindeuten, dass die Zuständigkeiten und Rollenverteilungen der verschiedenen Berufsgruppen bei der Versorgung der PPD nicht abschließend geklärt sind.

„Wir sehen keine von PPD betroffenen Patientinnen“ war eine oft genannte Begründung für die Nichtteilnahme bzw. bei Teilnahme für die Einschätzung, dass umfangreiches Wissen über die PPD für den hausärztlichen Tätigkeitsbereich nicht notwendig sei bzw. die Erkennung einer PPD nicht oder eher nicht zum originären hausärztlichen Aufgabenbereich gehöre. Allerdings liefern die Versichertenbefragungen der KBV (2019a) und die Tatsache, dass Hausärzt:innen, insbesondere in ländlichen Regionen, an der Durchführung von U-Untersuchungen beteiligt sind (Seeling et al. 2018) Hinweise darauf, dass Frauen innerhalb der ersten 12 Monate nach der Geburt durchaus in der hausärztlichen Praxis vorstellig werden. In der vorliegenden Befragung hatten immerhin 41 % der Befragten angegeben, innerhalb der letzten 12 Monaten mindestens eine postpartal depressive Patientin behandelt zu haben. Folglich stellt sich die Frage, ob die anderen Hausärzt:innen tatsächlich keine (postpartal depressiven) Frauen in der Postpartalzeit sehen, oder ob sie postpartal depressive Frauen lediglich nicht als solche identifizieren. Fühlen einige der Hausärzt:innen sich nicht für die Erkennung verantwortlich, weil sie tatsächlich keine betroffenen Frauen in ihrer Praxis betreuen? Oder erkennen sie postpartal depressive Frauen nicht als solche, weil sie sich nicht dafür verantwortlich fühlen? Für die Beantwortung dieser Fragen bedarf es weiterer Untersuchungen.

Die zweite, ebenfalls wiederholt durch die Hausärzt:innen getroffene Aussage war, dass andere Berufsgruppen, darunter die Gynäkolog:innen, Hebammen und Kinderärzt:innen, eher in der Pflicht stünden, postpartal depressive Frauen zu erkennen. In einer kürzlich durchgeführten qualitativen Befragung sahen einige der deutschen Kinderärzt:innen die Pflicht wiederum bei den Hausärzt:innen und Gynäkolog:innen (Loew 2021). Diese Aussagen können als Ausdruck einer Zuständigkeits- und Verantwortungsdiffusion zwischen den an der Versorgung von Mutter und Kind beteiligten Berufsgruppen in Deutschland interpretiert werden. Wie O'Hara und McCabe (2013) in ihrem Review postulierten, besteht eine Herausforderung in der Etablierung einer Routineversorgung der PPD in der Vielfalt der beteiligten Versorger:innen.

Aus vorherigen Untersuchungen zur PPD-Versorgung bzw. der Depressionsversorgung in anderen Lebensphasen ist bekannt, dass soziodemografische Merkmale, Zusatzqualifikationen und weitere Faktoren die (haus-)ärztliche Herangehensweise beeinflussen können. In der vorliegenden Arbeit sollten deshalb mögliche Einflussfaktoren auf das hausärztliche Screeningverhalten untersucht werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die Kenntnis der AWMF-Leitlinien, ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl für die Erkennung der PPD und ein ausreichender Wissensstand über die PPD mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für das systematische Erfassen von Anzeichen einer PPD durch die Hausärzt:in assoziiert sind. Während die Kenntnis der S3-Leitlinie in der Querschnittstudie von Trautman und Beesdo-Baum (2017) knapp das Signifikanzniveau von $p = 0,05$ verfehlte und damit nur tendenziell mit einer leitlinienorientierten Behandlung depressiver Patient:innen assoziiert war, zeigte sich in der vorliegenden Befragung ein statistisch signifikanter Einfluss der Leitlinienkenntnis auf das Screeningverhalten. Die ermittelten positiven Einflussfaktoren stehen im Einklang mit den Ergebnissen einer multidisziplinären Befragung von Gynäkolog:innen, Haus- und Kinderärzt:innen. Dort hatte sich ebenfalls ein positiver Einfluss des Verantwortungsgefühls auf die Versorgung der PPD gezeigt (Leiferman et al. 2010).

Im Folgenden soll kurz auf einige der Forschungsergebnisse eingegangen werden, die bei der Auswahl der in das logistische Regressionsmodell eingeschlossenen, unabhängigen Variablen berücksichtigt wurden. In der Untersuchung von Seehusen et al. (2005) zeigte sich in der multivariaten Analyse, dass unter amerikanischen Hausärzt:innen weibliches Geschlecht und jüngeres Alter der Befragten mit einem häufigeren PPD-Screening assoziiert waren. Weibliches Geschlecht zählte auch in der Befragung der deutschen Gynäkolog:innen zu den positiven Prädiktoren einer aktiven PPD-Anamnese. Zusätzlich wirkte sich das Vorliegen einer psychosomatischen Zusatzqualifikation positiv auf die aktive Anamnese aus, während ein ländliches Einzugsgebiet die Wahrscheinlichkeit für die aktive Anamnese minderte (Pawils et al. 2016). Bei der Depressionsversorgung durch deutsche Hausärzt:innen fiel ebenfalls auf, dass Hausärztinnen im Vergleich zu den Hausärzten mit höherer Wahrscheinlichkeit leitlinienorientiert behandelten. Hausärzt:innen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie behandelten ebenfalls häufiger leitlinienorientiert (Trautman und Beesdo-Baum 2017). Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse wurden das Geschlecht, das Alter, das Einzugsgebiet und die Zusatzqualifikation der Hausärzt:innen als unabhängige Variablen in die binäre logistische Regressionsanalyse eingeschlossen. Dabei zeigte sich kein statistisch signifikanter Einfluss der eingeschlossenen Variablen auf das Screeningverhalten, sodass die Hypothese 2b mit der logistischen Regression nicht statistisch abgesichert werden konnte. Die Odds-Ratio von 1,52 für weibliches Geschlecht unterstützt jedoch tendenziell die Hypothese, dass weibliches Geschlecht mit einem systematischen Screening assoziiert ist. Währenddessen wirkte sich eine P-Zusatzqualifikation entgegen der Annahme eher negativ auf das Screeningverhalten aus (OR = 0,491).

Obgleich sich im logistischen Regressionsmodell keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zeigten, bestanden in den vorliegenden Daten durchaus einige erwähnenswerte Zusammenhänge zwischen den Angaben der Hausärzt:innen und ihrer Soziodemografie. So zeigte sich zum Beispiel, dass ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Verantwortungsgefühl der Hausärzt:innen bestand. Auffällig war dabei, dass alle Befragten, die angaben sich überhaupt nicht für die Erkennung der PPD verantwortlich zu fühlen, männlichen Geschlechtes waren. Auch die Leitlinienkenntnis war unter den Hausärztinnen (25 %) ausgeprägter als unter den Hausärzten (14 %), allerdings verfehlte dieser Zusammenhang knapp das Signifikanzniveau mit $p = 0,058$. Bei dem Interesse an Wissen über die PPD wurden ebenfalls Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich. Unter den Hausärzt:innen, die angaben, dass sie umfangreiches Wissen über die PPD für nicht notwendig erachteten, befanden sich doppelt so viele männliche ($n = 12$) wie weibliche Befragte ($n = 6$).

Bei der Stichprobenszusammensetzung zeigte sich eine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem Geschlecht und dem Alter bzw. dem Einzugsgebiet. In der vorliegenden Stichprobe bestand die Altersgruppe der 30–50-Jährigen vorwiegend aus Frauen (72 %), die mehrheitlich in einem städtischen Einzugsgebiet praktizierten. Währenddessen befanden sich unter den älteren Befragten mehr Männer, die vermehrt in einem ländlichen Einzugsgebiet tätig waren. Insgesamt waren die Hausärztinnen in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zur nationalen Geschlechterzusammensetzung überrepräsentiert, während die Altersgruppe der über 60-Jährigen unterrepräsentiert war. Ähnliche Stichprobenszusammensetzungen sind aus der Befragung amerikanischer Hausärzt:innen zur PPD von Seehusen et al. (2005) und aus der Befragung deutscher Hausärzt:innen

zur Depressionsversorgung von Trautman und Beesdo-Baum (2017) bekannt. Dort nahmen ebenfalls überproportional viele Hausärztinnen und tendenziell mehr jüngere Hausärzt:innen teil.

Hinsichtlich des Einzugsgebiets war besonders interessant, dass in der Subgruppe der Hausärzt:innen, die angaben, mehr als 1–2 PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate behandelt zu haben, 48 % in einem ländlichen Einzugsgebiet praktizierten. Zudem war unter ländlich praktizierenden Hausärzt:innen das Interesse daran, mehr über das Krankheitsbild der PPD zu erfahren, mit 57 % besonders hoch. Da ländlich praktizierende Hausärzt:innen durch die Durchführung von U-Untersuchungen häufiger in Kontakt mit postpartalen Frauen kommen, könnte ihnen zukünftig eine besondere Rolle bei der PPD-Versorgung zukommen. Eine P-Zusatzqualifikation kann zu einer verstärkten Sensibilisierung für psychische Krankheiten und zu einer Stärkung der Kompetenzen in der Gesprächsführung beitragen (Pawils et al. 2016). Unter den norddeutschen Hausärzt:innen war der Erwerb einer P-Zusatzqualifikation mit einem stark ausgeprägten Verantwortungsgefühl und einem subjektiv ausreichenden Wissensstand zur PPD assoziiert.

Die weiteren Ergebnisse deuten somit durchaus darauf hin, dass Zusatzqualifikationen und soziodemografische Merkmale die hausärztliche Herangehensweise bei der PPD-Versorgung beeinflussen. Geschlecht und P-Zusatzqualifikationen zeigten zwar keinen direkten statistisch signifikanten Einfluss auf das Screeningverhalten, aber es bestand ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit zwei der drei in dieser Studie ermittelten Förderfaktoren des hausärztlichen Screeningverhaltens: dem Verantwortungsgefühl und dem Wissensstand.

7.1 Limitationen

Die vorliegende Studie weist einige Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden sollten. Ein Teil dieser Limitationen ist unmittelbar durch das Studiendesign und die Verwendung eines Online-Fragebogens als Erhebungsinstrument bedingt. Denn neben zahlreichen Vorteilen gehen mit der Durchführung einer Online-Befragung auch einige Nachteile einher. Einer der offensichtlichen Nachteile von Online-Befragungen ist, dass die Zielpopulation über einen Computer und Internetzugang verfügen muss (Wagner-Schelewsky und Hering 2019). Es stellt sich also die Frage, ob die Zielgruppe der deutschen Hausärzt:innen online erreichbar ist und ob sie per E-Mail erhaltenen Studieneinladungen folgt. Zielgruppe der vorliegenden Befragung waren die niedergelassenen Hausärzt:innen in Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen. Für die im Studiendesign vorgesehene Kontaktaufnahme per E-Mail wurde ein Adressdatensatz des Dienstleisters „SciTrace“ erworben. Dieser wurde durch die Ergebnisse einer zuvor erfolgten manuellen Recherche der Kontaktdaten der Hamburger Hausärzt:innen ergänzt. Die Schwierigkeiten bei der manuellen Recherche der Adressdaten deuten darauf hin, dass ein erheblicher Anteil der hausärztlichen Praxen entweder über keinen Internetauftritt verfügt oder zumindest keine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme auf ihren Webseiten angibt. Nach Erwerb des Datensatzes lag nur für etwa ein Drittel der in den ausgewählten, norddeutschen Bundesländern praktizierenden Hausärzt:innen eine E-Mail-Adresse vor. Damit war die Repräsentativität der Stichprobe, wie für Online-Befragungen üblich (Pokorny und Roose 2020, Wagner-Schelewsky und Hering 2019), bereits im Vorfeld eingeschränkt. Folglich ist eine der Limitationen der

vorliegenden Arbeit in der Art der Teilnehmer:innenrekrutierung und der digitalen Kontaktaufnahme begründet.

Eine weitere Limitation der vorliegenden Arbeit liegt in der niedrigen Rücklaufquote. Trotz wiederholter Erinnerungsmails konnte die Rücklaufquote nicht über 6,6 % gesteigert werden und war damit wesentlich niedriger als die Rücklaufquote von 61 % (Seehusen et al. 2005) bzw. 40 % (Leiferman et al. 2008) in vergleichbaren Befragungen von Hausärzt:innen zur PPD. Die stark ausgeprägte Non-Response kann verschiedene Ursachen haben. Eine mögliche Ursache für eine Teilnahmeverweigerung kann in der Haltung gegenüber dem Befragungsgegenstand begründet sein (Wagner-Schelewsky und Hering 2019). Somit könnte die niedrige Rücklaufquote auch als Ausdruck eines eher gering ausgeprägten Interesses der Hausärzt:innen an dem Thema PPD interpretiert werden. Bei der Gynäkolog:innenbefragung konnte eine höhere Rücklaufquote von 35 % erzielt werden (Pawils et al. 2016), allerdings erfolgte diese im Unterschied zur vorliegenden Befragung postalisch. Aus organisatorischen und ökonomischen Gründen war eine postalische Befragung der Hausärzt:innen im Rahmen der vorliegenden Dissertation jedoch nicht möglich. Bei zukünftigen Befragungen sollten die Schwierigkeiten bei der digitalen Kontaktaufnahme mit den Hausärzt:innen im Studiendesign berücksichtigt und eine postalische Kontaktaufnahme in Betracht gezogen werden.

Neben der Non-Response stellen Befragungsabbrüche eine weitere Schwierigkeit bei Online-Befragungen dar (Wagner-Schelewsky und Hering 2019). Die Mehrheit der Befragungsabbrüche erfolgte nach der Beantwortung der ersten Fragen. Diese sogenannten „Drop-Outs“ traten häufiger unter Hausärzt:innen auf, die innerhalb der letzten 12 Monate keine betroffenen Patientinnen behandelt hatten. Bereits im Vorfeld der Befragung bestanden Bedenken, dass Hausärzt:innen, die die erste Frage zum Vorkommen von betroffenen Patientinnen verneinen, die Beantwortung des Fragebogens abbrechen könnten. Deshalb wurde ein nutzerfreundlicher Fragebogen konzipiert, dessen Länge sich mithilfe einer effizienten automatischen Filterführung an die Angaben der Hausärzt:innen anpasste. Zudem enthielt der Fragebogen einen Hinweis mit der expliziten Bitte, den Fragebogen unabhängig von dem Patientinnenvorkommen weiter auszufüllen. Trotz dieser Maßnahmen und wiederholter Reminder fiel die Rücklaufquote niedriger als erwartet aus. Deshalb wurden die unvollständig ausgefüllten Fragebogen, sofern möglich, in die Auswertung miteinbezogen. Dies bedingt u. a. die variierenden Stichprobengrößen bei den verschiedenen Fragestellungen.

Eine weitere Einschränkung der Repräsentativität der vorliegenden Ergebnisse ergibt sich durch die Stichprobenszusammensetzung. An der vorliegenden Befragung nahmen mehr Hausärztinnen (54,9 %) als Hausärzte (45,1 %) teil. Damit weicht die Geschlechterverteilung in der vorliegenden Stichprobe von der Geschlechterzusammensetzung der Grundgesamtheit der deutschen Hausärzt:innen ab (47,9 % weiblich, 52,1 % männlich; KBV 2020b, eigene Berechnung). Dies kann, da die Studienteilnahme auf freiwilliger Basis erfolgte, u. a. auf den Freiwilligen-Bias zurückgeführt werden. Der Freiwilligen-Bias ist eine Form des Selektions-Bias und beschreibt, dass Personen mit einer bestimmten Eigenschaft eher an einer Studie teilnehmen (Dreier et al. 2012). Der hohe Frauenanteil könnte als Hinweis auf ein verstärktes thematisches Interesse unter Hausärztinnen interpretiert werden. Schließlich zählt das Interesse am Befragungsgegenstand zu den zentralen Determinanten der Teilnahmebereitschaft (Wagner-Schelewsky und Hering 2019).

Trotz der Durchführung eines sorgfältigen Pretests auf die Plausibilität und Verständlichkeit der Fragen kann nicht ausgeschlossen werden, dass Fragen durch Teilnehmende missverstanden werden. Bei der Datenaufbereitung fiel auf, dass die Angaben zum Alter und zur Dauer der Berufstätigkeit bei einigen Hausärzt:innen inkonsistent erschienen. Rückblickend hätte möglicherweise spezifischer nach der Dauer der Berufstätigkeit seit der Approbation gefragt werden sollen.

Eine kritische Einordnung der vorliegenden Ergebnisse wurde durch den Mangel an vergleichbaren Untersuchungen unter deutschen Hausärzt:innen erschwert. Für die Diskussion der Ergebnisse konnten somit nur internationale Studien und die Erkenntnisse aus den Befragungen anderer Berufsgruppen in Deutschland herangezogen werden.

Eine der Zielsetzungen der vorliegenden Arbeit war es zu untersuchen, welchen Einfluss soziodemografische Merkmale und Zusatzqualifikationen auf das Screeningverhalten aufweisen. Die abhängige Zielvariable „Screeningverhalten“ wurde hier als systematische Erfassung von Anzeichen einer PPD bei jeder Frau nach der Geburt definiert. Nach dieser Definition zählten nur $n = 33$ Hausärzt:innen aus der Stichprobe zu den systematischen Screener:innen. Aufgrund von Item-Nonresponses bei einzelnen Fragen zur Soziodemografie konnten nur 30 von ihnen in das logistische Regressionsmodell einbezogen werden. Damit bestand für die Zielvariable Screeningverhalten eine sehr ungleiche Merkmalsausprägung mit 148 Nicht- bzw. nicht systematischen Screener:innen zu nur 30 systematischen Screener:innen. In die binäre logistische Regressionsanalyse sollten insgesamt 4 im Vorfeld definierte unabhängige Variablen eingehen. Da drei der vier unabhängigen kategorialen Variablen über je 3 (Einzugsgebiet und Zusatzqualifikation) bzw. 4 (Alter) Merkmalsausprägungen verfügen (s. Tabelle 23 im Anhang), fließen die vier Variablen als insgesamt acht Prädiktoren in die Analyse ein. Bei 8 Prädiktoren sollte die schwächer besetzte Kriteriumskategorie der dichotomen Zielvariable mindestens 80 Fälle enthalten (Stoltzfus 2011). Diese Empfehlung wurde mit nur 30 systematischen Screener:innen nicht erfüllt. Der Stichprobenumfang stellt somit für die statistische Analyse eine wesentliche Limitation der Studie dar und erschwerte die Analyse von Subgruppen sowie die Modellierung des Screeningverhaltens mithilfe eines logistischen Regressionsmodells. Ähnlich wie bei der Hebammen- und Gynäkolog:innen-Studie lag der Fokus bei der ersten Befragung der Hausärzt:innen im Wesentlichen auf der Identifikation der PPD, weshalb das Screeningverhalten im Vorfeld als Zielvariable ausgewählt wurde. In Anbetracht der im Vergleich zu anderen Berufsgruppen ohnehin eher niedrigen Kontaktintensität sollte in zukünftigen Befragungen der Fokus unter Umständen auf eine andere Zielvariable, wie z. B. die Behandlung und Vermittlung durch Hausärzt:innen, gelegt werden.

Aufgrund der beschriebenen Limitationen ist die Repräsentativität der Stichprobe und damit die Übertragbarkeit der vorliegenden Ergebnisse auf die Grundgesamtheit deutscher Hausärzt:innen eingeschränkt. Dennoch liefert die vorliegende Befragung erste aufschlussreiche Erkenntnisse über die Herangehensweise einer bisher zu diesem Thema noch nicht befragten Berufsgruppe.

7.2 Ausblick: Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass die hausärztliche Versorgung eine geeignete Zugangs- und Behandlungsmöglichkeit für postpartal depressive Frauen in Deutschland darstellt. Anhand der Erkenntnisse aus der ersten Befragung von deutschen Hausärzt:innen zum Thema PPD lassen sich in Zusammenschau mit den zuvor erfolgten theoretischen Ausführungen einige Implikationen für die Praxis ableiten.

Vor dem Hintergrund der im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eher niedrigen Kontaktintensität erscheint es eher fraglich, ob Hausärzt:innen im deutschen Gesundheitssystem eine Schlüsselrolle bei der Erkennung der Mehrheit der postpartal depressiven Frauen einnehmen können. Allerdings könnten Hausärzt:innen bei bestimmten Subgruppen postpartal depressiver Frauen einen entscheidenden Beitrag zu einer verbesserten Erkennung leisten. Zu diesen Subgruppen gehören postpartal depressive Frauen, die die U-Untersuchungen in der hausärztlichen Praxis wahrnehmen, sowie Frauen mit einer chronifizierten PPD. Eine Studie zeigte erst kürzlich, dass die Symptome bei einem erheblichen Anteil postpartal depressiver Frauen weit über das erste Jahr nach der Geburt persistieren (Putnick et al. 2020). Aufgrund des meist kontinuierlichen Betreuungsverhältnisses befinden sich Hausärzt:innen in einer geeigneten Position, um Frauen mit einer zunächst unentdeckten PPD auch einige Zeit nach dem Wochenbett zu identifizieren. Hausärzt:innen sollten deshalb für die Bedeutung einer möglichst frühen Erkennung der PPD unter ihren Patientinnen sensibilisiert werden. Aufgrund ihrer Erfahrungen aus der Depressionsbehandlung in anderen Lebensphasen erscheint zudem eine stärkere Einbeziehung von Hausärzt:innen bei der Behandlung der PPD sinnvoll. In Gegenden mit einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Unterversorgung und/oder langen Anfahrtswegen (Gumz et al. 2021, Walendzik et al. 2014, Melchinger 2009) könnte der familienmedizinischen Betreuungsfunktion und der direkten Versorgungskompetenz der Hausärzt:innen eine umso größere Bedeutung zukommen.

Aus den vorliegenden Ergebnissen lässt sich ableiten, dass unter den Hausärzt:innen Interesse an Fortbildungen und digitalen Informationsangeboten zur PPD besteht und dass es sinnvoll wäre, entsprechende Weiterbildungsangebote zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus bestanden in der vorliegenden Befragung Hinweise darauf, dass einigen Hausärzt:innen keine regionalen Hilfsangebote bekannt sind. Folglich sollten Hausärzt:innen zukünftig vermehrt über regionale Hilfs- und Versorgungsangebote informiert werden, damit sie betroffene Frauen an geeignete Behandlungsangebote vermitteln können. Die Hausärzt:innen zählten die Nichtakzeptanz der Diagnose und die Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung zu den zentralen patientinnenbezogenen Barrieren. Dies weist darauf hin, dass es weiterhin vermehrter Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung innerhalb der Gesellschaft bedarf.

Die Kenntnis der Leitlinienempfehlungen erhöhte die Wahrscheinlichkeit für eine systematische Erfassung von Anzeichen einer PPD durch die Hausärzt:in. Damit könnte die Förderung der Leitlinienkenntnis unter Hausärzt:innen ebenfalls dazu beitragen, die Identifikation postpartal depressiver Frauen in der hausärztlichen Praxis zu verbessern. Bei dem Vergleich der Leitlinien wurde deutlich, dass die Empfehlungen zur Erkennung und Behandlung der PPD in den Leitlinien anderer Länder wesentlich umfangreicher ausfallen als der Abschnitt zu Depressionen in der Peripartalzeit in der AWMF-Leitlinie. In Anbetracht der durch die Haus-

ärzt:innen und zuvor bereits durch andere Versorger:innen genannten Barrieren könnten konkretere Empfehlungen und die Entwicklung von Behandlungspfaden zu einer verbesserten Versorgung beitragen. Das Ergebnis der aktuell ausstehenden Revision der AWMF-Leitlinie bleibt abzuwarten.

Der Anteil der Hausärzt:innen, die ihr Wissen über die PPD für ausreichend hielten, war mit 63 % innerhalb der Altersgruppe der 30–40-Jährigen am höchsten. Die Hälfte von ihnen gab an, ihr Wissen u. a. bereits während des Studiums, des Praktischen Jahres oder der Promotion erworben zu haben. Bei den Älteren war der Anteil derjenigen, die ihr Wissen auf diese Weise erworben hatten, wesentlich geringer. Das deutet darauf hin, dass die breitere Integration des Krankheitsbildes der PPD in die universitäre Lehre erfolgreich zu einer Sensibilisierung zukünftiger (Haus-)ärzt:innen beitragen könnte. Weiterhin wiesen einige der Hausärzt:innen darauf hin, ihr Wissen im Rahmen der PGV erworben zu haben. Das Curriculum PGV, ein verpflichtender Bestandteil der Fachärzt:in-Ausbildung für Gynäkolog:innen und Allgemeinmediziner:innen, könnte einen geeigneten Rahmen darstellen, um Hausärzt:innen stärker für die Bedeutung der PPD zu sensibilisieren und die Kenntnis der AWMF-Leitlinie zu fördern. Sollte die PGV tatsächlich zu einem verpflichtenden Teil der Fachärzt:inausbildung für Kinder- und Jugendmedizin werden (Lienert et al. 2019), könnte das Curriculum der PGV einen äußerst geeigneten Rahmen darstellen, um Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen und Kinderärzt:innen zukünftig frühzeitig für die PPD zu sensibilisieren und damit drei der vier zentralen Primärversorger:innen zu erreichen.

7.3 Empfehlungen für weiterführende Forschung

Die vorliegende Studie liefert zwar erste Erkenntnisse zum Vorgehen und der Haltung von deutschen Hausärzt:innen im Umgang mit postpartal depressiven Frauen, es besteht jedoch weiterhin Forschungsbedarf, um die Forschungslücke zur hausärztlichen PPD-Versorgung in Deutschland zu schließen. Aus den Ergebnissen und den Limitationen der vorliegenden Befragung lassen sich einige Empfehlungen für weitere Forschungsvorhaben ableiten.

Eine der Limitationen der vorliegenden Befragung bestand in der subjektiven Einschätzung des Vorkommens von postpartal depressiven Frauen in der hausärztlichen Praxis. Um besser beurteilen zu können, welche Rolle Hausärzt:innen bei der Erkennung von postpartal depressiven Frauen spielen könnten, wäre es wichtig zu wissen, wie oft Frauen innerhalb des ersten Jahres nach der Geburt ihre Hausärzt:in aufsuchen. Nach dem Wissen der Autorin liegen derzeit keine belastbaren Literaturergebnisse über das hausärztliche Inanspruchnahmeverhalten von Frauen innerhalb der ersten 12 Monate nach der Geburt vor. Eine Sekundärdatenanalyse von Daten des Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung könnte dazu beitragen zu ermitteln, wie häufig Frauen während der ersten 12 Monate nach der Geburt die hausärztliche Versorgung in Anspruch nehmen und wie häufig Hausärzt:innen die Diagnose einer depressiven Episode in der Postpartalzeit vergeben.

Bei einer erneuten Befragung wäre es zusätzlich interessant zu erheben, ob die Hausärzt:innen regelmäßig U-Untersuchungen durchführen, oder gezielt eine Stichprobe aus Hausärzt:innen, die regelmäßig U-Untersuchungen durchführen, zum Thema PPD zu befragen. Angesichts der aktuellen Überlegungen, ein Screening auf psychosoziale Belastungen bzw. Anzeichen einer PPD in die U-Untersuchungen zu integrieren (Mall und Friedmann 2016), soll an dieser Stelle

betont werden, dass nicht nur Kinderärzt:innen sondern auch Hausärzt:innen in etwaige Machbarkeitsstudien zur Implementierung eines solchen Screenings einbezogen werden sollten. Unter den ländlich praktizierenden Hausärzt:innen bekundete die Mehrheit Interesse daran, mehr Wissen über das Krankheitsbild der PPD zu erwerben. Im Rahmen einer Interventionsstudie könnte untersucht werden, ob die Identifikations- und Weitervermittlungsraten in ländlichen Hausärzt:innenpraxen durch eine Fortbildung über das Krankheitsbild der PPD und die Vermittlung von Informationen zu regionalen Hilfsangeboten gesteigert werden können.

Zahlreiche der in dieser Studie von Hausärzt:innen und zuvor bereits von anderen Versorger:innen genannten Barrieren könnten mithilfe eines Stepped Care Modells für die Versorgung der PPD adressiert werden. Hausärzt:innen, die an einer Studie zur Implementierung eines Stepped Care Modells zur Behandlung von Depressionen in anderen Lebensphasen teilgenommen hatten, äußerten sich positiv über das Behandlungsprojekt (Heddaeus et al. 2015). Die Erprobung eines Stepped Care Modells für die Versorgung der PPD könnte aufschlussreiche Erkenntnisse liefern und stünde im Einklang mit der AWMF-Leitlinie, die empfiehlt, depressive Erkrankungen zukünftig vermehrt im Rahmen von Stepped Care Modellen zu behandeln (DGPPN et al. 2015). Alternativ wäre es denkbar, zunächst den Erfolg von bereits bestehenden Versorgungsnetzwerken wie z. B. dem Dresdner „Netzwerk zur Behandlung und Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen mit seelischen Problemen und psychosomatischen Beschwerden“ (Skorupa o. D.) im Rahmen einer Studie zu untersuchen.

Nachdem die vorliegende Arbeit sich ausschließlich quantitativer Forschungsmethoden bediente, könnte eine qualitative Befragung von Hausärzt:innen, z. B. in Form von Interviews, weiterführende Erkenntnisse über die Herangehensweise und Haltung der deutschen Hausärzt:innen liefern. Die Ergebnisse der bisher vorliegenden nationalen Befragungen deuteten darauf hin, dass zwar alle beteiligten Versorger:innen Verbesserungsbedarf in der interdisziplinären Zusammenarbeit sehen, bisher aber kein Konsens über die Zuständigkeiten der verschiedenen Berufsgruppen bei der Erkennung und Behandlung postpartal depressiver Frauen zu bestehen scheint. Um den Dialog zwischen den an der Versorgung von Mutter und Kind beteiligten Berufsgruppen zu fördern und eine Bedarfsanalyse zu ermöglichen, erscheint eine Fokusgruppe mit Vertreter:innen der verschiedenen Berufsgruppen äußerst sinnvoll. Die Durchführung einer Fokusgruppe im Rahmen einer qualitativen Untersuchung könnte einen wichtigen Beitrag zur Rollenklärung leisten und den Handlungsbedarf aus Sicht der verschiedenen Versorger:innen analysieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Deutschland weiterhin Handlungsbedarf besteht, um die frühzeitige Identifikation und Behandlung von Frauen mit PPD sicherzustellen. Weitere Studien zur hausärztlichen Versorgung von postpartal depressiven Frauen in Deutschland könnten dazu beitragen, die Versorgungssituation betroffener Familien zukünftig zu verbessern.

Fazit

Frauen stehen während der Postpartalzeit in regelmäßigem Kontakt mit verschiedenen Versorger:innen. Für eine postpartal depressive Frau bestehen somit diverse Zugangswege zum deutschen Versorgungssystem. Diese Tatsache birgt sowohl Potenzial als auch Schwierigkeiten bei der Erkennung und Versorgung postpartal depressiver Mütter. Einerseits gibt es eine Vielzahl an Versorger:innen, die depressive Symptome frühzeitig z. B. im Rahmen der Wochenbettnachsorge oder der U-Untersuchungen erkennen können. Andererseits besteht das Risiko einer Verantwortungsdiffusion. Zu den vier zentralen Berufsgruppen, die an der Versorgung von Mutter und Kind während der Postpartalzeit beteiligt sind, gehören in Deutschland Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen, Hebammen und Entbindungspfleger sowie Hausärzt:innen. Während die anderen Berufsgruppen zuvor bereits zur PPD befragt wurden, stellt die vorliegende Arbeit die erste Befragung von Hausärzt:innen zur PPD dar und vervollständigt damit das Bild der Versorgungssituation postpartal depressiver Frauen in Deutschland.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die hausärztliche Praxis eine geeignete Zugangsmöglichkeit für postpartal depressive Frauen darstellt. Im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen besteht ein Alleinstellungsmerkmal der Hausärzt:innen in ihrer familienmedizinischen Betreuungsfunktion, die es ermöglicht, den Fokus gleichermaßen auf Mutter und Kind als Patient:innen zu legen. Den Hausärzt:innen kommt in ihrer Funktion als Familienmediziner:innen bei der Versorgung der PPD eine wichtige Rolle zu, denn eine PPD betrifft immer die ganze Familie. Unentdeckt und unbehandelt kann die PPD mit gravierenden Folgen für Mutter und Kind einhergehen.

In der klinischen Praxis wird davon ausgegangen, dass eine PPD innerhalb der ersten 12 Monate nach der Geburt entstehen kann. Im Verlauf des ersten Jahres nach der Entbindung kommen Frauen mit unterschiedlichen Versorger:innen in Kontakt. Deshalb kann aktuell keine der betreuenden Berufsgruppen allein die Erkennung von postpartal depressiven Frauen im ausreichenden Umfang gewährleisten. Um die Versorgungssituation in Deutschland zu verbessern, bedarf es zukünftig einer intensiven interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen allen in der Postpartalzeit an der Versorgung von Mutter und Kind beteiligten Berufsgruppen. Neben der verbesserten Erkennung postpartal depressiver Frauen muss die Anschlussversorgung einer betroffenen Frau gewährleistet werden. Dabei könnten Hausärzt:innen – analog zu der Depressionsversorgung in anderen Lebensphasen – eine entscheidende Rolle als Weichensteller:innen der Therapie einnehmen. Insbesondere in ländlichen Regionen könnte der direkten Versorgungskompetenz der Hausärzt:innen eine wichtige Bedeutung zu kommen.

In der Vielfalt der beteiligten Versorger:innen besteht nicht nur eine Herausforderung, sondern auch Potenzial. Um dieses Potenzial zu nutzen, sollten Hausärzt:innen durch Weiterbildungsangebote für das Thema PPD sensibilisiert und verstärkt in interdisziplinäre regionale Behandlungsnetzwerke integriert werden.

8 Zusammenfassung

Das Krankheitsbild der postpartalen Depression (PPD) gehört mit einer Prävalenz von 10 bis 15 % zu den häufigsten Komplikationen nach einer Geburt. Eine PPD bleibt noch immer häufig unentdeckt und unbehandelt. Während Hausärzt:innen in anderen Ländern bereits eine wichtige Rolle bei der Erkennung und Behandlung postpartal depressiver Frauen spielen, wurden deutsche Hausärzt:innen bisher noch nicht zu diesem Thema befragt. Dabei kommt den Hausärzt:innen in anderen Lebensphasen bereits eine Schlüsselrolle bei der Depressionsversorgung zu. Ziel dieser Arbeit war es, am Beispiel von Norddeutschland zu untersuchen, welche Versorgung postpartal depressive Frauen in Deutschland in der hausärztlichen Praxis erhalten.

Von 3.300 eingeladenen Hausärzt:innen nahmen insgesamt $n = 217$ Hausärzt:innen aus Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen an der Online-Befragung zur hausärztlichen Herangehensweise bei der Erkennung und Behandlung der PPD teil. Die Studie zeigt, dass die Erkennung einer PPD für die Mehrheit der befragten Hausärzt:innen (80 %) zu ihrem Aufgabenbereich zählte. Fast die Hälfte der Teilnehmenden äußerte Interesse daran, mehr Wissen über das Krankheitsbild der PPD zu erwerben und nur etwa 20 % der Hausärzt:innen waren über die Empfehlungen aus der AWMF-S3-Leitlinie zu Depressionen in der Peripartalzeit informiert. Am häufigsten erfassten die Hausärzt:innen Anzeichen einer PPD bei Frauen, die ihnen depressiv erschienen oder die das Thema selbstständig ansprachen. Nur eine kleine Subgruppe von Hausärzt:innen (17 %) erfasste bei jeder Frau nach der Geburt systematisch Anzeichen einer PPD. Die Kenntnis der AWMF-Leitlinienempfehlungen ($OR = 3,73$), ein stark ausgeprägtes Verantwortungsgefühl ($OR = 3,51$) und ein ausreichender Wissensstand zur PPD ($OR = 2,34$) erwiesen sich als statistisch signifikante Prädiktoren einer systematischen Erfassung von Anzeichen einer PPD in der Postpartalperiode. In der logistischen Regression bestand kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den unabhängigen Variablen Zusatzqualifikation, Geschlecht, Alter und Einzugsgebiet und dem Screeningverhalten der Hausärzt:innen. Allerdings weisen die weiteren Befragungsergebnisse darauf hin, dass durchaus Zusammenhänge zwischen der Soziodemografie und der Haltung der Hausärzt:innen bestehen. Zu den Limitationen der vorliegenden Befragung zählt der niedrige Stichprobenumfang, der durch die niedrige Rücklaufquote von nur 6,6 % bedingt war. Darüber hinaus ist der Frauenanteil in der vorliegenden Stichprobe im Vergleich zur nationalen Geschlechtszusammensetzung der Hausärzt:innen etwas höher.

Die vorliegende Studie liefert erste Erkenntnisse über die hausärztliche Versorgung von postpartal depressiven Frauen und zeigt, dass die hausärztliche Praxis grundsätzlich eine geeignete Zugangsmöglichkeit für postpartal depressive Frauen darstellt. In Anbetracht der Befragungsergebnisse erscheint die stärkere Sensibilisierung und Einbeziehung der Hausärzt:innen in ihrer Funktion als Familienmediziner:innen bei der Behandlung der PPD äußerst sinnvoll.

Summary

With a prevalence of 10 to 15 % postpartum depression (PPD) represents one of the most common complications after childbirth. Postpartum depression often remains undiagnosed and untreated. Whereas general practitioners (GP) in other countries already play an important role in the identification and treatment of women with postpartum depression, German GP haven't been surveyed regarding PPD. Outside the postpartum period, German GP already play a key role in the management of depression. Using Northern Germany as an example this work aims at analyzing what kind of care women with postpartum depression receive in general practitioners' practices in Germany.

Of 3.300 GP invited, 217 GP from Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Western Pomerania and Lower Saxony participated in the online survey about the GP's approach in the identification and treatment of PPD. The survey shows that the majority of the respondents (80 %) felt that the identification of women with PPD was within their professional purview. Almost half of the GP expressed their interest in receiving more information about PPD and only about 20 % of the GP were aware of the recommendations from the AMWF-S3-Guideline concerning depression in the perinatal period. Most commonly the GP assessed for signs of PPD when a woman seemed depressed to them or addressed the topic herself. Only a small subgroup of GP (17 %) assessed every postpartum woman systematically for signs of PPD. The knowledge of the guideline recommendations (OR = 3,73), a strong sense of responsibility (OR = 3,51) and sufficient knowledge regarding PPD (OR = 2,34) were shown to be statistically significant positive predictors of a systematic assessment for signs of PPD in the postpartal period. The logistic regression revealed no statistically significant relation between the independent variables additional qualifications, sex, age and catchment area and the GP's approach to assessment for PPD. However, the additional findings of the study indicate a relation between a GP's sociodemography and their attitude regarding PPD. The limited sample size is among the limitations of this study and was due to the low response rate of only 6,6 %. Furthermore, the proportion of female GP in the present sample is slightly higher than in the national sample of German GP.

The present study provides first insights into the GP's approach to managing the care of women with PPD and indicates that women with PPD might find access to health care within the general practice. The results of the survey imply that the GP's awareness for PPD should be raised and underlines the importance of including them more actively in their function as family physicians into the treatment of the PPD.

9 Abkürzungsverzeichnis

ACOG	US-amerikanische Fachgesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (engl.: American College of Obstetricians and Gynecologists)
APA	American Psychiatric Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BKPM	Bonner Konzept zum peripartalen Management
COPE	Centre of Perinatal Excellence
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
EPDS	Edinburgh Postnatale Depression Skala
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
GND	Gesundheitsnetz Depression
GP	General Practitioners
HICs	Länder mit hohem Einkommen (engl.: high income countries)
HH	Hamburg
HPA	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (engl.: hypothalamic-pituitary-adrenal axis)
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KI	Konfidenzintervall
KIGGS	Kinder- und Jugendgesundheitssurvey
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
LMICs	Länder mit niedrigem bis mittlerem Einkommen (engl.: low and middle income countries)
MV	Mecklenburg-Vorpommern
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NI	Niedersachsen
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OR	Odds Ratio
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PGV	Psychosomatische Grundversorgung
PHQ-D	Gesundheitsfragebogen für Patienten (engl.: Patient Health Questionnaire)
PHQ-9	Depressionsmodul des Patient Health Questionnaire
PP	Postpartale Psychose
PPD	Postpartale Depression
P-Zusatzqualifikation	Psychosomatische oder psychotherapeutische Zusatzqualifikation
rTMS	Repetitive transkranielle Magnetstimulation
SES	Sozioökonomischer Status
SH	Schleswig-Holstein
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
U-Untersuchungen	Pädiatrische Früherkennungsuntersuchungen
WHO	World Health Organisation

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht über die Empfehlungen bezüglich des Einsatzes bekannter Screeninginstrumente aus der NICE-, AWMF- und COPE-Leitlinie (eigene Darstellung) ✓ = Empfehlung des Einsatzes; (✓) = abgeschwächte Empfehlung bzw. Erwähnung.	27
Tabelle 2:	Anzahl der eingeschlossenen Praxen pro Bundesland, N = 3.300.	56
Tabelle 3:	Soziodemografische Merkmale der Stichprobe norddeutscher Hausärzt:innen (N = 217) im Vergleich zur Alters- und Geschlechtsverteilung aller niedergelassenen Hausärzt:innen in Deutschland (N = 54.785).	59
Tabelle 4:	Erwerb von Zusatzqualifikationen unter den befragten Hausärzt:innen (N = 191).	61
Tabelle 5:	Wie erfassen Sie Anzeichen einer PPD bei von Ihnen behandelten Frauen? (N = 194)*.	66
Tabelle 6:	Bei welchen Frauen erfassen Sie Anzeichen einer postpartalen Depression? (N = 192)*.	66
Tabelle 7:	Welche Maßnahmen ergreifen Sie bei Verdacht auf eine PPD? (N = 191)*.	67
Tabelle 8:	Welche Barrieren liegen Ihrer Meinung nach bei der Beratung und Weitervermittlung von Frauen mit PPD vor? (N = 180)*.	69
Tabelle 9:	Welche Formen der Informationsvermittlung halten Sie für Ihre Patientinnen als geeignet? (N = 177)*.	69
Tabelle 10:	Einfluss der Leitlinienkenntnis, des Wissensstandes und des Verantwortungsgefühls auf das hausärztliche Screeningverhalten: Ergebnisse der Chi-2-Tests und Odds-Ratios.	71
Tabelle 11:	Übersicht über die Zusammenhänge zwischen Zusatzqualifikationen, soziodemografischen Merkmalen und der systematischen Erfassung von Anzeichen einer PPD: Angabe von Cramer's V als Zusammenhangsmaß.	74
Tabelle 12:	Logistisches Regressionsmodell über den Einfluss von Soziodemografie und Zusatzqualifikationen auf das Screeningverhalten.	75
Tabelle 13:	Kreuztabelle der Variablen Geschlecht und Leitlinienkenntnis, N = 192.	127
Tabelle 14:	Kreuztabelle der Variablen Leitlinienkenntnis und Behandlung von PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate, N = 192.	127
Tabelle 15:	Kreuztabelle der Variablen Verantwortungsgefühl und Behandlung von PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate, N = 205.	127
Tabelle 16:	Einflussfaktoren auf das beobachtete Vorkommen von PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate: Bedeutung der Leitlinienkenntnis, des Wissensstandes und des Verantwortungsgefühls.	127
Tabelle 17:	Kreuztabelle der Variablen Einzugsgebiet und Wissensstand; N = 192.	128
Tabelle 18:	Kreuztabelle zwischen den Variablen Alterskategorien und Wissensstand; N = 194.	128
Tabelle 19:	Kreuztabelle der Variablen Geschlecht und Wissensstand; N = 193.	128
Tabelle 20:	Kreuztabelle der Variablen Altersgruppen und Geschlecht; N = 193.	128
Tabelle 21:	Kreuztabelle der Variablen Einzugsgebiet und Anzahl der PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate; N = 81.	129
Tabelle 22:	Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test der Variablen P-Zusatzqualifikation und Screeningverhalten; N = 184.	129
Tabelle 23:	Übersicht über die unabhängigen Variablen im logistischen Regressionsmodell und die abhängige Variable Screeningverhalten.	129
Tabelle 24:	Einfluss des Erwerbs einer P-Zusatzqualifikation auf das Verantwortungsgefühl, den Wissensstand und die Leitlinienkenntnis.	130

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Übersicht über einige der biologischen, psychischen und sozialen Risikofaktoren bei der Entwicklung einer postpartalen Depression (eigene modifizierte Abbildung nach Howard et al. 2014b, ergänzt nach Beck 2001).	5
Abbildung 2:	Mögliche Zugangswege und an der Versorgung von Patientinnen mit postpartaler Depression beteiligte Akteur:innen im deutschen Gesundheitssystem (eigene Darstellung).....	21
Abbildung 3:	Stepped Care Modell nach den Empfehlungen der NICE-Guidelines (übernommen aus Knüppel Lauener und Imhof 2016, S.112: Abb. 1 Stufenmodell, Übersetzung des Original Stepped/Tiered Care Model. © The Stepped/Tiered Care Model, verkleinerte Abbildung).	25
Abbildung 4:	Stufentherapie der PPD (eigene Darstellung nach Stewart und Vigod 2019). Abkürzungen: KVT – kognitive Verhaltenstherapie, IPT – interpersonelle Psychotherapie, SSRI – Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, EKT – Elektrokonvulsive Therapie.	29
Abbildung 5:	Gegenüberstellung der vier zentralen an der Primärversorgung postpartal depressiver Frauen beteiligten Berufsgruppen im deutschen Gesundheitssystem (eigene, freie Darstellung zur besseren Anschaulichkeit).....	50
Abbildung 6:	Flussdiagramm: Auswahl der Teilnehmer:innen und Teilnahmeverhalten der Hausärzt:innen in Norddeutschland. Anmerkung: * laut dem Bundesarztregister, Zählung nach Personen, Stand Dezember 2020 (KBV 2020).....	58
Abbildung 7:	Vorkommen von Patientinnen mit PPD in der hausärztlichen Praxis; N = 215.	62
Abbildung 8:	Selbsteinschätzung des Wissensstandes über das Krankheitsbild der PPD unter Hausärzt:innen; N = 208.....	63
Abbildung 9:	Verantwortungsgefühl der Hausärzt:innen für die Erkennung der PPD; N = 207..	64
Abbildung 10:	Kenntnis der Empfehlungen der AWMF S3-Leitlinie unter Hausärzt:innen; N = 193.	65
Abbildung 11:	Erfolgsrate bei der Weitervermittlung von Frauen mit PPD durch Hausärzt:innen; N = 151.....	68
Abbildung 12:	Bereitschaft der Hausärzt:innen zur Empfehlung einer App zur Aufklärung über PPD; N = 183.....	70
Abbildung 13:	Darstellung des Verantwortungsgefühls für die Erkennung der PPD in Abhängigkeit des Geschlechts der Hausärzt:innen; N = 192.....	72
Abbildung 14:	Darstellung des Verantwortungsgefühls für die Erkennung der PPD in den verschiedenen Alterskategorien; N = 193.	72
Abbildung 15:	Darstellung der Beziehung zwischen der Angabe innerhalb der letzten 12 Monate betroffene Patientinnen behandelt zu haben und der Ausprägung des Verantwortungsgefühls; N = 205.	73
Abbildung 16:	Darstellung der Alterszusammensetzung innerhalb der Geschlechtergruppen; N = 193.	74
Abbildung 17:	Darstellung der Verteilung der Einzugs-gebiete innerhalb der Geschlechtergruppen; N = 191.....	74

12 Literaturverzeichnis

- Abrams LS, Dornig K, Curran L (2009) Barriers to Service Use for Postpartum Depression Symptoms Among Low-Income Ethnic Minority Mothers in the United States. *Qual Health Res.* 19(4):535–551.
- Adams SS, Eberhard-Gran M, Sandvik ÅR, Eskild A (2012) Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55 814 women. *BJOG.* 119:298–305.
- AG Familienmedizin (2015) Arbeitsdefinition „Familienmedizin in der Hausarztpraxis“. Düsseldorf [Online im Internet] URL: https://www.familien-medizin.org/wp-content/uploads/2015/05/Arbeitsdefinition_Familienmedizin_ifam-20151.pdf [Stand: 03.10.2021, 19:17].
- Alhusen JL, Alvarez C (2016) Perinatal depression: A clinical update. *Nurse Pract.* 41(5):50–55.
- Ali G-C, Ryan G, De Silva MJ (2016) Validated Screening Tools for Common Mental Disorders in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *PLoS One.* 11(6):e0156939.
- American Academy of Family Physicians (AAFP) (2017) Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services. Leawood [Online im Internet] URL: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf [Stand: 17.10.2021, 17:10].
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2018) ACOG Committee Opinion Number 757: Screening for Perinatal Depression. *Obstet Gynecol.* 132(5):e208-e212.
- American Psychiatric Association (APA) (Hrg.) (2018) Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®. Unter Mitarbeit von Deutsche Ausgabe herausgegeben von P. Falkei und H.-U. Wittchen. 2. korrigiert Aufl., Göttingen, Hogrefe.
- Anding J, Röhrle B, Grieshop M, Schücking B, Christiansen H (2015) Early detection of postpartum depressive symptoms in mothers and fathers and its relation to midwives' evaluation and service provision: a community-based study. *Front Pediatr.* 3:62.
- Austin M-P, Priest, SR, Sullivan EA (2009) Antenatal psychosocial assessment for reducing perinatal mental health morbidity (Review). *Cochrane Database Syst Rev.*(4):CD005124.
- Austin M-P (2010) Classification of mental health disorders in the perinatal period: future directions for DSM-V and ICD-11. *Arch Womens Ment Health.* 13:41–44.
- Austin M-P (2014) Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 28:179–187.
- Austin M-P, Hight N and the Expert Working Group (2017) Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline., Melbourne [Online im Internet], Centre of Perinatal Excellence (Hrg.) URL: https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/05/COPE-Perinatal-MH-Guideline_Final-2018.pdf [Stand: 17.10.2021, 17:15].
- Avan B, Richter L, Ramchandani P, Norris SA, Stein A (2010) Maternal postnatal depression and children's growth and behaviour during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Arch Dis Child.* 95:690–695.
- Avilla J, Giugliani C, Bizon A, Martins AC, Senna A, Giugliani ER (2020) Association between maternal satisfaction with breastfeeding and postpartum depression symptoms. *PLoS One.* 15(11):e0242333.
- Aydin N, Inandi T, Karabulut N (2005) Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women Health.* 41(2):1–12.
- Ayerle G, Mattern E (2017) Prioritäre Themen für die Forschung durch Hebammen: Eine Analyse von Fokusgruppen mit schwangeren Frauen, Müttern und Hebammen. *GMS Z Hebammenwiss.* 4(2):65–73.
- Azami M, Badfar G, Soleymani A, Rahmati S (2019) The association between gestational diabetes and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract.* 149:147–155.
- Ballestrem C, Strauß M, Kächele H (2005) Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany - implications for the utilization of treatment. *Arch Womens Ment Health.* 8:29–35.

- Ballestrem C-L von, Weigle C (2011) Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei peripartalen psychischen Erkrankungen. In: Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. A. Riecher-Rössler (Hrg.) Karger, Freiburg, Basel, 111–115.
- Ban L, Gibson J, West J, Tata LJ (2010) Association between perinatal depression in mothers and the risk of childhood infections in offspring: a population-based cohort study. *BMC Public Health*. 10:799.
- Barth M, Belzer F (2016) Fallfindung im Netzwerk Frühe Hilfen - eine Heuristik für die ambulante Versorgung. *Bundesgesundheitsbl.* 59(6):795–802.
- Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Lemmi V, Adelaja B (2014) The costs of perinatal mental health problems. London [Online im Internet] URL: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/costsofperinatal.pdf> [Stand: 18.10.2021, 08:30].
- Bauer AE, Maegbaek ML, Liu X, Wray NR, Sullivan PF, Miller WC et al. (2018) Familiality of psychiatric disorders and risk of postpartum psychiatric episodes: A population-based cohort study. *Am J Psychiatry*. 175(8):783–791.
- Bauer NH, Luksch K (2021) Versorgung durch Hebammen in der reproduktiven Lebensphase von Frauen in Deutschland. *Public Health Forum*. 29(2):74–77.
- Bauer NS, Ofner S, Pottenger A, Carroll AE, Downs SM (2017) Follow-up of Mothers with Suspected Postpartum Depression from Pediatrics Clinics. *Front Pediatr*. 5:212.
- Baumeister E (2019) Postpartale Depression – Ein Aufgabenbereich der Hebammenbegleitung im Wochenbett? Ergebnisse einer Umfrage in Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Bachelorarbeit. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg.
- Bayer J, Hiscock H, Hampton A, Wake M (2007) Sleep problems in young infants and maternal mental and physical health. *J Paediatr Child Health*. 43(1-2):66–73.
- Beck CT (2001) Predictors of Postpartum Depression: An Update. *Nurs Res*. 50(5):275–285.
- Beesdo-Baum K, Knappe S, Einsle F, Knothe L, Wieder G, Venz J et al. (2018) Wie häufig werden Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis erkannt? : Eine epidemiologische Querschnittsstudie. *Bundesgesundheitsbl.* 61(1):52–64.
- Bell L, Feeley N, Hayton B, Zerkowitz P, Tait M, Desindes S (2016) Barriers and Facilitators to the Use of Mental Health Services by Women With Elevated Symptoms of Depression and Their Partners. *Issues Ment Health Nurs*. 37(9):651–659.
- Belzer F, Kleinert L, Buchholz A, Mall V, Barth M (2015) Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf. *Präv Gesundheitsf.* 10(4):314–319.
- Bennett IM, Palmer S, Marcus S, Nicholson JM, Hantsoo L, Bellamy S et al. (2009) „One end has nothing to do with the other:“ patient attitudes regarding help seeking intention for depression in gynecologic and obstetric settings. *Arch Womens Ment Health*. 12(5):301–308.
- Bergant AM, Nguyen T, Heim K, Ulmer H, Dapunt O (1998) Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“. *Dtsch Med Wochenschr*. 123(3):35–40.
- Bergner A, Grimm A, Rosemayer, M (o. D.) Berliner Versorgungsnetzwerk Psychosomatische Gynäkologie u. Geburtshilfe. Berlin [Online im Internet] URL: <http://www.frauenpsychosomatik.de/> [Stand: 18.09.2021, 08:47].
- Berking M (2012) Ursachen psychischer Störungen. In: *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*. M. Berking und W. Rief (Hrg.) Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 19–28.
- Bermejo I, Wolff A (2009) Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten und transkulturelle Psychologie. In: *Migration & Gesundheit Dossier*. Heinrich-Böll-Stiftung (Hrg.), 55–61.
- Bermejo I, Kriston L, Berger M, Härter M (2010) Ambulante Depressionsbehandlung - eine vergleichende Analyse des fachärztlichen, hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssektors. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 60(8):326–328.
- Bilszta J, Ericksen J, Buist A, Milgrom J (2011) Women's experience of postnatal depression - beliefs and attitudes as barriers to care. *ErickeAust J Adv Nurs*. 27(3):44–54.

- Bina R (2020) Predictors of postpartum depression service use: A theory-informed, integrative systematic review. *Women Birth*. 33(1):e24-e32.
- Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, Murphy J, Nieman L, Rubinow DR (2000) Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry*. 157(6):924–930.
- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E (2005) Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord*. 88(1):9–18.
- Blumenstock G, Balke K, Gibis B, Stillfried D von, Walter A, Selbmann HK (2009) Die ambulante vertragsärztliche Versorgung aus der Perspektive der Versicherten - Methodik und Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung 2006: Inanspruchnahme, Versorgung beim Hausarzt, Bereitschafts- und Notdienstpraxen. *Gesundheitswesen*. 71(2):94–101.
- Blum K, Löffert S (2021) Gibt es einen Hebammenmangel in Deutschland? *Public Health Forum*. 29(2):163–165.
- Boath E, Bradley E, Henshaw C (2004) Women's views of antidepressants in the treatment of postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 25(3-4):221–233.
- Boath EH, Henshaw C, Bradley E (2013) Meeting the challenges of teenage mothers with postpartum depression: overcoming stigma through support. *J Reprod Infant Psychol*. 31(4):352–369.
- Borra C, Iacovou M, Sevilla A (2015) New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Matern Child Health J*. 19(4):897–907.
- Brennan J (2017) Postpartum Depression Prevention and Screening: The Role of OB/GYN's and Pediatricians in the Diagnosis and Treatment of Postpartum Depression. URL: <https://openjournals.neu.edu/nuwriting/home/article/download/42/32> [Stand: 21.10.2021, 13:15].
- Brown JVE, Wilson CA, Ayre K, Robertson L, South E, Molyneaux E et al. (2021) Antidepressant treatment for postnatal depression (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2:CD013560.
- Bruno A, Celebre L, Mento C, Rizzo A, Silvestri MC, Stefano R de et al. (2020) When Fathers Begin to Falter: A Comprehensive Review on Paternal Perinatal Depression. *Int J Environ Res Public Health*. 17(4):1139.
- Buist A, Bilszta J, Barnett B, Milgrom J, Ericksen J, Condon J et al. (2005) Recognition and management of perinatal depression in general practice. A survey of GPs and postnatal women. *Aust Fam Physician*. 34(9):787–790.
- Bundesärztekammer (BÄK) (2015) (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23.10.2015. Berlin [Online im Internet] URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf [Stand: 03.10.2021, 15:17].
- Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) (Hrg.) (2020) Patienteninformation: Depression – Schwangerschaft und Geburt. URL: <https://www.patienteninformation.de/kurzinformationen/depression-schwangerschaft-geburt> [Stand: 09.09.2021, 14:39].
- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (o. D.) So unterstützen wir die wichtige Arbeit der Hebammen. Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit. Bonn [Online im Internet] URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammen.html> [Stand: 19.08.2021, 12:18].
- Bundesgesundheitsministerium (BMG) (2021) Freie Arztwahl | Regelungen und Sonderfälle | BMG. Bonn [Online im Internet] URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/freie-arztwahl.html> [Stand: 21.10.2021, 10:54].
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2020) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.. Version 2021 Stand: 18. September 2020 mit Aktualisierung vom 11.11.2020, Bonn, Köln [Online im Internet] URL: www.dimdi.de – Klassifikationen – Downloads – ICD-10-GM – Version 2021 [Stand: 03.08.2021, 14:10].
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) (1988) Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) geändert worden ist. Berlin [Online im Internet] URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/SGB_5.pdf [Stand: 02.08.2021, 09:42].

- Buttner MM, Mott SL, Pearlstein T, Stuart S, Zlotnick C, O'Hara MW (2013) Examination of premenstrual symptoms as a risk factor for depression in postpartum women. *Arch Womens Ment Health*. 16(3):219–225.
- Byatt N, Biebel K, Lundquist RS, Moore Simas TA, Debordes-Jackson G, Allison J, Ziedonis D (2012a) Patient, provider, and system-level barriers and facilitators to addressing perinatal depression. *J Reprod Infant Psychol*. 30(5):436–449.
- Byatt N, Simas TAM, Lundquist RS, Johnson JV, Ziedonis DM (2012b) Strategies for improving perinatal depression treatment in North American outpatient obstetric settings. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 33(4):143–161.
- Byatt N, Biebel K, Friedman L, Debordes-Jackson G, Ziedonis D, Pbert L (2013) Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals? *Gen Hosp Psychiatry*. 35(6):598–604.
- Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM (2016) Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *J Affect Disord*. 206:189–203.
- Campbell SB, Cohn JF (1997) The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. In: *Postpartum depression and child development*. P. J. Cooper (Hrg.) Guilford, New York, 165–197.
- Carter FA, Frampton CMA, Mulder RT (2006) Cesarean section and postpartum depression: a review of the evidence examining the link. *Psychosom Med*. 68(2):321–330.
- Charles J, Knox S, Britt H (2006) Postnatal depression in Australian general practice. *Aust Fam Physician*. 35(9):668–669.
- Chaudron LH, Szilagyi PG, Kitzman HJ, Wadkins HIM, Conwell Y (2004) Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*. 113(3 Pt 1):551–558.
- Chen H-H, Hwang F-M, Wang K-L, Chen C-J, Lai JC-Y, Chien L-Y (2013) A Structural Model of the Influence of Immigrant Mothers' Depressive Symptoms and Home Environment on Their Children's Early Developmental Outcomes in Taiwan. *Res Nurs Health*. 36(6):603–611.
- Chrzan-Dętkoś M, Pietkiewicz A, Żołnowska J, Pizuńska D (2020) The program of psychological and breastfeeding support „Maternity step by step“: an example of effective solution for the prevention, diagnostics and treatment of prenatal and postpartum depression. *Psychiatr Pol*. 54(3):613–629.
- Chung EK, McCollum KF, Elo IT, Lee HJ, Culhane JF (2004) Maternal depressive symptoms and infant health practices among low-income women. *Pediatrics*. 113(6):e523-9.
- Collins CH, Zimmerman C, Howard LM (2011) Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Arch Womens Ment Health*. 14(1):3–11.
- Couto TCE, Brancaglioni MYM, Alvim-Soares A, Moreira L, Garcia FD, Nicolato R et al. (2015) Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved. *World J Psychiatry*. 5(1):103–111.
- Cox EQ, Killenberg S, Frische R, McClure R, Hill M, Jenson J et al. (2020) Repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of postpartum depression. *J Affect Disord*. 264:193–200.
- Cox J (2004) Postnatal mental disorder: towards ICD-11. *World Psychiatry*. 3(2):96–97.
- Cox J (2019) Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *Br J Psychiatry*. 214(3):127–129.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 150:782–786.
- Da Silva Tanganhito D, Bick D, Chang Y-S (2020) Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: A qualitative evidence synthesis. *Women Birth*. 33(3):231–239.
- Daley A, Jolly K, MacArthur C (2009) The effectiveness of exercise in the management of postnatal depression: systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 26(2):154–162.
- Davanzo R, Copertino M, Cunto A de, Minen F, Amaddeo A (2011) Antidepressant Drugs and Breastfeeding: A Review of the Literature. *Breastfeed Med*. 6(2):89–98.

- Deister A (2019) Die Region als Kooperationsrahmen in der psychiatrischen Versorgung. Bundesgesundheitsbl. 62(2):150–155.
- Deligiannidis KM, Freeman MP (2014) Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 28(1):85–95.
- Dennis C-L (2003) The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. Can J Psychiatry. 48(2):115–124.
- Dennis C-L (2004) Influence of depressive symptomatology on maternal health service utilization and general health. Arch Womens Ment Health. 7(3):183–191.
- Dennis C-L, Chung-Lee L (2006) Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. Birth. 33(4):323–331.
- Dennis CL, Hodnett ED (2007) Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression (Review). Cochrane Database Syst Rev.(4):CD006116.
- Dennis C-L, Ross LE, Herxheimer A (2008) Oestrogens and progestins for preventing and treating postpartum depression (Review). Cochrane Database Syst Rev.(4):CD001690.
- Dennis C-L, Hodnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, Kiss A (2009) Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. BMJ. 338:a3064.
- Dennis C-L, Dowswell T (2013) Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression (Review). Cochrane Database Syst Rev.(2):CD001134.
- Dennis C-L, Vigod S (2013) The Relationship Between Postpartum Depression, Domestic Violence, Childhood Violence, and Substance Use: Epidemiologic Study of a Large Community Sample. Violence Against Women. 19(4):503–517.
- Dennis C-L (2014) Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 28(1):97–111.
- Department of Health, Government of Western Australia (WA Health) (2006) Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translated versions – validated. State Perinatal Mental Health Reference Group (Hrg.) Perth [Online im Internet] URL: <https://www.mcpapformoms.org/Docs/Edinburgh%20Depression%20Scale%20Translated%20Government%20of%20Western%20Australia%20Department%20of%20Health.pdf> [Stand: 21.10.2021, 13:43].
- Dettling M, Opgen-Rhein C (2007) Therapeutische Versorgung. In: Psychotherapie der Depression. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. H. Schauenburg und M. Beutel (Hrg.). 2., überarb. u. erw. Aufl. Thieme, Stuttgart.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) (2014) Positionspapier - Psychosomatische Grundversorgung in der Allgemeinmedizin – Ziele, Kompetenzen, Methoden. Bonn [Online im Internet] URL: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Positionspapier_Psychosomatische_Grundversorgung_final.pdf.
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) (2016) FA Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bonn [Online im Internet] URL: https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/01_FA-AllgMed+FamMed_WIKI-V2a_20161207.pdf [Stand: 18.09.2021, 12:27].
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrg.) (2015) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Aufl. Version 5. URL: <https://www.leitlinien.de/themen/depression/pdf/depression-2aufl-vers5-lang.pdf> [Stand: 22.10.2021, 10:47].
- Deutscher Hausärzterverband (2019) Positionspapier Pädiatrie des Deutschen Hausärzterverbandes. Köln [Online im Internet] URL: https://www.hausaerzterverband.de/fileadmin/user_upload/Positionspapier_Paediatrie_01_2019_FINAL.pdf [Stand: 17.10.2021, 20:10].
- Deutscher Hebammenverband e. V. (DHV) (2019) Guter Start ins Leben. Wie Hebammen helfen. Karlsruhe [Online im Internet] URL: <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/guter-start-ins-leben/> [Stand: 03.10.2021, 23:02].

- Di Florio A, Meltzer-Brody S (2015) Is Postpartum Depression a Distinct Disorder? *Curr Psychiatry Rep.* 17(10):76.
- Dias CC, Figueiredo B (2015) Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *J Affect Disord.* 171:142–154.
- Dickmann LM, Dickmann JR, Broocks A (2012) DMP Depression? Die Hausarztperspektive. *Z Allg Med.* 88(5):210–217.
- Dielmann-von Berg J, Sauer J (2019) Stadt, Land, Arzt. Unterschiede in der hausärztlichen Versorgung. *Hausarzt.*(16):20.
- Diop S, Turmes L, Juckel G, Mavrogiorgou P (2020) Postpartale Depression und Migration. *Nervenarzt.* 91(9):822–831.
- Dorn A, Mautner C (2018) Postpartale Depression: Interdisziplinäre Behandlung. *Gynäkologe.* 51:94–101.
- Dorn A, Rohde A (2020) Krisen in der Schwangerschaft. Ein Wegweiser für schwangere Frauen und alle, die sie begleiten.. 1. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Dorsch VM, Rohde A (2016) Postpartale psychische Störungen – Update 2016. *Frauenheilkunde up2date.* 10(4):355–374.
- Dorsch VM, Rohde A (2017) Frauenspezifische psychische Störungen in der Psychiatrie. In: *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie.* H.-J. Möller, G. Laux und H.-P. Kapfhammer (Hrg.). 5. Aufl. Springer Verlag, Berlin, 2809–2828.
- Dreier M, Kramer S, Stark K (2012) Epidemiologische Methoden zur Gewinnung verlässlicher Daten. In: *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen.* F. W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M. L. Dierks et al. (Hrg.). 3. völlig neu bearb. und erw. Aufl. Elsevier, Urban & Fischer, München, 409–449.
- Earls MF (2010) Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics.* 126(5):1032–1039.
- Earls MF, Yogman MW, Mattson G, Rafferty J (2019) Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics.* 143(1):e20183259.
- Eckert M, Richter KM, Mattheß J, Koch G, Reinhold T, Vienhues P et al. (2020) Postpartale psychische Erkrankungen: Versorgungslage und Wirksamkeit der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Vorstellung des Innovationsfondprojektes SKKIPPI. *Bundesgesundheitsbl.* 63(12):1538–1547.
- Edge D, Baker D, Rogers A (2004) Perinatal depression among black Caribbean women. *Health Soc Care Community.* 12(5):430–438.
- Edge D, Rogers A (2005) Dealing with it: Black Caribbean women's response to adversity and psychological distress associated with pregnancy, childbirth, and early motherhood. *Soc Sci Med.* 61(1):15–25.
- Edge D (2008) 'We don't see Black women here': an exploration of the absence of Black Caribbean women from clinical and epidemiological data on perinatal depression in the UK. *Midwifery.* 24(4):379–389.
- Edwards E, Timmons S (2005) A qualitative study of stigma among women suffering postnatal illness. *J Ment Health.* 14(5):471–481.
- Eilat-Tsanani S, Merom A, Romano S, Reshef A, Lavi I, Tabenkin H (2006) The Effect of Postpartum Depression on Women's Consultations with Physicians. *Isr Med Assoc J.* 8(6):406–410.
- Epifanio MS, Genna V, Luca C de, Roccella M, La Grutta S (2015) Paternal and Maternal Transition to Parenthood: The Risk of Postpartum Depression and Parenting Stress. *Pediatr Rep.* 7(2):5872.
- Ertel KA, Koenen KC, Rich-Edwards JW, Gillman MW (2010) Antenatal and postpartum depressive symptoms are differentially associated with early childhood weight and adiposity. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 24(2):179–189.

- Escribà-Agüir V, Artazcoz L (2011) Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 65(4):320–326.
- Essali A, Alabed S, Guul A, Essali N (2013) Preventive interventions for postnatal psychosis (Review). *Cochrane Database Syst Rev*.(6):CD009991.
- Field T (2010) Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev*. 33(1):1–6.
- FINE e.V. (o. D.) FINE Frauenpsychosomatik im Netzwerk. Hamburg [Online im Internet] URL: <https://frauenpsychosomatik-hamburg.de/> [Stand: 18.09.2021, 13:17].
- Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W (2012) Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 90(2):139G-149G.
- Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K (2010) Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health*. 3:1–14.
- Fitzner G (2021) Allgemeinmedizin – das Prinzip. In: Start als Hausarzt: Ganzheitliche Versorgung, Sprechstunde, Kommunikation, Praxisorganisation. G. Fitzner (Hrg.). 1. Aufl. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 11–12.
- Flykt M, Kanninen K, Sinkkonen J, Punamäki R-L (2010) Maternal Depression and Dyadic Interaction: The role of Maternal Attachment Style. *Inf. Child Develop*. 19:530-550.
- Flynn HA, Henshaw E, O'Mahen H, Forman J (2010) Patient perspectives on improving the depression referral processes in obstetrics settings: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry*. 32(1):9–16.
- Flynn HA, Sexton M, Ratliff S, Porter K, Zivin K (2011) Comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and the Patient Health Questionnaire-9 in pregnant and postpartum women seeking psychiatric services. *Psychiatry Res*. 187(1-2):130–134.
- Fonseca A, Gorayeb R, Canavarro MC (2015) Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*. 31(12):1177–1185.
- Ford E, Shakespeare J, Elias F, Ayers S (2017) Recognition and management of perinatal depression and anxiety by general practitioners: a systematic review. *Fam Pract*. 34(1):11–19.
- Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC (2007) Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol*. 19(2):585–602.
- Freeman MP, Wright R, Watchman M, Wahl RA, Sisk DJ, Fraleigh L, Weibrecht JM (2005) Postpartum depression assessments at well-baby visits: screening feasibility, prevalence, and risk factors. *J Womens Health (Larchmt)*. 14(10):929–935.
- Freeman MP (2009) Breastfeeding and antidepressants: clinical dilemmas and expert perspectives. *J Clin Psychiatry*. 70(2):291–292.
- Ganho-Ávila A, Poleszczyk A, Mohamed MMA, Osório A (2019) Efficacy of rTMS in decreasing postnatal depression symptoms: A systematic review. *Psychiatry Res*. 279:315–322.
- Gelabert E, Subirà S, García-Esteve L, Navarro P, Plaza A, Cuyàs E et al. (2012) Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *J Affect Disord*. 136(1-2):17–25.
- Gelenberg A, Freeman M, Markowitz J (2010) Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 167:1–118.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2020a) Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“)., Berlin [Online im Internet] URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2301/3491d50dfea977a8fd5accff76d28d3/Mu-RL_2020-08-20_iK-2020-11-24.pdf [Stand: 02.08.2021, 09:17].
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2020b) Anlage 3 zur Mutterschafts-Richtlinie: Mutterpass. Berlin [Online im Internet] URL: https://www.g-ba.de/downloads/83-691-594/2020-02-20_G-BA_Mutterpass_web.pdf [Stand: 02.08.2021, 09:26].

- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2021) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). Berlin [Online im Internet] URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2432/Kinder-RL_2020-12-17_iK-2021-04-01.pdf [Stand: 02.08.2021, 09:31].
- Gentile S, Fusco ML (2017) Untreated perinatal paternal depression: Effects on offspring. *Psychiatry Res.* 252:325–332.
- Ghaedrahmati M, Kazemi A, Kheirabadi G, Ebrahimi A, Bahrami M (2017) Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot.*(6):
- Gibson J, McKenzie-McHarg K, Shakespeare J, Price J, Gray R (2009) A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 119(5):350–364.
- Gjerdingen D, Crow S, McGovern P, Miner M, Center B (2009) Stepped care treatment of postpartum depression: impact on treatment, health, and work outcomes. *J Am Board Fam Med.* 22(5):473–482.
- GKV-Spitzenverband (2017a) Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Berlin [Online im Internet] URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._Hebammenhilfevertrag_09-2017.pdf [Stand: 02.08.2021, 10:54].
- GKV-Spitzenverband (2017b) Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V. Berlin [Online im Internet] URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf [Stand: 02.08.2021, 10:56].
- Glasser S, Levinson D, Bina R, Munitz H, Horev Z, Kaplan G (2016) Primary Care Physicians' Attitudes Toward Postpartum Depression: Is It Part of Their Job? *J Prim Care Community Health.* 7(1):24–29.
- Glasser S, Lerner-Geva L (2019) Focus on fathers: paternal depression in the perinatal period. *Perspect Public Health.* 139(4):195–198.
- Goldin Evans M, Phillippi S, Gee RE (2015) Examining the Screening Practices of Physicians for Postpartum Depression: Implications for Improving Health Outcomes. *Womens Health Issues.* 25(6):703–710.
- Goodman JH (2004a) Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *J Adv Nurs.* 45(1):26–35.
- Goodman JH (2004b) Postpartum depression beyond the early postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 33(4):410–420.
- Goodman JH (2009) Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth.* 36(1):60–69.
- Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D (2011) Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 14(1):1–27.
- Gottberg C von, Checcia C, Hausen A, Gulich M, Becker T, Kilian R (2020) Depressionsbehandlung aus hausärztlicher Sicht. Eine qualitative Analyse von Experteninterviews. *Z Allg Med.* 96(1):12–17.
- Goyal D, Gay C, Lee KA (2010) How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers? *Womens Health Issues.* 20(2):96–104.
- Gressier F, Rotenberg S, Cazas O, Hardy P (2015) Postpartum electroconvulsive therapy: a systematic review and case report. *Gen Hosp Psychiatry.* 37(4):310–314.
- Gress-Smith JL, Luecken LJ, Lemery-Chalfant K, Howe R (2012) Postpartum depression prevalence and impact on infant health, weight, and sleep in low-income and ethnic minority women and infants. *Matern Child Health J.* 16(4):887–893.

- Grissette BG, Spratling R, Aycock DM (2018) Barriers to Help-Seeking Behavior Among Women With Postpartum Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 47(6):812–819.
- Guintivano J, Manuck T, Meltzer-Brody S (2018) Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive Review of the Last Decade of Evidence. *Clin Obstet Gynecol.* 61(3):591–603.
- Gumz A, Kanal S, Ünser A, Kästner D, Beck-Hiestermann FML (2021) „In Videobehandlungen trotz Distanz Nähe schaffen“: Wie erlebten Psychotherapeuten die Durchführung von Videobehandlungen in Zeiten von COVID-19? *Psychotherapeut.* 66(5):1–15.
- Guy S, Sterling BS, Walker LO, Harrison TC (2014) Mental health literacy and postpartum depression: a qualitative description of views of lower income women. *Arch Psychiatr Nurs.* 28(4):256–262.
- Hadfield H, Wittkowski A (2017) Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *J Midwifery Womens Health.* 62(6):723–736.
- Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I (2017) Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry.* 8:248.
- Hain S, Oddo-Sommerfeld S, Bahlmann F, Louwen F, Schermelleh-Engel K (2016) Risk and protective factors for antepartum and postpartum depression: a prospective study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 37(4):119–129.
- Halbreich U, Karkun S (2006) Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 91(2-3):97–111.
- Härter M, Heddaeus D, Steinmann M, Schreiber R, Brettschneider C, König H-H, Watzke B (2015) Collaborative und Stepped Care bei depressiven Erkrankungen: Entwicklung eines Modellprojektes im Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychnet.de). *Bundesgesundheitsbl.* 58(4-5):420–429.
- Hearn G, Iliff A, Jones I, Kirby A, Ormiston P, Parr P et al. (1998) Postnatal depression in the community. *British Journal of General Practice.* 48(428):1064–1066.
- Heddaeus D, Steinmann M, Liebherz S, Härter M, Watzke B (2015) psychnet - Hamburger Netz psychische Gesundheit: Evaluation des Gesundheitsnetzes Depression aus Sicht der teilnehmenden Hausärzte, Psychotherapeuten und Psychiater. *Psychiatr Prax.* 42, Supplement 1:S54-9.
- Heneghan AM, Morton S, DeLeone NL (2007) Paediatricians' attitudes about discussing maternal depression during a paediatric primary care visit. *Child Care Health Dev.* 33(3):333–339.
- Henshaw EJ, Durkin KM, Snell RJ (2016) First-time parents' shared representation of postpartum depressive symptoms: A qualitative analysis. *Soc Sci Med.* 160:102–110.
- Hermann M, Veit I (2013) Fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin. Hintergründe, Besonderheiten, Konzeption und Weiterbildung. *Z Allg Med.* 89(1):33–38.
- Herrmann WJ (2019) Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung in Deutschland - qualitative und quantitative Untersuchungen. *Med. Habilitation. Charité-Universitätsmedizin Berlin.*
- Hewitt C, Gilbody S, Brealey S, Paulden M, Palmer S, Mann R et al. (2009) Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. *Health Technol Assess.* 13(36):1-145, 147-230.
- Hill C (2010) An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria. URL: https://legacyscreening.phe.org.uk/policydb_download.php?doc=140 [Stand: 17.10.2021, 23:44].
- Holden JM, Sagovsky R, Cox JL (1989) Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ.* 298(6668):223–226.
- Holt C, Milgrom J, Gemmill AW (2017) Improving help-seeking for postnatal depression and anxiety: a cluster randomised controlled trial of motivational interviewing. *Arch Womens Ment Health.* 20(6):791–801.
- Hönemann W (2021) Psychosomatik in der Allgemeinmedizin. Erfahrungen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Hess Arztebl.*(9):

- Horowitz JA, Cousins A (2006) Postpartum Depression Treatment Rates for At-Risk Women. *Nurs Res.* 55(2):23-27.
- Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G (2013) Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 10(5):e1001452.
- Howard LM, Megnin-Viggars O, Symington I, Pilling S (2014a) Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. *The BMJ.*(349):
- Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J (2014b) Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 384(9956):1775–1788.
- Huber G, Seelbach-Göbel B (2009) Die postpartale Depression – ist ein Screening durch die Geburtsklinik sinnvoll? *Geburtsh Frauenheilk.* 69(12):1097–1100.
- Hübner-Liebermann B, Hausner H, Wittmann M (2012) Recognizing and treating peripartum depression. *Dtsch Arztebl Int.* 109(24):419–424.
- Hutcherson TC, Cieri-Hutcherson NE, Gosciak MF (2020) Brexanolone for postpartum depression. *Am J Health Syst Pharm.* 77(5):336–345.
- Johansen SL, Robakis TK, Williams KE, Rasgon NL (2019) Management of perinatal depression with non-drug interventions. *BMJ.* 364:l322.
- Johanson R, Chapman G, Murray D, Johnson I, Cox J (2000) The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 21(2):93–97.
- Jones A (2019) Help Seeking in the Perinatal Period: A Review of Barriers and Facilitators. *Soc Work Public Health.* 34(7):596–605.
- Jones I, Chandra PS, Dazzan P, Howard LM (2014) Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet.* 384(9956):1789–1799.
- Jordan W, Bielau H, Cohrs S, Hauth I, Hornstein C, Marx A et al. (2012) Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland. *Psychiatr Prax.* 39(5):205–210.
- Junge-Hoffmeister J, Bittner A, Coenen A, Weidner K (2013) Psychische Probleme im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Entbindung. In: *Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener.* J. Reicher und M. Rüdiger (Hrg.) Hofgrete, Göttingen, 71–89.
- Kalitzkus V, Vollmar HC (2016) Familienmedizin in der Hausarztpraxis. Eine Delphi-Studie zur Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitsdefinition. *Z Allg Med.* 92(5):208–212.
- Kanes S, Colquhoun H, Gunduz-Bruce H, Raines S, Arnold R, Schacterle A et al. (2017) Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *Lancet.* 390(10093):480–489.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019a) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2019: 18- bis 79-jährige Befragte. März - April 2019. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage., Mannheim [Online im Internet] URL: https://www.kbv.de/media/sp/Tabellenband_Ergebnisse_der_Versichertenbefragung_2019.pdf [Stand: 17.10.2021, 13:50].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2019b) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. März / April 2019. Mannheim [Online im Internet] URL: https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_Ergebnisse_der_Versichertenbefragung_2019.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020a) Erläuterungen zu den statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister. Berlin [Online im Internet] URL: https://www.kbv.de/media/sp/Erlaeuterungen_BAR-Statistik.pdf [Stand: 17.10.2021, 13:42].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020b) Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt. Stand: 31.12.2020. Berlin [Online im Internet] URL: https://www.kbv.de/media/sp/2020-12-31_BAR_Statistik.pdf.

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2020c) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2020. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage., Mannheim [Online im Internet] URL: https://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_Ergebnisse_KBV_Versichertenbefragung_2020.pdf [Stand: 17.10.2021, 23:47].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021a) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, Mannheim [Online im Internet] URL: https://www.kbv.de/media/sp/2021_KBV-Versichertenbefragung_Berichtband.pdf [Stand: 17.10.2021, 16:32].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021b) Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Teil I: Einstellungen in der Corona-Krise. April 2021, Mannheim [Online im Internet] URL: https://www.kbv.de/media/sp/2021_KBV_Versichertenbefragung_Praesentation.pdf [Stand: 17.10.2021, 13:46].
- Kelly R, Zatzick D, Anders T (2001) The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry*. 158(2):213–219.
- Kempler L, Sharpe L, Miller CB, Bartlett DJ (2016) Do psychosocial sleep interventions improve infant sleep or maternal mood in the postnatal period? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev*. 29:15–22.
- Kersting A (2008) Mutter-Kind-Bindungsstörung bei postpartaler Depression. *Psychotherapeut*. 53(3):213–215.
- Kimmel M, Clive M, Gispén F, Guintivano J, Brown T, Cox O et al. (2016) Oxytocin receptor DNA methylation in postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. 69:150–160.
- Kim THM, Connolly JA, Tamim H (2014) The effect of social support around pregnancy on postpartum depression among Canadian teen mothers and adult mothers in the maternity experiences survey. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14:162.
- Kingston D, Austin M-P, Heaman M, McDonald S, Lasiuk G, Sword W et al. (2015) Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *J Affect Disord*. 186:350–357.
- Kittel-Schneider S, Reif A (2016) Behandlung psychischer Störungen in Schwangerschaft und Stillzeit : Psychotherapie und andere nichtmedikamentöse Therapien. *Nervenarzt*. 87(9):967–973.
- Klein JP, Berger T (2013) Internetbasierte psychologische Behandlung bei Depressionen. *Verhaltenstherapie*. 23(3):149–159.
- Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES (1984) *Interpersonal Psychotherapy of Depression.*, Basic Books, New York.
- Knüppel Lauener S, Imhof L (2016) Depression nach der Geburt – Screening und Assessment. *Hebamme*. 29(02):110–116.
- Kramer M, Kakuma R (2002) The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. World Health Organization (WHO) (Hrg.) URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67208/WHO_NHD_01.08.pdf [Stand: 12.08.2021, 11:44].
- Kühner C (2016) Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit: Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. *Nervenarzt*. 87(9):926–936.
- Kunze J, Wagner K, Fittig E (2016) Praktische Umsetzung eines integrierten Versorgungsmodells in der Mutter-Kind-Behandlung. *Nervenarzt*. 87(9):974–979.
- Lam E, Wittkowski A, Fox JR (2012) A qualitative study of the postpartum experience of Chinese women living in England. *J Reprod Infant Psychol*. 30(1):105–119.
- Lampard AM, Franckle RL, Davison KK (2014) Maternal depression and childhood obesity: a systematic review. *Prev Med*. 59:60–67.
- Lampert T, Prütz F, Rommel A, Kuntz B (2018) Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit*. 3(4):38–56.
- Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (Hrg.) (2010a) *Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009.*, München, Springer URL: https://www.researchgate.net/profile/gunter-laux/publication/311804940_versorgungsforschung_in_der_hausarztpraxis [Stand: 29.10.2021, 13:52].

- Leahy-Warren P, McCarthy G (2007) Postnatal depression: prevalence, mothers' perspectives, and treatments. *Arch Psychiatr Nurs.* 21(2):91–100.
- Learman LA (2018) Screening for Depression in Pregnancy and the Postpartum Period. *Clin Obstet Gynecol.* 61(3):525–532.
- Lecomte T, Potvin S, Corbière M, Guay S, Samson C, Cloutier B et al. (2020) Mobile Apps for Mental Health Issues: Meta-Review of Meta-Analyses. *JMIR Mhealth Uhealth.* 8(5):e17458.
- Leddy M, Haaga D, Gray J, Schulkin J (2011) Postpartum mental health screening and diagnosis by obstetrician-gynecologists. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 32(1):27–34.
- Lee DT, Jip AS, Leung TY, Chung TK (2000) Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J.* 6(4):349–354.
- Lee EW, Denison FC, Hor K, Reynolds RM (2016) Web-based interventions for prevention and treatment of perinatal mood disorders: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 16:38.
- Lefkovic E, Baji I, Rigo J (2014) Impact of maternal depression on pregnancies and on early attachment. *Infant Ment Health J.* 35(4):354–365.
- Leger J, Letourneau N (2015) New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies. *Health Soc Care Community.* 23(4):337–348.
- Leiferman JA, Dauber SE, Heisler K, Paulson JF (2008) Primary care physicians' beliefs and practices toward maternal depression. *J Womens Health (Larchmt).* 17(7):1143–1150.
- Leiferman JA, Dauber SE, Scott K, Heisler K, Paulson JF (2010) Predictors of Maternal Depression Management among Primary Care Physicians. *Depress Res Treat.*(1):671279.
- Leiner DJ (2020) SoSci Survey Version 3.2.27. URL: <https://www.socisurvey.de/>.
- Lentz N, Voigt F, Fakhrabadi R, Goecke TW (2015) Die Problematik der postpartalen Depression aus Sicht der Hebammen. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 219.
- Letourneau N, Duffett-Leger L, Stewart M, Hegadoren K, Dennis C-L, Rinaldi CM, Stoppard J (2007) Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 36(5):441–449.
- Letourneau N, Duffett-Leger L, Dennis C-L, Stewart M, Tryphonopoulos PD (2011) Identifying the support needs of fathers affected by post-partum depression: a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 18(1):41–47.
- Letourneau NL, Dennis C-L, Benzies K, Duffett-Leger L, Stewart M, Tryphonopoulos PD et al. (2012) Postpartum depression is a family affair: addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues Ment Health Nurs.* 33(7):445–457.
- Levis B, Benedetti A, Thombs BD (2019) Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ.* 365:l1476-l1476.
- Liberto TL (2012) Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: an integrated review. *J Pediatr Health Care.* 26(2):109–117.
- Lienert S, Endres M, Rexroth C (2019) Psychosomatische Grundversorgung in der Kinder- und Jugendmedizin. *Monatsschr Kinderheilkd.* 167(9):796–802.
- Lindahl V, Pearson JL, Colpe L (2005) Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health.* 8(2):77–87.
- Loew V (2021) Postpartale Depressionen – Zugänge zu Betroffenen über Kinder- und Jugendmediziner? Masterarbeit. MSH Medical School Hamburg.
- Luegmair K (2016) Auswirkung der postpartalen Depression von Frau und Mann auf die Elternschaft. *Hebamme.* 29(04):241–246.
- Mahon PB, Payne JL, MacKinnon DF, Mondimore FM, Goes FS, Schweizer B et al. (2009) Genome-wide linkage and follow-up association study of postpartum mood symptoms. *Am J Psychiatry.* 166(11):1229–1237.

- Mall V, Friedmann A (2016) Der Pädiatrische Anhaltsbogen zur Einschätzung von psychosozialen Unterstützungsbedarf (U3–U6). In: Frühe Hilfen in der Pädiatrie. V. Mall und A. Friedmann (Hrg.). 1. Aufl. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 125–148.
- Mangold A (2020) Ambulante ärztliche Versorgung im Spannungsfeld zwischen verpflichtendem Primärarztmodell und freier Arztwahl. In: Market Access im Gesundheitswesen. M. A. Pfannstiel, R. Jaeckel und P. Da-Cruz (Hrg.) Springer Gabler, Wiesbaden, 79–96.
- Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL (2003) Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt)*. 12(4):373–380.
- Martins C, Gaffan EA (2000) Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry*. 41(6):737–746.
- Matthey S (2010) Are we overpathologising motherhood? *J Affect Disord*. 120(1-3):263–266.
- Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E (2007) Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 36(6):542–549.
- McCabe JE, Wickberg B, Deberg J, Davila RC, Segre LS (2021) Listening Visits for maternal depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health*. 24(4):595–603.
- McCarthy M, McMahon C (2008) Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care Women Int*. 29(6):618–637.
- McCurdy AP, Boulé NG, Sivak A, Davenport MH (2017) Effects of Exercise on Mild-to-Moderate Depressive Symptoms in the Postpartum Period: A Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 129(6):1087–1097.
- McGarry J, Kim H, Sheng X, Egger M, Baksh L (2009) Postpartum depression and help-seeking behavior. *J Midwifery Womens Health*. 54(1):50–56.
- McIntosh J (1993) Postpartum depression: women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *J Adv Nurs*. 18(2):178–184.
- McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W (2006) The timing of maternal depressive symptoms and mothers' parenting practices with young children: implications for pediatric practice. *Pediatrics*. 118(1):e174-82.
- Meadows SO, McLanahan SS, Brooks-Gunn J (2007) Parental Depression and Anxiety and Early Childhood Behavior Problems Across Family Types. *J Marriage Fam*. 69(5):1162–1177.
- Megnin-Viggars O, Symington I, Howard LM, Pilling S (2015) Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Arch Womens Ment Health*. 18(6):745–759.
- Mehta D, Quast C, Fasching PA, Seifert A, Voigt F, Beckmann MW et al. (2012) The 5-HTTLPR polymorphism modulates the influence on environmental stressors on peripartum depression symptoms. *J Affect Disord*. 136(3):1192–1197.
- Mehta D, Grewen K, Pearson B, Wani S, Wallace L, Henders AK et al. (2021) Genome-wide gene expression changes in postpartum depression point towards an altered immune landscape. *Transl Psychiatry*. 11(1):155.
- Melchinger H (2009) Vertragsärztliche Versorgung psychisch Kranker: Ungleiche Chancen für Patienten. *Z Allg Med*. 85(6):247-253.
- Meltzer-Brody S (2011) New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues Clin Neurosci*. 13(1):89–100.
- Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenberger R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR et al. (2018a) Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet*. 392(10152):1058–1070.
- Meltzer-Brody S, Howard LM, Bergink V, Vigod S, Jones I, Munk-Olsen T et al. (2018b) Postpartum psychiatric disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 4:18022.
- Metzner F, Siefert S, Pawils S (2017) Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen : Ergebnisse einer bundesweiten, repräsentativen Befragung von niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl*. 60(2):163–170.

- Mikoteit T, Riecher-Rössler A (2010) Depression in der frühen Mutterschaft. *Ther Umsch.* 67(11):576–580.
- Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, Ericksen J, Leigh B, Buist A, Schembri C (2011) Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry.* 11:95.
- Miniati M, Callari A, Calugi S, Rucci P, Savino M, Mauri M, Dell'Osso L (2014) Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health.* 17(4):257–268.
- Misri S, Eng AB, Abizadeh J, Blackwell E, Spidel A, Oberlander TF (2013) Factors impacting decisions to decline or adhere to antidepressant medication in perinatal women with mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety.* 30(11):1129–1136.
- Molenaar NM, Kamperman AM, Boyce P, Bergink V (2018) Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. *Aust N Z J Psychiatry.* 52(4):320–327.
- Moraes GPdA, Lorenzo L, Pontes GAR, Montenegro MC, Cantilino A (2017) Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother.* 39(1):54–61.
- Myers ER, Aubuchon-Endsley N, Bastian LA, Gierisch JM, Kemper AR, Swamy GK et al. (2013) Comparative Effectiveness Review Number 106. Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. Rockville [Online im Internet] URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK137724/pdf/Bookshelf_NBK137724.pdf [Stand: 17.10.2021, 17:13].
- Nagel-Brotzler A, Brönner J, Hornstein C, Albani C (2005) Peripartale psychische Störungen - Früherkennung und multiprofessionelle Kooperation. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 209(2):51–58.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2014) Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. London [Online im Internet] URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-pdf-35109869806789> [Stand: 17.10.2021, 17:21].
- Noonan M, Doody O, Jomeen J, O'Regan A, Galvin R (2018) Family physicians perceived role in perinatal mental health: an integrative review. *BMC Fam Pract.* 19(1):154.
- Norhayati MN, Hazlina NHN, Asrenee AR, Emilin WMAW (2015) Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 175:34–52.
- O'Hara MW, Swain AM (1996) Rates and risk of postpartum depression - a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 8(1):37–54.
- O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A (2000) Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry.* 57(11):1039–1045.
- O'Hara MW, McCabe JE (2013) Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 9:379–407.
- O'Hara MW, Wisner KL (2014) Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 28(1):3–12.
- O'Hara MW, Engeldinger J (2018) Treatment of Postpartum Depression: Recommendations for the Clinician. *Clin Obstet Gynecol.* 61(3):604–614.
- Olson AL, Kemper KJ, Kelleher KJ, Hammond CS, Zuckerman BS, Dietrich AJ (2002) Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of maternal depression. *Pediatrics.* 110(6):1169–1176.
- O'Mahen HA, Flynn, HA (2008) Preferences and perceived barriers to treatment for depression during the perinatal period. *J Womens Health (Larchmt).* 17(8):1301–1309.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2021) Health Care Utilisation. Paris [Online im Internet] URL: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC [Stand: 04.09.2021, 09:31].
- Orsolini L, Bellantuono C (2015) Serotonin reuptake inhibitors and breastfeeding: a systematic review. *Hum Psychopharmacol.* 30(1):4–20.

- Pao C, Guintivano J, Santos H, Meltzer-Brody S (2019) Postpartum depression and social support in a racially and ethnically diverse population of women. *Arch Womens Ment Health*. 22(1):105–114.
- Park ER, Storfer-Isser A, Kelleher KJ, Stein REK, Heneghan AM, Chaudron L et al. (2007) In the Moment: Attitudinal Measure of Pediatrician Management of Maternal Depression. *Ambul Pediatr*. 7(3):239–246.
- Parvin A, Jones CE, Hull SA (2004) Experiences and understandings of social and emotional distress in the postnatal period among Bangladeshi women living in Tower Hamlets. *Fam Pract*. 21(3):254–260.
- Patel S, Wittkowski A, Fox JRE, Wieck A (2013) An exploration of illness beliefs in mothers with postnatal depression. *Midwifery*. 29(6):682–689.
- Patel V, Rahman A, Jacob KS, Hughes M (2004) Effect of maternal mental health on infant growth in low income countries: new evidence from South Asia. *BMJ*. 328(7443):820–823.
- Pawils S (o. D.) WebApp SmartMOMS - Hilfe bei Wochenbettdepression. Hamburg [Online im Internet] URL: <https://smart-moms.de/> [Stand: 17.10.2021, 14:25].
- Pawils S, Metzner F, Wendt C, Raus S, Shedden-Mora M, Wlodarczyk O, Härter M (2016) Patients with Postpartum Depression in Gynaecological Practices in Germany - Results of a Representative Survey of Local Gynaecologists about Diagnosis and Management. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 76(8):888–894.
- Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C (2009) Postpartum depression. *Am J Obstet Gynecol*. 200(4):357–364.
- Pearlstein TB, Zlotnick C, Battle CL, Stuart S, O'Hara MW, Price AB et al. (2006) Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. *Arch Womens Ment Health*. 9(6):303–308.
- Pereira AT, Marques M, Soares MJ, Maia BR, Bos S, Valente J et al. (2014) Profile of depressive symptoms in women in the perinatal and outside the perinatal period: similar or not? *J Affect Disord*. 166:71–78.
- Perry A, Gordon-Smith K, Jones L, Jones I (2021) Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sci*. 11(1):47.
- Pokorny S, Roose J (2020) Informationen & Recherchen. Die Eignung von Umfragemethoden. Methodische Einschätzung. Konrad-Adenauer-Stiftung (KAS) (Hrg.) Berlin [Online im Internet] URL: <https://www.kas.de/documents/252038/7995358/Die+Eignung+von+Umfragemethoden+%28pdf%29.pdf/930e07f3-f750-502b-fd48-a42b94914a4d?version=1.0&t=1605534848743> [Stand: 09.10.2021, 17:10].
- Prevatt B-S, Desmarais SL (2018) Facilitators and Barriers to Disclosure of Postpartum Mood Disorder Symptoms to a Healthcare Provider. *Matern Child Health J*. 22(1):120–129.
- Prevatt B-S, Lowder EM, Desmarais SL (2018) Peer-support intervention for postpartum depression: Participant satisfaction and program effectiveness. *Midwifery*. 64:38–47.
- Pritchett RV, Daley AJ, Jolly K (2017) Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms? a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 67(663):e684-e691.
- Putnick DL, Sundaram R, Bell EM, Ghassabian A, Goldstein RB, Robinson SL et al. (2020) Trajectories of Maternal Postpartum Depressive Symptoms. *Pediatrics*. 146(5):e20200857.
- Radesky JS, Zuckerman B, Silverstein M, Rivara FP, Barr M, Taylor JA et al. (2013) Inconsolable Infant Crying and Maternal Postpartum Depressive Symptoms. *Pediatrics*. 131(6):e1857-64.
- Radisch J, Büchtemann D, Kästner D, Kopke K, Moock J, Rössler W, Bramesfeld A (2013) Eine literatur- und expertengestützte Analyse der Versorgungspraxis von depressiv erkrankten Menschen in Deutschland. *Psychiat Prax*. 40:252–258.
- Rafferty J, Mattson G, Earls MF, Yogman MW (2019) Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice. *Pediatrics*. 143(1):e20183260.
- Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F (2007) Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: - a cohort study. *Arch Dis Child*. 92(1):24–28.

- Rattay P, Starker A, Domanska O, Butschalowsky H, Gutsche J, Kamtsiuris P, KiGGS Study Group (2014) Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsbl. 57(7):878–891.
- Reck C (o. D.) Heidelberger Postpartum Studie. Heidelberg [Online im Internet] URL: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/zentrum-fuer-psychosoziale-medizin-zpm/klinik-fuer-allgemeine-psychiatrie/forschung/ag-eltern-kind-studien/default-title/ag-eltern-kind-studien/abgeschlossene-studien/heidelberger-postpartum-studie/> [Stand: 03.09.2021, 11:42].
- Reck C, Weiss R, Fuchs T, Möhler E, Downing G, Mundt C (2004) Psychotherapie der postpartalen Depression Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt. Nervenarzt. 75(11):1068–1073.
- Reck C (2007) Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr.(56):234–244.
- Reck C, Struben K, Backenstrass M, Stefenelli U, Reinig K, Fuchs T et al. (2008) Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. Acta Psychiatr Scand. 118(6):459–468.
- Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C (2009) Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. J Affect Disord. 113(1-2):77–87.
- Reck C, Schlegel N (2016) Interaktionsorientierte Mutter-Kind-Psychotherapie im stationären Setting. In: Frühe Hilfen in der Pädiatrie. V. Mall und A. Friedmann (Hrg.). 1. Aufl. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 179–189.
- Redaktion Deutsches Ärzteblatt (2019) FDA lässt Medikament zur Behandlung der postpartalen Depression zu. Berlin [Online im Internet] URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/101837/FDA-laesst-Medikament-zur-Behandlung-der-postpartalen-Depression-zu> [Stand: 05.07.2021, 08:17].
- Rettig H, Schröder J, Zeller, M (2017) Familienhebammen als Mütterhebammen. Soz Passagen. 9:365–380.
- Reulbach U, Bleich S, Knörr J, Burger P, Fasching PA, Kornhuber J et al. (2009) Prä-, peri- und postpartale Depressivität. Erste Erkenntnisse aus FRAMES (Franconian Maternal Health Evaluation Studies). Fortschr Neurol Psychiat. 77(12):708–713.
- Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Sarjou AA (2020) Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. JOGNN. 49(2):127–136.
- Riecher-Rössler A (2006) Was ist postpartale Depression? In: Postpartale Depression. B. Wimmer-Puchinger und A. Riecher-Rössler (Hrg.) Springer, Wien, 11–20.
- Riecher-Rössler A (2012) Depressionen in der Postpartalzeit. In: Psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. A. Riecher-Rössler (Hrg.) Karger, Basel, 52–60.
- Riecher-Rössler A, Andreou C (2016) Postpartale Depression - Diagnostik und Therapie. Pädiatrie. 21(3):20–25.
- Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE (2004) Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. Gen Hosp Psychiatry. 26(4):289–295.
- Rohde A (2014) Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige.. 1. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 61.
- Rohde A, Hocke A, Meurers A, Dorsch V (2016) Peripartales Management bei psychischer Vorerkrankung : Strategien zur Rezidivprophylaxe nach der Entbindung. Nervenarzt. 87(9):980–988.
- Rohde A, Hocke A, Schaefer C (2018) Die Betreuung psychisch kranker Schwangerer. Lösbare Herausforderung in der frauenärztlichen Praxis. Gynäkologe. 51(2):86–93.
- Ross LE, Dennis C-L (2009) The Prevalence of Postpartum Depression among Women with Substance Use, an Abuse History, or Chronic Illness: A Systematic Review. J Womens Health (Larchmt). 18(4):475–486.

- Rundgren S, Brus O, Båve U, Landén M, Lundberg J, Nordanskog P, Nordenskjöld A (2018) Improvement of postpartum depression and psychosis after electroconvulsive therapy: A population-based study with a matched comparison group. *J Affect Disord.* 235:258–264.
- Russomagno S, Waldrop J (2019) Improving Postpartum Depression Screening and Referral in Pediatric Primary Care. *J Pediatr Health Care.* 33:e19-e27.
- Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A (2019) Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open.* 9(1):e024803.
- Sawyer A, Ayers S, Smith H (2010) Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: A systematic review. *J Affect Disord.* 123:17–29.
- Schaefer C, Dorsch V, Rohde A (2017) Psychopharmakotherapie und psychiatrische Begleitung in Schwangerschaft und Stillzeit. In: *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie.* H.-J. Möller, G. Laux und H.-P. Kapfhammer (Hrg.). 5. Aufl. Springer Verlag, Berlin, 2829–2847.
- Schatten & Licht e.V. Initiative peripartale psychische Erkrankungen (Schatten & Licht) (o. D.) Selbsthilfeorganisation zu peripartalen psychischen Erkrankungen. Welden [Online im Internet] URL: <https://schatten-und-licht.de/> [Stand: 23.06.2021, 14:45].
- Schiller CE, Meltzer-Brody S, Rubinow DR (2015) The Role of Reproductive Hormones in Postpartum Depression. *CNS Spectr.* 20(1):48–59.
- Schipper-Kochems S, Fehm T, Bizjak G, Fleitmann AK, Balan P, Hagenbeck C et al. (2019) Postpartum Depressive Disorder - Psychosomatic Aspects. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 79(4):375–382.
- Schmidtke C, Kuntz B, Starker A, Lampert T (2018) Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *J Health Monit.* 3(4):68–77.
- Schneider F, Falkai P, Maier W (2011) Versorgungssituation in Deutschland. In: *Psychiatrie 2020. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen.* F. Schneider, P. Falkai und W. Maier (Hrg.) Springer, Berlin, Heidelberg, 25–46.
- Schweizer Hebammenverband Sektion Bern (SHV Sektion Bern) (Hrg.) (2014) Empfehlungen für die Betreuung im frühen und späten Wochenbett. Bern [Online im Internet] URL: https://www.ostschweizer-hebammen.ch/wp-content/uploads/2016/02/14Empfehlungen_Wochenbett_Ostschweiz2.pdf [Stand: 17.10.2021, 23:52].
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2012) SIGN 127 - Management of perinatal mood disorders. A national clinical guideline. Edinburgh [Online im Internet] URL: https://www.sign.ac.uk/assets/sign127_update.pdf [Stand: 21.06.2021, 11:10].
- Seehusen DA, Baldwin L-M, Runkle GP, Clark G (2005) Are family physicians appropriately screening for postpartum depression? *J Am Board Fam Pract.* 18(2):104–112.
- Seeling S, Prütz F, Gutsche J (2018) Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit.* 3(4):57–67.
- Sharma V, Sharma P (2012) Postpartum Depression: Diagnostic and Treatment Issues. *J Obstet Gynaecol Can.* 34(5):436–442.
- Sharma V, Mazmanian D (2014) The DSM-5 peripartum specifier: prospects and pitfalls. *Arch Womens Ment Health.* 17(2):171–173.
- Shivakumar G, Brandon AR, Johnson NL, Freeman MP (2014) Screening to Treatment: Obstacles and Predictors in Perinatal Depression (STOP-PPD) in the Dallas Healthy Start program. *Arch Womens Ment Health.* 17(6):575–578.
- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS (2018) Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 104:235–248.
- Sidebottom AC, Hellerstedt WL, Harrison PA, Hennrikus D (2014) An examination of prenatal and postpartum depressive symptoms among women served by urban community health centers. *Arch Womens Ment Health.* 17(1):27–40.

- Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LA, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NM et al. (2017) Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *J Pediatr (Rio J)*. 93(4):356–364.
- Simon S (2017) Die ambulante Wochenbettbetreuung. Eine qualitative Studie zum Professionellen Handeln von Hebammen. Dissertation. Universität Witten/Herdecke.
- Simon S, Schnepf W, Sayn-Wittgenstein F zu (2017) Die berufliche Praxis von Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung: eine Literaturanalyse. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 221(1):12–24.
- Sit D, Luther J, Buysse D, Dills JL, Eng H, Okun M et al. (2015) Suicidal Ideation in Depressed Postpartum Women: Associations with Childhood Trauma, Sleep Disturbance and Anxiety. *J Psychiatr Res*. 66-67:95–104.
- Sit DK, Wisner KL (2009) The Identification of Postpartum Depression. *Clin Obstet Gynecol*. 52(3):456–468.
- Siu A, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson K, Ebell M et al. (2016) Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 315(4):380–387.
- Skorupa B (o. D.) Netzwerk zur Behandlung und Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen mit seelischen Problemen und psychosomatischen Beschwerden. Dresden [Online im Internet] URL: <https://www.schwangerschaft-wochenbett.de/> [Stand: 07.09.2021, 18:21].
- Śliwerski A, Kossakowska K, Jarecka K, Świtalska J, Bielawska-Batorowicz E (2020) The Effect of Maternal Depression on Infant Attachment: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 17(8):2675.
- Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O (2019) Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health (Lond)*. 15:1-55.
- Sokol LE, Epperson CN, Barber JP (2011) A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clin Psychol Rev*. 31(5):839–849.
- Sokol LE (2015) A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord*. 177:7–21.
- Sohr-Preston SL, Scaramella LV (2006) Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language Development. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 9(1):65–83.
- Sonnenmoser M (2007) Postpartale Depression. Vom Tief nach der Geburt. *Deutsches Ärzteblatt*.(2):82–83.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2021) Veränderung der Zahl der Lebendgeborenen zum jeweiligen Vorjahr. Wiesbaden [Online im Internet] URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-differenz.html> [Stand: 04.10.2021, 16:32].
- Stein A, Malmberg L-E, Sylva K, Barnes J, Leach P (2008) The influence of maternal depression, caregiving, and socioeconomic status in the post-natal year on children's language development. *Child Care Health Dev*. 34(5):603–612.
- Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M et al. (2014) Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 384:1800–1819.
- Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H (2016) Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med*. 14:463–472.
- Stewart DE, Vigod SN (2016) Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 375(22):2177–2186.
- Stewart DE, Vigod SN (2019) Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*. 70:183–196.
- Stewart RC (2007) Maternal depression and infant growth - a review of recent evidence. *Matern Child Nutr*. 3(2):94–107.
- Stoltzfus JC (2011) Logistic regression: a brief primer. *Acad Emerg Med*. 18(10):1099–1104.

- Stonawski V, Frey S, Golub Y, Moll GH, Heinrich H, Eichler A (2018) Affektive Belastungen der Mutter in der Schwangerschaft und assoziierte epigenetische Veränderungen beim Kind: Eine Übersicht. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 46(2):155–167.
- Stone SL, Diop H, Declercq E, Cabral HJ, Fox MP, Wise LA (2015) Stressful Events During Pregnancy and Postpartum Depressive Symptoms. *J Womens Health.* 24(5):384–393.
- Sword W, Busser D, Ganann R, McMillan T, Swinton M (2008) Women's Care-Seeking Experiences After Referral for Postpartum Depression. *Qual Health Res.* 18(9):1161–1173.
- Templeton L, Velleman R, Persaud A, Milner P (2003) The experiences of postnatal depression in women from black and minority ethnic communities in Wiltshire, UK. *Ethn Health.* 8(3):207–221.
- Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth B-M (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl.* 48(3):296–306.
- Thomas N, Sleath BL, Jackson E, West S, Gaynes B (2008) Survey of Characteristics and Treatment Preferences for Physicians Treating Postpartum Depression in the General Medical Setting. *Community Ment Health J.* 44:47–56.
- Thombs BD, Arthurs E, Coronado-Montoya S, Roseman M, Delisle VC, Leavens A et al. (2014) Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: A systematic review. *J Psychosom Res.* 76(6):433–446.
- Trautman S, Beesdo-Baum K (2017) Behandlung depressiver Störungen in der primärärztlichen Versorgung. Eine epidemiologische Querschnittstudie *Dtsch Arztebl Int.* 117(43):721–728.
- Turmes L, Hornstein C (2007) Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. *Nervenarzt.* 78:773-779.
- Turner K, Sharp D, Folkes L, Chew-Graham C (2008) Women's views and experiences of antidepressants as a treatment for postnatal depression: a qualitative study. *Fam Pract.* 25(6):450–455.
- van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, Haan M de, van Dyck R (2004) Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 26:184–189.
- van Ta Park M, Goyal D, Nguyen T, Lien H, Rosidi D (2017) Postpartum Traditions, Mental Health, and Help-Seeking Considerations Among Vietnamese American Women: a Mixed-Methods Pilot Study. *J Behav Health Serv Res.* 44(3):428–441.
- VanderKruik R, Barreix M, Chou D, Allen T, Say L, Cohen LS (2017) The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry.* 17:272.
- Verein Postpartale Depression Schweiz (o. D.) Website des Vereins Postpartale Depression Schweiz. Thalwil [Online im Internet] URL: <https://postpartale-depression.ch/> [Stand: 18.08.2021, 11:33].
- Vieira EdS, Caldeira NT, Eugênio DS, Di Lucca MM, Silva IA (2018) Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev Lat Am Enfermagem.* 26:e3035.
- Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE (2010) Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG.* 117(5):540–550.
- Vik T, Grote V, Escribano J, Socha J, Verduci E, Fritsch M et al. (2009) Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatr.* 98(8):1344–1348.
- Viktorin A, Meltzer-Brody S, Kuja-Halkola R, Sullivan P, Landén M, Lichtenstein P, Magnusson PK (2016) Heritability of Perinatal Depression and Genetic Overlap With Nonperinatal Depression. *Am J Psychiatry.* 173(2):158–165.
- Villegas L, McKay K, Dennis C-L, Ross LE (2011) Postpartum depression among rural women from developed and developing countries: a systematic review. *J Rural Health.* 27(3):278–288.
- Vliegen N, Casalin S, Luyten P (2014) The course of postpartum depression: a review of longitudinal studies. *Harv Rev Psychiatry.* 22(1):1–22.
- Wagner-Schelewsky P, Hering L (2019) Online-Befragung. In: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung.* N. Baur und J. Blasisus (Hrg.) Springer VS, Wiesbaden, 787–800.

- Waldrop J, Ledford A, Perry LC, Beeber LS (2018) Developing a Postpartum Depression Screening and Referral Procedure in Pediatric Primary Care. *J Pediatr Health Care*. 32(3):e67-e73.
- Walenzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R (2014) Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie - Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung. *Gesundheitswesen*. 76(3):135–146.
- Watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A (2011) Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 118(2 Pt 1):214–221.
- Watson H, Harrop D, Walton E, Young A, Soltani H (2019) A systematic review of ethnic minority women's experiences of perinatal mental health conditions and services in Europe. *PLoS One*. 14(1):e0210587.
- Webber E, Benedict J (2019) Postpartum depression: A multi-disciplinary approach to screening, management and breastfeeding support. *Arch Psychiatr Nurs*. 33(3):284–289.
- Webster J, Pritchard MA, Linnane JW, Roberts JA, Hinson JK, Starrenburg SE (2001) Postnatal depression: Use of health services and satisfaction with health-care providers. *J Qual Clin Practice*. 21(4):144–148.
- Wee KY, Skouteris H, Pier C, Richardson B, Milgrom J (2011) Correlates of ante- and postnatal depression in fathers: A systematic review. *J Affect Disord*. 130(3):358–377.
- Weidner K, Bittner A, Pirling S, Galle M, Junge-Hoffmeister J, Einsle F, Stöbel-Richter Y (2013) Was hält Schwangere gesund? Protektive Faktoren für postpartale Depression. *Z Psychosom Med Psychother*. 59:391–407.
- Weigelt U (2012) Die Rolle der Hausärzte. In: *Gesundheitssystem im Umbruch. Beiträge des Symposiums vom 23. bis 26. September 2011 in Cadenabbia*. V. Schumpelick, B. Vogel und Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. (Hrg.) Herder, Freiburg, Basel, Wien, 327–341.
- Weigl T (2019) Postpartale psychische Störungen und ihre Bedeutung für die Wochenbettbetreuung. *Hebamme*. 32(03):32–41.
- Weinbrenner N (2020) Postpartale Depression – Diagnostik im Rahmen der Wochenbettbetreuung durch Hebammen. *Med. Dissertation. Universität Hamburg*.
- Weissman A, Levy B, Hartz A, Bentler S, Donohue M, Ellingrod V, Wisner K (2004) Pooled Analysis of Antidepressant Levels in Lactating Mothers, Breast milk, and Nursing Infants. *Am J Psychiatry*. 161(6):1066–1078.
- Werner E, Miller M, Osborne L, Kuzava S, Monk C (2015) Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health*. 18(1):41–60.
- Wesseloo R, Kamperman A, Munk-Olsen T, Pop VJ, Kushner SA, Bergink V (2016) Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 173:117–127.
- Wessels M, Kaczynski A (2011) Zur Reformnotwendigkeit der Hebammenversorgung. *Hebamme*. 24(03):194–198.
- Westerhoff B, Trösken A, Renneberg B (2019) Online-Interventionen bei postpartaler Depression. *Verhaltenstherapie*. 29(4):254–265.
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS (1997) Case-Finding Instruments for Depression. Two Questions Are as Good as Many. *J Gen Intern Med*. 12:439–445.
- Wiecker A (2019) Begleitung von Frauen mit postpartalen psychischen Erkrankungen. *Hebamme*. 32(03):61–69.
- Wisner KL, Moses-Kolko EL, Sit DK (2010) Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Arch Womens Ment Health*. 13(1):37–40.
- Wisner KL, Sit DK, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL et al. (2013) Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. *JAMA Psychiatry*. 70(5):490–498.
- Wittkowski A, Zumla A, Glendenning S, Fox J (2011) The experience of postnatal depression in South Asian mothers living in Great Britain: a qualitative study. *J Reprod Infant Psychol*. 29(5):480–492.

- Womersley K, Ripullone K, Hirst JE (2021) Tackling inequality in maternal health: Beyond the postpartum. *Future Healthc J.* 8(1):31–35.
- Woolhouse H, Gartland D, Hegarty K, Donath S, Brown SJ (2012) Depressive symptoms and intimate partner violence in the 12 months after childbirth: a prospective pregnancy cohort study. *BJOG.* 119(3):315–323.
- Workman J, Barha CK, Galea LA (2012) Endocrine Substrates of Cognitive and Affective Changes During Pregnancy and Postpartum. *Behav Neurosci.* 126(1):54–72.
- World Health Organization (WHO) (2014) Knowledge Summary 31— Women’s & Children’s Health: Maternal Mental Health: why it matters and what countries with limited resources can do. URL: <https://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks31.pdf?ua=1> [Stand: 05.10.2021, 11:52].
- Wortmann-Fleischer S, Downing G, Hornstein C (2016) Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden. 2. überarb. u. erw (Störungsspezifische Psychotherapie), Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 1-30.
- Yawn BP, Dietrich A, Wollan P, Bertram S, Graham D, Huff J et al. (2012) TRIPPD: A Practice-Based Network Effectiveness Study of Postpartum Depression Screening and Management. *Ann Fam Med.* 10(4):320–329.
- Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C (2015) Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annu Rev Clin Psychol.* 11:99–137.
- Zajicek-Farber ML (2009) Postnatal Depression and Infant Health Practices Among High-Risk Women. *J Child Fam Stud.* 18(2):236–245.
- Zhao X-H, Zhang Z-H (2020) Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr.* 53:102353.

13 Anhang



Seite 01

Befragung von HausärztInnen zur Versorgungssituation von Frauen mit postpartaler Depression

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen der Allgemeinmedizin und der Inneren Medizin,

diese Onlineumfrage des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf dient der Erfassung der hausärztlichen Versorgungssituation von Frauen mit postpartaler Depression in Norddeutschland.

Ziel der Untersuchung ist der Erkenntnisgewinn über den aktuellen Umgang mit postpartal an Depression erkrankten Frauen und welche Empfehlungen Sie als praktizierende MedizinerInnen geben, um die Versorgung dieser Zielgruppe zu verbessern.

Wir möchten Sie daher dazu befragen, ob Sie in Ihrem Praxisalltag **Patientinnen mit postpartaler Depression** betreuen, wie Sie in solchen Fällen vorgehen und welche Schwierigkeiten oder auch Perspektiven Sie dabei sehen.

Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 10 Minuten beanspruchen. Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig. Ihnen entstehen in keiner Weise Nachteile, sollten Sie sich gegen eine Teilnahme entscheiden. Die Auswertung der Fragebögen erfolgt anonym.

Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie an der Befragung teilnehmen. Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, melden Sie sich gerne bei uns unter den unten genannten E-Mail-Adressen oder unter der Telefonnummer: 040 - 74105 - 3995.

Falls Sie in einer Gemeinschaftspraxis tätig sind, freuen wir uns, wenn Sie unsere Einladungs-E-Mail an interessierte KollegInnen weiterleiten.

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

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. Silke Pawils (Leiterin der Forschungsgruppe Prävention am Institut für Medizinische Psychologie, UKE) und Kornelia Döring (Doktorandin, UKE)

Einwilligung

Sie erklären sich damit einverstanden, dass die im Online-Fragebogen mitgeteilten Angaben („Forschungsdaten“) vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung erhoben, gespeichert, übermittelt und genutzt werden. Die Forschungsdaten werden mit wissenschaftlichen Methoden ausschließlich gruppenstatistisch ausgewertet, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person und Praxis möglich sind und für daraus hervorgehende Veröffentlichungen verwendet.

Die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung der Daten ist unwiderruflich, da nach Abschluss der Befragung aufgrund der anonymisierten Weiterverarbeitung der Daten keine teilnehmerbezogene Löschung mehr durchgeführt werden kann.

Die Forschungsergebnisse und Forschungsdaten werden zum Nachweis der guten wissenschaftlichen Praxis nach Projektabschluss für 10 Jahre beim Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf aufbewahrt und in einem Forschungsdatenzentrum archiviert.

Für weitere Hinweise bezüglich des Datenschutzes verweisen wir auf die ausführlichen [Datenschutzinformationen](#) auf unserer [Informationsseite](#).

- Ich bin einverstanden und möchte an der Studie teilnehmen.
- Ich bin nicht einverstanden.

Falls Sie die Bearbeitung des Fragebogens unterbrechen möchten, können Sie dies jederzeit machen, indem Sie unten links auf [Befragung unterbrechen](#) klicken.

[Datenschutzerklärung ausdrucken](#)

Beschreibung der postpartalen Depression

Die postpartale Depression (PPD) ist die häufigste psychische Störung im Wochenbett. Der Beginn der PPD erfolgt in der Regel eher schleichend innerhalb der ersten Wochen nach der Geburt und das klinische Bild entspricht dem einer depressiven Episode in anderen Lebensabschnitten. Charakteristisch ist der häufig vorliegende thematische Bezug der Gedanken zur Mutterrolle (z.B. Insuffizienz – oder Schuldgefühle als Mutter). Unbehandelt sind die Konsequenzen für Mutter und Kind weitreichend (Dorsch and Rohde 2016).

1. Haben Sie in Ihrer Praxis im letzten Jahr eine oder mehrere Patientinnen mit PPD behandelt?

- Ja
- Nein

2. Wie viele Patientinnen mit PPD haben Sie in Ihrer Praxis im letzten Jahr behandelt?

Geben Sie eine grobe Einschätzung an.

- 1 – 2
- 3 – 5
- 5 – 10
- > 10

Sollten Sie im letzten Jahr keine betroffenen Frauen in Ihrer Praxis behandelt haben, würden wir uns dennoch freuen, wenn Sie den Fragebogen weiter ausfüllen.

3. Fühlen Sie sich ausreichend über das Krankheitsbild der PPD informiert?

- Ja, ich habe ausreichend Wissen.
- Nein, ich hätte gerne mehr Wissen darüber.
- Ich halte umfangreiches Wissen über die PPD in meinem Tätigkeitsbereich für nicht notwendig.

4. Gehört die Erkennung einer PPD bei Ihren Patientinnen zu Ihrem originären Aufgabenbereich als Hausärzt*in?

- Ja, auf jeden Fall.
- Eher ja.
- Eher nein.
- Nein.

5. Wie hoch schätzen Sie die Prävalenz der PPD bei Frauen im Wochenbett in Deutschland?

Bitte geben Sie Ihre Schätzung in % an.

%

6. Kennen Sie die Empfehlungen der AWMF S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ für die Behandlung der PPD?

- Ja, sie sind mir bekannt.
- Nein, sie sind mir nicht bekannt.

Fragen zum Umgang mit Patientinnen mit Postpartaler Depression

7. Wie erfassen Sie Anzeichen einer postpartalen Depression bei von Ihnen behandelten Frauen?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Mithilfe eines Fragebogens
- Im Gespräch/Interview
- Durch andere Methoden:
- Ich erfasse keine Anzeichen einer PPD

8. Bei welchen Frauen erfassen Sie Anzeichen einer postpartalen Depression?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Bei jeder Frau in der Schwangerschaft.
- Bei jeder Frau nach der Geburt.
- Bei Frauen, die mir nach der Geburt depressiv erscheinen.
- Bei Frauen, die das Thema selbstständig ansprechen.
- Ich erfasse keine Anzeichen einer PPD
- Sonstiges:

9. Welche Maßnahmen ergreifen Sie bei Verdacht auf eine PPD? Mehrfachantworten sind möglich.

- Ich führe selbst eine Beratung durch.
- Ich vermittele die Frau an weiterführende Hilfs-/Beratungsangebote.
- Ich vermittele die Frau an eine Therapeut*in/ eine Klinik.
- Ich leite eine medikamentöse antidepressive Therapie ein.
- Ich biete psychosoziale Unterstützung z.B. durch eine Familienhebamme oder eine Haushaltshilfe an.
- Ich ergreife keine weiteren Maßnahmen, weil

10. Gelingt Ihnen die Vermittlung Ihrer Patientinnen an Hilfs- bzw. Beratungsangebote oder eine Therapie/Klinik?

- Ja, mir gelingt die Vermittlung meiner Patientinnen.
- Ich versuche die Frau weiter zu vermitteln, dies gelingt mir jedoch nicht immer.
-

11. Welche Barrieren liegen Ihrer Meinung nach bei der Beratung und Weitervermittlung von Frauen mit PPD vor?

Mehrfachantworten sind möglich.

Systembezogene Umstände

- die begrenzte Beratungszeit
- die geringe Vergütung der Beratung
- die fehlende Erstattung durch die Krankenkasse
- das Fehlen effektiver Behandlungsmöglichkeiten / schwierige Weitervermittlung
- die langen Wartezeiten für Psychotherapieplätze
- die unzureichende interdisziplinäre Zusammenarbeit z.B. mit Hebammen oder Gynäkolog*innen

Patientenbezogene Umstände

- Ablehnen / Nichtinanspruchnahme der Überweisung
- Fehlende Akzeptanz der Diagnose durch Patientin / Partner*in
- Angst vor Stigmatisierung
- Andere (z.B. somatische) Probleme stehen im Vordergrund

12. Welche Formen der Informationsvermittlung halten Sie für Ihre Patientinnen als geeignet?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Bücher/Literaturempfehlung
- Flyer
- Selbsthilfegruppen
- Verweise auf digitale Informationsangebote

13. Könnten Sie sich vorstellen, Ihren Patientinnen eine App zu empfehlen, über die sich diese weiter über die postpartale Depression informieren und z. B. einen Screening Fragebogen ausfüllen können?

Ja, das kann ich mir gut vorstellen.

Ich bin mir nicht sicher.

Bitte erläutern Sie kurz, was Sie verunsichert:

Nein, das kann ich mir nicht vorstellen.

Warum nicht?

Seite 08

Fragen zu Ihrer Praxis

14. In was für einer Praxis sind Sie tätig?

Einzelpraxis

Praxisgemeinschaft

Berufsausübungsgemeinschaft / Gemeinschaftspraxis

Medizinisches Versorgungszentrum

15. Arbeiten Sie in einer Praxis mit Kassenzulassung oder einer rein privatärztlichen Praxis?

kassenärztlich

rein privatärztlich

16. In welchem Bundesland liegt Ihre Praxis?

Hamburg

Schleswig-Holstein

Mecklenburg-Vorpommern

Niedersachsen

17. Wie würden Sie das Einzugsgebiet Ihrer Praxis beschreiben?

eher ländlich

eher städtisch

beides

Fragen zu Ihrer Person

18. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

weiblich

männlich

divers

19. Bitte ordnen Sie Ihr Alter in eine der angegebenen Kategorien ein.

unter 30

30 – 40

40 – 50

50 – 60

> 60 Jahre

20. Bitte geben Sie die Dauer Ihrer Berufstätigkeit in Jahren an.

21. Haben Sie Zusatzqualifikationen?

Ja

Welche?

Nein

Sie haben alle Fragen beantwortet. Wenn Sie auf „Weiter“ klicken, beenden Sie die Bearbeitung des Fragebogens und können keine Änderungen mehr vornehmen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Bei Rückfragen oder Anregungen können Sie uns gerne per E-Mail kontaktieren: Dr. Silke Pawils (s.pawils@uke.de) oder Kornelia Döring (kornelia.doering@stud.uke.uni-hamburg.de).

- Ich interessiere mich für die Ergebnisse dieser Studie und hätte gerne eine Zusammenfassung per E-Mail.

Schade, dass Sie nicht an der Befragung teilnehmen möchten.

Bitte geben Sie einen Grund an, warum Sie nicht teilnehmen.

- Ich habe keine Zeit.
- Diese Befragung ist für mich als HausärztIn nicht relevant.
- Ich nehme grundsätzlich nicht an Onlinebefragungen teil.
- Ich habe Datenschutzbedenken.

Sonstiges:

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

[PD Dr. Silke Pawils](#), [Leitung Forschungsgruppe Prävention](#), [Institut für Medizinische Psychologie](#),
[Kornelia Döring](#), Studierende an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg,
Doktorandin
[Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf](#)

Postpartale Depression – Onlinebefragung von HausärztInnen zur Versorgungssituation von betroffenen Frauen

Datenschutzinformationsblatt

1. Datenschutzrechtlich Verantwortliche

Die Datenverarbeitung erfolgt durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Körperschaft des öffentlichen Rechts, Martinistr. 52, 20246 Hamburg. Verantwortlich für die Verwendung der erhobenen Kontaktdaten und die Bearbeitung der im Online-Fragebogen erhobenen personenbezogenen Daten sind folgende Personen am UKE:

▪ **PD Dr. Silke Pawils**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Leitung der Forschungsgruppe Prävention im Kindes- und Jugendalter
Institut für Medizinische Psychologie
Tel.: 040/7410 53995
E-Mail: s.pawils@uke.de

▪ **Kornelia Döring**

Doktorandin, Medizinstudentin am UKE
E-Mail: kornelia.doering@stud.uke.uni-hamburg.de

2. Datenschutzinformationen bzgl. der zur Kontaktaufnahme verwendeten Daten

2.1 Quellen, der für die Kontaktaufnahme verwendeten personenbezogenen Daten

Die für die Kontaktaufnahme verwendeten personenbezogenen Daten stammen aus den folgenden Quellen:

- Datensatz des Adressanbieters SciTrace für die Bundesländer Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen
- Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
- Arztsuche der Ärztekammer Hamburg

Diese Daten wurden durch eine manuelle Online Recherche ergänzt, bei der weitere Kontaktdaten aus den **Webseiten** von Praxen (Rubriken: Kontakt, Datenschutzerklärung, Impressum) entnommen wurden.

2.2 Betroffene Kategorien personenbezogener Daten

Zur Kontaktaufnahme mit den HausärztInnen, werden die aus den obenstehenden Quellen stammenden E-Mail-Adressen verwendet, um eine Einladung zur Teilnahme an unserer Studie zu versenden.

2.3 Verarbeitungszweck und Rechtsgrundlagen

Das UKE verwendet die personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme mit potenziellen StudienteilnehmerInnen. Die Befragung erfolgt im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung am Institut für Medizinische Psychologie am UKE. Die Rechtsgrundlage für die Verwendung der Kontaktdaten bildet Art. 6 Abs. 1 lit. f. DSGVO. Die Verarbeitung der Kontaktdaten ist notwendig, um potenzielle StudienteilnehmerInnen zu kontaktieren, um durch unsere Studie einen Beitrag zur verbesserten Erkennung und Versorgung von Frauen mit PPD leisten zu können. Dieses berechnete Interesse überwiegt über die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Personen.

2.4 Empfänger der Daten

Die Empfängerinnen der Kontaktdaten sind die beiden unter 1. oben genannten Personen.

2.5 Speicherdauer

Die zur Kontaktaufnahme verwendeten Daten werden 3 Monate nach Abschluss der Befragung gelöscht.

3. Datenschutzinformationen bzgl. der mittels Fragebogen erhobenen Daten

3.1 Betroffene Kategorien personenbezogener Daten

Die Befragung erfolgt durch einen mit SoSci Survey erstellten Online-Fragebogen. In dem Fragebogen werden einige Angaben zu Ihrer Person und Praxis erhoben, wie etwa Ihr Geschlecht, Ihr Alter und das Einzugsgebiet Ihrer Praxis. Es werden jedoch keine unmittelbar personenidentifizierenden Daten wie Name, Vorname, Adressen o.ä. erhoben, auch die IP-Adressen der Teilnehmer werden nicht gespeichert. Es ist den kontaktierten Betroffenen freigestellt nicht an der Befragung teilzunehmen oder einzelne Fragen unbeantwortet zu lassen. Durch die Teilnahme an der Befragung erteilt der oder die Betroffene faktisch die Einwilligung in die weitere Verarbeitung eben dieser gewonnenen Daten. Am Ende der Befragung gibt es die Möglichkeit eine E-Mail-Adresse anzugeben, um über die Studienergebnisse informiert zu werden. Die Erhebung dieser E-Mail-Adresse erfolgt getrennt, sodass eine Zuordnung zur den im Fragebogen angegebenen Daten nicht möglich ist.

3.1 Verarbeitungszweck und Rechtsgrundlagen

Die im Online-Fragebogen mitgeteilten Angaben („Forschungsdaten“) werden vom UKE für die wissenschaftliche Forschung verwendet. Die Forschungsdaten werden mit wissenschaftlichen Methoden ausschließlich gruppenstatistisch ausgewertet, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind und für daraus hervorgehende Veröffentlichungen verwendet. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung der Forschungsdaten bildet Art. 6 Abs. 1 lit. a. DSGVO.

3.2 Empfänger der Daten

Die Hauptempfängerinnen der mittels Fragebogen erhobenen Daten sind die beiden unter 1. oben genannten Personen. Die Verantwortlichen behalten es sich jedoch vor bei Bedarf ggf. weitere wissenschaftliche MitarbeiterInnen des Instituts für medizinische Psychologie oder des Instituts für Medizinische Biometrie und Epidemiologie für die Auswertung der Forschungsdaten hinzuzuziehen.

3.3 Speicherdauer

Die Forschungsergebnisse und Forschungsdaten werden zum Nachweis der guten wissenschaftlichen Praxis nach Projektabschluss für 10 Jahre beim UKE aufbewahrt und in einem Forschungsdatenzentrum archiviert.

4. Betroffenenrechte

Die DSGVO sieht sog. Betroffenenrechte vor, d.h. Rechte, die Sie als im Einzelfall betroffene Person ausüben können. Diese Rechte können Sie gegenüber dem UKE geltend machen. Aufgrund der unterschiedlichen Verarbeitung der Kontaktdaten und der mittels Fragebogen erhobenen Daten variieren die Betroffenenrechte, die Sie geltend machen können. Grundsätzlich sieht die DSGVO folgende Betroffenenrechte vor:

- **Recht auf Auskunft:** Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen der klinischen Studie erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Aushändigen einer kostenfreien Kopie) (Artikel 15 DSGVO).
- **Recht auf Berichtigung:** Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Löschung:** Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Einschränkung der Verarbeitung:** Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, aber nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an Ihren Studienleiter oder an den Datenschutzbeauftragten des Prüfzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO).
- **Recht auf Datenübertragbarkeit:** Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie dem Verantwortlichen für die klinische Studie bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).

▪ **Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und Recht auf Widerruf dieser Einwilligung**

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Die Einwilligung ist freiwillig. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird jedoch die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Weder die Nicht-Teilnahme noch ein Widerruf haben für Sie Nachteile. Im Falle des Widerrufs müssen Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich gelöscht werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Es gibt allerdings Ausnahmen, nach denen die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erhobenen Daten weiterverarbeitet werden dürfen, z. B. wenn die weitere Datenverarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist (Art. 17 Abs. 3 b DSGVO).

Bzgl. der Kontaktdaten haben Sie als Betroffene das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Zudem steht Ihnen nach Art. 21 DSGVO ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung Ihrer Kontaktdaten aufgrund des berechtigten Interesses des UKEs zu. Durch die Teilnahme an der Online-Befragung stimmen Sie der Erhebung und Verarbeitung der Forschungsdaten zu.

Während der Kontaktaufnahme und der Erhebung der Forschungsdaten mit SoSci Survey verwenden wir einen pseudonymen Datenschutzmodus, das heißt, dass dem Teilnehmer eine eindeutige Personenkennung zugewiesen wird. Da diese Personenkennung jedoch treuhänderisch durch SoSci Survey verwaltet wird, können wir als Projektleiterinnen nach Abschluss der Befragung keine nachträgliche teilnehmerbezogene Löschung mehr durchführen, sodass Sie Ihre Betroffenenrechte bzgl. der Forschungsdaten nicht geltend machen können. Da aus diesem Grund ist die Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung der Daten aus dem Fragebogen unwiderruflich. Die Weiterverarbeitung der Forschungsdaten nach Abschluss der Befragung erfolgt anonym. Es ist den Betroffenen freigestellt aus datenschutzrechtlichen Bedenken nicht an der Befragung teilzunehmen und es entsteht Ihnen kein Nachteil.

5. Beschwerdemöglichkeiten

Wir unternehmen alles, um Ihre personenbezogenen Daten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zu verarbeiten. Sollten Sie Fragen zur Datenverarbeitung haben, können Sie sich für weitere Auskünfte an den Datenschutzbeauftragten des UKEs wenden:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

- Datenschutzbeauftragter -

Matthias Jaster

Martinistraße 52

20246 Hamburg

Tel.: 040/7410 56890

E-Mail: dsb@uke.de

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich auch an eine Aufsichtsbehörde mit einer Beschwerde zu wenden. Die Zuständigkeit einer Aufsichtsbehörde richtet sich u.a. nach dem Sitz der verantwortlichen Stelle, dem Bundesland Ihres Aufenthaltsortes, Ihres Arbeitsplatzes oder des mutmaßlichen Datenschutzverstößes.

Für das UKE zuständig ist:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit

Ludwig-Erhard-Straße 22

20459 Hamburg

Tel.: 040/42854 4040

Fax.: 040/42854 4000

E-Mail: mailbox@datenschutz.hamburg.de

Website: <https://www.datenschutz-hamburg.de>

Ergänzende Tabellen zu den Ergebnissen

Tabelle 13: Kreuztabelle der Variablen Geschlecht und Leitlinienkenntnis, N = 192.

Geschlecht der Hausärzt:innen		Kenntnis der AWMF-Leitlinienempfehlungen		
		Nein	Ja	Gesamt
Männlich	Anzahl	75	12	87
	Anteil in %	86,2%	13,8%	100,0%
Weiblich	Anzahl	79	26	105
	Anteil in %	75,2%	24,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	154	38	192

Tabelle 14: Kreuztabelle der Variablen Leitlinienkenntnis und Behandlung von PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate, N = 192.

Leitlinienkenntnis		Behandlung von Patientinnen mit PPD innerhalb der letzten 12 Monate		
		Ja	Nein	Gesamt
Nein	Anzahl	57	97	154
	Anteil in %	37,0%	63,0%	100,0%
Ja	Anzahl	24	14	38
	Anteil in %	63,2%	36,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	81	111	192

Tabelle 15: Kreuztabelle der Variablen Verantwortungsgefühl und Behandlung von PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate, N = 205.

Verantwortungsgefühl		Behandlung von Patientinnen mit PPD innerhalb der letzten 12 Monate		
		Ja	Nein	Gesamt
Nein und Eher nein	Anzahl	5	37	42
	Anteil in %	11,9%	88,1%	100,0%
Eher ja	Anzahl	30	41	71
	Anteil in %	42,3%	57,7%	100,0%
Ja, auf jeden Fall	Anzahl	48	44	92
	Anteil in %	52,2%	47,8%	100,0%
Gesamt	Anzahl	83	122	205

Tabelle 16: Einflussfaktoren auf das beobachtete Vorkommen von PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate: Bedeutung der Leitlinienkenntnis, des Wissensstandes und des Verantwortungsgefühls.

	Chi-2 nach Pearson	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Phi	OR	95%-KI
Kenntnis der AWMF-Empfehlungen					
▶ Ja	8,542	0,003	0,211	2,917	[1,398 –6,089]
▶ Nein				0,343	[0,164-0,715]
Ausreichend Wissen über PPD	5,078	0,024	0,157	1,906	[1,085-3,350]
Starkes Verantwortungsgefühl für die Erkennung der PPD	9,640	0,002	0,215	2,431	[1,373-4,304]

Tabelle 17: Kreuztabelle der Variablen Einzugsgebiet und Wissensstand; N = 192.

Einzugsgebiet		Wissensstand unter den Hausärzt:innen			Gesamt
		Ja, ich habe ausreichend Wissen.	Nein, ich hätte gerne mehr Wissen darüber.	Ich halte umfangreiches Wissen über PPD in meinem Tätigkeitsbereich für nicht notwendig	
Eher städtisch	Anzahl	34	24	4	62
	Anteil in %	54,8%	38,7%	6,5%	100,0%
Beides	Anzahl	24	17	8	49
	Anteil in %	49,0%	34,7%	16,3%	100,0%
Eher ländlich	Anzahl	30	46	5	81
	Anteil in %	37,0%	56,8%	6,2%	100,0%
Gesamt	Anzahl	88	87	17	192

Tabelle 18: Kreuztabelle zwischen den Variablen Alterskategorien und Wissensstand; N = 194.

Alterskategorien		Wissensstand unter den Hausärzt:innen			Gesamt
		Ja, ich habe ausreichend Wissen.	Nein, ich hätte gerne mehr Wissen darüber.	Ich halte umfangreiches Wissen über PPD in meinem Tätigkeitsbereich für nicht notwendig.	
30-40 Jahre	Anzahl	12	6	1	19
	Anteil in %	63,2%	31,6%	5,3%	100,0%
40-50 Jahre	Anzahl	17	28	3	48
	Anteil in %	35,4%	58,3%	6,3%	100,0%
50-60 Jahre	Anzahl	39	36	7	82
	Anteil in %	47,6%	43,9%	8,5%	100,0%
5 > 60 Jahre	Anzahl	21	17	7	45
	Anteil in %	46,7%	37,8%	15,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	89	87	18	194

Tabelle 19: Kreuztabelle der Variablen Geschlecht und Wissensstand; N = 193.

Geschlecht	Wissensstand			Gesamt
	Ja, ich habe ausreichend Wissen.	Nein, ich hätte gerne mehr Wissen darüber.	Ich halte umfangreiches Wissen über PPD in meinem Tätigkeitsbereich für nicht notwendig.	
Männlich	38	37	12	87
Weiblich	50	50	6	106
Gesamt	88	87	18	193

Tabelle 20: Kreuztabelle der Variablen Altersgruppen und Geschlecht; N = 193.

Altersgruppen		Geschlecht der Hausärzt:innen		
		Männlich	Weiblich	Gesamt
≥ 50 Jahre	Anzahl	68	58	126
	Prozentualer Anteil des jeweiligen Geschlechts in der Altersgruppe der > 50-Jährigen	54,0%	46,0%	100,0%
30-50 Jahre	Anzahl	19	48	67
	Prozentualer Anteil des jeweiligen Geschlechts in der Altersgruppe der 30-50-Jährigen	28,4%	71,6%	100,0%
Gesamt	Anzahl	87	106	193

Tabelle 21: Kreuztabelle der Variablen Einzugsgebiet und Anzahl der PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate; N = 81.

Einzugsgebiet		Anzahl der PPD-Patientinnen innerhalb der letzten 12 Monate		
		1–2 Patientinnen	> 2 Patientinnen	Gesamt
Eher städtisch	Anzahl	19	6	25
	Prozentualer Anteil der eher städtisch praktizierenden Hausärzt:innen in der jeweiligen Subgruppe	31,7 %	28,6 %	30,9 %
Beides	Anzahl	16	5	21
	Prozentualer Anteil der in „beides“ praktizierenden Hausärzt:innen in der jeweiligen Subgruppe	26,7 %	23,8 %	25,9 %
Eher ländlich	Anzahl	25	10	35
	Prozentualer Anteil der eher ländlich praktizierenden Hausärzt:innen in der jeweiligen Subgruppe	41,7 %	47,6 %	43,2 %
Gesamt	Anzahl	60	21	81
	Summe in %	100 %	100 %	100 %

Tabelle 22: Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test der Variablen P-Zusatzqualifikation und Screeningverhalten; N = 184.

P-Zusatzqualifikation	Systematisches Screening		
	Nein, nur bei konkretem Verdacht oder grundsätzlich keine Erfassung	Ja, systematische Erfassung bei jeder Frau nach der Geburt	Gesamt
Nein	96	21	117
Ja	57	10	67
Gesamt	153	31	184

Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests: $\chi^2 = 0,278$; asymptotische Signifikanz (zweiseitig) 0,598; Phi: - 0,039

Tabelle 23: Übersicht über die unabhängigen Variablen im logistischen Regressionsmodell und die abhängige Variable Screeningverhalten.

Abhängige Variable	Werteausprägungen
Screeningverhalten	0 = Nein, Erfassung von Anzeichen einer PPD nur bei konkretem Verdacht oder grundsätzlich keine Erfassung 1 = Ja, systematische Erfassung bei jeder Frau nach der Geburt
Unabhängige Variablen	Anzahl der Werteausprägungen und Prädiktoren
Geschlecht	0 = männlich 1 = weiblich } 1 Prädiktor
Alter	0 = > 60 Jahre 1 = 50 bis 60 Jahre 2 = 40 bis 50 Jahre 3 = 30 bis 40 Jahre } 3 Prädiktoren
Einzugsgebiet	0 = eher städtisch 1 = beides 2 = eher ländlich } 2 Prädiktoren
Zusatzqualifikation	0 = keine Zusatzqualifikation 1 = Zusatzqualifikation aus einem anderen Bereich, keine psychosomatische oder psychotherapeutische Zusatzqualifikation 2 = psychosomatische oder psychotherapeutische Zusatzqualifikation } 2 Prädiktoren

Tabelle 24: Einfluss des Erwerbs einer P-Zusatzqualifikation auf das Verantwortungsgefühl, den Wissensstand und die Leitlinienkenntnis.

Unab. Variable	Abh. Variable	Chi-2 nach Pearson	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Phi	OR	95%-KI
Erwerb einer P-Zusatzqualifikation	▶ Starkes Verantwortungsgefühl	9,471	0,002	0,223	2,578	[1,401 – 4,744]
	▶ Ausreichender Wissensstand	12,518	< 0,001	0,256	2,981	[1,613 – 5,512]
	▶ Leitlinienkenntnis	2,865	0,091	0,122	1,854	[0,902 – 3,812]

14 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen Menschen bedanken, die mich während der Arbeit an dieser Dissertation unterstützt haben.

Mein Dank gilt zunächst meiner Doktormutter Frau PD Dr. Silke Pawils, für ihre freundliche Betreuung, die wertvollen Anmerkungen und motivierenden Gespräche, die gute Erreichbarkeit und die ansteckende Begeisterung für das Thema Kinderschutz und peripartale mentale Gesundheit.

Ohne die aktive Teilnahme der norddeutschen Hausärzt:innen wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen, Ihnen allen danke ich für die Zeit, die Sie sich für die Teilnahme an der Befragung genommen haben.

Für die freundliche Anleitung im SPPS-Kurs und die Unterstützung bei der Planung der statistischen Auswertung möchte ich Hans-Peter Brose und Ph. D. Ann-Kathrin Ozga vom Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie am UKE danken.

Ein besonderer Dank gilt an dieser Stelle der Studienstiftung des Deutschen Volkes, die mich während des gesamten Studiums in meinen Zielen unterstützt hat. Weiterhin möchte ich allen Mitarbeiter:innen aus dem Krankenhaus Hospital Municipal Camiri in Bolivien dafür danken, dass ich durch sie während des Freiwilligen Sozialen Jahres meine Begeisterung für den Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe entdeckt habe. Die Dissertation zur Versorgung der Postpartalen Depression hat es mir ermöglicht diese Begeisterung mit meinem Interesse an der Psychiatrie zu verbinden.

Zuletzt möchte ich mich von ganzem Herzen bei meiner Familie und meinen Freund:innen bedanken. Danke für eure aufmunternden Worte, die anregenden Gespräche und die unermüdliche Unterstützung. Ein besonderer Dank geht dabei an meine Eltern und Nora, Klara und Lena für die liebevolle Begleitung während dieser ganzen Zeit.

15 Lebenslauf

Lebenslauf entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen.

16 Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: