



Hochschule
Zittau/Görlitz
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**Ambulante und (teil-) stationäre Versorgungsstrukturen für
Mütter und Väter mit postpartalen Depressionen im
Freistaat Sachsen**

Eine empirische Untersuchung

Bachelorarbeit

an der Hochschule Zittau/Görlitz

Fakultät Management und Kulturwissenschaften

Studiengang:

Management im Gesundheitswesen (Bachelor)

Name: Stefanie Ziesche
Matrikelnummer: 217647
Erstprüfer: Prof. Dr. rer. pol. Jörg Saatkamp
Zweitprüfer: Knut Köhler M.A.
(Sächsische Landesärztekammer)
Abgabedatum: 25.01.2024

Eidesstaatliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbstständig angefertigt, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.“

Eutrich, 25.01.2024

Ort, Datum

Ziesche

Vorname Nachname

Gender Erklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Executive Summary

Der Zugang zu einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ist in Deutschland nicht flächendeckend möglich. Zwar ist ein Anstieg an Arztsitzen verzeichnet, der steigende Bedarf an adäquater Versorgung kann damit aber nicht gedeckt werden. Insbesondere die langen Wartezeiten führen zu einem verzögerten Behandlungsbeginn. Leidet ein Elternteil nach der Geburt an einer psychischen Erkrankung ist die unverzügliche Einleitung von Interventionsmaßnahmen jedoch unabdingbar. Ohne Behandlung drohen gesundheitliche und psychische Folgen für Betroffene und das Kind. Besonders im stationären und teilstationären Bereich ist die gemeinsame Unterbringung mit dem Säugling nötig, um die Mutter-Kind-Bindung zu fördern. Diese Möglichkeit ist in Deutschland nicht flächendeckend gegeben.

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die allgemeine Versorgungslage für Eltern mit postpartalen Depressionen in Sachsen zu untersuchen und mögliche Ansätze zur Verbesserung der gegenwärtigen Situation darzustellen. Es wird der Bedarf an spezialisierten Maßnahmen und die Relevanz des kindlichen Einbezugs überprüft, jeweils im ambulanten, teilstationären und stationären Setting.

Aus dem aktuellen Forschungsstand wurden Hypothesen anhand definierter Kriterien und Einflussfaktoren abgeleitet und anschließend empirisch untersucht. Als Untersuchungsgegenstand dienen zwei standardisierte Fragebögen. Im ambulanten Bereich wurden Psychiater, (Psychologische) Psychotherapeuten, Psychosomatiker, Allgemeinmediziner und Gynäkologen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie einbezogen. Für die (teil-) stationäre Befragung wurden Ärzte aus Kliniken in Sachsen befragt.

Laut den Untersuchungsergebnissen schätzt die Mehrheit der Teilnehmer die allgemeine Versorgungslage eher schlecht ein. Wohingegen ambulant tätige Probanden eine Tendenz zu hoher Relevanz des kindlichen Einbezugs angeben, wird dieser Aspekt im (teil-) stationären Setting als sehr relevant eingeschätzt. Aus den Angaben ist anzunehmen, dass die Bedarfsdeckung für die Zielgruppe in keinem der Bereiche vorliegt. Im ambulanten Bereich plädieren die Teilnehmer besonders für den Ausbau psychotherapeutischer und psychiatrischer Versorgungsangebote und die Vernetzung an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen. Diesen Aspekt führen auch Probanden aus dem klinischen Bereich an. Zudem ist eine Anpassung der Vergütungsstruktur notwendig, um die Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen bei Implementierung von Eltern-Kind-Behandlungsmöglichkeiten aufrecht zu erhalten.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstaatliche Erklärung	II
Gender Erklärung.....	III
Executive Summary.....	IV
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	X
Abkürzungsverzeichnis.....	XI
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung und Relevanz der Arbeit	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit	2
1.3 Struktur und Aufbau der Arbeit.....	3
2 Theoretische Grundlagen	4
2.1 Krankheitsbild postpartale Depression	4
2.2 Diagnostik.....	4
2.3 Bindungsassoziierte und entwicklungsrelevante Auswirkungen	6
2.3 Allgemeine Versorgungslage	6
2.3.1 Ambulante Versorgungsstrukturen.....	6
2.3.2 Teilstationäre und stationäre Versorgung	9
3 Stand der Forschung und Forschungsfragen	10
3.1 Versorgung im ambulanten Bereich	10
3.2 Versorgung im teilstationären und stationären Bereich	15
4 Das Untersuchungsmodell – explorativ und explanativ	21
4.1 Setting-spezifische Einflussfaktoren auf den Zugang zur Behandlung	21
4.2 Hypothesen des explanativen Untersuchungsmodells	24
4.2.1 Hypothesen zu den Einflüssen der Versorgungslage.....	24
4.2.2 Hypothesen zu den Einflüssen des kindlichen Einbezugs	26
4.2.3 Hypothesen zu den Einflüssen der stationären Gegebenheiten.....	26
4.2.4 Hypothesen zu den Einflüssen der strukturellen Rahmenbedingungen ..	27
4.3 Explorativer Untersuchungsteil	27
4.4 Definition des Untersuchungsmodells	28

5 Methodik.....	30
5.1 Auswahl der Datenerhebungsmethode	30
5.2 Definition der Stichprobe.....	31
5.3 Gestaltung des Erhebungsinstrumentes	33
5.4 Durchführung und Ablauf der Untersuchung	34
5.5 Auswertung der Untersuchung	34
6 Ergebnisse	36
6.1 Einschätzung der regionalen Versorgungssituation	36
6.1.1 Ambulante Versorgung.....	36
6.1.2 Teilstationäre und stationäre Versorgung	39
6.2 Einschätzung der Notwendigkeit des kindlichen Einbezugs	40
6.2.1 Ambulante Versorgung.....	40
6.2.2 Teilstationäre und stationäre Versorgung	41
6.3 Behandlung postpartaler Depressionen	42
6.3.1 Behandlungsangebot im ambulanten Bereich.....	42
6.3.2 Anzahl behandelter Fälle.....	43
6.3.3 Bedarfsdeckung durch ambulante Behandlung.....	44
6.3.4 Behandlungsangebot im teilstationären und stationären Bereich.....	45
6.3.5 Anzahl behandelter Fälle.....	45
6.4 Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn	46
6.4.1 Ambulantes Setting	46
6.4.2 Teilstationäres und stationäres Setting	49
6.5 Einbezug des Kindes in die Behandlung.....	50
6.5.1 Ambulante Therapie mit Begleitung	51
6.5.2 Kontraindikationen ambulanter kindlicher Begleitung	52
6.5.3 Teilstationäre und stationäre Therapie mit Begleitung	53
6.5.4 Bedarfsdeckung durch stationäre Eltern-Kind-Einheiten	54
6.5.5 Kontraindikationen (teil-) stationärer Begleitung.....	55
6.5.6 Vergütungslage	57
6.6 Eltern-Kind-Einheiten im stationären Bereich.....	58

6.6.1 Einschätzung der Wirtschaftlichkeit	58
6.6.2 Indikationen für Mitaufnahme des Kindes.....	58
6.7 Strukturmaßnahmen zur Regulation des Versorgungsangebots	59
6.7.1 Subjektive Einschätzung ambulanter Anforderungen.....	60
6.7.2 Subjektive Einschätzung teilstationärer und stationärer Anforderungen .	61
6.8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit anderen Studien.....	62
6.8.1 Ambulanter Bereich	62
6.8.2 Stationärer und teilstationärer Bereich	63
7 Fazit und Ausblick	65
Literaturverzeichnis.....	XII
Anhang.....	XX
Internetquellen.....	XX
Fragebögen	XXXIII
Ergänzende Ergebnisse der Befragung.....	XXXIX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur der Arbeit.....	3
Abbildung 2: Verlaufsaspekte depressiver Episoden nach ICD	5
Abbildung 3: Modell der Einflussfaktoren auf den Zugang zur jeweiligen Behandlungsart.....	22
Abbildung 4: Untersuchungsmodell mit explanativen und explorativen Anteilen	29
Abbildung 5: Rücklaufquoten der Berufsgruppen	34
Abbildung 6: Rücklaufquoten der Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens.....	35
Abbildung 7: Einschätzung der Versorgungslage aller Teilnehmer in praktizierender Region.....	37
Abbildung 8: Einschätzung der stationären und teilstationären Versorgungslage in der eigenen Region	40
Abbildung 9: Relevanz des kindlichen Einbezugs in die ambulante Behandlung	41
Abbildung 10: Relevanz des kindlichen Einbezugs in die stationäre/teilstationäre Behandlung	42
Abbildung 11: Anzahl ambulant behandelter Fälle mit PPD im letzten Jahr nach Geschlecht	43
Abbildung 12: Notwendigkeit der stationären Überweisung - Anzahl der Fälle.....	45
Abbildung 13: Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn im ambulanten Bereich	47
Abbildung 14: Wartezeit bis zum teilstationären Behandlungsbeginn.....	50
Abbildung 15: Einbezug des Kindes in die ambulante Behandlung	51
Abbildung 16: Kontraindikationen für kindlichen Einbezug.....	53
Abbildung 17: Teilstationäre und stationäre Behandlung in Begleitung des Kindes	54
Abbildung 18: Bedarf an stationären Behandlungsplätzen - subjektive Einschätzung	55
Abbildung 19: Kontraindikationen kindlicher Begleitung im stationären und teilstationären Bereich	56
Abbildung 20: Indikationen für eine Eltern-Kind-Einheit	59
Abbildung 21: Ist-Wert an Psychotherapeuten/100.000 Einwohner.....	XXIX
Abbildung 22: Soll-Wert an Psychotherapeuten/100.000 Einwohner.....	XXIX
Abbildung 23: Ärztliche Psychotherapeuten/100.000 Einwohner.....	XXX
Abbildung 24: Psychologische Psychotherapeuten/ 100.000 Einwohner	XXXI
Abbildung 25: Behandlungsoptionen - ambulant	XXXIX
Abbildung 26: Behandlungsoptionen- (teil-) stationär	XL
Abbildung 27: Einbezug des Kindes in die ambulante Behandlung – nach Berufsgruppen	XL

Abbildung 28: Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Eltern-Kind-Einheiten.....	XLI
Abbildung 29: Ablehnung von Patienten aus anderen Versorgungsgebieten – ambulant	XLI
Abbildung 30: Ablehnung von Patienten aus anderen Versorgungsgebieten - teilstationär.....	XLI
Abbildung 31: Durchschnittliche, ambulante Behandlungsdauer in Wochen.....	XLII
Abbildung 32: Behandlungsdauer in Wochen – stationär.....	XLII
Abbildung 33: Behandlungsdauer in Wochen – teilstationär	XLII
Abbildung 34: Möglichkeit der Mitaufnahme des Kindes bei stationärer Überweisung	XLIII
Abbildung 35: Zukünftige Planung der Einrichtung einer Eltern-Kind-Einheit.....	XLIII
Abbildung 36: Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze pro Jahr und Einrichtung	XLIV
Abbildung 37: Übernahme der Behandlung bis zum teilstationären Behandlungsbeginn - nach Berufsgruppe/Einheit.....	XLIV

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stand der Forschung (Teil 1/4) - ambulanter Bereich	13
Tabelle 2: Stand der Forschung (Teil 2/4) - ambulanter Bereich	14
Tabelle 3: Stand der Forschung (Teil 3/4) - (teil-) stationärer Bereich	19
Tabelle 4: Stand der Forschung (Teil 4/4) - (teil-) stationärer Bereich	20
Tabelle 5: Anzahl befragter Einrichtungen und beantworteter Fragebögen nach Region	35
Tabelle 6: Kreuztabelle praktizierender Ort*Versorgungslage	38
Tabelle 7: Chi ² -Unabhängigkeitstest (Ort*Versorgungslage)	38
Tabelle 8: Anzahl behandelte Fälle der jeweiligen Einrichtung - nach Geschlecht .	46
Tabelle 9: Kreuztabelle Beruf*Wartezeit	48
Tabelle 10: Chi ² -Test Beruf*Wartezeit	48
Tabelle 11: Kreuztabelle Wartezeiten*Region	49
Tabelle 12: Chi ² -Test Wartezeiten*Region	49
Tabelle 13: Kreuztabelle kindlicher Einbezug*Relevanz des Einbezugs	52
Tabelle 14: Signifikanztest kindlicher Einbezug*Relevanz des Einbezugs	52
Tabelle 15: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung - ambulanter Bereich .	60
Tabelle 16: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage - stationärer Bereich	61
Tabelle 17: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage - teilstationärer Bereich	62
Tabelle 18: Regionale Einschätzung der Versorgungslage - nach Landkreisen und kreisfreien Städten	XXXIX

Abkürzungsverzeichnis

BKiSchG	= Bundeskinderschutzgesetz
BPtK	= Bundespsychotherapeutenkammer
DPTV	= Deutsche PsychotherapeutenVereinigung
EKE	= Eltern-Kind-Einheit
EPDS	= Edinburgh Postnatale Depression Skala
GBA	= Gemeinsamer Bundesausschuss
Ggf.	= Gegebenenfalls
ICD 10	= International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KVS	= Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
MBU	= Mother-Baby-Unit
MKE	= Mutter-Kind-Einheit
MW	= Mittelwert
OECD	= Organisation for Economic Co-operation and Development Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OPS	= Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	= Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	= Psychiatrische Institutambulanz
PP	= Psychologische Psychotherapie
PT	= Psychotherapie
PPD	= Postpartale Depression
RKI	= Robert Koch-Institut
SD	= Standardabweichung
SGB	= Sozialgesetzbuch
z.B.	= zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Relevanz der Arbeit

„Fünf Tage nach der Geburt stellten Familienangehörige erste psychische Veränderungen bei der Patientin fest. (...) Am 10. Tag nach der Geburt fanden Familienangehörige das Neugeborene unbekleidet und leblos in der mit Wasser gefüllten Badewanne liegend vor. (...) Sie habe geglaubt, dass dem Kind eine schreckliche Zukunft bevorstehe.“¹

Einer Mutter nach der Geburt in einer psychischen Krise zu begegnen, deckt sich nicht mit dem idealen „Mutterbild“, was insbesondere durch Medien vermittelt wird.² Dabei sind postpartal auftretende, psychische Erkrankungen keine Seltenheit. Nach der Geburt durchlebt etwa die Hälfte aller Mütter eine kurze depressive Verstimmung. Besonders klinisch relevant ist die Situation, wenn die entsprechende Symptomatik bestehen bleibt und eine postpartale Depression (PPD) entsteht, die am häufigsten auftretende, psychische Erkrankung der Postpartalzeit.³ Die Prävalenzrate dieser Erkrankung liegt bei 10-15% aller Mütter⁴ und bei bis zu 10% der Väter.⁵ Laut Statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2022 738.819 Kinder geboren.⁶ Ausgehend von den Prävalenzraten waren in diesem Jahr schätzungsweise 73.881-110.822 Mütter und bis zu 73.881 Väter von einer postpartalen Depression betroffen.⁷ Es ist von einer weitaus höheren Dunkelziffer auszugehen. Insbesondere Schuld- und Schamgefühle hemmen die Diagnosestellung.⁸ In Deutschland liegen derzeit nur wenige Kenntnisse über Erkrankungshäufigkeiten und die Inanspruchnahme von Behandlungsmöglichkeiten vor.⁹

Die Basis der Versorgung psychisch Erkrankter ist das Gesundheitssystem, finanziert nach dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V).¹⁰ Zwar sind zahlreiche ambulante Behandlungsmöglichkeiten gegeben, jedoch wird die Versorgungslage durch regionale Unterschiede geschwächt.¹¹ Zielgruppenspezifische Therapien stehen nicht ausreichend zur Verfügung. Im (teil-) stationären Setting fehlt es an

¹ Fallgatter et al. 2002, S. 681.

² Vgl. Dorsch 2010, S. 29.

³ Vgl. Batra und Buchkremer 2006, S. 15.

⁴ Vgl. Sonnenmoser 2007, S. 82, Vgl. Kunze et al. 2016, S. 974, Vgl. Dorsch 2010, S. 28.

⁵ Vgl. Pawils et al. 2022, S. 658, Vgl. Cameron et al. 2016, S. 190.

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt: Geburten (Juli 2023), online im WWW unter URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html [12.01.2024]; Anhang 1

⁷ Bei der Berechnung der vermuteten Fallzahlen wird von Einlingsgeburten ausgegangen.

⁸ Vgl. Pawils et al. 2022, S. 659, Vgl. Mall und Friedmann 2016, S. 70.

⁹ Vgl. Eickhorst et al. 2016, S. 1271.

¹⁰ Vgl. Bramesfeld 2023, S. 363.

¹¹ Vgl. Klauber et al. 2021, S. 168, Vgl. Bramesfeld 2023, S. 363.

Eltern-Kind-Einrichtungen, die eine Aufnahme von Mutter und Kind ermöglichen. Dabei ist bekannt, dass die Trennung bei beiden weitreichende Folgen hat.¹²

Dass die aktuelle Versorgungslage in Deutschland problematisch ist, wird durch politische Bestrebungen deutlich, die sich auf die Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland richten. Der Fokus liegt dabei auf Verkürzung der Wartezeiten durch einen Ausbau der Bedarfsplanung, insbesondere in ländlichen Regionen. Erste Maßnahmen zur Anpassung der Versorgungsstrukturen führten zwar zu einem Anstieg der Kassenarztsitze, jedoch reichen diese durch den steigenden Bedarf nicht aus. Es besteht die Notwendigkeit weiterer Strukturreformen im ambulanten Sektor, die in Kooperation mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) entwickelt werden müssen.¹³ Besonders für Familien mit psychisch kranken Eltern fordert der Deutsche Bundestag eine bedarfsgerechte und qualitative Planung der Versorgungsstrukturen, die eine Inanspruchnahme von Hilfsmöglichkeiten ohne Hürden ermöglicht.¹⁴ Das bedeutet, den Fokus nicht rein auf die erkrankte Person, sondern auf die ganze Familie zu setzen und daraus Interventionsmöglichkeiten abzuleiten. Aktuell führt der GBA ein Projekt namens CHIMPS-NET (children of mentally ill parents) durch, das die Wirksamkeit familienorientierter Versorgung in verschiedenen Einrichtungen überprüft. Die Modellvorhaben werden in Kooperation mit den Krankenkassen durchgeführt, um vorab die Finanzierungsmöglichkeiten zu berücksichtigen. Ziel der Modelle ist es, im Erfolgsfall, die Eltern-Kind-Behandlung in die Regelversorgung zu implementieren.¹⁵ Das Projekt bietet zwar einen guten Ansatz für die Schaffung neuer Versorgungsstrukturen, es macht jedoch auch deutlich, dass ein Standard bisher nicht vorhanden ist. Die Bestrebungen und Modellvorhaben konzentrieren sich wesentlich auf die allgemeine psychiatrische Versorgung und weisen keinen Bezug zu postpartalen Störungen auf. Welche Besonderheiten für depressive Verstimmungen hinsichtlich der Versorgungslage bestehen und welche Rolle dabei das Kind einnimmt, soll in der vorliegenden Arbeit evaluiert werden.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Ziel der vorliegenden empirischen Arbeit ist die Evaluierung der Versorgungslage bei postpartalen Depressionen im ambulanten und (teil-) stationären Bereich. Es gilt, die wesentlichen Einflussfaktoren, die den Zugang zur Setting-spezifischen Behandlung beeinflussen, aufzudecken. Als relevanter Faktor wird der Einbezug des Kindes in die

¹² Vgl. Eckert et al. 2020, 1539 f., Vgl. Turmes und Hornstein 2007, S. 773 f.

¹³ Vgl. Deutscher Bundestag 2023, S. 2 ff.

¹⁴ Vgl. Deutscher Bundestag 2019, S. 5 f.

¹⁵ Vgl. Wiegand-Grefe 2022, S. 35–38.

Therapie des betroffenen Elternteils betrachtet. Der Fokus der Arbeit liegt deshalb auf der Evaluierung der Notwendigkeit gemeinsamer Eltern-Kind-Versorgung und die Prüfung sektorspezifischer Unterschiede. Der empirische Ansatz der Ausarbeitung dient zur Feststellung von Versorgungslücken für die definierte Zielgruppe. Er bildet eine Grundlage, um Lösungsvorschlägen zum Ausbau der Versorgung abzuleiten, sofern ein Mangel an Behandlungsoptionen festgestellt wird.

1.3 Struktur und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist in sieben Kapitel gegliedert. Der einleitende Teil beschreibt die Relevanz, Zielsetzung sowie Struktur und Aufbau der Ausarbeitung. Kapitel 2 beleuchtet den theoretischen Hintergrund zum gewählten Krankheitsbild „postpartale Depression“ sowie zu den ambulanten, teil- und stationären Versorgungsmerkmalen der Zielgruppe. Darauf folgt die Evaluierung des aktuellen Forschungsstandes zum genannten Thema, die aus der die Definition der zentralen Forschungsfrage resultiert. Den empirischen Teil leitet Kapitel 4 mit der Darlegung des Untersuchungsmodells ein. Die Beschreibung des Untersuchungsdesigns, der Datenerhebungsmethode, die Definition der Stichprobe und des Erhebungsinstrumentes und die Durchführung und der Ablauf der Datenerhebung wird im 5. Kapitel beschrieben. In Punkt 6 erfolgt die Auswertung, Interpretation und der Vergleich der Untersuchungsergebnisse mit den Daten aus der Forschung. Eine Übersicht wesentlicher Resultate und die Offenlegung weiteren Forschungsbedarfs wird im 7. Teil, dem Fazit und Ausblick, beschrieben.

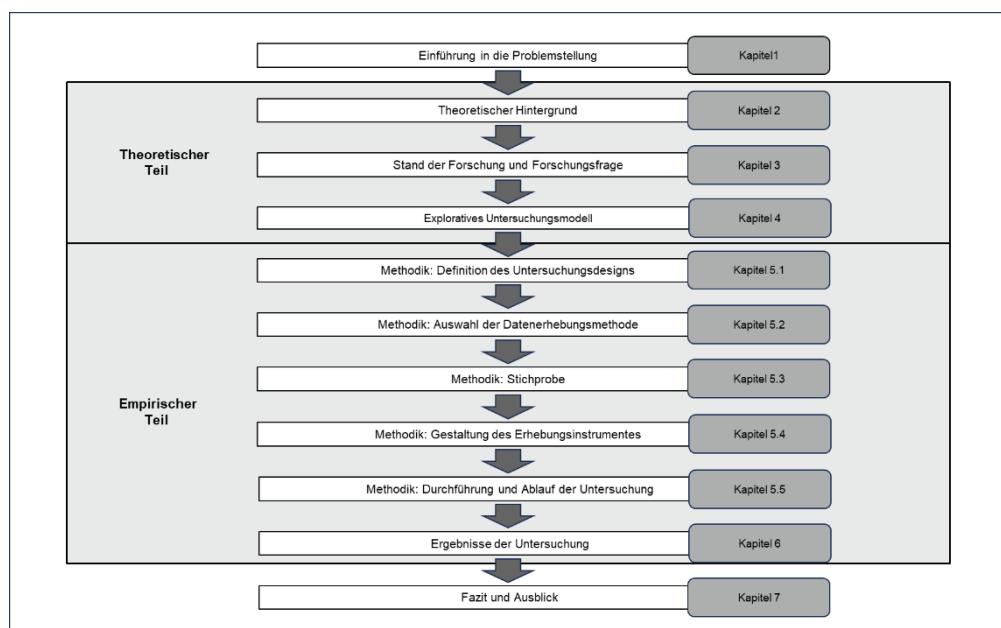


Abbildung 1: Struktur der Arbeit¹⁶

¹⁶ Vgl. Homburg 2017, S. 253,

Das Modell wurde um das Kriterium „Theoretische Grundlagen“ erweitert, da dieses als relevante Grundlage zum Verständnis der Inhalte weiterer Kapitel erachtet wird.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Krankheitsbild postpartale Depression

Die postpartale Depression ist eine psychische Erkrankung, die innerhalb der ersten Wochen bzw. Monate nach der Geburt des Kindes entsteht.¹⁷ Zu den Risikofaktoren der Erkrankung zählen psychosoziale Stressfaktoren in der Schwangerschaft, vorangegangene psychische Probleme sowie traumatische Erlebnisse unter der Geburt.¹⁸ Die Entwicklung der Symptome kann schleichend erfolgen und über mehrere Monate andauern. Grundsätzlich unterscheiden sich die Anzeichen einer PPD nicht von anderen psychischen Erkrankungen außerhalb der Postpartalzeit.¹⁹ Gekennzeichnet ist die depressive Symptomatik durch gehäuftes, unkontrolliertes Weinen, extreme Traurigkeit, Wut, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen.²⁰ Bei Verzögerung oder Ausbleiben einer adäquaten Behandlung steigt das Risiko für Rezidive.²¹ Eine Chronifizierung kann zu einem Suizid führen.²² Abzugrenzen ist die postpartale Depression von anderen Erkrankungen, insbesondere dem Baby Blues (Postpartum Blues), den bis zu 75% aller Mütter nach der Geburt erleben. Die sogenannten „Heultage“ sind gekennzeichnet durch einen schnellen Wechsel zwischen Freuen und Weinen, gereizte Stimmung und Stimmungsschwankungen, es ist jedoch kein therapeutischer Handlungsbedarf gegeben. In der Regel hat der Baby Blues einen selbstlimitierenden Verlauf innerhalb von zwei Wochen nach der Geburt.²³

2.2 Diagnostik

Eine Orientierung zur Diagnostik einer postpartalen Depression bietet die nationale AWMF-S3-Leitlinie für Unipolare Depressionen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Bei Verdacht auf diese Erkrankung wird zunächst das Risiko für eine depressive Störung durch Erhebung der Risikofaktoren erfasst. Dabei werden Anzeichen, die für Depressionen sprechen, aufgezeigt. Der psychopathologischen Befunderhebung folgt die Klassifikation der

¹⁷ Vgl. MSD Manuals: Wochenbettdepression (Februar 2022), online im WWW unter URL: <https://www.msdmanuals.com/de-de/heim/gesundheitsprobleme-von-frauen/versorgung-nach-der-geburt/wochenbettdepression> [09.10.2023]; Anhang 2, Vgl. Pearlstein et al. 2009, S. 357

¹⁸ Vgl. Pawils et al. 2022, S. 658 f.

¹⁹ Vgl. Batra und Buchkremer 2006, S. 16.

²⁰ Vgl. MSD Manuals: Wochenbettdepression (Februar 2022), online im WWW unter URL: <https://www.msdmanuals.com/de-de/heim/gesundheitsprobleme-von-frauen/versorgung-nach-der-geburt/wochenbettdepression> [09.10.2023]; Anhang 3, Vgl. Batra und Buchkremer 2006, S. 15

²¹ Vgl. Batra und Buchkremer 2006, S. 16.

²² Vgl. Hornstein et al. 2009, S. 5, Vgl. Pawils et al. 2022, S. 658.

²³ Vgl. Brockhaus-Dumke und Dorsch 2019, S. 34.

Erkrankung nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) zur Diagnosestellung durch die Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome, die Bestimmung des Schweregrades und dem Einbezug der Verlaufsaspekte, wenn entsprechende Symptome seit mindestens zwei Wochen vorhanden sind. Primär erfolgt die Codierung einer postpartalen wie die der unipolaren Depression. Sie richtet sich nach dem Verlauf depressiver Episoden (Abbildung 2).²⁴ Sofern die Art der Depression nicht näher bezeichnet werden kann, ist eine Codierung nach F53.- „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert“ möglich, wenn der Beginn der Erkrankung innerhalb der ersten sechs Wochen nach der Geburt stattfindet.²⁵

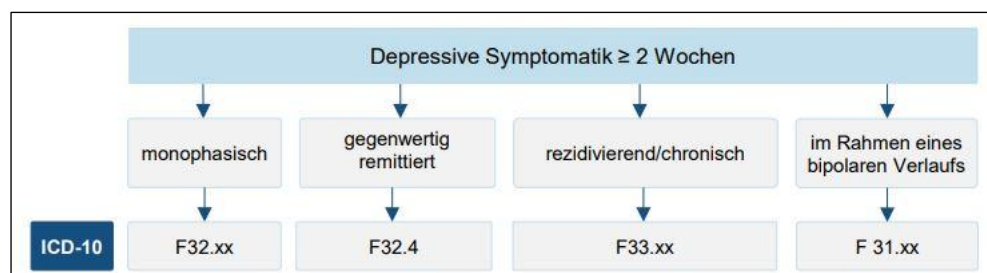


Abbildung 2: Verlaufsaspekte depressiver Episoden nach ICD²⁶

Zur Unterstützung der Diagnosestellung bei postpartalen Depressionen wurde die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) im Jahr 1987 entwickelt. Sie erfasst die gegenwärtige Stimmungssituation der Mutter durch Erfragen der Gemütslage der vergangenen sieben Tage. Dieses Screening-Instrument ermöglicht keine direkte Diagnosestellung, da ein niedriger Score eine Depression nicht ausschließt, ein hoher aber auch nicht das Vorhandensein einer PPD bestätigt, es dient aber als Grundlage zur Risikoeinschätzung. Die Skala beinhaltet zehn Fragen mit jeweils vier Antworten. Jede Frage ist mit einem Punktwert von null bis drei versehen. Studien haben ergeben, dass hohe Punktwerte von ≥ 13 eine 60 bis 100%ige Bestätigung der Diagnose PPD liefert.²⁷ Eine Vorlage des Fragebogens ist im Anhang zu finden, die aus dem Informationsmaterial der Marcé-Gesellschaft entnommen wurde. Diese

²⁴ Vgl. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2022, S. 25.

²⁵ Vgl. ICD-Code: F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, andernorts nicht klassifiziert, online im WWW unter URL: <https://www.icd-code.de/icd/code/F53.-.html> [20.10.2023]; Anhang 4

²⁶ Vgl. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2022, S. 34.

²⁷ Vgl. Marcé-Gesellschaft e.V.: Edinburgh Postnatale Depression Skala, online im WWW unter URL: <https://marce-gesellschaft.de/materialien/> [20.10.2023]; Anhang 5, Anhang 6

Fachgesellschaft befasst sich mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit der Geburt und deren Versorgung und führt diesbezüglich Forschungen durch.²⁸

2.3 Bindungsassoziierte und entwicklungsrelevante Auswirkungen

Besonders klinisch relevant ist die beschriebene Erkrankung, wenn zwischen Mutter und Kind eine Bindungsstörung entsteht. Mütter empfinden dem Kind gegenüber Wut, Hass oder Ärger, sie entfernen sich von ihm oder lehnen es ab. Letztendlich kann der Gedanke aufkommen, dem Säugling körperlichen Schaden zuzufügen. Aus Angst vor Kontrollverlust vermeiden Betroffene die Versorgung des Kindes. Der Rückzug der Mutter kann eine kindliche Passivität hervorrufen, was die Bindungsstörung verstärkt. Eine Chronifizierung der Symptomatik schließt in besonders schweren Fällen einen Infantizid nicht aus.²⁹ Die PPD beeinflusst nicht nur die Eltern-Kind-Beziehung. Unbehandelt besteht die Gefahr, kindliche Entwicklungsstörungen auf physischer, sprachlicher, kognitiver und emotionaler Ebene hervorzurufen.³⁰ Babys, deren emotionalen Bedürfnisse unzureichend durch die erkrankte Person erkannt und befriedigt werden, neigen zu häufigerem Weinen und ziehen sich zurück. Sie entwickeln einen Stresszustand, der im weiteren Verlauf zu Entwicklungsstörungen des Gehirns führen kann.³¹ Letztendlich erhöht eine geringe Reaktivität des betroffenen Elternteils das Risiko psychischer Auffälligkeiten des Kindes in den Folgejahren. Somit ist ein unverzüglicher Behandlungsbeginn zum Schutz der kindlichen Entwicklung und Gesundheit erforderlich.³² Die genannten Aspekte führen dazu, die Relevanz der gemeinsamen Eltern-Kind-Behandlung im weiteren Verlauf näher zu untersuchen.

2.3 Allgemeine Versorgungslage

2.3.1 Ambulante Versorgungsstrukturen

Die Art der Behandlung einer Depression richtet sich nach Schwere der vorliegenden Symptomatik. Davon hängt auch ab, ob eine ambulante Therapie ausreicht oder ob eine stationäre Versorgung notwendig ist.³³

²⁸ Vgl. Marcé Gesellschaft für peripartale psychische Erkrankungen e.V.: Marcé Gesellschaft, online im WWW unter URL: <https://marce-gesellschaft.de/> [14.12.2023]; Anhang 7

²⁹ Vgl. Hornstein et al. 2009, S. 4, Vgl. Pawils et al. 2022, S. 658, Vgl. Schipper-Kochems et al. 2019, 377 f.

³⁰ Vgl. Pawils et al. 2022, S. 658 f., Vgl. Schipper-Kochems et al. 2019, S. 378.

³¹ Vgl. Schipper-Kochems et al. 2019, S. 378.

³² Vgl. Hohm et al. 2017, S. 216 f.

³³ Vgl. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2022, S. 55.

Um eine Behandlung bei postpartalen Depressionen einzuleiten ist eine frühzeitige Diagnosestellung wichtig. Diese wird oft durch Scham- und Schuldgefühle der betroffenen Person erschwert, sodass eine Identifizierung der Symptome gar nicht oder nur verzögert möglich ist. Da sich eine PPD oft erst nach Entlassung aus der Geburtsklinik entwickelt ist eine besondere Aufmerksamkeit des Gynäkologen, des Pädiaters, der Familie und nachsorgenden Hebamme gefragt.³⁴

Um den Zugang zu niederschweligen Behandlungsmöglichkeiten zu erleichtern, wurden die regionalen Netzwerke „Frühe Hilfen“ gegründet. Sie fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit relevanter Fachberufe und Einrichtungen, damit psychisch kranke Elternteile Hilfesysteme in Anspruch nehmen können.³⁵ Die Koordinierungsstellen mit Hilfsangeboten für junge Familien ab der Schwangerschaft bis zum dritten Lebensjahr des Kindes, sind Teil des 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetzes (BKISChG) und bilden damit die gesetzliche Grundlage zur Sicherstellung psychosozialer Unterstützung von Familien. Vermerkt sind die Aufgabenbereiche im „§3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz“.³⁶ Die gesetzliche Verankerung verdeutlicht die Notwendigkeit von Hilfsangeboten und begründet die Evaluierung der Versorgung von Betroffenen.

Eine Möglichkeit, Eltern mit psychischen Erkrankungen zu unterstützen, sind Familienhebammen. Diese können Betroffene in schweren Lebenssituationen bis zu einem Jahr nach der Geburt ambulant betreuen und beratende Unterstützung leisten. Reicht die Betreuung durch eine Familienhebamme nicht aus, können diese eine wichtige Lotsenfunktion bei der Vermittlung an weitere Anlaufstellen einnehmen.³⁷ Eine weitere Möglichkeit zur Unterstützung bei psychischen Erkrankungen sind Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen. Der Verein Schatten und Licht, an das weltweite Netzwerk Postpartum Support International, der Marcé-Gesellschaft und an weitere Fachgesellschaften angeschlossen³⁸, bietet Betroffenen Aufklärungsmaterial über Krankheitsbilder und führt frei zugängliche Listen mit Ansprechpartnern in ganz Deutschland auf. Einige Familien, die psychische Erkrankungen nach der Geburt

³⁴ Vgl. Sonnenmoser 2007, S. 82., Vgl. Pawils et al. 2022, S. 658 f.

³⁵ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Netzwerke Frühe Hilfen, online im WWW unter URL: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/netzwerke-fruehe-hilfen/> [21.10.2023]; Anhang 8

³⁶ Vgl. Bundesministerium der Justiz 2012, Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen: Rechtliche Grundlagen, online im WWW unter URL: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/rechtliche-grundlagen/> [23.10.2023]; Anhang 9

³⁷ Vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) 2013, S. 10, 14 ff.

³⁸ Vgl. Schatten und Licht e.V.: Peripartale Krankheitsbilder und die Selbsthilfe-Organisation Schatten & Licht e.V., online im WWW unter <https://schatten-und-licht.de/> [14.12.2023]; Anhang 10

erlebt haben, bieten Gespräche zum Erfahrungsaustausch an. Die entsprechenden Kontaktlisten werden auf Anfrage durch den Verein zur Verfügung gestellt.³⁹

Bleibt die Symptomatik bestehen, sollte professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden. Anhaltspunkte für die Behandlung bietet die bereits genannte Leitlinie für Unipolare Depressionen. Zu den Versorgungsstrukturen gehört die psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Behandlung.⁴⁰ Ob die Psychotherapie als alleiniges Therapieverfahren ausreicht, hängt von Schwere und Krankheitsverlauf ab. Studien belegen, dass Psychotherapie bei leichten und mittelschweren Verläufen von Depressionen ausreichend sein kann.⁴¹ Zielführend ist der Ausbau persönlicher Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien, die Verbesserung der Interaktion und des sozialen Verhaltens sowie die Überwindung negativer Denkweisen.⁴² Relevant ist die Ergründung der Verhaltensstörung zwischen dem betroffenen Elternteil und dem Kind, um die Beziehung zueinander zu verbessern.⁴³ Besonders bei schweren Depressionen ist eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie indiziert. Die Besonderheit ist, dass eine medikamentöse Therapie einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung unterliegt, insbesondere wenn Mütter ihr Kind stillen möchten, da Wirkstoffanteile über die Muttermilch zum Säugling gelangen können. Mütter, die das Risiko eines kindlichen Schadens durch das Weiterstillen überschätzen, neigen zur Verweigerung der Medikamenteneinnahme. Deshalb nimmt die Aufklärung durch einen Facharzt einen besonderen Stellenwert ein.⁴⁴ Die Psychosomatik befasst sich mit Faktoren, die für die Entstehung einer Erkrankung verantwortlich sind und setzt diese in Bezug zueinander. Depressionen psychosomatisch zu behandeln ist dann sinnvoll, wenn soziale oder psychische Probleme zu körperlichen Beschwerden führen, die nicht organisch bedingt sind.⁴⁵

Der Verein Schatten und Licht führt frei zugängliche Listen über Ansprechpartner, die eine spezialisierte Behandlung anbieten, was die Suche nach Hilfsangeboten für Betroffene erleichtert.⁴⁶

³⁹ Vgl. Schatten & Licht e.V.: Selbsthilfegruppen- und Beraterinnen-Liste, online im WWW unter <https://schatten-und-licht.de/> [13.12.2023]; Anhang 11

⁴⁰ Vgl. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2022, S. 61.

⁴¹ Vgl. Schramm und Berger 2011, 1414 ff., Vgl. Brunner 2016, S. 288.

⁴² Vgl. Bauer et al. 2022, S. 409.

⁴³ Vgl. Ebenda, S. 454 ff.

⁴⁴ Vgl. Konrad 2017, S. 295, 298.

⁴⁵ Vgl. Fritzsche et al. 2016, 4 f., Vgl. Frass und Krenner 2019, S. 904 f.

⁴⁶ Vgl. Schatten & Licht e.V.: Fachleute-Liste, online im WWW unter <https://schatten-und-licht.de/fachleute-liste/> [13.12.2023]; Anhang 12

2.3.2 Teilstationäre und stationäre Versorgung

Eine teilstationäre Behandlung postpartaler Depressionen bietet für Betroffene viele Vorteile. Sie kehren in das gewohnte Lebensumfeld zurück, können ggf. vorhandene Geschwisterkinder weiter versorgen und die Nähe zur Familie bleibt bestehen.⁴⁷ In diesem Kontext sind speziell errichtete tagesklinische Einrichtungen für Eltern und Kind zu nennen, wie die Mutter-Kind-Tagesklinik am Universitätsklinikum Dresden. Säuglinge werden in die Behandlung des Elternteils einbezogen, um die Interaktion zu verbessern. Ziel ist es, die Bindung zwischen dem Elternteil und dem Kind zu fördern und dadurch die kindliche Entwicklung zu unterstützen. Die Einzeltherapie fördert die Selbstreflexion, die Gruppenpsychotherapie dient der Beratung zu weiteren Themen, z.B. zum Krisenmanagement oder zur kindlichen Förderung.⁴⁸

In akuten Fällen ist eine stationäre Aufnahme der Mutter ohne Kind sinnvoll. Eine Begleitung des Kindes ist dann zu erwägen, wenn die betroffene Person in der Lage ist, den Säugling zu versorgen und wenn keine Fremd- oder Eigengefährdung mehr vorliegt. Die Mitaufnahme des Kindes nimmt im weiteren Verlauf eine wichtige Rolle ein, um die Interaktion und Bindung zwischen dem Betroffenen und dem Säugling zu fördern, was sich wiederum präventiv auf die kindliche Entwicklung auswirkt.⁴⁹ Eine Einrichtung, die eine stationäre Eltern-Kind-Therapie ermöglicht, ist das Sächsische Krankenhaus Großschweidnitz. Neben der Interaktion zwischen dem betroffenen Elternteil und Säugling zielt sie auf ein familiäres Miteinander ab und bezieht das soziale Umfeld in die Behandlung ein. Zudem besteht die Möglichkeit, Kinder mit psychischen Auffälligkeiten, bei Bedarf, mitzubehandeln.⁵⁰

Um die Suche nach Möglichkeiten der zielgruppenspezifischen Versorgung zu erleichtern, führt beispielsweise die Marcé-Gesellschaft regelmäßig aktualisierte Listen über spezialisierte tagesklinische und stationäre Behandlungsoptionen.⁵¹ Für die stationäre Mutter-Kind-Aufnahme sind derzeit lediglich vier weitere Einrichtungen, neben dem Krankenhaus Großschweidnitz, für ganz Sachsen gelistet. Der Bedarf solcher Angebote und mögliche Kontraindikationen sollen im weiteren Verlauf evaluiert werden.

⁴⁷ Vgl. Brockhaus-Dumke und Dorsch 2019, S. 36, Vgl. Simen et al. 2018, S. 52.

⁴⁸ Vgl. Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden: Mutter-Kind-Tagesklinik, online im WWW unter URL: <https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/kliniken-polikliniken-institute/pso/patienteninformationen/tageskliniken/mutter-kind-tagesklinik> [23.10.2023]; Anhang 13

⁴⁹ Vgl. Brockhaus-Dumke und Dorsch 2019, S. 36 f., Vgl. Mall und Friedmann 2016, S. 180 ff.

⁵⁰ Vgl. Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz: Familientherapie, online im WWW unter URL: <https://www.skh-grossschweidnitz.sachsen.de/medizinische-einrichtungen/kliniken/klinik-fuer-kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/familientherapie/> [23.10.2023]; Anhang 14

⁵¹ Vgl. Marcé-Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.: Adressen, online im WWW unter URL: <https://marce-gesellschaft.de/adressen/> [13.12.2023]; Anhang 15

3 Stand der Forschung und Forschungsfragen

Relevante Literaturergebnisse weisen auf, dass die Diagnose einer PPD und somit der Behandlungsbeginn durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird. Die Studien liefern Daten über die Versorgungslage psychisch kranker Menschen und welche Faktoren den Zugang zur Behandlung bestimmen. Forschungsergebnisse des ambulanten Settings repräsentieren vorrangig die Zugangsvoraussetzungen für die allgemeine Versorgung psychisch Erkrankter, unabhängig vom Krankheitsbild, wohingegen Angaben aus dem stationären Bereich postpartale psychische Erkrankungen, insbesondere die postpartale Depression, einbeziehen. Der Fokus relevanter Studien basiert auf der Relevanz der Eltern-Kind-Behandlung. Das begründet die besondere Betrachtung dieses Aspekts in der vorliegenden Arbeit.

3.1 Versorgung im ambulanten Bereich

Primärer Fokus der meisten Studien liegt darin, welche Berufs- oder Facharztgruppe Einfluss auf die frühe Erkennung von Symptomen bei Betroffenen mit postpartalen Depressionen hat. Sie beschreiben, wer eine Lotsenfunktion übernehmen kann, um den rechtzeitigen Beginn der Fachbehandlung einzuleiten. Die Studie von Pawils et al. (2022) beinhaltet Ergebnisse der Befragung von Gynäkologen, Hebammen, Hausärzten sowie Pädiatern, ob sie sich für die Erstversorgung Betroffener mit PPD zuständig fühlen und welche Barrieren und Optimierungsmöglichkeiten es in der Versorgung gibt. Hebammen, Haus- und Frauenärzte fühlen sich eher bereit Interventionen einzuleiten als Pädiater. Dabei weisen andere Forschungsergebnisse die Relevanz von Kinderärzten hinsichtlich der Screening-Möglichkeiten bei PPD auf, beispielsweise die Studie von Belzer et al. (2015), die die Zuständigkeit von Pädiatern durch regelmäßigen Kontakt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen des Kindes begründet. Die Interventionsmöglichkeiten durch Kinderärzte untersucht auch die Forschung von Fernandez y Garcia et al. (2015), indem sie die Häufigkeit der Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Behandlung mit und ohne eines vorab durchgeführten Depressionsscreenings vergleicht. Hilfsmöglichkeiten suchen Mütter den Studienergebnissen zu Folge eher auf, wenn sie einen entsprechenden Hinweis erhalten. Weitere Studien, die die Relevanz pädiatrischer Erstinterventionen untersuchen, werden nicht aufgeführt, da der Fokus dieser Arbeit auf die fachliche Behandlung und nicht auf dem Screening basiert. Die genannten Aspekte wurden jedoch genannt, da die frühzeitige Identifizierung von Symptomen einen zügigen Behandlungsbeginn begünstigt und die genannten Berufe dabei eine wesentliche

Rolle spielen.⁵² Zudem sind die Ergebnisse relevant, da sie die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche belegen.

Die Behandlungsbedürftigkeit bei postpartalen Depressionen begründet sich durch die Folgen, die ohne Intervention für Mutter und Kind drohen. Slomian et al. (2019) evaluiert Daten verschiedener Studien hinsichtlich des Gesundheitszustandes von Müttern und ihren Säuglingen. Die Ergebnisse weisen Zusammenhänge zwischen der Nichtbehandlung und der körperlichen, sozialen und psychischen Gesundheit der Betroffenen und des Kindes auf. Feldman et al. (2009) evaluieren Daten zum kindlichen Verhalten. Negative Auswirkungen mütterlicher Depressionen auf das Sozialverhalten, die Stressbewältigung und Angstregulation werden deutlich.

Eine PPD kann auch bei Vätern auftreten. Die Studie von Pedersen et al. (2021) evaluiert die Charakteristik depressiver Symptomatik bei Vätern und welche Faktoren die psychische Gesundheit verändern. Betroffene suchen aufgrund von Scham und Tabuisierung meist erst nach mehreren Monaten Hilfe auf. Die Versorgung erschwert eine geringe Kenntnis der Behandler hinsichtlich väterlicher PPD. Studienergebnisse von Dennis et al. (2021) geben die Prävalenz und Risikofaktoren für komorbide psychische Erkrankungen von Männern an. Es wird bestätigt, dass auch Väter eine Depression nach der Geburt entwickeln können, was die Implementierung von entsprechenden Hilfsangeboten begründet. Die Studien sichern keine Anhaltspunkte über Auswirkungen väterlicher Symptome auf die Entwicklung des Kindes. Dennoch wird ersichtlich, dass auch Väter erkranken können und eine alleinige Betrachtung der Befindlichkeiten der Mutter unzureichend ist. Allgemein liegen wenige Studien vor, die väterliche psychische Erkrankungen nach der Geburt thematisieren.

Ob eine frühzeitige Intervention bei entsprechender Symptomatik möglich ist, hängt von der Versorgungslage, die den Zugang zur Behandlung charakterisiert, ab. Sie wird durch Faktoren beeinflusst, die für den Therapiebeginn ausschlaggebend sind.

Die Studie über die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland von Hoyer, Jacobi und Hannich (2011) evaluiert die durchschnittliche Wartezeit bis zum Erstgespräch und zur Erstbehandlung bei psychischen Auffälligkeiten. Zudem werden Einschätzungen der Probanden über die aktuelle Versorgungslage psychisch erkrankter Personen deutlich. Die Untersuchung evaluiert das ambulante Setting im ländlichen und städtischen Raum und weist Diskrepanzen in der Versorgungsstruktur auf. Die Studie von Walenzik et al. (2014) bezieht sich in einer Befragung unter Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) nicht nur auf die Wartezeit bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung, sondern

⁵² Vgl. Pawils et al. 2022, S. 659 f.

bestätigt zum Teil auch die Abweisung von Patienten durch mangelnde Kapazitäten. Rabe-Menssen et.al (2019) erhebt Daten aus DPtV-Online-Umfragen zur Wartezeit bis zum Erstgespräch sowie Behandlungsbeginn und prüft regionale Unterschiede in Deutschland. Erste Interventionen sind, laut den Ergebnissen, erst nach mehreren Wochen möglich. Regionale Unterschiede sind unter anderem auf die differente Versorgungsdichte zurückzuführen, also dem Verhältnis zwischen der Einwohnerzahl und Anzahl an Psychotherapeuten (PT). Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2018) führt, zu den genannten Faktoren, Gründe ländlicher und städtischer Versorgungsunterschiede an. Neben der Versorgungsdichte begründet diese eine unsachgemäße Bedarfsplanung, die von deutlich weniger psychischen Erkrankungen auf dem Land im Vergleich zum städtischen Bereich ausgeht. Einen internationalen Vergleich zu den Wartezeiten auf einen Facharzttermin ist laut der Studie der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2020) nicht möglich, da der Zeitraum unterschiedlich definiert wird. Jedoch geben die Teilnehmer einzelner Länder an, Ziele zur Verkürzung der Wartezeiten innerhalb eines definierten Zeitraums festgelegt zu haben. Durch die Zielsetzung wird belegt, dass der Zugang zu einer fachärztlichen psychotherapeutischen Behandlung nicht nur in Deutschland, sondern auch international durch lange Wartezeiten erschwert ist.

Weitere Kriterien, die eine frühzeitige Behandlung bei postpartalen Depressionen beeinflussen, sind in der Studie von Pawils et al. (2022) beschrieben. Die Teilnehmer führen den Mangel zielgruppenspezifischer Behandlungsmöglichkeiten als Barriere auf, der eine strukturierte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen erfordert. Ähnliche Ergebnisse resultieren aus der Studie von Sambrook Smith et al. (2019). Ein Mangel an Behandlungsplätzen und unzureichendes Wissen über die Erkrankung bilden ein Hindernis in der Versorgung.

Die genannten Studien geben inhaltlich einen initialen Anhaltspunkt für die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit. Primäre Kriterien der Literaturforschung zur Evaluierung der Versorgungssituation bei postpartalen Depressionen führen zur Bildung folgender Fragen:

„Wie ist die generelle Versorgungslage für psychisch Erkrankte einzuschätzen?“

„Welche Faktoren beeinflussen den Zugang zur fachlichen Behandlung bei postpartalen Depressionen?“

Die vollständige Forschungsfrage wird in Punkt 3.2 formuliert, der weitere Faktoren des (teil-) stationären Bereichs durch den aktuellen Forschungsstand beschreibt.

Eine Übersicht über die relevantesten Studienergebnisse des ambulanten Settings sind in Tabelle 1 und Tabelle 2 im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Tabelle 1: Stand der Forschung (Teil 1/4) - ambulanter Bereich⁵³

Autor (en) (Jahr)	Datenerhebungsmethode, effektive Stichprobe	Forschungsschwerpunkt	Wichtigste Ergebnisse	Kategorie
Feldmann Granat Pariente et al. (2009)	<ul style="list-style-type: none"> Strukturiertes, klinisches Interview Stichprobe: n=971 (Mütter mit psychischen Problemen postpartal) Schriftliche Befragung Stichprobe: n=360 (Mütter im oberen /unteren Symptomkontinuum 6 Monate nach Geburt) Beobachtungsstudie Stichprobe: n=41 (Mütter der vorherigen Untersuchung mit schweren Depressionen und Angststörungen) USA 	<ul style="list-style-type: none"> Auswirkungen mütterlicher Depressionen auf die kindliche Affektivität Evaluation der Mutter-Kind-Beziehung Auswirkungen auf die kindliche Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> Mütterliche Sensitivität mit Depressionen am niedrigsten Kinder depressiver Mütter weinen häufiger, weisen eine geringe Affektivität und Sozialverhalten auf 	A
Hoyer/ Jacobi/ Hannich (2011)	<ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Befragung Stichprobe: n=2460 (ambulant tätige, nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten), Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> Vergleich der Versorgungslage anhand bestimmter Kriterien Einschätzung der Versorgungslage in der eigenen Region Überprüfung versorgungsstruktureller Differenzen im ländlichen und städtischen Bereich 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Wartezeit bis zum Erstgespräch: 9,9 Wochen Ø Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn: 14,2 Wochen Subjektive Einschätzung der Versorgungslage: 10,9% sehr schlecht, 42,8% eher schlecht in Großstädten ist Versorgungslage besser 59,7% ambulante, nicht-ärztliche Psychotherapeuten in Großstädten im Verhältnis zu einer Einwohnerzahl von 30,3% in Sachsen⁵⁴ 	B, S, U
Rabe- Menssen Ruh Dazer (2019)	<ul style="list-style-type: none"> Online-Umfrage Stichprobe: 9.473 (niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten mit Kassenzulassung und Mitglied im DPTV), Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> Ambulante, psychotherapeutische Versorgungsstruktur zur weiteren Bedarfsermittlung Beurteilung regionaler Unterschiede 	<ul style="list-style-type: none"> Ø Wartezeit bis zum Erstgespräch in Sachsen: 7,3 Wochen Ø Wartezeit bis zum Beginn der Richtlinienpsychotherapie Sachsen: 19,4 Wochen 28% der Befragten führen keine Wartelisten, da keine freien Behandlungskapazitäten absehbar sind 	B

⁵³ Spalte 5 – Kategorie:

A = Auswirkungen auf die mütterliche/ kindliche Gesundheit, B = Beeinflussende Faktoren für den Zugang zur Behandlung, S = Subjektive Einschätzung der Versorgungslage, U = regionale Unterschiede in der Versorgung

⁵⁴ Betrachtung von Sachsen, da in der vorliegenden Arbeit die aktuelle Versorgungslage in Sachsen evaluiert wird.

Tabelle 2: Stand der Forschung (Teil 2/4) - ambulanter Bereich

Autor (en)/ (Jahr)	Datenerhebungsmethode, effektive Stichprobe	Forschungsschwerpunkt	Wichtigste Ergebnisse	Kategorie
Slomian Honvo Emonts et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> Systematische Übersicht Stichprobe: n=122 (Mütter mit postpartalen Depressionen) England 	<ul style="list-style-type: none"> Psychische, physische und andere Folgen der Erkrankung für Mütter mit postpartalen Depressionen und für ihre Säuglinge 	<ul style="list-style-type: none"> Negative Auswirkungen mütterlicher, psychischer Erkrankungen auf: Allgemeinen Gesundheitszustand der Mutter/des Säuglings kognitive Entwicklung des Kindes psychische Gesundheit des Kindes Sozialverhalten und die Beziehungsfähigkeit von Müttern mit PPD 	A
Sambrook Smith Lawrence et. al (2019)	<ul style="list-style-type: none"> Systematische Übersicht und Meta-Analyse Stichprobe: n=35 (Frauen mit perinatalen psychischen Erkrankungen), England 	<ul style="list-style-type: none"> Barrieren, die eine Behandlung bei psychischen Erkrankungen verzögern 	<ul style="list-style-type: none"> Wesentliche Barrieren: Persönliche Faktoren (Scham, Stigmatisierung, Schuld) hemmen Inanspruchnahme einer Behandlung Mangel an Fachpersonal und Behandlungsoptionen Keine Möglichkeit Kind in Therapie zu integrieren 	B
Dennis Marini Dol et al. (2021)	<ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Befragung Stichprobe: n=3217 (Väter von Kindern bis zu 2 Jahren), Kanada 	<ul style="list-style-type: none"> Auftreten väterlicher, psychischer Erkrankungen bis zu zwei Jahre nach der Geburt des Kindes 	<ul style="list-style-type: none"> Im ersten Jahr der Befragung: bis zu 22,4% der Betroffenen entwickelten eine komorbide Depression und Angstsymptome, 13,2% im zweiten Jahr 	B
Pawils Kochen Weinbrenner et. al (2022)	<ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Befragung Stichprobe: n=1.034 (Gynäkologen) Online-Befragung Stichprobe: n=165 (Hebammen), n=217 (Hausärzte) Mündliche Befragung Stichprobe: n=17 (Pädiater), Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> Subjektives Zuständigkeitsgefühl für Identifikation von PPD Barrieren der Versorgungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Wesentliche Barrieren für Gynäkologen: begrenzte Beratungszeit (74%) Hebammen: fehlende Behandlungsangebote (59%), unzureichende Beratungszeit (54%), Ablehnen der Diagnose (41%) oder Intervention durch Betroffene (66%) Hausärzte: zu lange Wartezeiten (87%), unzureichende Behandlungsmöglichkeiten (43%) 	B, S

3.2 Versorgung im teilstationären und stationären Bereich

Eine postpartale Depression kann nicht in jedem Fall ausschließlich ambulant behandelt werden. Je nach Schwere der Symptomatik, Vorliegen von Komorbiditäten oder Suizidalität ist eine teilstationäre oder stationäre Behandlung des betroffenen Elternteils nötig.⁵⁵ Generell ist eine teilstationäre Behandlung zum Beispiel indiziert, wenn eine ambulante nicht ausreicht, die Indikation für eine stationäre Aufnahme aber nicht vorliegt.⁵⁶ Für die vorliegende Arbeit liegen keine aussagekräftigen Studien vor, die Relevanz und Notwendigkeit einer tagesklinische Behandlung bei PPD belegen. Jedoch begründen Einrichtungen Deutschlands die Vorteile dieses Settings. Das Klinikum Nürnberg nennt die besseren Zugangsvoraussetzungen im Vergleich zu einer stationären Aufnahme als vorteilhaft. Zudem kehren Betroffene nach der Therapie in das gewohnte Lebensumfeld zurück und können beispielsweise Geschwisterkinder weiter versorgen. Zwischen den Therapieeinheiten werden Mütter von Interaktionsberatern begleitet, die den Umgang der Mutter mit dem Kind evaluieren, um Unterstützungs- und Handlungsmöglichkeiten aufzuweisen. In Gruppengesprächen haben Betroffene die Möglichkeit, Erfahrungen untereinander auszutauschen. Es ist zu berücksichtigen, dass eine spezialisierte Tagesklinik zusätzliche Räume erfordert, beispielsweise einen Aufenthalts- und Schlafräum für die Säuglinge. Auch der erhöhte Personalbedarf für die zwischenzeitliche Kinderbetreuung und Interaktionsberatung ist nicht außer Acht zu lassen.⁵⁷ Die genannten Vorteile decken sich auch mit den Aussagen von Brockhaus-Dumke und Dorsch (2019), die den Vorzug einer tagesklinischen Behandlung durch die Mütter bestätigen. Durch die empirische Untersuchung der vorliegenden Arbeit soll der Bedarf und die Inanspruchnahme tagesklinischer Angebote im weiteren Verlauf evaluiert werden.

Die Literaturrecherche zur Versorgung im stationären Setting stützt sich auf die Notwendigkeit von Eltern-Kind-Einheiten und die Einflüsse auf das Angebot solcher Bereiche. Da Betroffene das gewohnte Umfeld bei klinischer Behandlung für einige Zeit verlassen stellt sich die Frage, ob das Kind stationär mit aufgenommen werden sollte.

Die Studie von Kenny et al. (2013), durchgeführt an einer Klinik in England, untersucht Verhaltensweisen von Müttern und ihren Säuglingen zum Behandlungsbeginn und vergleicht diese mit dem Zustand zur Entlassung. Mütter reagierten nach dem

⁵⁵ Vgl. Reichert und Rüdiger 2013, S. 80.

⁵⁶ Vgl. Lang et al. 2015, S. 615.

⁵⁷ Vgl. Simen et al. 2018, S. 52.

stationären Aufenthalt sensibler auf die Befindlichkeiten des Kindes. Die Säuglinge reduzierten gegenüber dem Betroffenen die Passivität und entwickelten ein kooperativeres Verhalten. Die Studie von Hornstein et al. (2007) überprüft in einem Pilotprojekt in Wiesloch den Bedarf des kindlichen Einbezugs in die stationäre, psychiatrische Versorgung des Elternteils. Sie zielt darauf, die Mutter-Kind-Beziehung objektiv und subjektiv nach dem stationären Aufenthalt zu beurteilen. Nach der Therapie war eine bessere Bindung zwischen Mutter und Kind zu verzeichnen. Die Ergebnisse dieser Studie sind zwar eindeutig, sollten aber, aufgrund der geringen Teilnehmerzahl, mit Vorsicht betrachtet werden.

Die Studie von Gillham und Wittkowski (2015) vergleicht internationale Forschungsergebnisse hinsichtlich der Mutter-Kind-Bindung und des poststationären Zustands. Wesentliches Kriterium der Ergebnisse ist, dass die Studien sich auf die Behandlung in Mutter-Kind-Einheiten (MKE) oder Mutter-Kind-Bereichen, die an eine generelle psychiatrische Abteilung angeschlossen sind, beziehen. Die Studie ergibt, dass eine separate Mutter-Kind-Einheit von Müttern präferiert wird und zu einem besseren psychischen Gesundheitszustand führt. Zwar liefert die Studie eindeutige Ergebnisse, diese sind jedoch, aufgrund der geringen Teilnehmerzahl, mit Vorsicht zu betrachten. Der Aussagewert dieser Studie ist dennoch nicht außer Acht zu lassen, da andere zu ähnlichen Ergebnissen führen. Die Forschungsarbeit von Christl. et al. (2015) bestätigt eine signifikante Verbesserung mütterlicher Symptome, der Bindung zum Kind und der Elternfunktion. Obwohl die in Sydney durchgeführte Studie lediglich Privatpatienten inkludiert, ist der Aussagewert der Ergebnisse nicht eingeschränkt. Wisner et al. (1996) beleuchtet die Nachteile mütterlicher Trennung vom Säugling. Dieser Aspekt führt zu längeren Behandlungsdauern und zur Verweigerung der Aufnahme durch die Mutter. Die Interaktion zwischen Betroffenenem und dem Kind wird nicht betrachtet, da der kindliche Einbezug kein Bestandteil der Therapie darstellt. Da die Pflege des Säuglings Betroffene nach der Entlassung oft überfordert, steigt das Risiko für Rezidive.

Die Studie von Turmes und Hornstein (2007) gibt eine Übersicht über die Mutter-Kind-Einheiten in Deutschland. Sie evaluiert, wie viele Einrichtungen den Säugling in die tagesklinische oder stationäre Behandlung der Mutter oder des Vaters einbeziehen und liefert Ergebnisse zur Deckung des Versorgungsbedarfs. Das Ergebnis ist, dass es in Deutschland zu wenige Mutter-Kind-Einheiten gibt, um eine ausreichende Versorgung sicherzustellen. Die Forschung von Lanczik und Brockington (1997) errechnet den Bedarf an stationären Mutter-Kind-Plätzen anhand von Fallzahlen aus Birmingham auf 9,6 Betten auf eine Million Einwohner in Deutschland. Der Erhebung zu Folge werden, bezogen auf die Geburtenrate und Bevölkerungszahl, 750 Plätze

benötigt. Turmes und Hornstein (2007) greifen diese Ergebnisse in der bereits genannten Studie auf und setzen diese in Verbindung zu aktuell in Deutschland vorhandenen Mutter-Kind-Einrichtungen. Daraus resultiert, dass der Bedarf an Behandlungsangeboten zu 21% gedeckt ist. Jordan et al. (2012) erhebt Daten aus einer Befragung psychiatrischer Kliniken hinsichtlich einer gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Kind in Deutschland. Die angebotenen Behandlungsplätze können der Studie zu Folge den Bedarf nicht decken. Vor allem bei schwerer Symptomatik ist die spezifische fachliche Behandlung nur unzureichend möglich. Im internationalen Vergleich ergeben Studien ähnliche Ergebnisse wie in Deutschland. Obwohl England Vorreiter bei der Implementierung von Mutter-Kind-Einheiten ist⁵⁸, ist laut einer Studie von Elkin et al. (2009) der Bedarf höher als das Angebot. Die Ergebnisse umfassen regionale Unterschiede hinsichtlich des Vorhandenseins einer MKE, sodass insbesondere in ländlichen Regionen nur eine Aufnahme ohne Kind auf einer allgemeinspsychiatrischen Station erfolgen kann.

Um die Gründe für die, laut Studienergebnissen unzureichende Versorgungsstruktur zu evaluieren, sind weitere Literaturrecherchen notwendig. Bisher liegen nur wenige Forschungsergebnisse über die Einflussfaktoren vor, sie bilden aber aussagekräftige Ergebnisse ab.

Ein wesentlicher Einflussfaktor, der gegen die Implementierung einer MKE spricht, ist die Vergütung. Laut einer Studie von Jordan et al. (2012), in der Kliniken mit spezialisiertem Angebot für die Zielgruppe befragt wurden, stellt die unklare Finanzierungsstruktur und die unzureichende Vergütung bei Mitaufnahme des Kindes eine Kontraindikation dar, eine Mutter-Kind-Einrichtung ist für eine Klinik nicht wirtschaftlich. Zu dem gleichen Ergebnis führt die Studie von Turmes und Hornstein (2007). Die Mitaufnahme des Kindes ergibt Mehrkosten, beispielsweise durch höheren Personalaufwand für den Säugling, um die Mutter bei therapeutischen Sitzungen entlasten zu können. Laut Turmes und Hornstein (2007) gibt es in Deutschland keine Finanzierungsstruktur, die diesen Aufwand vergütet. Verglichen mit einer Studie aus England von Howard et al. (2022) resultieren ähnliche Ergebnisse. Die Daten vergleichen Kosten einer akutpsychiatrischen Station mit der einer MKE für die Behandlung von postpartalen psychischen Erkrankungen. Die Mutter-Kind-Einheit verzeichnet einen wesentlich höheren Kostenaufwand und ist für eine Klinik nicht wirtschaftlich. Da sich die Finanzierungsstrukturen in einzelnen Ländern unterscheiden sind die Ergebnisse nicht direkt auf Deutschland übertragbar.

⁵⁸ Vgl. Turmes und Hornstein 2007, S. 774, Vgl. Kilian et al. 2003, S. 779.

Wesentliches Kriterium einer Mutter-Kind-Einheit ist das Vorhandensein von zusätzlichen Strukturen, beispielsweise Wickelkommoden und entsprechende Betten für das Kind. Auch müssen räumliche und personelle Kriterien erfüllt werden. So ist es notwendig multiprofessionelle Teams für die Behandlung zu bilden, um den mütterlichen, aber auch kindlichen Anforderungen gerecht zu werden.⁵⁹ Bisher liegen für die vorliegende Arbeit keine relevanten Forschungsergebnisse hinsichtlich der strukturellen Anforderungen und entsprechenden Umsetzungsmöglichkeiten in psychiatrischen Einrichtungen vor. Die Bedeutung dieser wird in der empirischen Forschung näher betrachtet.

Im Wesentlichen beschäftigen sich die Studien im stationären Bereich mit der Mutter-Kind-Bindung und überprüfen die Notwendigkeit von Eltern-Kind-Einheiten. Die Ergebnisse beziehen sich überwiegend auf Deutschland oder definieren die Versorgungssituation psychisch kranker Elternteile im internationalen Bereich. Nach derzeitigem Wissen existiert keine Studie für den Freistaat Sachsen, die die vorliegende Problemstellung hinsichtlich der fachlichen Betreuung postpartal psychisch Erkrankter bearbeitet. Der identifizierte Forschungsbedarf ergibt sich aus der Erkenntnis der Studienrecherche und der in der Einleitung definierten Relevanz des Themas. Hierzu wird eine empirische Untersuchung im ambulanten und teil- und stationären Bereich der Behandlung von PPD in Sachsen durchgeführt. Die zentrale Forschungsfrage, deren Neuigkeitscharakter die bundesland- und Setting-spezifische Komponente ist, lautet wie folgt:

„Welche Faktoren beeinflussen die fachlichen Versorgungsstrukturen bei postpartalen Depressionen im ambulanten und (teil-) stationären Setting in Sachsen und welche Relevanz hat der Einbezug des Kindes in die Therapie?“

Aus dem aktuellen Stand der Forschung ergibt sich die Notwendigkeit der Unterteilung der Forschungsfrage in zwei Unterfragen, abgeleitet aus Punkt 3.1, die einen Beitrag zur Beantwortung der zentralen Forschungsfrage leisten:

„Wie ist die generelle Versorgungslage für psychisch Erkrankte im jeweiligen Setting einzuschätzen?“

„Welche Einflussfaktoren bestimmen die Implementierung von Eltern-Kind-Behandlungsangeboten im jeweiligen Versorgungsbereich?“

Eine Übersicht über die relevantesten Studienergebnisse ist in Tabelle 3 und Tabelle 4 zu finden.

⁵⁹ Vgl. Kilian et al. 2003, 779 f.

Tabelle 3: Stand der Forschung (Teil 3/4) - (teil-) stationärer Bereich⁶⁰

Autor(en) (Jahr)	Datenerhebungsmethode, effektive Stichprobe	Forschungsschwerpunkt	Wichtigste Ergebnisse	Kate- gorie
Lanczik Brockington (1997)	· Statistische Analyse · Fallbeispiel: Klinik in Birmingham mit Mutter- Kind-Einheit England/Deutschland	· Bedarfsermittlung stationärer Kapazitäten für postpartal psychisch erkrankte Personen unter Berücksichtigung der kindlichen Mitaufnahme	· 80 stationäre Aufnahmen/1 Mio. EW, 5 Aufnahmen/1.000 Geburten (400.000 EW und 6500 Geburten/Jahr in Birmingham) · → Für Deutschland: 9,6 Betten/1 Mio. EW und Gesamtbedarf von 750 Betten	B
Turnes Hornstein (2007)	· Schriftliche Befragung Stichprobe: n=470 (psychiatrische Einrichtungen) Deutschland	· Übersicht stationärer Mutter- Kind-Einheiten in Deutschland · Ableitung der Bedarfsdeckung anhand der erhobenen Daten	· 83 Einrichtungen bieten Mutter-Kind- Behandlung an · Gesamt: 24 tagesklinische und 134 stationäre Behandlungsplätze · Bedarf unter Berücksichtigung der Voraussetzungen um 21% gesichert · Vergütung für Leistungen ist unzureichend	A, B, H, N
Hornstein Trautmann- Villalba et al. (2007)	· Klinische Studie Stichprobe: n=53 (Mütter mit postpartalen Depressionen und Psychosen) Deutschland	· Auswirkungen der Interaktion zwischen Mutter und Kind während eines gemeinsamen stationären Aufenthaltes	· Bessere Bindung zum Kind nach Behandlung · Wirksamkeit auch durch hohe Zufriedenheit der Probandinnen belegt	N
Elkin Gilbert Slade (2009)	· Systematische Recherche Stichprobe: n=13 (Kliniken mit MKE) England	· Übersicht stationärer Mutter- Kind-Einheiten in England, Ableiten der Bedarfsdeckung anhand von Fallzahlen	· Regionale Unterschiede hinsichtlich des Angebots · Gründe für MKE: Hilfestellung für Betroffene, Vermeiden der Mutter-Kind-Trennung National ist der Bedarf nur zur Hälfte gedeckt	A, B

⁶⁰ Spalte 5: Kriterien:

A = Anzahl an Behandlungsmöglichkeiten, B = Bedarfsdeckung, H=Hindernisse zur Implementierung, N = Notwendigkeit

Tabelle 4: Stand der Forschung (Teil 4/4) - (teil-) stationärer Bereich

Autor(en) (Jahr)	Datenerhebungsmethode, effektive Stichprobe	Forschungsschwerpunkt	Wichtigste Ergebnisse	Kategorie
Jordan Bielau Hauth et. al (2012)	Schriftliche Befragung Stichprobe: n=572 (Psychiatrische Kliniken und Fachkrankenhäuser), Deutschland	Evaluierung Anzahl und Bedarf stationärer-Mutter-Kind-Einheiten bei psychischen Erkrankungen Ermitteln von Gründen gegen Implementierung einer MKE	Unterversorgung um den Faktor 10 für Zielgruppe Seit 2005 10 neue Einrichtungen, aber 20 stellten Behandlungsangebot ein Mehrkosten der Mutter-Kind-Behandlung tragen Kliniken –unwirtschaftlich	A, B, H
Kenny Conroy Pariente et al. (2013)	Klinische Studie Stichprobe: n=138 (Mutter-Kind-Paare) England	Wirksamkeit einer Mutter-Kind- Behandlung zur Verbesserung der Interaktion	Minderung der Passivität des Säuglings und Erhöhung mütterlicher Sensitivität nach der Entlassung Steigerung mütterlicher Sensitivität steigert Kooperationsverhalten des Säuglings	N
Gilham Wittkowski (2015)	Systematische Überprüfung Stichprobe: n=5.023 (Mütter mit depressiven, schizophrenen und bipolaren Störungen + Kontrollgruppe) England	Auswirkungen der Behandlung in einer Mutter-Kind-Einheit auf die psychische Gesundheit der Mutter und die Mutter-Kind-Beziehung	Psychische Gesundheit ist nach Entlassung besser einzuschätzen Mehrheit der Studien weist Verbesserung der Mutter- Kind-Beziehung und Mutter-Kind-Interaktion auf	N
Howard Trevillion Potts et al. (2022)	Kohortenstudie Stichprobe: n=279 (Mütter), Großbritannien	Wirksamkeit und Kosten einer MKE im Vergleich zu einer Akutversorgung	5% geringere Wiederaufnahmerate bei Frauen, die MKE-Behandlung erhielten Subjektive Zufriedenheit der Mütter nach Entlassung aus MKE höher Kosten für Gesundheits- und Sozialfürsorge bis zwölf Monate nach Entlassung: MKE: 50.904 £ (rund 58.359€); Akut: 14.027 £ (rund 16.081€) MKE nicht kosteneffektiv	H

4 Das Untersuchungsmodell – explorativ und explanativ

Nach derzeitigem Wissensstand existiert kein gängiges Modell, um die zentrale Forschungsfrage aus Kapitel 3 zu beantworten. Um die Thematik der Arbeit und der empirischen Untersuchung zu verstehen, wird ein Untersuchungsmodell mit einem explorativen und explanativen Teil erarbeitet.

4.1 Setting-spezifische Einflussfaktoren auf den Zugang zur Behandlung

Die Grundlage der Untersuchung bildet ein schematisches Modell, das die Einflüsse auf den Zugang zur Behandlung von psychischen Erkrankungen darstellt. Studien liefern keine Ergebnisse darüber, ob die Grundvoraussetzungen zum ambulanten Behandlungsbeginn bei postpartalen psychischen Erkrankungen abzugrenzen sind von anderen Erkrankungen. Daher stellt das folgende Modell generelle Einflüsse auf den Zugang zur Behandlung dar. Die Besonderheit für Betroffene mit PPD ist, dass die Erkrankung im Zusammenhang mit der Geburt steht. Deshalb erweitert das Kriterium „Behandlung mit und ohne Kind“ das Modell. Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, ist bei Notwendigkeit einer stationären Versorgung die Behandlung in einer Mutter-Kind-Einheit möglich. Da diese Option keinen Standard darstellt, werden im folgenden Schema die Barrieren zur Implementierung solcher Angebote dargestellt. Die gewählten Faktoren des explanativen Untersuchungsteils basieren auf Erkenntnissen wissenschaftlicher Literatur. Als Grundlage für Erhebung weiterer Ergebnisse dienten vorab geführte Fachgespräche, deren Informationen explorativ untersucht werden. Ein Austausch erfolgte mit einer Vertreterin des Vereins „Schatten und Licht e.V.“. Das zweite Fachgespräch wurde mit einer Psychologischen Psychotherapeutin (PP) durchgeführt, die ambulant in Sachsen praktiziert und Mitglied der Marcé Gesellschaft ist. Für die Bestimmung relevanter Faktoren im teilstationären und stationären Bereich dient, neben den Forschungsergebnissen, ein Gespräch mit einer Ärztin aus einem Krankenhaus mit tagesklinischer Behandlung speziell für psychisch kranke Mütter und Väter mit ihren Kindern bis zu einem Jahr und mit einem Arzt aus einer Einrichtung ohne spezialisierte Eltern-Kind-Behandlung.

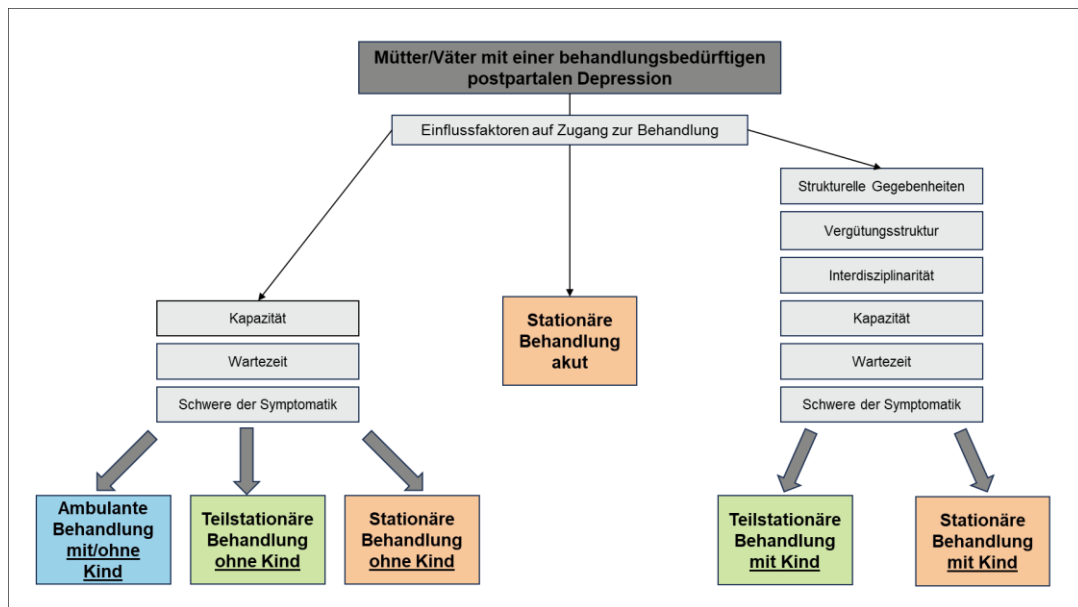


Abbildung 3: Modell der Einflussfaktoren auf den Zugang zur jeweiligen Behandlungsart

Um die Behandlungsbedürftigkeit bei psychischen Auffälligkeiten festzustellen, gibt es verschiedene Ansätze. Der Einflussfaktor Zeit wird in der Studie von Hoyer et al. (2011) konkretisiert. Diese evaluiert unter anderem die Wartezeit bis zum Erstgespräch und dem Behandlungsbeginn bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten in Ostdeutschland. Um zu untersuchen, welche zeitlichen Bedingungen aktuell in Sachsen vorliegen, wird dieser Faktor Inhalt der Erhebung sein. Die Erhebung erfolgt sowohl im ambulanten als auch im (teil-)stationären Setting.

Die Dauer bis zum Beginn einer psychologischen oder psychiatrischen Behandlung wird im Wesentlichen durch die kapazitativen Behandlungsmöglichkeiten beeinflusst. Somit ist die Anzahl der Behandler ein wesentlicher Einflussfaktor auf den Zugang zu einer fachlichen Betreuung. Zur Beurteilung der Versorgung in den jeweiligen Regionen Deutschlands kann der Versorgungsgrad dienen. Dieser wird in Prozent angegeben und zeigt, inwieweit die Versorgung von Patienten in einzelnen Regionen durch bestimmte Arztgruppen sichergestellt ist. Gebildet wird er durch die Ist-Kennzahl, also das Einwohner-Arzt-Verhältnis im Zusammenhang mit dem Soll-Niveau, das durch die allgemeine Verhältniszahl unter Berücksichtigung der regionalen Morbiditätsstruktur angeglichen wird. Dadurch ergeben sich regionale Unterschiede in der Bedarfsplanung. Liegt der Versorgungsgrad im fachärztlichen Bereich zwischen 50% und 100%, ist von einer drohenden Unterversorgung auszugehen. Von einer Unterversorgung geht man bei einem Grad unter 50% aus.⁶¹

⁶¹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Bedarfsplanung, online im WWW unter URL: <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content28762> [28.10.2023]; Anhang 16

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen (KVS) bildete für 2022 Versorgungsgrade einzelner Regionen Sachsens ab. Für das geplante Jahr weisen alle Regionen bei der fachärztlichen psychotherapeutischen Versorgung einen Versorgungsgrad über 100% auf.⁶² Den Daten zu Folge, abgebildet im Anhang, ist von keiner Unterversorgung auszugehen. Diesen gegenüber steht die Untersuchung der Bundespsychotherapeutenkammer von 2018. Sie stellt die Bedarfsplanung in Frage, da im ländlichen Bereich nur eine halb so große Psychotherapeutendichte im Vergleich zu Großstädten vorgesehen ist und begründet damit die langen Wartezeiten in bestimmten Regionen.⁶³ Dabei weisen Studien einen Zusammenhang zwischen der Region und der Häufigkeit depressiver Erkrankungen auf. Aus dem Bericht des Robert Koch-Instituts (2021) ist zu entnehmen, dass die Prävalenzrate in Großstädten höher als in ländlichen Gebieten ist.⁶⁴ Auch die Studie von Adli und Schöndorf (2020) weist diesen Aspekt auf. Laut den Ergebnissen haben Personen aus städtischen Gebieten ein zwölf bis 20% höheres Risiko eine Depression zu entwickeln als Menschen aus weniger besiedelten Regionen.⁶⁵ Ob sich die Daten auf PPD übertragen lassen, ist schwer zu ermitteln. In der vorliegenden Untersuchung wird deshalb geprüft, ob es regionale Unterschiede bei der subjektiven Beurteilung der Versorgungslage für Personen mit dieser Erkrankung gibt.

Ein weiterer Faktor ist der Einbezug des Kindes in die Behandlung, der insbesondere im stationären Setting als relevant betrachtet wird. Die Studien von Griffiths et al. (2019)⁶⁶ und Gillham und Wittkowski (2015) evaluieren die Notwendigkeit von Mutter-Kind-Einheiten in Bezug auf die Behandlungsergebnisse psychisch kranker Mütter und hinsichtlich der Prävention späterer psychischer Auffälligkeiten des Kindes. Davon abgeleitet wird in der vorliegenden Arbeit die subjektive Einschätzung der Relevanz des kindlichen Einbezugs in die Behandlung untersucht. Auch die Frage, ob die kindliche Begleitung möglich ist, soll geprüft werden. Da Studienergebnisse primär auf Notwendigkeit gemeinsamer Aufnahme im teilstationären und stationären Setting beruhen wird untersucht, ob es bei der ambulanten Behandlung auch ein ausschlaggebendes Kriterium darstellt.

Speziell im stationären Setting ist der Bedarf an Mutter-Kind-Einheiten laut der Forschungsarbeit von Tumes und Hornstein (2007) nicht gedeckt. Das belegen auch andere Studien, wie aus Kapitel 3 zu entnehmen. Dieser Aspekt begründet die

⁶² Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Sachsen: Bedarfsplanung und Sächsischer Bedarfsplan – Sächsischer Bedarfsplan, online im WWW unter <https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/zulassung-und-niederlassung/bedarfsplanung/bedarfsplanung-und-saechsischer-bedarfsplan> [14.12.2023], Anhang 17

⁶³ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2018, S. 20 f.

⁶⁴ Vgl. Cohrdes et al. 2021, S. 56 f.

⁶⁵ Vgl. Adli und Schöndorf 2020, S. 979.

⁶⁶ Vgl. Griffiths et al. 2019, S. 11 ff.

Evaluierung struktureller Rahmenbedingungen für die Eltern-Kind-Behandlung. Ein wesentlicher Grund gegen Eltern-Kind-Aufnahmen ist, laut den Studienergebnissen, die Vergütung. So erschwert die aktuelle Finanzierungslage die Implementierung spezieller Angebote. Als weitere Faktoren werden strukturelle Gegebenheiten und die Interdisziplinarität definiert. Speziell für das stationäre Setting soll geprüft werden, inwieweit Kliniken Eltern-Kind-Aufnahmen generieren und welche weiteren Gründe dagegensprechen.

4.2 Hypothesen des explanativen Untersuchungsmodells

Die nachfolgenden Hypothesen begründen sich aus Ergebnissen wissenschaftlicher Arbeiten. Da es sich in der vorliegenden Arbeit um die Evaluierung von Strukturen im Gesundheitswesen handelt, wird der Einbezug aktueller gesundheitsökonomischer und politischer Entwicklungen und Erkenntnissen als relevant betrachtet.

4.2.1 Hypothesen zu den Einflüssen der Versorgungslage

Wie bereits in Kapitel 2 und 3 beschrieben, ist davon auszugehen, dass eine unverzügliche psychotherapeutische Intervention durch Wartezeiten über mehrere Wochen nicht möglich ist. Die Studie von Singer et al. (2022) vergleicht die Wartezeiten vor und nach der Psychotherapiestrukturereform 2017, die zum Ziel hatte Wartezeiten für Patienten mit psychischen Erkrankungen zu verkürzen. Diese beläuft sich nach der Reform auf drei Wochen für das Erstgespräch und hat sich im Vergleich zu der Zeit vor der Reform nicht verändert. Die Wartezeit bis zur Erstbehandlung beträgt der Studie zu Folge 20 Wochen und hat sich im Vergleich um zwei Wochen erhöht.⁶⁷ Laut BPTK (2018) vergehen bis zum Behandlungsbeginn etwa 19 Wochen in Sachsen. Zudem verursacht die individuelle Psychotherapeutendichte regionale Unterschiede.⁶⁸ Die Daten belegen, dass ein unverzüglicher Behandlungsbeginn durch Wartezeiten über mehrere Wochen und einem Mangel an Psychotherapie-Angeboten in einzelnen Regionen nicht möglich ist. Daraus resultiert folgende Hypothese:

H1: Die unzureichende Anzahl an Psychotherapieplätzen führt zu einem verzögerten Behandlungsbeginn durch Wartezeiten über mehrere Wochen.

Zur Beurteilung der Versorgungslage wird der Versorgungsgrad niedergelassener psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten genutzt. Daten der Bertelsmann Stiftung, erhoben im Jahr 2015, geben die Psychotherapeutendichte je 100.000

⁶⁷ Vgl. Singer et al. 2022, S. 182.

⁶⁸ Vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2018, S. 16, 19f.

Einwohner an. Da die vorliegende Arbeit die Versorgung in Sachsen evaluiert, erfolgt die Überprüfung der interaktiven Karte im sächsischen Raum. Festzustellen ist, dass Unterschiede in der Anzahl an Psychotherapeuten (PT) vorliegen.⁶⁹ Ähnliche Ergebnisse weist der Versorgungsatlas mit Daten aus dem Jahr 2018 auf. Auffällig ist, dass in Regionen mit weniger ärztlichen auch weniger psychologische Psychotherapeuten tätig sind, Regionen mit mehr ärztlichen weisen auch eine größere Dichte an PP pro 100.000 Einwohner auf.⁷⁰

Wie bereits in Kapitel 2 angemerkt, listet der Verein „Schatten und Licht“ eine Übersicht über Fachleute, die bei postpartal auftretenden, psychischen Beschwerden kontaktiert werden können. Anhand dieser wird deutlich, dass entsprechende Angebote überwiegend im Raum Dresden angeboten werden, wohingegen andere Regionen, wie der Landkreis Bautzen, deutlich weniger Ansprechpartner hat.⁷¹ Aus den genannten Daten ergibt sich folgende Hypothese:

H2: Die Diskrepanz der fachlichen Versorgungsangebote psychisch Erkrankter in den verschiedenen Regionen des Freistaates Sachsen führt zu unterschiedlichen Zugangsvoraussetzungen zur Behandlung.

Die Studienergebnisse aus Kapitel 3 basieren im Wesentlichen auf Symptomatik, Behandlung und Versorgung von Müttern mit postpartalen Depressionen. Dabei weisen andere Quellen auf, dass auch bis zu zehn Prozent der Väter betroffen sein können.⁷² Die allgemeine Datenlage liefert wenig Erkenntnisse über die Besonderheit väterlicher Depressionen. Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Untersuchung überprüft, inwiefern auch Männer bei Behandlern vorstellig werden. Aus den Rechercheergebnissen wird folgende Hypothese abgeleitet:

H3: Postpartale Depressionen treten auch bei Vätern auf.

Zur Einschätzung der Versorgungslage sind Indikationen der Behandlungsoptionen verschiedener Versorgungsbereiche zu betrachten. Den Rechercheergebnissen zu Folge ist eine ambulante Therapie in Einzelfällen nicht ausreichend, um Betroffene mit PPD adäquat zu versorgen.⁷³ Wie aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie für

⁶⁹ Vgl. Faktencheck Gesundheit.: Psychotherapeutendichte, online im WWW unter URL: <https://www.faktencheck-gesundheit.de/nc/de/faktenchecks/faktencheck-psychotherapeuten/interaktive-karte/psychotherapeutendichte/index.html> [17.10.2023], Anhang 18, Anhang 19

⁷⁰ Vgl. Versorgungsatlas.: Vertragsärzte und Psychotherapeuten je 100000 Einwohner nach Fachgruppen und Regionen für die Jahre 2014 bis 2018, online im WWW unter URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen?tab=1&uid=105&cHash=1fc1d18b3289a6d9bf9e95a4f42dd8c9> [17.10.2023]; Anhang 20, Anhang 21

⁷¹ Vgl. Schatten und Licht e.V.: Fachleute-Liste, online im WWW unter <https://schatten-und-licht.de/fachleute-liste/> [14.12.2023]; Anhang 12

⁷² Vgl. Pawils et al. 2022, S. 658.

⁷³ Vgl. Lang et al. 2015, S. 616, Vgl. Reichert und Rüdiger 2013, S. 80.

unipolare Depressionen hervorgeht, bestimmt die Schwere und Ausprägung der Symptomatik die Wahl des Behandlungsbereichs.⁷⁴ Durch die Forschungsergebnisse und Angaben ist davon auszugehen, dass die ambulante Behandlung postpartaler Depressionen teilweise unzureichend ist. Dies begründet die Bildung folgender Hypothese:

H4: Die Bereitstellung stationärer Versorgungsmöglichkeiten bei postpartalen Depressionen ist erforderlich, da in Einzelfällen die ambulante Behandlung zur adäquaten Versorgung nicht ausreicht.

4.2.2 Hypothesen zu den Einflüssen des kindlichen Einbezugs

Studien belegen einen Zusammenhang zwischen der psychischen Erkrankung der Mutter und der kindlichen Entwicklung. Tumes und Hornstein (2007) weisen in ihrer Forschungsarbeit auf, dass die alleinige stationäre Aufnahme einer psychisch kranken Frau die Behandlungsdauer verlängert. Zu frühe Entlassungen, begründet durch das Drängen der Mutter zu ihrem Säugling, führen zu einem unzureichenden Behandlungsergebnis und letztendlich zu Rezidiven, was eine Wiederaufnahme erfordert.⁷⁵ Über den Einbezug des Kindes in die ambulante Behandlung liegen bisher keine aussagekräftigen Forschungsergebnisse vor. Die evaluierten Daten ergeben folgende Hypothesenstellung:

H5: Der Einbezug des Kindes in die stationäre Behandlung führt zu einer besseren Prognose und kürzerer Behandlungsdauer.

H6: Im ambulanten Setting ist die Relevanz des kindlichen Einbezugs geringer als im stationären Setting einzuschätzen.

4.2.3 Hypothesen zu den Einflüssen der stationären Gegebenheiten

Studien weisen auf, dass der Bedarf an Eltern-Kind-Einheiten in Deutschland nicht gedeckt ist. Tumes und Hornstein (2007) schätzen die Bedarfsdeckung auf 21% ein, Jordan et al. (2012) gibt an, dass Mütter mit psychischen Erkrankungen, die einer stationären Aufnahme mit ihrem Kind bedürfen, um den Faktor 10 unterversorgt sind.⁷⁶ Es gilt zu überprüfen, wie die Versorgungslage im klinischen Bereich einzuschätzen ist und ob die aktuell vorhandenen Strukturen den Bedarf decken. Die Forschungsergebnisse führen zu folgender Hypothese:

⁷⁴ Vgl. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2022, S. 55.

⁷⁵ Vgl. Turmes und Hornstein 2007, S. 773, Vgl. Bauer et al. 2012, S. 160 f.

⁷⁶ Vgl. Turmes und Hornstein 2007, S. 779, Vgl. Jordan et al. 2012, S. 208.

H7: Die stationäre Aufnahme des psychisch erkrankten Elternteils mit Kind ist aufgrund der geringen Anzahl an Eltern-Kind-Abteilungen nur eingeschränkt möglich.

4.2.4 Hypothesen zu den Einflüssen der strukturellen Rahmenbedingungen

Die Vergütung der Leistungen für die Behandlung psychischer Erkrankungen im stationären Bereich erfolgt nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik, also dem PEPP-Entgeltkatalog, anhand der Diagnosestellung nach ICD-10.⁷⁷ Anhand der Studienergebnisse von Jordan et al. (2012) und Turmes und Hornstein (2007) wird deutlich, dass die Mehrkosten für die kindliche Begleitung nicht vergütet werden und somit von der Klinik getragen werden müssen.⁷⁸ Anhand der Ergebnisse leiten sich folgende Hypothesen ab:

H8: Die stationäre Behandlung eines depressiven Elternteils kann aufgrund fehlender Berücksichtigung der Kosten für die Begleitung des Kindes nicht vollständig abgerechnet werden.

H9: Die Mitaufnahme des Kindes bei der stationären Behandlung psychisch erkrankter Eltern stellt für Einrichtungen ein Risiko für die Wirtschaftlichkeit dar.

4.3 Explorativer Untersuchungsteil

Besonders die Vergütung stellt ein Hindernis für die Implementierung von Eltern-Kind-Einheiten dar, wie aus den Studienergebnissen deutlich wird. In den vorab geführten Fachgesprächen wurde deshalb erfragt, welche weiteren Gründe dagegensprechen. Die Teilnehmer geben an, dass eine Begleitung des Kindes ein Mehraufwand bedeutet und komplexe Strukturen erfordert, die nicht jede Klinik bieten kann. Das Kind benötigt Versorgungsmittel, Säuglingsnahrung, ein Babybett und Betreuung, während die Mutter behandelt wird. Insbesondere für Kliniken, die keine Geburtshilfe am Haus haben stellt sich die Frage, woher die Ressourcen genommen werden sollen und wie sie finanziert werden. Für die Mitaufnahme des Kindes liegt bisher keine grundlegende Struktur zur Abrechnung vor.⁷⁹ Kliniken, die es ermöglichen, haben die Option den Zusatzcode 9-643 „Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)“ anzuwenden. Die Zusatzvergütung nach 9-643 ist an Bedingungen geknüpft, die eine Klinik nachweisen muss, um eine

⁷⁷ Vgl. Medizinischer Dienst Bund 2023, S. 27.

⁷⁸ Vgl. Jordan et al. 2012, S. 207, Vgl. Turmes und Hornstein 2007, S. 775f.

⁷⁹ Vgl. J.-H. 2023, Vgl. C. 2023.

zusätzliche Abrechnung vornehmen zu können. Neben einem Eltern-Kind-Raum zur gemeinsamen Unterbringung des Betroffenen mit dem Säugling, erfordert der Code das Vorhandensein eines multidisziplinären Teams, z.B. aus Pflegekräften, Pädagogen, Hebammen und Pädiatern.⁸⁰ Aus der Überlegung, ob die Anforderungen durch jede psychiatrische Einrichtung erfüllt werden können, leitet sich die Überprüfung dieses Aspekts in der vorliegenden Arbeit ab. Zusätzlich wurde erfragt, welche Faktoren für spezialisierte Angebote sprechen. Ein Gesprächspartner gibt an, dass Kliniken ein gewisses Ansehen bzw. ein Prestige genießen, da sie sich durch das Angebot von anderen Einrichtungen abheben.⁸¹ Zudem fördert es die Interdisziplinarität und es bietet Betroffenen zielgerichtete Hilfen an.⁸² Anhand der Angaben gilt es empirisch zu prüfen, welche Aspekte für Eltern-Kind-Aufnahmen sprechen.

Aus den Tätigkeiten der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) geht hervor, dass die aktuelle Versorgungssituation für psychisch kranke Eltern kritisch ist. Zum 33. Sächsischen Ärztetag hat die Kammerversammlung dem Entschließungsantrag mehrheitlich zugestimmt, Strukturen zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Eltern zu schaffen.⁸³ Zu überprüfen ist, welche konkreten Maßnahmen zum Ausbau der Versorgungsmöglichkeiten im jeweiligen Setting nötig sind.

4.4 Definition des Untersuchungsmodells

Das in Abbildung 4 dargestellte Untersuchungsmodell stellt eine Erweiterung des Modells der Einflussfaktoren (Abbildung 3) dar. Auf Basis der Einflussgrößen wurden Variablen entwickelt, die die Möglichkeiten zum Zugang zu einer fachlichen Behandlung und die entsprechende Versorgung bestimmen, die mit oder ohne Einbezug des Kindes erfolgen kann. Das nachfolgende Modell wird durch die aus Kapitel 4.2 definierten Hypothesen und Aussagen aus Punkt 4.3 ergänzt und bildet zudem die Items der Fragebögen ab. Da gleiche Fragen beider schriftlicher Befragungsteile unterschiedliche Nummerierungen aufweisen, werden zunächst einheitliche Items festgelegt. Die Fragebögen mit der Darstellung definierter Items sind in Anhang 24, Anhang 25 und Anhang 26 zu finden.

⁸⁰ Vgl. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.: OPS Version 2023, online im WWW unter URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2023/block-9-60...9-64.htm#code9-607> [17.10.2023]; Anhang 22

⁸¹ Vgl. K. 2023.

⁸² Vgl. C. 2023, Vgl. J.-H. 2023, Vgl. K. 2023.

⁸³ Vgl. Sächsische Landesärztekammer: 33. Sächsischer Ärztetag: Psychiatrische Versorgung für Schwangere und junge Eltern ungenügend, online im WWW unter <https://www.slaek.de/de/ueberuns/presse/presse-mitteilungen/2023/saet-psychiatrische-versorgung-fuer-schwangere.php> [14.12.2023]; Anhang 23

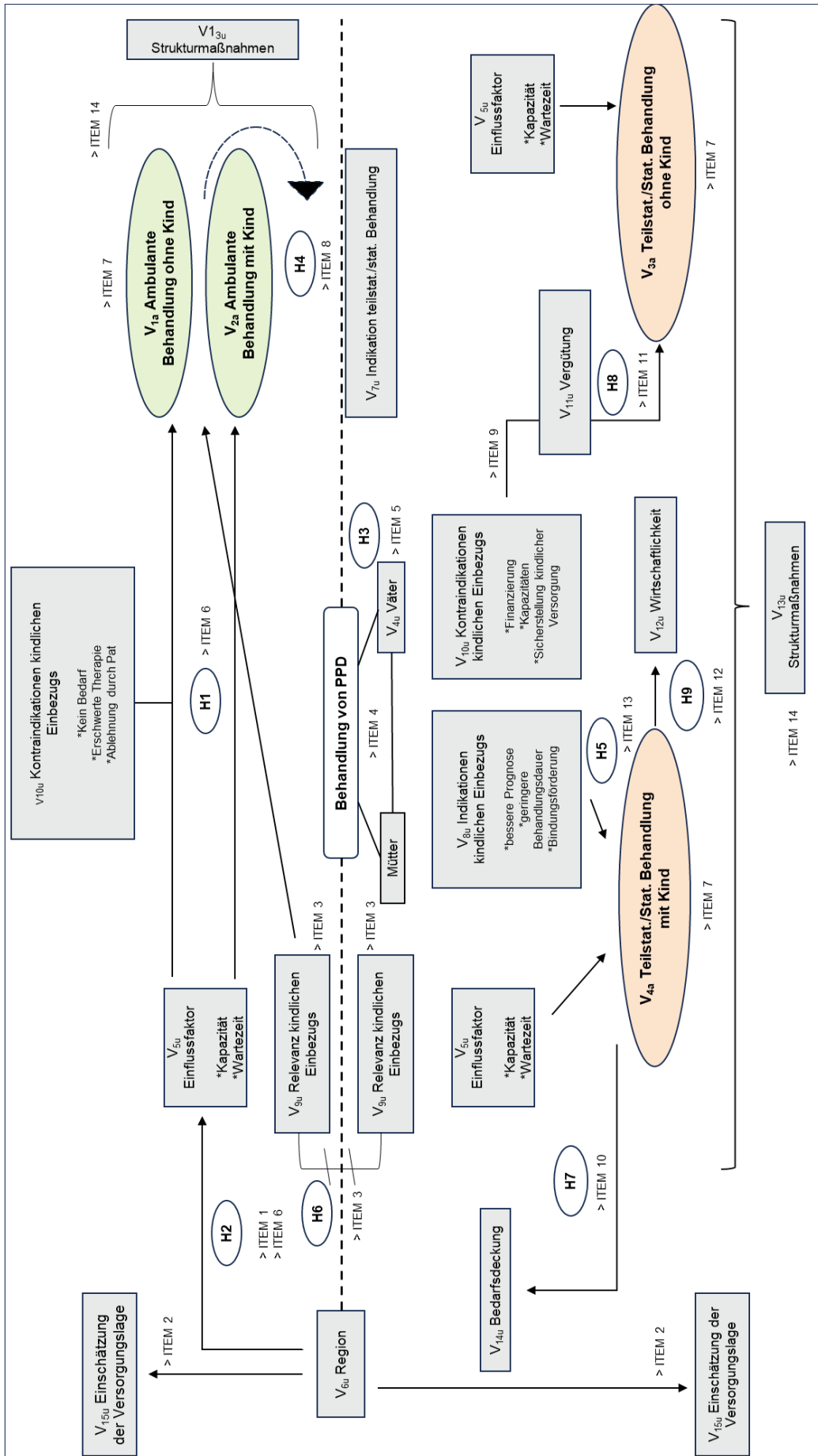


Abbildung 4: Untersuchungsmodell mit explanativen und explorativen Anteilen

5 Methodik

Zur Bearbeitung der zentralen Forschungsfrage: „*Welche Faktoren beeinflussen die fachlichen Versorgungsstrukturen bei postpartalen Depressionen im ambulanten und (teil-) stationären Setting in Sachsen und welche Relevanz hat der Einbezug des Kindes in die Therapie?*“ kann nach der wissenschaftlichen Analyse nicht auf die Sekundärdaten zurückgegriffen werden. Nach derzeitigem Wissensstand gibt es keine Studie, die den gesamten Forschungsschwerpunkt der vorliegenden Arbeit aufgreift. Um die Fragestellungen zu beantworten, werden mithilfe eines geeigneten Untersuchungsinstruments eigene Primärdaten erhoben. Die vorliegende Arbeit betrachtet die ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungslage, um eine Übersicht über die fachspezifische Behandlungssituation in Sachsen zu geben.

5.1 Auswahl der Datenerhebungsmethode

In dieser Arbeit wird zur Erhebung der Primärdaten eine schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens, im geringen Anteil die Online-Befragung angewendet. Die empirische Untersuchung basiert auf einer quantitativ orientierten Methode, die im Gegensatz zur qualitativen Datenerhebung standardisierter ist. Ziel ist es, möglichst viele Daten zu erhalten, um diese miteinander vergleichen zu können.⁸⁴

Die Wahl der Untersuchungsmethode wurde durch das Abwägen der Vor- und Nachteile der Erhebungsinstrumente vorgenommen. Mögliche Methoden der Datenerhebung für die vorliegende Arbeit waren die standardisierte mündliche Befragung, beispielsweise in Form eines Interviews, schriftliche Befragung in Form eines Fragebogens oder eine Online-Befragung.⁸⁵

Ein Vorteil der mündlichen Befragung ist, dass je nach Notwendigkeit, Nachfragen an die Teilnehmer gestellt werden können, um die Antworten zu konkretisieren und Zusammenhänge besser zu verstehen. Der Nachteil in Bezug auf die vorliegende Arbeit ist jedoch, dass aufgrund des zeitlichen Aufwands nur wenige Interviews durchgeführt werden können.⁸⁶ Fachärzte und Psychotherapeuten sind meist nicht persönlich kontaktierbar und die Erreichbarkeit während ihrer Arbeitszeit ist durch die Patientenbehandlungen nur begrenzt möglich. Die Forschungsfrage erfordert eine breite Datenerhebung. Deshalb wurde eine mündliche Befragung für die vorliegende Arbeit ausgeschlossen.

⁸⁴ Vgl. Homburg 2017, S. 269.

⁸⁵ Vgl. Baur und Blasius 2014, S. 611.

⁸⁶ Vgl. Brosius et al. 2022, S. 113 f.

Die Datenerhebung wurde teilweise mit Online-Befragungen durchgeführt. Diese bieten den Vorteil, dass eine hohe Anzahl an Probanden schnell Zugang zur Befragung hat. Zudem ist sie kostengünstig.⁸⁷ Die Online-Befragung wurde in dieser Arbeit überwiegend mit Probanden durchgeführt, die am Pretest teilgenommen und diese Form der Beantwortung präferiert haben. Da nicht jeder Teilnehmer eine veröffentlichte E-Mail-Adresse hat, wurde die ausschließliche Nutzung dieser Erhebungsmethode ausgeschlossen.

Der überwiegende Teil der Datenerhebung erfolgte, wie bereits beschrieben, mittels einer schriftlichen Befragung in Form eines Fragebogens. Nachteilig an dieser Methode ist, dass keine Rückfragen bei Verständnisproblemen gestellt werden können, weder seitens des Probanden noch des Verfassers der Umfrage. Außerdem ist die Teilnahmebereitschaft vor der Durchführung der Erhebung nicht feststellbar und somit kann eine geringe Teilnahme die Repräsentativität der Ergebnisse beeinträchtigen. Ein relevanter Vorteil der schriftlichen Befragung ist, dass sie eine hohe Anzahl an Befragungen ermöglicht, womit in kurzer Zeit viele Daten erhoben werden können. Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, die Fragen sorgfältig zu lesen, zu überdenken und zu beantworten. Die standardisierte Form des Fragebogens ermöglicht eine gute Vergleichbarkeit der erhobenen Daten.⁸⁸

Die schriftliche Befragung bietet für die vorliegende Arbeit entscheidende Vorteile und wurde deshalb als Erhebungsinstrument genutzt.

5.2 Definition der Stichprobe

Die der Arbeit zugrundeliegende Grundgesamtheit bilden alle psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychiatrie und Psychosomatik, Psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeuten, Gynäkologen sowie Allgemeinmediziner mit der Zusatzbezeichnung (ZB) Psychotherapie, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Sachsen tätig waren. Weitere Berufsgruppen, die an der Versorgung von PPD beteiligt sind, zählen nicht zur Grundgesamtheit, da in der vorliegenden Arbeit die psychosomatische, psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung betrachtet wird. Aufgrund des Umfangs der Teilnehmerzahl wurde aus Zeit- und Kostengründen eine Teilerhebung anstelle einer Vollerhebung durchgeführt.

Die Auswahl der Teilnehmer erfolgte per geschichteter Auswahl. Dazu wurden zunächst die möglichen Probanden aller ausgewählten Berufsgruppen aufgelistet. Danach wurde zur Festlegung der Stichprobe eine Zufallsauswahl durchgeführt.

⁸⁷ Vgl. Baur und Blasius 2014, S. 662 f.

⁸⁸ Vgl. Homburg 2017, S. 271.

Diese erfolgte disproportional, da die Anteile einzelner Schichten sehr stark variieren.⁸⁹ Das Segment der Gynäkologen, ZB Psychotherapie ist mit neun und der Allgemeinmediziner, ZB Psychotherapie mit 20 gelisteten Personen sehr klein. Eine Bildung von Proportionen insbesondere für diese Segmente birgt die Gefahr eines unzureichenden Kenntnisgewinns.⁹⁰

Aufgrund der Varietät der Anzahl an Personen pro Berufsgruppe und praktizierender Stelle wurden einzelne Segmente unterschiedlich gewichtet. 218 Psychotherapeuten, 38 Fachärzte für Psychosomatik und 150 für Psychiatrie, 20 Allgemeinmediziner und neun Gynäkologen wurden in den Stichprobenumfang aufgenommen.

Eine reine Zufallsauswahl⁹¹ wurde für die Befragung ausgeschlossen, da sonst die Möglichkeit besteht, dass einzelne Berufsgruppen nicht in die Stichprobe gewählt werden. Eine Vorüberlegung war es, eine Segmentierung durch Aufteilung der Probanden nach Landkreisen und kreisfreien Städten in Sachsen vorzunehmen. Dies wurde verworfen, da die Listen entweder Privat- oder Praxisadressen beinhalteten. Es ist zwar davon auszugehen, dass Wohnort und Niederlassungsstelle im gleichen Landkreis bzw. in derselben kreisfreien Stadt liegen, dies kann aber aufgrund fehlender veröffentlichter Daten nicht vollständig bewiesen werden.

Ein Quotenverfahren⁹² wurde ausgeschlossen, da der Umfang der möglichen Teilnehmer einzelner Berufsgruppen sehr unterschiedlich ist und somit keine geeignete Quote je Segment ermittelt werden konnte.

Aufgrund einer erwarteten Rücklaufquote von 15%⁹³ wurde der Stichprobenumfang mit 439 definiert, um für die Untersuchung eine effektive Stichprobe von 65 Fragebögen zu erhalten.

Die Stichprobenauswahl der (teil-) stationären Befragung erfolgte auch über eine geschichtete Auswahl. Zunächst wurden Kliniken ermittelt, die Depressionen behandeln. Da die Grundgesamtheit angestellter Ärzte der Einrichtungen sehr groß ist, wurde auch hier eine Teilerhebung durchgeführt. Von den möglichen Teilnehmern lagen teilweise Privatadressen, teilweise der Tätigkeitsort vor. So wurde zunächst, von den 46 ermittelten Einrichtungen, jeweils eine Person zufällig in die Stichprobe aufgenommen. Es folgte eine disproportionale Zufallsauswahl. Hierzu wurden die weiteren möglichen Teilnehmer zufällig in die Stichprobe gewählt.

⁸⁹ Vgl. Baur und Blasius 2014, S. 147.

⁹⁰ Vgl. ebenda, S. 147

⁹¹ Vgl. Baur und Blasius 2014, S. 147.

⁹² Vgl. ebenda, S. 149

⁹³ Vgl. Homburg 2017, S. 300.

Eine reine Zufallsauswahl wurde für die vorliegende Arbeit ausgeschlossen, um zu vermeiden, dass einzelne Kliniken von der Befragung ausgeschlossen werden, was die Repräsentativität der Ergebnisse begrenzt.

Die Aufstellung eines Quotenplans wurde vermieden, da aufgrund des zeitlichen Umfangs eine genaue Ermittlung der Anzahl tätiger Ärzte pro Klinik nicht festgestellt werden konnte, insbesondere da teilweise lediglich Privatadressen vorlagen. Auch die jeweiligen Zuständigkeiten und Tätigkeitsbereiche angestellter Mediziner war, aufgrund des Zeitaufwands, nicht definierbar.

Der Umfang der Stichprobe wurde genügend groß gewählt, damit die angestrebte effektive Stichprobenzahl von 23 Fragebögen erreicht wird.⁹⁴

5.3 Gestaltung des Erhebungsinstrumentes

Als Untersuchungsinstrument wurden für die vorliegende Arbeit zwei standardisierte Fragebögen entwickelt, einer für die Befragung im ambulanten sowie ein weiterer für den (teil-) stationäre Bereich. Die Fragen beider Bögen sind im Wesentlichen gleich. Sie unterscheiden sich nur durch Formulierungen, angepasst an das jeweilige Setting und durch bestimmte Merkmale, die eine (teil-) stationäre Behandlung von einer ambulanten unterscheiden. Dazu zählen zum Beispiel strukturelle Gegebenheiten, wie das Vorhandensein einer Eltern-Kind-Station. Dieses Strukturmerkmal ist im ambulanten Bereich der Versorgung irrelevant.

Bei der Ausgestaltung des Fragebogens wurde auf eine möglichst genaue und eindeutige Fragestellung geachtet, um weitere Erklärungen zu vermeiden. Es wurden überwiegend geschlossene Fragen gestellt, um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen.⁹⁵

Um eine möglichst geringe Abbruchquote zu erreichen, wurde darauf geachtet, den Fragenumfang so gering wie möglich zu halten.⁹⁶ Es wird von einer Bearbeitungszeit von fünf Minuten für den ambulanten und acht Minuten für den (teil-) stationären Fragebogen ausgegangen. Zur Veranschaulichung sind das Begleitschreiben und die Fragebögen im Anhang 24, Anhang 25 und Anhang 26 beigefügt.

⁹⁴ Im Wesentlichen konzentrieren sich die Fragen im (teil-) stationären Setting auf die einrichtungsbezogenen Strukturen einer Klinik. Es ist davon auszugehen, dass die Teilnehmer eines speziellen Krankenhauses ähnliche/gleiche Antworten über die vorhandenen Strukturen abgeben. Ein klarer statistischer Rückschluss ist durch den Umfang der Stichprobe nicht gegeben, von einer Gefährdung des Aussagewertes der Untersuchung ist aber nicht auszugehen.

⁹⁵ Vgl. Homburg 2017, S. 270.

⁹⁶ Vgl. Baur und Blasius 2014, S. 651.

5.4 Durchführung und Ablauf der Untersuchung

Nach Entwicklung der Fragebögen wurde vor der eigentlichen Befragung ein Pretest⁹⁷ mit vier Ärzten aus dem (teil-) stationären, einem Arzt und zwei Psychotherapeuten aus dem ambulanten Bereich durchgeführt. Die Ergebnisse führten zur Korrektur missverständlicher Begriffe und Formulierungen. Der Hinweis zweier Teilnehmer eine Online-Befragung zu bevorzugen, führte zur Erstellung der gleichen Fragebögen über das Tool „empirio“. Einzelne Personen wurden ausschließlich über diesen Weg zur Erhebung eingeladen.

Die planmäßige Befragung sollte vom 18. September 2023 bis zum 06. Oktober 2023 erfolgen. Alle ausgewählten Teilnehmer erhielten den jeweiligen Fragebogen mit Begleitschreiben auf dem Postweg. Die Beantwortung und Rücksendung des jeweiligen Bogens war per E-Mail oder Fax möglich. Eine Rücksendung per Post mit einem beigefügten vorfrankierten Rücksendeumschlag war, aufgrund der Kosten und des verwaltungstechnischen Aufwands, nicht möglich.

5.5 Auswertung der Untersuchung

Die Erhebung wurde am 06. November 2023 außerplanmäßig beendet, da zunächst eine geringe Rücklaufquote zu verzeichnen war, sodass die Befragten erneut gebeten wurden, an der Umfrage teilzunehmen. Im ambulanten Bereich wurden 107 Fragebögen beantwortet. Die Rücklaufquote beläuft sich insgesamt auf 24,37%. Eine Segmentierung der Rücklaufquoten anhand der Berufsgruppen, der Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens, sind in Abbildung 5 und Abbildung 6 zu finden.

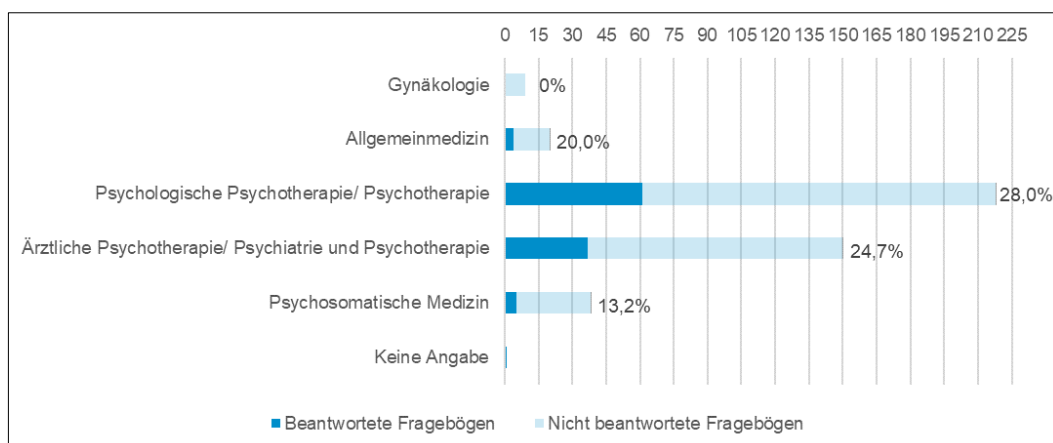


Abbildung 5: Rücklaufquoten der Berufsgruppen⁹⁸

⁹⁷ Vgl. Baur und Blasius 2014, S. 50.

⁹⁸ Die Prozentzahl hinter dem jeweiligen Balken stellt die Rücklaufquote pro befragter Berufsgruppe dar.

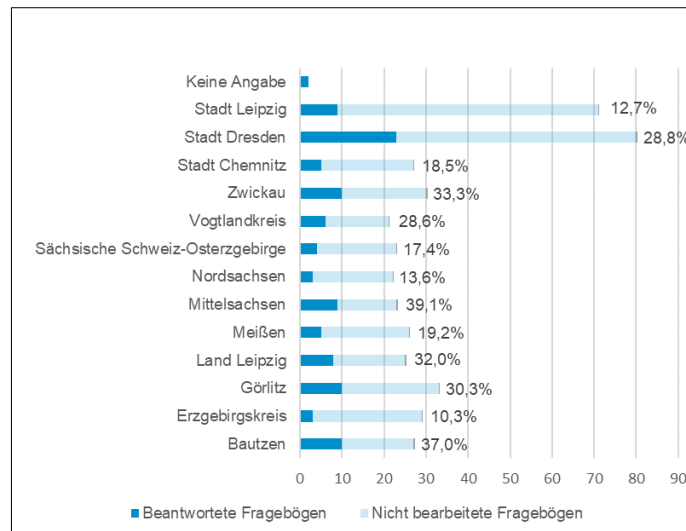


Abbildung 6: Rücklaufquoten der Landkreise und kreisfreien Städte Sachsens⁹⁹

29 Fragebögen aus 21 Einrichtungen wurden für die (teil-) stationäre Befragung zurückgesendet. Berechnet man die Rücklaufquote anhand der Anzahl an befragten Kliniken in Sachsen (46) beläuft sich diese auf 45,6%.¹⁰⁰ Eine Übersicht über die Anzahl angefragter Einrichtungen und beantworteter Fragebögen ist in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 5: Anzahl befragter Einrichtungen und beantworteter Fragebögen nach Region

Region	Befragte Einrichtungen	Teilgenommene Einrichtungen	Beantwortete Fragebögen
Bautzen	3	1	2
Chemnitz	3	1	1
Dresden	7	3	8
Erzgebirgskreis	5	3	3
Görlitz	2	2	3
Leipzig Land	4	0	0
Leipzig Stadt	5	3	4
Meißen	2	1	1
Mittelsachsen	3	2	2
Nordsachsen	3	2	2
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	3	2	2
Vogtlandkreis	2	0	0
Zwickau	4	1	1
Gesamt	46	21	29

Die Daten der beantworteten Fragebögen wurden über das Tool „empirio“ eingepflegt und im Anschluss statistisch mit SPSS (Version 29.0.0.0) deskriptiv oder explikativ ausgewertet.

⁹⁹ Die Prozentzahl hinter dem jeweiligen Balken stellt die Rücklaufquote aus den jeweiligen Landkreisen bzw. aus den kreisfreien Städten Sachsens dar.

¹⁰⁰ Die Rücklaufquote anhand der Teilnehmer lässt sich nicht genau bestimmen, da eine Einrichtung bei der Rücksendung angab, den Fragebogen gemeinsam als Team beantwortet zu haben. Wie viele daran beteiligt waren und ob andere Kliniken ähnliche Vorgehensweisen bei der Beantwortung nutzten, lässt sich nicht ableiten.

6 Ergebnisse

Die Umfrage inkludiert Fragen bezüglich der eigenen Behandlung postpartal depressiv Erkrankter, der Beurteilung der Versorgungslage und Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn. Ein weiterer Fokus liegt auf der subjektiven Einschätzung hinsichtlich der Notwendigkeit des kindlichen Einbezugs in die Behandlung, ob die Säuglinge die Therapie der Eltern tatsächlich begleiten und ob spezielle Eltern-Kind-Einheiten im stationären Setting Vorteile für Betroffene und an der Versorgung Beteiligte bieten. In den folgenden Abschnitten werden die wesentlichen Daten ausgewertet, die für die Beantwortung der zentralen Forschungsfrage dienen.¹⁰¹ In den Fragebögen wurden weitere Fragen gestellt, die rein zum Verständnis, zur Ergänzung oder zur Bildung einer klaren Struktur beitragen. Diese werden, aufgrund des Umfangs, nicht detailliert diskutiert. Die weiteren Resultate sind im Anhang unter „Ergänzende Ergebnisse der Befragung“ zu finden.

6.1 Einschätzung der regionalen Versorgungssituation

In der schriftlichen Befragung wurden die in Kapitel 5 genannten Berufsgruppen gebeten, die allgemeine Versorgungslage für postpartal depressiv Erkrankte im ambulanten oder (teil-) stationären Setting subjektiv zu beurteilen. Dabei wurde mithilfe einer Ratingskala¹⁰² nach der Meinung gefragt, inwieweit die vorhandenen Strukturen regional sehr schlecht (=1) bis sehr gut (=10) beurteilt werden.

6.1.1 Ambulante Versorgung

Die Frage nach der Einschätzung regionaler Versorgungsstrukturen für postpartale Depressionen haben 100 Personen beantwortet. 42% schätzten die Versorgungslage in der eigenen Region schlecht ein (Antwort 1-3), 40% gaben eine gute (Antwort 4-7), 18% eine sehr gute Versorgungseinschätzung an. Der Mittelwert (MW) der Angaben lag bei 4,82 (Standardabweichung SD 2,38). Abbildung 7 bildet die Gesamtangaben aller Teilnehmer der schriftlichen Befragung ab.

Bei den ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern ergab sich ein Mittelwert der Angaben von 5,36 (SD 2,26). Psychotherapeuten und PP schätzten die Versorgung vergleichsweise schlechter ein, der MW lag bei 4,21 (SD 2,43). Die Psychosomatiker

¹⁰¹ Die Ergebnisse wurden teilweise in der Vergangenheitsform und teilweise in der Gegenwart formuliert. Einige Antworten sind an aktuelle Gegebenheiten geknüpft, beispielsweise die aktuelle Wartezeit, andere Angaben beschreiben bereits vergangene Ereignisse, z.B. wie viele Personen mit PPD im vergangenen Jahr behandelt wurden. Die Wahl unterschiedlicher Tempora wird deshalb als angemessen betrachtet.

¹⁰² Vgl. Baur und Blasius 2014, S. 308.

empfanden die Behandlungsstrukturen gut bis sehr gut. Eine detaillierte Auswertung vorzunehmen war für diese Berufsgruppe nicht sinnvoll, da lediglich fünf Antworten vorlagen. Von den vier teilgenommen Allgemeinmedizinerinnen gaben nur zwei eine Antwort auf die Einschätzung der Versorgungslage ab, sodass eine ausreichende Aussagekraft nicht vorhanden war. Bei allgemeiner Betrachtung der Ergebnisse lag der Mittelwert in der unteren Hälfte der Punkte, sodass von einer tendenziell unzureichenden Versorgung auszugehen ist.

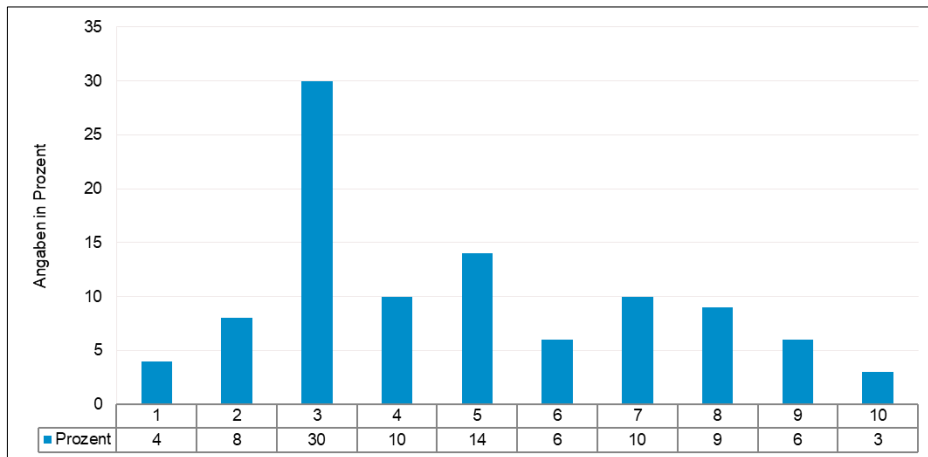


Abbildung 7: Einschätzung der Versorgungslage aller Teilnehmer in praktizierender Region

Werden die Daten anhand regionaler Zugehörigkeit gegliedert, sind Unterschiede der Einschätzungen von Behandlern zu erkennen. Im Vogtlandkreis gaben fünf eine sehr schlechte Ansicht der Versorgungslage an, der Mittelwert lag bei 2,8 (SD 0,84). Auch im Raum Mittelsachsen schätzte keiner der Teilnehmer die Versorgung sehr gut ein, im Schnitt ergab sich ein Wert von 3 (SD 1,80). In Görlitz lagen ähnliche Ergebnisse vor. Neun von zehn Personen wählten einen Wert von 2 oder 3, wohingegen nur eine Person die Versorgung mit einer Angabe von 6 als gut einschätzte. Der MW betrug 3,1 (SD 1,10). Der höchste Mittelwert war im Leipziger Land mit 6,67 (SD 2,88), dicht gefolgt von Dresden mit 6,45 (SD 1,82) und der Stadt Leipzig mit 6,18 (SD 2,18) zu verzeichnen. Chemnitzer Teilnehmer gaben zwar überwiegend eine sehr gute Versorgung an, aufgrund der geringen Antwortdichte wurde die Aussagekraft aber als unzureichend bewertet. Im Anhang (Tabelle 18) sind die Ergebnisse regionaler Segmentierung vorzufinden.

Im weiteren Verlauf galt es festzustellen, ob die Punktzahlen im Zusammenhang mit der jeweiligen Region stehen. Die 13 definierten Versorgungsgebiete¹⁰³ wurden segmentiert, da nicht jede Punktzahl im entsprechenden Gebiet ausgewählt wurde, was wiederum zur Verfälschung der Ergebnisse führt. Die Segmentierung erfolgte in

¹⁰³ Die Segmentierung der Versorgungsgebiete erfolgte anhand der zehn Landkreise und der drei kreisfreien Städte Sachsens.

Gruppe 1 = kreisfreie Stadt und Gruppe 2 = Landkreis. Die Punktwerte von eins bis zehn wurden geclustert in 1=schlechte (Punktwerte 1-3), 2=gute (Punktwerte 4-7) und 3=sehr gute Einschätzung (8-10) der Versorgungslage. Zur Überprüfung der Signifikanz ($=p$) der Ergebnisse wurde ein Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest für nominal- (Region) und ordinalskalierte Variablen (Punktwerte) durchgeführt.¹⁰⁴ Die Grundlage zur Beurteilung bildeten folgende Hypothesen:

H₀: Die kreisfreien Städte und Landkreise unterscheiden sich bezüglich der Variable Einschätzung der regionalen Versorgungslage nicht.

H₁: Die kreisfreien Städte und Landkreise unterscheiden sich bezüglich der Variable Einschätzung der Versorgungslage.

Tabelle 6: Kreuztabelle praktizierender Ort*Versorgungslage

Anzahl		1=Landkreis; 2=kreisfreie Stadt		Gesamt
		1	2	
Regionale Einschätzung	1	37	3	40
	2	21	19	40
	3	5	13	18
Gesamt		63	35	98

Tabelle 7: Chi²-Unabhängigkeitstest (Ort*Versorgungslage)

Chi-Quadrat-Tests			
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	26,738 ^a	2	<,001
Likelihood-Quotient	29,811	2	<,001
Zusammenhang linear-mit-linear	25,908	1	<,001
Anzahl der gültigen Fälle	98		

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,43.

Die Ergebnisse der Chi-Quadrat-Unabhängigkeitsuntersuchung ergaben einen p-Wert von <0,001. Dieser Wert liegt unter dem festgelegten Signifikanzniveau von 5%¹⁰⁵. Aus dem Ergebnis ist abzuleiten, dass ein Zusammenhang zwischen dem Ort der Praktizierung und der subjektiven Einschätzung der Versorgungslage vorliegt. Die Nullhypothese (H₀) wurde abgelehnt und die Alternativhypothese (H₁) angenommen.

¹⁰⁴ Vgl. Janssen und Laatz 2017, S. 259.

¹⁰⁵ Vgl. ebenda, S. 260

Ausgehend von den Gesamtergebnissen der Einschätzungen konnte die Hypothese H2 bestätigt werden, dass die Versorgungslage in verschiedenen Regionen variiert.

6.1.2 Teilstationäre und stationäre Versorgung

Im teilstationären und stationären Setting wurde die Auswertung der Daten anhand der Berufe als nicht nachvollziehbar betrachtet. Es sollte eine Gesamteinschätzung einzelner Kliniken wiedergespiegelt werden. Daher erfolgte die Evaluation wesentlich anhand regionaler und einrichtungsbezogener Gegebenheiten.

Auch in diesem Teil der Befragung wurde darum gebeten, die Versorgungslage bei postpartalen Depressionen in der eigenen Region einzuschätzen, hier in Bezug auf die teilstationäre und stationäre Behandlung (Abbildung 8). Betrachtet man die Daten allgemein für ganz Sachsen ergab sich für stationär ein Mittelwert von 5,24 (SD 2,01).¹⁰⁶ Der in dieser Frage angegebene Höchstwert, den sechs Einrichtungen wählten, liegt bei „8“, was für eine sehr gute Einschätzung der stationären Versorgungsstrukturen spricht. Es ließ sich kein Zusammenhang zwischen dem Ort der Einrichtung und der sehr guten Einschätzung der Versorgungslage feststellen, da die Antworten aus sechs verschiedenen Regionen gegeben wurden. Das gleiche gilt für die subjektive Angabe einer schlechten Versorgungssituation. Acht Teilnehmer aus sechs Regionen wählten einen Punktwert von „1“ oder „3“ aus. Eine Tendenz ließ sich aus den Angaben hinsichtlich regionaler Betrachtung, im Vergleich zur ambulanten Einschätzung, nicht ableiten. Eine Ursache für die ungleiche Verteilung der Angaben könnte sein, dass aus bestimmten Regionen nur Daten einer Person vorliegen. Es ist nicht auszuschließen, dass eine erweiterte Befragung konkretere Ergebnisse liefert.

Vergleichend zu den Daten aus dem stationären Bereich lag der Mittelwert aller Antworten bei der Einschätzung der teilstationären Versorgungslage bei 6,07 (SD 2,33) und somit etwas höher, was auf eine bessere Versorgung schließen lässt. Ähnlich wie bei der stationären Einschätzung ergab die Auswertung der Daten, dass eine schlechte oder gute Punktangabe nicht in Zusammenhang mit der jeweiligen Region gebracht werden kann. Zum Beispiel wurden für den Raum Dresden acht Angaben gemacht, die zwischen „2“ und „9“ liegen. Eine Tendenz ließ sich nicht ableiten und somit wurde eine Überprüfung der Signifikanz ausgeschlossen. Die Ergebnisse der Frage nach der Versorgungslage weisen weiteren Forschungsbedarf auf, um festzustellen, welche Kriterien die Einschätzung der Versorgungslage bestimmen.

¹⁰⁶ Das Ergebnis basiert auf der Auswertung aller erhobenen Daten. Somit sind auch die Punktwerte mehrerer Teilnehmer aus einer Einrichtung inbegriffen, sodass eine Aussagekraft des Wertes nicht sicher festgestellt werden kann. Daraus resultiert die Segmentierung der Ergebnisse.

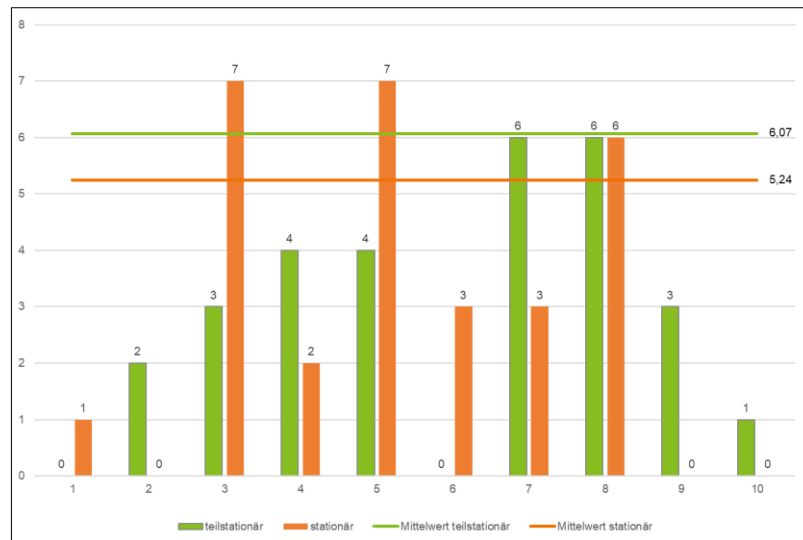


Abbildung 8: Einschätzung der stationären und teilstationären Versorgungslage in der eigenen Region

6.2 Einschätzung der Notwendigkeit des kindlichen Einbezugs

Studienergebnisse des 3. Kapitels liefern Anhaltspunkte über die Indikation des kindlichen Einbezugs in die Behandlung des erkrankten Elternteils. Besonders im stationären Bereich ist dies ein relevanter Faktor zum Behandlungserfolg. Ausgehend von diesen Ergebnissen wird im folgenden Abschnitt die subjektive Einschätzung dieses Aspekts betrachtet. Die Antwortmöglichkeiten liegen bei 1 (=unwichtig) bis 10 (=unabdingbar).

6.2.1 Ambulante Versorgung

101 Personen haben die Frage nach der Relevanz des kindlichen Einbezugs in die Behandlung beantwortet. Rund 15% der Teilnehmer schätzten den Einbezug als nicht wichtig ein (Punktwert 1-3), etwa 36% erachteten es als wichtig (Punktwert 4-7), 49% empfanden es als sehr wichtig bis unabdingbar. Der Mittelwert der Angaben lag bei 6,64 (SD 2,62). Bei den ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern ergab sich im Mittel ein Wert von 6,72 (SD 2,96). (Psychologische) Psychotherapeuten machten ähnliche Angaben, der MW lag bei 6,49 (SD 2,34). Bei den Antworten der Psychosomatiker war, aufgrund der geringen Probandenzahl, keine klare Tendenz ableitbar. Zwar war die Teilnehmerzahl der Allgemeinmediziner auch gering, jedoch gaben drei von vier Personen der Berufsgruppe einen Wert von 10 an. Ausgehend von den Ergebnissen, die in Abbildung 9 zu finden sind, ließ sich keine klare Festlegung der Relevanz des kindlichen Einbezugs im ambulanten Bereich feststellen. Der Mittelwert aller Daten liegt mit 6,64 etwas über der Hälfte, sodass die Notwendigkeit tendenziell wichtig eingeschätzt wurde.

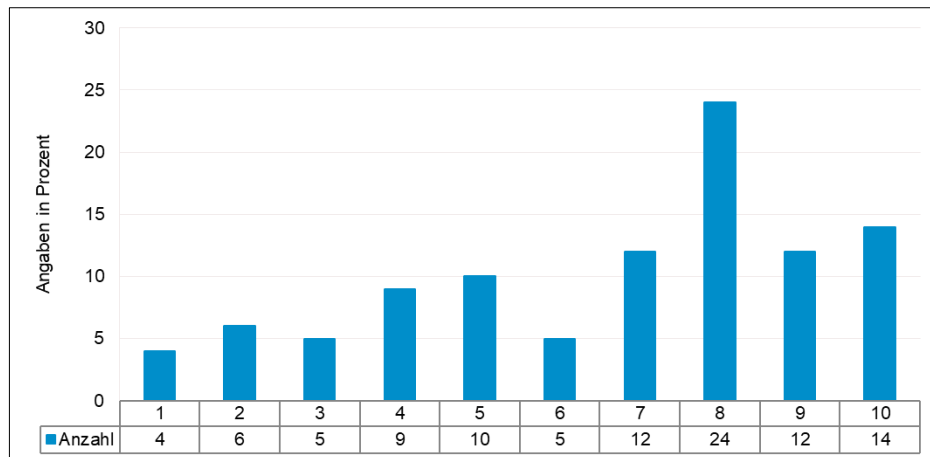


Abbildung 9: Relevanz des kindlichen Einbezugs in die ambulante Behandlung

6.2.2 Teilstationäre und stationäre Versorgung

Im Vergleich zum ambulanten Setting schätzten Probanden aus klinischen Einrichtungen den Einbezug des Kindes in die Therapie relevanter ein. Wie aus Abbildung 10 zu entnehmen, lag der Mittelwert bei der teilstationären Versorgung bei 8,07 (SD 1,99), bei der stationären ergab sich ein Wert von 8,31 (SD 2,12). Den hohen Werten können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Einerseits nimmt eine teilstationäre Behandlung wesentlich mehr Zeit in Anspruch als eine ambulante. Bei einer stationären Behandlung befinden sich Betroffene mehrere Tage oder Wochen außerhalb des heimischen Umfelds. Ein Nichteinbezug des Kindes bedeutet in diesem Fall, dass Mütter von ihren Säuglingen getrennt werden. Wie aus den Studienergebnissen in Kapitel 3 zu entnehmen ist, geht eine Separierung mit der Gefahr von Interaktions- und Bindungsstörungen zwischen dem Betroffenen und dem Säugling einher. Wiederum besteht das Risiko einer frühzeitigen Entlassung, um in der Nähe des Kindes zu sein. Ist dies der Fall, steigt das Potential für Rezidive. Eine weitere Ursache könnte sein, dass der Betreuungsbedarf des Kindes sichergestellt werden muss. Die familiäre Situation Betroffener ist sehr individuell. Es ist möglich, dass nicht jeder die Betreuung des Säuglings einem Partner oder Verwandten überlassen kann. Durch die Ergebnisse verdichtete sich die Notwendigkeit von Eltern-Kind-Stationen bzw. tagesklinischen Therapieangeboten, die eine Mitaufnahme des Kindes ermöglichen. Insgesamt konnte Hypothese H6 bestätigt werden, dass die Relevanz kindlichen Einbezugs im klinischen Bereich höher als im ambulanten ist.

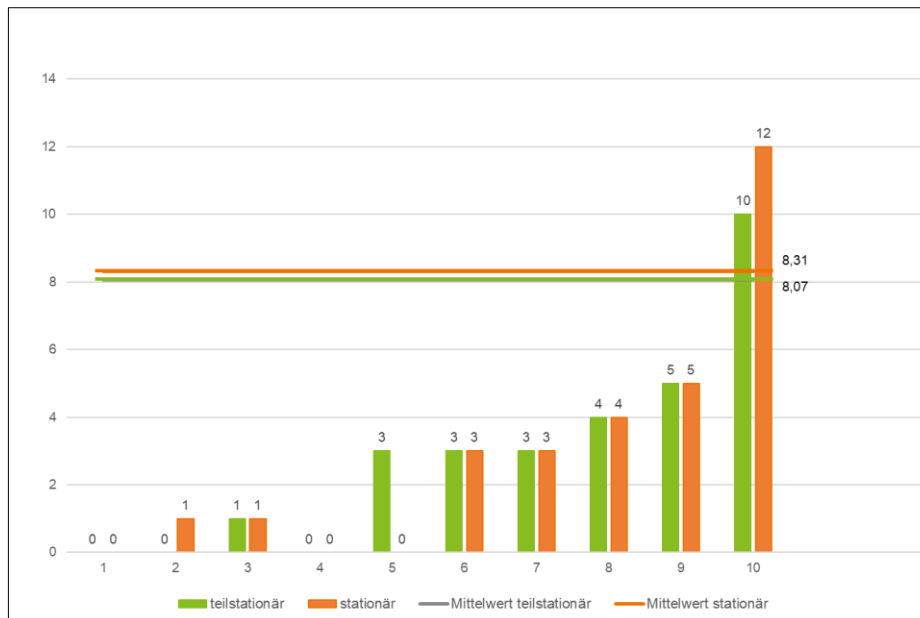


Abbildung 10: Relevanz des kindlichen Einbezugs in die stationäre/teilstationäre Behandlung

6.3 Behandlung postpartaler Depressionen

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Frage, inwieweit niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten sowie psychiatrische Einrichtungen postpartale Depressionen behandeln. Da sowohl Mütter als auch Väter erkranken können, wurden die Antwortmöglichkeiten unterteilt in die Behandlungsoptionen „Ja, nur Mütter“, „Ja, Mütter und Väter“ und „Nein“. Die Beantwortung dieser geschlossenen Frage¹⁰⁷ stellt eine besondere Relevanz dar, da sich weitere Fragen speziell auf die Behandlung der genannten Erkrankung beziehen.

6.3.1 Behandlungsangebot im ambulanten Bereich

Eine Auswertung der Daten dieser Frage selektiert nach Berufsgruppen wurde als unangemessen betrachtet, da die Schwere der Symptomatik bei postpartalen Depressionen variiert. So kann beispielsweise eine Medikation indiziert sein, die lediglich ein Arzt verschreiben darf, eine reine Psychotherapie reicht in diesem Fall nicht aus. Von 107 Teilnehmern führten 28% an, Mütter und Väter zu behandeln, 43% nur Mütter wohingegen 29% angaben, postpartale Depressionen nicht zu behandeln. Neun Personen gaben in den Anmerkungen an, dass sich bisher keine Patienten mit der genannten Diagnose vorgestellt haben, sie aber bei Nachfrage die Versorgung übernehmen würden. Ein weiterer Grund, der gegen eine Behandlung spricht ist, dass Spezialisierungen auf andere Erkrankungen die adäquate Versorgung erschweren

¹⁰⁷ Vgl. Homburg 2017, S. 270.

und somit alternative Behandlungsoptionen in Anspruch genommen werden müssen. Hervorzuheben ist, dass der überwiegende Anteil nur Mütter behandelt. Aus den Antworten war nicht klar abzuleiten, ob Väter seltener vorstellig werden oder ob die Behandlung seitens der Therapeuten abgelehnt wird. Diesbezüglich sind weitere Forschungen angeraten. Die Ergebnisse sind in Abbildung 25 im Anhang zu finden.

6.3.2 Anzahl behandelter Fälle

In diesem Abschnitt geht es um die Schaffung eines Überblicks, wie häufig ambulante Behandler mit dem Krankheitsbild „Postpartale Depression“ in Berührung traten, um abzuschätzen, ob ein Bedarf spezialisierter Behandlungsangebote besteht. Da es sich um eine offene Frage¹⁰⁸ handelt wurden die Teilnehmer gebeten, die Anzahl der im letzten Jahr behandelten Personen mit postpartalen Depressionen anzugeben, gegliedert in eine Freitextfläche für Mütter und Väter. Da die Anzahl der Angaben stark variierte, wurde die Bildung einer Durchschnittsmenge als nicht sinnvoll erachtet. Es ergab sich eine Gliederung der Anzahl in einzelne Segmente, die eine angemessene Ergebnisinterpretation ermöglichte.

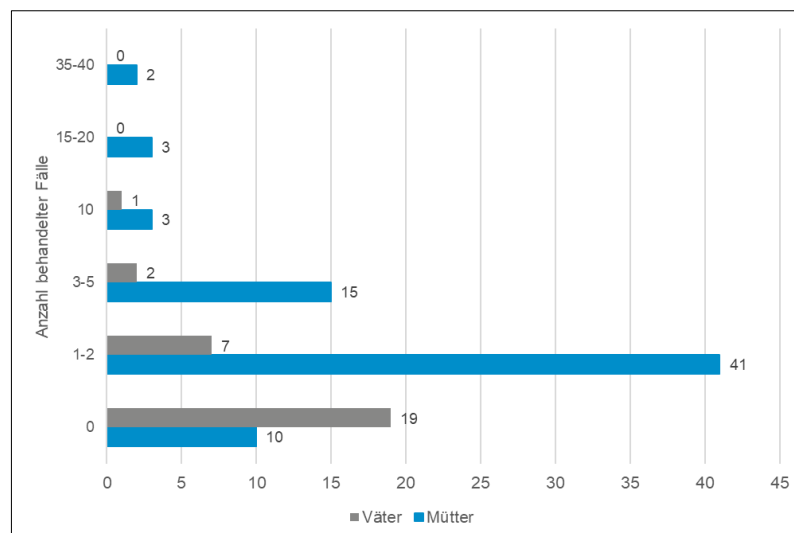


Abbildung 11: Anzahl ambulant behandelter Fälle mit PPD im letzten Jahr nach Geschlecht

Aus Abbildung 11 lässt sich erschließen, dass die meisten Personen ein bis zwei Fälle im letzten Jahr behandelt haben. Die Angaben zeigen, dass der Bedarf an ambulanter Therapie bei PPD gegeben ist. Einige Teilnehmer gaben an, Väter zu behandeln, was die Ergebnisse der Forschungsuntersuchungen stützt, dass auch Väter vom genannten Krankheitsbild betroffen sein können, auch wenn sie in der vorliegenden Untersuchung seltener therapiert wurden als Mütter. Den nächstgrößeren Anteil der Ergebnisse bildeten die Antworten der Behandler, die weder Mütter noch Väter mit

¹⁰⁸ Vgl. Homburg 2017, S. 312.

dem Krankheitsbild im gegebenen Zeitraum therapiert haben. Mögliche Gründe dafür könnten sein, dass keine behandlungsbedürftigen Fälle in diesem Zeitraum auftraten oder dass andere Therapieoptionen genutzt wurden. Die Aussage, keine Behandlung durchgeführt zu haben schließt nicht vollständig darauf, dass der Bedarf nicht gegeben war. Lange Wartezeiten, fehlende Betreuungsmöglichkeiten für den Säugling, unzureichende Kapazitäten oder lange Anfahrtswege sprechen auch gegen die Inanspruchnahme einer Behandlung. Die Begründung war schwer zu erschließen, da personenbezogene Angaben und individuelle Gegebenheiten nicht überprüfbar waren.

Einzelne Teilnehmer gaben an, dass 15 und mehr Mütter mit PPD im genannten Zeitraum vorstellig wurden. Im Vergleich zu den anderen Ergebnissen sind diese Fallangaben sehr hoch. Möglich ist, dass diese Aussage von Personen gegeben wurde, die auf das Krankheitsbild spezialisiert sind, die an Netzwerke oder an eine PIA angeschlossen sind und somit als primäre Anlaufstelle für Betroffene in Betracht gezogen wurden. Vollständig belegt konnte dieser Aspekt aber nicht werden.

Anhand der Ergebnisse ließ sich die Hypothese H3, dass auch Vätern von PPD betroffen sein können, bestätigen.

6.3.3 Bedarfsdeckung durch ambulante Behandlung

Um zu beurteilen, ob eine ambulante Behandlung in allen Fällen ausreicht, wurden die Probanden, die im letzten Jahr Patienten mit PPD behandelt haben, um die Angabe gebeten, wie häufig eine stationäre Aufnahme trotz ambulanter Therapie erforderlich war. Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit „Gar nicht“ zu wählen oder im Freitextfeld eine genaue Anzahl der Fälle zu nennen. Wie aus Abbildung 12 zu entnehmen, gaben mehrere Teilnehmer an, mindestens einen Patienten im letzten Jahr stationär eingewiesen zu haben. Aus den Ergebnissen war ableitbar, dass für den Großteil der Erkrankten eine ambulante Behandlung genügte, ersichtlich durch die Angabe „Gar nicht“, jedoch war dies in einzelnen Fällen nicht zu bestätigen, was die Notwendigkeit stationärer Behandlungsangebote bestätigte. Hypothese H4 ließ sich damit belegen.

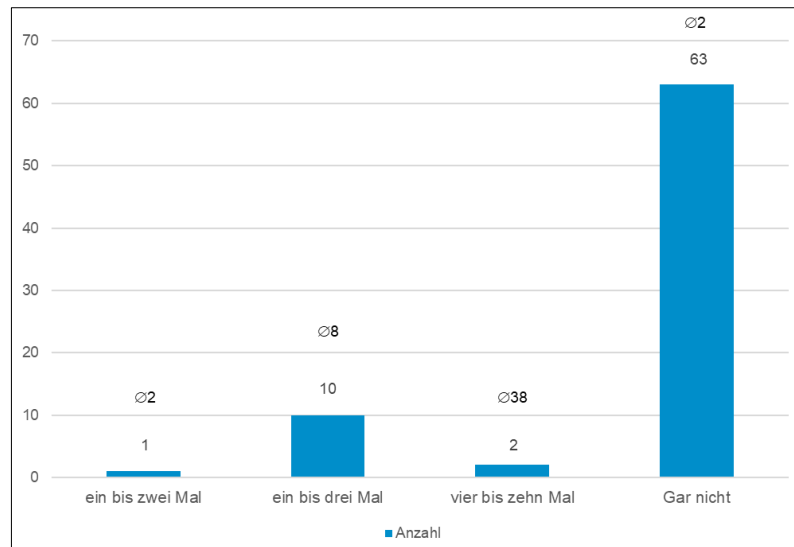


Abbildung 12: Notwendigkeit der stationären Überweisung - Anzahl der Fälle¹⁰⁹

6.3.4 Behandlungsangebot im teilstationären und stationären Bereich

Die Frage, ob die Einrichtung, in der der Teilnehmer arbeitet, Mütter und Väter mit postpartalen Depressionen allgemein behandelte, haben im stationären Bereich zehn Einrichtungen (47,6%) mit „Ja, Mütter und Väter“, fünf (23,8%) mit „Ja, nur Mütter“ und sechs (28,5%) mit „Nein“ beantwortet. Die Ergebnisse im teilstationären Setting unterschieden sich kaum. Auch hier gaben zehn Einrichtungen (47,6%) an, Mütter und Väter mit PPD teilstationär versorgt zu haben, drei (14,3%) lediglich Mütter und acht (38,1%) boten keine Therapie an. Warum nicht jede Klinik eine Behandlung durchführte, lässt sich nicht klar ableiten. Möglich ist, dass sich keine Fälle mit diesem Krankheitsbild in der Einrichtung vorstellten. In Betracht zu ziehen war auch, dass der Fokus der Versorgung auf anderen psychischen Erkrankungen lag. Um die Nichtbereitstellung fachlicher Behandlung bei PPD im stationären und teilstationären Bereich zu begründen ist weitere Forschungsarbeit nötig. Eine Darstellung der Ergebnisse ist in Abbildung 26 im Anhang zu finden.

6.3.5 Anzahl behandelter Fälle

Wie in der ambulanten schriftlichen Befragung wurden die Probanden für den teilstationären und stationären Bereich gebeten, die Anzahl behandelter Mütter und Väter des letzten Kalenderjahres anzugeben. Tabelle 8 bietet eine Übersicht über die Angaben:

¹⁰⁹ Die Durchschnittswerte der Abbildung geben an, wie viele Mütter die Teilnehmer mit den genannten Angaben durchschnittlich behandelt haben.

Tabelle 8: Anzahl behandelter Fälle der jeweiligen Einrichtung - nach Geschlecht

	Stationär		Teilstationär	
	Fälle	Einrichtungen	Fälle	Einrichtungen
Mütter	0	1	0	2
	1-2	4	1-2	4
	2	2	4	1
	3	2	7	1
	5	1	18	1
	8	1	40	1
	10	1	-	-
Väter	0	4	0	3
	1	3	1	2
	-	-	2	1
	-	-	3	1

Das Ergebnis bekräftigt die Relevanz teil- und stationärer Behandlungsangebote. Wie bereits im ambulanten Bereich festgestellt, waren sowohl Mütter als auch Väter von PPD betroffen, teilweise benötigten auch Männer eine klinische Aufnahme. Die Hypothese 3 wurde somit bestätigt.

6.4 Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Wartezeit, bis die fachliche Behandlung beginnt. Gegliedert wurden die Antwortmöglichkeiten in „< eine Woche“, „ein bis zwei Wochen“, „drei bis vier Wochen“, > vier Wochen“ und „keine Wartezeit, da keine Neuaufnahme von Patienten erfolgt“.

6.4.1 Ambulantes Setting

Die Frage nach der Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn haben 76 Teilnehmer beantwortet. Wie aus Abbildung 13 zu entnehmen, gaben drei (3,9%) eine Wartezeit von maximal einer Woche an, zwölf (15,8%) boten Behandlungen nach ein bis zwei Wochen an, 21 (27,6%) nach drei bis vier Wochen und 32 (42,1%) nach mehr als vier Wochen. Acht Teilnehmer (10,5%) notierten, dass keine Kapazität zur Neuaufnahme vorhanden war und somit entfiel die Wartezeit. Hervorzuheben ist, dass 15 Personen angaben, die Behandlung möglichst früher zu beginnen, wenn Patienten mit akuter Symptomatik bei PPD eine Behandlung anfragten. Ein Teilnehmer datierte, dass keine Neuaufnahme von Personen mit dem spezifischen Krankheitsbild erfolgte, da die Wartezeit zu lang war. Das ließ sich auch aus anderen Antworten ableiten. Vier

Personen merkten an, dass der Behandlungsbeginn bis zu einem Jahr und darüber hinaus dauern kann.

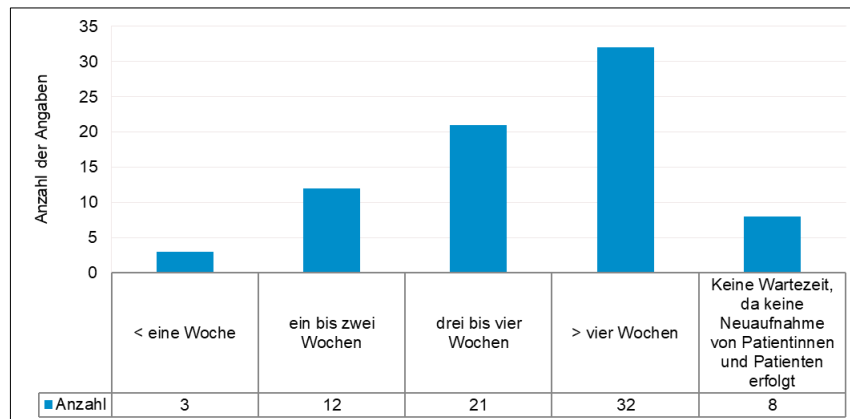


Abbildung 13: Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn im ambulanten Bereich

Es galt einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Berufsgruppen und der Wartezeit zu überprüfen. Für die Definition der Zeit in Wochen wurde eine ordinalskalierte Variable verwendet, die in eine Reihenfolge gebracht werden kann, deren Abstände sich aber nicht vergleichen lassen.¹¹⁰ Der Chi²-Unabhängigkeitstest wurde einerseits mit der Gruppe „Psychiater und ärztliche Psychotherapeuten“ und der Gruppe „(Psychologische) Psychotherapeuten“ durchgeführt, da diese den größten Anteil der Befragten ausmachten. Betrachtet wurden kurze Wartezeiten bis zwei Wochen (Kategorie 1) und lange Wartezeiten von mehr als drei Wochen bzw. keine Neuaufnahme (Kategorie 2). Nach der Überprüfung war ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wartezeit und dem Beruf festzustellen, der Pearson-Chi-Quadratstest ergab einen Wert von 0,043 (Tabelle 10).

¹¹⁰ Vgl. Janssen und Laatz 2017, S. 215.

Tabelle 9: Kreuztabelle Beruf*Wartezeit

Beruf*Wartezeit				
Anzahl		Berufsgruppe		Gesamt
		Psychotherapie	Ärzte	
Wartezeit	<2 Wochen	4	10	14
	>3 Wochen/keine Neuaufnahme	34	24	58
Gesamt		38	34	72

Tabelle 10: Chi²-Test Beruf*Wartezeit

Chi-Quadrat-Tests					
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	4,086 ^a	1	,043		
Kontinuitätskorrektur ^b	2,969	1	,085		
Likelihood-Quotient	4,167	1	,041		
Exakter Test nach Fisher				,072	,042
Zusammenhang linear-linear	4,029	1	,045		
Anzahl der gültigen Fälle	72				

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,61.
b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Da besonders lange Wartezeiten die Prognose bei postpartalen Depressionen negativ beeinflussen wurde überprüft, ob es einen Zusammenhang der städtischen und landkreisspezifischen Angaben hinsichtlich der Wartezeit gibt. Betrachtet wurden die Werte „<eine Woche“ „> vier Wochen“ gebündelt mit „keine Neuaufnahme“. Da zwei Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner als fünf hatten, konnte zur Beurteilung der Ergebnisse nicht das Chi²-Testergebnis hinzugezogen werden, sondern das Resultat des exakten Tests nach Fisher.¹¹¹ Zur Überprüfung der Ergebnisse wurden zwei Hypothesen gebildet:

H₀: Es gibt keinen Unterschied zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten hinsichtlich langer und kurzer Wartezeiten.

H₁: Landkreise und kreisfreie Städte unterscheiden sich hinsichtlich langer und kurzer Wartezeiten.

Bei der Alternativhypothese H₁ handelt es sich um eine ungerichtete Hypothese, da die Unterscheidung der Ergebnisse in zwei Richtungen, kurze und lange Wartezeiten, geprüft wurde. Demzufolge ist die exakte zweiseitige Signifikanz ausschlaggebend.¹¹² Das Testresultat, abgebildet in Tabelle 12, ergab einen Wert von p= 0,025. Das ließ

¹¹¹ Vgl. Janssen und Laatz 2017, S. 263 f.

¹¹² Vgl. ebenda, S. 313

auf einen signifikanten Zusammenhang zwischen Region und langen bzw. kurzen Wartezeiten schließen.

Tabelle 11: Kreuztabelle Wartezeiten*Region

Anzahl		Region*Wartezeit		
		Wartezeit		Gesamt
		< eine Woche	> vier Wochen/keine Neuaufnahme	
Region	Landkreis	0	29	29
	Kreisfreie Stadt	3	10	13
Gesamt		3	39	42

Tabelle 12: Chi²-Test Wartezeiten*Region

Chi-Quadrat-Tests					
	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	7,207 ^a	1	,007		
Kontinuitätskorrektur ^b	4,148	1	,042		
Likelihood-Quotient	7,589	1	,006		
Exakter Test nach Fisher				,025	,025
Zusammenhang linear-mit-linear	7,036	1	,008		
Anzahl der gültigen Fälle	42				

a. 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,93.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Anhand der Gesamtergebnisse lässt sich ableiten, dass es regionale Unterschiede für den Zugang zur Behandlung gibt und dass ein erforderlicher, unverzüglicher Behandlungsbeginn bei psychischen Erkrankungen und so auch bei postpartalen Depressionen im ambulanten Bereich nicht möglich ist. Die Hypothesen H1 und H2 haben sich somit bestätigt.

6.4.2 Teilstationäres und stationäres Setting

Bei der Betrachtung der Ergebnisse (Abbildung 14) ist festzustellen, dass die Angaben im teilstationären Bereich zu den ambulanten Resultaten variierten. So wurde eine Wartezeit von über >vier Wochen nur einmal angegeben. Die Mehrheit der Einrichtungen, die die zugehörige Frage beantwortet hat, gab an, dass ein bis zwei Wochen bis zum teilstationären Behandlungsbeginn vergingen. Da dies im Vergleich zur ambulanten Behandlung oftmals kürzer war, könnten tagesklinische Angebote, bei entsprechender Indikation, eine Alternative sein, um niedergelassene Fachberufe zu entlasten. Um eine Überlastung dieser Strukturen zu vermeiden ist zu überlegen, inwiefern weitere teilstationäre Angebote implementiert werden sollten und welche politischen und strukturellen Anpassungen eine Erweiterung des

tagesklinischen Settings erfordert. Nicht außer Acht zu lassen ist, dass keine konkreten Gründe für die kürzere Wartezeit ableitbar waren. So könnte es sein, dass der Bedarf für die Inanspruchnahme zu gering war oder dass nicht jede Tagesklinik für Betroffene, aufgrund der Entfernung, erreichbar war.

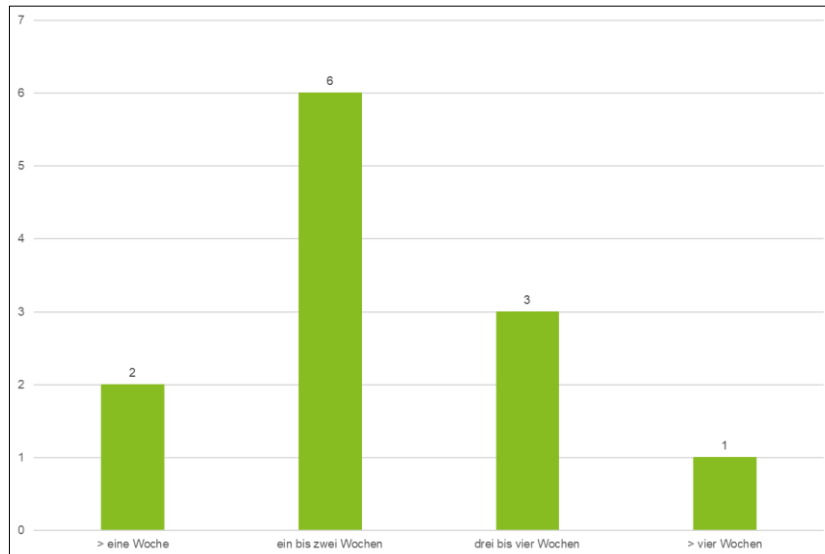


Abbildung 14: Wartezeit bis zum teilstationären Behandlungsbeginn

In der Befragung zu stationären Gegebenheiten wurden die Probanden gefragt, wie lang die Wartezeiten bis zur Aufnahme des Betroffenen mit dem Kind sind. Drei gaben an, dass maximal eine Woche verging, eine gab „drei bis vier Wochen“ an. Da diese Frage vom Großteil der Befragten nicht beantwortet wurde, ist keine klare Aussage über tatsächliche Wartezeiten ableitbar. Auch die drei Angaben, dass maximal eine Woche verging, gab keinen Aufschluss über regionale Zusammenhänge, da die Angaben aus verschiedenen Regionen kamen. Hypothese H2 konnte im stationären und teilstationären Setting nicht belegt werden.

6.5 Einbezug des Kindes in die Behandlung

Aus Abbildung 9 ist zu entnehmen, dass einzelne Berufsgruppen im ambulanten Bereich dazu tendierten, den Einbezug des Kindes in die Behandlung als relevant zu betrachten. Noch eindeutiger sind die Ergebnisse dieser Frage im teilstationären und stationären Setting, dargestellt in Abbildung 10. In diesem Abschnitt galt es zu prüfen, ob die Säuglinge tatsächlich die Therapie begleiten. Die Antwortmöglichkeiten auf diese Frage sind „Ja“, „Teilweise“ und „Nein“. Zudem wurde überprüft, welche Gründe gegen den Einbezug sprechen.

6.5.1 Ambulante Therapie mit Begleitung

Abbildung 15 lässt erkennen, dass lediglich 14 (18,4%) Teilnehmer angaben, das Kind in die Behandlung einzubeziehen. 38 (50%), also die Hälfte gab an, dass das Kind den Betroffenen nicht begleitet. Das widerspricht der Tendenz aus Abbildung 9, die eher für einen Einbezug plädierte, sodass weitere Forschungen zur Begründung angeraten sind. Betrachtet man einzelne Berufsgruppen, so wurde die Begleitung des Säuglings zur Therapie am häufigsten von Ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern (21) abgelehnt (Abbildung 27 im Anhang). Zu vermuten ist, dass diese Berufsgruppen schwerere Fälle behandeln und beispielsweise medikamentöse Einstellungen und die entsprechende Aufklärung des betroffenen Elternteils durch Beisein des Kindes nur beschränkt möglich ist. Weitere Gründe aller Berufsgruppen werden in Punkt 6.7.2 evaluiert.

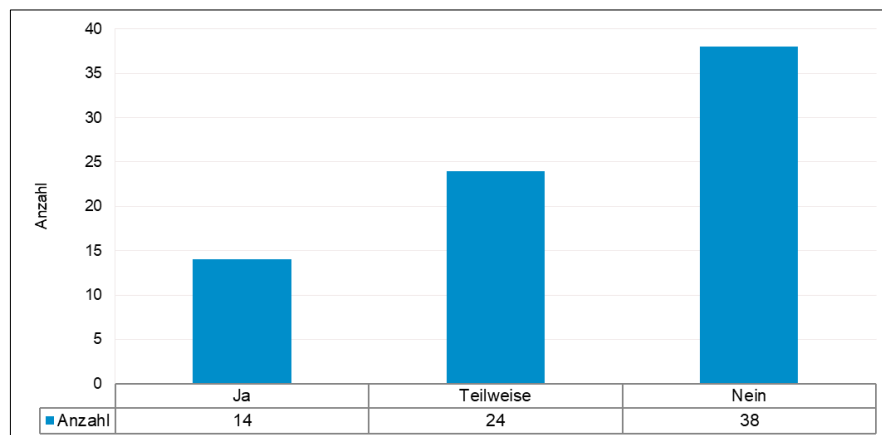


Abbildung 15: Einbezug des Kindes in die ambulante Behandlung

Es galt zu beurteilen, ob es einen Zusammenhang zwischen der Ablehnung und der Einschätzung der Relevanz des kindlichen Einbezugs gibt. Um ein eindeutiges Ergebnis zu erhalten, wurden die Werte „Ja“ und „Nein“ sowie niedrige (1-3) und hohe Relevanz (8-10) in Zusammenhang gesetzt. Wie in Tabelle 14 zu sehen, hatte eine Zelle die erwartete Häufigkeit kleiner als fünf. Demzufolge war nicht der Pearson- χ^2 , sondern der Exakte Test nach Fisher durchzuführen. Zur Überprüfung der Ergebnisse wurden folgende Hypothesen gebildet:

H₀: Die Relevanz des kindlichen Einbezugs ist für die tatsächliche Begleitung zur Therapie des Betroffenen nicht ausschlaggebend.

H₁: Die Relevanz des kindlichen Einbezugs indiziert, ob das Kind bei der Behandlung des Betroffenen einbezogen wird oder nicht.

Tabelle 13: Kreuztabelle kindlicher Einbezug*Relevanz des Einbezugs

Einbezug*Relevanz des Einbezugs				
Anzahl		Relevanz des kindlichen Einbezugs		Gesamt
		niedrig	hoch	
Einbezug des Kindes	Ja	1	9	10
	Nein	12	13	25
Gesamt		13	22	35

Tabelle 14: Signifikanztest kindlicher Einbezug*Relevanz des Einbezugs

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (zweiseitig)	Exakte Sig. (zweiseitig)	Exakte Sig. (einseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	4,418 ^a	1	,036		
Kontinuitätskorrektur ^b	2,940	1	,086		
Likelihood-Quotient	5,061	1	,024		
Exakter Test nach Fisher				,055	,039
Zusammenhang linear-linear	4,292	1	,038		
Anzahl der gültigen Fälle	35				

a. 1 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 3,71.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

Bei der Alternativhypothese H_1 handelt es sich um eine ungerichtete Hypothese, da die Unterscheidung der Ergebnisse in zwei Richtungen, hier die hohe und niedrige Relevanz, geprüft wurde. Demzufolge war die exakte zweiseitige Signifikanz zu betrachten.¹¹³ Laut Tabelle 14 ergab sich aus dem exakten Test nach Fisher ein Wert von $p = 0,055$. Die Nullhypothese H_0 konnte somit nicht abgelehnt und die Alternativhypothese H_1 nicht angenommen werden. Das bedeutet, dass die Angabe einer hohen Relevanz kein eindeutiges Kriterium für den tatsächlichen Einbezug ist, eine niedrige auch nicht für die Ablehnung kindlicher Begleitung. Somit ist von keinem signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen Einbezug und tatsächliche Einbindung auszugehen.

6.5.2 Kontraindikationen ambulanter kindlicher Begleitung

Zur Beurteilung der Gründe, die gegen einen Einbezug des Säuglings in die Therapie sprechen, wurden die Probanden gebeten, aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten eine oder mehrere zu wählen, die die Vorgehensweise begründen. Zu den häufigsten Nennungen zählten „Kein Bedarf“ mit zwölf gegebenen Antworten und „Erschwert die Therapie“, die fünf Teilnehmer wählten. 16 Personen haben eigene Beweggründe notiert. Zu den häufigsten zählten, dass der Einbezug des Kindes organisatorisch

¹¹³ Vgl. Janssen und Laatz 2017, S. 313.

schwer möglich ist oder dass es im ambulanten Setting nicht vorgesehen ist. Ein Proband gab an, dass betroffene Mütter die alleinige Konzentration auf sich während der Therapie angenehm empfinden. Weitere führten an, dass die Mitnahme des Kindes die eigenen Kompetenzen überschreiten würde. Bei dieser Antwort ist davon auszugehen, dass die Probanden unter Einbezug die Mitbehandlung des Kindes bei psychischen Auffälligkeiten verstanden, was mit der Frage aber nicht beabsichtigt war. Eine Übersicht über die mehrfach genannten Antworten ist in Abbildung 16 zu finden.

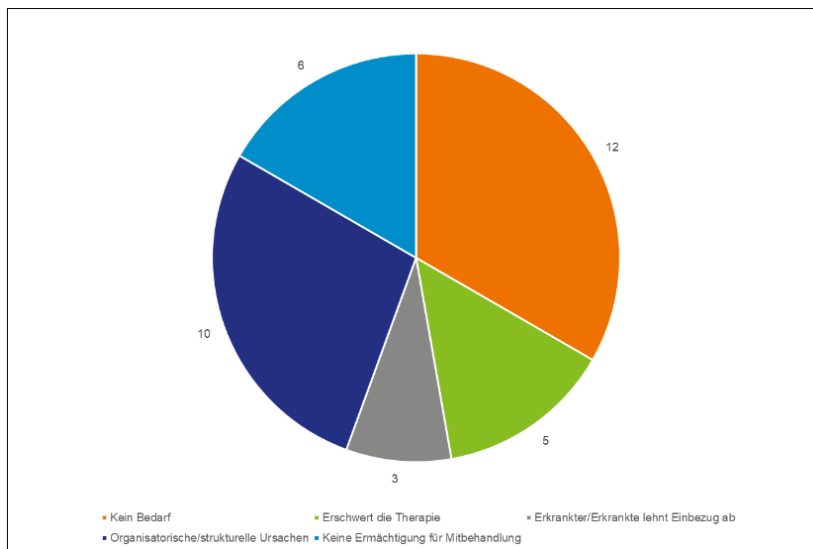


Abbildung 16: Kontraindikationen für kindlichen Einbezug

Die wesentlichen Beweggründe resultieren aus persönlichen und therapiebezogenen Gegebenheiten, die durch den Patienten oder den Behandler beeinflusst werden und somit nicht durch vorgeschriebene Rahmenbedingungen entstehen.

6.5.3 Teilstationäre und stationäre Therapie mit Begleitung

Im klinischen Bereich gab lediglich eine Klinik an, eine stationäre Eltern-Kind-Behandlung anzubieten. Der Großteil, nämlich elf schlossen eine Mitaufnahme des Kindes aus. Eine Begleitung des Kindes im teilstationären Bereich ermöglichten den Ergebnissen zu Folge drei Einrichtungen, vier dahingegen nicht. Die am häufigsten gewählte Antwortmöglichkeit der Befragten war „Teilweise“, angegeben von sechs Personen (Abbildung 17). Möglicherweise konnte eine gemeinsame Therapie nicht immer angeboten werden, beispielsweise aus personellen oder kapazitiven Gründen. Gegebenenfalls war in anderen Fällen eine Begleitung des Kindes kontraindiziert, insbesondere dann, wenn Betroffene die Therapie zur Konzentration auf sich selbst nutzen wollten oder wenn suizidale bzw. infantizide Gedanken auftraten. Einen Zusammenhang zwischen Relevanz und Mitaufnahme des Kindes

zu überprüfen, wie für den ambulanten Bereich, wurde im (teil-) stationären Sektor als nicht sinnvoll betrachtet, da die Personen durch strukturelle Rahmenbedingungen der Klinik keinen wesentlichen Einfluss auf das Angebot der Eltern-Kind-Behandlung haben. Somit ist nicht klar ableitbar, ob die Angabe einer niedrigen Relevanz im Zusammenhang mit der Ablehnung der Mitaufnahme des Säuglings steht.

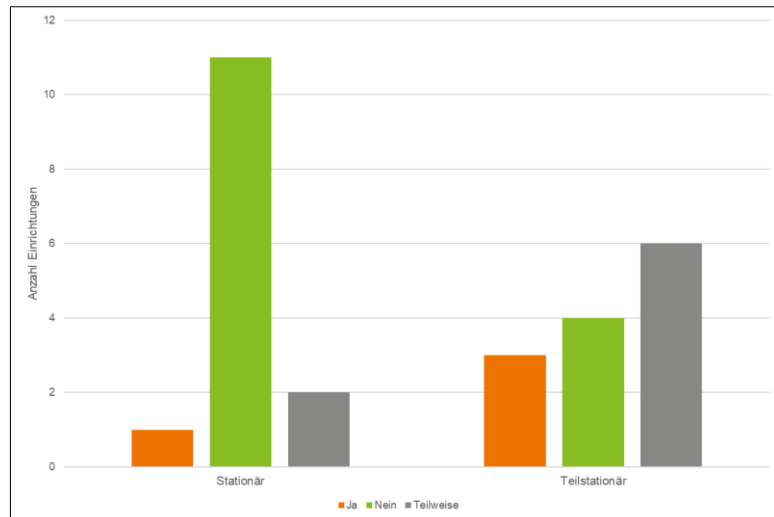


Abbildung 17: Teilstationäre und stationäre Behandlung in Begleitung des Kindes

6.5.4 Bedarfsdeckung durch stationäre Eltern-Kind-Einheiten

Die Ergebnisse aus Punkt 6.6.3 weisen auf, dass ein Großteil der Einrichtungen keine gemeinsame Eltern-Kind-Aufnahme vorsah. Deshalb wurden die Probanden gebeten einzuschätzen, wie viele Plätze für die Behandlung postpartaler psychischer Erkrankungen nötig sind. Wie in Abbildung 18 dargestellt, schätzten die Probanden ein, dass ein Bedarf an stationären Eltern-Kind-Einheiten besteht, insbesondere auch Einrichtungen, die Eltern und Säugling nicht gemeinsam aufnehmen. Zwei Kliniken, jeweils aus Dresden und Leipzig, gaben an, 20 Plätze zur adäquaten Versorgung zu benötigen. Hypothese H7, die angibt, dass die Bedarfsdeckung durch vorhandene Strukturen nicht gegeben ist, ließ sich anhand dieses Ergebnisses bekräftigen.

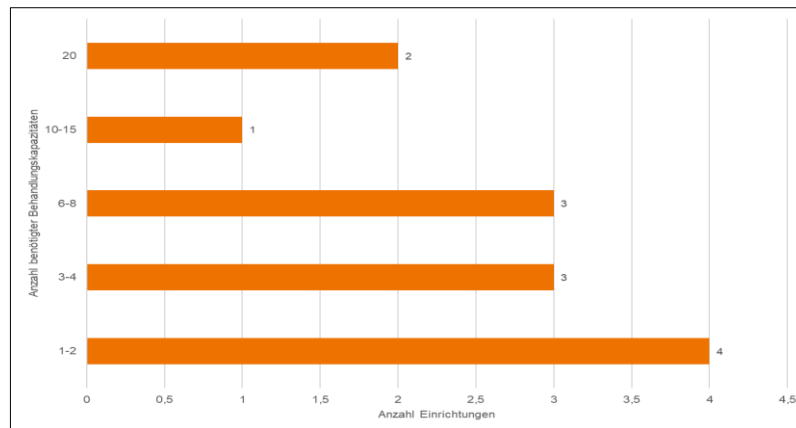


Abbildung 18: Bedarf an stationären Behandlungsplätzen - subjektive Einschätzung

6.5.5 Kontraindikationen (teil-) stationärer Begleitung

Bei der Auswertung der Angaben, was eine Eltern-Kind-Einheit kontraindiziert, wurden alle Antworten einbezogen. Aus einzelnen Kliniken hat mehr als eine Person an der schriftlichen Befragung teilgenommen. Da es bei Ergründung der Ursachen um eine generelle Einschätzung ging, wurde die klinikbezogene Auswertung als nicht angemessen betrachtet. Die Probanden wurden gebeten, aus den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten eine oder mehrere auszuwählen und konnten bei Bedarf eigene Gründe, die gegen eine Begleitung des Kindes sprechen, ergänzen. Zur Auswahl standen folgende Angaben: „Unklare Vergütungsstruktur“, „Kein/zu geringer Bedarf“, „Interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht möglich“, „Strukturelle Ursachen (separate Zimmer, Bereiche, etc.)“, „Versorgung des Kindes ist nicht sichergestellt“, „zu hoher Aufwand/Kosten“ und „Andere“ zur individuellen Ergänzung. Im stationären Bereich zählten strukturellen Ursachen und eine unklare Vergütungsstruktur zu den am häufigsten gewählten Antworten, jeweils von zehn Personen bestätigt. Im stationären Bereich ließ sich die Häufung vergütungstechnischer Kontraindikation durch die aktuelle Finanzierung begründen. Wie in Kapitel 4 beschrieben, ist eine zusätzliche Vergütung der kindlichen Begleitung an Rahmenbedingungen geknüpft, wie etwa personeller und struktureller Art. Daraus war zu entnehmen, dass nicht jede Einrichtung diese Kriterien erfüllen konnte, eine zusätzliche Finanzierung entfiel und die Mitaufnahme des Säuglings war für die Wirtschaftlichkeit der Klinik kontraindiziert. Strukturelle Bedingungen, wie separate Zimmer und Bereiche sind mit einem hohen Aufwand und Kosten für die Errichtung verbunden. Ein Säugling benötigt unter anderem spezielle Pflegemittel, ein Babybett und Wickeltisch. Es stellt sich die Frage, inwieweit Kliniken die Ausstattung finanzieren können und ob Einrichtungen, die auf die allgemeine psychiatrische Versorgung von Patienten spezialisiert sind und

beispielsweise keine Gynäkologie und Geburtshilfe im Haus haben, die nötige Grundausstattung zur Verfügung stellen können.

Im teilstationären Bereich wurde die unzureichende Sicherstellung der kindlichen Versorgung am häufigsten gewählt, insgesamt von sechs Teilnehmern. Es ist davon auszugehen, dass einzelne Therapieeinheiten eine alleinige Behandlung des Betroffenen erfordern, um den Fokus auf die individuelle Lage und Symptomatik des Erkrankten zu legen. Einzelgespräche können mit dem Kind erschwert sein, da die Bedürfnisse des Säuglings in dieser Zeit nicht außer Acht gelassen werden dürfen. In diesem Fall ist eine Betreuung des Kindes durch andere Personen indiziert. Sind keine Familienangehörigen zur Übernahme der Versorgung vorhanden, müssen Mitarbeiter zur Verfügung stehen, die diese Aufgabe erfüllen, was zusätzliche Kosten verursacht. Im Vergleich zum stationären Setting ist anzumerken, dass für die teilstationäre Versorgung der geringe Bedarf von keinem der Teilnehmer gewählt wurde. Das ließ auf die Notwendigkeit solcher Behandlungsangebote schließen.

In Abbildung 19 ist eine Übersicht über die am häufigsten genannten Gründe der Ablehnung kindlicher Begleitung für den stationären und teilstationären Bereich dargestellt. Die Mehrfachnennungen bestimmter Kriterien ließen bestätigen, dass strukturelle Rahmenbedingungen eine Eltern-Kind-Behandlung erschweren.

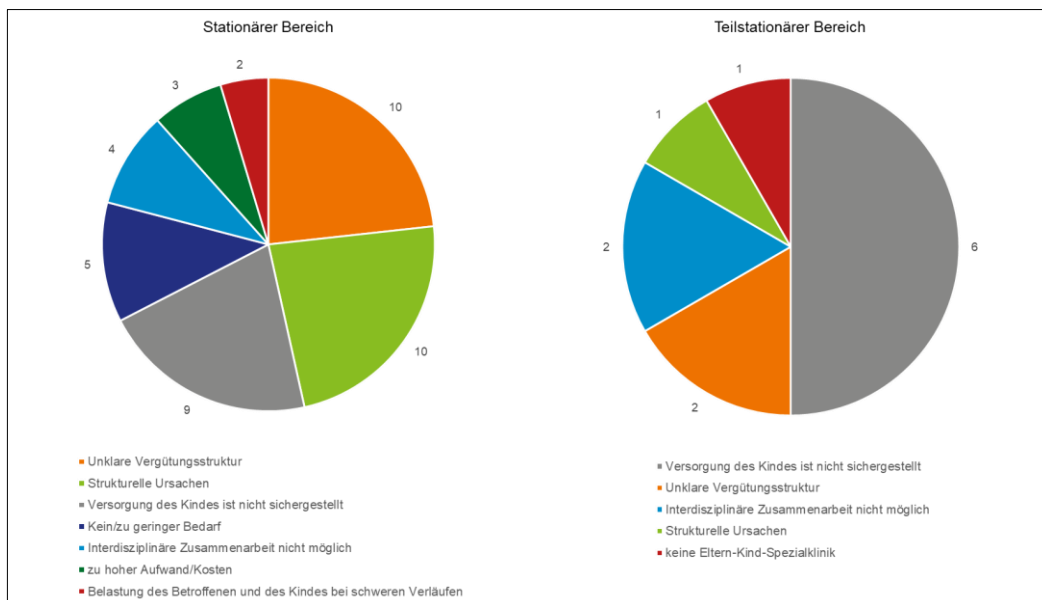


Abbildung 19: Kontraindikationen kindlicher Begleitung im stationären und teilstationären Bereich

Allgemein war festzustellen, dass im ambulanten Bereich eher bedarfstechnische und persönliche Gründe für die Ablehnung kindlicher Begleitung zur Therapie genannt wurden. Im teilstationären und stationären Setting nahm die Wahrnehmung eines geringen Bedarfs eine untergeordnete Rolle ein. Im Wesentlichen wurden Gründe

genannt, die, in Anbetracht des Umfangs, entweder kaum beeinflussbar sind, wie die Finanzierungsgrundlage oder die eine umfangreiche Strukturveränderung in der entsprechenden Abteilung erfordern. Die Stärkung interdisziplinärer Zusammenarbeit muss von allen beteiligten Berufsgruppen gewollt sein. Verantwortlichkeiten und Schnittstellen müssen bestimmt werden. Räumliche Veränderungen sind mit Kosten, aber auch mit kapazitiven Gegebenheiten verbunden. Es ist davon auszugehen, dass nicht jede Einrichtung freie Bereiche zur Errichtung neuer Konzepte und Abteilungen hat. Während die ambulanten Gründe eher zugunsten des Betroffenen plädieren, stellen die Kontraindikationen im (teil-) stationären Bereich Hindernisse der Behandlung dar. Zu begründen ist dies durch die differenzierte Notwendigkeit gemeinsamer Therapie. Im ambulanten Bereich sind dazu kaum Anpassungen nötig, denn der betroffene Elternteil kehrt nach der Behandlung, in der Regel, in sein gewohntes Umfeld zum Säugling zurück. Bei einer stationären Aufnahme ist dies nicht möglich. Aus interaktions- und bindungsorientierten Gründen wird der kindlichen Begleitung eine höhere Relevanz zugeschrieben. Die dafür notwendigen Strukturen sind sehr umfangreich und schwer veränderbar.

6.5.6 Vergütungslage

Im schriftlichen Teil der Befragung wurden die Teilnehmer befragt, wie sie die aktuelle Vergütungslage einschätzen. Nicht jeder der Befragten hat Angaben zu allen Fragen gemacht, die Aussagen bildeten jedoch aussagekräftige Ergebnisse ab, sodass die gegebenen Antworten gebündelt zusammengefasst werden konnten. Hervorzuheben ist, dass mehrere Teilnehmer angaben, dass eine ausreichende Vergütung der Behandlung durch die Kostenträger aktuell nicht möglich ist. Es gibt zwar einen OPS-Code, die beinhalteten personellen Vorgaben sind aber kaum umsetzbar. Aktuell gibt es keine einheitliche Kostenstruktur, die zusätzliche Vergütung muss individuell mit den Krankenkassen erfolgen. Die Teilnehmer gaben an, dass diese Zusatzvergütung nicht kostendeckend für die Einrichtung ist. Andere wiesen darauf hin, aktuell lediglich eine Vergütung für Betroffene, nicht aber für die kindliche Begleitung zu erhalten. Einige Kliniken nutzen für die Abrechnung der gemeinsamen Aufnahme eine Querfinanzierung, das heißt die Kosten wurden über andere Bereiche abgedeckt. Im Wesentlichen plädierten die Teilnehmer für eine strukturelle Neuregelung. Grundlage dafür, so einige Probanden, könnte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) über einheitliche Strukturvorgaben liefern. Zusammenfassend bestätigten die Angaben,

dass die Finanzierung von Eltern-Kind-Behandlungen nicht ausreichend ist. Die Hypothesen H8 konnte deshalb bekräftigt werden.¹¹⁴

6.6 Eltern-Kind-Einheiten im stationären Bereich

In den folgenden zwei Teilabschnitten wird überprüft, ob eine Eltern-Kind-Einheit die Wirtschaftlichkeit einer Klinik beeinflusst und welche wesentlichen Kriterien, trotz genannter Gründe, für eine Mitaufnahme des Säuglings sprechen. Die Probanden hatten die Möglichkeit aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten mehrere zu wählen oder selbst Ergänzungen vorzunehmen.

6.6.1 Einschätzung der Wirtschaftlichkeit

Den Studienergebnissen aus Kapitel 3 und den Daten aus Punkt 6.6.4 zu Folge, ist die unzureichende Vergütung von Eltern-Kind-Einheiten ein wesentliches Kriterium gegen die Implementierung eines solchen Angebots. Aus diesem Grund wurden die Teilnehmer der schriftlichen Befragung gebeten, eine Einschätzung bezüglich der Wirtschaftlichkeit abzugeben. Sieben Personen wählten „Nein“ als Antwort aus und bestätigten damit, dass die Begleitung und Mitaufnahme des Kindes bei postpartalen Erkrankungen nicht wirtschaftlich für eine Klinik ist. Der Großteil der Befragten, 22 Personen, machte die Angabe „Weiß ich nicht“. Ein möglicher Grund für die Wahl dieser Antwort könnte die Spezialisierung der Teilnehmer auf andere Fachbereiche sein. Denkbar ist auch, dass vergütungstechnische Kriterien anderweitigen Berufsgruppen, z.B. dem Klinikmanagement, zugetragen wurde. Hervorzuheben ist, dass kein Teilnehmer die Antwortmöglichkeit „Ja“ gewählt hat. Anhand der Ergebnisse, dargestellt in Abbildung 28 im Anhang, ließ sich die Hypothese H9, die eine Unwirtschaftlichkeit von Eltern-Kind-Einheiten behauptet, nicht vollständig bestätigen.¹¹⁵

6.6.2 Indikationen für Mitaufnahme des Kindes

In diesem Abschnitt geht es um die Feststellung wesentlicher Gründe, die trotz Wirtschaftlichkeitsgefährdung für das Angebot von Eltern-Kind-Aufnahmen sprechen. Die Teilnehmer konnten aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten eine oder mehrere auswählen, die eine Mitaufnahme des Kindes begründen. Bei Bedarf konnten eigenen Begründungen ergänzt werden. Zu den häufigsten Antworten zählten, dass

¹¹⁴ Der Umfang der Antworten lässt keine statistischen Rückschlüsse zu. Die Aussagekraft der Angaben ist durch die fehlende statistische Repräsentanz jedoch nicht gefährdet.

¹¹⁵ Der Umfang der Stichprobe lässt keine statistischen Rückschlüsse erkennen. Der Aussagewert der Angaben ist durch die fehlende statistische Repräsentanz jedoch nicht gefährdet.

Eltern Kind-Einheiten die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern und dass sie Kliniken ein gewisses Ansehen/Prestige verschafft. Ein weiterer Grund für eine EKE war die Möglichkeit der Mitbehandlung des Kindes, beispielsweise wenn es sich um ein Schreibaby handelt. Auch indizierte die Unterstützung der Mutter-Kind-Bindung sowie eine kürzere Behandlungsdauer mit kindlicher Begleitung ein solches Behandlungsangebot. Die genannten Ergebnisse, dargestellt in Abbildung 20, decken sich mit den Angaben der Gesprächsteilnehmer. Studienergebnisse aus Kapitel 3 fokussieren sich eher auf die Mutter-Kind-Bindung. Dieser Aspekt wurde in der vorliegenden Datenerhebung wenig genannt. Zu begründen lässt es sich damit, dass die Mutter-Kind-Bindung keine vorgegebene Antwortmöglichkeit war. Es ist davon auszugehen, dass sich die Teilnehmer überwiegend auf die Auswahl vorhandener Gründe fokussiert haben.

Da mehrere Probanden angaben, dass eine stationäre Eltern-Kind-Einheit zu kürzeren Behandlungszeiten führt, lässt sich die Hypothese H5 bekräftigen.

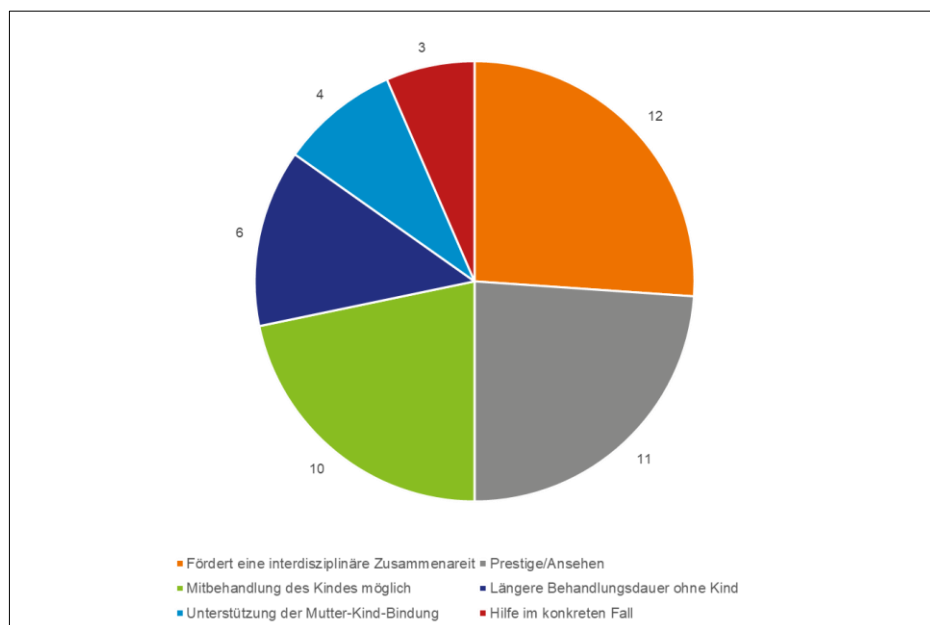


Abbildung 20: Indikationen für eine Eltern-Kind-Einheit

6.7 Strukturmaßnahmen zur Regulation des Versorgungsangebots

Zum Erhalt einer generellen Übersicht der strukturellen Anforderungen für postpartal depressiv Erkrankte wurden die Teilnehmer der schriftlichen Befragung gebeten, die Frage nach Maßnahmen zur Anpassung der Versorgungssituation der Zielgruppe zu beantworten. In den folgenden zwei Abschnitten werden die gegebenen Antworten für den ambulanten und (teil-) stationären Bereich kategorisch zusammengefasst.

6.7.1 Subjektive Einschätzung ambulanter Anforderungen

Zu den häufigsten Antworten zählte der wahrgenommene Mangel an professioneller Hilfe. 28 Teilnehmer gaben an, dass es zu wenige psychotherapeutische und/oder psychiatrische Behandlungsmöglichkeiten gibt, teilweise mit der Ergänzung, dass die Versorgungsstrukturen insbesondere im ländlichen Bereich den Bedarf nicht decken. In Bezug zu stellen ist dies mit der Gesamtsituation psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten. Auf das Krankheitsbild der PPD bezogen gaben die Teilnehmer weitere Potenziale der Strukturverbesserung an. Zu den häufigsten zählten: der Ausbau von Versorgungsnetzwerken, die Interdisziplinarität der behandelnden Berufsgruppen und mehr Aufklärungsarbeit, besonders bei Frauenärzten und in Geburtsvorbereitungskursen. Die Nennung unzureichender Aufklärung ließ darauf schließen, dass Betroffene oft wenige Kenntnisse über postpartale psychische Erkrankungen haben und dass dadurch, bei entsprechender Symptomatik, keine Hilfe aufgesucht wird, was wiederum die Bedarfsermittlung erschwert.

Mehrfach genannt wurde auch die Notwendigkeit des Ausbaus guter Weiter- und Fortbildungsangebote, auch von anderen Berufsgruppen, z.B. Allgemeinmedizinern und Hebammen zur Diagnosestellung und das Etablieren von Spezialeinrichtungen bzw. -sprechstunden für postpartal psychisch Erkrankte. Eine Übersicht über die am häufigsten gegebenen Antworten sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung - ambulanter Bereich

Erforderliche Strukturmaßnahmen	Häufigkeit
Ausbau psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsplätze	28
Vernetzung relevanter Berufsgruppen und Zusammenarbeit mit den Kliniken, Etablieren von Versorgungsnetzwerken, Interdisziplinäre Zusammenarbeit	19
Aufklärung und Aufklärungsmaterial (Geburtsvorbereitungskurse, Auslagen bei Gynäkologen/ in Geburtsklinik), Bekanntmachen von Versorgungsangeboten	15
Ausbau der Weiter- und Fortbildungsangebote, auch für weitere Fachberufe (Gynäkologen, Allgemeinmediziner)	15
Ausbildung anderer Fachbereiche, insbesondere zur Diagnosestellung (Allgemeinmediziner, Hebammen, Gynäkologen)	7
Etablieren von Spezialsprechstunden und -ambulanzen an Kliniken/ Psychiatrischen Institutambulanzen, Anbindung ambulanter Behandler an klinische Einrichtungen	7
Gesonderte Terminvereinbarung, Vorhaltemöglichkeiten, zeitnahe Versorgung	7
Erweiterung tagesklinischer Behandlungsangebote	5
Stationäre Mutter-Kind-Behandlung, Ermöglichen von Vorhaltepauschalen	5
Keine Maßnahmen, gute Strukturen mit wenig Bekanntheit	3

Die Kriterien dienen zur Identifikation von nötigen Struktur Anpassungen, die der explorative Teil der Untersuchung erfordert. Anhand der Angaben wurden konkrete Maßnahmen zur Regulierung der Versorgungslage aufgewiesen.

6.7.2 Subjektive Einschätzung teilstationärer und stationärer Anforderungen

Die Ergebnisse zu der Frage nach möglichen Maßnahmen und Strukturen für den stationären Bereich, die zur Verbesserung der Versorgungslage bei PPD führen, ließen eine Verbindung zu den wahrgenommenen Kontraindikationen von Eltern-Kind-Einheiten herstellen. Die meistgenannte Antwort war, dass die Teilnehmer sich eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit beteiligter Berufsgruppen wünschen, besonders zwischen Psychiatrie, Gynäkologie und Pädiatrie. Ein Teil der Personen, die diesen Aspekt anmerkte, fügte ergänzend an, dass erste Präventionsmaßnahmen bereits nach der Entbindung auf der Wochenstation durch konsiliarische Dienste erfolgen sollten. Häufig genannt wurde die Notwendigkeit der Schaffung festgelegter Strukturen, beispielsweise definierte Rahmenvorgaben personeller und räumlicher Art. Ein wesentlicher Aspekt war auch die Vergütung. Einige Teilnehmer gaben an, sich eine Umstrukturierung der Finanzierung zu wünschen, um die gemeinsamen Eltern-Kind-Aufnahme ausreichend vergütet zu bekommen. Angemerkt wurde auch, dass eine Fortbildung bestimmter Berufsgruppen, besonders für Hebammen und Gynäkologen, zur Verbesserung der Versorgungslage beitragen kann. Eine Übersicht über mehrfach genannte Aspekte sind in Tabelle 16 dargestellt.

Tabelle 16: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage - stationärer Bereich

Erforderliche Strukturmaßnahmen	Häufigkeit
Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit	10
Schaffung von Strukturen, Kapazitäten und Räumlichkeiten	10
Anpassung der Finanzierung und Vergütung der Leistungen	5
Weiterbildung beteiligter Berufsgruppen	4
Bildung zentraler Anlaufstellen (Zentren)	3
Stationsäquivalente Angebote	2

Im teilstationären Bereich schätzten die Teilnehmer auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit als Kriterium zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen ein. Neben der Kooperation mit Pädiatern und Gynäkologen wurde ein Austausch mit dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie genannt. Ein wesentlicher Aspekt war auch die Vergütung. Die Teilnehmer gaben an, dass es eine Klärung adäquater Finanzierungsmöglichkeiten bedarf und dass die Notwendigkeit

einer speziellen Abrechnungscodierung besteht. Häufig genannt wurde, dass mehr Personal in allen Berufsgruppen zur Verfügung stehen sollte, um eine ausreichende Versorgung postpartaler psychischer Erkrankungen zu ermöglichen. Ein weiterer Aspekt war die Schaffung spezialisierter Angebote, damit Betroffene nicht in Kontakt mit anderen psychisch erkrankten Personen kommen und um eine frühzeitige Behandlung zu ermöglichen. Die Mehrfachnennungen von Faktoren, in Tabelle 17 zu sehen, weisen auf, dass die Teilnehmer Lücken in der teilstationären Versorgung feststellten, die es zu schließen gilt, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen.

Tabelle 17: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage - teilstationärer Bereich

Erforderliche Strukturmaßnahmen	Häufigkeit
Stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit beteiligten Berufsgruppen	7
Klärung der Finanzierung und Abrechnungscodierung	5
Kapazitative Ausweitung des Behandlungsangebots, Vorhaltungsmöglichkeiten	5
Ausbau des Personalschlüssels	4
Schaffung spezifischer Angebote	4
Strukturvergabe durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)	3
Übernahme der Fahrtkosten und des Transports für Betroffenen und Kind	3
Bedarfsklärung	2
Schaffung von Betreuungsmöglichkeiten für das Kind	2

6.8 Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit anderen Studien

6.8.1 Ambulanter Bereich

Wie von Pederson et al. (2021) und Dennis et al. (2021) belegt, erkrankten auch Väter an postpartalen Depressionen. Die Ergebnisse der Befragung konnten diesen Aspekt durch die Angabe behandelter Männer bestätigen.

Die vorliegende Untersuchung verdeutlicht, dass der wesentliche Einflussfaktoren „Wartezeit“, der den Zugang zu einer Behandlung bestimmt, keine unverzügliche Intervention ermöglicht. Der Großteil der Befragten gab eine Zeitspanne von mehr als vier Wochen an. Auch die Studien von Rabe-Menssen et al. (2019) bestätigt, dass ein unverzüglicher Behandlungsbeginn nicht möglich ist. Zudem gibt es regionale Unterschiede in der Versorgung und Wartezeit, was in der vorliegenden Studie mittels Signifikanztest bestätigt wurde. Die Abhängigkeit von örtlichen Gegebenheiten belegt auch die Studie von Hoyer et al. (2011). Zudem gibt die Untersuchung von Walendzik

et al. (2014) an, dass einige Behandler Patienten mangels Kapazitäten abweisen. Auch dieses Kriterium wurde in der vorliegenden Studie deutlich. Pawils et al. (2022) setzen auf Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit, um eine adäquate Versorgung der Zielgruppe zu ermöglichen. Den Angaben der vorliegenden Arbeit zu Folge war auch dieses Kriterium ein Schlüsselfaktor zur Verbesserung der Versorgungsstruktur. Sambrock Smith et al. (2019) führt unzureichendes Wissen über postpartale psychische Erkrankungen als negativen Einflussfaktor auf die Versorgung an. In der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, dass sich die Teilnehmer mehr Aufklärung, aber auch die Implementierung krankheitsspezifischer Fortbildungen wünschen. Diesen Aspekt belegen auch die Studienergebnisse. Im Wesentlichen basieren die Forschungen auf die generelle Behandlung psychischer Erkrankungen und betrachten nicht die Einflussfaktoren speziell für postpartale psychische Erkrankungen. Es ist vorstellbar, dass differente Zugangsmöglichkeiten für diese Zielgruppe, z.B. durch eine frühzeitigere Behandlung trotz mangelnder Kapazitäten, für viele Behandler ethisch fragwürdig ist, da sich das womöglich auch andere Patientengruppen wünschen. Dennoch gaben in der vorliegenden Studie Teilnehmer an, so ein Verfahren durchzuführen, was die besondere Notwendigkeit der zügigen Versorgung bekräftigte.

6.8.2 Stationärer und teilstationärer Bereich

Für den teilstationären Bereich haben sich keine relevanten Forschungsergebnisse für die vorliegende Arbeit ableiten lassen. In der Untersuchung wurde klar, dass die aktuelle Versorgungsstruktur nicht ausreichend ist, um den Bedarf zu decken. Zudem bestehen Barrieren, z.B. räumlicher und personeller Art, die eine Implementierung von spezialisierten Tageskliniken erschweren. Der kindlichen Begleitung zur Therapie wurde eine besondere Bedeutung zugeschrieben, sie hob sich im tagesklinischen Setting deutlicher als im ambulanten Bereich ab. Die Teilnehmer plädierten für den Ausbau teilstationärer Behandlungen, was eine Klärung der Finanzierung und enge interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert.

Im stationären Bereich lag ein primärer Fokus auf der Begründung der Notwendigkeit gemeinsamer Eltern-Kind-Behandlung. Forschungsergebnisse weisen auf, dass sich Symptomatik und Verhalten der Mutter und des Kindes positiv durch die gemeinsame Aufnahme entwickeln. Dieser Aspekt war kein Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung, er diente jedoch als Grundlage, um die Relevanz des Faktors zu untermauern. Das positive Ergebnis poststationär schien auch für die Teilnehmer der Untersuchung klar, die Relevanz wurde im stationären Bereich am höchsten eingeschätzt.

Die Studie von Jordan et al. (2012) und Turmes und Hornstein (2007) liefern das Ergebnis, dass der Bedarf an Eltern-Kind-Einheiten nicht gedeckt ist. Das resultiert auch aus der vorliegenden Untersuchung, wenn auch nicht mit konkreten Zahlen definiert. Die Teilnehmer nahmen eine unzureichende Versorgungslage an. Zudem äußerte die Mehrheit, keine Mutter-Kind-Aufnahme zu ermöglichen, was die Aussage stärkt. Der wesentlichste Faktor, der die Umsetzung von spezialisierten Einheiten hemmt, ist die aktuelle Vergütungslage. Turmes und Hornstein (2007) und Jordan et al. (2012) geben an, dass die Mehrkosten für die kindliche Versorgung nicht gedeckt werden. Es ist keine wirtschaftlich gute Lage für die Einrichtungen zu erzielen, was auch die Studie von Howard et al. (2022) bestätigt. Das resultierte auch aus der Auswertung der durchgeführten Untersuchung. Die Vergütungsstruktur ist unklar und unzureichend, kein Proband gab an, dass eine Eltern-Kind-Einheit wirtschaftlich ist.

Die vorliegende Untersuchung hat, zu den Ergebnissen aus der Forschung, überprüft, welche Maßnahmen zum Ausbau der Versorgungslandschaft implementiert werden sollten. Ähnlich wie im ambulanten Bereich ist die Vernetzung an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen eine wichtige Voraussetzung. Zudem erfordert die Etablierung von Eltern-Kind-Einheiten die Erweiterung personeller Gegebenheiten und die Schaffung von räumlichen und kapazitativen Strukturen.

7 Fazit und Ausblick

Die zentrale Forschungsfrage „*Welche Faktoren beeinflussen die fachlichen Versorgungsstrukturen bei postpartalen Depressionen im ambulanten und (teil-)stationären Setting in Sachsen und welche Relevanz hat der Einbezug des Kindes in die Therapie?*“ wurde mit der vorliegenden empirischen Studie untersucht und beantwortet. Die dafür notwendigen Daten wurden mittels einer standardisierten schriftlichen Befragung erhoben.

Der explanative und explorative Charakter dieser Arbeit ermöglicht eine deskriptive Auswertung der Daten und die explikative Untersuchung möglicher Zusammenhänge einiger Variablen. Die vorab aufgestellten Hypothesen konnten größtenteils bestätigt werden. Der explorative Teil ermöglicht neuen Kenntniserwerb als Basis weiterer Forschung und Maßnahmen.

Insbesondere im stationären und teilstationären Bereich wird die Relevanz des kindlichen Einbezugs in die Behandlung hoch eingeschätzt. Diesem Aspekt liegt zu Grunde, dass die Mutter-Kind-Bindung gefördert wird, ein Ausbau interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgt und dass Einrichtungen ein besonderes Ansehen durch spezialisierte Behandlungsmöglichkeiten genießen. Im ambulanten Setting wird die Relevanz geringer eingeschätzt, jedoch zeigt die Tendenz auch hier an, dass eine gemeinsame Behandlung wichtig ist.

Die Versorgungslage wird in allen Untersuchungsbereichen als unzureichend eingeschätzt, wobei das ambulante Setting die niedrigsten Werte aufweist, was für einen Mangel an adäquater Versorgung spricht. Um eine Bedarfsdeckung zu erreichen und Wartezeiten zu verkürzen, ist eine Erweiterung der Kapazitäten für Psychotherapeuten und Psychiater erforderlich. Angemessene Fortbildungen zum Krankheitsbild und deren Behandlung und die Vernetzung relevanter Berufsgruppen sind ein wichtiger Aspekt zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen.

Im klinischen Bereich fehlt es an Eltern-Kind-Behandlungsangeboten, deren Implementierung von verschiedenen Faktoren abhängt. Zum einen ist die Vergütung ein wesentlicher Einflussfaktor, der gegen eine EKE spricht. Die Finanzierungslage gefährdet die Wirtschaftlichkeit dieser Bereiche. Zum anderen fehlt es an klaren Richtlinien und Strukturen, die diesen Behandlungsangeboten zugrunde liegen, was wiederum aus den Forderungen der Kammerversammlung der Sächsischen Landesärztekammer hervorgeht. Ähnliche Ergebnisse werden im teilstationären Bereich deutlich. Neben der Vergütungslage stellt die Unmöglichkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit und Sicherstellung kindlicher Versorgung Kontraindikationen der

gemeinsamen Eltern-Kind-Behandlung dar. Im ambulanten Bereich sprechen andere Faktoren dagegen. Der Bedarf gemeinsamer Therapiesitzungen ist geringer. Zudem erschwert es die Behandlung und Betroffene lehnen diesen Aspekt selbst ab.

Um Strukturveränderungen zu ermöglichen sind weitreichende Maßnahmen nötig. Es erfordert die Definition klarer Richtlinien, die insbesondere durch Zusammenarbeit der Politik, Gesundheitsfachberufe aber auch den Einrichtungen und Ärzten erfolgen muss. Zu nennen sind hier z.B. die Krankenkassen, das Bundesministerium für Gesundheit, die Landesärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und der GBA.

Durch die Art und den Umfang der Stichprobe können keine statistischen Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit übertragen werden, die Ergebnisse können für die vorhandene Stichprobe jedoch bestimmt werden. Problematisch war, bezogen auf die Stichprobenwahl der Aspekt, dass für einzelne Personen keine Definition der Tätigkeitsschwerpunkte erfolgte, sodass auch andere Probanden, beispielsweise aus dem Bereich Gerontopsychiatrie, in die Befragung einbezogen wurden.

Es besteht weiterer Forschungsbedarf. Wie die Ergebnisse zeigen, sind auch Väter von PPD betroffen. Es gilt zu ermitteln, ob differenzierte Zugangsvoraussetzungen im Vergleich zu Müttern bestehen und welche Folgen väterliche Symptomatiken auf das Kind haben. Zudem ist zu ermitteln, welche Gründe gegen die Behandlung von PPD sprechen. In der vorliegenden Studie gab ein Teil der Teilnehmer an, dieses Krankheitsbild nicht zu behandeln. Ob sich die Begründung auf die Spezialisierung oder auf den Bedarf stützt, ist der Datenerhebung nicht zu entnehmen. Um die Finanzierungslage und Vergütung im stationären Bereich genauer abzubilden ist es ratsam, eine erweiterte Studie durchzuführen, beispielsweise Klinikleitungen und Krankenkassen, neben den Behandlern, in die Erhebung einzubeziehen. Um die Notwendigkeit spezialisierter, klinischer Angebote zu begründen, sollten in Zukunft weitere Studien zu Krankheitsverläufen gemeinsamer und separierter Behandlungen durchgeführt werden. Dieser Aspekt wird in der vorliegenden Arbeit, aufgrund des Umfangs, nicht genau erfasst.

Um die Bedarfsplanung zukünftig zu unterstützen, sollte mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden. Betroffene, aber auch die Gesellschaft, sollten für postpartale psychische Erkrankungen sensibilisiert werden, um Tabuisierung und Stigmatisierung abzubauen, damit Erkrankte ohne Hürden und Scham Hilfe in Anspruch nehmen. Nur dann kann der genaue Bedarf an Interventionsangeboten ermittelt werden. Dabei sollten Unterschiede der Prävalenzraten im städtischen und ländlichen Bereich berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

- Adli, Mazda; Schöndorf, Jonas (2020): Macht uns die Stadt krank? Wirkung von Stadtstress auf Emotionen, Verhalten und psychische Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 63 (8), S. 979–986. DOI: 10.1007/s00103-020-03185-w.
- Batra, Anil; Buchkremer, Gerhard (Hg.) (2006): Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionsorientierter Therapieleitfaden. 1. Aufl.: Kohlhammer.
- Bauer, Michael; Berghöfer, Anne; Brakemeier, Eva-Lotta; Adli, Mazda (Hg.) (2022): Therapieresistenz bei Depressionen und bipolaren Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Bauer, Ullrich; Reinisch, Anke; Schmuhl, Miriam (Hg.) (2012): Prävention für Familien mit psychisch erkrankten Eltern. Kinder psychisch erkrankter Eltern in der Perspektive der professionellen Hilfesysteme – Ergebnisse einer Bedarfserhebung in OWL. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hg.) (2014): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Belzer, Florian; Kleinert, L.; Buchholz, A.; Mall, V.; Barth, M.: Pädiatrische Einschätzung von elterlichen Belastungen und Unterstützungsbedarf. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 10 (4), S. 314–319.
- Bramesfeld, Anke (2023): Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (4), S. 363–370. DOI: 10.1007/s00103-023-03671-x.
- Brockhaus-Dumke, Anke; Dorsch, Valenka (2019): Evidenzbasierte Diagnostik und Therapie postpartaler psychischer Störungen. Unerwartete seelische Probleme statt Glück mit dem Baby. In: *Neurologie und Psychiatrie* 21 (1), S. 32–42.
- Brosius, Hans-Bernd; Haas, Alexander; Unkel, Julian (Hg.) (2022): Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Brunner, Jürgen (2016): Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie oder Kombinationstherapie? In: *Psychotherapeut* 61 (4), S. 285–293. DOI: 10.1007/s00278-016-0112-5.

- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2022): Nationale VersorgungsLeitlinie. Unipolare Depression. Langfassung. Online verfügbar unter <http://www.leitlinien.de/depression>, zuletzt geprüft am 23.10.2023.
- Bundesministerium der Justiz (2012): Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). In: Bundeskinderschutzgesetz. Online verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/kkg/___3.html.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. *Wartezeiten* 2018, S. 1–40.
- C., A. (2023): Versorgungsstrukturen psychisch kranker Eltern. Dresden, 19.07.2023. Informationsmaterial an Stefanie Ziesche.
- Cameron, Emily E.; Sedov, Ivan D.; Tomfohr-Madsen, Lianne M. (2016): Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. In: *Journal of Affective Disorders* 206, S. 189–203. DOI: 10.1016/j.jad.2016.07.044.
- Christl, Bettina; Reilly, Nicole; Yin, Carolyn; Austin, Marie-Paule (2015): Clinical profile and outcomes of women admitted to a psychiatric mother-baby unit. In: *Archives of women's mental health* 18 (6), S. 805–816. DOI: 10.1007/s00737-014-0492-x.
- Cohrdes, Caroline; Hapke, Ulfert; Nübel, Julia; Thom, Julia (2021): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln Schwerpunktbericht Teil 1 - Erwachsene. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.
- Dennis, Cindy-Lee; Marini, Flavia; Dol, Justine; Vigod, Simone N.; Grigoriadis, Sophie; Brown, Hilary K. (2021): Paternal prevalence and risk factors for comorbid depression and anxiety across the first 2 years postpartum: A nationwide Canadian cohort study. In: *Depression and anxiety* 39 (3), S. 233–245. DOI: 10.1002/da.23234.
- Deutscher Bundestag (2019): Abschlussbericht der Arbeitsgruppe "Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern". Online verfügbar unter <https://dip.bundestag.de/vorgang/abschlussbericht-der-arbeitsgruppe-kinder-psychisch-und-suchterkrankter-eltern/257085>, zuletzt geprüft am 20.12.2023.
- Deutscher Bundestag (2023): Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und mit psychischen Erkrankungen stärken, zuletzt geprüft am 21.12.2023.

- Dorsch, Valenka M. (2010): Baby-Blues oder postpartale Depression? Seelisches Tief nach der Entbindung. In: *MMW-Fortschritte der Medizin* 152 (48), S. 27–31.
- Eckert, Melanie; Richter, Katharina M.; Mattheß, Janna; Koch, Gabriele; Reinhold, Thomas; Vienhues, Petra et al. (2020): Postpartale psychische Erkrankungen: Versorgungslage und Wirksamkeit der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie. Vorstellung des Innovationsfondprojektes SKKIPPI. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 63 (12), S. 1538–1547. DOI: 10.1007/s00103-020-03242-4.
- Eickhorst, Andreas; Schreier, Andrea; Brand, Christian; Lang, Katrin; Liel, Christoph; Renner, Ilona et al. (2016): Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (10), S. 1271–1280. DOI: 10.1007/s00103-016-2422-8.
- Elkin, Amanda; Gilbert, Helen; Slade, Mike; Lloyd-Evans, Brynmor; Gregoire, Alain; Johnson, Sonia; Howard, Louise M. (2009): A National Survey of Psychiatric Mother and Baby Units in England. In: *Psychiatric Services* 60 (5), S. 629–633.
- Fallgatter, A. J.; Schnizlein, M.; Pfuhlmann, B.; Heidrich, A. (2002): Klinische Aspekte der Wochenbettpsychosen. Übersicht mit drei Fallbeispielen. In: *Der Nervenarzt* 73 (7), S. 680–685. DOI: 10.1007/s00115-002-1323-2.
- Feldman, Ruth; Granat, Adi; Pariente, Clara; Kanety, Hannah; Kuint, Jacob; Gilboa-Schechtman, Eva (2009): Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 48 (9), S. 919–927. DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181b21651.
- Fernandez y Garcia, Erik; Joseph, Jill; Wilson, Machel D.; Hinton, Ladson; Simon, Gregory; Ludman, Evette et al. (2015): Pediatric-based intervention to motivate mothers to seek follow-up for depression screens: The Motivating Our Mothers (MOM) trial. In: *Academic pediatrics* 15 (3), S. 311–318. DOI: 10.1016/j.acap.2014.11.008.
- Frass, Michael; Krenner, Lothar (Hg.) (2019): Integrative Medizin. Evidenzbasierte komplementär-medizinische Methoden. Psychosomatische Medizin: Springer-Verlag.
- Fritzsche, K.; Geigges, W.; Richter, D.; Wirsching, M. (Hg.) (2016): Psychosomatische Grundversorgung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

- Gillham, Rebecca; Wittkowski, Anja (2015): Outcomes for women admitted to a mother and baby unit: a systematic review. In: *International journal of women's health* 7, S. 459–476. DOI: 10.2147/IJWH.S69472.
- Griffiths, Jessica; Lever Taylor, Billie; Morant, Nicola; Bick, Debra; Howard, Louise M.; Seneviratne, Gertrude; Johnson, Sonia (2019): A qualitative comparison of experiences of specialist mother and baby units versus general psychiatric wards. In: *BMC psychiatry* 19, S. 1–15. DOI: 10.1186/s12888-019-2389-8.
- Hohm, Erika; Zohsel, Katrin; Schmidt, Martin H.; Esser, Günter; Brandeis, Daniel; Banaschewski, Tobias; Laucht, Manfred (2017): Beeinträchtigt Start ins Leben. In: *Kindheit und Entwicklung* 26 (4), S. 210–220. DOI: 10.1026/0942-5403/a000234.
- Homburg, Christian (2017): Marketingmanagement. 6. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Hornstein, C.; Trautmann-Villalba, P.; Hohm, E.; Rave, E.; Wortmann-Fleischer, S.; Schwarz, M. (2007): Interaktionales Therapieprogramm für Mütter mit postpartalen psychischen Störungen. Erste Ergebnisse eines Pilotprojektes. In: *Der Nervenarzt* 78 (6), S. 679–684. DOI: 10.1007/s00115-006-2251-3.
- Hornstein, Christiane; Hohm, Erika; Trautmann-Villalba, Patricia (2009): Die postpartale Bindungsstörung: Eine Risikokonstellation für den Infantizid? In: *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 3 (1), S. 3–10. DOI: 10.1007/s11757-008-0111-7.
- Howard, Louise M.; Trevillion, Kylee; Potts, Laura; Heslin, Margaret; Pickles, Andrew; Byford, Sarah et al. (2022): Effectiveness and cost-effectiveness of psychiatric mother and baby units: quasi-experimental study. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 221 (4), S. 628–636. DOI: 10.1192/bjp.2022.48.
- Hoyer, Jürgen; Jacobi, Frank; Hannich, Hans-Joachim; Peikert, Gregor; Mrazek, Andrea; Rosendahl, Wolfram (2011): Ambulante Psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter niedergelassenen und angestellten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. In: *Psychotherapeutenjournal* (1), S. 43–50.
- J.-H., J. (2023): Versorgungsstrukturen psychisch kranker Eltern. Dresden, 29.06.2023. Informationsmaterial an Stefanie Ziesche. Telefon.

- Janssen, Jürgen; Laatz, Wilfried (2017): Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests. 9. Aufl.: Springer-Verlag.
- Jordan, Wolfgang; Bielau, Hendrik; Cohrs, Stefan; Hauth, Iris; Hornstein, Christiane; Marx, Alexandra et al. (2012): Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 39 (5), S. 205–210. DOI: 10.1055/s-0032-1304918.
- K., C. (2023): Versorgungsstrukturen psychisch kranker Eltern. Dresden, 13.06.2023. Informationsmaterial an Stefanie Ziesche.
- Kenny, Maeve; Conroy, Susan; Pariante, Carmine M.; Seneviratne, Gertrude; Pawlby, Susan (2013): Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: before and after treatment. In: *Journal of psychiatric research* 47 (9), S. 1192–1198. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.05.012.
- Kilian, H.; Abendschein, B.; Wagner, B.; Oelrich, C. (2003): Eltern-Kind-Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie. In: *Der Nervenarzt* 74 (9), S. 779–784. DOI: 10.1007/s00115-003-1515-4.
- Klauber, Jürgen; Wasem, Jürgen; Beivers, Andreas; Mostert, Carina (Hg.) (2021): Krankenhaus-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Konrad, Carsten (Hg.) (2017): Therapie der Depression. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Kunze, J.; Wagner, K.; Fittig, E. (2016): Praktische Umsetzung eines integrierten Versorgungsmodells in der Mutter-Kind-Behandlung. In: *Der Nervenarzt* 87 (9), S. 974–979. DOI: 10.1007/s00115-016-0186-x.
- Lanczik, Mario Horst; Brockington, Ian Fraser (1997): Postpartal auftretende psychische Erkrankungen: Stationäre psychiatrische Behandlung von Mutter und Kleinkind. In: *Deutsches Ärzteblatt* (46). Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/8500/Postpartal-auftretende-psychische-Erkrankungen-Stationaere-psychiatrische-Behandlung-von-Mutter-und-Kleinkind>.
- Lang, F. U.; Becker, T.; Kösters, M. (2015): Psychiatrische Tageskliniken--Evidenzlage und Stellenwert im Versorgungssystem. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 83 (11), S. 615–620. DOI: 10.1055/s-0041-109087.

- Mall, Volker; Friedmann, Anna (Hg.) (2016): Frühe Hilfen in der Pädiatrie. Belastungsfaktoren und Störungen der frühkindlichen Entwicklung (Klinik, Diagnostik, Therapie). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Medizinischer Dienst Bund (2023): Pauschalierendes Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Version 2023. Begutachtungsleitfaden. Unter Mitarbeit von Sozialmedizinische Expertengruppe 4, S. 1–78.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2013): Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen: Bonifatius GmbH Druck – Buch – Verlag.
- OECD (2020): Waiting Times for Health Services. Next in Line. Paris: OECD Publishing. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>, zuletzt geprüft am 13.12.2023.
- Pawils, Silke; Kochen, Eileen; Weinbrenner, Nora; Loew, Viola; Döring, Kornelia; Daehn, Daria et al. (2022): Postpartale Depression–wer kümmert sich? Versorgungszugänge über Hebammen, Gynäkologie, Pädiatrie und Allgemeinmedizin. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 12.05.2022, S. 658–659, zuletzt geprüft am 09.10.2023.
- Pearlstein, Teri; Howard, Margaret; Salisbury, Amy; Zlotnick, Caron (2009): Postpartum depression. In: *American journal of obstetrics and gynecology* 200 (4), S. 357–364. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.11.033.
- Pedersen, Sarah Christine; Maindal, Helle Terkildsen; Ryom, Knud (2021): "I Wanted to Be There as a Father, but I Couldn't": A Qualitative Study of Fathers' Experiences of Postpartum Depression and Their Help-Seeking Behavior. In: *American journal of men's health* 15 (3), 15579883211024375. DOI: 10.1177/15579883211024375.
- Rabe-Menssen, Cornelia; Ruh, Michael; Dazer, Anne (2019): Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Regebnisse der DPtV-Onlineumfragen 2017 ud 2018 zu Wartezeiten. In: *Psychotherapie Aktuell* (1), S. 25–34.
- Reichert, Jörg; Rüdiger, Mario (Hg.) (2013): Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener. Unter Mitarbeit von Juliane Junge-Hoffmeister, Antje Bittner, Anne Coenen und Kerstin Weidner. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH und Co. KG.
- Sambrook Smith, Megan; Lawrence, Vanessa; Sadler, Euan; Easter, Abigail (2019): Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental

- illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. In: *BMJ open* 9 (1), 1-9. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024803.
- Schipper-Kochems, Stephanie; Fehm, Tanja; Bizjak, Gabriele; Fleitmann, Ann Kristin; Balan, Percy; Hagenbeck, Carsten et al. (2019): Postpartum Depressive Disorder - Psychosomatic Aspects. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 79 (4), S. 375–381. DOI: 10.1055/a-0759-1981.
- Schramm, E.; Berger, M. (2011): Differenzielle Indikation für Psychotherapie am Beispiel der Depression. In: *Der Nervenarzt* 82 (11), 1414, 1416, 1418-24. DOI: 10.1007/s00115-011-3350-3.
- Simen, Susanne; Kastner, Brigitte; Hillemacher, Thomas (2018): Die psychiatrische Mutter-Kind-Tagesklinik. In: *psychopraxis. neuropraxis* 21 (S1), S. 50–54. DOI: 10.1007/s00739-018-0516-9.
- Singer, Susanne; Maier, Lena; Paserat, Anke; Lang, Klaus; Wirp, Bernhild; Kobes, Jörg et al. (2022): Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. In: *Psychotherapeut* 67 (2), S. 176–184. DOI: 10.1007/s00278-021-00551-0.
- Slomian, Justine; Honvo, Germain; Emonts, Patrick; Reginster, Jean-Yves; Bruyère, Olivier (2019): Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. In: *Women's health (London, England)* 15, 1745506519844044. DOI: 10.1177/1745506519844044.
- Sonnenmoser, Dr. phil. Marion (2007): Vom Tief nach der Geburt. In: *Deutsches Ärzteblatt* (2), S. 82–83. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/54466/Postpartale-Depression-Vom-Tief-nach-der-Geburt>.
- Turmes, L.; Hornstein, C. (2007): Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. In: *Der Nervenarzt* 78 (7), 773-774, 776-779. DOI: 10.1007/s00115-006-2185-9.
- Walendzik, 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 (DPtV). In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 76 (3), S. 135–146. DOI: 10.1055/s-0033-1343444.

- Wiegand-Grefe, Silke (2022): Unterstützung für Kinder und Jugendliche mit psychisch erkrankten Eltern im „Children of mentally ill parents –network“. In: *Psychotherapeut* 67, S. 34–41. DOI: 10.1007/s00278-021-00565-8.
- Wisner, KL; Jennings, KD; Conley, B. (1996): Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. In: *Int J Psychiatry Med* 26 (4), S. 479–493. DOI: 10.2190/NFJK-A4V7-CXUU-AM89.

Anhang

Internetquellen

Die Quellenangaben der Anhänge sind auf der vermerkten Seitenzahl zu finden.

Anhang 1: Internetquelle (S. 1)

Pressemitteilungen

21. Juli 2023

Geburtenziffer 2022 auf 1,46 Kinder je Frau gesunken

Im Jahr 2022 kamen in Deutschland 738 819 Kinder zur Welt. Das waren 56 673 oder 7 % Neugeborene weniger als im Jahr 2021 (795 492 Neugeborene), dem geburtenreichsten Jahr seit 1997. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) nach endgültigen Ergebnissen weiter mitteilt, sank die zusammengefasste Geburtenziffer 2022 gegenüber dem Vorjahr um 8 % auf 1,46 Kinder je Frau und damit auf den niedrigsten Stand seit 2013 (1,42 Kinder je Frau). 2021 war die Geburtenhäufigkeit dagegen deutlich auf 1,58 Kinder je Frau gestiegen. Damit die Bevölkerung eines Landes – ohne Zuwanderung – nicht schrumpft, müssten in hoch entwickelten Ländern rein rechnerisch etwa 2,1 Kinder je Frau geboren werden.

Anhang 2: Internetquelle (S. 4)

Wochenbettdepression

(Depression nach der Entbindung)

Von **Julie S. Moldenhauer**, MD, Children's Hospital of Philadelphia
Überprüft/überarbeitet Feb 2022

Ursachen | **Symptome** | **Diagnose** | **Behandlung**

Bei einer Wochenbettdepression kommt es in den ersten Wochen oder Monaten nach der Geburt zu einem Gefühl tiefer Trauer und zu Desinteresse an gewöhnlich unternommenen Aktivitäten.

DIE AUSGABE FÜR
MEDIZINISCHE FACHKREISE
ANSEHEN

KURZINFORMATIONEN

Anhang 3: Internetquelle (S. 4)

Symptome einer Wochenbettdepression

Die Symptome einer Wochenbettdepression entwickeln sich in der Regel allmählich über drei Monate, können aber auch rascher auftreten. Eine Wochenbettdepression beeinträchtigt die Fähigkeit der Frau, sich selbst und das Kind zu versorgen.

Zu den Symptomen der Wochenbettdepression gehören:

- Übermäßige Traurigkeit
- Häufiges, unkontrolliertes Weinen
- Stimmungsschwankungen
- Reizbarkeit und Wut

Zu den selteneren Symptomen gehören:

- Extreme Müdigkeit
- Schlafstörungen (zu viel oder zu wenig Schlaf)
- Kopf- und Gliederschmerzen
- Verlust des Interesses an Sex und anderen Aktivitäten
- Angstgefühl oder Panikattacken
- Appetitverlust oder Überernährung
- Beeinträchtigungen in wichtigen Funktionsbereichen
- Mangelndes Interesse oder übermäßige Besorgnis um das Baby
- Das Gefühl, für die Versorgung des Babys unfähig oder als Mutter unzulänglich zu sein
- Schuldgefühle wegen dieser Gefühle
- Angst, dem Baby etwas anzutun
- Selbstmordgedanken

Unter Umständen baut die Mutter keine Verbindung zu ihrem Kind auf. Infolgedessen kann es bei dem Kind später zu emotionalen, sozialen und kognitiven Problemen kommen.

Auch der Partner kann depressiv werden, und Depressionen bei jedem Elternteil können Stress verursachen.

Wird eine Wochenbettdepression nicht behandelt, kann diese über Monate oder Jahre hinweg anhalten. Ungefähr eine von 3 oder 4 Frauen, die unter einer Wochenbettdepression litten, bekommt sie erneut.

Bei der **postpartalen Psychose** treten zu den Depressionen auch Gedanken an Selbstmord oder Gewalttaten, Wahnvorstellungen oder ein bizarres Verhalten auf. In manchen Fällen tritt bei einer postpartalen Psychose der Wunsch auf, dem Kind zu schaden.

Anhang 4: Internetquelle (S. 5)

F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert

Info: Hier sind nur psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Wochenbett zu klassifizieren (Beginn innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt), die nicht die Kriterien für anderenorts im Kapitel V (F) klassifizierte Störungen erfüllen. Hier wird verschlüsselt, entweder weil nur ungenügende Informationen verfügbar sind, oder weil man annimmt, dass spezielle zusätzliche klinische Aspekte vorliegen, die ihre Klassifikation an anderer Stelle unangemessen erscheinen lassen.

Anhang 5: Internetquelle (S. 5)

Die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) EPDS Richtlinie für Professionelle im Gesundheitswesen

Warum soll man Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt auf Depressionen untersuchen?

Emotionale Krisen sind in der Schwangerschaft und nach der Geburt häufig, komplex und können verschiedene Erscheinungsformen haben. Postpartale Depression ist die häufigste psychische Erkrankung, die mit der Geburt einhergeht und 15% aller Mütter sind betroffen. Dies kann Langzeitfolgen für die Frauen, ihre Partner, die Babies und andere Kinder haben. Da Gesundheitsberufe, die mit Müttern zu tun haben, auch mit depressiven Müttern als erstes in Kontakt kommen, ist es wichtig dass sie einen Fragebogen zur Hand haben, der ihren klinischen Eindruck ergänzt und in der Entscheidung für weiteres Vorgehen hilfreich ist.

Untersuchung der Frauen auf schwangerschaftsassozierte Depression: Die EPDS

Wichtig: bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben.

Der Wert der EPDS liegt darin, dass sie einfach auszufüllen ist, dass sie in Bezug zu anderen standardisierten psychiatrischen Instrumenten validiert wurde und dass sie von den Frauen gut akzeptiert wird. Die Verwendung erlaubt den Müttern über ihre Gefühle zu sprechen und den Professionellen auf einfühlsame Weise das Thema postpartale Depression anzusprechen.

Die EPDS kann zu jedem Zeitpunkt nach der Geburt angewendet werden. Sehr hohe Scores in der ersten Woche nach der Geburt zeigen einem Baby-Risiko an. Dieser kann in eine Depression übergehen, wenn er sehr schwer ist. Eine Anwendung 6-8 Wochen nach der Geburt ist sinnvoll, eine Wiederholung nach 3 und 6 Monaten wurde empfohlen, am besten ist es, die EPDS die ersten 12 Monate nach der Geburt wiederholt anzuwenden. Es sollen mindestens 2 Wochen vergehen, bevor man die EPDS wiederholt.

Anhang 6: Internetquelle (S. 5)¹¹⁶

Befindlichkeitsbogen (EPDS) (Cox / Holden / Sagovsky)

Postpartale Depression

So fühle ich mich während der letzten Woche:
(Scores in Klammern)

- Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:**
 - Genauso oft wie früher 0
 - Nicht ganz so oft wie früher 1
 - Eher weniger als früher 2
 - Oberhaupt nie 3
- Es gab vieles, auf das ich mich freute:**
 - So oft wie früher 0
 - Eher weniger als früher 1
 - Viel seltener als früher 2
 - Fast gar nicht 3
- Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:**
 - Ja, sehr oft 3
 - Ja, manchmal 2
 - Nicht sehr oft 1
 - Nein, nie 0
- Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:**
 - Nein, nie 0
 - Ganz selten 1
 - Ja, manchmal 2
 - Ja, sehr oft 3
- Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:**
 - Ja, ziemlich oft 3
 - Ja, manchmal 2
 - Nein, fast nie 1
 - Nein, überhaupt nie 0
- Mir ist alles zuviel geworden:**
 - Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen 3
 - Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen 2
 - Nein, ich wusste mir meistens zu helfen 1
 - Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen 0
- Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:**
 - Ja, fast immer 3
 - Ja, manchmal 2
 - Nein, nicht sehr oft 1
 - Nein, nie 0
- Ich war traurig und fühlte mich elend:**
 - Ja, sehr oft 3
 - Ja, ziemlich oft 2
 - Nein, nicht sehr oft 1
 - Nein, nie 0
- Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:**
 - Ja, sehr oft 3
 - Ja, ziemlich oft 2
 - Nur manchmal 1
 - Nein, nie 0
- Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:**
 - Ja, oft 3
 - Manchmal 2
 - Selten 1
 - Nein, nie 0

Gesamtscore

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), JM Holden, R Sagovsky, 1987.
Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“ (Bierl et al. 1996, Munk et al. 1997).

Jede Frage bekommt 0-3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0-30 führt. **Wichtig:** Bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte. Wenn die Frau folgenden Score hat:

0-9	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering
10-12	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden
>=13	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch

Der Vorteil der EPDS ist auch, dass man sehr schnell Frauen identifiziert, die Selbstmordgedanken haben. Wenn die Frau bei Frage 10 Punkte aufweist, muss man in jedem Fall genau nachfragen, ob es sich um Selbstverletzung, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt. Wenn die Symptome weniger schwer sind, oder während einer Zeitsdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung. Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen. Eine Gesamtwert von „0“ sollte noch genauer abgeklärt werden, denn dies kann auf eine „sozial erwünschte“ Beantwortung der Fragen hinweisen.

¹¹⁶ Vgl. Marcé-Gesellschaft e.V.: Edinburgh Postnatale Depression Skala, online im WWW unter URL: <https://marce-gesellschaft.de/materialien/> [20.10.2023]

Anhang 7: Internetquelle (S. 6)

HERZLICH WILLKOMMEN,


die Marcé Gesellschaft ist eine internationale, interdisziplinäre Fachgesellschaft, die sich mit der Thematik der Schwangerschafts- und geburtsassoziierten psychischen Erkrankungen in Versorgung und Forschung beschäftigt.

Die Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen ist die deutschsprachige Sektion der „International Marcé Society for Psychiatric Disorders of Childbearing“.

Sie wurde im Jahr 2000 gegründet und ist kooperatives Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Die Betroffenenverbände und diejenigen Berufsgruppen, die Familien in der Peripartalzeit betreuen, sind in die Gesellschaft integriert.

Schwerpunkte unserer Arbeit sind die Erweiterungen der Kenntnisse über peripartale psychische Erkrankungen und deren Folgen, die Qualifikation von Fachleuten, die Verbesserung der Versorgungsangebote und die Entstigmatisierung der Erkrankungen.



» Marcé Gesellschaft

Anhang 8: Internetquelle (S. 7)

Netzwerke Frühe Hilfen

In Netzwerken wird die Zusammenarbeit unterschiedlicher für die Frühen Hilfen relevanten Einrichtungen und Fachkräfte koordiniert, damit Familien frühzeitig Zugang zum Hilfesystem und passgenaue Unterstützung lokaler Anbieter erhalten. Eine zentrale Aufgabe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH) ist es, die qualitätsgesicherte und systematische Zusammenarbeit in Netzwerken und Kommunen zu unterstützen.

Anhang 9: Internetquelle (S. 7)



Bundesministerium
der Justiz

Bundesamt
für Justiz

← zurück
weiter →

[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

§ 3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

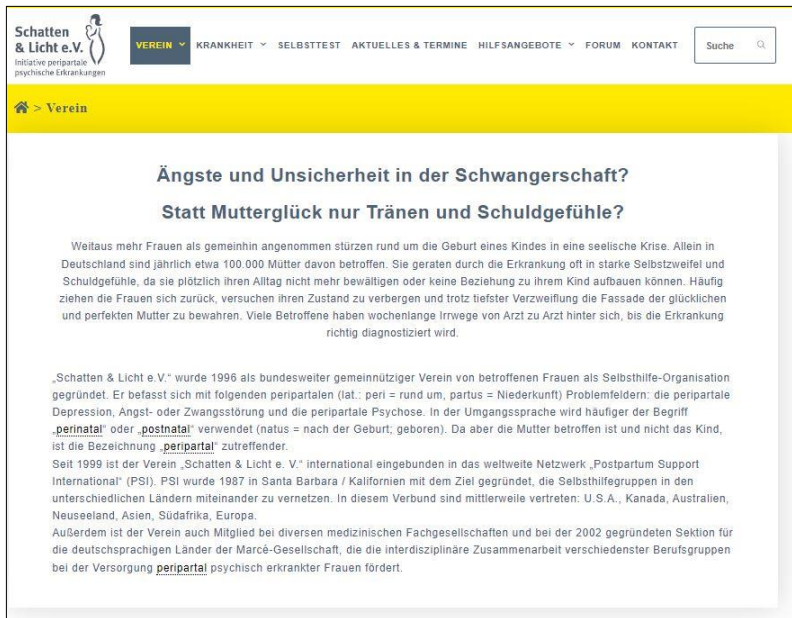
(1) In den Ländern werden insbesondere im Bereich Früher Hilfen flächendeckend verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der zuständigen Leistungsträger und Institutionen im Kinderschutz mit dem Ziel aufgebaut und weiterentwickelt, sich gegenseitig über das jeweilige Angebots- und Aufgabenspektrum zu informieren, strukturelle Fragen der Angebotsgestaltung und -entwicklung zu klären sowie Verfahren im Kinderschutz aufeinander abzustimmen.

(2) In das Netzwerk sollen insbesondere Einrichtungen und Dienste der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Leistungserbringer, mit denen Verträge nach § 126 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch bestehen, Gesundheitsämter, Sozialämter, Schulen, Polizei- und Ordnungsbehörden, Agenturen für Arbeit, Krankenhäuser, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen, Beratungsstellen für soziale Problemlagen, Beratungsstellen nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Einrichtungen und Dienste zur Müttergenesung sowie zum Schutz gegen Gewalt in engen sozialen Beziehungen, Mehrgenerationenhäuser, Familienbildungsstätten, Familiengerichte und Angehörige der Heilberufe einbezogen werden.

(3) Sofern I andersrecht keine andere Regelung trifft, soll die verbindliche Zusammenarbeit im Kinderschutz als Netzwerk durch den örtlichen Träger der Jugendhilfe organisiert werden. Die Beteiligten sollen die Grundsätze für eine verbindliche Zusammenarbeit in Vereinbarungen festlegen. Auf vorhandene Strukturen soll zurückgegriffen werden.

(4) Dieses Netzwerk soll zur Beförderung Früher Hilfen durch den Einsatz von Familienhebammen gestärkt werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt den Aus- und Aufbau der Netzwerke Frühe Hilfen und des Einsatzes von Familienhebammen auch unter Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen durch eine zeitlich auf vier Jahre befristete Bundesinitiative, die im Jahr 2012 mit 30 Millionen Euro, im Jahr 2013 mit 45 Millionen Euro und in den Jahren 2014 und 2015 mit 51 Millionen Euro ausgestattet wird. Nach Ablauf dieser Befristung wird der Bund einen Fonds zur Sicherstellung der Netzwerke Frühe Hilfen und der psychosozialen Unterstützung von Familien einrichten, für den er jährlich 51 Millionen Euro zur Verfügung stellen wird. Die Ausgestaltung der Bundesinitiative und des Fonds wird in Verwaltungsvereinbarungen geregelt, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen mit den Ländern schließt.

Anhang 10: Internetquelle (S. 7)



Schatten & Licht e.V.
Initiative peripartale psychische Erkrankungen

VEREIN KRANKHEIT SELBSTTEST AKTUELLES & TERMINE HILFSANGEBOTE FORUM KONTAKT Suche

> Verein

Ängste und Unsicherheit in der Schwangerschaft? Statt Mutterglück nur Tränen und Schuldgefühle?

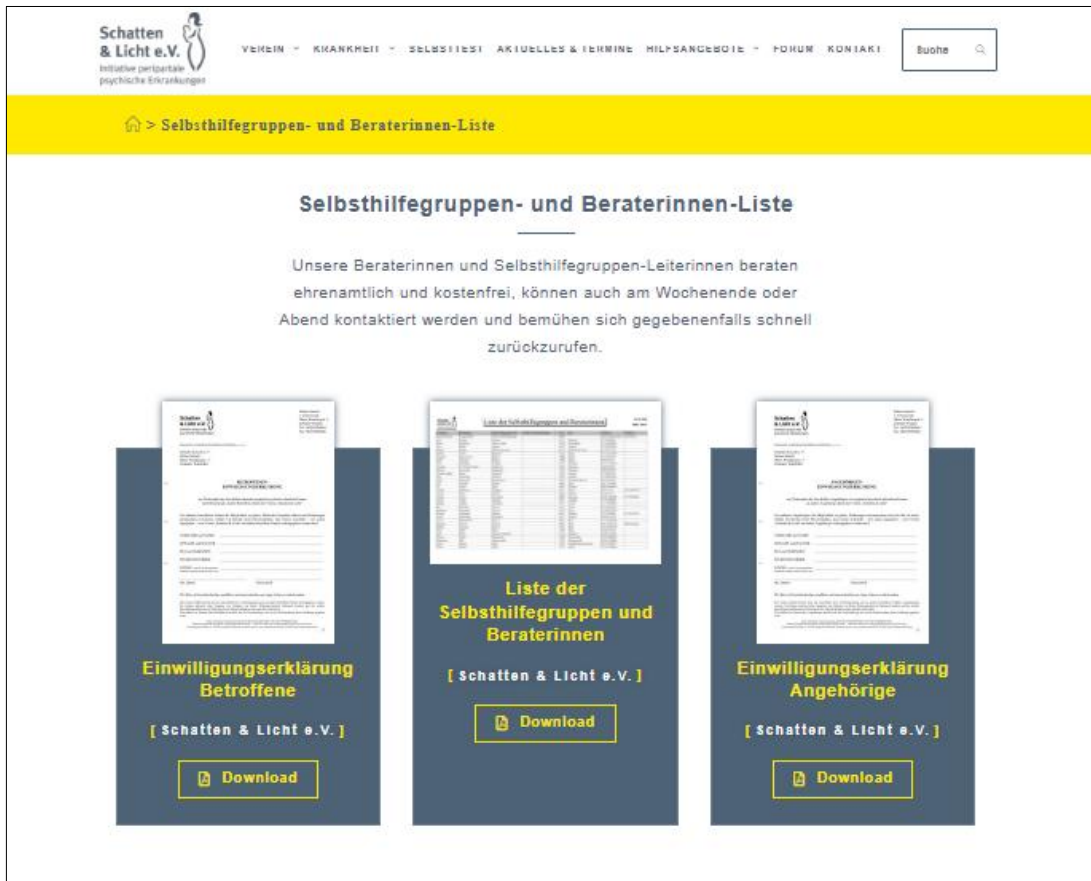
Weitaus mehr Frauen als gemeinhin angenommen stürzen rund um die Geburt eines Kindes in eine seelische Krise. Allein in Deutschland sind jährlich etwa 100.000 Mütter davon betroffen. Sie geraten durch die Erkrankung oft in starke Selbstzweifel und Schuldgefühle, da sie plötzlich ihren Alltag nicht mehr bewältigen oder keine Beziehung zu ihrem Kind aufbauen können. Häufig ziehen die Frauen sich zurück, versuchen ihren Zustand zu verbergen und trotz tiefster Verzweiflung die Fassade der glücklichen und perfekten Mutter zu bewahren. Viele Betroffene haben wochenlange Irrwege von Arzt zu Arzt hinter sich, bis die Erkrankung richtig diagnostiziert wird.

„Schatten & Licht e.V.“ wurde 1996 als bundesweiter gemeinnütziger Verein von betroffenen Frauen als Selbsthilfe-Organisation gegründet. Er befasst sich mit folgenden peripartalen (lat.: peri = rund um, partus = Niederkunft) Problemfeldern: die peripartale Depression, Angst- oder Zwangsstörung und die peripartale Psychose. In der Umgangssprache wird häufiger der Begriff „perinatal“ oder „postnatal“ verwendet (natus = nach der Geburt; geboren). Da aber die Mutter betroffen ist und nicht das Kind, ist die Bezeichnung „peripartal“ zutreffender.

Seit 1999 ist der Verein „Schatten & Licht e.V.“ international eingebunden in das weltweite Netzwerk „Postpartum Support International“ (PSI). PSI wurde 1987 in Santa Barbara / Kalifornien mit dem Ziel gegründet, die Selbsthilfegruppen in den unterschiedlichen Ländern miteinander zu vernetzen. In diesem Verbund sind mittlerweile vertreten: U.S.A., Kanada, Australien, Neuseeland, Asien, Südafrika, Europa.

Außerdem ist der Verein auch Mitglied bei diversen medizinischen Fachgesellschaften und bei der 2002 gegründeten Sektion für die deutschsprachigen Länder der Marcé-Gesellschaft, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedenster Berufsgruppen bei der Versorgung peripartal psychisch erkrankter Frauen fördert.

Anhang 11: Internetquelle (S. 8)




Schatten & Licht e.V.
Initiative peripartale psychische Erkrankungen

VEREIN KRANKHEIT SELBSTTEST AKTUELLES & TERMINE HILFSANGEBOTE FORUM KONTAKT Suche

> Selbsthilfegruppen- und Beraterinnen-Liste


Selbsthilfegruppen- und Beraterinnen-Liste

Unsere Beraterinnen und Selbsthilfegruppen-Leiterinnen beraten ehrenamtlich und kostenfrei, können auch am Wochenende oder Abend kontaktiert werden und bemühen sich gegebenenfalls schnell zurückzurufen.




Einwilligungserklärung Betroffene
[Schatten & Licht e.V.]

[Download](#)



Liste der Selbsthilfegruppen und Beraterinnen
[Schatten & Licht e.V.]

[Download](#)



Einwilligungserklärung Angehörige
[Schatten & Licht e.V.]

[Download](#)

Anhang 12: Internetquelle (S. 8; 25)

Schatten & Licht e.V.
Initiative peripartale psychische Erkrankungen

VEREIN - KRANKHEIT - SELBSTHILFE - AKTUELLES & TERMINE - HILFANGEBOTE - FORUM - KONIAKI

Suche

Home > Fachleute-Liste

Fachleute-Liste

Abkürzungen, Liste und Einwilligungserklärung

Abkürzungsverzeichnis der Fachleute
[Schatten & Licht e.V.]
Download

Liste der Fachleute
[Schatten & Licht e.V.]
Download

Einwilligungserklärung Fachleute
[Schatten & Licht e.V.]
Download

Anhang 13: Internetquelle (S. 9)

Mutter-Kind-Tagesklinik

Die Behandlung in der Mutter-Kind-Tagesklinik umfasst ein multimodales Therapiekonzept, wobei die Förderung der Mutter-Kind-Bindung im Fokus steht.

Zum Therapieprogramm gehören:

- > Einzelpsychotherapie
- > Gruppenpsychotherapie
- > Mutter-Kind-Bindungsarbeit (videogestützt; Einzel- und Gruppentherapie)
- > Einbindung der gesamten Familie (Partner, Geschwister) durch Paar- und Familiengespräche
- > Schrittweise Unterstützung zum Kompetenzaufbau bei der Versorgung des Kindes
- > Stressmanagement, Yoga

Anhang 14: Internetquelle (S. 9)

Familientherapie

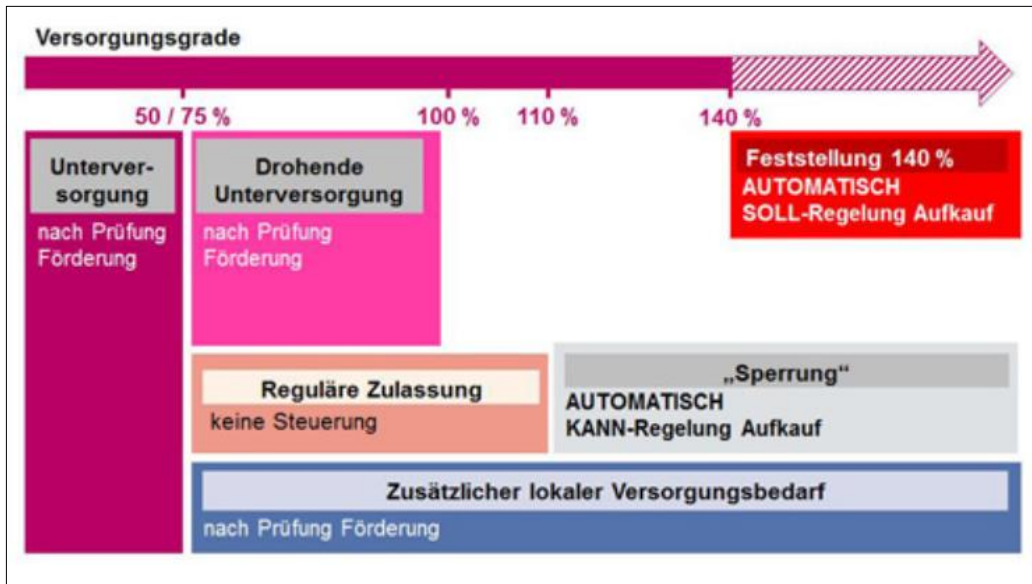
In unserem Krankenhaus haben wir die Möglichkeit der stationären Multifamilientherapie. Ziel dieser Therapie ist die Arbeit am Miteinander der Familie, um eine tragfähige, warmherzige und sichere Eltern-Kind-Bindung zu fördern. Diese kann Grundlage für eine gute Entwicklung der Kinder und eine erfüllte Elternerfahrung der Mütter und Väter sein.

Anhang 15: Internetquelle (S. 9)

Sachsen			
PLZ, Ort	01307 Dresden	02708 Großschweidnitz	04289 Leipzig
Klinik, Station	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Mutter-Kind-Tagesklinik der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik	Sächsisches Krankenhaus Großschweidnitz	Helios Park-Klinikum, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kompetenzzentrum "Frühe Interaktionsstörungen"
Straße	Blasewitzer Str. 43	Dr. Max-Krell-Park 41	Morawitzstr. 2 (stationär) Prager Str. 224 (tagesklinisch)
Ansprechperson	Dr. med. Anne Coenen	Frau Dr. Hartmann, Frau Dipl.-Psych. Sachse	Chefarzt A. Korebrits, OÄ C. Jaurisch
Email	PSO-TK2@uniklinikum-dresden.de	Familientherapie@skhgr.sms.sachsen.de	claudia.jaurisch@helios-gesundheit.de
Tel.-Nr.	0351/4587065	03585 / 453 6410	0341/86412-50 oder -51
Plätze stationär	Keine	6 (bis zu 10 Kinder)	10
Plätze teilstationär	6	Keine	5
Rooming-in	Ja	Ja	Ja
Interaktionsbehandlung	Ja	Ja	Ja
Akut/Reha	Akut	Akut	Akut
Alter des Kindes	Bis 12 Monate	9 Monate - ca. 12 Jahre	tagesklinisch: 0-3 Jahre, vollstationär: bis 6 Jahre, ambulante: 0-3 Jahre
Ambulante Sprechstunde	Ja – Anmeldung über Tel. 0351/4582070	Ja, über KJP-Institutsambulanz (0 35 85 / 4 53-5085)	Ja, Sprechstunde "Frühe Interaktionsstörungen" (0341-8641302)
Anmerkung		Aufnahme der Kinder über KJP, nur in Ausnahmefällen als Begleitkinder. Auch Väter werden mit Kind aufgenommen.	

Sachsen Fortsetzung				
PLZ, Ort	04435 Schkeuditz	04680 Colditz	09113 Chemnitz	09117 Chemnitz
Klinik, Station	Sächsisches Krankenhaus Altscherbitz, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Diakoniewerk Zschadraß GmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik / Mutter-Kind-Einheit	Klinikum Chemnitz gGmbH, Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik	Celenus Klinik Carolabad, Medizinisches Rehabilitationszentrum für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik, Kompetenzzentrum für Frauen mit psychischen Störungen in Schwangerschaft, Stillzeit und früher Mutterschaft
Straße	Leipziger Str. 59	Im Park 20	Bürgerstr. 2	Riedstraße 32
Ansprechperson	Chefarztin Dr. med. B. Richter, Oberärztin Dr. med. N. Fröhlich	Oberärztin Gläßer	OÄ Dr. med. A. Fischer, Dipl.-Psych. T. Selle	Chefarztin Dr. med. J. Kunze, Klinikdirektorin Anke Fritz
Email	barbara.richter@skhal.sms.sachsen.de; Nadine.Froehlich@skhal.sms.sachsen.de	s.haase@diakoniewerkzschadras.de	angela.fischer@skc.de, t.selle@skc.de	a.fritz@carolabad.de
Tel.-Nr.	03420487 2030 ; 03420487 4332	034381-87300	0371/33343691 (TK) bzw. 0371/33343686 (Ambulanz)	0371/8142-127
Plätze stationär	5	2	Keine	8
Plätze teilstationär	3	Keine	3	Keine
Rooming-in	Ja	Ja	Ja	ja
Interaktionsbehandlung	Ja	Ja	Ja	ja
Akut/Reha	Akut	Akut	Akut	Akut / Reha
Alter des Kindes	bis Laufalter	< 3 Jahre	teilstationär/ ambulante Gruppe <1, ambulante Einzelsetting <3	bis 24 Monate
Ambulante Sprechstunde	Ja Kontakt 034204 872030	Ja, über psychiatrische Institutsambulanz	ja	Ja Kontakt: 0371 – 8142 - 103
Anmerkung	Ambulante Mutter-Gesprächsgruppe 2x/Woche, gynäkopsychiatrische Spezialprechstunde 2x/Woche.	Mutter-Kind Einheit als Bestandteil einer allgemeinspsychiatrischen Station	regelmäßige und engmaschige ambulante Müttergruppe mit psychoedukativen und interaktionsfördernden Elementen (Kinder <1 können mitgebracht werden)	Multimodales Therapieprogramm für Eltern und Kind, Eltern-Kind-Interaktionstherapie, störungsspezifische Gruppentherapie, Erziehungstraining, Konsiliarhebamme

Anhang 16: Internetquelle (S. 22)



Anhang 17: Internetquelle (S. 23)


Anlage 1.1.9 Planungsblatt Psychotherapeuten

Planungsblatt zur Dokumentation des Standes der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 4 Abs 1 Satz 6 BP-RL

KV Sachsen, Arztstand: 01.04.2022, Einwohnerstand: 30.09.2021, Versorgungsebene: 2 Allgemeine fachärztliche Versorgung, Arztgruppe: Psychotherapeuten

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Planungsbereich	Einwohner im Planungsbereich	Grundlage des regionalen Raumzeitlichen	Typisierung des Planungsbereiches	regionale Verhältniszahl	Zugehörige Ärzte	Angestellte Ärzte	Ermöglichte Ärzte und Einrichtungen	Summe der bedarfsplanungsrelevanten Ärzte	Versorgungsgrad	Nichtrechnung von Ermächtigungen	Planungsbereich gesamt (Ja / Nein)	Zulassungsmöglichkeit bis zur Sperrgrenze	Rechn. Zahl oberhalb der Sperrgrenze	Antrag nach §103 Abs 2 Satz 4 SGB V (Ja / Nein/ leer)	Unterversorgung (Ja: seit / Nein/ leer)	Drohende Unterversorgung (Ja: seit / leer)	Zusätzl. lok. Versorgungsbedarf: (Ja: seit / leer)	Versorgungsgrad im Vergleich	Behandlungsfälle je Arzt für den Zeitraum der letzten 4 Quartale
BGST Chemnitz																			
Annaberg	70.332	KVS	4	6.631	11,5	0,5	0,5	12	113,1%	§	Ja	0	0,3					110,7%	328
Aue-Schwarzenberg	107.732	KVS	5	6.247	18	2,5	1	20,5	118,9%	§	Ja	0	1,5					115,1%	351
Chemnitz, Stadt	243.224	KVS	1	3.307	86,5	8,5	1	95	129,2%	§	Ja	0	14,1					126,0%	276
Chemnitzer Land	114.584	KVS	4	6.537	19	0,75	0,5	19,75	112,7%	§	Ja	0	0,45					112,5%	313
Döbeln	62.186	KVS	4	6.221	11,5	0,5	0,5	12	120,1%	§	Ja	0	1					120,1%	296
Freiberg	126.463	KVS	5	6.234	24	2	0	26	128,2%		Ja	0	3,7					126,8%	345
Mittlerer Erzgebirgskreis	74.117	KVS	4	6.624	12,5	0,5	0,5	13	116,2%	§	Ja	0	0,7					121,6%	552
Mittweida	111.464	KVS	4	6.396	15,5	5,5	0,5	21	120,5%	§	Ja	0	1,8					119,5%	320
Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	222.335	KVS	5	6.384	40,5	0,5	2	41	117,7%	§	Ja	0	2,7					114,8%	333
Stollberg	77.943	KVS	4	6.448	14	0	0	14	115,8%		Ja	0	0,7					111,4%	358
Zwickau	196.156	KVS	5	6.258	51	0,5	1,5	51,5	164,3%	§	Ja	0	17					162,8%	326
Summen/ Häufigkeiten	1.406.536		11		304	21,75	8	325,75			9 Ja: 11	0	43,95		0	0	0		


Anlage 1.1.9 Planungsblatt Psychotherapeuten

 KASSENZÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
VERBAND DER PSYCHOTHERAPEUTEN

Planungsblatt zur Dokumentation des Standes der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 4 Abs 1 Satz 6 BP-RL

KV Sachsen	Arztstand: 01.04.2022 Einwohnerstand: 30.09.2021		Versorgungsebene: 2 Allgemeine fachärztliche Versorgung Arztgruppe: Psychotherapeuten																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Planungsbereich	Einwohner im Planungsbereich	Grundlage des regionalen Raumschnittes	Typisierung des Planungsbereiches	regionale Verhältniszahl	Zugelassene Ärzte	Angestellte Ärzte	Ernchtigte Ärzte und Einrichtungen	Summe der bedarfsplanungs-relevanten Ärzte	Versorgungsgrad	Nichtanrechnung von Ernchtigungen	Planungsbereich gespart (Ja / Nein)	Zulassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung	Rechn.-Zahl oberhalb der Sperrgrenze	Antrag nach §103 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Ja / Nein; leer)	Unterversorgung (Ja: seit / Nein: leer)	Drohende Unterversorgung (Ja: seit / leer)	Zusätzl. lok. Versorgungsbedarf (Ja: seit / leer)	Versorgungsgrad im Vorjahr	Behandlungsfälle je Arzt für den Zeitraum der letzten 4 Quartale
BGST Dresden																			
Bautzen	129.947	KVS	5	5.937	25	0	0	25	114,2%		Ja	0	0,9					114,1%	321
Dresden, Stadt	554.625	KVS	1	3.249	221,5	17,5	2,5	239	140,0%	§	Ja	0	51,3					135,5%	302
Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis	133.817	KVS	5	6.115	28	0,5	0,5	28,5	130,2%	§	Ja	0	4,4					131,2%	353
Hoyerswerda, Stadt / Landkreis Kamenz	167.292	KVS	2	5.585	27,25	6,75	0,5	34	113,5%	§	Ja	0	1,1					111,3%	303
Löbau-Zittau	115.410	KVS	5	6.114	20,5	0,5	0,5	21	111,2%	§	Ja	0	0,2					110,4%	365
Meißen	144.508	KVS	2	5.582	28,4	1	0,5	29,4	113,6%	§	Ja	0	0,9					113,6%	406
Riesa-Großenhain	95.505	KVS	5	5.837	18,5	1	0	19,5	119,2%		Ja	0	1,5					118,7%	412
Sächsische Schweiz	126.904	KVS	4	6.593	20,5	4,5	0,5	25	129,9%	§	Ja	0	3,8					129,5%	398
Weißeritzkreis	117.705	KVS	4	6.227	22	1	0	23	121,7%		Ja	0	2,2					121,8%	345
Summen/ Häufigkeiten	1.585.713		9		411,65	32,75	5	444,4			6	Ja: 9	0	66,3	0	0	0		

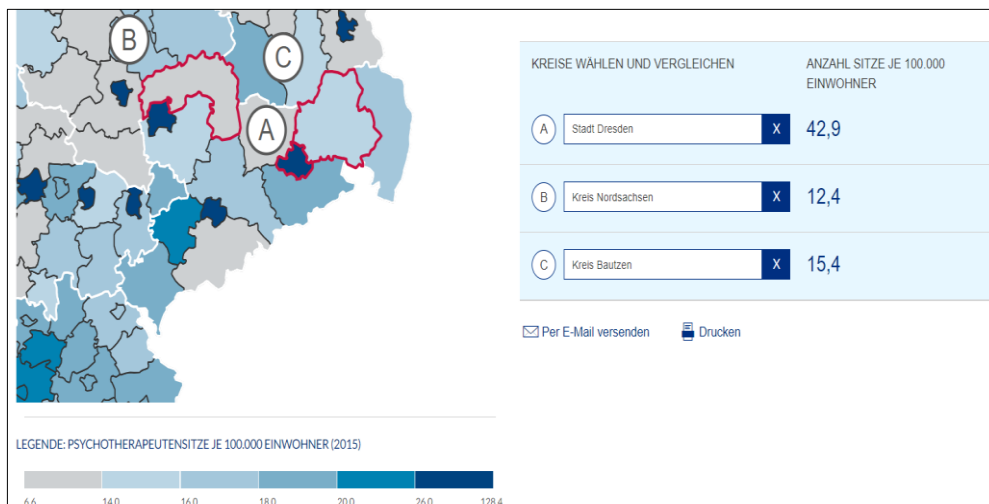
Anlage 1.1.9 Planungsblatt Psychotherapeuten

 KASSENZÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
VERBAND DER PSYCHOTHERAPEUTEN

Planungsblatt zur Dokumentation des Standes der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 4 Abs 1 Satz 6 BP-RL

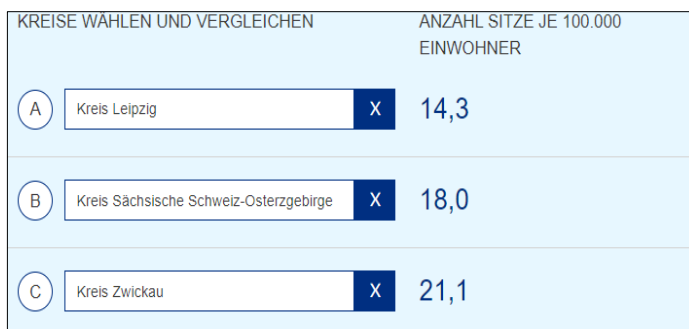
KV Sachsen	Arztstand: 01.04.2022 Einwohnerstand: 30.09.2021		Versorgungsebene: 2 Allgemeine fachärztliche Versorgung Arztgruppe: Psychotherapeuten																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Planungsbereich	Einwohner im Planungsbereich	Grundlage des regionalen Raumschnittes	Typisierung des Planungsbereiches	regionale Verhältniszahl	Zugelassene Ärzte	Angestellte Ärzte	Ernchtigte Ärzte und Einrichtungen	Summe der bedarfsplanungs-relevanten Ärzte	Versorgungsgrad	Nichtanrechnung von Ernchtigungen	Planungsbereich gespart (Ja / Nein)	Zulassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung	Rechn.-Zahl oberhalb der Sperrgrenze	Antrag nach §103 Abs. 2 Satz 4 SGB V (Ja / Nein; leer)	Unterversorgung (Ja: seit / Nein: leer)	Drohende Unterversorgung (Ja: seit / leer)	Zusätzl. lok. Versorgungsbedarf (Ja: seit / leer)	Versorgungsgrad im Vorjahr	Behandlungsfälle je Arzt für den Zeitraum der letzten 4 Quartale
BGST Leipzig																			
Delitzsch	115.990	KVS	4	6.014	20,5	3,25	1	23,75	123,1%	§	Ja	0	2,55					112,7%	292
Leipzig, Stadt	598.129	KVS	1	3.113	228,8	4,6	1,5	233,4	121,5%	§	Ja	0	22,2					122,6%	271
Leipziger Land	137.824	KVS	4	6.089	23,5	2	0,5	25,5	112,7%	§	Ja	0	0,6					109,9%	285
Muldentalkreis	120.711	KVS	4	6.013	21,5	1	1	22,5	112,1%	§	Ja	0	0,4					106,0%	308
Torgau-Oschatz	81.796	KVS	5	5.706	13	3	1	16	111,6%	§	Ja	0	0,2					115,4%	291
Summen/ Häufigkeiten	1.054.450		5		307,3	13,85	5	321,15			5	Ja: 5	0	25,95	0	0	0		

Anhang 18: Internetquelle (S. 25)



Die interaktive Karte weist die Anzahl an Psychotherapeuten/100.000 Einwohner in den verschiedenen Regionen auf. Betrachtet man die Werte einzelner Bereiche ist festzustellen, dass die Angaben stark variieren.

Anhang 19: Internetquelle (S. 25)

Abbildung 21: Ist-Wert an Psychotherapeuten/100.000 Einwohner¹¹⁷Abbildung 22: Soll-Wert an Psychotherapeuten/100.000 Einwohner¹¹⁸

¹¹⁷ Faktencheck Gesundheit (2015): Psychotherapeutendichte. Status Quo, online im WWW unter <https://www.faktencheck-gesundheit.de/nc/de/faktenchecks/faktencheck-psychotherapeuten/interaktive-karte/psychotherapeutendichte/index.html> [12.01.2024]

¹¹⁸ Faktencheck Gesundheit (2015): Psychotherapeutendichte. offizielle Bedarfsplanung, online im WWW unter <https://www.faktencheck-gesundheit.de/nc/de/faktenchecks/faktencheck-psychotherapeuten/interaktive-karte/psychotherapeutendichte/index.html> [12.01.2024]

Die obere Übersicht zeigt an drei ausgewählten Beispielen die aktuelle Anzahl an Psychotherapeuten/100.000 Einwohner, unten ist die Bedarfsplanung dargestellt, um einen Versorgungsgrad von 110% zu erreichen. Den Angaben zu Folge scheint der Bedarf in den dargestellten Regionen mehr als gedeckt zu sein, der Ist-Wert ist größer als der Soll-Wert. Dies widerspricht den Ergebnissen der durchgeführten Erhebung.

Anhang 20: Internetquelle (S. 25)

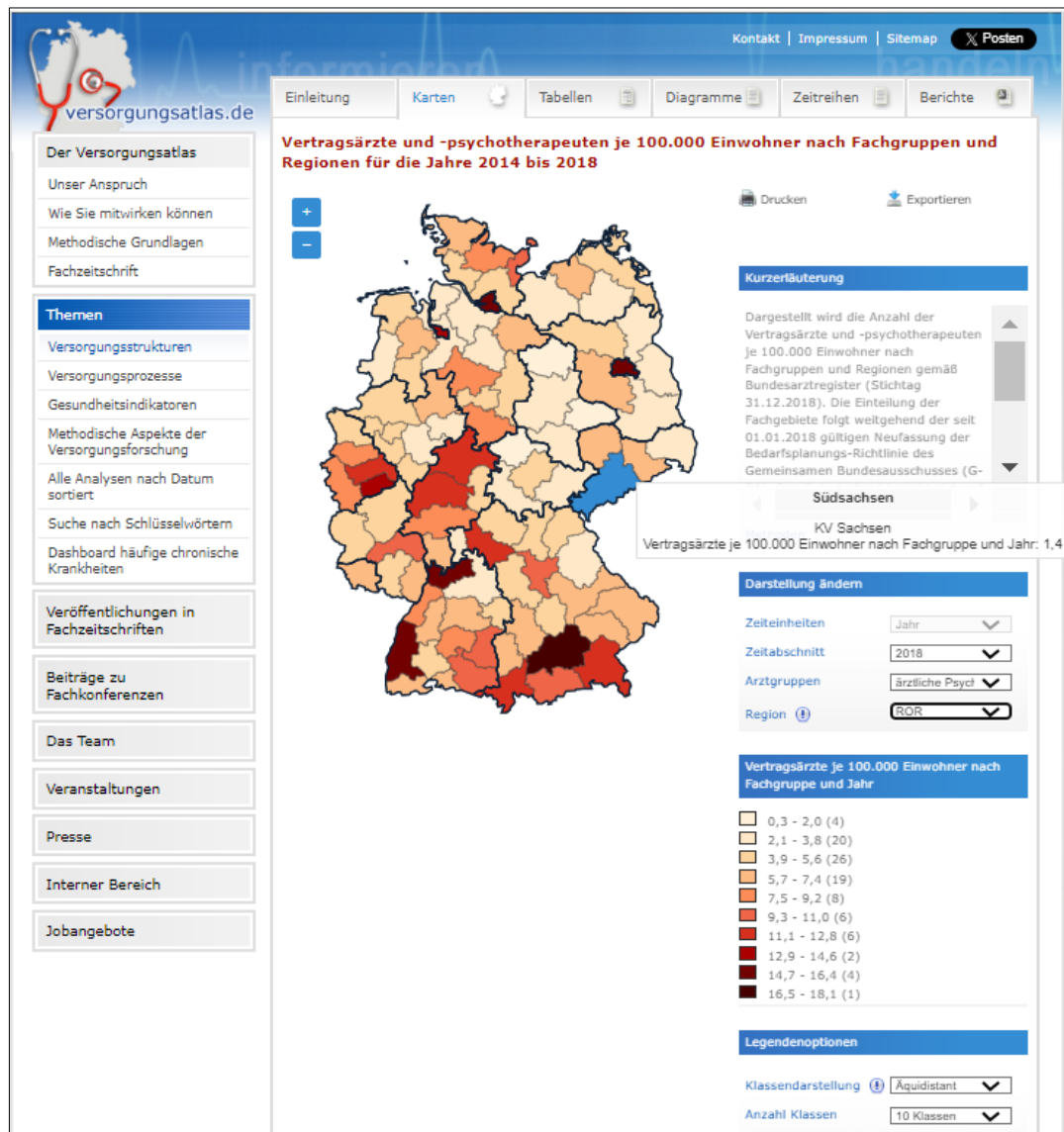
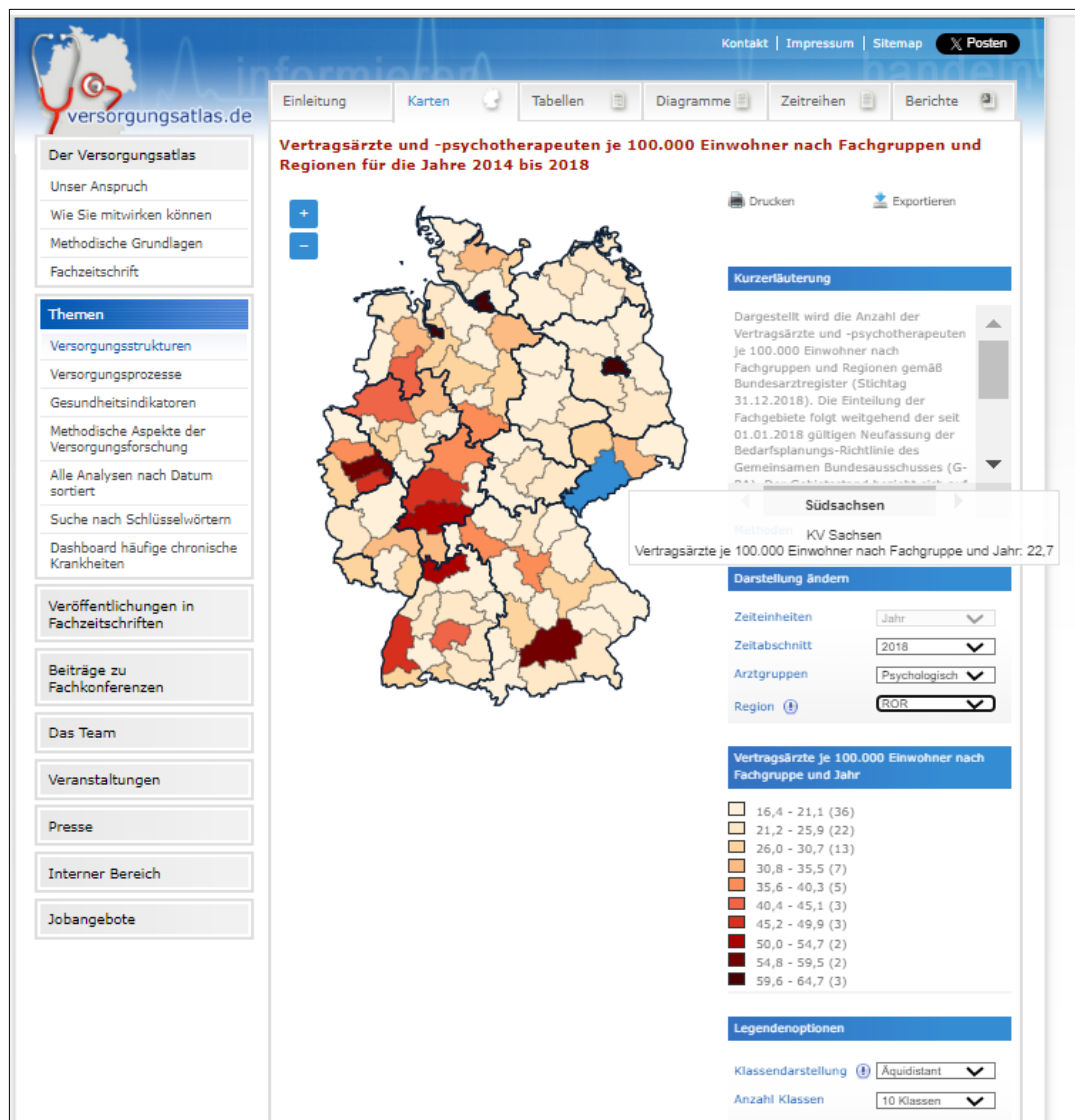


Abbildung 23: Ärztliche Psychotherapeuten/100.000 Einwohner¹¹⁹


¹¹⁹ Versorgungsatlas (2018): Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Fachgruppen und Regionen für die Jahre 2014 bis 2018, online im WWW unter <https://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen?tab=1&uid=105&cHash=1fc1d18b3289a6d9bf9e95a4f42dd8c9> [12.01.2024]

Anhang 21: Internetquelle (S. 25)

Abbildung 24: Psychologische Psychotherapeuten/ 100.000 Einwohner¹²⁰

¹²⁰ Versorgungsatlas (2018): Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Fachgruppen und Regionen für die Jahre 2014 bis 2018, online im WWW unter <https://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen?tab=1&uid=105&cHash=1fc1d18b3289a6d9bf9e95a4f42dd8c9> [12.01.2024]

Anhang 22: Internetquelle (S. 28)

 <p>Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte</p>	9-643	Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)
		<p>Exkl.: Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen kombinierten Eltern-Kind-Setting bei therapiebedürftigem Elternteil und therapiebedürftigem Kind (9-64a ff.)</p> <p>Hinw.: Diese Codes sind Zusatzcodes. Sie können nur in Kombination mit der Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-607), der Intensivbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-61), der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-626) und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-634) angegeben werden</p>
<p>Kode-Suche in OPS Version 2023</p> <p>Drei- oder Viersteller:</p>		

Anhang 23: Internetquelle (S. 28)

33. Sächsischer Ärztetag: Psychiatrische Versorgung für Schwangere und junge Eltern ungenügend

Pressemitteilung vom 17.06.2023, Bereich: Über Uns

Anlässlich ihrer konstituierenden Kammerversammlung stellen die sächsischen Ärztinnen und Ärzte fest, dass die Versorgung von psychisch erkrankten Schwangeren, Stillenden, Vätern und Müttern von Kleinkindern nicht ausreicht. Sie empfehlen allen Landesärztekammern, eine gemeinsame Struktur zur besseren psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung der Betroffenen und ihrer Kleinkinder zu entwickeln.

In Deutschland existiert keine bundeseinheitliche strukturierte Versorgung folgender Gruppen:

- Schwangere mit psychiatrischer Erkrankung
- stillende und postpartale Frauen mit psychiatrischer Erkrankung und ihrer Säuglinge
- Junge Mütter und Väter mit psychiatrischer Erkrankung und ihrer Kleinkinder

Fragebögen

Anhang 24: Fragebogen für den ambulanten Bereich

Fragebogen für den ambulanten Bereich



Der vorliegende Fragebogen dient zur Evaluierung der ambulanten Versorgungssituation bei postpartalen Depressionen in Sachsen. Beantworten Sie den Fragebogen durch Setzen von Kreuzen und Ergänzen der Freitextflächen. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch aus, wenn nicht alle Fragen beantwortet werden können. Die Bearbeitungszeit beträgt etwa **fünf Minuten**. Senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum **13.10.2023** zurück.

Die Rücksendung ist über folgende Wege möglich: **per E-Mail an stefanie.ziesche@outlook.de**
per Fax an: 0351 8267 162

I. Allgemeine Fragen zur Person

1. In welchem Beruf/Fachgebiet sind Sie tätig?

- Psychiatrie Psychosomatische Medizin Allgemeinmedizin Gynäkologie und Geburtshilfe
 Psychologie Psychotherapie Anderes:

Zusatzbezeichnung: _____

2. Nennen Sie die Postleitzahl in der Sie praktizieren!

ITEM 1

3. Auf einer Skala von 1 bis 10? Wie schätzen Sie die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten postpartal depressiv Erkrankter in ihrer Region ein?

- Sehr schlecht Sehr gut
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ITEM 2

4. Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie wichtig schätzen Sie den Einbezug des Kindes bei der ambulanten Behandlung einer postpartalen Depression ein?

- Unwichtig Unabdingbar
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ITEM 3

II. Spezifische Fragen zu der eigenen Versorgungssituation

5. Behandeln Sie Mütter/Väter mit postpartalen Depressionen?

- Ja, Mütter und Väter Ja, nur Mütter Nein (Weiter zu Frage 14)

ITEM 4

6. Wie viele Mütter/Väter mit postpartalen Depressionen haben Sie im letzten Jahr behandelt?

_____ Mütter _____ Väter

ITEM 5

7. Wie lang ist die durchschnittliche Wartezeit bis zum Beginn der Behandlung?

- < eine Woche ein bis zwei Wochen drei bis vier Wochen > vier Wochen
- keine Wartezeit, da keine Neuaufnahme von Patienten und Patientinnen erfolgt

ITEM 6

8. Lehnen Sie die Behandlung von Patientinnen und Patienten ab, die nicht aus dem eigenen Versorgungsgebiet kommen?

- Ja Nein

9. Wie lang ist die durchschnittliche Behandlungszeit einer postpartalen Depression bei ihnen?

_____ Wochen

10. Wird bei ihnen das Kind bei der Behandlung der Mutter/des Vaters mit einbezogen?

- Ja (weiter zu Frage 12) Teilweise (weiter zu Frage 12) Nein

ITEM 7

11. Warum nicht? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kein Bedarf Erschwert die Therapie Erkrankte/Erkrankter lehnt Einbezug ab
- Partner/Partnerin der/des Erkrankten lehnt Einbezug ab Andere:

12. Wie häufig kam es im vergangenen Jahr vor, dass eine Verschlechterung der Diagnose der Mutter/des Vaters mit postpartalen Depressionen eine stationäre Aufnahme erfordert hat?

- Gar nicht (weiter zu Frage 14) _____ Mal

ITEM 8

13. Ist in der Einrichtung in die Sie überwiegend Mütter/Väter mit postpartalen Depressionen überweisen eine Mitaufnahme des Kindes möglich?

- Ja Teilweise Nein Weiß ich nicht

14. Welche Maßnahmen/Strukturen sind aus ihrer Sicht allgemein notwendig, um das ambulante Versorgungsangebot bei postpartalen Depressionen auszubauen?

ITEM 14

15. Anmerkungen/Ergänzungen:

Vielen Dank für ihre Unterstützung!

Anhang 25: Fragebogen teil 1 - Stationärer Bereich

Fragebogen für den stationären und teilstationären Bereich



Der vorliegende Fragebogen dient zur Evaluierung der stationären und teilstationären Versorgungssituation bei postpartalen Depressionen in Sachsen. Beantworten Sie den Fragebogen durch Setzen von Kreuzen und Ergänzen der Freitextflächen. Bitte füllen Sie den Fragebogen auch aus, wenn nicht alle Fragen beantwortet werden können. Die Bearbeitungszeit beträgt etwa **acht Minuten**. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen bis zum **06.10.2023** zurück.

Die Rücksendung ist über folgende Wege möglich :

per E-Mail an stefanie.ziesche@outlook.de

Per Fax an: 0351 8267 162

I. Allgemeine Fragen zur stationären Behandlung postpartaler Depressionen

1. In welchem Beruf/Fachgebiet sind Sie tätig?

- Psychiatrie Psychosomatik
 Psychologie Psychotherapie
 Gynäkologie und Geburtshilfe Allgemeinmedizin
 Anderes: _____

Zusatzbezeichnung: _____

2. Nennen Sie bitte die Postleitzahl in der Sie praktizieren!

_____ **ITEM 1**

3. Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie schätzen Sie die stationären Behandlungsmöglichkeiten postpartal depressiv Erkrankter in ihrer Region ein?

Sehr schlecht **ITEM 2** Sehr gut

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie wichtig schätzen Sie den Einbezug des Kindes bei der stationären Behandlung einer postpartalen Depression ein?

Unwichtig **ITEM 3** Unabdingbar

 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

II. Einrichtungsbezogene Fragen zur stationären Behandlung postpartaler Depressionen

5. Werden Mütter/Väter mit postpartalen Depressionen in ihrer Einrichtung stationär behandelt?

- Ja Teilweise Nein (weiter zu Frage 18)

ITEM 4

6. Wie viele Fälle postpartaler Depressionen wurden im letzten Jahr in ihrer Einrichtung behandelt?

_____ Mütter _____ Väter

ITEM 5

7. Wie lang ist die durchschnittliche stationäre Behandlungszeit bei postpartalen Depressionen?

_____ Wochen

8. Wird das Kind bei der stationären Behandlung der Mutter/des Vaters mit aufgenommen?

- Ja Teilweise Nein (weiter zu Frage 13)

ITEM 7

9. Wie lang ist die durchschnittliche Wartezeit bis eine Mutter/ein Vater stationär mit dem Kind aufgenommen werden kann?

< eine Woche zwei bis drei Wochen drei bis vier Wochen > vier Wochen

ITEM 6

10. Hat ihre Einrichtung eine Eltern-Kind-Station oder einen separaten Bereich zur Behandlung von postpartalen psychischen Erkrankungen?

- Ja, eine Eltern-Kind-Station
 Ja, einen separaten Bereich
 Ja, einzelne Planbetten
 Nein (weiter zu Frage 13)

11. Wie viele Plätze sind vorhanden?

_____ Plätze

12. Sind diese ausreichend?

- Ja (weiter zu Frage 17) Nein (weiter zu Frage 16)

13. Plant ihre Einrichtung die Errichtung einer Eltern-Kind-Station oder eines separaten Bereiches zur Behandlung postpartaler Psychosen?

- Ja Nein (weiter zu Frage 15)

14. Wie viele Plätze sind geplant?

_____ Plätze (weiter zu Frage 16)

15. Warum nicht? (Mehrfachnennungen möglich)

- Kein/zu geringer Bedarf
 Unklare Vergütungsstruktur
 Interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht möglich
 Andere:
 Versorgung des Kindes ist nicht sichergestellt
 Strukturelle Ursachen (separate Zimmer/ Bereiche, etc.)
 Zu hoher Aufwand/Kosten

ITEM 9

16. Wie viele stationäre Kapazitäten sind ihrer Meinung nach für eine ausreichende stationäre Versorgung in ihrer Region unter Berücksichtigung der Mitaufnahme des Kindes notwendig?

_____ Plätze

ITEM 10

17. Beschreiben Sie kurz wie die Mitaufnahme des Kindes finanziert wird/zukünftig finanziert werden könnte!

ITEM 11

18. Ist eine stationäre Behandlung postpartaler Depressionen für eine Klinik wirtschaftlich wenn eine Mitaufnahme des Kindes erfolgt?

- Ja (weiter zu Frage 20) Nein Weiß ich nicht

ITEM 12

19. Welche Gründe hat eine Klinik auch bei geringer Vergütung eine Mitaufnahme des Kindes zu ermöglichen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Prestige/Ansehen
 Längere Behandlungsdauer ohne Kind
 Andere:
 Mitbehandlung des Kindes (Schreikind, etc.)
 Fördert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit

ITEM 13

20. Welche Maßnahmen/Strukturen sind aus ihrer Sicht notwendig, um das stationäre Versorgungsangebot für die Behandlung postpartaler Depressionen auszuweiten?

ITEM 14

Anmerkungen/Ergänzungen

Bitte setzen Sie auf Seite 3 mit dem Fragenteil zum teilstationären Bereich fort!

Anhang 26: Fragebogenteil 2 - Teilstationärer Bereich

I. Allgemeine Fragen zur teilstationären Versorgungslage postpartaler Depressionen

21. Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie schätzen Sie die teilstationären Behandlungsmöglichkeiten postpartal depressiv Erkrankter in ihrer Region ein?

Sehr schlecht ITEM 2 Sehr gut

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. Auf einer Skala von 1 bis 10: Wie wichtig schätzen Sie den Einbezug des Kindes bei der teilstationären Behandlung einer postpartalen Depression ein?

Unwichtig ITEM 3 Unabdingbar

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

II. Spezifische, einrichtungsbezogene Fragen zur teilstationären Versorgung

23. Behandeln Sie in Ihrer Einrichtung Mütter bzw. Väter mit postpartalen Depressionen teilstationär?

Ja, Mütter und Väter Ja, nur Mütter Nein (weiter zu Frage 34)

ITEM 4

24. Wie viele Patienten/Patientinnen können Sie teilstationär pro Jahr behandeln?

_____ Fälle

25. Wie viele Fälle postpartaler Depressionen behandeln Sie durchschnittlich teilstationär pro Jahr?

_____ Mütter _____ Väter ITEM 5

26. Wie lang werden Mütter/Väter mit postpartalen Depressionen durchschnittlich teilstationär behandelt?

_____ Wochen

27. Wie lang ist die Wartezeit bis eine teilstationäre Behandlung postpartal depressiver Erkrankter beginnt?

< eine Woche ein bis zwei Wochen drei bis vier Wochen >vier Wochen

ITEM 6

28. Sofern eine Wartezeit besteht: Wer übernimmt primär die Behandlung bis zum Beginn der teilstationären Versorgung?

Hausarzt/ Hausärztin Gynäkologe/ Gynäkologin

Psychiater/ Psychiaterin Psychotherapeut/ Psychotherapeutin

Psychologe/ Psychologin Andere:

29. Lehnen Sie die teilstationäre Behandlung von Müttern/Vätern aus anderen Regionen ab?

Ja Nein

30. Beschreiben Sie kurz die aktuelle Vergütung der Behandlung im teilstationären Bereich!

31. Wird das Kind bei der teilstationären Behandlung mit einbezogen?

Ja (weiter zu Frage 33) Teilweise (weiter zu Frage 33) Nein

ITEM 7

32. Warum nicht? (Mehrfachnennungen möglich)

- Unklare Vergütungsstruktur Kein Bedarf
- Unzureichende Versorgungsmöglichkeiten für das Kind Interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht möglich
- Andere:

ITEM 9

Anmerkungen/Ergänzungen:**33. Wie wird/könnte der Einbezug des Kindes in die teilstationäre Behandlung zukünftig finanziert werden?****Vielen Dank für die Teilnahme!**

ITEM 11

34. Welche Maßnahmen/Strukturen sind ihrer Meinung nach notwendig, um das teilstationäre Versorgungsangebot für postpartal depressiv Erkrankte auszubauen?

ITEM 14

Ergänzende Ergebnisse der Befragung

Anhang 27: Tabelle zu Punkt 6.1 (S. 37)

Tabelle 18: Regionale Einschätzung der Versorgungslage - nach Landkreisen und kreisfreien Städten

Landkreis	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Bautzen	9	3,78	1,56
Chemnitz	4	7,00	2,16
Dresden	20	6,45	1,82
Erzgebirgskreis	3	6,33	3,79
Görlitz	10	3,10	1,10
Leipzig Land	6	6,67	2,88
Leipzig Stadt	11	6,18	2,18
Meißen	5	3,20	0,84
Mittelsachsen	9	3,00	1,80
Nordsachsen	3	3,33	0,58
Sächsische Schweiz-Osterzgebirge	4	5,00	3,92
Vogtlandkreis	5	2,80	0,84
Zwickau	9	4,56	1,42

Anhang 28: Behandlung von Müttern und Vätern mit PPD – ambulant (S. 42)

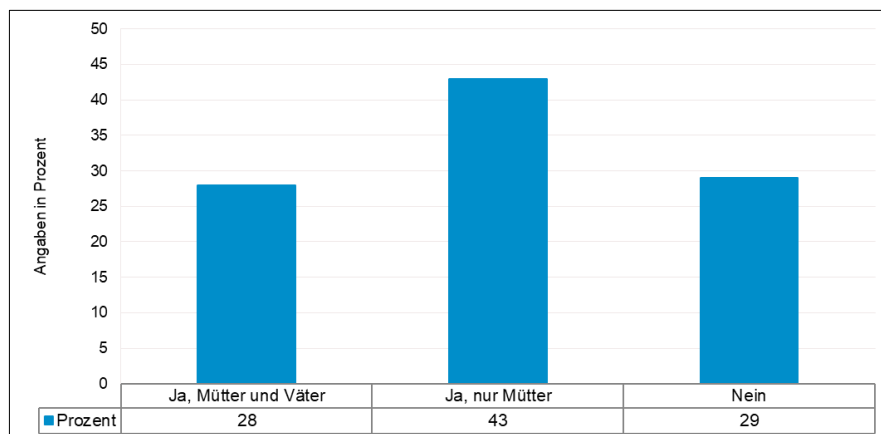


Abbildung 25: Behandlungsoptionen - ambulant

Anhang 29: Behandlung von Müttern und Vätern mit PPD – (teil-) stationär (S. 45)

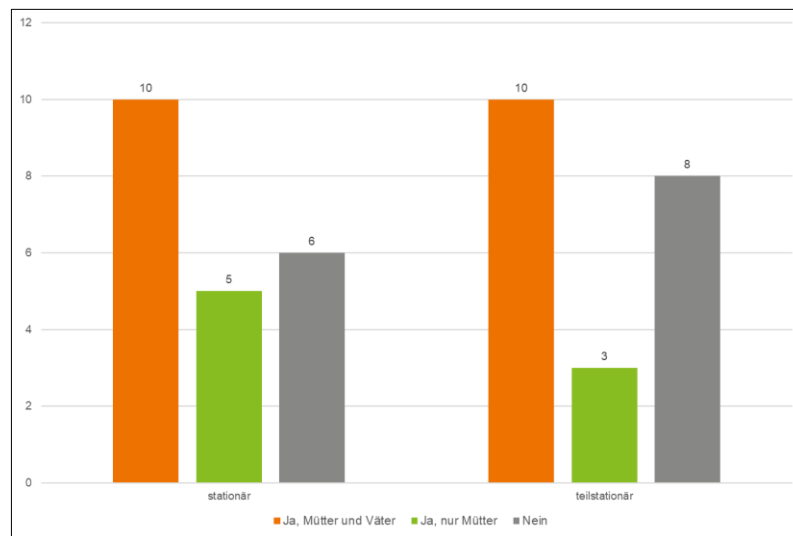


Abbildung 26: Behandlungsoptionen- (teil-) stationär

Anhang 30: Wird bei ihnen das Kind bei der Behandlung der Mutter/des Vaters mit einbezogen? (S. 51)

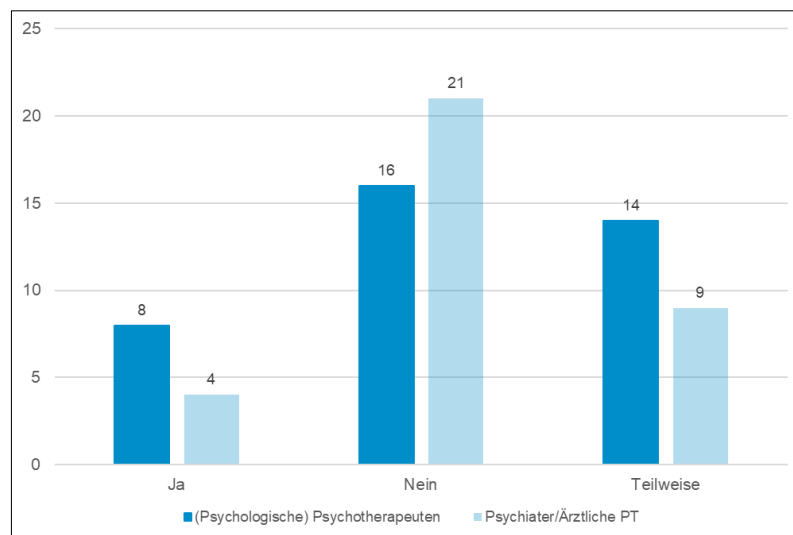
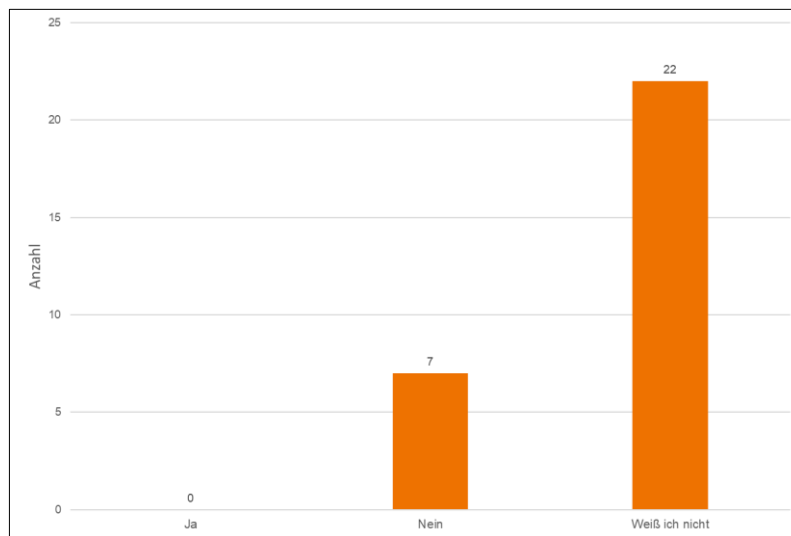
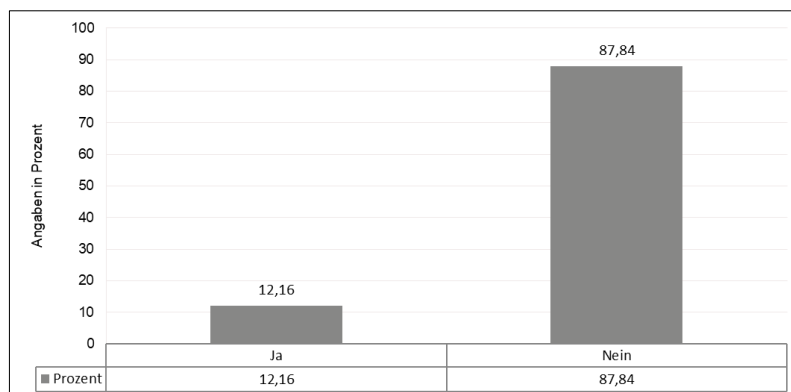
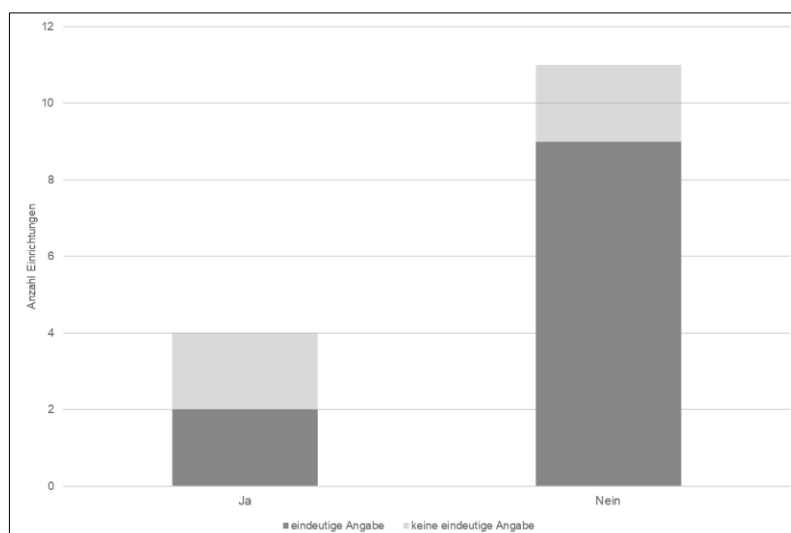


Abbildung 27: Einbezug des Kindes in die ambulante Behandlung – nach Berufsgruppen

Anhang 31: Wirtschaftlichkeit einer EKE (S. 58)**Abbildung 28: Einschätzung der Wirtschaftlichkeit von Eltern-Kind-Einheiten****Anhang 32: „Lehnen Sie die Behandlung von Patientinnen und Patienten ab, die nicht aus dem eigenen Versorgungsgebiet kommen?“****Abbildung 29: Ablehnung von Patienten aus anderen Versorgungsgebieten – ambulant****Abbildung 30: Ablehnung von Patienten aus anderen Versorgungsgebieten - teilstationär**

Anhang 33: „Wie lang ist die durchschnittliche Behandlungszeit einer postpartalen Depression bei ihnen/in ihrer Einrichtung?“

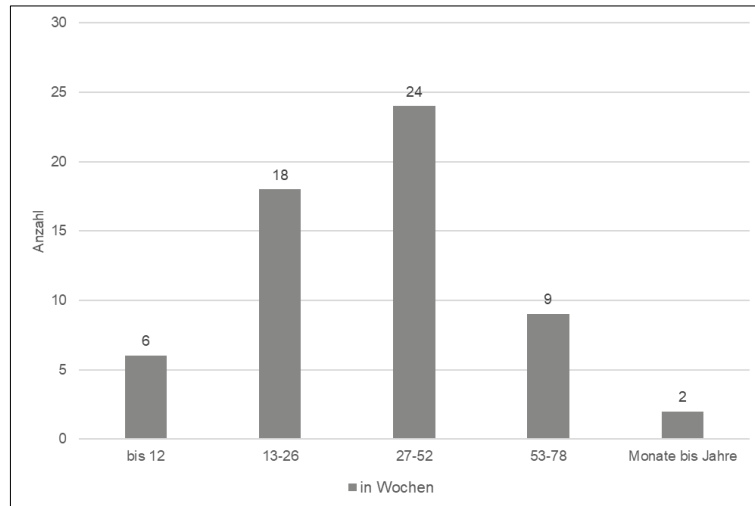


Abbildung 31: Durchschnittliche, ambulante Behandlungsdauer in Wochen

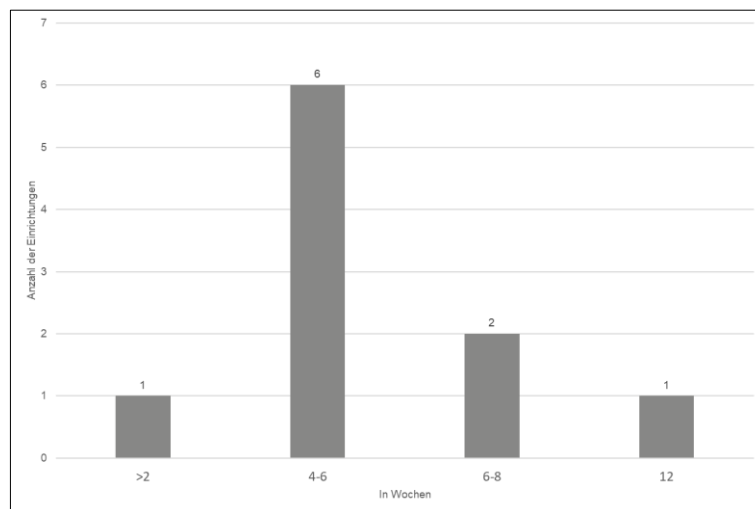


Abbildung 32: Behandlungsdauer in Wochen – stationär

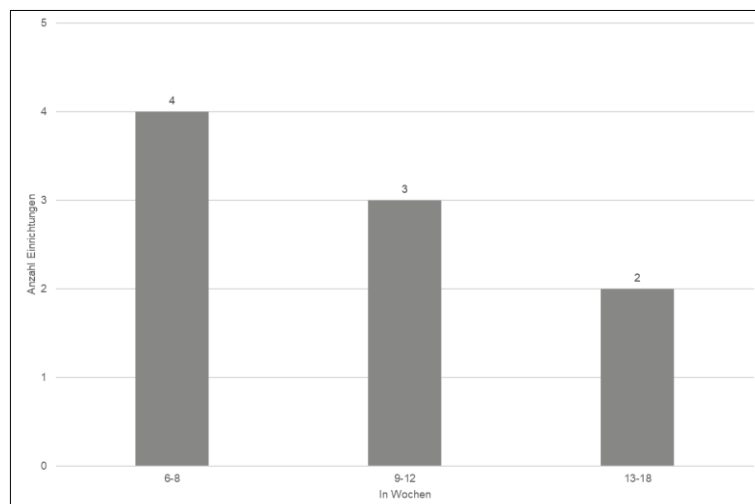


Abbildung 33: Behandlungsdauer in Wochen – teilstationär

Anhang 34: „Ist in der Einrichtung in die Sie überwiegend Mütter/Väter mit postpartalen Depressionen überweisen eine Mitaufnahme des Kindes möglich?“

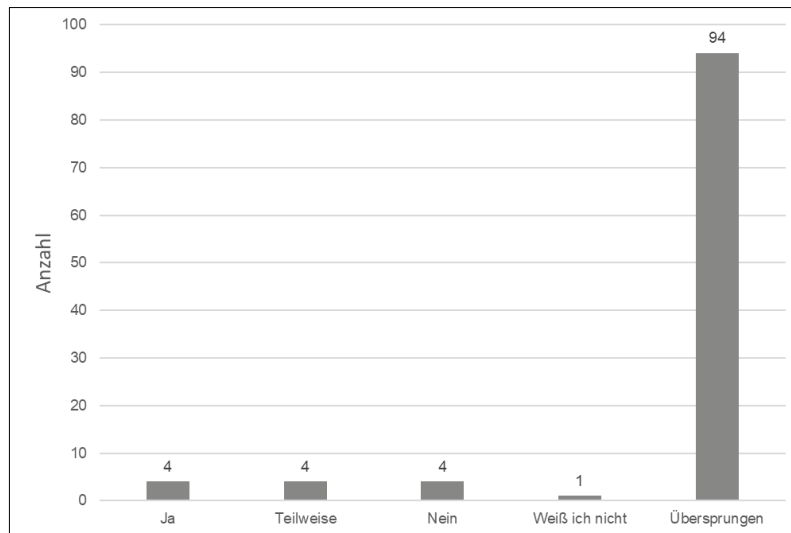


Abbildung 34: Möglichkeit der Mitaufnahme des Kindes bei stationärer Überweisung¹²¹

Anhang 35: „Plant ihre Einrichtung die Errichtung einer Eltern-Kind-Station oder eines separaten Bereiches zur Behandlung postpartaler Psychosen?“

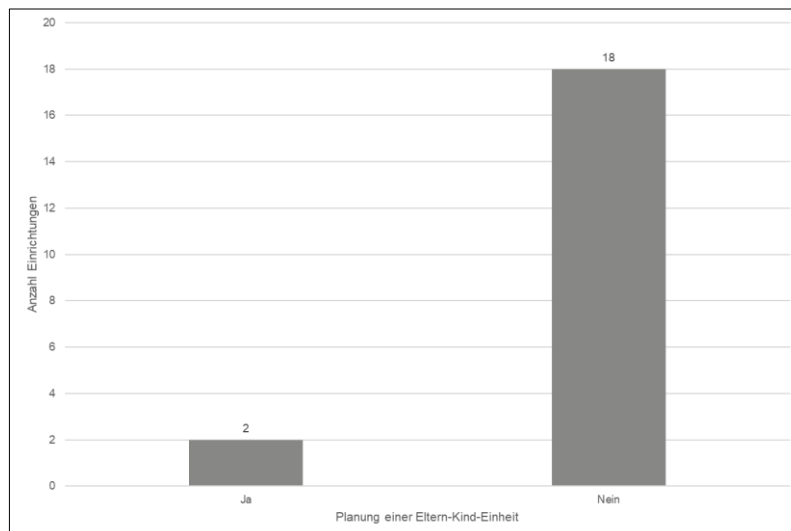


Abbildung 35: Zukünftige Planung der Einrichtung einer Eltern-Kind-Einheit

¹²¹ Die Auswertung der gegebenen Daten spiegelt keine klare Aussage wider, da die Mehrheit keine Angaben zu der zugehörigen Frage gemacht hat.

Anhang 36: „Wie viele Patientinnen/Patienten können Sie teilstationär pro Jahr behandeln?“

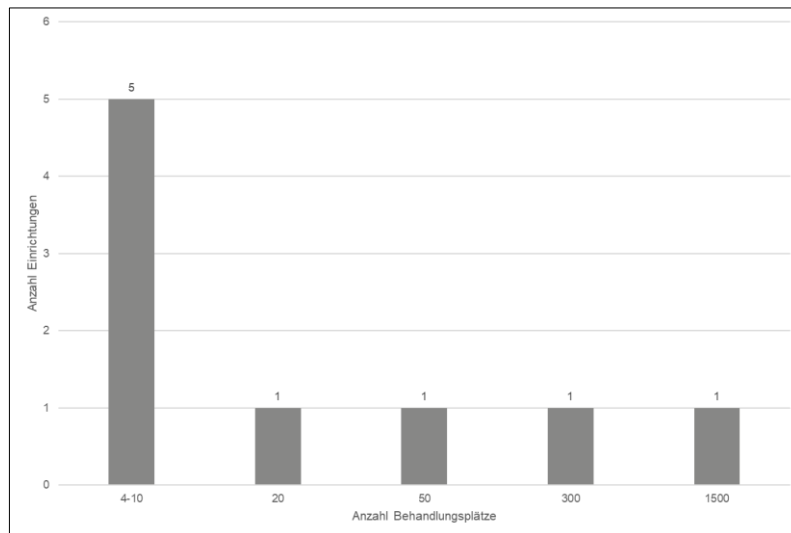


Abbildung 36: Anzahl teilstationärer Behandlungsplätze pro Jahr und Einrichtung¹²²

Anhang 37: „Sofern eine Wartezeit besteht: Wer übernimmt primär die Behandlung bis zum Beginn der teilstationären Versorgung?“

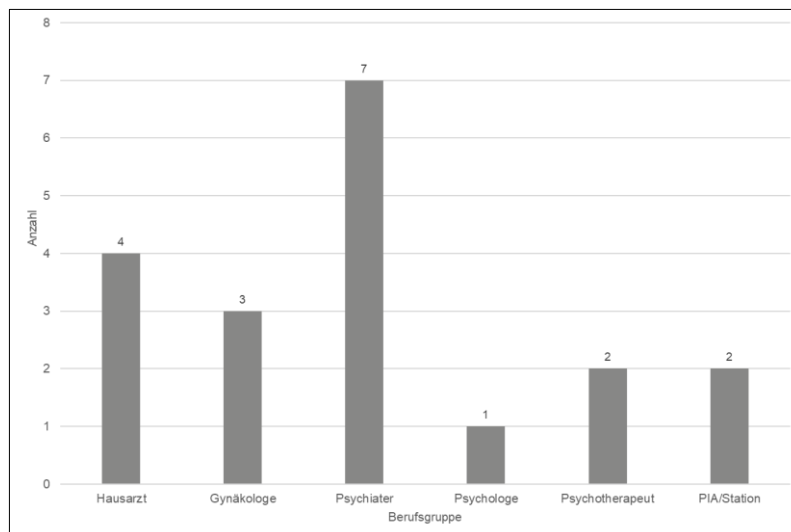


Abbildung 37: Übernahme der Behandlung bis zum teilstationären Behandlungsbeginn - nach Berufsgruppe/Einheit

¹²² Bei den vergleichsweise geringeren Anzahl der teilstationären Behandlungsplätze ist davon auszugehen, dass die Teilnehmer die Kapazität für Patienten mit PPD angegeben haben. Die hohen Werte sprechen für die allgemeine Kapazität zur Behandlung aller Patienten mit psychischen Erkrankungen. Das Ergebnis lässt sich nicht eindeutig interpretieren.