

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/  
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

## Prävention postpartaler psychischer Störungen beginnt in der Schwangerschaft!

Hornstein C, Hohm E, Keppler S

Trautmann-Villalba P, Wild E

Schulz R

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2009; 10 (1), 48-52

Homepage:

[www.kup.at/](http://www.kup.at/)

**JNeurolNeurochirPsychiatr**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Indexed in  
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-



**FRÜHBUCHER-DEADLINE: 31.12.2024**

# 13. DREILÄNDERTAGUNG 2025 | SALZBURG

Gemeinsame Jahrestagung der Deutschen  
und Österreichischen Gesellschaften für  
Epileptologie und der Schweizerischen  
Epilepsie-Liga

26.–29. März 2025 | Salzburg  
[www.epilepsie-tagung.de](http://www.epilepsie-tagung.de)

[www.epilepsie-tagung.de](http://www.epilepsie-tagung.de)



Deutsche  
Gesellschaft für  
Epileptologie



österreichische gesellschaft für epileptologie



Schweizerische Epilepsie-Liga  
Ligue Suisse contre l'Epilepsie  
Swiss League Against Epilepsy

# Prävention postpartaler psychischer Störungen beginnt in der Schwangerschaft!

## Multiprofessionelles Kompetenznetz zur Unterstützung psychisch belasteter und jugendlicher Mütter und deren Kinder nach der Geburt: „Perinatales Präventionsnetz im Rhein-Neckar-Kreis“

C. Hornstein<sup>1</sup>, E. Hohm<sup>1</sup>, S. Keppler<sup>2</sup>, P. Trautmann-Villalba<sup>1</sup>, E. Wild<sup>1</sup>, R. Schulz<sup>2</sup>

**Kurzfassung:** Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt und psychische Belastungen von jungen Müttern werden in ihrer Häufigkeit und Tragweite oft unterschätzt. Sie sind jedoch als Risikofaktoren für das Kindeswohl bekannt. Postpartale psychische Erkrankungen treffen Mütter in allen Bevölkerungsschichten, sie sind in hohem Maße stigmatisierend und bleiben daher oft unerkannt und unbehandelt. Die betroffenen Frauen ziehen sich aus Scham, Angst und Schuldgefühlen zurück, sind mit Therapiemaßnahmen schwer zu erreichen und verschließen sich Unterstützungsangeboten zum Kindeswohl. Durch die systematische Koordinierung von Versorgungsstrukturen der Gesundheits- und Jugendhilfe soll ein überdauerndes Netzwerk für psychisch kranke und jugendliche Mütter von Säuglingen und Kleinkindern zur Prävention von kindlichen Entwicklungsrisiken und Kindeswohlgefährdung etabliert werden.

Das Vorhaben beinhaltet folgende Schritte: (1) Identifizierung einer Risikokonstellation, (2) erhöhte Achtsamkeit gegenüber einer Risikofamilie und (3) Begleitung zu niederschwelliger Behandlung und Unterstützung.

Das Kompetenznetz wendet sich selektiv an diejenigen Mütter, die Risikofaktoren für psychische Erkrankungen aufweisen bzw. erste Krankheitsanzeichen erkennen lassen und an jugendliche Mütter, die unter psychosozialen Belastungen und/oder ersten Anzeichen einer psychischen Erkrankung leiden. Durch erhöhte Sensibilität und Achtsamkeit derjenigen Berufsgruppen, die in der Postpartalzeit Mütter mit Säuglingen betreuen – Gynäkologen, Hebammen, Kinderärzte – sollen betroffene Frauen motiviert werden,

psychiatrisch-psychotherapeutische Frühinterventionen und/oder Unterstützungsangebote der Jugendhilfe wahrzunehmen. Die Behandlung der Erkrankung, die Beziehungsförderung zum Säugling und die Entlastung der Mutter durch den Aufbau eines individuellen sozialen Netzes sind Schwerpunkte der präventiven Maßnahmen.

Das Projekt basiert auf den vorhandenen strukturellen und personellen Ressourcen der Jugend- und Gesundheitshilfe. Durch berufsspezifische Fortbildungen werden fachliche Kompetenzen erweitert und auf das zu realisierende peripartale Versorgungsangebot hin zugeschnitten. Ein Internethandbuch mit fachlichen Informationen und Materialien, Netzwerkstrukturen und Zugangswegen sowie einem Verzeichnis mit Kontaktadressen sichert nachhaltig das Funktionieren des Netzwerks.

**Abstract: Prevention of Postnatal Disorders Starts During Pregnancy! Multi-professional network of expertise to encourage mentally burdened and teenage mothers and their children after birth: "Perinatal prevention network in the Rhine-Neckar Region".** Psychiatric disorders during pregnancy and after birth as well as psychological stress of teenage mothers – though well-known risk factors for child development and child maltreatment – are often underestimated. Postpartum mental disorders occur in women from all population classes, are highly stigmatizing and stigmatized, and therefore often remain unrecognized and untreated. It is difficult to motivate affected women to participate in therapeutic measures and they are not necessarily ready to accept offers of help in the very interest of their

children. An enduring network of expertise should be installed by systematic coordination of medical as well as youth welfare service health care structure to provide support for mothers at risk and for the prevention of developmental and child maltreatment risks.

The perinatal network follows a selective approach: (1) to identify a risk combination, (2) to enhance the awareness of a family at risk, and (3) to offer and motivate the acceptance of low-threshold support.

The expertise network addresses selectively mothers at an increased risks for psychiatric disorders who show first signs of illness and to teenage mothers living in psychosocial stress and/or who are suffering from first signs of mental illness. Enhanced sensitivity and awareness of all professionals who get in contact with women during pregnancy and in the postpartum period – gynecologists, obstetricians, midwives, pediatricians – should motivate affected women for early health care and youth welfare utilization. Treatment, support of the parent-infant-relationship, and mothers' relief on the strain through building up an individual social network are the main prevention actions.

The project is based on the existing structural and personal resources of the public medical and public social systems. Professional specific education and training should increase special expertise and fit for the implementing perinatal medical and social care offers. An internet-based guide with professional information and material, network structure and access as well as an address register assures the functioning of the network sustainably. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2009; 10 (1): 48–52.**

### ■ Hintergrund

Die Bedeutung früher Kindheitserfahrung für die körperliche, kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes sowie für die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit haben unterschiedliche Forschungsansätze bestens belegt [1–4]. Die Ergebnisse der Hirnforschung haben diese Befunde bestätigt [5, 6]. In diesem Zusammenhang kommt der frühen Mutter-Kind-

Interaktion besondere Bedeutung zu, da diese unabhängig von genetischen oder psychosozialen Belastungen einen wichtigen Transmissionsweg darstellt, über den kognitive Defizite und Verhaltensauffälligkeiten entstehen können. Umgekehrt ist eine gelungene Mutter-Kind-Interaktion ein Schutzfaktor, der die kindliche Widerstandskraft stärken kann [7].

Die Chance, kindlichen Entwicklungsrisiken vorzubeugen, ist entscheidend durch die Identifikation von Risikofaktoren gestiegen, die sich auf die Lebensbedingungen der Kinder besonders ungünstig auswirken. Hierzu zählen distale Faktoren wie Armut und geringe Bildung, aber auch proximale Faktoren wie biographische Belastungen der Eltern oder psychische Erkrankungen. Das Gefährdungsrisiko der Kinder steigt sprunghaft an, wenn mehrere Risikofaktoren gemeinsam vor-

Aus dem <sup>1</sup>Psychiatrischen Zentrum Nordbaden, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg und dem <sup>2</sup>Jugendamt des Landratsamts Rhein-Neckar-Kreis, Deutschland

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Christiane Hornstein, Abteilung Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, D-69168 Wiesloch, Heidelberger Straße 1a; E-Mail: Christiane.Hornstein@pzn-wiesloch.de

liegen und sich gegenseitig verstärken [8]. Einige Faktoren ragen heraus und erhöhen um die Geburt eines Kindes herum das Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisiko in den folgenden ein bis zwei Lebensjahren des Kindes um das Drei- bis Vierfache. Hierzu zählen nach Kindler [9] schwere psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen eines Elternteils. Das jugendliche Alter einer Mutter geht mit einem zwei- bis dreifach erhöhten Risiko einher. Partnerschaftsgewalt, ausgeprägte Ohnmachtsgefühle eines betreuenden Elternteils gegenüber dem Kind und Erfahrung eigener Misshandlung und Vernachlässigung, die z. B. bei jugendlichen und psychisch kranken Müttern gehäuft auftreten, können das Risiko um das Drei- bis Sechsfache erhöhen. Längsschnittuntersuchungen haben gezeigt, dass sich etwa 50 % der bekannt gewordenen Misshandlungen in den ersten drei Lebensjahren ereigneten [10].

Eine Risikogruppe für das Kindeswohl, zu der professionelle Helfer besonders schwer Zugang finden, sind psychisch kranke Mütter. 10–15 % aller Gebärenden erkranken innerhalb der ersten sechs Monate nach der Geburt eines Kindes an Depressionen, eine bis zwei von tausend Frauen an einer Psychose, ebenso treten Angst- und Zwangsstörungen sowie Anpassungsstörungen häufig in der Postpartalzeit auf [11–13]. Selbst bei weniger schweren psychischen Erkrankungen, wie z. B. leichten depressiven Verstimmungen, sind ungünstige Auswirkungen auf die kindliche emotionale und kognitive Entwicklung gut belegt [14, 15]. Da die Defizite dieser Mütter im Umgang mit ihren Kindern – ihre mangelhafte Fähigkeit adäquat auf kindliche Signale zu reagieren, die Aufmerksamkeit und Affektregulation ihrer Kinder zu unterstützen – in die sensible Phase der frühkindlichen Gehirnentwicklung fallen, sind die Folgen umso nachhaltiger. Die Fehlpassung zwischen Mutter und Kind bleibt oft auch nach Abklingen der psychischen Erkrankung vorhanden und kann in einen „Teufelskreis“ der negativen Gegenseitigkeit [4] und zu anhaltenden kindlichen Bindungsstörungen [16] führen. Für schwere psychische Erkrankungen gilt dies in verstärktem Maße, da bei der Mehrzahl der Patientinnen mit Krankheitsrezidiven und chronischen Verläufen zu rechnen ist.

Mit 1 % aller Geburten sind minderjährige Mädchen unter 18 eine relativ kleine Gruppe von Müttern, die jedoch meist unter hoch belastenden psychosozialen Bedingungen leben. Gemäß SGB VIII werden sie in der Jugendhilfe bekannt und es wird auf ihre vielfältigen Belastungen mit interdisziplinären Hilfsangeboten reagiert. Sie sind eine gut beschriebene Gruppe von Risikomüttern [17], deren altersbedingte psychische Voraussetzungen und negative biographische Hintergründe zu erheblichen Defiziten ihrer Beziehungs- und Erziehungskompetenz führen. Häufig leiden sie zusätzlich unter behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen, emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen [18].

Den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Kindeswohlgefährdung zeigt die Statistik: In Deutschland wird etwa ein Drittel der Sorgerechtsentzüge bei psychisch kranken Eltern durchgeführt [19]. Einer anderen Erhebung zufolge [20] war die überwiegende Zahl der Eltern mit

Sorgerechtsentzügen psychotisch, alkoholkrank oder schwer persönlichkeitsgestört. 60 % der minderjährigen Kinder leben jedoch bei ihren psychisch kranken Eltern [21]. Unter welchen Umständen diese Kinder aufwachsen, ist oft nicht bekannt. Fallberichte von Kindern psychisch kranker Eltern zeigen jedoch, dass die Minimalstandards des elterlichen Erziehungsverhaltens oft nicht mehr erfüllt sind. Alarmierend sind Ergebnisse gerichtsmedizinischer und forensischer Untersuchungen: Demnach werden Kinder überwiegend von ihren eigenen Eltern getötet und zwar meist in den ersten Lebensjahren [22] (77 % aller misshandlungsbedingten Todesfälle ereignen sich in den ersten 48 Lebensmonaten). Im ersten Lebensjahr kommen Kinder vorwiegend durch ihre Mütter zu Tode, die in bis zu 70 % unter psychischen Symptomen leiden [23].

In skandalträchtigen Medienberichten über tragische Fälle wird dem Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Kindeswohlgefährdung meist nicht nachgegangen. Auch in der Fachöffentlichkeit und Politik wird dieser Zusammenhang unseres Erachtens noch zu wenig beachtet, zumal es sich bei diesen Familien eben nicht um risikoverdächtige Eltern aus sozialen Randgruppen handelt. Das Risiko der Kindeswohlgefährdung in der frühen Kindheit besteht in allen Bevölkerungsschichten.

Im Kontext psychischer Erkrankungen von Müttern öffnet sich ein weiterer „Teufelskreis“: Da postpartale psychische Erkrankungen in der Bevölkerung noch immer stigmatisiert sind, ziehen sich die betroffenen Frauen zurück. Die Erkrankung bleibt daher in über der Hälfte der Fälle unerkannt. Eine empfohlene Behandlung wird nur von 18 % der Frauen wahrgenommen, da sich die betroffenen Frauen keine Hilfe von Psychiatern und Psychotherapeuten versprechen oder befürchten, das Sorgerecht für ihr Kind zu verlieren, wenn sie Hilfe suchen [24]. Stattdessen nehmen sie nicht-psychiatrische Gesundheitssysteme hochfrequent in Anspruch. Jedoch haben die Ärzte, die Frauen bei gynäkologischen oder pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen sehen, häufig geringe Kenntnisse über postpartale psychische Störungen [25]. Bei diesen Ärzten bestehen oft Vorbehalte, die Mütter auf ihre Befindlichkeit anzusprechen, da sie sich den möglichen Folgen nicht gewachsen fühlen [26].

Diese Negativspirale deckt das bislang ungenutzte Potenzial für eine effektive Früherkennung postpartaler Erkrankungen auf. Eine Schulung derjenigen Professionellen zum Umgang mit erkrankten Müttern, die von Frauen vor bzw. nach der Geburt aufgesucht werden (Hebammen, Gynäkologen und Pädiater), würde zur Entstigmatisierung beitragen und die Behandlungsmotivation fördern.

Durch die Erhebung elterlicher Risikofaktoren bei der Geburt eines Kindes lässt sich die Gruppe der Kinder mit einem deutlich erhöhten Risiko für Vernachlässigung und Misshandlung erfassen und diese Familien könnten Unterstützungsangebote erhalten (selektive Prävention). Damit präventive Maßnahmen zum Kinderschutz wirksam werden können, muss eine Risikofamilie frühzeitig identifiziert werden. Die Peripartalzeit bietet sich zur Erhebung von Risikofaktoren an, da in Deutschland über 90 % aller Geburten in geburtshilflichen

Einrichtungen stattfinden und Kontakt zum Gesundheitswesen besteht. Um eine erhöhte Achtsamkeit und Unterstützung realisieren zu können, ist die Erreichbarkeit einer mit Risiken identifizierten Familie durch das Gesundheits- bzw. Helfersystem die grundlegende Voraussetzung. Hierfür sind regional unterschiedliche, so genannte „Türöffner“ in der Erprobung, wie unentgeltliche Elternkurse, Besuchsangebote, Gutscheine für Babyausstattung oder Familienhebammen. In der Gesundheitsversorgung umfassend eingeführte Dokumentationssysteme sind der Mutterpass und das Kinder-Untersuchungsheft des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Im Mutterpass ist die Erhebung relevanter Risikofaktoren für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung zur Dokumentation vorgesehen. Unter Berücksichtigung von Bestimmungen zum Datenschutz und zur Schweigepflicht kann diese Dokumentation in das Untersuchungsheft für Kinder übernommen werden. Diese Instrumente könnten als „Türöffner“ dienen, wenn die „Schlüsselfiguren“ – Gynäkologen, Hebammen und Kinderärzte – diese Instrumente regelmäßig und valide nützen.

In der Realität wird allerdings die Möglichkeit zur Identifikation von Müttern mit erhöhten Risiken nur unzureichend ergriffen. Psychische und soziale Faktoren werden im Mutterpass oft nicht festgehalten. Nach Perinatalstudien in Hessen und Baden-Württemberg werden die psychischen Belastungen nur in 1,8–2 % erhoben [27]. Festgestellte psychosoziale Risiken werden oft nicht vom Mutterpass in das Kinder-Untersuchungsheft übertragen. Dieses Potenzial könnte genutzt werden.

### ■ Ein Netzwerk aufbauen

Für die Risikogruppen der psychisch kranken und der jugendlichen Mütter und ihrer Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von ca. zwei Jahren ist die Bereitschaft zur Kooperation mit Hilfeangeboten des Gesundheitssystems sowie der Kinder- und Jugendhilfe bekanntermaßen eine hohe Herausforderung für die Professionellen in der Gesundheits- wie in der Kinder- und Jugendhilfe. Auf diese Herausforderung will das Projekt mit einer niederschweligen bedarfsspezifischen Vernetzung von Hilfen reagieren.

Von drei Ecken aus sollen die Fäden zusammenlaufen und miteinander verknüpft werden, um im Rhein-Neckar-Kreis, dem nach der Einwohnerzahl drittgrößten Flächenlandkreis in Deutschland, Betroffenen Halt und Boden zu bieten.

### Instruktion der Netzwerkakteure (Abb. 1)

In berufsgruppenspezifischen zertifizierten Fortbildungen für Ärzte (Pädiater, Gynäkologen, Psychiater, Psychotherapeuten und Allgemeinärzte) und interdisziplinären gemeinsamen Schulungen von regional kooperierenden Hebammen, Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe und der psychosozialen Versorgung sollen Kenntnisse über postpartale psychische Erkrankungen, psychosoziale Belastungen jugendlicher Mütter sowie resultierende Entwicklungsrisiken für die Kinder vermittelt werden. Krankheits- bzw. alterstypische Beziehungsschwierigkeiten mit dem Kind und Besonderheiten des Interaktionsstils werden an beispielhaften Videosequenzen

von Mutter und Kind aufgezeigt und für die Beobachtung früher Anzeichen potenziell gefährdender Beziehungsstörungen sensibilisiert. Über medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten, die Unterstützungsangebote der Jugendhilfe sowie rechtliche Aspekte der Schweige- und Dokumentationspflicht wird informiert. Die strukturierte Erhebung von Risikobelastungen mit einem Gesprächsleitfaden und der Einsatz von Screeninginstrumenten und Merkmalslisten werden eingeführt. Übungen zur Gesprächsführung und zum Umgang mit psychisch kranken und jungen Müttern bilden im Fortbildungscurriculum für Hebammen und Jugendhilfe einen Schwerpunkt. Hebammen erhalten die vom baden-württembergischen Hebammenverband anerkannte Fortbildung „Psychosoziale Qualifikation“. Weniger intensive Fortbildungen erhalten z. B. Familiengericht und Polizei.

### Intervention bei den Netzwerkadressaten (Abb. 1)

Die assistierte Geburt in der geburtshilflichen Klinik oder seltener in den Geburtshäusern gehört zum Standard in Deutschland und wird von weit über 90 % aller gebärenden Frauen genutzt. Diese hohe Inanspruchnahme von geburtshilflichen Einrichtungen wird im perinatalen Präventionsnetz genutzt, um psychisch belasteten und jugendlichen Müttern den Zugang zu psychosozialen und medizinischen Interventionen zu erleichtern. Bereits in der Schwangerschaftsvorsorge oder auf der geburtshilflichen Abteilung bietet das Gespräch mit einer Mutter über ihre psychische und soziale Lebenslage Gelegenheit, auf das niederschwellige Angebot einer therapeutischen Müttergruppe zur Stressbewältigung und Bindungsförderung aufmerksam zu machen und einen ersten Kontakt herzustellen. In dieser Gruppe wie auch durch die Mitarbeiterinnen der geburtshilflichen Stationen kann auf die Unterstützungsmöglichkeiten durch das Jugendamt und weitere psychosoziale Dienste hingewiesen und ein Kontakt angebahnt werden. Zusätzlich zur psychotherapeutisch geführten Müttergruppe sind direkte Wege zwischen z. B. Hebamme und Netzwerkpsychiatern/-psychotherapeuten im ambulanten und stationären Setting (Mutter-Kind-Station) gebahnt. Selbsthilfegruppen für Mütter mit peripartalen psychischen Störungen ergänzen das niederschwellige Angebot.

### Information der Allgemeinbevölkerung (Abb. 1)

In einer breit und langfristig angelegten Informationsserie über postpartale psychische Erkrankungen, Risiken und Folgen sowie deren gute Behandlungsmöglichkeiten soll das Wissen über die Thematik in der Allgemeinbevölkerung verbessert und dadurch zur Entstigmatisierung der Erkrankung beigetragen werden. Besonderer Wert wird dabei auf Selbstberichte von betroffenen Müttern in lokalen Medien wie Gemeindeblättern, Tageszeitungen, Regionalsendern, wie auch überregionalen Medien gelegt, um betroffenen Frauen oder Familien eine Möglichkeit zur Identifikation und Wiedererkennung zu bieten.

### Im Netzwerk handeln

Der Ablauf im selektiven Präventionsprogramm erfolgt in mehreren Stufen. Hauptzugangsweg zu betroffenen Frauen sind die geburtshilflichen Abteilungen der drei Kranken-

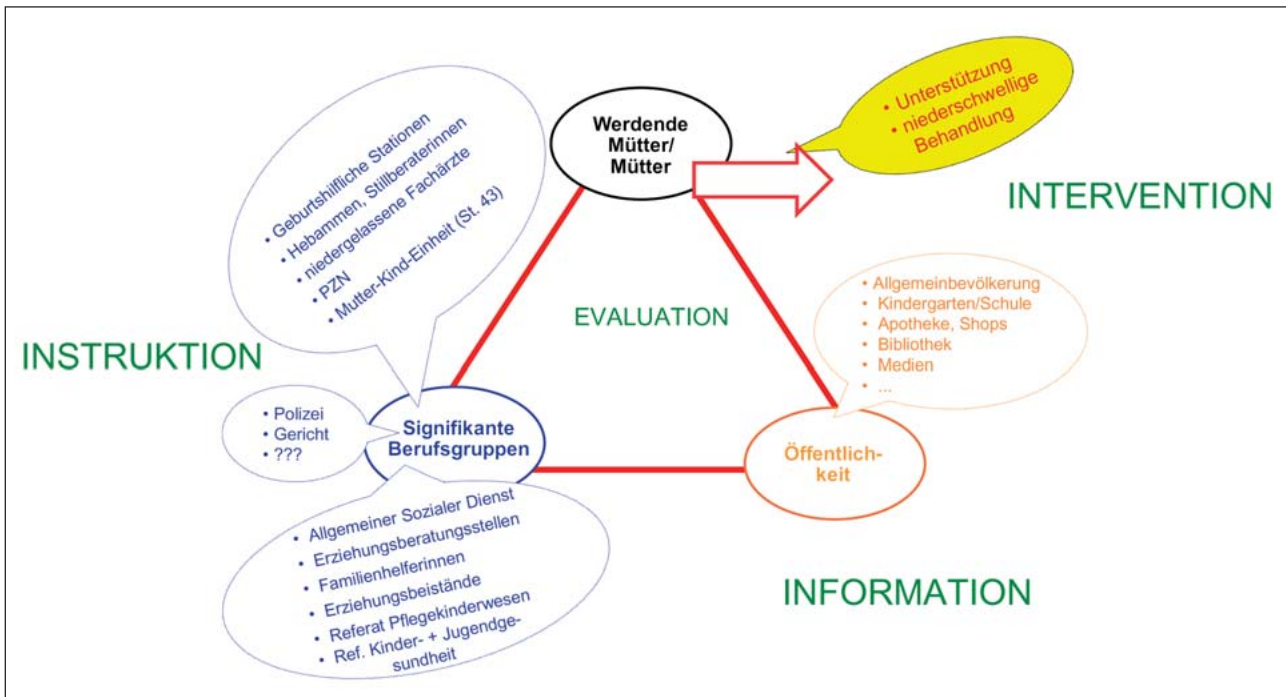


Abbildung 1: Information der Allgemeinbevölkerung über postpartale psychische Erkrankungen.

häuser des Rhein-Neckar-Kreises. Vorgeburtlich werden vor allem die Frauen erreicht, die z. B. bereits mit dem Jugendamt in Kontakt sind (z. B. jugendliche Mutter), die Beratung der Schwangerschaftsberatungsstellen in Anspruch nehmen oder die an Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere teilnehmen. Alle Frauen werden zu ihrer psychischen und sozialen Lebenssituation strukturiert befragt. Grundlage ist ein eigens entwickelter Gesprächsleitfaden, der auf dem in Deutschland eingeführten Mutterpass fußt und in den relevanten Bereichen für die Erfassung von Risikofaktoren für postpartale psychische Erkrankungen und Kindeswohlgefährdung spezifiziert wurde. Hinsichtlich der Auswahl der Prädiktoren für postpartale psychische Erkrankungen stützt sich der Gesprächsleitfaden auf Ergebnisse der australischen Arbeitsgruppe um Matthey [28], für Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdungen im Wesentlichen auf die Studien des Teams um Kempe [29] und die Analysen von Kindler [9], und für Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung auf Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie [30]. Das Gespräch wird vom geschulten Team der geburtshilflichen Abteilung (Hebamme, Krankenschwester oder Arzt) geführt, das Ergebnis den Frauen mitgeteilt und mit deren Einverständnis an die nachbetreuende Hebamme und in den Arztbriefen an den Kinderarzt und Frauenarzt übermittelt. Ziel ist die Erhöhung der Wachsamkeit bei den nachbetreuenden Professionellen für die Früherkennung von psychischen Erkrankungen oder kindlichen Entwicklungsrisiken. Wird bei der Erfassung der psychosozialen Situation ein Hilfebedarf festgestellt, so wird bereits zu diesem Zeitpunkt unter Wahrung von Transparenz gemeinsam mit der Frau/Familie Kontakt zu indizierten ressortübergreifenden Unterstützungsangeboten hergestellt. Drei Wochen (Nachsorgehebamme) und sechs Wochen (Gynäkologe) postpartal und bei den Vorsorgeuntersuchungen zum 3./4. und 6./7. Lebensmonat des Kindes (U4, U5) werden Screeninginstrumente eingesetzt: für postpartale

psychische Erkrankungen, insbesondere Depression, die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [31]. Psychotische Symptome und auffällige Merkmale der Mutter-Kind-Interaktion werden anhand von Beobachtungsbögen [32, 33] eingeschätzt. Sobald sich Hinweise auf eine psychische Erkrankung oder kindliche Entwicklungsrisiken anhand der Merkmale ergeben, wird die Mutter motiviert, die im Netzwerk vorhandenen Hilfen, sei es durch die Kinder- und Jugendhilfe, den Peripartalpsychiater, die Müttergruppe oder eine Selbsthilfegruppe anzunehmen. Die Netzwerkakteure begleiten die Mutter jeweils solange, bis diese an der für sie geeigneten Maßnahme angekommen ist.

## ■ Diskussion und kritischer Ausblick

Das vorgestellte peripartale Präventionsnetz versucht, zwei gesellschaftlich hochrelevante Problem- und Aufgabenbereiche miteinander zu verbinden: den Schutz des Kindeswohls mit dem Schutz der psychischen Gesundheit von Müttern. Um diese Verbindung zu knüpfen, wurde als möglichst früher Zeitpunkt die Postpartalzeit bzw. frühe Kindheit von Geburt bis zum 2. Lebensjahr gewählt, da in vielfältiger Weise, wie in der Literatur dargestellt, das Wohl des Kindes von dem der Mutter bzw. der familiären Situation abhängt. Diese Vorgehensweise hat aber auch zur Folge, dass das Prinzip der Freiwilligkeit, das in der Gesundheitsvorsorge herrscht, an die Grenze des Wächteramtes der Jugendhilfe stößt, die zur Vertretung ihres gesellschaftlichen Auftrages und des Schutzes von Kindern letztlich auch als Kontrollinstanz über die Eltern-Kind-Beziehung fungieren muss. Diesem Spannungsfeld zwischen Freiwilligkeit und Kontrolle haben wir uns bewusst durch die gemeinsame Trägerschaft des Projektes von Kinder- und Jugendhilfe und Psychiatrie gestellt, um durch die Dualität der Trägerschaft (Gesundheits- und Jugendhilfesystem) auf die Dualität der Zielsetzung (Gesundheitspräven-

tion der Eltern und Prävention kindlicher Entwicklungsrisiken und Kindeswohl) hinzuweisen. Von dieser Haltung der Transparenz gegenüber den betroffenen Familien und bei der Kooperation der Netzwerkakteure unter strenger Berücksichtigung von Datenschutz und Persönlichkeitsrechten wird in dem hochsensiblen Spannungsfeld, in dem sich Prävention bewegt, die Akzeptanz des perinatalen Netzwerkes unseres Erachtens abhängen. Denn die Aktivitäten im Netz sind dazu angelegt, Eltern zu motivieren, von ihren Rechten auf Unterstützung Gebrauch zu machen, um der Einleitung von Maßnahmen vorzubeugen und damit die räumliche und zeitliche Dimension der Freiwilligkeit auszudehnen.

**■ Relevanz für die Praxis**

Der Schutz des Kindeswohls und gute Entwicklungsbedingungen für ein Kind gehen eng einher mit dem Wohl der Eltern und guten psychosozialen Lebensbedingungen. Für eine wirksame Prävention muss die Identifikation von Risiken und die Einleitung von Hilfen möglichst früh ansetzen. Dies versucht das Präventionsprojekt Hand in Hand umzusetzen mit dem Beginn der Prävention zum Zeitpunkt der Schwangerschaft und Postpartalzeit. Interdisziplinarität sowohl innerhalb als auch zwischen Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfesystem sind zu diesem Zeitpunkt unabdingbar. Dabei gilt es für die einzelnen Professionen und Fachbereiche, eigene Grenzen zu erkennen und um die Kompetenzen der anderen zu wissen. Diesem Versuch wird Hand in Hand durch gemeinsame Fortbildungen und Unterstützung bei Kooperation und Vernetzung Rechnung getragen. Mit dem selektiven Präventionsansatz von Hand-in-Hand können Risiken für postpartale psychische Erkrankungen, für die kindliche Entwicklung und für das Kindeswohl früh erkannt und wirksame indizierte Hilfen und Unterstützungsangebote ressortübergreifend eingeleitet werden.

**■ Danksagung**

Diese Publikation wurde im Rahmen des perinatalen Präventionsnetzes „Hand in Hand“ des Rhein-Neckar-Kreises (Verantwortungsgemeinschaft Jugendhilfe und Psychiatrie; Leitung: Hornstein) erstellt und gefördert durch den Christian-Roller-Preis der Illenauer Stiftungen, die Reimann-Dubbers-Stiftung in Heidelberg und die Hedwig-Dürr-Stiftung in Hamburg.

**Literatur:**

1. Bowlby J. Maternal care and mental health. World Health Organisation. Monographs Series No 2, 1951.
2. Spitz RA. Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. Klett-Cotta, Stuttgart, 1967.
3. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1978.
4. Papousek M, Schieche M, Wurmser H. Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Hans Huber, Bern, 2004.
5. Shonkoff J, Phillips D. From neurons to neighbourhoods: the science of early child-

- hood development. National Academy Press, Washington, DC, 2000.
6. Pauen S. Was Babys denken. C. H. Beck, München, 2006.
7. Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. Z Klin Psychol Psychother 2002; 31: 127–34.
8. Mattejat F, Wüthrich C, Remschmidt H. Kinder psychisch kranker Eltern. Forschungsperspektiven am Beispiel von Kindern depressiver Eltern. Nervenarzt 2000; 71: 164–72.
9. Kindler H. Wie können Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiken eingeschätzt werden? In: Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg). Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemei-

- ner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut e.V., München, 2006; 70-1–70-13.
10. Wu SS, Ma CX, Carter RL, Ariet M, Resnick MB, Roth J. Risk factors for infant maltreatment. A population-based study. Child Abuse Negl 2004; 28: 1253–64.
11. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment Health 2003; 6: s33–s42.
12. Brockington I. Diagnosis and management of postpartum disorders: a review. World Psychiatry 2004; 3: 89–95.
13. Riecher-Rössler A, Steiner M. Perinatal stress, mood and anxiety disorders. Karger, Basel, 2005.
14. Field T, Fox NA, Pickens J, Nawrocki T. Relative right frontal EEG activation in 3- to 6-month-old infants of "depressed" mothers. Dev Psychol 1995; 3: 358–63.
15. Weinberg MK, Tronick EZ. The impact of maternal psychiatric illness on infant development. J Clin Psychiatry 1998; 59: 53–61.
16. Brisch KH, Grossmann K, Grossmann KE, Köhler L. Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta, Stuttgart, 2006.
17. Ziegenhain U, Derksen B, Dreisörner R. Frühe Förderung von Resilienz bei jungen Müttern und ihren Säuglingen. Kindheit Entwicklung 2004; 13: 226–34.
18. Schmidt G, Thoss E, Matthiesen S, Weiser S, Block K, Mix S. Jugendschwangerschaften in Deutschland. Z Sexualforsch 2006; 19: 335–58.
19. Münder J, Mutke B, Schone R. Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Votum, Münster, 2000.
20. Klosinski G. Sorgerechtsverfahren. In: Lemp R, Schütze G, Köhnken G. Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters. Steinkopff, Darmstadt, 2003; 47–59.
21. Lenz A. Kinder psychisch kranker Eltern. Hogrefe, Göttingen, 2005.
22. Unicef. A league table of child maltreatment in rich nations. Innocenti report card issue no. 5, 2003.
23. Trautmann-Villalba P, Hornstein C. Die Tötung des eigenen Kindes in der Postpartalzeit. Nervenarzt 2007; 78: 1290–5.
24. v. Ballestrem CL, Nagel-Brotzler A, Scheid B, Turmes L, Britsch P, Klier C, Hornstein C. Früherkennung postpartaler Depressionen. Hebammenforum 2005; 6: 430–3.
25. Wiley CC, Burke GS, Gill PA, Law NE. Pediatricians' views of postpartum depression: A self-administered survey. Arch Womens Ment Health 2004; 7: 231–6.
26. Tam L, Newton R, Dern M, Parry B. Screening women with postpartum depression at well baby visits: resistance encountered and recommendations. Arch Womens Ment Health 2002; 5: 79–82.
27. Nagel-Brotzler A, Bröner J, Hornstein C, Albani C. Peripartale psychische Störungen – Früherkennung und multiprofessionelle Kooperation. Z Geburtsh Neonatol 2005; 209: 51–8.
28. Matthey S, Phillips J, White T, Glossop P, Hopper U, Panasetis P, Petridis A, Larkin M, Barnett B. Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implications for clinical services. Arch Womens Ment Health 2004; 7: 223–9.
29. Korfmacher J. The Kempe Family Stress Inventory: a review. Child Abuse Negl 2000; 24: 129–40.
30. Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Risiko- und Schutzfaktoren der frühkindlichen Entwicklung: Empirische Befunde. Z Kinder Jugendpsychiatr 1998; 26: 6–20.
31. Cox JL, Holden J M, Sagovsky R. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Br J Psychiatry 1987; 150: 782–6.
32. Frank R, Kopecky-Wenzel M. Vernachlässigung von Kindern. Monatsschr Kinderheilkd 2002; 150: 1339–43.
33. Hornstein C, Trautmann-Villalba P, Hohm E, Rave E, Wortmann-Fleischer S, Schwarz M. Maternal bond and mother-child-interaction in severe postpartum psychiatric disorders: is there a link? Arch Womens Ment Health 2006; 9: 279–84.

**Dr. med. Christiane Hornstein**

Als Oberärztin in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden ist der Arbeitsschwerpunkt der Behandlung seit über 20 Jahren die Behandlung junger Erwachsener und deren soziale und berufliche Integration. Mit der Thematik Kinder psychisch kranker Eltern mit dem Schwerpunkt der peripartalen Psychiatrie habe ich im Jahre 1999 die stationäre Mutter-Kind-Behandlung aufgebaut. Dieses Projekt wurde seit 2001 drittmittelgefördert (Dürr-Stiftung Hamburg, Günter-Reimann-Dubbers-Stiftung Heidelberg, Christian-Roller-Preis der Illenauer Stiftung) zur Entwicklung eines spezialisierten interaktionalen Therapieprogramms und dessen Evaluation. Durch klinische und gutachterliche Tätigkeit habe ich mich zunehmend mit dem Thema „Kindeswohlgefährdung und Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern“ beschäftigt. Als Lösungsansatz ist das Projekt „Hand in Hand – Perinatales Präventionsprojekt im Rhein-Neckar-Kreis“ entstanden, das zusätzlich durch den Rhein-Neckar-Kreis finanziert wird, mit dem Ziel psychisch belastete und jugendliche Mütter und ihre Kinder nach der Geburt zu unterstützen, um Kindeswohlgefährdung vorzubeugen. Das Projekt wird in der Verantwortungsgemeinschaft von Jugendhilfe und Psychiatrie durchgeführt.



Als Gründungsmitglied und Vorsitzende der deutschsprachigen Marcé-Gesellschaft für peripartale psychische Erkrankungen habe ich mich für diese Thematik politisch und in psychiatrischen Fachgesellschaften (z. B. DGPPN, GAIMH) eingesetzt.

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)