

Schwangerschaft und Geburt zählen zu den glücklichsten Ereignissen des Lebens. In den Hintergrund rückt dabei oft, dass es zahlreicher guter Vorbedingungen bedarf, um diese Zeit und die Übernahme der Verantwortung für das Kind als Glück und Bereicherung erleben zu können.

15–20 % der Frauen haben aufgrund von psychosozialen Vorbelastungen, finanziellen, partnerschaftlichen oder seelischen Krisen nicht die Chance, dieses Ereignis beglückend erleben zu können. Fehlende Unterstützung oder soziale Isolation, glücklose Schwangerschaften, Gewalterfahrungen, traumatische Geburtserlebnisse oder vorausgehende psychische Erkrankungen können in eine postpartale Depression (PPD) münden. Die Folgen sind schlechtere Startbedingungen für Mutter und Kind. Kinder, deren Mütter postpartal eine psychische Krise durchleben, haben bei fehlender Unterstützung der Mutter ein höheres Risiko, eine unsichere Bindung zu entwickeln und daher bereits im Laufe der Kindheit an psychischen Krisen zu leiden. Insofern ist eine adäquate Betreuung dieser Mütter auch als Prävention späterer Verhaltensauffälligkeiten der Kinder zu sehen.

Es ist daher das Anliegen der Leitlinien des Wiener Krankenanstaltenverbundes und seiner geburtshilflichen Abteilungen, die im Jahr ca. 12.300 Geburten begleiten, Frauen mit sozialen Benachteiligungen und/oder gesundheitlichen und psychischen Vorbelastungen von Anfang an bestmöglich zu betreuen und die interdisziplinäre Vernetzung zu stärken. ■

Voraussetzung zur Umsetzung der psychosozialen Leitlinien ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der regelmäßige Austausch zwischen GynäkologIn, Hebamme, Pflegepersonal, SozialarbeiterIn, PsychologIn oder PsychotherapeutIn, DolmetscherIn/Community InterpreterIn und in weiterer Folge auch PsychiaterIn, PädiaterIn, Familienhebamme und Mobiler Kinderchwester (MOKI).

1. Rahmenbedingungen zur Umsetzung der Leitlinien

► Regelmäßige Schulungen

Im Sinne der Qualitätssicherung soll jede MitarbeiterIn im geburtshilflichen Team regelmäßige Schulungen im Erkennen von prä- und postpartalen psychischen Krisen und damit verbundene Handlungsanweisungen erhalten (z. B. Was tun, wenn eine Frau nach der Geburt psychotisch reagiert?). Auch TurnusärztInnen sollen geschult werden. Ebenso sollen Gesprächsführung und Schulungen in Kommunikation angeboten werden.

► Richtlinien für interne und externe Überweisung

Die geburtshilflichen Abteilungen sind aufgefordert, klare Richtlinien für die interne und externe Überweisung von Patientinnen mit peri- und postpartalen psychischen Krisen zu entwickeln. Dabei ist auf die Vernetzung aller vorhandenen intra- und extramuralen Einrichtungen zu achten: GynäkologIn, Hebamme, Pflegepersonal, SozialarbeiterIn, PsychologIn oder PsychotherapeutIn, DolmetscherIn/Community InterpreterIn und in weiterer Folge auch PsychiaterIn und PädiaterIn und Familienhebamme.

► Interdisziplinäre Fallkonferenzen

Bewährt haben sich hausinterne interdisziplinäre Fallkonferenzen / Arbeitsgruppen / Vernetzungsgruppen, die sich regelmäßig treffen, um Informationen und Erfahrungen auszutauschen und schwierige Situationen vor- bzw. im Sinne der Qualitätssicherung nach zu besprechen. Die Mitglieder dieser Gruppe sind aufgefordert, die notwendigen Informationen an die eigene Berufsgruppe weiterzugeben.

► Psychiatrischer Konsiliardienst oder PsychologIn bzw. PsychotherapeutIn

In allen Krankenhäusern sollen ein psychiatrischer Konsiliardienst und PsychologInnen bzw. PsychotherapeutInnen mit einer Anwesenheit von wenigstens 20 Wochenstunden zur Verfügung stehen. Weiters sollte im Team der geburtshilflichen Abteilungen eine DolmetscherIn/Community InterpreterIn integriert sein, wenn dies aufgrund der Klientel erforderlich ist. Die Erfahrungen zeigen, dass sich diese personellen Ausstattungen als unmittelbare Unterstützung bisher sehr bewährt haben.

2. Anmeldung zur Geburt an der geburtshilflichen Abteilung bzw. Schwangerenambulanz

▶ Anamnese

- ▶ Grundvoraussetzung für eine gute psychosoziale Betreuung ist die Durchführung der Anamnese in einem geschützten Raum und Rahmen.
- ▶ Es ist dafür Sorge zu tragen, dass die Intimsphäre der Patientinnen gewahrt ist.
- ▶ Kommentiertes Handeln ist als Standard zu etablieren.
- ▶ Bei Frauen, die über keine oder zu geringe Deutschkenntnisse verfügen, ist eine DolmetscherIn/Community InterpreterIn zuzuziehen.

Folgende **Risikofaktoren für peri- und postpartale psychische Krisen** sollen durch behutsames und einfühlsames Fragestellen exploriert werden:

- ▶ Psychische Erkrankungen in der Anamnese
- ▶ Postpartale Depression bei einer vorangegangenen Schwangerschaft
- ▶ Familienanamnese für Depression
- ▶ Psychopharmaka- und Medikamenteneinnahme
- ▶ Suchterkrankungen (Alkohol, Nikotin, Drogen)
- ▶ Negative Schwangerschaftserfahrungen (IVF, langer unerfüllter Kinderwunsch, unglückliche pränataldiagnostische Ergebnisse, Fehlgeburten, Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche)
- ▶ Traumatisches Geburtserlebnis
- ▶ Frühgeburt und/oder schwer krankes/chronisch krankes Kind
- ▶ Negative akut belastende Lebensereignisse
- ▶ Gewalterfahrungen
- ▶ Lang andauernde Probleme mit dem Partner
- ▶ Schwieriges familiäres Umfeld
- ▶ Wenig soziale Unterstützung
- ▶ Finanzielle Schwierigkeiten

▶ Medizinische Anamnese

Es wird empfohlen, dass die **Hebammen** bereits zu Beginn der medizinischen Anamnese zugezogen werden und die Frauen durch die Schwangerschaft begleiten.

▶ Psychiatrische Anamnese

Es wird empfohlen, dass die psychiatrische Anamnese durch speziell geschultes Personal durchgeführt wird.

Für Risikoschwangere mit psychiatrischen Diagnosen bzw. Psychopharmakaeinnahme soll noch während der Schwangerschaft ein **Bezugsteam**, bestehend aus 2–3 Personen, etabliert werden, das die Frau frühzeitig kennen lernen kann und welches die Frau während der Schwangerschaft begleitet („**Bezugshebamme**“). Für jede Patientin ist eine „Fallführende Person“ zu bestimmen, die die Vernetzung koordiniert und den Kontakt zur **PsychiaterIn** herstellt. Es muss gewährleistet sein, dass ein Mitglied dieses Bezugsteams die Frau während der Geburt mitbetreut. Die Teilnahme an einem Bezugsteam muss freiwillig sein. Eine **spezialisierte PsychiaterIn** ist von Anfang an einzubeziehen.

Zuweisung zur PsychologIn / PsychotherapeutIn:
Negative Schwangerschaftserfahrungen, leichte depressive Episoden, unklare psychosoziale Auffälligkeiten

Bei psychiatrischen Erkrankungen und Psychopharmakaeinnahmen MUSS Kontakt mit der behandelnden PsychiaterIn aufgenommen werden bzw. der psychiatrische Konsiliardienst oder eine Spezialeinrichtung für perinatale Psychiatrie zugezogen werden.

▶ Soziale Erstanamnese

Es wird empfohlen, dass die **Hebamme** die psychosoziale Anamnese durchführt.

Soziales Umfeld: Familienstand, Partnerschaft, Alleinerzieherin, Anzahl der Kinder, „Patchwork-Situation“, Wohnsituation, Migrationshintergrund

Soziale Problemlagen: z. B. Wirtschaftliche Situation, Gewalterfahrungen

Auf jeden Fall soll im Rahmen der Anmeldung zur Geburt eine Vorstellung bei der **SozialarbeiterIn** angebahnt werden. Die SozialarbeiterIn hat die Möglichkeit, die Erstanamnese zu vertiefen und eine psychosoziale Diagnose zu erstellen, damit die Zeit der Schwangerschaft für individuelle soziale Unterstützung genützt werden kann (Anknüpfungspunkt: „Wäschepaket“).

In schwierigen sozialen Lebenssituationen (z. B. minderjährige Schwangere, Partnerprobleme, Suchterkrankungen, Wohnungslosigkeit, gewünschte Adoption, anonyme Geburt, etc.) ist in jedem Fall zur SozialarbeiterIn zuzuweisen.

▶ Interdisziplinärer Anamnesebogen / PIA-System

Wird eine schwangere Frau in der geburtshilflichen Ambulanz vorstellig, soll ihre medizinische, psychiatrische und soziale Anamnese in einem interdisziplinären Anamnesebogen / im PIA-System erfasst werden.

Ziel des **interdisziplinären Anamnesebogens** ist es, dass alle behandelnden und betreuenden Personen über den selben Informationsstand verfügen, wodurch sich die Gefahr eines Informationsverlustes erheblich verringert.

Es soll in diesem Anamnesebogen / PIA-System auch festgehalten werden, wenn eine Frau zu einer Begutachtung oder zu einem Gespräch zugewiesen wird oder ein Kontakt über eine extramurale Einrichtung (z. B. Familienhebamme) angebahnt wurde. Dies erleichtert es bei einem neuerlichen Kontakt in der Schwangeren-Ambulanz, rückzufragen, ob die Frau auch bei der zugewiesenen Stelle war. Damit vermeidet man Lücken in der Betreuung.

Das PIA-System soll an allen geburtshilflichen Abteilungen genutzt und um psychosoziale Anamnese-Fragen erweitert werden.

▶ Einsatz der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale ist ein international anerkanntes Screeninginstrument, um Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung vor und nach der Geburt zu erkennen. Der EPDS ist kein Diagnoseinstrument!

Es wird empfohlen, diesen Fragebogen bei der Anmeldung zur Geburt einzusetzen.

Eine kulturspezifische Übersetzung des EPDS in die gängigen Fremdsprachen ist anzustreben.

▶ Geburtsvorbereitung

Allen schwangeren Frauen soll gemeinsam mit ihrem Partner bzw. einer selbst gewählten Vertrauensperson die Teilnahme an einer Geburtsvorbereitung dringend empfohlen werden. Der Partner stellt in den meisten Fällen die wichtigste Bezugsperson der werdenden Mutter dar und soll in seiner neuen Rolle als werdender Vater bestärkt werden.

3. Geburt

Ein wertschätzender, respektvoller Umgang und eine auf die Bedürfnisse der Frau/des Paares eingehende Betreuung während der Geburt stellen die Basis jeglicher geburtshilflicher Begleitung dar.

Wenn es medizinisch möglich ist, soll eine Bondingzeit nach der Geburt eingeplant werden, die eine gemeinsame Ruhezeit von Mutter/Eltern und Kind miteinander vorsieht.

Für Risikoschwangere mit psychiatrischen Diagnosen bzw. Psychopharmakaeinnahme soll während der Geburt neben dem Partner zumindest eine Person des Bezugsteams in die Betreuung einbezogen sein.

4. Wochenbett im Spital

▶ Stillen

Auf die Förderung des Stillens sollte großer Wert gelegt werden, da die dabei freigesetzten Hormone eine stimmungsaufhellende und entspannende Wirkung haben, durch das Stillen die Mutter-Kind-Interaktion positiv beeinflusst und die Mutter in ihrer Kompetenz bestärkt wird.

▶ Baby Blues

Darüber sollte bereits in der Schwangerschaft aufgeklärt werden. An diesen Tagen ist ein einfühlsamer, unterstützender Umgang mit der Patientin zu empfehlen.

▶ Postpartale Psychose

▶ Team-Schulung in Früherkennung und Zuziehen von PsychiaterIn bzw. PsychotherapeutIn

Das geburtshilfliche Personal soll in der Früherkennung einer beginnenden Psychose geschult werden. Bei Warnsignalen (Schlaflosigkeit, Überdrehtheit, ...) soll eine PsychiaterIn oder PsychotherapeutIn zugezogen werden.

Die weitere Vorgehensweise im Umgang mit der Patientin ist im Team klar zu definieren (z. B. dass trotz Medikamenten nicht gleich abgestillt wird).

Ziel ist, dass geschulte MitarbeiterInnen kritische Situationen erkennen können und die richtige Kontaktperson beiziehen, um eine Eskalation der Situation zu verhindern.

Leitlinien für die psychosoziale Schwangerenbetreuung

▸ **Hinzuziehen des Bezugsteams**

Bei Risikoschwangeren mit psychiatrischen Diagnosen bzw. Psychopharmakaeinnahme soll das schon im Vorfeld gebildete Bezugsteam in engem Zusammenhang mit dem psychiatrischen Konsiliardienst die Frau auch im Wochenbett betreuen.

▸ **Psychosoziale Probleme im Umfeld der Frau**

Postpartal können Partnerschaftskonflikte oder familieninterne Probleme verstärkt zum Tragen kommen. Eine instabile und belastende psychosoziale Umwelt ist ein häufiger Hintergrund für Überforderung in der Elternschaft. Dies wiederum erhöht u. a. die Gefahr der Kindesmisshandlung. Wichtig ist es, derartige Situationen zu erkennen und der Frau adäquate Unterstützung (z. B. über die Bezugsbetreuende/Bezugsteam bis zur SozialarbeiterIn) anzubieten.

▸ **Frauen mit Risikofaktoren für PPD**

PPD oder wiederkehrende depressive Phasen sind ein bekannter Risikofaktor für die Entwicklung von frühkindlichen Interaktions-, Regulations- oder Bindungsstörungen. Frauen mit Risikofaktoren für PPD sollen im Rahmen des Entlassungsgespräches im Beisein des Partners Informationen (auch in schriftlicher Form) über weitere Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Familienhebamme, Entwicklungskontrollen im Rahmen des Wiener Risikokinderprogramms, spezialisierte PsychologIn/PsychotherapeutIn, KinderärztIn, Baby Care Ambulanz, Eltern-Kind-Zentrum, Frauengesundheitszentrum) erhalten.

Erarbeitungs- und Redaktionsteam:

OARⁱⁿ Roswitha Friedl

Diplom-Sozialarbeiterin / MAG ELF /
Leiterin Dez. 3 Eltern, Säuglinge, Kleinkinder

Renate Großbichler-Ulrich

Hebamme / Leitende Hebamme im SMZ Ost /
Präsidentin des Österreichischen Hebammengremiums

Drⁱⁿ med. Susanne Heller

FA für Gynäkologie und Geburtshilfe i. A. /
Kaiser-Franz-Josef-Spital

Drⁱⁿ med. Margarete Lässig

Referatsleiterin-Stv. / MA 15 – Referat IV/2 –
Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind

Drⁱⁿ med. Claudia Reiner-Lawugger

FA für Psychiatrie und Psychotherapeutin / Sozial-
psychiatrische Ambulanz (Pav 7/2) und Departement
f. Perinatale Psychiatrie im Otto-Wagner-Spital

Mag^a Michaela Langer

Klinische und Gesundheitspsychologin / Projektmanage-
ment PPD im Wiener Programm für Frauengesundheit

Univ. Profⁱⁿ Drⁱⁿ Beate Wimmer-Puchinger

Wiener Frauengesundheitsbeauftragte, Klinische und
Gesundheitspsychologin