

Hornstein, Christiane / Trautmann-Villalba, Patricia / Wild, Elke /
Baranski, Natalie / Wunderlich, Regina und Schwarz, Markus

Perinatales Präventionsnetz für psychisch belastete und jugendliche Mütter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 9, S. 704-715

urn:nbn:de:bsz-psydok-50527

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

ÜBERSICHTSARBEITEN

Perinatales Präventionsnetz für psychisch belastete und jugendliche Mütter

Christiane Hornstein, Patricia Trautmann-Villalba, Elke Wild, Natalie Baranski, Regina Wunderlich und Markus Schwarz

Summary

Perinatal Prevention Network for Mentally Burdened and Adolescent Mothers

Psychiatric disorder in pregnancy and after child birth as well as psychological distress are well known factors that put child wellbeing at risk. They are, however, often estimated as less frequent and less severe than they occur. Postpartum psychiatric disorder meets mothers of all social classes, they are highly stigmatized, therefore often disregarded and remain undetected. The affected mothers socially withdraw themselves due to feelings of shame, fear and guilt. They cut themselves off from psychiatric treatment and from support by child welfare institutions. The regional network „Hand in Hand“ in the Rhine-Neckar-area consisting of psychiatrists, psychotherapists, gynaecologists, paediatricians, social workers and midwives uses and connects the resources available in public health and youth aid to support both the child wellbeing as well as the mental health of mothers. Our program begins by identifying risk factors for mothers' postpartum disorders and continues by increasing awareness with the previously named professional groups, so that they act promptly and offer treatment and support. The following paper describes our network activities emphasizing anti-stigma, instruction of professionals and intervention with affected families.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 704-715

Keywords

prevention – postpartum mental illness – child welfare – adolescent mothers – network

Zusammenfassung

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt sowie psychische Belastungen von jungen Müttern sind als Risikofaktoren für das Kindeswohl bekannt, werden aber in ihrer Häufigkeit und Tragweite oft unterschätzt. 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,

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59: 704 – 715 (2010), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2010

Angst und Schuldgefühlen zurück, sind mit Therapiemaßnahmen schwer zu erreichen und verschließen sich Unterstützungsangeboten zum Kindeswohl. Das multiprofessionelle Kompetenznetz „Hand in Hand“ im Rhein-Neckar-Kreis verbindet durch die systematische Koordinierung von vorhandenen strukturellen und personellen Ressourcen der Gesundheits- und Jugendhilfe den Schutz des Kindeswohls mit dem Schutz der psychischen Gesundheit von Müttern. Das Vorhaben beinhaltet die Identifizierung familiärer Risikokonstellationen bei der Geburt eines Kindes (generelles Screening), die erhöhte Achtsamkeit derjenigen Berufsgruppen, die in der Postpartalzeit Mütter mit Säuglingen betreuen sowie die Einleitung von niederschweligen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten (indizierte Prävention). In dem Beitrag wird das Netzwerk mit den drei Schwerpunkten: Entstigmatisierung, Instruktion von Netzwerkakteuren und Interventionsangebote für die betroffenen Familien unter besonderer Berücksichtigung von Schnittstellenproblemen in der Implementierungsphase beschrieben.

Schlagwörter

Prävention – postpartale psychische Erkrankung – Kindeswohl – jugendliche Mütter – Vernetzung

1 Hintergründe

Die gesellschaftliche Wertschätzung von Mutterschaft ist hoch und angesichts sinkender Geburtenraten gestiegen, was sich in politischen Entscheidungen der letzten Jahren wie der Einführung von Elterngeld und Elternzeit (2007) zeigt. Auch die gesellschaftlichen Erwartungen an Mutterschaft und Elternschaft sind gestiegen, was sich in der derzeitigen medialen Bildsprache wiederfindet: Glückliche, feinfühlige und kompetente Eltern unterstützen die affektive und kognitive Entwicklung ihrer Säuglinge von Geburt an. Entwickeln sich intuitive Elternkompetenzen nicht bereits präpartal, bzw. angeleitet durch die Hebamme in den ersten Tagen nach der Geburt, hilft ein breites Spektrum an Elternratgebern und Elternschulen, das Baby zu verstehen und optimal zu fördern. So erscheint Elternschaft erlernbar, solange Eltern nur willig sind und die vorgehaltenen Angebote nutzen. Dass in Deutschland schätzungsweise 5 % aller Kinder in Verhältnissen aufwachsen, in denen ein Risiko für Vernachlässigung besteht (Esser u. Weinelt, 1990), und dass laut einer Hamburger Erhebung etwa ein Drittel aller Vorschulkinder bei den Kinderfrühuntersuchungen U 7, 8 oder 9 drohende oder manifeste Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen aufwies (Jarke, Fertmann, Fontaine, Saier, 2008), ist ein Hinweis darauf, dass nicht alle Eltern in der Lage sind, die Unterstützungsangebote zu nutzen. Eine optimale Passung zwischen der Lebenssituation der Eltern und der Struktur der Hilfesysteme scheint noch nicht gelungen zu sein.

Eine Chance, kindlichen Entwicklungsrisiken vorzubeugen, besteht in der frühzeitigen Identifikation von Faktoren, die sich auf die Lebensbedingungen der Kinder besonders ungünstig auswirken. Wissenschaftlich gut belegte Risikofaktoren wie Armut, geringe Bildung, biographische Belastung oder psychische Erkrankungen der Eltern und ebenso kindliche Faktoren, die mit einer erhöhten Versorgungsanforderung einhergehen, wie

Früh- und Mehrlingsgeburten oder Behinderung werden derzeit in allen Screening-Instrumenten erfasst. Einige Faktoren ragen heraus und erhöhen das Vernachlässigungs- und Misshandlungsrisiko eines Kindes in den ersten ein bis zwei Lebensjahren um das drei- bis vierfache. Hierzu zählen schwere psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen eines Elternteiles. Jungendliches Alter der Mutter geht mit einem zwei- bis dreifach erhöhten Risiko einher. Partnerschaftsgewalt, ausgeprägte Ohnmachtsgefühle eines betreuenden Elternteils gegenüber dem Kind und die 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 (Kindler, 2006).

In der frühen Kindheit sind psychisch kranke Mütter eine Risikogruppe für das Kindeswohl, zu der professionelle Helfer besonders schwer Zugang finden. Die Erkrankungen können ein breites Spektrum psychischer Störungen beinhalten. Die Prävalenz von depressiven Störungen liegt international bei 10 % bis 15 % im ersten Jahr nach der Geburt (Small u. Lumley, 2007). In Deutschland wurde eine Prävalenzrate von 6 % festgestellt, jedoch lag diejenige von Angststörungen bei 11,1 % (Reck et al., 2008). Ängstliche und depressive Symptome treten in der Postpartalzeit häufig gemeinsam auf. Zwangs-, Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline Störungen, manifestieren sich ebenfalls in der Postpartalzeit. Frauen mit Suchterkrankungen haben postpartal eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen (Oei et al., 2009). Psychotische Störungen entwickeln 1-2 von 1.000 Frauen nach der Geburt (Brockington, 2004). Selbst bei weniger schweren psychischen Erkrankungen, z. B. leicht- bis mittelgradig depressiven Störungen, sind kindliche kognitive und emotionale Entwicklungsauffälligkeiten sowie Bindungsstörungen gut belegt (Field, Fox, Pickens, Nawrocki, 1995; Weinberg u. Tronick, 1998; Brisch, 2009). Defizite in der frühen Mutter-Kind-Beziehung sind der Transmissionsweg, über den die Entwicklungsbeeinträchtigungen vermittelt werden (Laucht, Esser, Schmidt, 2002; Cooper u. Murray, 1997). Die Fehlpasung zwischen Mutter und Kind überdauert oft das Abklingen der psychischen Erkrankung (Forman, O'Hara, Stuart, Gorman, Larsen, Coy, 2007). Schwere und Chronizität der psychischen Erkrankung erhöhen das Entwicklungsrisiko der Kinder (Brennan, Hammen, Andersen, Bor, Najman, Williams, 2000).

Mit 1,7 % der Geburten sind in Baden-Württemberg minderjährige Mädchen eine relativ kleine Gruppe von Müttern, die jedoch meist unter hoch belastenden psychosozialen Bedingungen lebt. Zusätzlich zu den bereits gut bekannten negativen biographischen Hintergründen leiden sie häufig unter behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Suchterkrankungen, emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störungen (Fontaine et al., 2008; Schmidt, Thoss, Matthiesen, Weiser, Block, Mix, 2006; Kessler, Berglund, Foster, Saunders, Stang, Walters, 1997).

Den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und Kindeswohlgefährdung belegen die folgenden Daten: In Deutschland wird etwa ein Drittel der Sorge-rechtsentzüge bei psychisch kranken Eltern durchgeführt (Münder, Mutke, Schone, 2000). Einer anderen Erhebung zufolge war die überwiegende Zahl der Eltern mit

Sorgerechtsentzügen psychotisch, alkoholkrank oder schwer persönlichkeitsgestört (Klosinski, 2003). Nach einer Studie an zwei psychiatrischen Kliniken hatten 27 % der Patienten Kinder unter 18 Jahren. 60 % der männlichen Patienten und 77 % der weiblichen Patienten lebten mit ihren minderjährigen Kindern zusammen (Lenz, 2005). Unter welchen Umständen diese Kinder aufwachsen, ist oft nicht bekannt. Fallberichte von Kindern psychisch kranker Eltern machen jedoch deutlich, dass minimale Standards des elterlichen Erziehungsverhaltens oft nicht erfüllt sind.

Kinder psychisch kranker Mütter haben ein erhöhtes Gesundheits- und Verletzungsrisiko, da es z. B. den Müttern oft nicht gelingt, Termine für Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Oder die Kinder tauchen in Notfallambulanzen auf, weil die Mütter durch ihre krankheitsbedingte, verminderte emotionale Verfügbarkeit es nicht schaffen, ihre Kinder ausreichend vor Gefahren zu schützen (McLennan u. Kotelchuck, 2000; Minkovitz et al., 2005). Nach unseren Beobachtungen sind vor allem psychotische Mütter durch die produktive Symptomatik oft derartig abgelenkt, dass sie Gefahren für ihr Kind nicht wahrnehmen und zum Schutz des Kindes nicht vorrausschauend planen können. Depressive Mütter frequentieren häufiger Kinderärzte mit unbegründeten Sorgen um das Gedeihen des Kindes (Mandl, Tronick, Brennan, Alpert, Homer, 1999). Psychisch kranken Müttern, die physiologische Signale des Kindes wie Hunger, Schlaf oder Konzentrationsbedürfnis vermindert wahrnehmen oder fehlinterpretieren, gelingt es kaum, ihre Besorgnis um das Kind über positive alltägliche Interaktionen zu korrigieren.

Alarmierend sind Ergebnisse gerichtsmedizinischer und forensischer Untersuchungen: Demnach werden Kinder überwiegend von ihren eigenen Eltern getötet und zwar meist in den ersten Lebensjahren (Unicef, 2003). 77 % aller misshandlungsbedingten Todesfälle ereignen sich in den ersten 48 Lebensmonaten. Im ersten Lebensjahr kommen Kinder vorwiegend durch ihre Mütter zu Tode, die bis zu 70 % unter psychischen Symptomen leiden (Trautmann-Villalba u. Hornstein, 2007). Der motivationale Hintergrund zu solchen Taten entsteht aus der jeweiligen psychischen Erkrankung.

Eine noch wenig bekannte Risikokonstellation entwickelt sich vor allem bei postpartal depressiven Müttern aus einer mütterlichen emotionalen Beziehungsstörung zum Kind. Aus der depressiven Gefühllosigkeit und der mangelnden Empathie dem Baby gegenüber entsteht Angst vor der Versorgung des Kindes, die die Mutter nur noch mit Widerwillen und Überwindung leisten kann. Die Mütter entfremden sich vom Kind, das sie zunehmend ablehnen. Manche entwickeln schließlich Ärger, Feindseligkeit, Wut und Hass auf das Baby, verbunden mit Impulsen, sich des Kindes zu entledigen, das sie trotzdem gewissenhaft versorgen. Aus dieser Konstellation kann es zu infantizidalen Impulsen bis hin zur Kindestötung kommen (Hornstein, Hohm, Trautmann-Villalba, 2009; Hornstein, Trautmann-Villalba, Hohm, 2009). Mütter mit Persönlichkeitsstörungen, vor allem der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, können ähnliche Bindungsstörungen entwickeln (Newman, Stevenson, Bergman, Boyce, 2007). Bei ihrer hohen Impulsivität kann es in belasteten Situationen abrupt zu einem aggressiven Impulsdurchbruch gegen das Kind kommen, z. B. mit der Fol-

ge eines Schütteltraumas. Bei Frauen mit psychotischen Erkrankungen entsteht die Gefährdung des Kindes aus der produktiven Symptomatik von Wahnvorstellungen und Halluzinationen, in die das Kind auf bizarre Weise einbezogen wird. Bei diesen Müttern, die ihre Kinder lieben und gut versorgen, kommt es zum Infantizid, meist im Kontext eines erweiterten Suizides (Trautmann-Villalba u. Hornstein, 2007).

Die Stigmatisierung postpartal psychisch Erkrankter in der Bevölkerung und die Selbststigmatisierung, vor allem Depressiver, verzögert die Innanspruchnahme von Hilfe (Schomerus, Matschinger, Angermeyer, 2009). Depressive Erkrankungen bleiben in über der Hälfte der Fälle unerkannt (Seeley, Murray, Cooper, 1996). Auch wenn eine depressive Störung diagnostiziert wurde, wurde einer deutschen Studie zufolge eine empfohlene Behandlung nur von 18 % der betroffenen Frauen wahrgenommen, da diese sich keine Hilfe von Psychiater oder Psychotherapeuten versprochen oder befürchteten, das Sorgerecht für Ihr Kind zu verlieren (v. Ballestrem, Strauss, Kächele, 2005). Stattdessen nehmen postpartal depressive Mütter nicht psychiatrische Versorgungsangebote hochfrequent in Anspruch. Die Ärzte, die diese Frauen bei den gynäkologischen oder pädiatrischen Untersuchungen sehen, haben häufig geringe Kenntnisse über postpartal psychische Störungen (Wiley, Burke, Gill, Law, 2004). Es bestehen Vorbehalte, die Mütter auf ihr Befinden anzusprechen, da sich Ärzte den möglichen Folgen nicht gewachsen fühlen (Tam, Newton, Dern, Parry, 2002). Die Ergebnisse von Perinatalstudien in Hessen und Baden-Württemberg, die zeigen, dass psychische Belastung bei nur ca. 2 % der Frauen im Mutterpass dokumentiert waren, könnten Ausdruck dieser Vorbehalte sein (Nagel-Brotzler, Brönner, Hornstein, Albani, 2005).

2 Die Chancen der Kooperation

Die Tatsache, dass psychisch kranke Mütter trotz Stigmatisierung das Gesundheitssystem nutzen, eröffnet Chancen für die Prävention. Die Schnittstelle sind diejenigen Professionen, die Mütter und Kinder in der Peripartalzeit betreuen (Hebammen, Pädiater, Gynäkologen). Diese Berufsgruppen können in die Früherkennung postpartaler psychischer Erkrankungen einbezogen werden, entsprechend der Vorgehensweise der perinatalen Versorgung in Australien (Buist et al., 2007). In Deutschland gibt der hoch frequentierte Entbindungsmodus der assistierten Geburt in Kliniken und Geburtshäuser und die weitgehend verpflichtende Vorsorgeuntersuchung beim Kinderarzt (U-Untersuchung) die zeitliche Struktur für präventive Maßnahmen vor, zu der ein Screening nach Risikofaktoren für postpartale psychische Erkrankungen durchgeführt werden kann. Risikofaktoren sind neben der individuellen und familiären Psychopathologie einige Persönlichkeitsmerkmale, psychosoziale Belastungen wie sozioökonomischer Status, Qualität der Partnerschaft, soziale Unterstützung und belastende Lebensereignisse (Beck, 2001). Diese Risikofaktoren überschneiden sich teilweise mit den Bereichen, die Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung sind (Kindler, 2009). Damit bietet sich unter sachlichen und ökonomischen Gesichts-

punkten die Verbindung der Prävention von postpartalen psychischen Erkrankungen und Kindeswohlgefährdung an.

2.1 Das perinatale Präventionsnetz „Hand in Hand“

Im Rhein-Neckar-Kreis, dem nach der Einwohnerzahl drittgrößten Flächenlandkreis in Deutschland mit 4.388 Geburten im Jahr 2008 (Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2009), wurde seit Juli 2007 in Kooperation und gemeinsamer Verantwortung des Jugendamtes und des Psychiatrischen Zentrum Nordbaden ein perinatales Präventionsnetz für psychisch belastete und jugendliche Mütter mit ihren Säuglingen implementiert. Das Netzwerk stützt sich auf drei Säulen: Instruktion, Information und Intervention

2.1.1 Instruktion der Netzwerkakteure

Die Instruktion der Netzwerkakteure umfasste die Vermittlung von Wissen über postpartale psychische Erkrankungen, deren Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder und auf das Kindeswohl. Außerdem wurden Kompetenzen in der Anwendung von Screeninginstrumenten sowie im Umgang und der Gesprächsführung mit psychosozial belasteten Frauen bzw. Familien vermittelt mit dem Ziel, die Aufmerksamkeit auf Frühsymptome einer psychischen Erkrankung oder auf Warnzeichen für Kindeswohlgefährdung zu erhöhen.

Die Fortbildungen wurden für die verschiedenen Berufsgruppen spezifisch gestaltet. Neben zertifizierten Fortbildungen für Ärzte (Pädiater, Gynäkologen, Psychiater/ Psychotherapeuten, und Allgemeinärzte) wurden Polizisten, Familienrichter, aber auch weitere interessierten Gruppen wie Tagesmütter, Erzieherinnen, Arzthelferinnen erreicht. Für alle Fachkräfte der Jugendhilfe und der psychosozialen Versorgung (Schwangerenberatung, Kinderschutzbund, Suchtberatung etc.) sowie für Hebammen wurde ein Fortbildungscurriculum entwickelt, das als psychosoziale Qualifikation vom Hebammenverband Baden-Württemberg zertifiziert ist. In diesen Fortbildungen wurden die jeweils regional kooperierenden Mitarbeiter der Jugendhilfe mit den Hebammen gemeinsam geschult. Die Akzeptanz der Schulungen war, wie eine Befragung zeigte, hoch und es konnte ein signifikanter Zuwachs von Wissen und Kompetenzgefühl erreicht werden (Baranski et al., 2009).

2.1.2 Intervention

An den drei geburtshilflichen Kliniken des Landkreises wurde ein systematisches Screening bei jeder Geburt eingeführt (genereller Präventionsansatz). Dies beinhaltete ein Gespräch mit der Mutter zur Erhebung relevanter Risikofaktoren, die in einem Gesprächsleitfaden zur psychosozialen Situation zusammengestellt wurden. Über das Ergebnis des Risikoscreenings wurde die Mutter anschließend aufgeklärt und gegeben-

nenfalls wurden Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet. Das Gespräch dauert mindestens 10 Minuten, wenn keine Risikofaktoren vorliegen. Mit Einverständnis der Mutter wurden die nachbetreuende Hebamme und die weiterbetreuenden Fachärzte im Arztbrief informiert. Die hohe Transparenz dieses Vorgehen führte zu einer fast hundertprozentigen Kooperation der Frauen. Beim Vorliegen von Risiken wurde in einer zweiten Stufe der selektiven Prävention 3 Wochen (Hebamme), 6 Wochen (Gynäkologe) postpartal und bei den Vorsorgeuntersuchungen des Kindes (U4/U5, Pädiater) der Einsatz von Screeningsinstrumenten empfohlen (die Edinburgh Postnatale Depression Skala (EPDS) (Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer, Dapunt, 1998), eine Liste beobachtbarer Merkmale von psychotischen Symptomen auffälliger Mutter-Kind-Interaktion). Sobald sich Hinweise für eine psychische Erkrankung, für kindliche Entwicklungsrisiken oder für Kindeswohlgefährdung ergeben, stehen im Netzwerk folgende Unterstützungsangebote zur Verfügung: eine Clearingstelle beim Jugendamt einschließlich Notruftelefon, eine weitere Clearingstelle am Psychiatrischen Zentrum Nordbaden, die im Netzwerk aktiven peripartal spezialisierten Psychiater und Psychotherapeuten, zwei regional installierte psychotherapeutische Müttergruppen und eine Selbsthilfegruppe.

Die Wahl der zur Verfügung stehenden unterschiedlichen Angebote war den Netzwerkakteuren überlassen. So wurden Mütter beispielsweise auf das niederschwellige Therapieangebot der Müttergruppe häufig von Hebammen und den Ärzten der geburtshilflichen Abteilungen verwiesen. Die beiden Clearingstellen kooperierten eng miteinander und wurden vor allem für komplexe und unklare Risikokonstellationen zur anonymen Beratung oder zur notfallmäßigen Vorstellungen von jungen Familien genutzt. Die Hauptnutzer der Clearingstellen waren Hebammen, Mitarbeiter der Jugendhilfe sowie die betroffenen Mütter selbst. Seit Beginn des Projektes im Juli 2007 bis zum Ende Oktober 2008 gingen 177 Anfragen in den Clearingstellen ein, davon 77 % in der psychiatrischen Klinik, 23 % beim Jugendamt. In 19 % der Anfragen waren die Betroffenen schwanger, in 37 % war das Kind unter drei Monate alt. In 36 % der Fälle bestand der Verdacht auf eine psychische Erkrankung der Mutter, bei 18 % war die Erkrankung bereits diagnostiziert. Nur bei 20 % der eingegangenen Anfragen wurde die psychosoziale Situation als unauffällig eingeschätzt. Bei 33 % ergab sich aufgrund der Schilderung der Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung und es wurden dementsprechend Kontakte zur genaueren Risikoeinschätzung und Unterstützung hergestellt. Kindeswohlgefährdung hing in dieser Gruppe signifikant mit schwierigen psychosozialen Situationen zusammen und damit, ob die Krise nicht zum ersten Mal aufgetreten war. Wie auch in anderen Präventionsprogramme fand die Rückkoppelung zur Praxis in den drei Standorten an den multiprofessionellen besetzten „Runden Tischen“ statt.

2.1.3 Information

In breit und langfristig angelegten Informationsaktivitäten über postpartale psychische Erkrankungen, deren Risiken und Folgen für das Kindeswohl sowie deren Behandlungsmöglichkeiten wurde versucht, das Wissen über die Thematik in der Allgemeinbevöl-

kerung zu verbessern und die Achtsamkeit zu erhöhen. Die Entstigmatisierungsaktivitäten setzten vor allem auf Selbstberichte betroffener Mütter, um Frauen und Familien die Möglichkeit zur Identifikation und Wiedererkennung zu bieten. Im Rahmen des Projektes wurden bis Ende 2008 neun Fernsehbeiträge ausgestrahlt, mehrere Radiosendungen und zahlreiche regionale und überregionale Beiträge in Printmedien erstellt.

Die regionale Fachöffentlichkeit wurde in mehreren Rundbriefen über Ziele und Fortgang des Projektes informiert. Ein zentrales und überdauerndes Produkt des Netzwerkaufbaus ist die Webpage (www.hand-in-hand-rheinneckar.de), die die Netzwerkstruktur abbildet und als Wegweiser zu den regional kooperierenden Netzwerkakteuren innerhalb der Raumschaften des Jugendamtes im Rhein-Neckar-Kreis dient. Hier stehen auch Informationen für die Öffentlichkeit sowie die im Netzwerk erarbeiten Schulungsunterlagen zur Verfügung.

3 Kritischer Rückblick

Ein Kennzeichen für den Aufbau dieses Netzwerkes war der Zusammenschluss zweier stigmatisierter Institutionen – Jugendamt und Psychiatrie –, in deren Tätigkeitsfeld die Freiwilligkeit der Einzelperson dem gesellschaftlichen Schutzauftrag gegenüber steht. Um dem Stigma der Institutionen entgegenzuwirken, stützt sich unser Netzwerk auf Information und Wissensvermittlung in der Allgemein- und Fachöffentlichkeit, Transparenz im Handlungsablauf und einen primär generellen Präventionsansatz.

Bei der Umsetzung der beiden letzten Schwerpunkte sind wir an ökonomische und psychologische Grenzen gestoßen, die den Durchdringungsgrad des Präventionsansatzes begrenzt haben. Dies gilt sowohl für die beschränkte Anzahl an Netzwerkakteuren, die wir bisher im Gesundheitssystem gewinnen konnten, als auch für die Brüche, die immer wieder in der Handlungsstruktur aufgetaucht sind. Ein generelles Screening in Form eines Gesprächs zur psychosozialen Situation konnte nicht implementiert werden. Neben Vorbehalten wegen der zeitlichen Inanspruchnahme durch die empfohlene Vorgehensweise wurden auch psychologische Vorbehalte von den Netzwerkakteuren unterschiedlicher Professionen geäußert. Den Akteuren der Jugendhilfe und des Gesundheitssystems war gemeinsam, dass sie befürchteten, durch die persönliche Nähe eines Gesprächs bei den Müttern Erwartungen zu wecken, die sie nicht erfüllen könnten. Schließlich wurden vor allem von Seiten der Jugendhilfe gegen die Vorgehensweise der systematischen Datenerhebung juristische Aspekte wie Datenschutz und Schweigepflicht angeführt. Diese Konfliktkonstellation schlägt sich auch in den von uns erhobenen Daten zur Akzeptanz des Projektes bei Professionellen nieder, die zwar extrem hoch war (90 % von 433 Befragten), ohne dass es zur Umsetzung des vorgeschlagenen Handlungsablaufes gekommen wäre.

Obwohl wir uns bewusst sind, dass psychische Erkrankungen und die individuell erlebte psychosoziale Belastung nicht primär beobachtbar sind, haben wir deshalb

den Handlungsablauf der Machbarkeit angepasst und hoffen, dass die Mitarbeiter der Entbindungsstationen durch das Ausfüllen einer „Checkliste für beobachtbare Risikokonstellationen“ bei allen Müttern (generelles Screening) auf psychosoziale Risiken achten, damit gegebenenfalls in einem selektiven Screening die Ärzte das Gespräch zur psychosozialen Belastung führen und Unterstützung einleiten. Diese Vorgehensweise wird durch das Jugendamt in den Kliniken finanziert. Eine verbindliche Regelung über die Informationsweitergabe und Einleitung von Hilfe bei Vorliegen von Belastungen wurde gefunden. Die ressortübergreifende Finanzierung ist unseres Wissens bundesweit beispielhaft und gilt als ein zentraler Erfolgsfaktor für Projekte zur „Frühen Hilfe“ (Nationales Zentrum Frühe Hilfen, 2008).

Die Vernetzung mit den Hebammen ist ein erfolgreiches, überdauerndes Ergebnis der Implementationsphase. Bereits nach drei Fortbildungscurricula haben über ein Fünftel der im Rhein-Neckar-Kreis niedergelassenen Hebammen die psychosoziale Qualifikation erhalten, die vom Hebammenverband in Baden-Württemberg als Modul der Ausbildung zur Familienhebamme anerkannt ist. Hebammen sind gemeinsam mit den Mitarbeitern der Jugendhilfe die häufigsten Nutzer der beiden Clearingstellen und kooperieren vor Ort fallbezogen eng zusammen. Im Projektzeitraum ist ihre Vernetzung insbesondere mit dem Jugendamt, den Psychiatern und Psychotherapeuten extrem gestiegen. Aber auch der Anstieg direkter Zuweisungen zu den regionalen Peripartalpsychiatern und auf die Mutter-Kind-Station des Psychiatrischen Zentrum Nordbaden ist ein Hinweis auf die verbesserte Kooperation und den Abbau von Vorbehalten gegenüber der Erwachsenenpsychiatrie. Mit der Finanzierung von Fortbildungscurricula, Workshopangeboten, Supervision an den Runden Tischen und mit dem verlängerten Einsatz der Psychosozialen- und Familienhebammen reagiert das Jugendamt zukunftsweisend auf die zentrale Stellung, die Hebammen bei der Prävention von Gefährdung des Kindeswohls zukommt.

Das Präventionsnetz scheint auch die betroffenen Mütter und ihre Familien zu erreichen, denn deren Anfragen an die Clearingstellen waren ebenso häufig wie diejenigen von Hebammen und Mitarbeitern der Jugendhilfe, was ein Erfolg der intensiven Öffentlichkeitsarbeit in Rahmen des Projektes sein könnte. Die Sensibilisierung der allgemeinen Öffentlichkeit für postpartale psychische Erkrankungen und deren Auswirkung auf die Kinder ist in den letzten zwei Jahren gestiegen, was die Präsenz der Thematik in den Medien zeigt. In allen Projekten zu „Frühen Hilfen“ ist die Verknüpfung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitssystem eine besondere Herausforderung.

Im Laufe der Implementationsphase ist es gelungen Strukturen aufzubauen, die als Erfolgsfaktoren für die Nachhaltigkeit von Präventionsansätzen gelten. Hierzu zählt in erster Linie die politische Unterstützung durch das Dezernat für Jugend und Soziales im RNK. Außerdem ist es gelungen, ein Ressort-übergreifendes Finanzierungsmodell zu entwickeln, Interdisziplinarität und -professionalität zu fördern, Angebote mit unterschiedlichen, niederschweligen und spezifischen Hilfen aufzubauen, professionsübergreifende Fortbildungen zu installieren, Öffentlichkeitsarbeit zur Akzeptanzverbesserung zu implementieren, Transparenz über die Angebote zu schaffen,

zentrale Koordinierungsstellen aufzubauen und Kooperation auf Augenhöhe für die unterschiedlichen Arbeitsbereiche herzustellen. Die Erfahrungen aus der Implementationsphase haben zu bedarfsgerechten Anpassung des Netzwerkes geführt. Die Verbindliche Kooperationsvereinbarungen mit einem gemeinsamen Bewertungsrahmen für alle sind ein verlässlicher Boden für die künftige Arbeitsweise des Projektes.

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

Literatur

- Baranski, N., Trautmann-Villalba, P., Keppler, S., Wild, E., Wunderlich, R., Hohm, E., Hornstein, C. (2009). Kompetenzgefühl gewachsen. Hebammenforum, 9, 731-733.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. Nurs Res, 50, 275-285.
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., Dapunt, O. (1998). Deutschsprachige Fassung und Validierung der „Edinburgh postnatal depression scale“. Dtsch Med Wochenschr, 123, 35-40.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Andersen, M. J., Bor, W., Najman, J. M., Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. Dev Psychol, 36, 759-66.
- Brisch, K. H. (2009). Bindungsstörungen. Von der Bindungstherapie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brockington, I. (2004). Diagnosis and management of postpartum disorders: a review. Arch Womens Ment Health, 6, 33-42.
- Buist, A., Ellwood, D., Brooks, J., Milgrom, J., Hayes, B. A., Sved-Williams, A., Barnett, B., Karatas, J., Bilszta, J. (2007). National program for depression associated with childbirth: the Australian experience. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 21, 193-206.
- Cooper, P. J., Murray, L. (1997). Prediction, detection and treatment of postnatal depression. Arch Dis Child, 77, 97-99.
- Esser, G., Weinel, H. (1990). Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In J. Martinius, R. Frank (Hrsg.), Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern. Erkennen, Bewußtmachen, Helfen (S. 22-30). Bern: Huber.
- Field, T., Fox, N.A., Pickens, J., Nawrocki, T. (1995). Relative right frontal EEG activation in 3- to 6-month-old infants of “depressed” mothers. Dev Psychol, 3, 358-363.
- Fontaine, N., Carboneau, R., Barker, E. D., Vitaro, F., Hébert, M., Côté, S. M., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., Tremblay, R. E. (2008). Girls' Hyperactivity and Physical Aggression During Childhood and Adjustment Problems in Early Adulthood. Arch Gen Psychiatry, 65, 320-328.
- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. Development and Psychopathology, 19, 585-602.
- Hornstein, C., Hohm, E., Trautmann-Villalba, P. (2009). Die postpartale Bindungsstörung: Eine Risikokonstellation für den Infantizid? Forens Psychiatr Psychol Kriminol, 3, 3-10.

- Hornstein, C., Trautmann-Villalba, P., Hohm, E. (2009). Kasuistik zur Kindeswohlgefährdung bei postpartaler Depression. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol*, 3, 11-15.
- Jarke, J., Fertmann, R., Fontaine, J., Saier, U. (2008). Entwicklungsauffälligkeiten bei Kindern: Früh erkennen – früh behandeln! Ergebnisse einer Erhebung in Kinderarztpraxen, Sommer 2007. Hamburg: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Foster, C. L., Saunders, W. B., Stang, P. E., Walters, E. E. (1997). Social Consequences of Psychiatric Disorders, II: Teenage Parenthood. *Am J Psychiatry*, 154, 1405-1411.
- Kindler, H. (2006). Wie können Misshandlungs- und Vernachlässigungskriterien eingeschätzt werden? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen, A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD) (70-1-70-13)*. München: Deutsches Jugendinstitut e.V.
- Kindler, H. (2009). Wie könnte ein Risikoinventar für frühe Hilfen aussehen? In T. Meysen, L. Schönecker, H. Kindler (Hrsg.), *Frühe Hilfen im Kinderschutz: Rechtliche Rahmenbedingungen und Risikodiagnostik in der Kooperation von Gesundheits- und Jugendhilfe (S. 173-243)*. Weinheim: Juventa.
- Klosinski, G. (2003). Sorgerechtsverfahren. In R. Lempp, G. Schütze, G. Köhnken (Hrsg.), *Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (S. 47-59)*. Darmstadt: Steinkopff.
- Laucht, M., Esser, G., Schmidt, M.H. (2002). Heterogene Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter. *Z Klin Psychol Psychother*, 31, 127-134.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Mandl, K. D., Tronick, E. Z., Brennan, T.A., Alpert, H. R., Homer, C.J. (1999). Infant health care use and maternal depression. *Arch Pediatr Adolesc*, 153, 808-813.
- McLennan, J. D., Kotelchuck, M. (2000). Parental Prevention Practices for Young Children in the Context of Maternal Depression. *Pediatrics*, 105, 1090-1095.
- Minkovitz, C. S., Strobino, D., Scharfenstein, D., Hou, W., Miller, T., Mistry, K. B., Swartz, K. (2005). Maternal Depressive Symptoms and Children's Receipt of Health Care in the First 3 Years of Life. *Pediatrics*, 115, 306-314.
- Münder, J., Mutke, B., Schone, R. (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster: Votum.
- Nagel-Brotzler, A., Brönner, J., Hornstein, C., Albani, C. (2005). Peripartale psychische Störungen: Früherkennung und multiprofessionelle Kooperation. *Z Geburtsh Neonatol*, 209, 51-58.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2008). *Frühe Hilfen. Modellprojekte in den Ländern*. Köln: BZgA.
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 598-605.
- Oei, J. L., Abdel-Latif, M. E., Craig, F., Kee, A., Austin, M. P., Lui, K., NSW und ACT NAS Epidemiology Group (2009). Short-term outcomes of mothers and newborn infants with comorbid psychiatric disorders and drug dependency. *Aust N Z J Psychiatry*, 43, 323-331.
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., Sohn, C., Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 118, 459-468.
- Schmidt, G., Thoss, E., Matthiesen, S., Weiser, S., Block, K., Mix, S. (2006). Jugendschwangerschaften in Deutschland. *Z Sexualforsch*, 19, 335-358.

- Schomerus, G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 59, 298-306.
- Seeley, S., Murray, L., Cooper, P. (1996). The detection and treatment of postnatal depression by health visitors. *Health Visits*, 64, 135-138.
- Small, R., Lumley, J. (2007). Reduction of maternal depression: much remains to be done. *Lancet*, 370, 1593-1595.
- Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2009). Lebendgeborene (nach dem Alter der Mutter) seit 2007 (jährlich) nach 9 Altersgruppen. Quelle: Internet, URL: <http://www.statistik-bw.de/SRDB/Tabelle.asp?01065036LA>. Datum Zugriff: 12.11.2009.
- Tam, L. W., Newton, R. P., Dern, M., Parry, B. L. (2002). Screening women for postpartum depression at well baby visits: resistance encountered and recommendations. *Arch Womens Ment Health*, 5, 79-82.
- Trautmann-Villalba, P., Hornstein, C. (2007). Die Tötung des eigenen Kindes in der Postpartalzeit. *Nervenarzt*, 78, 1290-1295.
- Unicef (2003). A league table of child maltreatment in rich nations. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- von Ballestrem, C. L., Strauss, M., Kächele, H. (2005). Contribution to the epidemiology of postnatal depression in Germany-implications for the utilization of treatment. *Arch Womens Ment Health*, 8, 29-35.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *J Clin Psychiatry*, 59, 53-61.
- Wiley, C. C., Burke, G. S., Gill, P. A., Law, N. E. (2004). Pediatricians' views of postpartum depression: A self-administered survey. *Arch Womens Ment Health*, 7, 231-236.

Korrespondenzanschrift: Dr. Christiane Hornstein. Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Klinik für Allgemeinpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik 1, Mutter-Kind Behandlung (Station 43), Heidelberger Straße 1a. 69168 Wiesloch;
E-Mail: Christiane.Hornstein@PZN-Wiesloch.de

Christiane Hornstein, Elke Wild, Natalie Baranski, Regina Wunderlich und Markus Schwarz, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden; Patricia Trautmann-Villalba, Mutter-Kind-Einheit im Klinikum Stuttgart.