

Peripartale Depressionen früh erkennen und behandeln

C. Seivert, N. Yilmaz-Terzioglu, S. Simen

■ **Depressionen zählen zu den häufigsten Erkrankungen um die Geburt (1). Die Folgen können nicht nur die Lebensqualität der betroffenen Eltern, sondern auch die gesunde Entwicklung des Kindes nachhaltig beeinträchtigen (2). Leider bleibt die Dunkelziffer hoch, da nur ein kleiner Teil der Betroffenen frühzeitig diagnostiziert und behandelt wird (3, 4). In diesem Zusammenhang kommt GynäkologInnen eine Schlüsselrolle zu – sowohl bei der Früherkennung als auch bei der Unterstützung auf dem Weg in eine Behandlung.**

Ein innovatives Projekt, das UPlusE-Programm, nutzt moderne digitale Hilfsmittel, um die Früherkennung von betroffenen Schwangeren und Eltern zu verbessern und so die langfristigen Risiken zu reduzieren. Patientinnen füllen Fragebögen zu ihrem psychischen Wohlbefinden und psychosozialen Belastungen in der Kommunikations-App (Meine GynPraxis) des Berufsverband der Frauenärzte e. V. aus und erhalten sofort individuelle Rückmeldungen und regionale Adressen passender Hilfsangebote. Praxen bekommen die Ergebnisse ebenfalls angezeigt und spielen eine entscheidende Rolle in der Motivation zur Behandlung. Geringer Aufwand für die Praxen, eine angemessene Vergütung und die Bereitstellung zeitnaher Therapie für die Betroffenen sollen die Umsetzung so einfach wie möglich machen. Eine begleitende Studie untersucht den Nutzen dieser neuen Versorgungsform. Nehmen Sie mit Ihrer Praxis teil und helfen Sie dieses Angebot in die Regelversorgung zu bringen!

Depressionen in der Schwangerschaft und nach der Geburt – häufig, aber oft unerkannt

Eine Schwangerschaft ist für viele ein Wendepunkt im Leben – in den Medien

oft dargestellt als Zeit voller Hoffnung, Vorfreude und Neuanfang. Doch nicht immer fühlt sich diese Zeit so an. Depressionen gehören zu den häufigsten gesundheitlichen Komplikationen während der Schwangerschaft und nach der Geburt (1). Studien zeigen: Bis zu 15 % der (werdenden) Mütter und etwa 10 % der Väter entwickeln in dieser Phase eine behandlungsbedürftige Depression (5, 6). Besorgniserregend ist, dass die Mehrheit der Betroffenen nicht oder erst spät erkannt wird (3, 4). Laut interner Daten des BKK Landesverbands Bayern (2023) erhalten nur rund 12 % der betroffenen Versicherten eine adäquate Behandlung. Das birgt neben akuten Symptomen auch langfristige Risiken für die körperliche, emotionale und kognitive Entwicklung von Fötus und Säugling (2).

Risikofaktoren – welche Schwangeren sind besonders gefährdet?

Das Risiko für eine peripartale Depression steigt deutlich bei psychosozialen Belastungen – diese betreffen mindestens 30 % der werdenden Eltern (7). Besonders belastend sind anhaltende Paarkonflikte oder fehlende emotionale und praktische Unterstützung. Auch eine ungeplante Schwangerschaft kann Überforderung und Unsicherheit verstärken. Den größten Risikofaktor stellen psychische Vorerkrankungen, insbesondere frühere depressive Episoden und Angststörungen, dar (5). Biologisch scheint eine Hormonsensitivität, die sich unter anderem auch durch das Prämenstruelle Dysphorische Syndrom (PMDS) äußert, ebenfalls die Entwicklung einer peripartalen Depression zu begünstigen (8). Zudem erhöhen Erfahrungen körperlicher oder psychischer Gewalt das Risiko erheblich (5).

Peripartale Depression: Merkmale und diagnostische Hinweise

Peripartale Depressionen sind keine eigenständige Erkrankung, sondern beschreiben depressive Symptome in einer besonderen Lebensphase (9). Lebensveränderungen wie Trennung, Verlust, Heirat oder Schwangerschaft erhöhen das Risiko für depressive Phasen (10). Typisch ist, dass sich die Symptome um Kind und Elternschaft drehen und Auswirkungen auf das (ungeborene) Kind stets mitgedacht werden müssen. Allgemeine Anzeichen sind anhaltend gedrückte Stimmung, Reizbarkeit, Energieverlust und vermindertes Interesse an früher angenehmen Aktivitäten. Dementsprechend ziehen sich die Betroffenen meist mehr und mehr aus dem Sozialleben zurück. Starke Ängste, Schuld- und Insuffizienzgefühle sowie Grübelschleifen sind weitere Hinweise. Schlafstörungen – sowohl Ein- und Durchschlafprobleme als auch vermehrtes Schlafbedürfnis – treten häufig auf. Ein spezifisches Merkmal peripartaler Depression ist die Schwierigkeit, eine emotionale Bindung zum (ungeborenen) Kind aufzubauen (9, 11). Gerade in Schwangerschaft und Wochenbett ist die Abgrenzung zu normalen Veränderungen schwierig. Hier können Screening-Fragebögen helfen.

Übersehene Signale: Warum peripartale Depressionen oft unerkannt bleiben

Da die Symptome peripartaler Depressionen normalen Beschwerden während Schwangerschaft und junger Elternzeit ähneln, werden sie oft spät oder gar nicht erkannt. Wichtig ist die Abgrenzung vom häufigen und harmlosen „Babyblues“, der nur wenige Tage anhält. Eine postpartale Depression dagegen

dauert länger als zwei Wochen, beginnt oft schon in der Schwangerschaft und kann unbehandelt chronisch verlaufen (11). In der Allgemeinbevölkerung besteht nach wie vor große Unkenntnis über Depressionen rund um die Geburt. Selbst nahestehende Personen fehlinterpretieren die Symptome. Die Betroffenen erleben starken Leidensdruck und geben sich häufig selbst die Schuld – etwa, weil sie glauben, als Mutter oder Vater zu versagen, wenn sie keine Gefühle für ihr (ungeborenes) Kind entwickeln können. Psychische Erkrankungen sind weiterhin stark stigmatisiert, besonders im peripartalen Zeitraum. Wenn psychische Probleme während der Schwangerschaft erkannt werden, wird häufig zunächst abgewartet – oft mit der falschen Annahme, dass eine Behandlung dem Kind schaden könne oder die Symptome nach der Geburt von selbst verschwinden. Diese Erwartung erweist sich jedoch als trügerisch, denn in vielen Fällen verstärken sich die Beschwerden nach der Entbindung sogar noch (10). Unwissenheit, Schuld- und Schamgefühle sowie Angst vor Stigmatisierung hindern viele daran, über ihre Probleme zu sprechen – selbst bei direkter Nachfrage. Die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass der Großteil der Betroffenen ihre Beschwerden bagatellisiert. Fragebögen werden allerdings meist ehrlicher beantwortet und können den Einstieg in ein offenes Gespräch ermöglichen – eine wichtige Chance!

Akute Risiken und langfristige Folgen bei Nicht-Behandlung

Depressionen in der Schwangerschaft stehen im Zusammenhang mit Komplikationen wie Präeklampsie, Plazentastörungen und Fehlgeburten (12). Sie können das Bonding erschweren, was wiederum Schuld- und Insuffizienzgefühle noch verstärkt und die Entwicklung einer sicheren Mutter-Kind-Bindung beeinträchtigt (13).

Auch nach der Geburt bleiben Depressionen oft bestehen, treten neu auf oder verschlimmern sich. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Verläufe und der Gefahr der Chronifizierung betonen Langzeitstudien die Wichtigkeit wiederholter

Screenings in der Peripartalzeit. Ohne Behandlung leiden über 10 % der Mütter noch nach drei Jahren an mittelschweren bis schweren Symptomen – in Einzelfällen sogar noch elf Jahre später, mit erheblichen Auswirkungen auf die ganze Familie (14, 15). Besonders ernst zu nehmen ist das Suizidrisiko: eine große epidemiologische Studie aus Großbritannien zeigt, dass Suizidalität während der Schwangerschaft die zweithäufigste, im Wochenbett sogar die häufigste direkte Todesursache ist (16). Etwa 50 % der betroffenen Mütter berichten im Verlauf über Suizidgedanken (17).

Auch für das ungeborene Kind birgt eine mütterliche Depression Risiken. Betroffene nehmen seltener Vorsorgeuntersuchungen wahr und zeigen ein risikanteres Gesundheitsverhalten (18). Die embryonale Entwicklung kann verzögert verlaufen und das Frühgeburtsrisiko ist erhöht (2). Epigenetische Studien belegen zudem die Risiken langfristiger Veränderungen der Stressregulation und Immundefunktion beim Kind (19, 20), was sich später unter anderem in Regulationsstörungen, psychischen und kardiovaskulären Erkrankungen äußern kann.

Entscheidend für die kindliche Entwicklung nach der Geburt ist vor allem die Eltern-Kind-Interaktion: Depressionstypische Einschränkungen in der Feinfühligkeit können Bindungsstörungen fördern, was wiederum das Risiko für spätere Verhaltensauffälligkeiten und psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie im Erwachsenenalter deutlich erhöht (2, 11). Wie lange Säuglinge diesem eingeschränkten Kontakt ausgesetzt sind, beeinflusst das Ausmaß der Folgen. Eine frühzeitige adäquate Therapie, idealerweise bereits bei betroffenen Schwangeren, ist daher zentral, um langfristige negative Auswirkungen zu minimieren und damit den (werdenden) Eltern und ihren Kindern viel Leid zu ersparen.

Wie Behandlung nachhaltig hilft und Chancen eröffnet

Peripartale Depressionen sind in der Regel gut behandelbar. Eine frühzeitige medikamentöse Therapie wird nach sorgfältiger

Nutzen-Risiko-Abwägung empfohlen (21, 22). Besonders selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) zählen zu den am besten untersuchten Medikamenten während Schwangerschaft und Stillzeit und zeigen häufig eine schnellere Wirkung als alleinige Psychotherapie (23). Bestimmte SSRIs wie Sertralin und Citalopram sind in der Schwangerschaft einsetzbar. Zudem gelangen einige SSRIs wie Sertralin und Paroxetin nur in sehr geringem Maße (etwa 1–2 %) in die Muttermilch und sind beim gestillten Kind in der Regel nicht nachweisbar (24). Ziel ist es, den Stresslevel der Schwangeren rasch zu senken und die elterliche Feinfühligkeit zu fördern – daher spielt Medikation eine größere Rolle als in anderen Lebensphasen. Wichtig ist dabei stets eine individuelle Abwägung zwischen möglichen Nebenwirkungen und den Belastungen einer unbehandelten, langanhaltenden depressiven Symptomatik für das gesamte Familiensystem. Im Idealfall erfolgt die Behandlung interdisziplinär – bestehend aus Pharmakotherapie, Psychotherapie, Paar- bzw. Familienberatung und einer postpartalen Interaktionstherapie (25). Studien zeigen, dass dies nicht nur die Symptomatik reduziert, sondern auch die Eltern-Kind-Interaktion und die psychische Gesundheit des Kindes verbessert (25, 26). Trotz dieser positiven Behandlungsperspektiven erhalten viele Betroffene keine oder erst spät therapeutische Unterstützung. Es mangelt an standardisierten Screenings und leicht zugänglichen Therapieangeboten – eine Lücke, die UPlusE gezielt schließen möchte.

UPlusE – Ein innovativer Versorgungsansatz

UPlusE steht für: „U-Untersuchung der Kinder plus Eltern beim Pädiater zur Förderung der kindlichen Entwicklung mit Impuls aus frauenärztlicher Schwangerenvorsorge“. Dahinter steckt eine bundesweite Versorgungsstudie (27), gefördert vom Innovationsfonds des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Partner ist der BKK Landesverband Bayern, teilnehmen können aber gesetzlich Versicherte aller Kassen. Ziel der Studie ist die systematische Früher-

UPlusE – Vergütung

Interventionsgruppe:
 Einschreibepauschale: 25 €
 + Screening negativ: 28 €
 bzw. bei Screening positiv: 55 €

Kontrollgruppe:
 Einschreibepauschale: 25 €

Die Abrechnung erfolgt automatisch,
 sobald Patientinnen die Bögen abgeschickt
 haben.

UPlusE – Einschreibung

1. sanakey-portal.de öffnen
2. Wenn noch nicht vorhanden:
neues Konto erstellen
3. Nach der Anmeldung im Portal:
„Versorgungsverträge“ öffnen
4. Dann „UPlusE“ → „In den Vertrag
einschreiben“ auswählen
5. Den angezeigten Schritten folgen → fertig!

Eine ausführliche Anleitung finden Sie hier:
sanakey.link/upluse

Abb. 1: UPlusE-Vergütung und -Einschreibung für Praxen

kennung, um die genannten Risiken für die betroffenen Elternteile und auch die Kinder so weit wie möglich zu reduzieren. Die Förderung läuft bis Ende 2026 und umfasst ca. 13.000 TeilnehmerInnen, aufgeteilt in eine Interventions (IG)- und Kontrollgruppe (KG). Die Studie untersucht vor allem drei Punkte:

1. Werden durch das neue Angebot mehr belastete Eltern frühzeitig erreicht und behandelt?
2. Geht es Familien in der Interventionsgruppe zur U6 spürbar besser?
3. Wie hilfreich empfinden gynäkologische und kinderärztliche Praxen sowie die Eltern selbst das neue Vorgehen?

Mit UPlusE zu schneller Früherkennung und gezielter Behandlung

Herzstück von UPlusE ist ein regelmäßiges Screening: einmal im letzten Schwangerschaftsdrittel und dann zu den U3-U6-Vorsorgeuntersuchungen der Kinder – ganz einfach über die Praxis-Apps „Meine GynPraxis“ und „Meine pädiatrische Praxis“. Für die Durchführung erhalten die Praxen eine Vergütung (Abb. 1).

Das Screening basiert auf dem bewährten EPDS-Fragebogen (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (28, 29), der depressive Symptome und Hinweise auf Ängste der letzten sieben Tage erfasst. Ab 10 Punkten gilt ein erhöhtes Risiko, ab 13 eine wahrscheinliche Depression (30). Ergänzt wird das Paket durch den KID-PROTEKT-Anhaltsbogen (31), der

psychosoziale Belastungen wie Lebenssituation, Partnerschaft und Alltagsstress beleuchtet.

Langfristiges Ziel: Das Screening soll fester und vergüteter Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinie und der Kinder-richtlinie und zum Beispiel im Mutterpass und U-Heft implementiert werden. Bei einem auffälligen Ergebnis greift ein klarer Weiterleitungspfad. Betroffene sollen ermutigt werden, frühzeitig Beratung oder Therapie in Anspruch zu nehmen – zum Schutz ihrer eigenen Gesundheit und zum Wohl ihres Kindes.

Dazu entsteht ein bundesweites Netzwerk: Neben den „Frühen Hilfen“ gibt es bereits über 320 psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Anlaufstellen, bei denen sich Betroffene unter dem Stichwort „UPlusE“ melden können und einen Termin innerhalb von 2–4 Wochen erhalten. Für BKK-Versicherte stehen zusätzlich 200

Online-TherapeutInnen bereit – und das Netzwerk wächst stetig.

Einfache Teilnahme – für die Schwangeren

Ab der 25. Schwangerschaftswoche erhalten TeilnehmerInnen automatisch über die App „Meine GynPraxis“ eine Einladung zur Teilnahme an UPlusE. Zwischen der 30. und 34. SSW stehen dann die Fragebögen bereit – bequem von zu Hause aus per Smartphone ausfüllbar. Einwilligung, Ausfüllen, Abschicken und bei Bedarf Speichern: alles digital und einfach.

TeilnehmerInnen der Interventionsgruppe (IG) sehen nach dem Absenden direkt ihre Punktwerte und erhalten – je nach Ergebnis – passende Infos, Hilfsangebote und regionale Kontaktadressen. So wissen sie sofort, was sie tun können und wo sie Unterstützung finden.

Die Kontrollgruppe (KG) bekommt keine Rückmeldung, sondern bleibt bei der bisherigen Standardversorgung („Treatment as usual“).

Minimaler Aufwand – für die Praxis

Die Anmeldung erfolgt unkompliziert über das Sanakey-Portal (Abb. 1). Voraussetzung ist die Nutzung der App „Meine GynPraxis“. Sobald eine Schwangere ihre Fragebögen über die App abschickt, wird die Vergütung automatisch an das hinterlegte Praxiskonto überwiesen – ganz ohne zusätzlichen Aufwand. Schon bei einer

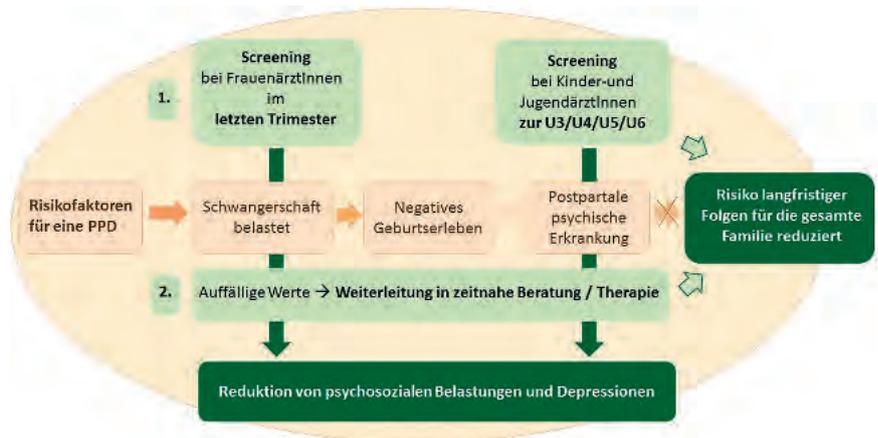


Abb. 2: UPlusE-Intervention

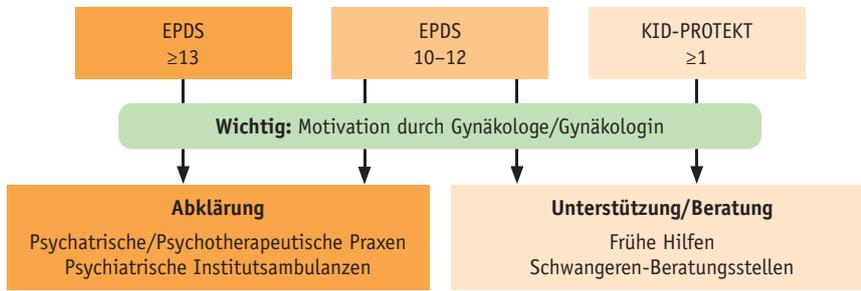


Abb. 3: Weiterleitungspfad UPlusE

teilnehmenden Schwangeren pro Monat deckt die Studienvergütung die App-Kosten vollständig. Eine alleinige Nutzung der App nur für den Studienzeitraum ist daher möglich und rentabel.

Die Punktwerte und Auswertungen der Interventionsgruppe (IG) inklusive regionaler Hilfsadressen sind in der Praxisverwaltung schnell einsehbar. Die medizinischen Fachangestellten der Praxis können so auffällige Werte mit einem Blick erkennen und notieren – für eine kurze Ansprache beim nächsten Vorsorgetermin. Wichtig bei suizidalen Angaben: Unabhängig von IG oder KG wird die Praxis sofort per E-Mail informiert. Die betroffene Schwangere erhält parallel Hinweise auf geeignete Anlaufstellen.

Die zentrale Aufgabe in der IG-Arztpraxis besteht darin, bei der nächsten Vorsorgeuntersuchung die Screening-Ergebnisse kurz anzusprechen und die Patientin zu motivieren, die empfohlenen Anlaufstellen für Beratung/Therapie zu kontaktieren. Die ausführliche Besprechung der Screenings und weiterführende Diagnostik ist dann in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Praxis („Psych-Behandler“) vorgesehen. In der Motivation, den Weg dorthin zu finden, machen teilnehmende Praxen den entscheidenden Unterschied! Studien zeigen: Ein Fragebogen allein bringt Betroffene selten in Behandlung (32). Es braucht den persönlichen Zuspruch einer vertrauten Fachperson. Besonders bei einem EPDS-Wert ≥ 13 gilt: Stärken Sie das Vertrauen in Behandlung: Viele Eltern glauben, ihre Gefühle seien Ausdruck von persönlichem Versagen. Verdeutlichen Sie: Depressionen sind häufig, behandelbar – und keine Frage der „Mutterqualität“. Ermutigen Sie zur Abklärung: Selbst wenn es

„nicht mehr so schlimm“ erscheint – der erste Schritt zur Hilfe zählt. Ob wirklich eine Behandlung notwendig ist, klärt dann der „Psych-Behandler“.

Praxis-Tipp: Ein kurzer persönlicher Kontakt (zum Beispiel ein 5-Minuten-Telefonat) zwischen gynäkologischer Praxis und „Psych-Behandler“ stärkt die Zusammenarbeit und senkt Hürden. Das Weiterleitungsschema je nach Punktwert finden Sie in Abbildung 3. Zur Unterstützung steht eine kostenlose, CME-zertifizierte Online-Schulung bereit. Bei Fragen hilft das UPlusE-Projekttelefon – erreichbar von Montag bis Freitag unter 0911 398 116 966.

Fazit für Ihre Praxis

- Depressionen peripartal sind häufig, aber behandelbar.
- Sie als GynäkologIn sind oft erste Ansprechperson für betroffene Schwangere/Eltern. Ihre Aufklärung kann den entscheidenden Impuls zur Inanspruchnahme von Hilfe geben.
- Mit der Behandlung einer Depression senken sie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen – das vergütete UPlusE-Screening spart Ihnen dabei Zeit und Aufwand.
- Nur mit Ihrer Mithilfe kann diese Versorgungsleistung auch fester Bestandteil der Regelversorgung werden.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.upluse.de

Literatur

1. Howard LM, Molyneux E, Dennis CL et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*. 2014; 384(9956): 1775–1788

Östrogenfrei verhüten



Slinda®

- **Überzeugende Partialwirkungen: antiandrogen und antimineralokortikoid^{1,2}**

- **Überlegenes Blutungsprofil gegenüber Desogestrel 75 µg^{3,4}**



1) Krattenmacher R. Drospirenone: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. *Contraception*. 2000;62(1):29–38. doi:10.1016/S0010-7824(00)00133-5. 2) Palacios S, Colli E, Regidor PA. Metabolic and laboratory effects of a progestin-only pill containing drospirenone 4 mg in comparison to desogestrel 75 µg: a double-blind, double-dummy, prospective, randomised study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021;26(6):454–461. doi:10.1080/13625187.2021.1957094. 3) Regidor PA, Palacios S, Colli E. Bleeding profile of women with cardiovascular risk factors using a drospirenone only pill with 4 mg over nine cycles compared to desogestrel 0.075 mg. *Gynecological Endocrinology*. 2022;38(4):333–338. doi: 10.1080/09513590.2022.2046729. 4) Palacios S, Colli E, Regidor PA. Bleeding profile of women using a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *PLoS ONE*. 2020;15(6):e0231856. doi:10.1371/journal.pone.0231856.

DE-2406-01755.10

slinda.de

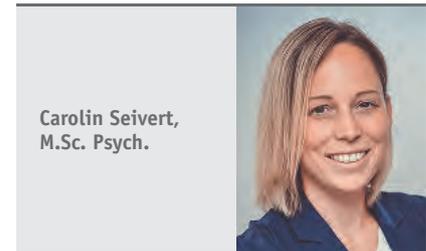


Slinda 4 mg Filmtabletten. Verschreibungspflichtig. **Zus:** 1 weiße, wirkstoffh. Filmtabl. Enth.: 4 mg Drospirenon. 1 grüne Placebo Filmtabl. enth. keinen Wirkst. **Sonst. Bestandt.:** wirkstoffhlt. Tbl.: mikrokr. Cellulose, Lactose, hochdisp. Siliziumdioxid (E 551), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzl.], Poly(vinylalkohol), Titandioxid (E 171), Macrogol 3350, Talkum. Placebo: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Povidon K 30, hochdisp. Siliziumdioxid (E 551), Magnesiumstearat (Ph. Eur.) [pflanzl.], Hypromellose, Triacetin, Polysorbat 80, Titandioxid (E 171), Indigokarmin-Aluminiumsalz (E 132), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172). **Anwend.:** Kontrazeption. **Gegenanz.:** Überempfindl. geg. d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt., aktive ven. thromboemb. Erkr., früh. od. akt. best. schw. Lebererkr. bis zur Normalis. d. Leberfunktionswerte, schw. Niereninsuff. od. akut. Nierenversagen, best. od. vermut. Geschlechtshormonabh. Malignome, nicht abgekl. vagin. Blutungen. **Nebenw.:** häufig: verm. Libido, Stimmungsschwank., Kopfschm., Übelkeit, Bauchschm., Akne, Brustbeschw., Metrorrhagie, vag. Blut., Dysmenorrhoe, unregelm. Blut., Gewichtszun. **Gelegentl.:** Vagin. Infekt., Uterine Leiomyome, Anämie, Überempfindlichkeitsreakt., Appetitzun., Hyperkaliämie, Angstzust., Depression, depress. Stimmung, Schwindel, Hitzewallung., Hypertens., Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, Haarausfall, extrem. Schwitzen, Hautausschlag, Seborrhoe, Pruritus, Dermatitis, Amenorrhoe, Menstruationsstör., Unterleibsschm., Ovarialzyste, Vulvovagin. Trockenheit, vagin. Ausfluss, Müdigk., periph. Ödeme, erh. Lebertransaminasen-Werte, erh. Bilirubin-Wert, erh. Kreatin-Phosphokinase-Wert, erh. Gamma-Glutamyltransferase-Wert, erh. Triglycerid-Wert. **selten:** Kontaktlinsenunverträglichk., Polyurie, Zyste in d. Brust, zervikale Dysplasie, Galaktorrhoe, Vulvovagin. Pruritus, Gewichtsabnahme. **Warnhinweis:** Enthält Lactose. **Zul.-Inhaber:** Exeltis Germany GmbH, Adalperstraße 84, 85737 Ismaning, Deutschland, Tel.: +49 89 4520529-0. **Stand d. Information:** Mai 2021.

2. Stein A, Pearson RM, Goodman SH et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*. 2014; 384(9956): 1800–1819
3. McCrone P, Young AH, Zahn R et al. Economic impact of reducing treatment gaps in depression. *Eur Psychiatry*. 2023; 66(1): e57
4. Fonseca A, Ganho-Ávila A, Lambregtse-van den Berg M et al. Emerging issues and questions on peripartum depression prevention, diagnosis and treatment: a consensus report from the COST Action RISEUP-PPD. *J Affect Disord*. 2020; 274: 167–173
5. Yin X, Sun N, Jiang N et al. Prevalence and associated factors of antenatal depression: systematic reviews and meta-analyses. *Clin Psychol Rev*. 2021; 83: 101932
6. Cameron EE, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *J Affect Disord*. 2016; 206: 189–203
7. Kolodziej D, Wolkwitz P, Schön G et al. Evaluation of a child-centred psychosocial healthcare intervention (KIDPROTEKT)—results of a cluster randomized controlled trial in paediatric and gynaecologic practices. *Psychosoc Interv*. 2023; 32(1): 33–42
8. Pereira D, Pessoa AR, Madeira N et al. Association between premenstrual dysphoric disorder and perinatal depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2022; 25(1): 61–70
9. World Health Organization. ICD-11: International classification of diseases (11th revision). Published 2019. Accessed June 12, 2025. <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
10. Rohde A, Dorn A. Rund um die Geburt: Depressionen, Ängste und mehr: Hilfe und Selbsthilfe bei peripartalen psychischen Problemen. 2nd ed. Stuttgart, Germany: Kohlhammer Verlag; 2023
11. Dorsch VM, Rohde A. Postpartale psychische Störungen—Update 2016. *Frauenheilkunde up2date*. 2016; 10(04): 355–374
12. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ et al. Perinatal depression: challenges and opportunities. *J Womens Health*. 2021; 30(2): 154–159
13. Dubber S, Reck C, Müller M et al. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2015; 18(2): 187–195
14. Putnick DL, Sundaram R, Bell EM et al. Trajectories of maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*. 2020; 146(5): e20200857
15. Netsi E, Pearson RM, Murray L et al. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(3): 247–253
16. MBRRACE-UK Collaboration, Knight M, Bunch K, Patel R et al. Saving lives, improving mothers' care core report—lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland confidential enquiries into maternal deaths and morbidity 2018–2020. Oxford, UK: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2022
17. Chen C, Okubo R, Okawa S et al. The prevalence and risk factors of suicidal ideation in women with and without postpartum depression. *J Affect Disord*. 2023; 340: 427–434
18. Muzik M, Borovska S. Perinatal depression: implications for child mental health. *Ment Health Fam Med*. 2010; 7(4): 239–246
19. Plant DT, Pawlby S, Sharp D et al. Prenatal maternal depression is associated with offspring inflammation at 25 years: a prospective longitudinal cohort study. *Transl Psychiatry*. 2016; 6(11): e936
20. Osborne S, Biaggi A, Chua TE et al. Antenatal depression programs cortisol stress reactivity in offspring through increased maternal inflammation and cortisol in pregnancy: The Psychiatry Research and Motherhood–Depression (PRAM-D) Study. *Psychoneuroendocrinology*. 2018; 98: 211–221
21. Kittel-Schneider S, Reif A. Treatment of psychiatric disorders during pregnancy and breastfeeding: psychotherapy and other nondrug therapies. *Nervenarzt*. 2016; 87(8): 967–973
22. COST Action Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder (RISEUP-PPD). Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression. Published 2025. Accessed June 12, 2025. <https://www.riseupppd18138.com/guidelines>.
23. Roussos-Ross K. Treatment and management of mental health conditions during pregnancy and postpartum. *Obstet Gynecol*. 2023; 141(6): 1262–1288
24. Embryotox–Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie. Published 2025. Accessed June 12, 2025. <https://www.embryotox.de>
25. Goodman SH, Garber J. Evidence-based interventions for depressed mothers and their young children. *Child Dev*. 2017; 88(2): 368–377
26. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E et al. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 24(3): 237–245
27. Stentzel S, van den Berg N, Lanzick F et al. Identification and transfer to stepped care of depressed and psychosocially stressed parents during peri- and postpartum–UPlusE: study protocol for cluster randomized trial of a screening intervention. *Trials*. 2025; 25(1): 766
28. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987; 150(6): 782–786
29. Herz E. Befindlichkeitsbogen: Deutsche Version des Edinburgh Postnatal Depression Scale von Cox JL, Holden JM, Sagovski R. Published 1996
30. Levis B, Negeri Z, Sun Y et al. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. *BMJ*. 2020; 371: m4022
31. Nitzschke N, Pawlis S, Siefert S. Kindzentrierte psychosoziale Grundversorgung nach dem Modell KID-PROTEKT–RCT-Studie zeigt Mehrwert für Schwangere und Frauenarztpraxen auf. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2022; 82(10): 252–259
32. Gjerdingen DK, Yawn BP. Postpartum depression screening: importance, methods, barriers, and recommendations for practice. *J Am Board Fam Med*. 2007; 20(3): 280–288

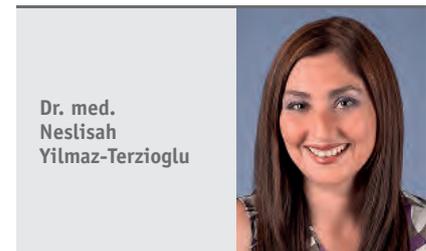
Korrespondenzadressen:

Carolin Seivert, M.Sc. Psych.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik/Universitätsinstitut
der Paracelsus Medizinischen
Privatuniversität (PMU)
Klinikum Nürnberg, Campus Süd
Breslauer Straße 201, 90471 Nürnberg
Carolin.Seivert@klinikum-nuernberg.de



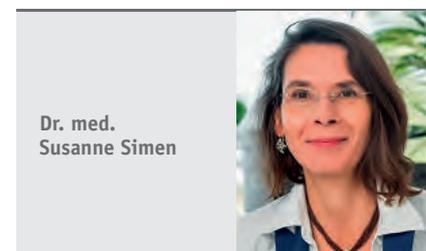
Carolin Seivert,
M.Sc. Psych.

Dr. med. Neslisah Yilmaz-Terzioglu
Frauenarztpraxis Dr. med. Neslisah
Yilmaz-Terzioglu und Kolleginnen
Färberstraße 2, 90402 Nürnberg
[terzioglu@](mailto:terzioglu@frauenaerztin-yilmaz-terzioglu.de)
frauenaerztin-yilmaz-terzioglu.de



Dr. med.
Neslisah
Yilmaz-Terzioglu

Dr. med. Susanne Simen
Konsortialführung UPlusE
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik/Universitätsinstitut
der Paracelsus Medizinischen
Privatuniversität (PMU)
Klinikum Nürnberg, Campus Süd
Breslauer Straße 201, 90471 Nürnberg
Susanne.Simen@klinikum-nuernberg.de



Dr. med.
Susanne Simen