

# Psychische Belastungen in der Schwangerschaft

Teil 2: Vorstellung von „Mind:Pregnancy“ – ein systematisches Screening- und Behandlungsprogramm zur Stärkung der psychischen Stabilität von Schwangeren

S. Wallwiener<sup>1</sup>, M. Götz<sup>1</sup>, L. M. Matthies<sup>1</sup>, C. Vietor<sup>2</sup>, A. Gillessen<sup>2</sup>, H. Abele<sup>3</sup>, S. Brucker<sup>3</sup>, C. Sohn<sup>1</sup>, J. Ringwald<sup>4</sup>, S. Zipfel<sup>4</sup>, M. Wallwiener<sup>1</sup>

**Auf Basis der Versorgungsdaten von über 38.000 Schwangeren wurde erstmalig ein epidemiologisches Profil psychischer Erkrankungen während der Schwangerschaft für Deutschland mit hohen Prävalenzraten in der klinischen Routine präsentiert. In Teil 1, FRAUENARZT 10/2018, konnte gezeigt werden, dass maternale psychische Erkrankungen mit einer signifikant höheren Kaiserschnitttrate, Depressionen zusätzlich mit einem durchschnittlich niedrigeren Geburtsgewicht und Frühgeburtlichkeit assoziiert sind. Im Folgenden wird das Innovationsfondsprojekt „Mind:Pregnancy“ als systematisches Screeningprogramm auf affektive Symptome in der Schwangerschaft vorgestellt.**

Depressive Störungen und Angsterkrankungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und stellen insbesondere während der Schwangerschaft eine Belastung für die Schwangere und ihr Umfeld dar. Während zwischen 10–20 % der Schwangeren von einer ante- oder postpartalen Depression betroffen sind (1–3), konnten für peripartale Angsterkrankungen Lebensprävalenzen von 11–15 % (4, 5) nachgewiesen werden. Daten aus dem Geburtenreport der Techniker Krankenkasse zeigten zudem eine hohe Prävalenz von 24 % für somatoforme/dissoziative Störungen in der Schwangerschaft (6).

Ebenso nimmt die Geburtsangst stetig zu, wobei sich die Ängste auf ver-

schiedene Aspekte wie z. B. die Gesundheit des Kindes, Geburtsverletzungen und Angst vor Kontrollverlust beziehen. 17 % der Schwangeren weisen dabei eine moderate Angst, 6 % sogar eine schwere Angst vor der Geburt auf (7). Es hat sich gezeigt, dass eine hohe maternale Stressbelastung bzw. Geburtsangst neben klaren medizinischen Indikationen in den Entscheidungsprozess des optimalen Geburtsmodus Eingang finden. Bei einer kontinuierlich steigenden Sectiorate sind relative Indikationen, zu denen unter anderem auch maternale psychische Beeinträchtigungen zählen, mittlerweile für bis zu 90 % aller Kaiserschnitte verantwortlich (8). Zudem konnten maternale psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft als Risikofaktor für ein ungünstiges kindliches Outcome identifiziert werden (9–13).

In Teil 1 konnten wir auch anhand der Daten des Geburtenreports der Techniker Krankenkasse nachweisen, dass Kinder von Müttern mit diagnostizierter Depression ein signifikant erhöhtes Risiko für eine Geburt per Sectio

sowie für ein niedriges Geburtsgewicht hatten. Affektive Störungen in der Schwangerschaft stellen somit nicht nur ein schwerwiegendes Problem für Mutter und Kind dar, sondern sind auch aus gesundheitsökonomischen Aspekten ein Thema für die Kostenträger, das gut erkannt und behandelt werden sollte. Der bisher in der Regelversorgung vorgesehene Eintrag „psychische Belastung“ im Mutterpass ist jedoch weder empirisch unterfüttert, noch wird er der seit Jahren erhobenen Forderung gerecht, ein Screening auf empirisch belastbarer Grundlage zu etablieren. Selbst bei zutreffender Diagnose „psychische Belastung“ erreichen Hilfsangebote im Zusammenhang mit der Geburt die betroffenen Schwangeren bislang nur schwer.

Achtsamkeitsbasierte Interventionen (sog. Mindfulness-based Interventions, MBI) stellen einen vielversprechenden Ansatz in der Behandlung von Angst-, Depressions- und Stresssymptomen dar, auch in der Schwangerschaft. Viele Studien der letzten Jahre konnten wiederholt reproduzierbare, unterschiedlich große Effekte, mitunter sogar die Überlegenheit gegenüber der Standardbehandlung (14), auf die Angst- und Stressreduktion durch diese Form der angeleiteten Selbsthilfe zeigen (9, 15, 16).

## Welchen Beitrag leistet Mind:Pregnancy?

Das Innovationsfondsprojekt Mind:Pregnancy versteht sich als direkter Beitrag zum jüngsten nationalen Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, insbesondere zur Stärkung psychischer Stabilität von Schwangeren und Förderung einer physiologischen Geburt. Mind:Pregnancy versucht, ein systematisches Screening und Behandlungsprogramm für Schwangere in Baden-Württemberg im Rahmen eines Konsortiums unter Leitung der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg zu etablieren. Diese neue Versorgungsform wird mit 3,4 Mio. Euro vom Bundes-

<sup>1</sup> Universitäts-Frauenklinik, Heidelberg

<sup>2</sup> Techniker Krankenkasse, Hamburg

<sup>3</sup> Universitäts-Frauenklinik, Tübingen

<sup>4</sup> Universitätsklinikum Tübingen, Abteilung psychosomatische Medizin und Psychotherapie

gesundheitsausschuss als neues Vorsorgeprogramm gegen Stress, Depressionen und Ängste in der Schwangerschaft unterstützt.

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) zugelassenen, ermächtigten oder angestellten Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auch Zweigniederlassungen sowie Tätige in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft oder in MVZs sind zur Teilnahme berechtigt. Zur Zielgruppe der neuen Versorgungsform gehören alle Schwangeren in Baden-Württemberg, die bei einer der teilnehmenden Krankenkassen in Baden-Württemberg gesetzlich versichert sind.

Als unmittelbares Versorgungsziel gilt die signifikante Reduktion von Depressions- und Angstsymptomen

### Versorgungsziele Mind:Pregnancy

#### Unmittelbares Versorgungsziel

- signifikante Reduktion von Depressions- und Angstsymptomen bei Schwangeren
- Aufnahme von eHealth-Achtsamkeitsinterventionen in die Grundversorgung

#### Mittelbare Versorgungsziele

- Förderung einer gesunden Schwangerschaft
- höherer Anteil interventionsarmer Geburten/höhere Rate an natürlichen Geburten
- Reduktion der Sectiorate
- Verringerung postpartaler Depressionen („gesundes Wochenbett“)
- Vermeidung von Folgeschäden beim Kind

#### Weitere Ziele

- Validierung der Angabe „psychische Belastung“ im Mutterpass
- stärkere interdisziplinäre Vernetzung von Gynäkologen und Psychologen

bei Schwangeren durch die Teilnahme an einer wöchentlichen, onlinebasierten Achtsamkeitsintervention mit verhaltenstherapeutischen Elementen über einen Zeitraum von acht Wochen. Weiterhin stehen eine stärkere interdisziplinäre Vernetzung von Gynäkologen und Psychologen sowie die Validierung der Angabe „psychische Belastung“ im Mutterpass im Vordergrund. Mittelbare Ziele sind ein höherer Anteil interventionsarmer Geburten, eine Reduktion der Sectiorate sowie eine Verringerung der Häufigkeit postpartaler Depressionen („gesundes Wochenbett“) und Folgeschäden beim Kind.

### Screening

Das Screening kann prinzipiell zu jeder Schwangerschaftswoche (bis maximal 28. SSW) durchgeführt werden, findet aber insbesondere im Rahmen der Erst- oder Zweituntersuchung gemäß den Mutterschaftsrichtlinien beim niedergelassenen Frauenarzt statt. In der Studienphase wird das Screening zusätzlich durch die Modellkliniken der Universitäten Heidelberg und Tübingen unterstützt.

Als Methode kommt dabei die „Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (EPDS), ein klinisch-valides Instrument zur Einschätzung der depressiven Symptomatik in der Schwangerschaft und Postpartalperiode, zum Einsatz. Die Erfassung erfolgt dabei mithilfe eines papierbasierten Fragebogens, der aus zehn Items besteht. Dieser Fragebogen wird an die Koordinierende Stelle in Heidelberg weitergeleitet und zentral ausgewertet.

### Assessment und Betreuung über die Koordinierende Stelle

Auffällig gescreente Schwangere werden durch die Koordinierenden Stellen direkt kontaktiert, und es wird ihnen ein psychologisches Erstgespräch angeboten. Nimmt die Schwangere dieses Angebot an, kann sie sich in Heidelberg oder Tübingen vorstellen. In diesem Rahmen erfolgt

ein umfassendes Assessment zur affektiven Diagnosestellung, das optional auch per Online-Video-Sprechstunde angeboten wird, falls die Schwangere z. B. aufgrund räumlicher Entfernung die Koordinierende Stelle nicht persönlich aufsuchen kann. Akut gefährdete Patientinnen, die einer sofortigen ärztlichen Versorgung bedürfen, sollen hierbei herausgefiltert werden. Ist dies nicht der Fall, kann die Schwangere an *Mindmom* teilnehmen, der onlinebasierten Achtsamkeitsintervention von Mind: Pregnancy.

Die Koordinierende Stelle arbeitet dabei stets eng mit den jeweils betreuenden Frauenärzten zusammen, berät bei Bedarf zur Wahl der geeigneten Entbindungsklinik (z. B. bei Medikamenteneinnahme) und koordiniert gegebenenfalls postpartale Hilfestellungen wie z. B. die Anbindung an Mutter-Kind-Stationen und spezielle Familienhebammen.

### Onlinebasierte Achtsamkeits-Intervention *Mindmom*

Im Rahmen der onlinebasierten Achtsamkeitsintervention *Mindmom* werden die schwangeren Frauen mithilfe von etablierten verhaltenstherapeutischen Fertigkeiten („Skills“) und psychoedukativen Inhalten zur selbstwirksamen Bewältigung von depressiven Symptomen und Ängsten angeleitet, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, Geburt und Versorgung des Kindes auftreten. Die unterschiedlichen Themen und Inhalte werden dabei in 8-wöchentlichen Sitzungen innerhalb eines etablierten Konzepts (17) angeboten, die Bearbeitung erfolgt wahlweise am PC, Tablet oder Smartphone. Die zu bearbeitenden Module beinhalten Lehrvideos, Audiodateien, interaktive Arbeitsblätter sowie eine persönliche Skillbox.

Das Ziel für die teilnehmenden Schwangeren besteht darin, mithilfe der integrierten Übungen fortlaufend die eigene Bedürfniswahrnehmung zu

schulen, um im Sinne eines achtsamen Umgangs mit sich und dem ungeborenen Baby die erlernten Skills gezielt auf die eigenen Bedürfnisse anwenden zu können. Am Ende der Intervention sollen sich die Patientinnen einen individuellen „Notfall-Skillskoffer“ zusammenstellen, der ihnen hilft, schwierige Situationen in ihrer aktuellen Lebenssituation zu meistern. Individuelle Rückmeldungen der Schwangeren erfolgen jeweils am Ende jeder zweiten Sitzung anhand der erhobenen Angaben zu psychischen Belastungen (Tab. 1).

### Projektbegleitende Studie

Den Förderrichtlinien des Innovationsfonds entsprechend wird das Projekt evaluiert. Das Studiendesign sieht eine Randomisierung der auffällig gescreenten Schwangeren vor. Studienteilnehmerinnen der Kontrollgruppe erhalten auch *Mindmom* mit dem damit verbundenen Schwangerschaftsratgeber, jedoch ohne die Achtsamkeitsintervention. Je nach Symptomstärke ist eine Anbindung an übliche Standardbehandlungen möglich. Studienteilnehmerinnen beider Gruppen werden zunächst zweiwöchentlich, dann 1 und 5 Monate nach der Geburt des Kindes (insgesamt 7 Visiten) gebeten, verschiedene Fragebögen zu beantworten. Diese erheben neben depressiven- und Angst-Symptomen verschiedene Themen rund um Schwangerschaft und Geburt, zum

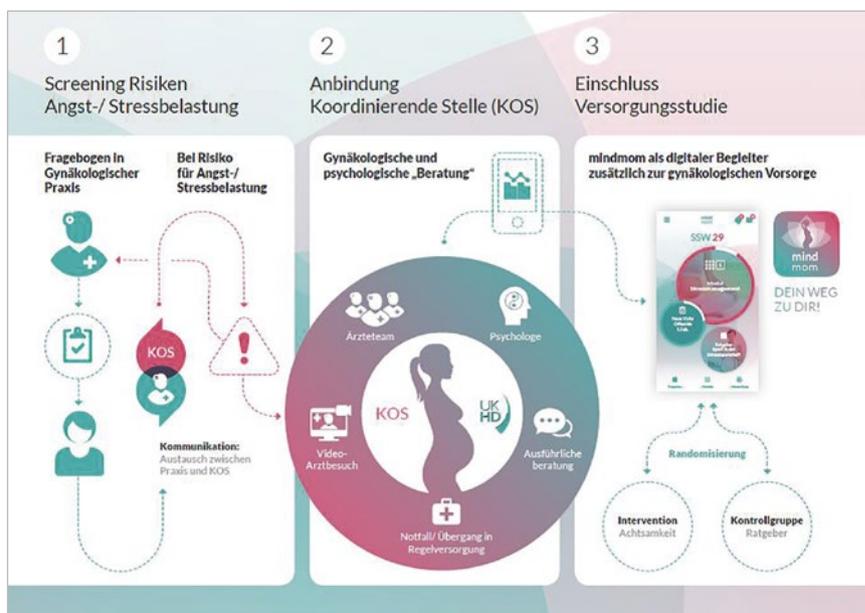


Abb. 1: Ablaufdiagramm Mind: Pregnancy

Beispiel die Bindung zum Kind, das Geburtserleben und zur Lebensqualität. Die Beantwortung erfolgt onlinebasiert über das eigene Smartphone oder einen Computer. Ergänzend ist eine mehrmalige Messung des Cortisolspiegels geplant. Teilnehmerinnen erhalten eine Aufwandsentschädigung. Ziel dieser Studie ist es, die klinische Effektivität der MBI im letzten Drittel der Schwangerschaft auf die Symptombelastung zu untersuchen. Daneben wird weiteren Fragestellungen nachgegangen, unter anderem dem Einfluss auf neuroendokrine Stressmarker (Cortisol), der Verbesserung der Lebenszufriedenheit, dem Beitrag zur Verbesserung des Geburts-

erlebens und der Bindung zum Säugling, einem Effekt auf die Rate an Kaiserschnittentbindungen sowie gesundheitsökonomische Auswirkungen. Die Auswertung der erhobenen Parameter erfolgt durch die Ludwig-Maximilians-Universität München. Für die gesundheitsökonomische Evaluation durch die Universität Bielefeld werden zusätzlich Krankenkassendaten hinzugezogen. Alle Daten werden dafür pseudonymisiert (Abb. 1).

### Partner des Projekts Mind: Pregnancy

Konsortialpartner des Projekts sind das Institut Frauengesundheit Institute Women’s Health GmbH, die Universitäts-Frauenklinik Tübingen, die Ludwig-Maximilians-Universität München, die Universität Bielefeld, die Psychosomatische Medizin & Psychotherapie Tübingen, die Techniker Krankenkasse, die GWQ ServicePlus AG sowie die mh-plus Betriebskrankenkasse. Kooperationspartner sind die AOK Baden-Württemberg, die Barmer Ersatzkasse, der Berufsverband der Frauenärzte Baden-Württemberg sowie die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. Die beteiligten Krankenkassen werden ihren Versicherten das Screening auf freiwilliger Basis anbieten, womit in Baden-Württemberg etwa 15.000

### Mindmom – die onlinebasierte Achtsamkeitsintervention von Mind: Pregnancy

Schwangerschaftswoche	Achtsamkeitsmodul
SSW 29+0	Einführung in die Achtsamkeit
SSW 30+0	Ängste und Sorgen
SSW 31+0	Stress und Körper
SSW 32+0	Schmerzwahrnehmung
SSW 33+0	Geburtsverlauf
SSW 34+0	Ich und mein Baby
SSW 35+0	Ausblick postpartum
SSW 36+0	Notfallmanagement

Tab. 1: Zeitliche Abfolge der Mindmom-Achtsamkeitsmodule

Schwangere innerhalb der Projektlaufzeit erreicht werden können. Geldgeber für das Projekt ist der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. (Abb. 2)

### Beitrag zur Weiterentwicklung der Regelversorgung

Aktuell umfasst die bestehende Regelversorgung die Kennzeichnung einer psychischen Belastung von Schwangeren im Mutterpass. Dabei kommen jedoch weder systematische, validierte Screening-Instrumente zum Einsatz noch erfolgt anschließend eine koordinierte Versorgung von psychisch auffälligen Schwangeren. Die aktuelle Datenlage verdeutlicht die Notwendigkeit wirksamer Screening-, Präventions- und Interventionsprogramme, um den betroffenen Frauen peripartale Hilfestellungen und Therapieangebote zugänglich zu machen.

Das vorliegende Versorgungsmodell bietet mit dem Screening sowie der

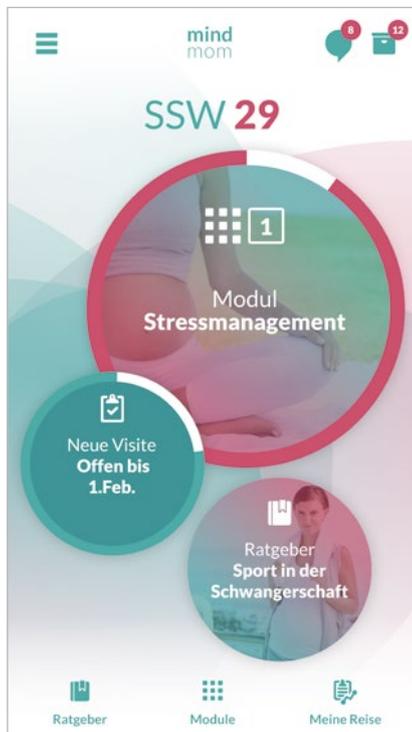


Abb. 2: Screenshot der Achtsamkeitsapplikation *Mindmom*

### Welche Patientinnen können teilnehmen?

- Screening aller Schwangeren mit Einlingsschwangerschaften bis zur 28. SSW
- EPDS als Selbstbeurteilungsinstrument
- Vergütung des Screenings (35 €), Abrechnung über Pseudoziffer mittels KVBW
- Auswertung erfolgt über koordinierende Stellen sowie Kontaktaufnahme der Patientinnen bei auffälligem Ergebnis
- Gemeinsamer Selektivvertrag und Teilnahmeerklärung für alle Kassen

Anbindung und Weiterbetreuung durch eine Koordinierende Stelle erstmals ein konkretes, geregeltes Hilfsangebot für Schwangere mit psychischen Erkrankungen. Die onlinebasierte Selbsthilfe von Mind:Pregnancy stellt dabei eine leicht zugängliche Intervention dar, die von den Schwangeren bequem von zuhause aus durchgeführt werden kann. Durch eine frühzeitige Erkennung und rechtzeitige Behandlung affektiver Erkrankungen lassen sich die Häufigkeit von Geburtsinterventionen, insbesondere Kaiserschnitten, von peripartalen Depressionen und mittelbar auch ungünstige Folgen auf die Kinder deutlich verringern (18, 19). In Anbetracht der steigenden Kaiserschnittraten scheint es gerade auch bei der klassischen Geburtsangst ratsam, durch eine frühzeitige Diagnose den begründeten oder unbegründeten Ängsten eine zeitnahe Intervention gegenüberzustellen. Schließlich soll das neue Versorgungsmodell von Mind:Pregnancy dazu dienen, dem Frauenarzt ein interdisziplinär entwickeltes Instrument für diese besondere Patientengruppe an die Hand zu geben und damit eine Versorgungslücke in der Behandlung von Schwangeren mit psychischen Belastungen zu schließen.

Bei erfolgreicher Evaluation hat das Projekt sehr gute Chancen, in die Regelversorgung überführt zu werden.

### Sie möchten teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind Praxen oder Kliniken in Baden-Württemberg. Anmelden können Sie sich unter [www.mindpregnancy.de](http://www.mindpregnancy.de) oder auf der Homepage der KV Baden-Württemberg unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de)

### Literatur

bei den Autoren oder in der Online-Version des Beitrags unter [www.frauenarzt.de](http://www.frauenarzt.de)

### Interessenkonflikte

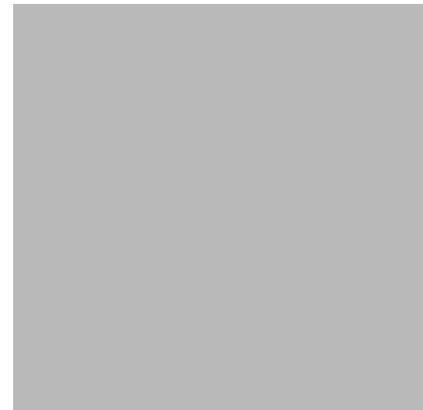
S.W., M.G., A.G., S.B., C.S., J.R. und S.Z. geben an, dass keine Interessenkonflikte vorliegen. L.M.M. gibt an, dass Interessenkonflikte im Bereich wissenschaftliche Tätigkeiten vorliegen. C.V. gibt an, dass Interessenkonflikte in dem Bereich Kongresse vorliegen. H.A. gibt an, dass Interessenkonflikte in den Bereichen Gutachtertätigkeit, Fortbildung und Kongresse und wissenschaftliche Tätigkeiten vorliegen. M.W. gibt an, dass Interessenkonflikte im Bereich Gutachtertätigkeit vorliegen.



### Für die Autoren

**PD Dr. med. Stephanie Wallwiener**  
 Universitäts-Frauenklinik Heidelberg  
 Im Neuenheimer Feld 440  
 69120 Heidelberg  
[stephanie.wallwiener@gmail.com](mailto:stephanie.wallwiener@gmail.com)

Anzeige



## Literatur

Literatur zum Beitrag „Psychische Belastungen in der Schwangerschaft“, Teil 2, FRAUENARZT 1/2019

1. Gawlik, S et al., Subclinical depressive symptoms during pregnancy and birth outcome – a pilot study in a healthy German sample. *Arch Womens Ment Health*, 2013. 16(2): p. 93–100
2. Gavin, NI et al., Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol*, 2005. 106 (5 Pt 1): p. 1071–83
3. Becker, M et al., Depression During Pregnancy and Postpartum. *Curr Psychiatry Rep*, 2016. 18(3): p. 32
4. Howard, LM et al., Accuracy of the Whoolley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale in identifying depression and other mental disorders in early pregnancy. *Br J Psychiatry*, 2018. 212(1): p. 50–56
5. Reck, C et al., Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 2008. 118(6): p. 459–68
6. Techniker Krankenkasse, Geburtenreport – Eine Routinedatenanalyse zu Kaiserschnitt und Frühgeburt. 2016
7. Areskog, B, N Uddenberg, and B Kjessler, Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*, 1981. 12(5): p. 262–6
8. Mylonas, I and K Friese, Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int*, 2015. 112(29-30): p. 489–95
9. Guardino, CM and CD Schetter, Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychol Rev*, 2014. 8(1): p. 70–94
10. Van den Bergh, BR et al., Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev*, 2005. 29(2): p. 237–58
11. Diego, MA et al., Prenatal Depression Restricts Fetal Growth. *Early human development*, 2009. 85(1): p. 65–70
12. Grote, NK et al., A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*, 2010. 67(10): p. 1012–24
13. Jarde, A et al., Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 2016. 73(8): p. 826–37
14. Klainin-Yobas, P, MA Cho, and D Creedy, Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 2012. 49(1): p. 109–21
15. Goodman, JH et al., CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health*, 2014. 17(5): p. 373–87
16. Khoury, B et al., Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 2013. 33(6): p. 763–71
17. Dimidjian, S et al., Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol*, 2016. 84(2): p. 134–45
18. Saisto, T and E. Halmesmaki, Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2003. 82(3): p. 201–8
19. Dennis, CL, Psychosocial interventions for the treatment of perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2014. 28(1): p. 97–111