„Schwangerschaft und Geburt als die Wiege der Gesundheit“

Mag[a] Michaela Langer

Klinische und Gesundheitspsychologin
Stellvertretende Leiterin des
Wiener Programms für Frauengesundheit
in der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Vortrag auf dem

Symposium zum traditionellen Wissen der Hebammen

„VOM WERDEN UND GEBOREN SEIN ...“

5. Juni 2009
im Österreichischen Museum für Völkerkunde

Eine gesunde Entwicklung ab dem Beginn des Lebens eines Individuums ist von vielfältigen Faktoren abhängig, die zum Teil genetisch vorgegeben sind, zum Teil jedoch beeinflusst werden können.

Zu den Faktoren, die die Entwicklung beeinflussen, gehört zunächst eine Schwangerschaft unter optimalen Bedingungen, sowohl psychischer als auch somatischer und sozialer Natur. Das Wohlbefinden der werdenden Mutter in ihrer Umgebung hat direkte Auswirkungen auf das sich entwickelnde Kind.

Durch die optimale Betreuung der Schwangeren und der Zeit rund um die Geburt in allen Lebensbereichen können manche Risiken erkannt und vermieden werden, oder es kann eine Hilfestellung zur Minimierung gegebener Risken eingeleitet werden.

Auf Ebene der Welt-Gesundheitsorganisation WHO wurde 1998 die Strategie der Europäischen Regionen „Gesundheit 21“ veröffentlicht. Sie ist die überarbeitete Fassung des Programms „Gesundheit für Alle“ von 1984.

Als drittes von 21 Zielen wird hier „Ein gesunder Lebensanfang“ formuliert: „ Bis zum Jahr 2020 sollten sich alle Neubegorenen, Säuglinge und Kinder im Vorschulalter in der Region einer besseren Gesundheit erfreuen, damit sie gesund ihr Leben beginnen können.

Dieses Ziel lässt sich erreichen, wenn u.a. der Gesundheit von Frauen in der nationalen und kommunalen Politik hohe Priorität beigemessen wird. (Die gesamte Ziele können unter http://www.apug.de/apug/geschichte/gesundheit21.htm nachgelesen und heruntergeladen werden).

Ebenso findet sich in Artikel 24 der UN-Konvention über die Rechte des Kindes der Absatz, „ ... eine angemessene Gesundheitsfürsorge für Mütter vor und nach der Entbindung sicherzustellen“.

Für die Mehrheit der Frauen ist die Umstellung und Anpassung an die Veränderung überwiegend beglückend zu bewältigen. Für jene Frauen jedoch, die unter schlechten sozialen Vorrausetzungen "guter Hoffnung" sind, ist die Anpassung an die Schwangerschaft und die Geburt eine soziale und seelische Herausforderung, der sich manche Schwangeren und Mütter nicht ohne Unterstützung gewachsen fühlen und die zu Krisen führen kann.

Diese Krisen können zu schlechteren Startbedingungen für Mutter und Kind führen. Kinder von Müttern, die prä,- oder postpartal eine Krise durchleben, und daher weniger Unterstützung durch die Mutter erfahren, haben ein höheres Risiko, eine unsichere Bindung zu entwickeln und bereits im Laufe der Kindheit an psychischen Krisen zu Leiden. Denn eine Mutter, die an einer postpartale Depressionen leidet, reagiert dem Kind gegenüber mit einer Einschränkung von Mimik, Sprache, emotionaler Resonanzfähigkeit und Empathie. Und das kann zu Entwicklungs- und Bindungsbeeinträchtigungen und - störungen des Kindes führen.

Schwangerschaft, Geburt und frühe Mutter/Elternschaft als psychosoziale Krise

Nicht alle schwangeren Frauen sind in der glücklichen Lage, stabile und unterstützende Bedingungen vorzufinden. Dies ist insbesondere dann gegeben, wenn die psychosozialen Bedingungen brüchig sind oder im Laufe der Schwangerschaft sich medizinische Komplikationen ergeben[1, 2].

Neben leichten depressiven Verstimmungen und Angstsymptomen können schwere, lang anhaltende Depressionen und in seltenen Fällen auch Psychosen auftreten.[3]

Faktum ist, dass die nicht-psychotische Form der PPD eine massive psychische und psychosoziale Belastung von Frauen vor und nach der Geburt darstellt, der lange Zeit zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde.

Es herrscht in Fachkreisen Einigkeit darüber, dass psychische Störungen in der Schwangerschaft und vor allem in der Zeit nach der Geburt nicht früh genug und dem Schweregrad angemessen wahrgenommen werden.[4,5,6,7,8]

Formen und Häufigkeit von postpartalen Krisen

Die postpartale Depression gilt als die häufigste psychiatrische Erkrankung nach der Geburt. Wissenschaftliche Erkenntnisse weisen aber auf den wachsenden Anstieg von psychischen Krisen bereits in der Schwangerschaft hin.[9] Neueste Erkenntnisse ermitteln eine Inzidenz für postpartale Depressionen von 15-20% Schwangerer bzw. Mütter. Dies entspricht in Wien bei einer Geburtenzahl von 18.616 Kindern rund 3.000 Müttern.

[1] Wimmer-Puchinger B., Riecher-Rössler A., 2006. Postpartale Depression. Springer Verlag
[2] Klier, CM., Demal, U., Katschnig, 2001. Mutterglück – Mutterleid. Facultas Universitätsverlag 2001
[3] Riecher-Rössler in Wimmer-Puchinger B., Riecher-Rössler A., 2006. Postpartale Depression. Springer Verlag
[4] „Demographic characteristics of participants in studies of risk factors, prevention, and treatment of postpartum depression“ von *Ross LE, Campbell VL, Dennis CL, Blackmore ER;Can J Psychiatry. 2006 Oct;51(11): 704-710*
[5] Postpartum depression treatment rates for at-risk women“ von Horowitz JA, Cousins A. William F. Connell School of Nursing, Boston; Nurs Res. 2006 Mar-Apr;55(2 Suppl): 23-27
[6] Postpartum depression: identification, screening, and treatment“ von Perfetti J, Clark R, Fillmore CM; WMJ. 2004;103(6):56-63
[7] Early intervention for perinatal depression“ von Thoppil J, Riutcel TL, Nalesnik SW; Am J Obstet Gynecol. 2005 May;192(5):1446-8
[8] Identifying and treating postpartum depression“ von Horowitz JA, Goodman JH; J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005 Mar-Apr;34(2):264-73
[9] Steward, D.E., 1993. in: Klier, C.M., Demal, U., Katschnig, H. (Hrsg.). Mutterglück und Mutterleid. Diagnose und Therapie der postpartalen Depression, Wien 2001

Tabelle 1: Formen postpartaler psychischer Beeinträchtigungen[10]

*) Hochgerechnet auf 78.400 Geburten in Österreich im Jahr 2000

Typ	Manifestation	Symptomatik	Therapie und Verlauf
„Heul-Tage" im Wochenbett, Postpartum-Blues, Baby-Blues 30-75 Prozent der Frauen (Österreich*: 23.000 – 58.000 Frauen jährlich)	Beginn ca. ab dem dritten bis fünften Tag nach der Geburt Dauer: wenige Tage	Affektlabilität, Ängstlichkeit mit schnellem Wechsel zwischen Weinen und Lachen, Reizbarkeit; somatische Depressionssymptome (Appetitlosigkeit, Müdigkeit, ...) erhöht, nicht jedoch die kognitiven Symptome	Eine spezifische Therapie scheint nicht notwendig, wohl aber emotionale Zuwendung.
Wochenbettdepression (PPD) 10-15 Prozent der Frauen (Österreich*: 8.000 – 12.000 Frauen jährlich)	Beginn: mehrere Tage, auch Wochen nach der Geburt Dauer: abhängig vom Schweregrad Wochen bis Monate	Depressive Verstimmung unterschiedlichen Schweregrades, Insuffizienz-, Schuldgefühle, Zwänge, Panikattacken	Dringend behandlungsbedürftig, Psychotherapie und/oder medikamentöse Therapie
Depression nach Totgeburt, Frühgeburt, ...	Beginn: direkt nach dem Ereignis Dauer: abhängig vom Schweregrad Wochen bis Monate	Nach Schock, Verzweiflung und akuter Belastungssituation erfolgt meist ein Übergang in eine länger dauernde reaktive Depression.	Psychotherapie unbedingt empfehlenswert, Abschied nehmen können; medikamentöse Therapie
Wochenbett-Psychose 0,1-0,2 Prozent der Frauen (Österreich*: 80 – 160 Frauen jährlich)	Beginn: nach der Geburt innerhalb der ersten vier Wochen; 75 Prozent innerhalb der ersten zwei Wochen Dauer: abhängig vom Schweregrad Tage bis Monate	Alle Typen von Psychosen kommen vor (schizophrene, schizoaffektive, affektive, polymorphe, organische Psychosen)	Therapie dringend erforderlich - je nach klinischem Bild
Posttraumatische Belastungsstörungen nach einer traumatisch erlebten Entbindung	Beginn: erste Tage bis Wochen nach der Geburt Dauer: abhängig von Schweregrad Wochen bis Monate, Chronifizierung möglich	Anfängliche „Betäubung", Depression, Angst, sozialer Rückzug, Flashbacks, Träume innerhalb von 6 Monaten	Psychotherapeutische Betreuung

Risikofaktoren für die Entstehung von perinatalen Krisen

Konsistente Ergebnisse finden sich in der Fachliteratur zu psychosozialen Risikofaktoren in Hinblick auf psychische Krisen wie postpartale Depressionen bei:[11, 12]

- Frühere Episoden psychischer Vulnerabilität oder psychiatrischer Erkrankungen
- Depressionen/Angststörungen
- traumatisierende Erlebnisse (Gewalterfahrung)
- Essstörungen
- Partnerschaftsprobleme
- finanzielle existentielle Nöte

[10] BM für Gesundheit und Frauen (Herausgeber)2006: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. S. 195. Zitiert nach: Rohde, 2001, S. 318; Kühner 2001, S. 180ff
[11] BM für Gesundheit und Frauen (Hrsg.)2006: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. S. 194.
[12] Beck CT (1996) A meta analysis of predictors of post partum depression. In Nurs Res 45:297-303, 363

- mangelnde soziale Unterstützung durch das Umfeld
- allein erziehende Mütter
- perinatale Krisen (traumatisierende Geburten, Sektio, Zangengeburten, Vakuumextraktion, Totgeburten, Behinderungen, medizinische Indikation)

Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung

a) Mütterliche Risikofaktoren:

- Problemen in der Partnerschaft
- Alleinerzieherinnen sind
- Schwieriges familiäres Umfeld und
- Wenig soziale Unterstützung
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Gewalterfahrungen
- Negative Schwangerschaftserfahrungen (langer unerfüllter Kinderwunsch, IVF, unglückliche pränataldiagnostischen Ergebnissen, Fehlgeburten, Totgeburten, Schwangerschaftsabbrüche)
- Traumatisches Geburtserlebnis
- Frühgeburt und/oder schwer krankes/chronisch krankes Kind
- Negativen akut belastende Lebensereignisse
- Psychische Erkrankungen in der Anamnese
- Postpartale Depression bei einer vorangegangenen Schwangerschaft
- Familienanamnese für Depression
- Psychopharmaka- und Medikamenteneinnahme
- Suchterkrankungen (Alkohol, Nikotin, Drogen)

b) Kindliche Risikofaktoren:

- Frühgeburt vor der 35. SSW oder Geburtsgewicht unter 2000g
- Dystrophie, Makrosomie
- Übertragung, Geburt nach der 42. SSW
- Mehrlingsgeburt, Lageanomalien
- Hinweise für pränatale Sauerstoffmangelzustände (z.B. grünes Fruchtwasser, abnorme CTG Befunde, abnorme fetale Dopplersonografie)
- Perinatale Asphyxie, Apgarwert nach 5 min. <7, Nabelschnur pH <7,0 Icterus gravis >20mg%

Datenlage zu den Risikofaktoren

Eckdaten zu Schwangerschaft und Geburt:

a) Soziodemographische Daten

- 18.616 Kinder wurden 2008 in Wien geboren (2,5% mehr als 2007)[13]
- 27,7 Jahre: Durchschnittsalter der Mutter bei Erstgeburt (2007) [14]
- 98,5% der Kinder werden im Krankenhaus geboren [15]
- 4009 Mütter haben nur Pflichtschule oder AHS-Unterstufe.[16]
- 3321 der Mütter haben eine Lehre mit Berufsschule absolviert[17]

b) Psychosoziale Belastungsfaktoren

- 31,2% uneheliche Geburten in Wien [18]
- 2.537 Scheidungen in Wien in 2007, mit mindestens 1 betroffenen Kind, davon 1.884 Kinder unter 10 Jahre[19]
- Ausländeranteil: 22,4 von 100 in Österreich geborenen Kindern.[20]
- 4,5% (747) Teenagermütter (davon 2 Mütter unter 15 Jahre) [21]

c) Medizinische Risikofaktoren

- 3,4% waren Mehrlingsgeburten [22]
- 76 Totgeburten [23]
- 26,9% (4.549) Sektiorate [24]
- 5,3% Geburten via Saugglocke (5,1% / 864) und Zange (0,2% / 41) zur Welt[24]
- 7,2% Geburtsgewicht unter 2.500g in Wien[24]
- 0,3% (47) erkennbare Missbildungen bei der Geburt [24]
- 1,6% Geburten vor der 32. Schwangerschaftswoche[24]
- Perinatalsterblichkeit 7,7 auf 1000 Lebendgeborene[23]

Ausgangslage der peripartalen mütterlichen Betreuung

Wir verfügen in Österreich über zwei epidemiologische Studien, die sich mit psychosozialen Belastungsfaktoren und postpartalen Depressionen beschäftigen:

a) Pilotstudie „Nicht-psychotische postpartale Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren“ (1997)

[13] Statistik Austria, Statistik der Geburten. http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/022899.html
[14] Statistik Austria, Statistik der Geburten. http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/022899.html
[15] STATISTIK AUSTRIA, 1.13 Lebendgeborene 2007 nach Wohnbundesland der Mutter und med. Merkmalen
[16] STATISTIK AUSTRIA, 3.20 Lebendgeborene seit 1997 nach höchster abgeschlossener Ausbildung der Mutter
[17] STATISTIK AUSTRIA, 3.20 Lebendgeborene seit 1997 nach höchster abgeschlossener Ausbildung der Mutter
[18] STATISTIK AUSTRIA, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Erstellt am: 16.05.2008
[19] Statistik Austria, Statistik der Ehescheidungen. Erstellt am 17.6.2008
[20] STATISTIK AUSTRIA 2.37 Lebendgeborene 1998 – 2007 nach Bundesländer und Legitimität bzw. Staatsangehörigkeit
[21] STATISTIK AUSTRIA, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Erstellt am: 16.05.2008
[22] STATISTIK AUSTRIA, Geborene 2007 nach Geburtsfolge bzw. Mehrlingseigenschaften und Bundesländer.
[23] STATISTIK AUSTRIA, 2.42 Säuglingssterblichkeit, Perinatalsterblichkeit und Totgeburtenhäufigkeit 1951-2007
[24] STATISTIK AUSTRIA, 1.13 Lebendgeborene 2007 nach Wohnbundesland der Mutter und med. Merkmalen

Herz et al. (1997)[25] führte eine umfassende Erhebung an 1.134 Wöchnerinnen in Wien und Graz durch. Die Prävalenz der PPD lag dieser Studie zur Folge drei Monate nach der Geburt bei 15,7 Prozent, sechs Monate nach der Geburt bei 13,6 Prozent. Wenn man die Angaben der Frauen über beide Zeitpunkte betrachtete, so haben 21,2 Prozent der untersuchten 1.134 Frauen zumindest zu einem Testzeitpunkt in den ersten sechs Monaten nach der Geburt ihre Stimmung als depressiv bewertet.

b) Randomisiertes Interventionsprojekt an drei geburtshilflichen Abteilungen in Wien (2004)[26]

Ausgehend vom Ergebnis der Studie aus dem Jahr 1997 führte die Stadt Wien im Rahmen des Wiener Programms für Frauengesundheit eine kontrollierte, randomisierte Interventionsstudie zur Prävention von PPD an drei Wiener Gemeindespitälern (Semmelweis-Frauenklinik, Kaiser-Franz-Josef-Spital, SMZ Ost) durch.[27]

Es erfolgte ein Screening von 3.000 Frauen im Bezug auf psychosoziale Belastungen und Krisen. Bei Frauen mit hohem Risiko wurde ein Einzelgespräch mit Projekthebammen durchgeführt. Frauen mit hohem Risiko wurden zu Kontroll- oder Interventions-Gruppe zugeteilt. In der Interventionsgruppe (n=233) wurde den Frauen Einzelbegleitung bis zur Geburt (durchschnittllich 8 Stunden) angeboten durch

- Familienhebammen,
- SozialarbeiterIn,
- PsychologIn/PsychotherapeutIn/PsychiaterIn.

Es zeigte sich folgendes Belastungspotenzial schwangerer Frauen in Wien:

- 28% aller 3.000 in der Studie befragten Frauen hatten zu einem der vier Befragungszeitpunkte EPDS-Werte[28] im Risikobereich
- 14% wiesen sozioökonomische Belastungsindikatoren auf
- 10% der Befragten hatten eine psychiatrische Vorgeschichte

Deutlich sichtbar wurde der Einfluss psychosozialer und sozioökonomischer Belastungsfaktoren auf depressive Zustände schwangerer Frauen. Erhöhte EPDS-Werte hatten Frauen mit niedrigem Einkommen, schlechter wirtschaftlicher Lage, niedriger gesellschaftlicher Position und geringer Zufriedenheit mit ihrem Lebensumfeld, Frauen mit Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend und auch jüngere Schwangere.

[25] Herz, E. et al (1997). Nicht-psychotische postpartale Depression. Pilotstudie zur Epidemiologie und Risikofaktoren. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1997; 57;282ff

[26] Wimmer-Puchinger „Postpartale Depressionen - Von der Theorie zur Praxis“ in Wimmer-Puchinger, Riecher-Rössler „Postpartale Depression“, springer-Verlag 2006

[27] BM für Gesundheit und Frauen (Herausgeber)2006: Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2005/2006. S. 195. Zitiert nach: Amesberger, 2001. PPD – Ein randomisiertes Interventionsprojekt an drei geburtshilflichen Abteilungen (Donauspital, Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik, Kaiser-Franz-Joseph-Spital). Das Projekt wurde vom Fonds Gesundes Österreich kofinanziert und hatte eine Dauer von Dezember 2001 bis Dezember 2003.

[28] EPDS (Edinburgh Postnatale Depression Skala): international standardisierter Fragebogen zur Erfassung von Postpartalem Depressions-Risiko.

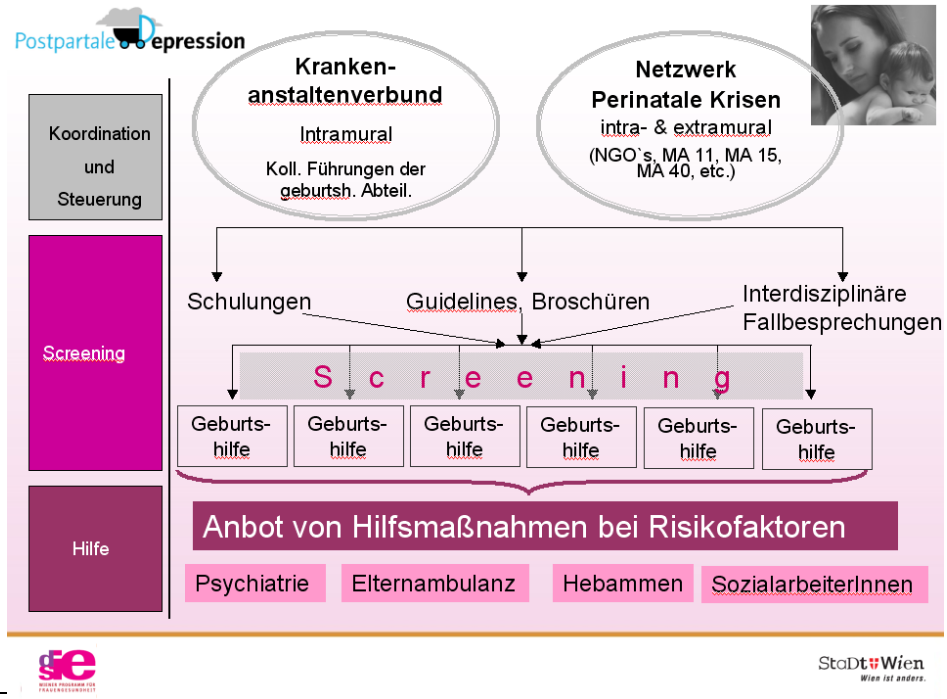
Hervorzuheben ist, dass die Patientinnen des Kaiser-Franz-Josef-Spitals doppelt so hohe sozioökonomische Belastungs- und somit Risikofaktoren aufwiesen als in den anderen Kliniken. Dies ist auf den hohen Anteil von Migrantinnen und sozioökonomisch belasteten Frauen/Familien zurückzuführen.

Die Evaluation des Pilotprojektes[29] zeigte positive Effekte der Intervention (Begleitung) auf. Weiters gelang es durch das Projekt eine höhere Sensibilisierung des Personals, Enttabuisierung, bessere Vernetzung und erhöhte Aufmerksamkeit in den Projektkrankenhäusern sowie – als Nebeneffekt - eine Senkung der Kaiserschnittrate zu erreichen.

Bestehende Maßnahmen zu Prävention und Früherkennung von Psychosozialen mütterlichen und perinatalen Krisen in Wien

Aufgrund der Ergebnisse des Pilotprojektes wurden folgende Maßnahmen gesetzt:

- Sensibilisierung der Eltern als auch des Fachpersonals durch Öffentlichkeitsarbeit und Informationsmaterialien (Broschüren und fünf wissenschaftliche Veranstaltungen)
- Verbesserung der Infrastruktur (durch interdisziplinäre Fallkonferenzen in den geburtshilflichen Abteilungen, Etablierung der „Elternambulanz für perinatale Krisen“ im Wilhelminenspital)
- Erstellung von Leitlinien („Leitlinien zur psychosozialen Schwangerenbetreuung“) als Maßnahme des Qualitätsmanagement
- Schulung des geburtshilflichen Personals und der SozialarbeiterInnen
- Vernetzung der Wiener Einrichtungen und NGOs im „Netzwerk Perinatale Krisen“



[29] Institut für Konfliktforschung, Amesberger, H. et.al: Evaluierung der Interventionsmaßnahmen zur Prävention von postpartaler Depression. Endbericht Februar 2004

Netzwerk Perinatale Krisen

Aufbauend auf diesen Ergebnissen hat sich das interdisziplinäre Wiener Netzwerk für Perinatale Krisen gebildet, in dem sich ca. 30 ExpertInnen (Hebammen, SozialarbeiterInnen, GynäkologInnen, KinderärztInnen, PsychologInnen, PyschiaterInnen) alle 2 Monate treffen

Ziel:

- laufende Informationen über Versorgung, Betreuungsqualität und präventive Möglichkeit von psychosozial belasteten Schwangeren
- Austausch von Know-how und Informationen,
- Beseitigung von Betreuungslücken,
- Erarbeitung nachhaltiger Maßnahmen

Struktur:

- Interdisziplinäres „*Netzwerk Perinatale Krisen*“
- ca. 30 ExpertInnen (Hebammen, SozialarbeiterInnen, GynäkologInnen, KinderärztInnen, PsychologInnen, PyschiaterInnen)
- Teilnehmende Organisationen:
    - MA 15,
    - MAGElf,
    - Wiener Krankenanstaltverbund
    - NGOs (Freie Hebammen, Zentrum für Frühförderung, Young Mum, Hebammenakademie, ...
- 6 Treffen pro Jahr

Institution im Netzwerk Perinatale Krisen
Zentrum für Entwicklungsförderung ZEF
Frauengesundheitszentrum F.E.M.
St. Anna Kinderspital, Zentrum für Kinder und Jugendliche
Zentrum f. Entwicklungsförderung (Schreibambulanz)
MA 11 / Dez. 3 Eltern, Säuglinge, Kleinkinder
Haus Lena - KH Göttlicher Heiland
Österreichisches Hebammen Gremium / SMZ-Ost
Familienhebamme MA 15-Gesundheitsdienst der Stadt Wien, Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche
Krankenhaus Göttlicher Heiland
Preyer'sches Kinderspital, Baby-Care-Ambulanz
Institut für Erziehungshilfe (Child Guidance Clinic)

Rudolfstiftung; Kinderzimmer und Neonatologie
MOKI
Nanaya
MA 15, Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche
MA 15 Entwicklungsdiagnostik
F.E.M. Süd im KFJ-Spital
Psychosozialer Dienst in Wien (Abt. Koordination und Planung/Chefarztbüro) Semmelweisklinik, Freiberufliche Hebamme
Otto Wagner Spital, Department für Perinatalpsyhiatrie, Pav. 7/2
Säuglingsstation St. Anna Kinderspital
"Elternambulanz", im Wilhelminenspital
Eltern-Kind-Zentrum Gilgegasse
Otto Wagner Spital, Soz. Psych.-Ambulanz, Baumgartner Höhe, Pavillion 7/2
Lebensberaterin, Gesprächsgruppen für verwaiste Eltern/Einzelberatung
Kinderklinik Glanzing, PAV 5, Säuglingspsychomatik
Mobile Frühförderung, Wr. Sozialdienste
Sozialpädiatrisches Ambulatorium Fernkorngasse
OA im SMZ Süd/KFJ-Spital, Psychiatrische Abteilung
SMZ Süd, KFJ Spital, Psychosomatische Ambulanz I.Med.Abt. und Psychotherapeutin in freier Praxis
Hebammenzentrum
MA 11, Amt für Jugend und Familie - Rechtvertretung, PPD Selbsthilfegruppe - F.E.M.
AKH, Neonatologie
AKH, Abt. für Geburtshilfe und feto-maternale Medizin
ARGE Gestose Frauen Wien/Niederösterreich

Fortbildungen

Ein weiterer Aspekt des Maßnahmenkataloges ist die laufende Fortbildung der MitarbeiterInnen all jener Institutionen, die mit schwangeren Frauen und jungen

Müttern arbeiten durch einen einschlägigen Referentinnenpool mit einer extra erstellten Fortbildungsmappe

Von 2003 bis 2008 wurden an die 65 Fortbildungsveranstaltungen für ExpertInnen (PsychiaterInnen, PädiaterInnen, Hebammen, StillberaterInnen, GynäkologInnen, Pflegepersonal, SozialarbeiterInnen, PsychotherapeutInnen, MitarbeiterInnen der MAG 11, der MA 15 und des KAV) abgehalten.

Qualitätssicherung durch „Leitfaden zur psychosozialen Schwangerenbetreuung“

Das Wiener Programm für Frauengesundheit und der KAV erstellten in einer interdisziplinären Expertinnen-Arbeitsgruppe unter der Leitung von Generaloberin Charlotte Staudinger einen ‚Leitfaden zur Psychosozialen Schwangerenbetreuung’.

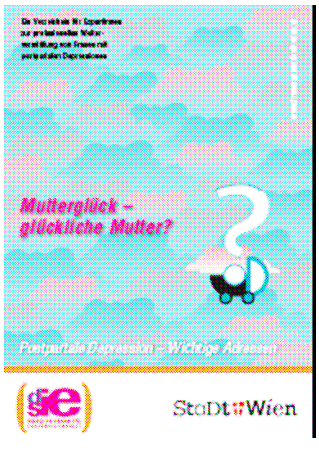
Dieser ermöglicht dem Krankenhauspersonal, Frauen mit sozialen Benachteiligungen und/oder gesundheitlichen und psychischen Vorbelastungen von der Anmeldung zur Geburt bis hin zum Wochenbett bestmöglich betreuen zu können.

Der Leitfaden wurde in den geburtshilflichen Abteilungen der Wiener Krankenanstalten implementiert. Weiters kommt er mittlerweile auch im Göttlichen Heiland zur Anwendung.

Der „Leitfaden zur psychosozialen Betreuung von Schwangeren“ wurde mit dem **3. Platz des Gesundheitspreises 2007** der Stadt Wien in der Kategorie ‚stationär’ ausgezeichnet.

Er kann kostenlos über das Wiener Programm für Frauengesundheit bezogen werden.

Informationsbroschüren



Essstörungen und die Auswirkungen auf Kinderwunsch, Schwangerschaft und Mutterschaft

Essstörungen haben aufgrund der körperlichen Folgeerkrankungen schwerwiegende Auswirkungen auf Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Mutterschaft. Im Folgenden werden die häufigsten gynäkologischen und geburtshilflichen Probleme im Zusammenhang mit Essstörungen aufgeführt. Es sind zwischen 5 – 7% der Frauen im gebärfähigen Alter von Essstörungen betroffen[30].

Amenorrhö, Zyklusstörungen und Unfruchtbarkeit

Bei Frauen mit einer Magersucht ist die primäre oder sekundäre Amenorrhö eines der vier Diagnosekriterien. Das Aussetzen der Menstruation ist hauptsächlich das Ergebnis der Unter- und Fehlernährung. Ein niedriges Körperge-wicht und ein geringer Anteil an Körperfett sind wesentliche Faktoren für eine Amenorrhö, aber nicht die alleinige Erklärungsursache[31].

Zyklusstörungen sind bei bulimischen Patientinnen trotz normalen Körpergewichts in über 50% der Fälle zu beo-bachten. Dabei wird zwischen anovulatorischen Zyklen und einer verkürzten Lutealphase bei zumeist regelmäßigen Zyklen unterschieden[36].

Viele Frauen, die sich in einer Fruchtbarkeitsbehandlung unterziehen, haben eine nicht diagnostizierte Essstörung[32]. Weiters werden Frauen, die eine bestehende Essstörung haben, öfter gegen Unfruchtbarkeit behandelt, als jene, die ihre Essstörung überwunden haben[33]. Bates fand heraus, dass viele Frauen mit einer nicht erklärbaren Unfruchtbarkeit eine zu geringe Kalorienanzahl zu sich nahmen[34].

Mütterliche Angst vor Gewichtszunahme

Überspitzt kann man formulieren: Der Schlankheitswahn hat die Schwangeren und jungen Mütter erreicht. Die Spitze des Eisberges zeigt sich in Büchern wie „Die ultimative New York Diät“, in dem damit geworben wird, dass das Model Heidi Klum acht Wochen nach der Geburt wieder für den Laufsteg in Form war [35].

Eine Gewichtszunahme in der Schwangerschaft führt bei 40% aller schwangeren Frauen zu Angst. Fairburn und Welch konnten weiters zeigen, dass 72% der schwangeren Frauen fürchteten, ihr Gewicht, das sie vor der Schwangerschaft hatten, nicht mehr zu erreichen[36]. 75% der Frauen sind in den ersten Wochen nach

[30] Micali Nadia, et al (2007): Eating disorder symptoms in pregnancy: a longintudinal study of women with recent and past eating disorders an obesity. Journal of Psychsomatic Research 63: p 297-303
[31] Bülchmann Gabriele et al (2001). Die Bedeutung von Ess-Störungen in der gynäkologischen Praxis. Geburtshilfe und Frauenheilkunde: 2001; 61: pp 569-577. Thieme Verlag.
[32] Athey Jennifer (2003). Medical Complications of Anorexia nervosa. In: Primary Care Update for OB/Gyns. 2003, vol. 10, n°3, pp. 110-115
[33] Abraham Suzanne (1998): Sexuality and Reprduction in bulimia nervosa patients over 10 years. Journal of psychosomatic Research. Voll 44. pp 491-502
[34] Bates G.W. et al (1982). Reproductive failure in women who practice weight control. Fertility and Sterility, 37:373
[35] Kirsch David (2007). Die ultimative New York Diät. Riva Verlag. http://www.thalia.at/shop/home/artikeldetails/die_ultimative_new_york_diaet/david_kirsch/ISBN3-936994-36-6/ID14306476.html
[36] Fairburn CG, Welch SL: The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape an d weight. Int. J. Eating Disord 1990;9:153-160

der Geburt besorgt über ihr Gewicht[37]. So verwundert es nicht, dass 4 Monate nach der Geburt 70% der Frauen Abnehmversuche starten. Darüber hinaus versuchen 57% der Frauen, die vor der Schwangerschaft keine Diäten gemacht hatten, abzunehmen. Damit wird deutlich, dass Abnehmversuche in den ersten Monaten nach der Geburt die Regel und nicht die Ausnahme darstellen[42].

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass sich die Symptomatik bei Frauen mit Bulimie während der Schwangerschaft zwar verbessert, in der Zeit nach der Geburt aber zu Rückfällen oder Verschlechterung der Symptomatik führen kann[38],[39],[40],[41]. Bei Frauen mit Anorexie ist die Akzeptanz, Gewicht in der Schwangerschaft zuzunehmen, noch geringer. Kouba et al konnten zeigen, dass bei anorektischen Frauen die Gewichtszunahme signifikant unter jener der Kontrollgruppe lag. Insgesamt kommt es häufig zu einer Verschlechterung der AN durch die Schwangerschaft[46]. Stein und Fairburn konnten zeigen, dass es in der späten Schwangerschaft und 3 Monate nach der Geburt zu einem merklichen Anstieg von pathologischem Essverhalten kommt[42].

Schwangerschaftserbrechen

Schwangerschaftserbrechen ist signifikant häufiger bei Frauen mit Essstörungen als in der Allgemeinbevölkerung[46]. Die Prävalenz von Hyperemesis gravidarium in der weiblichen Allgemeinbevölkerung liegt bei einer von 1000 Schwangeren, während in der Untersuchung von Abraham 10% der 25 untersuchten Frauen unter Schwangerschaftserbrechen litten[43].

Fehlgeburten

Fehlgeburten werden bei Frauen, die bei der Empfängnis eine bestehende Bulimia nervosa haben, häufiger beobachtet[48]. Festzustellen ist ferner eine erhöhte Rate an Fehlgeburten bei Frauen mit Anorexia nervosa auch dann, wenn die AN schon als geheilt galt[44]. Deshalb ist eine ausführliche Anamnese unerlässlich.

Unterdurchschnittliche mütterliche Gewichtszunahme und untergewichtige Kinder

Frauen, die während der Schwangerschaft an Magersucht oder Bulimia nervosa leiden, nehmen während der Schwangerschaft signifikant weniger zu. Somit steigt das Risiko, untergewichtige Kinder zu gebären. Auch Frauen, die über „gestörtes Essverhalten“ in der Schwangerschaft berichten (und nicht an einer expliziten Essstörung leiden), haben ein erhöhtes Risiko, vorgeburtliche Komplikationen zu erleiden und untergewichtige Kinder auf die Welt zu bringen. Umgekehrt litten 32% der Mütter, die ein untergewichtiges Kind gebaren, in den letzten drei Monaten vor

[37] Carter A.S. et al (2000): Body Mass Index, Eating Attitudes and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and the Postpartum Periode. Psychosomatic Medicine 62:264-270
[38] Cardwell Michael (1995): Bulimia and Pregnancy. Primary Care Updae for OB/Gyns.*1995*; 2: 98-99.
[39] Bülchmann Gabriele et al (2001). Die Bedeutung von Ess-Störungen in der gynäkologischen Praxis. Geburtshilfe und Frauenheilkunde: 2001; 61: pp 569-577. Thieme Verlag.
[40] Carter A.S. et al (2000): Body Mass Index, Eating Attitudes and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and the Postpartum Periode. Psychosomatic Medicine 62:264-270.
[41] Kouba Saloua, et al (2005). Pregnangy and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders. *Obstet Gynecol* 2005; 105:255-260
[42] Stein Alan, Fairburn Christopher (1996). Eating Habits and Attitudes in the Postpartum Period. Psychosomatic Mediceine 58:321-325
[43] Abraham S: Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years. J. Psychosom Res 1998;4:491-502
[44] Athey Jennifer (2003). Medical Complications of Anorexia nervosa. In: Primary Care Update for OB/Gyns. 2003, vol. 10, n°3, pp. 110-115

der Schwangerschaft unter Essstörungen[45]. Das niedrige Geburtsgewicht der Kinder trifft sowohl auf die Früh- als auch auf die Termingeburten zu[46].

Erhöhte Kaiserschnittrate

Die Kinder von essgestörten Schwangeren werden häufiger aufgrund kindlicher Indikation mit Kaiserschnitt entbunden[51],[47].

Postpartale Depression

Frauen, die während der Schwangerschaft an einer Essstörung leiden, haben eine 54%ige Wahrscheinlichkeit, an einer postpartalen Depression zu erkranken[51] [56]. Franko et al. ermittelten in ihrer Studie, dass die Prävalenz von postpartalen Depressionen unter essgestörten Frauen bis zu drei mal höher ist (34,7%) als in der weiblichen Allge-meinbevölkerung[52].

Mutter-Kind-Interaktion

Ein starker Zusammenhang findet sich übereinstimmend in der Literatur zwischen Fütterungsproblemen und einer mütterlichen Essstörung[48]. Mütter mit Essstörungen haben mehr Probleme mit dem Stillen, die oft zu frühzeitigem Abstillen führen[49]. Weiters haben Mütter mit einer Vorgeschichte oder bestehender AN mehr Probleme mit dem Stillen. Werden die Kinder älter, halten sich die Mütter bei Mahlzeiten eher abseits und machen weniger positive Bemerkungen über Essen und Nahrungsmittel als Mütter ohne AN[50]. Vor allem zwei Aspekte des familiären Umfeldes sind stark mit dem Auftreten von Fütterungsproblemen mit dem Kind assoziiert: einerseits eine Desorganisation der gemeinsamen Mahlzeiten (Mutter isst nicht mit dem Kind, das Essen wird nicht am Esstisch eingenommen an dem man auch sitzen kann, das Essen wird vor dem Fernseher eingenommen) und andererseits eine starke mütterliche Kontrolle und Disharmonie, die sich nicht auf das Essen sondern auf den Umgang mit dem Kind bezieht[53].

Wichtig zu beachten ist, dass sich bei bulimischen Frauen die Beschäftigung mit dem Gewicht auch auf die Babys übertragen und dazu führen kann, dass die Frauen Ängste entwickeln, ihr Kind könnte zu dick werden und es daher auf Diät setzen[51].

Die mütterliche Essstörung kann daher ein Risikofaktor für ein Kind darstellen, ebenfalls gestörtes Essverhalten zu entwickeln. So finden sich in der Literatur

[45] Fairburn CG, Welch SL: The impact of pregnancy on eating habits and attitudes to shape an d weight. Int. J. Eating Disord 1990;9:153-160
[46] Bülchmann Gabriele et al (2001). Die Bedeutung von Ess-Störungen in der gynäkologischen Praxis. Geburtshilfe und Frauenheilkunde: 2001; 61: pp 569-577. Thieme Verlag
[47] Franko Debra et al (2001). Pregnancy Complications and Neonatal Outcomes in Women with Eating Disorders. American Journal of Psychiatry 158:9, Sept 2001 1461-1466
[48] Bates G.W. et al (1982). Reproductive failure in women who practice weight control. Fertility and Sterility, 37:373
[49] Little Liza, Lowkes Emily: Critical Issues in the care of pregnant women with eating disorders and the impact on their children. Journal of Midwefery & Women´s Healt. Vol 45, No 4, july/August 2000 pp 301-307
[50] Athey Jennifer (2003). Medical Complications of Anorexia nervosa. In: Primary Care Update for OB/Gyns. 2003, vol. 10, n°3, pp. 110-115
[51] Cardwell Michael (1995): Bulimia and Pregnancy. Primary Care Updae for OB/Gyns.*1995*; 2: 98-99

Hinweise, dass Kinder bereits im Alter von 10 Jahren zu gezügeltem Essverhalten tendieren und ein übergroßes Augenmerk auf Gewicht und Körperform legen[52].

Hilfestellungen für das geburtshilfliche Gespräch

Da ein Kardinalsymptom von Patientinnen mit Essstörungen in Scham und Schuldgefühlen und Verleugnung besteht, ist davon auszugehen, dass diese von sich aus ihr Symptom maskieren. Genaues Augenmerk ist daher auf ein sorgfältiges und genaues Nachfragen zu legen. Die Hebamme hat eine wichtige Gatekeeper-Funktion für die Früherkennung inne, da diese aufgrund ihrer Nähe und dem gegenseitigen Vertrauen eine wichtige Ansprechpartnerin ist.

Die folgenden Fragen wurden von Bülchmann et al[53] als wesentlich identifiziert:

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht?
- Wie oft wiegen Sie sich selbst?
- Wie oft fasten Sie pro Woche?
- Essen Sie heimlich?
- Nehmen Sie Diuretika oder Laxantien ein?
- Wie viele Stunden Sport treiben Sie pro Woche?
- Verletzen Sie sich selbst /z.B. durch Haare ausreißen, ritzen an den Armen)?

Resümee

Die Früherkennung von Essstörungen und postpartalen Depressionen sind in der Geburtshilfe von großer Relevanz.

Aufgrund der mütterlichen körperlichen Folgeerkrankungen von Essstörungen, die massive Auswirkungen auf Fruchtbarkeit und Schwangerschaft sowie das Kind haben können, ist es notwendig, in der Beratung und Begleitung durch die Hebamme auch Fragen zum Essverhalten und der Körper- und Gewichtszufriedenheit zu stellen. Außerdem tritt gestörtes Essverhalten häufiger auf, sodass z.B. bei Unfruchtbarkeit oder starkem Schwangerschaftserbrechen auch die Möglichkeit einer Essstörung in Betracht gezogen werden muss. Wenn bei einer Frau der Verdacht auf Essstörungen besteht, sollte ihr professionelle, psychotherapeutische Hilfe angeboten werden. Je früher Essstörungen erkannt werden und Hilfe angeboten wird, desto besser sind die Heilungschancen. Daher hat das Wiener Programm für Frauengesundheit seit 1998 mit der Hotline für Essstörungen 0800 20 11 20 eine kostenlose und anonyme telefonische Beratungseinrichtung für Betroffene und Angehörige eingerichtet, an der bis dato 17.000 Personen betreut werden konnten. Darüber hinaus wurde ein Netzwerk aus allen in Wien auf Essstörungen spezialisierten Therapie- und Behandlungseinrichtungen gegründet, das sich regelmäßig trifft und vernetzt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördert und unterstützt.

[52] Stein Alan et al (2006). Eating habits and attitudes among 10-year-old children of mothers with eating disorders. British Journal of Psychiatry, 189. 324-329
[53] Bülchmann Gabriele et al (2001). Die Bedeutung von Ess-Störungen in der gynäkologischen Praxis. Geburtshilfe und Frauenheilkunde: 2001; 61: pp 569-577. Thieme Verlag

Ebenfalls ist die Früherkennung von postpartalen Depressionen aufgrund der Einschränkung von Mimik, Sprache, emotionaler Resonanzfähigkeit und Empathie bei der Mutter höchst notwendig, da diese zu Entwicklungs- und Bindungsbeeinträchtigungen und -störungen des Kindes führen können.

Kontaktdaten

Wiener Programm für Frauengesundheit
in der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien

Univ. Prof[in] Dr[in] Beate Wimmer-Puchinger
Frauengesundheitsbeauftragte

Mag[a] Michaela Langer
Klinische und Gesundheitspsychologin
Stv. Leiterin des WPFG

Thomas-Klestil-Platz 8/2
1030 Wien
01/4000 – 87 161
michaela.langer@wien.gv.at

www.frauengesundheit-wien.at www.essstoerungshotline.at www.s-o-ess.at