

Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften
Rehabilitationspsychologie



Masterarbeit zum Thema:
Papa kann nicht mehr – Postpartale Depression bei Vätern
Ergebnisse einer Befragung aus Hebammensicht

zur Erlangung des Grades: Master of Science

Vorgelegt von:

Name:	Linda Bellan
Matrikelnummer:	██████████
Kontakt:	Bellan97@web.de
Eingereicht am:	26.08.2021
Erstgutachter:	Prof. Dr. Mike Mösko
Zweitgutachter:	Prof. Dr. Matthias Gründel

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	5
Zusammenfassung	7
Abstract	8
1. Einleitung	9
2. Zur postpartalen Depression bei Vätern	10
2.1 Allgemeine Begriffsklärungen	10
2.1.1 Depression	10
2.1.2 -natal und -partal	10
2.2 Klinisches Bild der postpartalen Depression	11
2.2.1 Zeitkriterium	11
2.2.2 Symptomatik	12
2.2.3 Abgrenzung zu anderen postpartalen psychischen Störungen	13
2.3 Epidemiologie	16
2.4 Ätiologie	16
2.4.1 Einflussfaktoren vor der Geburt	17
2.4.2 Die Geburt als Einflussfaktor	18
2.4.3 Einflussfaktoren in der Postpartalzeit	19
2.5 Auswirkungen der postpartalen Depression	22
2.5.1 Auswirkungen auf die Partnerschaft	22
2.5.2 Auswirkungen auf das Kind	23
2.6 Diagnostik	25
2.7 Behandlungsmöglichkeiten	27
3. Versorgung der postpartalen Depression durch Hebammen	28
3.1 Wochenbettbetreuung durch die Hebamme	30
3.2 Hebammenhilfe für Väter	31
4. Fragestellung	32
5. Methodik	33

5.1	Befragungsinstrument.....	34
5.2	Stichprobe	35
6.	Ergebnisse	36
6.1	Deskriptivstatistische Auswertung	36
6.2	Inferenzstatistische Auswertung	49
7.	Diskussion.....	51
7.1	Erkenntnisse zu den in der Studie gestellten Fragen	52
7.2	Diskussion des methodischen Vorgehens.....	58
8.	Fazit.....	60
	Literatur	63
	Anhang	70
	Anhang A: EPDS-Fragebogen.....	70
	Anhang B: Befragungsinstrument (Print-Version)	72
	Anhang C: Tabellen.....	79
	Anhang D: Eidesstattliche Erklärung.....	88

Abkürzungsverzeichnis

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EHIS	European Health Interview Surveys
EKT	Elektrokonvulsionstherapie
EPDS	Edinburgh Postpartal Depression Scale
ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
HebAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebG	Hebammengesetz
HebRefG	Hebammenreformgesetz
HebStPrV	Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICM	International Confederation of Midwives
IPT	Interpersonelle Psychotherapie
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
MVB	Mütter- und Väterberatung
NICE	National Institut for Clinical Evidence
PDC	Postpartum Depression Checklist
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PPD	Postpartale Depression
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
WHO	World Health Organisation

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab. 1: Typen postpartaler Depression.....	12
Tab. 2: Formen psychischer Störungen post partum.....	15
Tab. 3: Übersicht der Zusatzqualifikationen der befragten Hebammen.....	35
Tab. 4: Diagnostikmethoden für psychosoziale Belastungen durch Hebammen.....	36
Tab. 5: Begründungen der Hebammen für/gegen ein Zuständigkeitsgefühl, psychosoziale Belastungen zu erkennen.....	39
Tab. 6: Diagnostikmethoden der väterlichen PPD durch Hebammen.....	40
Tab. 7: Unternehmungen der Hebammen bei Verdacht auf väterliche PPD.....	43
Tab. 8: Begründungen für/gegen die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgungssituation belasteter oder von PPD betroffener Väter.....	48
Tab. 1A: Korrelationen zwischen der Berufserfahrung der Hebammen, dem Anteil der wahrgenommenen psychosozial belasteten Väter und dem Anteil der wahrgenommenen Väter mit postpartaler Depression.....	79
Tab. 2A: Deskriptive Angaben zu den psychosozialen Belastungen der Männer.....	79
Tab. 3A: Sonstige Belastungen der Männer.....	80
Tab. 4A: Lineare Regression zur Vorhersage des Anteils der Väter mit PPD durch den Anteil der Väter mit psychosozialen Belastungen; Koeffizienten.....	80
Tab. 5A: Lineare Regression zur Vorhersage des Anteils der Väter mit PPD durch den Anteil der Väter mit psychosozialen Belastungen; Modellzusammenfassung.....	80
Tab. 6A: Korrelation zwischen dem Skalenmittelwert der wahrgenommenen psychosozialen Belastungen und dem Skalenmittelwert der wahrgenommenen PPD-Symptomatik.....	81
Tab. 7A: Lineare Regression zur Vorhersage einer PPD-Symptomatik bei Vätern durch psychosoziale Belastungen; Koeffizienten.....	81
Tab. 8A: Lineare Regression zur Vorhersage einer PPD-Symptomatik bei Vätern durch psychosoziale Belastungen; Modellzusammenfassung.....	81
Tab. 9A: Lineare Regression zur Vorhersage einer PPD-Symptomatik bei Vätern durch die einzelnen psychosozialen Belastungen; Koeffizienten.....	82
Tab. 10A: Deskriptive Angaben zu den PPD-Symptomen der Männer.....	83
Tab. 11A: Begründungen der Hebammen für/gegen ein Zuständigkeitsgefühl, PPD zu erkennen.....	83
Tab. 12A: Korrelationen zwischen dem Zuständigkeitsgefühl, eine PPD bei Frauen bzw. bei Männern zu erkennen und der Bereitschaft, die EPDS bei Frauen bzw. Männern einzusetzen.....	84
Tab. 13A: Deskriptive Angaben zu den erschwerenden Aspekten in der Versorgung von Vätern.....	85
Tab. 14A: Deskriptive Angaben zum Verbesserungspotenzial der Hebammenbetreuung für Vätern.....	85
Tab. 15A: Übersicht aller relevanten Subgruppenunterschiede mittels T-Tests.....	86
Tab. 16A: Übersicht aller relevanten Subgruppenunterschiede mittels einfaktorieller ANOVA.....	87

Abb. 1: Vulnerabilitäts-Stress-Modell modifiziert für die Geburtssituation.....	17
Abb. 2: Erwartungen an einen Vater.....	20
Abb. 3: Abwärtsspirale einer postpartalen Depression.....	22
Abb. 4: Belastungen der Männer, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben, Teil 1.....	37
Abb. 5: Belastungen der Männer, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben, Teil 2.....	37
Abb. 6: Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, psychosoziale Belastungen zu erkennen.....	38
Abb. 7: Wahrgenommen PPD-Symptome der Väter in der Hebammenbetreuung; Teil 1.....	41
Abb. 8: Wahrgenommen PPD-Symptome der Väter in der Hebammenbetreuung; Teil 2.....	41
Abb. 9: Erfahrungen der Hebammen beim Ansprechen des Vaters auf PPD.....	42
Abb. 10: Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, PPD zu erkennen.....	43
Abb. 11: Bereitschaft der Hebammen zum routinemäßigen Einsatz der EPDS.....	44
Abb. 12: Systembezogene erschwerende Aspekte in der Versorgung von Vätern; Teil 1.....	46
Abb. 13: Systembezogene erschwerende Aspekte in der Versorgung von Vätern; Teil 2.....	46
Abb. 14: Personenbezogene erschwerende Aspekte in der Versorgung von Vätern.....	47
Abb. 15: Verbesserungspotenzial der Versorgung von Vätern für und durch Hebammen.....	48

Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Nicht nur Frauen können nach einer Entbindung an postpartal psychischen Störungen erkranken, sondern auch Väter. Dabei ist die durchschnittliche Prävalenz der väterlichen postpartalen Depression (PPD) von 10% als hoch einzuschätzen. Der Leidensdruck der betroffenen Männer, aber auch die Auswirkungen auf die Partnerin, die Familie und v.a. auf die Entwicklung des Kindes machen es notwendig, die PPD frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dabei könnten Hebammen in der Wochenbettbetreuung geeignete Schlüsselpersonen sein, da sie als primäre Betreuer*innen psychische Störungen früh und bewusst erkennen und schon bei ersten Anzeichen einer Störung reagieren können, um die Familie zu entlasten und einen schweren Krankheitsverlauf zu verhindern. Jedoch wird in der Literatur und in den Berufsverordnungen nicht deutlich, ob sich die Hebammenarbeit nur auf die Betreuung von Mutter und Kind beschränkt, oder ob auch weitere Angehörige, v.a. der Vater des Kindes, einbezogen werden sollten. Daher wird in dieser Arbeit untersucht, wie sich die PPD bei Vätern aus Hebammensicht darstellt und wie sie damit und mit möglichen Risikofaktoren umgehen.

Methodik: Für diese Studie wurden insgesamt N=4.931 Hebammen aus Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen kontaktiert. Mittels eines Onlinefragebogens wurde ihr derzeitiger Umgang mit der Identifizierung, Weitervermittlung und Behandlung von psychosozialen Belastungen sowie postpartalen Depressionen bei Vätern ermittelt.

Ergebnisse: Bei der Auswertung wurden die Daten von n=26 Hebammen betrachtet. Bei durchschnittlich 29,96% der mitbetreuten Männer nehmen die Befragten psychosoziale Belastungen und bei durchschnittlich 7,81% eine PPD wahr, wobei ein signifikanter, positiver, starker Zusammenhang besteht. Grundsätzlich fühlen sie sich für das Erkennen psychosozialer Belastungen bei Vätern zuständig, bezüglich der väterlichen PPD ist die Zuständigkeit uneindeutig. Dennoch können sich 53,8% den Einsatz des EPDS-Screeninginstrumentes bei Männern vorstellen. Zudem hat mehr als die Hälfte der Hebammen bisher gute Erfahrungen mit dem Ansprechen der Betroffenen auf die Erkrankung und mit der Weitervermittlung an Hausärzt*innen und Beratungsstellen gemacht. Da die Versorgung der Väter durch system- und personenbezogene Faktoren erschwert wird, wünschen sich die Hebammen besonders eine enge Zusammenarbeit mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems, spezifische Fortbildungen und bessere Bezahlung. Subgruppenunterschiede konnten gefunden werden.

Schlussfolgerung: Auch wenn die Versorgung von Vätern kaum Teil der Berufsausbildung und Wochenbettbetreuung ist, nehmen Hebammen die PPD bei Männern definitiv wahr und ernst. Um sie als Schlüsselpersonen bei der Identifizierung und Betreuung zu unterstützen, sollten spezifische Weiterbildungen zu dieser Thematik angeboten werden und auch die Erstattung durch die Krankenkassen für die zusätzlich erbrachten Leistungen, wie etwa Diagnostik oder Beratung, sollten angepasst werden.

Abstract

Background and research question: Not only women can suffer from postpartum mental disorders after childbirth, but also fathers. The average prevalence of paternal postpartum depression (PPD) of 10% is high. The suffering of the affected men, but also the effects on the partner, the family and especially on the development of the child make it necessary to recognise and treat PPD at an early stage. Midwives in postpartum care could be suitable key persons in this context, since they, as primary caregivers, recognise mental disorders early and consciously and can react at the first signs of a disorder in order to relieve the family and prevent a severe course of the disease. However, it is not clear in the literature and in the professional regulations whether midwifery work is limited to the care of mother and child or whether other relatives, especially the father of the child, should also be included. Therefore, this paper examines how PPD presents itself to fathers from the midwives' perspective and how they deal with it and possible risk factors.

Methodology: For this study, a total of N=4,931 midwives from Saxony-Anhalt, Thuringia, Brandenburg, Hesse and North Rhine-Westphalia were contacted. By means of an online questionnaire, their current handling of the identification, further mediation and treatment of psychosocial stress as well as postpartum depression in fathers was determined.

Results: The data from n=26 midwives were considered in the evaluation. The respondents perceived psychosocial stress in an average of 29.96% of the men they cared for and PPD in an average of 7.81%, with a significant, positive, strong correlation. In principle, they feel responsible for recognising psychosocial stress in fathers, but the responsibility for paternal PPD is ambiguous. Nevertheless, 53.8% can imagine using the EPDS screening tool with men. In addition, more than half of the midwives have had good experiences so far with addressing the affected persons about the disease and with referring them to general practitioners and counselling centres. Since the care of fathers is made more difficult by system- and person-related factors, the midwives would particularly like to see close cooperation with other actors in the health system, specific further training and better pay. Subgroup differences could be found.

Conclusion: Even though the care of fathers is hardly part of professional training and postpartum care, midwives are definitely aware of and take PPD in men seriously. In order to support them as key persons in identifying and caring for them, specific further training on this topic should be offered and the reimbursement by health insurance companies for the additional services provided, such as diagnostics or counselling, should also be adjusted.

1. Einleitung

Mit der Geburt eines Kindes verändert sich das Leben aller Eltern einschneidend; körperlich für die Mutter, psychologisch und sozial ebenfalls für den Vater. Diese Veränderungen können aber nicht nur zum persönlichen Wachstum beitragen, sondern auch zu einer psychischen Krise oder sogar Störung führen oder die Disposition, daran zu erkranken, erhöhen (Diercks-Kroschke, 2011).

Dabei stellt die *postpartale Depression* (kurz PPD) mit einer Prävalenz von 10 bis 15% eine der häufigsten psychischen Erkrankungen bei Frauen im Zeitraum von Schwangerschaft und Geburt dar (Paulson & Bazemore, 2010; Halbreich & Karkun, 2006; O'Hara & Swain, 1996). So liegt der Schwerpunkt vieler Untersuchungen zu diesem Thema meist immer noch auf dem seelischen Befinden der Mütter. Die Datenlage zu Vätern ist verhältnismäßig schwach (Diercks-Kroschke, 2011), doch auch sie können unter einer PPD leiden. Wenn man z.B. von den Schmerzen bei der Geburt oder den körperlichen Veränderungen der Frauen absieht, so treffen viele der Risikofaktoren auch für Männer zu (Salis, 2007). Allerdings ist das Erkennen dieser Erkrankung besonders für Betroffene und deren Angehörige, aber auch für die betreuenden Personen des Gesundheitssystems nicht immer einfach, da eine psychische Instabilität und emotionale Schwankungen durchaus zum „normalen“ Anpassungsprozess nach einer Entbindung gehören können und sich die Symptomatik einer PPD oft intensiv mit der veränderten Lebenssituation und deren Auswirkungen vermischt (Dorn & Mautner, 2018). So werden psychische Störungen rund um die Geburt immer noch zu selten diagnostiziert und gelten in der öffentlichen Wahrnehmung als Tabuthema (Salis, 2007).

Insbesondere Hebammen scheinen u.a. aufgrund des regelmäßigen Kontaktes, der oft schon in der Schwangerschaft besteht, und ihres engen Vertrauensverhältnisses zu den von ihnen betreuten Familien die ideale Schlüsselperson für die frühe Erkennung einer PPD bei den (werdenden) Müttern, aber auch bei den Vätern zu sein (Renner, 2010).

Daher ist das Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit einerseits, sich dem Tabuthema „Postpartale Depression bei Vätern“ intensiver zu widmen und stärkere Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Andererseits soll mithilfe der Befragung ermittelt werden, wie sich dieses Krankheitsbild aus Sicht von Hebammen darstellt und wie diese mit einer PPD bei Vätern umgehen. Die Ergebnisse sollen Anhaltspunkte dafür geben, die Versorgungssituation für (werdende) Väter in der Zeit rund um die Geburt ihres Kindes zu verbessern.

2. Zur postpartalen Depression bei Vätern

Das Krankheitsbild der *postpartalen Depression* (PPD) stellt den theoretischen Hintergrund dieser Arbeit dar und wird im Folgenden in Bezug auf Väter hinsichtlich des klinischen Bildes, der Epidemiologie, der Ätiologie, der Auswirkungen auf Kind und Partnerschaft sowie der Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten vorgestellt.

2.1 Allgemeine Begriffsklärungen

2.1.1 Depression

Der Begriff Depression stammt von dem lateinischen Wort *deprimere* (dt. „niederdrücken“) und beschreibt eine Vielzahl psychischer Störungen, deren Symptomatik sich durch eine depressive Verstimmung, Interessenlosigkeit und Verlust an Genussfähigkeit, einem verminderten Antrieb, Schuldgefühlen und geringem Selbstwertgefühl, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Konzentrationsschwächen, psychomotorischer Unruhe und wiederkehrenden Gedanken an Tod und Suizid äußern kann (WHO, 2020; Dilling & Freyberger, 2016). Gemessen mittels des European Health Interview Surveys (EHIS; Hintzpete, Finger & Allen, 2019) ist die Prävalenz in Deutschland mit 9,2% höher als im europäischen Durchschnitt (6,6%), wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind als Männer (Hapke, Cohrdes, & Nübel, 2019). Die Ursachen für diese multikausale Erkrankung werden sowohl biologischen als auch psychischen und sozialen Faktoren, wie etwa Veränderungen des Hormonstoffwechsels, genetischen Prädispositionen, Störungen in der Aggressionsverarbeitung oder auch einschneidenden Erlebnissen bzw. grundlegenden Veränderungen der Lebenssituation, zugeschrieben (Der Brockhaus Psychologie, 2001).

2.1.2 -natal und -partal

Da in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur nicht einheitlich zwischen *-natalen* und *-partalen* Störungen differenziert wird bzw. diese Bezeichnungen in der psychiatrischen Terminologie häufig auch gleichgesetzt werden, ist es für diese Arbeit zu Beginn erforderlich, die Begriffe eindeutig voneinander abzugrenzen.

In der hier vorliegenden Arbeit werden Ereignisse, die das un- bzw. neugeborene Kind betreffen, durch die Adjektivierung *-natal* (vom lat. *natalis* = „zur Geburt gehörend“ bzw. vom lat. *natus* = „die Geburt“) bezeichnet. Eine zeitliche Unterscheidung wird durchgeführt, wobei der Zeitpunkt der Geburt als Bezugsgröße dient. *Pränatal* (vom lat. *prae* = „vor(her)“) bedeutet „vor der Geburt“ und bezieht sich auf den Fötus. *Perinatal* (vom lat. *peri* = „um ... herum“) beschreibt Vorgänge kurz vor, während oder kurz nach der Entbindung und bezieht sich auf den Fötus oder das Neugeborene. Und der Begriff *postnatal* (vom lat. *post* = „nach“) bezieht sich auf das (neugeborene) Kind nach der Geburt, wird allerdings umgangssprachlich auch für mütterliche bzw. väterliche Ereignisse verwendet (Rohde, 2004; Dudenredaktion, n.d.).

Dem gegenüber werden in der hier vorliegenden Arbeit alle körperlichen und psychischen Vorgänge und Veränderungen, die die (werdenden) Eltern betreffen, durch die lateinische Adjektivierung **-partal** (vom lat. *partus* = „Entbindung“) bezeichnet. Hierbei wird ebenfalls eine zeitliche Unterscheidung hinsichtlich des Geburtszeitpunktes vorgenommen. Der Begriff *präpartal* bezieht sich in der hier vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit auf den Zustand der werdenden Mutter sowie deren Lebenspartner. Das körperliche und seelische Befinden der Mutter und/oder des Lebenspartners um den Geburtszeitpunkt herum wird durch den Begriff *peripartal* verdeutlicht. Der Begriff *postpartal* bedeutet „nach der Entbindung auftretend“ und bezieht sich hier auf die Mutter bzw. den Vater (Rohde, 2004).

Anhand der Attribute **maternal** (vom lat. *mater* = „Mutter“) und **paternal** (vom lat. *pater* = „Vater“) lässt sich erkennen, welches Elternteil gemeint ist (Carlson, 2019), wobei sich diese Arbeit vorwiegend auf die Väter bezieht.

2.2 Klinisches Bild der postpartalen Depression

2.2.1 Zeitkriterium

Für die postpartale Depression liegt keine allgemeingültige Definition vor. Dies zeigt sich in der Literatur besonders in den verschiedenen Ansichtsweisen bezüglich des Auftrittszeitpunktes der Erkrankung (Surkan, Patel & Rahman, 2016). So wird die PPD in der aktuellen Ausgabe der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD 10; Dilling, 2015) der World Health Organisation (WHO) auch nicht als eigenständiges Krankheitsbild aufgeführt. Die Einordnung erfolgt je nach Symptomatik zu affektiven oder psychotischen Störungen (Dorsch & Rohde, 2016). Bei depressiven Episoden, die nach der Geburt beginnen und die üblichen ICD-10-Kriterien für affektive Störungen erfüllen, wird dies z.B. durch die Diagnosen F32.x für eine einzelne Episode oder eine rezidivierende Episode mit F33.x klassifiziert und durch den Zusatz O99.3 eine Verbindung zum Wochenbett geschaffen (Dorn & Mautner, 2018). Wenn die Symptomatik jedoch nicht die Kriterien einer spezifischen Störung erfüllt (in der Regel Subsyndrome), wird die PPD als „Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert“ (F53.0) codiert. Hierbei ist ein Zeitraum von bis zu sechs Wochen nach der Geburt für das Auftreten der Problematik definiert (Dilling & Freyberger, 2016).

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V; Falkai, 2018) begrenzt das Auftreten einer PPD auf vier Wochen nach der Geburt, bezieht aber auch die Schwangerschaft als möglichen Beginn mit ein (Schipper-Kochems et al., 2019).

Der mögliche Anfang einer postpartalen Depression wird in der Literatur jedoch auch innerhalb eines Zeitraums von bis zu zwölf Monaten nach der Geburt angegeben. Nach Riecher-Rössler (2006) „werden im allgemeinen [*sic*] alle schwereren, längerdauernden und behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen [als postpartale Depression] bezeichnet, die im ersten Jahr nach Entbindung auftreten oder bestehen“ (S. 11). Somit ist auch das häufig verwendete Synonym der

Wochenbettdepression irreführend, da das Wochenbett aus gynäkologischer Sicht auf den Zeitraum von sechs bis acht Wochen nach der Entbindung beschränkt ist, Depressionen aber, wie eben beschrieben, auch deutlich nach dieser Zeit oder bereits während der Schwangerschaft auftreten können. Ganz korrekt müsste in der psychiatrischen Fachsprache also von einer *postpartal beginnenden Depression* gesprochen werden (Rohde, 2004).

2.2.2 Symptomatik

Die Symptomatik einer PPD stimmt in vielen Punkten mit der klassischen Symptomatik einer depressiven Episode (ICD-10: F32), wie sie auch in anderen Lebensabschnitten auftreten kann, überein (Dorsch & Rohde, 2016; Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003; Schipper-Kochems et al., 2019). Allerdings beziehen sich die Inhalte des depressiven Grübelns und der Ängste häufig auf das Kind und die Mutter- bzw. Vaterschaft. Viele leiden unter den Ängsten oder Zwangsgedanken, ihrem Kind etwas anzutun. Weitere typische Selbstzweifel, Selbstanklagen oder Schuldgefühle werden thematisch oft mit situationsbezogenen Inhalten konkretisiert: dem Anspruch als perfekter Vater (oder Mutter) nicht zu genügen oder das eigene Kind nicht genug lieben zu können. Einige beschreiben diesbezüglich auch das Gefühl der Gefühllosigkeit ihrem eigenen Neugeborenen gegenüber, woraus weitere Schuld-, Scham- und Versagensgefühle entstehen. Dies könnte ein Grund dafür sein, weshalb Betroffene sich keine professionelle Hilfe suchen. Eine Störung der Mutter- bzw. Vater-Kind-Bindung ist häufig Teil der Depression, welche dadurch gekennzeichnet ist, dass das Elternteil keine Beziehung zu seinem Säugling aufnehmen und keine Gefühle von Zuneigung und Liebe entwickeln kann oder ihn ablehnt und feindselige Gefühle entstehen (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003; Schipper-Kochems et al., 2019; Rohde, 2004) In diesem Zusammenhang leitet Rohde (2004) aus der Praxis drei Typen postpartaler Depressionen ab: den *Insuffizienztyp*, den *Zwangstyp* und den *Paniktyp* (Tab. 1).

Tabelle 1

Typen postpartaler Depression (adaptiert nach Rohde, 2004, S. 57)

Typ postpartaler Depression	Im Vordergrund stehende Symptomatik
„Insuffizienztyp“	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Verstimmung im Vordergrund mit Insuffizienz- bzw. Schuldgefühlen (Überzeugung, eine schlechte Mutter/ ein schlechter Vater zu sein) • Eltern-Kind-Gefühle sind nicht in der Art vorhanden, wie erwartet; dadurch werden weitere Schuldgefühle verursacht • Oftmals endomorphe Symptomatik (mit Konzentrationsstörungen, Antriebsmangel, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Tagesschwankungen, bis hin zur Suizidalität)
„Zwangstyp“	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Verstimmung mit im Vordergrund stehender Zwangssymptomatik (Gedanke/ Impuls, dem eigenen Kind etwas anzutun, es zu verletzen, zu töten etc.) • Ausgeprägte Schuld- und Schamgefühle, Angst vor Kontrollverlust und Vermeidung von Situationen, in denen das Kind vermeintlich „gefährdet“ ist • Depression entwickelt sich häufig nach der Zwangssymptomatik
„Paniktyp“	<ul style="list-style-type: none"> • Auftreten depressiver Verstimmung parallel mit der meist erstmaligen Manifestation von Panikattacken

Bestehen die Symptome eines depressiven Syndroms mindestens über zwei Wochen, so kann die Diagnose einer depressiven Episode mit postpartalem Beginn gestellt werden, wobei der Ausprägungsgrad (leicht, mittelgradig oder schwer) den ICD-10-Diagnosekriterien entspricht (Dorsch & Rohde, 2016).

Zu beachten ist allerdings, dass sich psychische Erkrankungen bei Männern meist anders zeigen als bei Frauen (Salis, 2007). Während depressive Frauen eher somatische Symptome wie Appetit- und Gewichtsabnahme, Schlafstörungen, Antriebshemmung, Somatisierungstendenzen und ein größeres Schuldgefühle aufzeigen, geben depressive Männer hingegen eine größere Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit und Bedenken bezüglich der eigenen Gesundheit, stärkere psychomotorische Unruhe sowie Ärger und Wut an und zeigen häufiger Aggressivität und Feindseligkeit. Im Gegensatz zum emotionszentrierten, selbstwertabträglichen Bewältigungsstil von Frauen, zeigen sich bei Männern eher externalisierende Abwehrstrategien (Alkoholmissbrauch, Gewalt, Suizid...), um das traditionelle männliche leistungs- und erfolgsorientierte Rollenbild aufrecht zu erhalten. Hilfesuchen wird dabei mit Inkompetenz, Abhängigkeit und dem Aufgeben von Autonomie und Selbstkontrolle gleichgestellt (Gruber & Grube, 2016).

2.2.3 Abgrenzung zu anderen postpartalen psychischen Störungen

Eine weitere Unterscheidung, welche in dieser Arbeit getroffen werden soll, ist die Abgrenzung zu anderen psychischen Problemen im Zuge einer Schwangerschaft und Geburt (Tab. 2).

Bei der **postpartalen Dysphorie** (auch „Babyblues“ oder „Heultage“) handelt es sich streng genommen nicht um eine Störung, sondern wird von vielen Fachleuten „als gesunde Reaktion der Frau [oder des Mannes] auf die vielschichtigen Veränderungen durch die Geburt und das Muttersein [bzw. Vatersein]“ (Salis, 2007, S. 4) beschrieben. Diese vorübergehende, nur wenige Stunden bis Tage andauernden Veränderungen in Stimmung und Antrieb besitzt keine Codierung in ICD-10 oder DSM-5 und erfordert auch keine spezifische Behandlung (Dorsch & Rohde, 2016).

Die **postpartale Psychose** hingegen ist die schwerste psychische Störung innerhalb der ersten Stunden bis Tage, selten Wochen nach der Geburt. Jedoch kommt diese sehr selten vor und zeigt sich in ihrer Symptomatik so auffällig, dass eine schnelle Diagnose möglich ist. Aufgrund einer drohenden Kindesgefährdung ist eine postpartale Psychose immer eine Indikation für eine stationäre psychiatrische Behandlung (Salis, 2007).

Die **depressive Reaktion**, beispielsweise nach Todgeburt, Frühgeburt oder der Geburt eines kranken bzw. behinderten Kindes, stellt eine Unterform der Anpassungsstörung dar und ähnelt sich in ihrer Symptomatik der, der postpartalen Depression. Ein wichtiger Unterschied liegt darin, dass die depressive Reaktion ohne das auslösende Ereignis nicht auftritt, wohingegen die PPD bei genauerer Betrachtung nicht einfach aus dem Ereignis der Entbindung ableitbar ist, sondern eine eigene Dynamik gibt.

Zudem verändern die Niedergeschlagenheit und Begleitsymptome der depressiven Reaktion häufig nicht alle Bereiche des Erlebens, sodass Betroffene gut beurteilen können, ob ihre aktuelle Traurigkeit von dem Ereignis ableitbar ist bzw. ob diese verschwinden würde, wenn man das Ereignis ungeschehen machen könnte. Da ungewiss ist, ob sich die reaktive Depression spontan zurückbildet, sollte eine psychotherapeutische Behandlung erfolgen, um das Risiko eines chronischen Verlaufs vorzubeugen (Rohde, 2004).

Das Auftreten einer **posttraumatischen Belastungsstörung** (kurz PTBS) im Zuge einer Entbindung wird besonders dann begünstigt, wenn die Geburt von dem werdenden Elternteil subjektiv als traumatisch erlebt wird, was wiederum von der jeweiligen Vorgeschichte und Persönlichkeit abhängig ist. Dabei zeigen sich die spezifischen Symptome (siehe Tab. 2) eines nicht verarbeiteten Traumas als Bewältigungsmechanismen, um mit dem Erlebten umzugehen. Hilfreich könnten ausführliche Gespräche über das Erlebte, beispielsweise mit einer außenstehenden Hebamme, welche die Wochenbettbetreuung übernimmt, sein, um eine Chronifizierung und andauernde Persönlichkeitsänderungen zu verhindern (Salis, 2007; Rohde, 2004).

Tabelle 2

Formen psychischer Störungen post partum (adaptiert nach Rohde, 2004, S. 28f, 32f)

Form und ICD-10-Codierung	Verlauf	Symptomatik	Wichtigste Einflussfaktoren
Postpartale Dysphorie „Babyblues“ „Heultage“	<i>Beginn:</i> 3. Bis 5. Tag post partum <i>Dauer:</i> wenige Tage	Allgemein erhöhte Empfindlichkeit, Stimmungs labilität steht im Vordergrund mit raschem Wechsel zwischen Glücklichkeit, Weinen, Reizbarkeit etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Geburt als Lebensereignis • Hormonelle Umstellung • Reizüberflutung und fehlende Ruhe
Postpartale Depression F32 bzw. F33 mit O99.3 oder F53	<i>Beginn:</i> erste Tage/ Wochen bis Monate nach Entbindung <i>Dauer:</i> abhängig vom Schweregrad, Wochen bis Monate, im Extremfall Chronifizierung	Depressive Verstimmung unterschiedlichen Schweregrades, Versagens- und Schuldgefühle, Grübeln, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Appetitminderung, Erschöpfung, Müdigkeit, Weinen	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonelle Umstellung • Geburt als Lebensereignis • Veränderung der Lebenssituation, unzureichende soziale Unterstützung, Probleme in der Partnerschaft, hohe eigene Erwartungen • Depression in der Schwangerschaft • Psychische Störungen in der Schwangerschaft oder Familie
Postpartale Psychose F20, F23, F25, F30, F31	<i>Beginn:</i> erste Tage bis Wochen nach der Entbindung <i>Dauer:</i> abhängig von Schweregrad und klinischem Bild, Tage bis Monate	Alle Typen von Psychosen mit der entsprechenden Symptomatik können vorkommen (z.B. schizophrene, schizoaffektive, affektive, polymorphe, organische Psychosen), Verhaltensänderungen, irrationale Ängste, ungeordnetes Denken, Wahn, Halluzinationen, Beeinflussungserleben	<ul style="list-style-type: none"> • Hormonelle Umstellung • Geburt als Lebensereignis • Psychische Störungen in der Vorgeschichte oder Familie
Depressive Reaktion nach Totgeburt, Frühgeburt oder Geburt eines kranken Kindes ¹ F43	<i>Beginn:</i> Direkt nach dem Ereignis <i>Dauer:</i> abhängig von Schweregrad und klinischem Bild, Wochen bis Monate	Zu Beginn häufig akute Belastungsreaktion mit innerer Betäubung, „Schock“, Verzweiflung. Dann meist Übergang in längere depressive Reaktion mit einer Vielzahl depressiver Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Verlustereignis • Trauerprozess nicht abgeschlossen/ nicht zugelassen • Bei frühgeborenen und kranken Kindern: Sorge um Gesundheit des Kindes, notwendige Behandlungen, Operationen usw.
Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach einer traumatisch erlebten Entbindung F43.1	<i>Beginn:</i> erster Tag bis Wochen nach Entbindung <i>Dauer:</i> abhängig von Schweregrad und klinischem Bild, Wochen bis Monate, Chronifizierung möglich	Typische Symptomatik der PTBS mit Wiedererleben der Geburt, Alpträumen und „Flashbacks“ vom Geschehen, Vermeidung von Stimuli, die an die Geburt erinnern, Schlafstörungen, „innerer Betäubung“, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit etc., nicht selten Begleitdepression	<ul style="list-style-type: none"> • Entbindung wurde traumatisch erlebt • Subjektive Wahrnehmung der Situation • Eigene Erwartungen wurden nicht erfüllt • Unzureichende Möglichkeit der Besprechung der Erlebnisse nach der Geburt • Vorbelastung mit traumatischen Erfahrungen

¹ Möglich wäre an dieser Stelle auch der Tod der Kindsmutter bei der Geburt.

2.3 Epidemiologie

Die geschätzten Prävalenzen für die väterliche postpartale Depression variieren in der Literatur aufgrund der verschiedenen Messzeitpunkte, Erhebungsmethoden und untersuchten Länder. Eine Metaanalyse von Paulson & Bazemore (2010; 43 Studien mit insgesamt 28.004 Teilnehmenden) konnte zeigen, dass sich bei durchschnittlich 10,4% der Väter Symptome einer Depression zwischen dem ersten Trimester der Schwangerschaft bis zu einem Jahr nach der Geburt ihres Kindes entwickeln. Dem gegenüber ergab sich für die mütterliche PPD eine metaanalytische Punktschätzung von 23,8%. Der niedrigste Prävalenzwert trat bei den Männern mit 7,7% in der Zeit von der Geburt bis drei Monate danach auf, der höchste wurde im vierten bis sechsten Monat nach der Geburt mit durchschnittlich 25,6% beschrieben. Zudem war die durchschnittliche Rate einer paternalen PPD in US-amerikanischen Studien mit 14,1% größer als die Durchschnittsrate in internationalen Studien (8,2%). Des Weiteren ergaben Fragebogenmethoden ebenfalls höhere Werte (11,0%) als Interviewmethoden (4,9%). Die väterliche PPD zeigte außerdem eine mäßig positive Korrelation ($r=0.308$) mit der mütterlichen Depression, was sich darin ausdrückte, dass sich die Inzidenz bei Männern, deren Frauen an einer PPD litten, auf 24 bis 50% erhöhte.

Eine aktuellere Metaanalyse von Cameron, Sedov & Tomfohr-Madsen (2016; 74 Studien mit 41.480 Teilnehmern) zeigte ähnliche Ergebnisse. Dort betrug die Gesamtschätzung der Prävalenzwerte paternalen Depressionen 8,4%, wobei ebenfalls die höchsten Werte drei bis sechs Monate postpartal gefunden wurden und sich in Abhängigkeit des untersuchten Kontinents, des Erhebungsinstruments und des Vorhandenseins einer mütterlichen Depression unterschieden.

Für postpartal depressive Väter in Deutschland wurde eine Prävalenzrate von 7,8% gefunden (Gawlik et al., 2014). Zusätzlich muss von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden, da Männer im Allgemeinen eher dazu neigen, ihre Emotionen zu verbergen (Wiencke, 2019), während einer Depression deutlich seltener Hilfe suchen als Frauen (Veskrna, 2010) und diagnostische Fragebögen eher frauentypische Depressionssymptome erfassen (vgl. Artefakttheorie; Gruber & Grube, 2016).

Trotz der unterschiedlichen Ergebnisse in der Forschung sind diese Werte nicht zu vernachlässigen und weisen darauf hin, dass es sich bei der väterlichen PPD um ein ernstzunehmendes Public Health Problem handeln könnte (Paulson & Bazemore, 2010; Hoffmann, 2016). Dies unterstreicht die Wichtigkeit, nicht nur Müttern, sondern auch Vätern Beachtung hinsichtlich depressiver Verstimmung im Zuge einer Geburt zu schenken.

2.4 Ätiologie

In Bezug auf die Entstehung konnten bisher keine speziellen Risikofaktoren für die postpartale Depression gefunden werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Ursachen, denen einer Depression unabhängig vom peripartalen Kontext ähneln, sodass von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen werden kann (Salis, 2007; Dorsch & Rohde, 2016; DGPPN, 2015).

Das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** von Zubin & Springer (1977; Abb. 1) gilt als übergreifendes Erklärungsmodell verschiedener psychischer Störungen und kann auch zur Erklärung der PPD herangezogen werden (Wortmann-Fleischer, Downing & Holstein, 2016). Das Modell ist hilfreich, um die Entstehung der Psychopathologie zu verstehen, indem es die Interaktionen zwischen Persönlichkeit, Vulnerabilität und Stress beschreibt (Ingram & Luxton, 2005). Dabei wird angenommen, dass eine Person eine *angeborene* (genetische oder biologische Dispositionen², neurophysiologische Vorgänge) und eine *erworbene Vulnerabilität* (z.B. Selbstwertprobleme, dysfunktionale Kognitionen, Traumata, familiäre Prägungen, soziale Faktoren) besitzt. In Kombination mit einem *Stressereignis* oder einer akuten Belastung, wie etwa der Geburt eines Kindes und somit der Übergang zur Elternschaft als kritisches Lebensereignis (= *life event*), kommt es zu einer vorübergehenden Störung des inneren Gleichgewichts der betroffenen Person (= *Coping Breakdown*). Bei unzureichender *Adaption* ist daraufhin die Genese psychischer Auffälligkeiten oder Störungen möglich. Ob eine Adaptation erfolgreich ist, hängt unter anderem von *Schutz- und Risikofaktoren* ab, welche die betroffene Person mit sich bringt (Zubin & Spring, 1977; Wirtz, 2019; Gürber, 2015; Brakemeier, Normann & Berger, 2008).

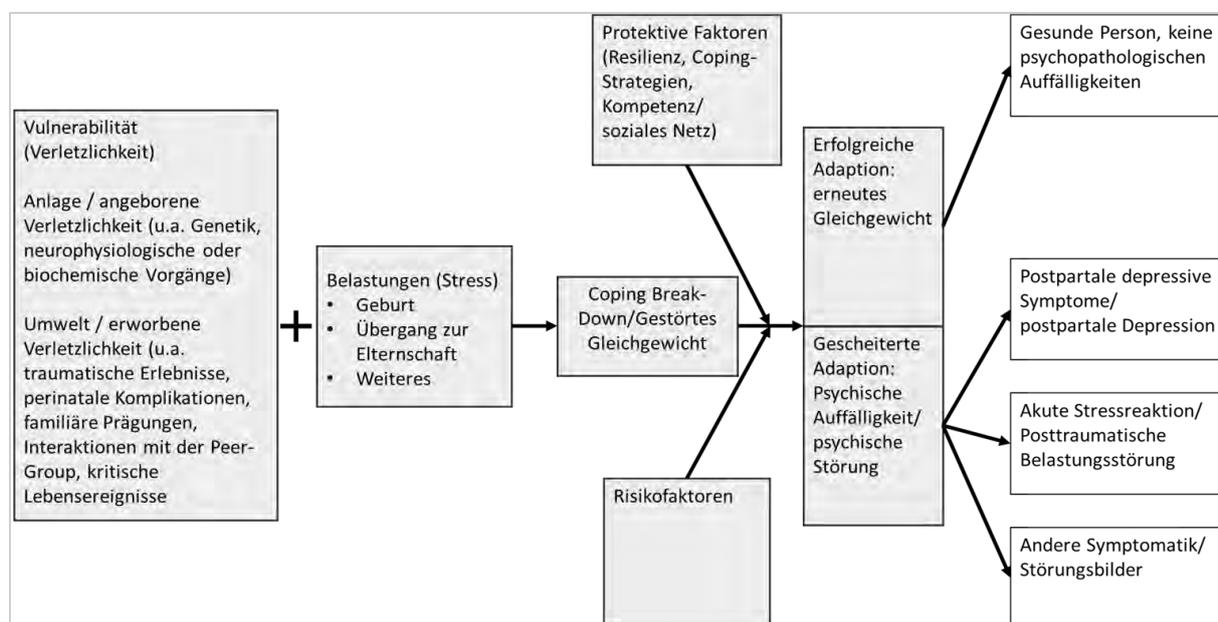


Abbildung 1. Vulnerabilitäts-Stress-Modell modifiziert für die Geburtssituation nach Zubin und Spring (1977) (entnommen von Gürber, 2015, S. 2)

2.4.1 Einflussfaktoren vor der Geburt

Untersuchungen zeigen, dass psychiatrische Erkrankungen vor oder während der Schwangerschaft einen eindeutigen Einflussfaktor darstellen und die Vulnerabilität, an einer PPD zu erkranken, erhöhen, insbesondere wenn es sich bei den betroffenen Männern um eine affektive, eine Zwangs- oder eine Angststörung handelt (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016; Salis, 2007; Dorsch & Rohde, 2016).

² Genetische Studien haben gezeigt, dass ein deutlich erhöhtes relatives Risiko für Erstgradverwandte depressiv Erkrankter besteht. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit zu erkranken um das 1,5- bis 3-Fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht (Brakemeier, Normann & Berger, 2008).

Vor der Geburt des Kindes kommt es bei ca. 2,5 bis 20% der werdenden Väter zudem zu psychischen Verstimmungen, ähnlich wie bei schwangeren Frauen (Wee et al., 2011). Der Grund dafür ist das sogenannte **Couvade-Syndrom** (vom französisch *couver* = „ausbrüten/bemuttern“), welches die Vorbereitung des Mannes auf die Geburt seines Kindes beschreibt. In diesem Zusammenhang konnten hormonelle Veränderungen bei den Männern vor der Geburt festgestellt werden, wie etwa ein geringerer Wert des Sexualhormons Testosteron, ein erhöhter Wert des „Milchhormons“ Prolaktin, wodurch fürsorgliche Emotionen betont werden (Storey et al. 2000; Retzbach, 2014) sowie ein fast doppelt so hoher Wert des Stresshormons Kortisol, was zu einer erhöhten Reaktionsfähigkeit führt und somit den Beschützerinstinkt im Mann hervorbringt (Bishop, Wallace & Ault, 2008). Die schwangerschaftsähnlichen Symptome des Couvade-Syndroms umfassen beispielsweise eine Gewichtszunahme, morgendliche Übelkeit und Schlaflosigkeit oder auch depressive Episoden (Wiencke, 2019).

Des Weiteren können Belastungen, wie etwa traumatische Erfahrungen oder Komplikationen in der Schwangerschaft, z.B. Hinweise auf ein krankes Kind bei der Pränataldiagnostik oder Schicksalsschläge im persönlichen Umfeld, zur Entstehung einer PPD beitragen (Dorsch & Rohde, 2016; Oddo et al., 2008; Salis, 2007).

2.4.2 Die Geburt als Einflussfaktor

Ein weiterer möglicher Risikofaktor ist eine traumatisch erlebte Geburt. Untersuchungen zeigten, dass die Anwesenheit des Mannes bei der Entbindung einen wesentlichen Prädiktor für die Entwicklung posttraumatischer Symptome darstellt (Dorsch & Rohde, 2016). In einer Studie von Dorsch (2013) zum Geburtserleben und postpartaler Befindlichkeiten bei über 174 Vätern konnte der Einfluss der Geburtserfahrung auf das Geburtserleben dargestellt werden. Der Entbindungsmodus, das Auftreten von Komplikationen und notwendigen medizinischen Interventionen unter der Geburt, die psychische Gesundheit während der Schwangerschaft sowie die Geburtserwartungen und die erlebte Unterstützung durch die Hebamme(n) während der Geburt konnten als Einflussfaktoren auf die Qualität des Geburtserlebens gefunden werden, welches von jedem zehnten Mann negativ bewertet wurde. Dabei zeigte sich, dass auch bei Vätern die Geburtserfahrung ein relevanter Indikator für eine postpartale psychische Störung ist. Als Schutzfaktoren wurden in diesem Zusammenhang väterspezifische Geburtsvor- und -nachbereitungen genannt (Dorsch, 2013). Cody (2011) fand heraus, dass Männer sich in Geburtsvorbereitungskursen primär geburtsspezifische Informationen und praktische Übungen wünschen, welche durch einen männlichen Kursleiter vermittelt werden. Dabei werde die Rolle des werdenden Vaters im Kreißsaal geklärt, der Übergang in die Vaterschaft erleichtert und somit ein besseres Outcome erzielt.

Eine Frühgeburt (= Entbindung vor der 37. Schwangerschaftswoche), als eine mögliche Geburtskomplikation, kann zu ausgeprägten Ängsten, einem höheren Belastungserleben sowie zu höher ausfallenden psychischen Beschwerden führen, was sich in erhöhten Angst- und Depressionswerten

widerspiegelt (Weigl, 2019). So zeigte eine in Deutschland durchgeführte Studie (N=230 Mütter und 173 Väter) für die Mütter von frühgeborenen Kindern mit sehr geringem Geburtsgewicht ein bis zu 18-fach höheres Risiko und für die Väter ein bis zu 9-fach höheres Risiko, an Symptomen einer PPD zu leiden, als Eltern von reifgeborenen Kindern (Helle et al., 2015).

2.4.3 Einflussfaktoren in der Postpartalzeit

Auch bei einer komplikationslosen und positiv empfundenen Geburt kann es zur PPD kommen. Lippe und Rattay (2014) fanden heraus, dass sich 14% der Mütter und 8% der psychisch gesunden Väter durch die Kindererziehung stark seelisch belastet und ein weiteres Drittel deutlich belastet fühlen. Das heißt, auch eine ganz normale Entbindung, insbesondere des ersten Kindes, und die Postpartalzeit mit ihren ganz normalen und unspezifischen Belastungen können starke Stressoren sein, welche bei vulnerablen, prädisponierten Elternteilen zur Auslösung der PPD führen können (Riecher-Rössler, 2006; Dorsch & Rohde, 2016).

Rohde (2004) beschreibt die postpartale Depression als eine Folge der notwendigen Anpassungsleistungen von Körper und Psyche an die neue Lebenssituation, die nicht nur die Mütter, sondern auch die Väter durchleben: die gesamte Lebensperspektive verändert sich, es muss Verantwortung für ein anderes Leben übernommen werden und die eigenen und kindlichen Bedürfnisse müssen angepasst werden (Rohde, 2004; Schipper-Kochems et al., 2019). Dabei muss sich die Partnerschaft von einer Zweierbeziehung (= *Dyade*) zu einer Dreierbeziehung (= *Triade*) entwickeln, wobei es für den Vater noch zusätzlich die Herausforderung darstellt, seinen Platz neben der oft sehr engen Beziehung zwischen Mutter und Kind zu finden, aus der er sich schnell ausgeschlossen fühlen kann (Rohde, 2004; Dorsch & Rohde, 2016; Schipper-Kochems et al., 2019).

Daraus können Konflikte in der Partnerschaft bzw. eine geringere Zufriedenheit mit der Partnerschaft resultieren, welche ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung einer PPD sind (Schipper-Kochems et al., 2019; Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016; Riecher-Rössler & Hofecker-Fallahpour, 2003). Dieser Aspekt hat besonders dann großen Einfluss, wenn die Partnerschaftsprobleme bereits in der Schwangerschaft bestehen (Rohde, 2004). Bei einer Befragung von 175 Paaren zur veränderten Qualität und subjektiven Zufriedenheit in der Partnerschaft erlebten beide Elternteile in den ersten drei Jahren nach der Geburt des ersten Kindes eine deutliche Zunahme von Streit und Konflikten, eine Abnahme der Kommunikation und einen Anstieg der Unzufriedenheit mit dem Partner bzw. der Partnerin sowie ein deutlich unbefriedigenderes Sexualleben. Bei den im Streit ausgetragenen Themen ging es besonders um die Umverteilung von Aufgaben und Verantwortung (Fthenakis & Kalicki, 2000).

Das Entstehen einer Depression oder anderer psychischer Störungen nach der Entbindung kann aber auch durch die gesellschaftlich produzierten Rollenzuschreibungen und -anforderungen begünstigt werden (Wiencke, 2019; Grube, 2011). Die neue Rolle als Vater muss zunächst in das bestehende Selbstbild integriert werden, was eine psychologische Belastungssituation darstellen kann. Von den Männern wird nun noch mehr als zuvor Männlichkeit und adäquate Väterlichkeit erwartet. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass sich das gesellschaftliche Rollenverständnis von Männern und Frauen sowie deren Lebensbedingungen im Wandel befinden. Kaum ein Paar kann nach der Entbindung noch auf die Unterstützung einer Großfamilie zurückgreifen. Die Frau übernimmt nach der Geburt eines Kindes nicht mehr *nur* die Kindererziehung und den Haushalt. Und der Mann ist nicht mehr *nur* dazu verpflichtet, die Familie durch harte Arbeit finanziell abzusichern, sondern sich auch bei der Erziehung und Betreuung des Kindes einzubringen und seine Partnerin somit zu unterstützen. Diese neuen Vorstellungen bringen neben den positiven Aspekten auch einen enormen Druck mit sich, den vor allem die Väter erleben (Wiencke, 2019; Dorsch & Rohde, 2016; Cody, 2011). Es sind hierbei besonders die widersprüchlichen Anforderungen an die Väter, nämlich sowohl Karriere als auch Vaterschaft gleichermaßen gut zu bewältigen, welche als sehr belastend empfunden werden können (Wiencke, 2019; Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016). Die Erwartungen, die einem Vater zugeschrieben werden, sind enorm hoch (WHO, 2007, zitiert nach Persson, 2012, S. 29) und werden durch die Auflistung in Abbildung 2 verdeutlicht.

Der „ideale Vater“ ...

- baut unverzüglich ein Haus für die Familie.
- sorgt für seine Familie, sodass immer ausreichend Geld zur Verfügung steht.
- macht eine Bilderbuchkarriere, damit es seiner Familie gut geht.
- spielt sofort ganz viel mit seinen Kindern, denen er der beste Freund ist.
- kümmert sich ebenso wie seine Frau um den Haushalt.
- ist ein stets begehrender, aber immer zurückhaltender Liebhaber.
- ist stets souverän und selbstsicher.
- versteht sich blendend mit seinem eigenen Vater, der ihm in allen Lebenslagen ein leuchtendes Vorbild ist.
- hat weiterhin genügend Zeit für seine Hobbys und die alten Freunde.

Abbildung 2. Erwartungen an einen Vater (entnommen von BZgA, 2013, S. 8)

Zudem können auch zu hohe Ansprüche an sich selbst und an die eigene Vaterrolle das Auftreten einer PPD begünstigen (Oddo et al., 2008). Spezifische Persönlichkeitsmerkmale, die damit in Verbindung gebracht werden, sind ein introvertiertes, ängstliches Verhalten, starke Verunsicherungen, Selbstzweifel sowie Versagensgefühle (Wendt & Rohde, 2004). Des Weiteren wurde die Ausprägung der postpartal depressiven Symptomatik in einer Studie von Kunz et al. (2012) bei beiden Elternteilen durch das eigene *Kohärenzgefühl* (Sense of Coherence, SOC) vorhergesagt, welches Antonovsky (1979) zur Beschreibung einer individuellen, kognitiven und affektiv-motivationalen Grundhaltung gegenüber der Welt verwendete. Ein niedriges Kohärenzgefühl verhindert die optimale Nutzung der vorhandenen Widerstandsressourcen (z.B. individuelle, kulturelle und soziale Fähigkeiten und Möglichkeiten). Aber auch der SOC-Wert des Partners bzw. der Partnerin zeigten Einfluss auf die Entstehung und Ausprägung der PPD (Kunz et al., 2012).

Darüber hinaus kann auch eine bestehende postpartale Depression der Mutter eine väterliche PPD bewirken (Marinovic, 2013, zitiert nach Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 502), wodurch sich die Inzidenz auf 24 bis 50% erhöht (Dorsch & Rohde, 2016; Diercks-Kroschke, 2011). Demnach ist von einer hohen Komorbidität zwischen väterlicher und mütterlicher Depression auszugehen (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016). Dieser Aspekt wird in der Literatur als der wichtigste Faktor mit Vorhersagewert für die paternale PPD beschrieben (Schuhmacher, 2008, zitiert nach Diercks-Kroschke, 2011, S. 37). Allerdings besteht in der Forschung keine Einigkeit über die Gründe. Es wird vermutet, dass die Belastung für den Partner (bzw. die Partnerin) zu hoch ist. Zudem zeigten einige Untersuchungen, dass die Partner der erkrankten Mütter sich weniger unterstützt fühlten und Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, Frustration, Wut und Unsicherheit in Bezug auf die Zukunft empfanden (Salis, 2007; Diercks-Kroschke, 2011).

Weiterhin gibt es Hinweise auf höhere Prävalenzraten bei Vätern, die durch psychosoziale Risikofaktoren hoch belastet sind, als bei Vätern der Normalbevölkerung. Einige Studien belegen den Zusammenhang zwischen einem niedrigen sozioökonomischen Status und einem erhöhten Depressionsrisiko. Zudem kann eine Vaterschaft während der Adoleszenz, bei Armut, niedrigem Bildungsstand oder Arbeitslosigkeit, bei Alkohol- und Drogenmissbrauch oder bei Kriminalität das Stresslevel erhöhen und das Auftreten depressiver Symptomatiken begünstigen (Kunz et al., 2012; Bergström, 2013). Allerdings können diese Faktoren über das Erkrankungsrisiko nicht eindeutig Aufschluss geben bzw. sind die Studien teilweise widersprüchlich (Kloß, 2015; Riecher-Rössler, 2006). Insbesondere in der Praxis kann aus dem Vorhandensein oder Fehlen solcher Risikofaktoren nicht einfach abgeleitet werden, ob ein Mann (oder eine Frau) tatsächlich betroffen sein wird (Dorsch & Rohde, 2016).

Sicher ist aber, dass die soziale Unterstützung (neben den anderen in Abb. 1 aufgezählten Schutzfaktoren) in der psychiatrischen Wissenschaft eine wichtige Rolle bei der Verhinderung von Erkrankungen bzw. Besserung des Verlaufs spielen kann und andersherum das Fehlen sozialer Unterstützung das Auftreten begünstigt. Gerade in der Zeit nach der Entbindung besteht ein großes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung durch Partner*in, Familie und andere Menschen des sozialen Umfeldes (Rohde, 2004; Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003). Ein gewisser protektiver Effekt wird daher dem Grad der sozialen Unterstützung, insbesondere durch den Partner bzw. der Partnerin, zugeschrieben (Dennis & Allen, 2008).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sowohl biologische, psychische und soziale Faktoren als auch Stressbelastungen eine Rolle für das Entstehen einer PPD spielen können, besonders dann, wenn vorab eine gewisse Vulnerabilität vorliegt. Je mehr belastende Faktoren zusammenkommen, umso schneller und tiefer führen diese die Betroffenen in eine Abwärtsspirale der Depression (Abb. 3).

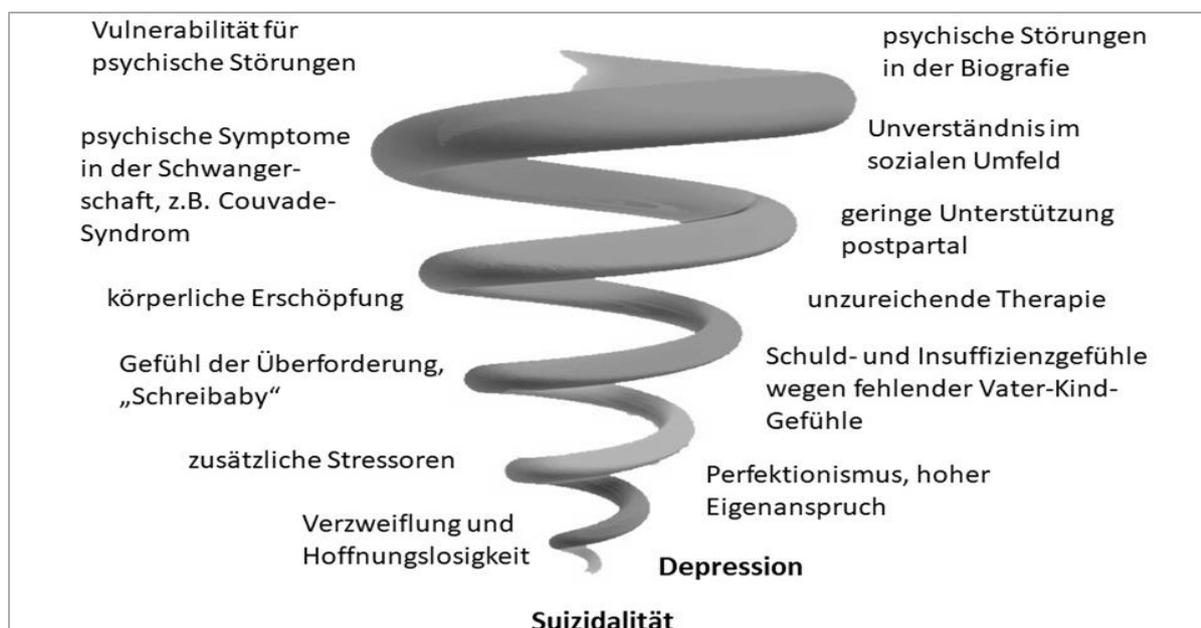


Abbildung 3. Abwärtsspirale der postpartalen Depression (adaptiert nach Dorsch & Rohde, 2016, S. 360)

2.5 Auswirkungen der postpartalen Depression

Die Relevanz der Thematisierung der postpartalen Depression bei Vätern lässt sich nicht nur mit den Symptomen und dem damit verbundenen Leidensdruck der Betroffenen begründen, sondern auch mit den Auswirkungen dieser Erkrankung, denn ein schlechtes psychisches Befinden der Väter wirkt sich auf das gesamte Familiensystem aus (Rudolf et al., 2015; Kunz et al., 2012). Daher sollen in diesem Abschnitt die möglichen Folgen einer väterlichen PPD auf deren Partnerin bzw. auf die Partnerschaft sowie auf die Entwicklung des Kindes erläutert werden.

2.5.1 Auswirkungen auf die Partnerschaft

Die PPD des Vaters kann das Stresslevel seiner Partnerin und somit ihre psychische Stabilität, beispielsweise durch fehlende Unterstützung, negativ beeinflussen. Die Studie von Wieser et al. (2016) bestätigt diesen Zusammenhang zwischen der depressiven Erkrankung einer Person und einer deutlich höheren psychischen Belastung bei Angehörigen. Grube (2011) vermutet diesbezüglich, dass viele Mütter mit der Anforderung, die krankheitsbedingten Defizite des Mannes zu kompensieren, überfordert sind.

Zudem ist der Zusammenhang zwischen einer Depression und der Partnerschaft empirisch gut belegt. Dabei können nicht nur Konflikte und Probleme in der Partnerschaft die Entstehung einer Depression begünstigen (vgl. Abschnitt 2.4 Ätiologie), andersherum wird auch die Beziehungsqualität durch eine depressive Erkrankung beeinträchtigt (Reich, 2003). Erkrankte Personen und deren Partner*innen nehmen ein signifikant geringeres Ausmaß an Glück und Stabilität in ihrer Beziehung und mehr unge löste Problembereiche wahr als gesunde Paare. Insgesamt verändert sich das Kommunikationsverhalten, es kommt häufiger zum Streit, der Austausch von Zärtlichkeiten nimmt ab und gemeinsame Aktivitäten werden weniger (Wieser et al., 2016). Angehörige erleben oftmals den sozialen Rückzug der

erkrankten Person und die damit einhergehende Entfremdung, aber auch die verstärkten Sorgen und Ängste bezüglich der Gesundheit der bzw. des Betroffenen sowie der familiären Zukunft als belastend (Bischkopf, Wittmund & Angermeyer, 2002). Für eine enge, unterstützende Beziehung, die durch die Geburt eines Kindes noch inniger werden sollte, ist dies schädlich (Salis, 2007). Darüber hinaus ergibt sich ein Teufelskreis, da konfliktbehaftete und schlecht empfundene Partnerschaften das Rückfallrisiko für psychische Erkrankungen erhöhen (Wieser et al., 2016).

Nicht zuletzt zeigt eine paternale depressive Symptomatik negative Auswirkungen bezüglich des maternalen Risikos, ebenfalls an einer PPD zu erkranken. Diese hohe Komorbidität zwischen väterlicher und mütterlicher Depression ist klinisch bedeutsam und verdeutlicht den Unterstützungsbedarf beider Elternteile sowie den Schutz und die Versorgung des Kindes (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016).

2.5.2 Auswirkungen auf das Kind

Wenn bei Kindern Entwicklungsprobleme oder psychische Störungen festgestellt werden, lässt sich beobachten, dass überwiegend Mütter dafür verantwortlich gemacht und Väter nur wenig als Einflussfaktor auf die Kindesentwicklung wahrgenommen werden (= *mother blaming*; Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016). Zwar können depressive Väter ihre Rolle als Vater prinzipiell positiv erleben und diese angemessen ausführen (Rudolf et al., 2015), allerdings ist in internationalen Studien inzwischen hinreichend belegt, dass auch psychisch kranke Väter die Kindesentwicklung nachhaltig und schädlich beeinflussen können (Bögels, Stevens & Madjancel, 2013, zitiert nach Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 499).

Zunächst beeinflusst eine PPD das väterliche Verhalten gegenüber dem Kind. In diesem Zusammenhang fielen betroffene Väter in einer Metaanalyse von Wilson und Durbin (2010) besonders durch ein signifikant negativeres elterliches Erziehungsverhalten gegenüber gesunden Vätern auf, d.h. durch weniger Zugewandtheit, fehlende bzw. negative Reaktionen auf das Kind und weniger Aufmerksamkeit für das Kind. Beispielsweise zeigt sich dies durch frühes Zubettbringen des Kindes oder die wenige Zeit, die mit explorativem Spielen außerhalb des Hauses verbracht wird (Paulson, Dauber & Leiferman, 2006). Zudem lässt sich bei depressiven Vätern eine geringere Sprachproduktion feststellen, welche negativer, kritischer und mehr auf das Erleben des Vaters als das des Kindes fokussiert ist (Sethna, Murray & Ramchandani, 2012). Auch die elterliche Feinfühligkeit kann durch eine PPD beeinträchtigt werden. Das bedeutet, dass das depressive Elternteil nicht in ausreichendem Maße prompt und adäquat auf die kindlichen Signale reagieren kann. Dies ist aber wichtig, damit sich beim Kind ein Gefühl von Sicherheit beim Explorieren und eine Vertrautheit in die Bezugsperson entwickelt (Eickhorst et al., 2010). Zum Beispiel achten kleine Kinder zum Zeitpunkt der Bindungsentwicklung sehr auf die Signale des Vaters bei der Bewältigung von angstauslösenden Situationen. Es wird vermutet, dass er als Modell für die äußere Welt dient, sodass seine Einschätzung von Gefahren besonders beachtet wird. Falls der

Vater dann ängstlich oder depressiv ist, kann dieser Umstand auch nicht durch die Mutter kompensiert werden (Bögels & Perotti, 2012; Gere et al., 2013, beide zitiert nach Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016, S. 502).

Diese fehlenden oder negativen Reaktionen auf den Säugling führen dann zu einer eingeschränkten bzw. unsicheren Vater-Kind-Bindung. Kunz et al. (2012) fand diesbezüglich einen hochsignifikanten positiven Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer PPD bei Vätern und einer beeinträchtigten emotionalen Beziehungsaufnahme zum Kind (= *impaired bonding*). Diese fehlenden positiven Erfahrungen mit dem eigenen Vater verhindern es meist, selbst ein ausreichend empathischer und emotionaler Vater zu sein, sodass langfristig auch die nachfolgenden Generationen betroffen sein können (Garstick, 2013). Diese Effekte der Depression auf das väterliche Erziehungsverhalten haben wiederum eine Reihe negativer Folgen für das psychische Wohlergehen des Nachwuchses, welche sich in allen Altersstufen der Kinder nachweisen lassen (Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016).

In der Mannheimer Kohortenstudie wurden 362 Kinder in einer Alterskohorte von 1986 bis 1988 bis zum Lebensalter von 11 Jahren in einer prospektiven Längsschnittstudie in Bezug auf die Folgen verschiedener Risikofaktoren psychogener Erkrankungen begleitet. Es zeigte sich, dass Kinder mit einem psychisch auffälligen Vater bereits mit einem Alter von knapp zwei Jahren Defizite in der kognitiven Entwicklung aufwiesen (Lieberz, Franz & Schepank, 2011).

Ein spezifischer und persistierender negativer Effekt aufgrund väterlicher Depressionen kann darüber hinaus zu gravierenden Auswirkungen auf die frühkindliche Emotionsentwicklung führen (Ramchandani et al., 2005; Moretti & Craig, 2013). Die Kinder erhalten bei der Regulation von Emotionen, wie z.B. großer Freude, Trauer oder Frustration, keine oder nur geringe Unterstützung durch ein emotionales Feedback des erkrankten Elternteils (Plattner, 2017). Beispielsweise werden die Babys, wenn sie weinen, nicht auf den Arm genommen und bekommen somit in einer für sie angstbesetzten Situation keinen Trost (Murray, 2016; Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

Depressionen bei Vätern in der postpartalen Phase sind ebenfalls mit einem erhöhten Risiko für Verhaltensproblemen bei ihren Nachkommen verbunden. Diese zeigen beispielsweise weniger Sozialkompetenzen oder Hyperaktivität (Lüdin, 2014; Rudolf et al., 2015; Ramchandani et al., 2005). Im Rahmen der Mannheimer Risikokinderstudie von Trautmann-Villalba, Laucht und Schmidt (2003) wurden 97 Vater-Kind-Dyaden ausgewertet, wobei psychische Auffälligkeiten des Kindes im Alter von 2, 4 1/2 und 8 Jahren erfasst wurden. Die Verhaltensbeobachtungen ergaben, dass vor allem Töchter von wenig supportiven Vätern, etwa aufgrund einer väterlichen Depression, ein eher aggressives und dissoziales Verhalten aufweisen. Dem gegenüber fanden Ramchandani et al. (2008) eher ein erhöhtes Risiko für Verhaltensprobleme bei Söhnen von Vätern mit einer PPD.

Zudem besteht, völlig unabhängig von einer Depression der Mutter, ein Zusammenhang zwischen einer Depression des Vaters in der Zeit nach der Geburt mit dem erhöhten Risiko der Entwicklung einer

psychischen Erkrankung des Kindes bis ins hohe Erwachsenenalter, insbesondere einer Depression, Angststörung oder eines Substanzmissbrauchs (Schipper-Kochems et al., 2019; Marinovic & Seiffge-Krenke, 2016; Lüdin, 2014). Neben der genetischen Belastung (Salis, 2007) können aber auch die höhere Konflikthäufigkeit und die negative Stimmungslage in Familien mit depressiven Vätern zu depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen führen (Class et al., 2012).

Zusätzlich steigt die Gefahr der Kindeswohlgefährdung mit der Dauer der depressiven Symptomatik. Depressive Väter schlagen ihre ca. einjährigen Kinder nahezu viermal so oft wie nicht depressive Väter (41% vs. 13%; Davis et al. 2011). Darüber hinaus wurde in der Kohortenstudie von Lee, Taylor & Belamy (2012) eine erhöhte Kindesvernachlässigung nachgewiesen. Den Autoren zufolge ist eine väterliche Depression dabei nicht nur doppelt so häufig bei Vernachlässigungsfällen, sondern auch noch stärker mit Kindesvernachlässigung assoziiert als bei einer Major Depression von Müttern.

Insgesamt können die kurz- und langfristigen Auswirkungen dieses Störungsbildes auf die Kindesentwicklung und die gesamte Familiendynamik äußerst gravierend sein. Daher ist es notwendig, eine PPD frühzeitig zu erkennen und zu diagnostizieren, um dem Vater sowohl bei Vorliegen einer väterlichen als auch einer mütterlichen PPD frühzeitig professionelle Hilfestellungen anzubieten.

2.6 Diagnostik

Die Abgrenzung einer PPD von dem, was zu den „normalen“ Reaktionen nach einer Entbindung zählt, ist besonders für Patient*innen und Angehörige, aber auch für die betreuenden Hebammen, Haus- oder Fachärzt*innen nicht immer einfach.

Zur Diagnostik postpartaler Depressionen gehört zunächst immer der Ausschluss organischer Ursachen (z. B. Anämie oder Schilddrüsenfunktionsstörung; Dorsch & Rohde, 2016). Darüber hinaus gibt es verschiedene Screeninginstrumente, wie etwa die *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987), die *Postpartum Depression Screening Scale* (PDSS; Beck & Gable, 2001) oder auch die *Postpartum Depression Checklist* (PDC; Beck, 1995). Lediglich die EPDS wurde bisher auch für den Einsatz bei Vätern validiert (Matthey et al., 2001), weshalb sie im Folgenden näher beschrieben werden soll.

Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS³), in der deutschsprachigen Version nach Bergant et al. (1998), ist eine zehn Fragen umfassende Selbstbeurteilungsskala zur Risikoeinschätzung von Depressions- und Angstsymptomen sechs Wochen vor sowie sechs bis zwölf Wochen nach der Entbindung (Schipper-Kochems et al., 2019). Dabei werden Symptome der letzten sieben Tage in Bezug auf Freudfähigkeit, Schulterleben, Angst, Bewältigungsfähigkeit bzw. Überforderung, innerer Unruhe, Schlafstörungen sowie Traurigkeit, Weinerlichkeit und Selbstgefährdung bzw. Suizidalität abgebildet.

³ Die deutsche Version des EPDS-Screeninginstrumentes ist in Anhang A beigefügt.

Die Antworten werden von null (Symptomatik nicht zutreffend) bis drei (Symptomatik stark ausgeprägt) bewertet, wodurch der Gesamtsummenwert zwischen 0 und 30 Punkten liegt (Bergant et al., 1998). Sowohl für Frauen (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) als auch für Männer (Matthey et al., 2001; Edmondson et al., 2010) wies die EPDS neben einer hohen Konstruktvalidität und Reliabilität auch eine gute Sensitivität und Spezifität für die Erkennung postpartaler Verstimmungen auf. Zur Erfassung einer PPD bei Frauen wurde ein Grenzwert von ≥ 12 festgelegt (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). In den inzwischen zahlreicher werdenden Studien zur postpartalen Befindlichkeit von Männern (Ramchandani et al., 2005; Madsen & Juhl, 2007; Edmondson et al., 2010) werden ebenfalls Cutoff-Werte von ≥ 10 bis ≥ 13 diskutiert. Matthey et al. (2001) legten in ihrer Validierungsstudie dar, dass ein Grenzwert von ≥ 10 Punkten mit einer hohen Sensitivität (71,4%) und Spezifität (93,8%) für ein Screening auf PPD bei Männern optimal geeignet ist, woraufhin eine weiterführende fachpsychiatrische Diagnostik erfolgen sollte. Anhand der klinischen Erfahrungen von Dorsch & Rohde (2016) können EPDS-Werte über 20 bereits als Beleg einer akuten depressiven Störung gewertet werden. Die Autoren der EPDS empfehlen die Ermittlung des Scores zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten nach der Geburt. Wenn beide Ergebnisse dieser Befragung und ein individuelles Gespräch auf eine Depression hinweisen, kann dies laut Cox, Henshaw und Holden (2014) die Diagnose der Depression sichern. Inzwischen wird die EPDS weltweit genutzt und liegt in 57 Sprachen vor (ebd.).

Einen hilfreichen Gesprächseinstieg z.B. für Hebammen oder Fachärzt*innen bieten des Weiteren die besonders niederschweligen Screeningfragen nach Whooley (Whooley et al., 1997):

- (1) „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“
- (2) „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Werden diese Fragen mit „Ja“ beantwortet, sollte eine weiterführende Diagnostik angeschlossen werden (ebd.). Ideale Zeitpunkte für diese Screeningfragen sind der erste Kontakt und vier bis sechs Wochen nach der Geburt (Dorsch & Rohde, 2016). Die S3-Leitlinie für Unipolare Depression empfiehlt diese Fragen aufgrund der hohen Sensitivität und Spezifität (DGPPN et al., 2015).

Routinemäßige PPD-Screenings werden diskutiert, wobei die Empfehlungen in den jeweiligen Ländern variieren (Jardri et al., 2010). Beispielsweise erfolgt der routinemäßige Einsatz der EPDS von Gynäkolog*innen bei Schwangeren bereits in Australien und Amerika (Hübner-Liebermann, Hausner & Wittmann, 2012).

2.7 Behandlungsmöglichkeiten

Die postpartale Depression wird weitgehend so behandelt wie depressive Erkrankungen in anderen Lebensabschnitten, wobei jedoch auf die spezifischen Anforderungen der Postpartalzeit und des Kindes besonderer Wert zu legen ist (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003). Die S3-Leitlinie für Unipolare Depression (DGPPN et al., 2015) beschreibt die Therapie einer PPD in einem gesonderten Kapitel (S. 151-159), welche in der Regel multimodal, sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch und soziotherapeutisch erfolgen sollte. Eine wichtige Rolle bei der Therapieentscheidung spielt die Schwere der Episode und die im Vordergrund stehende Symptomatik.⁴ Zu Beginn sollte jedoch immer eine **Aufklärung über die Erkrankung** erfolgen, um von Schuldgefühlen zu entlasten. Es ist wichtig, dass die betroffene Person und deren Angehörige verstehen, dass es sich um eine Erkrankung und nicht etwa um die Folge eines Versagens als Elternteil handelt (Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003).

Eine **medikamentöse Behandlung** wird besonders bei mittelschwerer bis schwerer PPD empfohlen (DGPPN et al., 2015). Dabei richtet sich die Wahl des Antidepressivums nach der Zielsymptomatik: bei besonders belastender Erschöpfung und Antriebsminderung im Rahmen des depressiven Syndroms empfiehlt sich ein Medikament aus der Klasse der antriebssteigernden SSRI (z.B. Sertralin, Citalopram, Venlafaxin). Diese selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sind in bisherigen Studien bezüglich der PPD am besten untersucht. Dabei zeigte sich eine gute Wirksamkeit und ein günstiges Nebenwirkungsprofil (Dorsch & Rohde, 2016).

Häufig fühlen sich Betroffene aber eher durch Agitiertheit, Unruhe und ausgeprägte Schlafstörungen belastet. In diesem Fall erfolgt die Gabe einer schlafanstoßenden bzw. sedierenden Substanz (z. B. Mirtazapin oder Amitriptylin; ebd.).

Aufgrund eines höheren Schwellenwertes für eine Pharmakotherapie und der überwiegenden Bevorzugung einer **Psychotherapie** durch die Betroffenen kommt dieser Intervention eine besondere Bedeutung zu. Sie sollte Betroffenen zur Behandlung oder auch Patient*innen mit erhöhtem Depressionsrisiko zur Prophylaxe angeboten werden (DGPPN et al., 2015).

Zu Beginn ist eine supportive und beratende Psychotherapie sinnvoll und wirksam. Diese orientiert sich zunächst sehr konkret an der Situation der bzw. des Betroffenen und thematisiert Bewältigungsstrategien zum Umgang mit der Krankheit und mit der neuen Rolle als Elternteil. Im weiteren Verlauf zeigt sich dann, ob eine psychotherapeutische Weiterbetreuung im engeren Sinne notwendig ist. Eine gute Wirksamkeit konnte für die interpersonelle Psychotherapie (IPT) und kognitive Verhaltenstherapie (KVT) nachgewiesen werden. Für die IPT haben Stuart und O'Hara (1995) eine modifizierte Form

⁴ Bei Frauen wird die Therapieentscheidung zusätzlich durch die Frage beeinflusst, ob die betroffene Mutter stillt bzw. weiter stillen möchte (DGPPN et al., 2015).

für die PPD entwickelt, welche besonders Belastungen aufgrund des Rollenwechsels und damit verbundener Anforderungen sowie Partnerschaftsproblemen behandelt (Dorsch & Rohde, 2016; Riecher-Rössler & Hofecker Fallahpour, 2003; DGPPN et al., 2015).

Darüber hinaus schlägt die S3-Leitlinie auch **andere Therapieverfahren** vor, die ergänzend zur Behandlung einer PPD eingesetzt werden können. Dabei wird körperliches Training empfohlen, um die Depressionssymptome zu reduzieren. Für die Prävention oder Behandlung z.B. mit Lichttherapie, Akupunktur oder Hypnose liegt derzeit noch keine ausreichende empirische Evidenz vor, um diese zu empfehlen. Eine elektrokonvulsive Therapie (EKT) sollte der Leitlinie zufolge nur bei schwerem therapieresistentem Verlauf in Betracht gezogen werden (DGPPN et al., 2015).

Die Familien sollten zudem über verschiedene **psychosoziale Hilfsangebote** beraten werden. Dabei werden unter dem Begriff „Frühe Hilfen“ lokale und regionale Unterstützungssysteme mit Hilfsangeboten ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren des Kindes zusammengefasst. Beispiele dafür sind die Finanzierung einer Haushaltshilfe durch die Krankenkasse, der Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder auch die kostenlose Mütter- und Väterberatung (MVB). Ziel ist dabei nicht nur die alltagspraktische Unterstützung, sondern auch die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Eltern (Dorsch & Rohde, 2016; Knüppel Lauener & Imhof, 2013). In Bezug auf die PPD erweist sich dabei das Konzept der *Familienhebammen* als besonders nützlich, welches vom Jugendamt finanziert wird. Betroffene Familien werden hier durch eine speziell fortgebildete Hebamme bei Hausbesuchen beraten und unterstützt und erleben dies oft entlastend und weniger stigmatisierend als den Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen (Dorsch & Rohde, 2016; Cierpka, 2009). In belastenden Lebenssituationen können diese Familienhebammen den Eltern helfen, genau die Angebote im Sozial- und Gesundheitswesen zu finden, die sie jeweils benötigen (Deutscher Hebammenverband e.V., 2020).

3. Versorgung der postpartalen Depression durch Hebammen

Der Beruf *Hebamme*⁵ ist einer der ältesten der Welt und umfasst die Betreuung von Frauen und deren Familien vor, während und nach einer Geburt (Deutscher Hebammenverband e.V., 2016a). Zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Leistungen der Hebammenhilfe wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Hebammenverbänden ein Vertrag über Hebammenhilfe nach §134a SGB V geschlossen, welcher 2007 in Kraft getreten ist. Die Hebammenhilfe umfasst nach Maßgaben dieses Vertrages Leistungen der Schwangerenvorsorge und -betreuung, der Geburtshilfe, Leistungen während des

⁵ Seit der Reform der Hebammenausbildung von 2020 entfällt die männliche Sonderbezeichnung „Entbindungspfleger“, sodass die Berufsbezeichnung „Hebamme“ einheitlich für alle Geschlechter gilt (Deutscher Bundestag, 2019).

Wochenbetts sowie Leistungen bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Kindes (GKV-Spitzenverband, 2018a). Zudem ist festgehalten, dass jede gesetzlich krankenversicherte Frau von Anfang der Schwangerschaft bis zwölf Wochen nach der Geburt, bei Bedarf auch bis zum Ende der Stillzeit, gesetzlichen Anspruch auf die Unterstützung einer Hebamme hat (GKV-Spitzenverband, 2018a; Deutscher Hebammenverband e.V., 2016b; BZgA, 2017). Bei Komplikationen zahlen die gesetzlichen Krankenkassen auch noch weitere Hausbesuche (BZgA, 2017).

Die umfassende medizinische und psychosoziale Begleitung, Beratung und Unterstützung prägen das Berufsbild schon immer, doch die Anforderungen an das medizinisch-technische Verständnis von Hebammen in der Geburtshilfe steigen. Zudem müssen sie in der Lage sein, Forschungsergebnisse zu verstehen und sie in ihre praktische Arbeit zu integrieren (Deutscher Hebammenverband, 2016a). Mit dem Hebammenreformgesetz von 2020 (HebRefG; Deutscher Bundestag, 2019) wurde die Hebammenausbildung daher umfassend reformiert und modernisiert. Die theoretischen und praktischen Inhalte der Ausbildung wurden bis dahin in der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger“ von 1986 (HebAPrV; Bundesgesetzblatt, 1987) geregelt. Im Rahmen von dualen Regelstudiengängen wird die Ausbildung nun stärker wissenschaftlich ausgerichtet und ist international vergleichbar. Die Inhalte dieses neuen Hebammenstudiums sowie die geforderten Kompetenzen zur Absolvierung der staatlichen Prüfung sind in der „Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen“ (HebStPrV; Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020) zu finden und umfassen, beispielsweise in Bezug auf das Wochenbett,

- dass die Absolventinnen und Absolventen im Wochenbett die Frau und das Neugeborene untersuchen und versorgen und die Gesundheit der Frau, des Neugeborenen und des Säuglings sowie die Bedürfnisse und die Lebenssituation der Familie beurteilen oder
- dass sie Anzeichen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen, erkennen und die im jeweiligen Fall angemessenen Maßnahmen für eine ärztliche Behandlung ergreifen, oder auch
- dass sie belastende Lebenssituationen und psychosoziale Problemlagen bei der Frau und ihrer Familie erkennen und bedarfsabhängig auf Unterstützungsmaßnahmen hinwirken (ebd.)

3.1 Wochenbettbetreuung durch die Hebamme

Es gibt Hinweise darauf, dass eine intensive Unterstützung der Frau im Wochenbett die beste Prophylaxe gegen eine postpartale Depression ist. Dabei reicht oft auch ein einziger effektiv gestalteter Wochenbettbesuch mit einer kompetenten, zugewandten und empathischen Hebamme. (Salis, 2007, S. 99)

Hebammen obliegt die Wochenbettbetreuung sowohl im klinischen als auch im häuslichen Bereich, wobei das Aufsuchen zu Hause im deutschen Gesundheitssystem einzigartig ist. Die Betreuung im Wochenbett bezieht sich auf die medizinische Versorgung von Mutter und Kind. Beispielsweise beobachtet und unterstützt die Hebamme die Rückbildungs- und Abheilungsvorgänge der Frau und achtet auf den Gesundheitszustand des Kindes oder hilft bei der Säuglingspflege und -versorgung. Einige Hebammen bieten nach der Geburt diesbezüglich auch Kurse, wie etwa zur Rückbildungsgymnastik oder zur Ersten Hilfe für das Kind, an (Deutscher Hebammenverband, 2016b; BZgA, 2017).

Die Hebammennachsorge kann aber auch mehr als die reine Beobachtung des Wochenbettverlaufs und der Entwicklung des Babys sein. Bei Sorgen und Problemen im Umgang mit dem Neugeborenen, bei Unsicherheiten oder bei Gefühlen von Traurigkeit bzw. Niedergeschlagenheit trotz aller Freude über das Kind, stellt die Hebamme eine wichtige Ansprechperson dar. Auch die Unterstützung bei einer angemessenen Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kind ist ein Kerngebiet der Hebammenbetreuung (Weigl, 2019; BZgA, 2017). Darüber hinaus wird dem postpartalen psychischen Wohlbefinden im geburtshilflichen Kontext immer mehr Bedeutung zugeschrieben (Weigl, 2019).

Für die Identifikation und Versorgung postpartaler Befindlichkeiten kann neben der Qualität der Hausbesuche auch ihre Quantität bzw. die Länge des Betreuungszeitraums entscheidend sein. So äußern einige Hebammen, dass sie häufiger gefährdete oder erkrankte Frauen entdecken, seitdem sie ihre Wochenbettbetreuung auf den laut Gebührenverordnung möglichen Zeitraum von acht Wochen postpartum ausdehnen. Um mögliche Veränderungen im Wesen und Verhalten besser beurteilen zu können, ist es hilfreich, wenn die Hebamme die Familie schon aus der Schwangerschaft kennt. Da Gespräche mit der Hebamme zur Vorbeugung oder Reduzierung einer PPD-Symptomatik beitragen können, gehört zu jeder Wochenbettbetreuung auch ein ausführliches Gespräch über die Geburt, in dem die Frau ihre Erlebnisse schildern kann. Zudem empfiehlt das britische National Institut for Clinical Evidence (NICE), alle betreuten Wöchnerinnen bei jedem Wochenbesuch auf ihr emotionales Befinden und mögliche Unglücksgefühle anzusprechen, auch wenn sie keine Verhaltensauffälligkeiten zeigen, denn viele verstecken ihre Probleme hinter einem Lächeln (= *Smiling Depression*) und warten darauf, von ihrer Hebamme auf ihre Gefühlswelt angesprochen zu werden (Salis, 2007).

Beim Vorliegen des Verdachts auf postpartal psychische Störungen ist besonders eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von großer Bedeutung, wobei andere Professionen möglichst frühzeitig eingebunden werden sollten. Bei Bedarf kann die Hebamme Kontakt zu Gynäkolog*innen, Psychiater*innen,

psychiatrischen Ambulanzen, Beratungsstellen, Psychotherapeut*innen sowie zu Selbsthilfegruppen vermitteln. Allein das Hinweisen auf geeignete Behandlungsmöglichkeiten kann den betroffenen Müttern und Vätern Entlastung bringen und ermöglicht den Hebammen die Abgabe von Verantwortung (Weigl, 2019; BZgA, 2017; Deutscher Hebammenverband, 2016b).

Allerdings fühlen sich viele Hebammen nicht in ausreichendem Maße ausgebildet für die Betreuung von Eltern mit psychischen Beschwerden (Weigl, 2019). In einer Hebammenbefragung des Projektes „Früherkennung und Verbesserung der therapeutischen Erreichbarkeit von Frauen mit perinatalen psychischen Störungen“ gab die Mehrzahl der Hebammen an, bisher zu wenig über psychische Beschwerden während der Schwangerschaft und nach der Geburt zu wissen. Fast drei Viertel der Befragten gaben an, diesbezüglich nicht auf die Ausbildung zurückgreifen zu können, wobei die meisten von ihnen sich Wissen in Fort- und Weiterbildungen angeeignet hatten. Zur Unterstützung für die Behandlung von Frauen mit psychischen Beschwerden wünschten sich 86% der Hebammen Informationsmaterial für die Frauen und deren Familien. 81% benötigten mehr Informationen über regionale Behandlungsmöglichkeiten und mehr als die Hälfte hätte gerne Supervision. 74% der Hebammen äußerten ebenfalls Informationsbedarf bezüglich Gesprächsführung und Beratungstechniken. Ferner wünschte sich die Mehrheit von ihnen mehr Informationen darüber, wann sie an wen vermitteln sollten (Nagel-Brotzler et al., 2005).

3.2 Hebammenhilfe für Väter

Der internationale Hebammenverband (International Confederation of Midwives; ICM, 2017) führt an, dass die Aufgabe von Hebammen nicht ausschließlich in der Betreuung von Frauen, sondern auch von deren Familien, liegt. Seit der Einführung der akademischen Ausbildung lassen sich in den Lerninhalten der HebStPrV (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020) auch Formulierungen wie „die Frau und ihre Familie“ oder „die Frau und das andere Elternteil“ finden. Jedoch gibt es (noch) keinen eigenen Anspruch auf Hebammenhilfe für den Mann (Seehafer & Franke, 2017).

Aufgrund sich verändernder Rollenzuschreibungen und der Öffnung der Medizin für Angehörige übernehmen Väter seit Jahrzehnten immer selbstverständlicher Verantwortung in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett. Dabei werden sie von den Betreuenden oftmals *nur* als stille Unterstützer wahrgenommen, doch auch sie müssen, beispielsweise bei Komplikationen, wichtige Entscheidungen treffen, können in emotionale Krisen geraten oder Beratung und Unterstützung durch Ärzt*innen und Hebammen benötigen (ebd.).

In der Leistungsbeschreibung für Hebammenhilfe (GKV-Spitzenverband, 2018b) kommt das Wort „Vater“ nicht vor, ebenso fehlt es im Vergütungsverzeichnis (GKV-Spitzenverband, 2018c), dem Hebammengesetz (HebG; Bundesgesetzblatt, 1985) und dem Hebammenreformgesetz (HebRefG; Deutscher Bundestag, 2019). Zwar werden die werdenden Väter angesprochen, an Geburtsvorbereitungskursen teilzunehmen, allerdings müssen sie im Gegensatz zu Frauen ihre Kursgebühren zum größten

Teil oder vollständig selbst bezahlen. Beispielsweise sind auch Telefonate mit dem Vater für Hebammen nicht abrechnungsfähig. Somit findet die Beratung des Mannes nebenbei im Kontext der Betreuung der Schwangeren oder jungen Mutter statt (Seehafer & Franke, 2017). Eine Betreuung von Vätern im ersten Lebensjahr des Kindes ist in Deutschland ansonsten nur eingeschränkt in Konzepten der Frühen Hilfen vorgesehen (Buschmann & Lange, 2018).

Es ist zu klären, ob Väter ein eigenes Anrecht auf Betreuung, beispielsweise bei Belastungen oder Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt oder dem Wochenbett, haben und welche Berufsgruppe dafür zuständig ist. Auch ist unklar, ob Hebammen für das Erkennen einer schweren psychischen Krise bei einem Vater zuständig sind, inwiefern die Betreuung der Väter in der Hebammenausbildung und im Studium heute bereits gelehrt wird und welche Aus- und Weiterbildungen notwendig wären, um Hebammen für eine solche qualitativ hochwertige Betreuung zu befähigen. Zusammenfassend ist es also nicht eindeutig, wie viel Mit-Betreuung und Mit-Verantwortung Hebammen für die nächsten Angehörigen, wie etwa für den Partner der Frau, tragen (Buschmann & Lange, 2018; Seehafer & Franke, 2017).

4. Fragestellung

Mit einer Rate von durchschnittlich 10% ist die Prävalenz der väterlichen PPD als hoch einzuschätzen, jedoch wird, beispielsweise aufgrund von Scham der Betroffenen, gesellschaftlichen Tabus oder der seltenen bzw. ausbleibenden Suche nach Hilfe, eine noch größere Dunkelziffer vermutet. Im Sinne der multifaktoriellen Genese wird davon ausgegangen, dass besonders das Zusammenkommen von mehreren biologischen, psychischen und sozialen Faktoren das Auftreten einer PPD begünstigen und den Krankheitsverlauf verschlimmern können. Nicht nur der Leidensdruck der betroffenen Männer, sondern auch die Auswirkungen dieser psychischen Erkrankung auf die Partnerin, die Familie und insbesondere auf die Entwicklung des Kindes, machen es notwendig, sich näher mit diesem Thema auseinanderzusetzen und darauf aufmerksam zu machen.

In diesem Zusammenhang ist die Zeit rund um die Geburt des Kindes und die des Wochenbetts eine wichtige Phase, in der besonders den Hebammen als den primären Betreuer*innen die wichtige Aufgabe der Früherkennung zukommt. Jedoch wird in der Literatur und in den verschiedenen Gesetzen zum Hebammenberuf nicht deutlich, ob sich die Hebammenarbeit ausschließlich auf die Betreuung von Mutter und Kind beschränkt, oder ob auch weitere Angehörige, insbesondere der Vater des Kindes, einbezogen werden sollten.

Trotz alledem ist anzunehmen, dass Hebammen psychische Störungen früher und bewusster als beispielsweise Ärzt*innen bei Routineuntersuchungen erkennen und somit fähig sind im Rahmen der Betreuung schon bei ersten Anzeichen einer Störung zu reagieren, die Familie zu entlasten und so zu verhindern, dass die Krankheit einen schweren Verlauf nimmt. Daher soll in dieser Masterarbeit der folgenden Hauptfragestellung nachgegangen werden:

Wie stellt sich die postpartale Depression bei Vätern aus Sicht von Hebammen dar?

Um diese Frage besser zu beantworten, wurden die nachfolgenden Unterfragen aufgestellt:

- (1) Inwiefern sind die in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen mit Vätern mit psychosozialen Belastungen konfrontiert?
- (2) Sehen diese Hebammen es als ihren Aufgabenbereich an, psychosoziale Belastungen bei Vätern zu identifizieren?
- (3) Inwiefern sind diese Hebammen in ihrer Wochenbettbetreuung mit Vätern mit postpartaler Depression konfrontiert?
- (4) Sind sie bereit, die Väter mit postpartaler Depression ins therapeutische Hilfesystem überzuleiten?
- (5) Sind die Hebammen bereit, bei Vätern ein Kurzdiagnostikinstrument, wie die EPDS, einzusetzen?
- (6) Welche Faktoren beeinträchtigen die Versorgung von betroffenen Vätern?
- (7) Zeigen sich relevante Subgruppenunterschiede zwischen den Hebammen im Hinblick auf die Wahrnehmung psychosozialer Belastungen und postpartaler Depressionen sowie auf das Zuständigkeitsgefühl, davon betroffene Personen zu identifizieren und zu versorgen?

5. Methodik

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden mittels eines Onlinefragebogens Hebammen in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen über einen Zeitraum von sechs Wochen über die Plattform LimeSurvey befragt. Die Rekrutierung erfolgte über die jeweiligen Hebammen-Berufsverbände der Bundesländer, welche den Link zur Befragung an ihre Mitglieder per Mail bzw. Newsletter weiterleiteten. Eine Ausnahme war dabei der Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V., bei dem der Aufruf zur Teilnahme an der Studie nur als Facebook-Eintrag in dessen Facebook-Gruppe möglich war. Eine weitere Ausnahme stellte der Landesverband der Hessischen Hebammen e.V. dar, welcher stattdessen anbot, den Link direkt auf die Homepage zu stellen. Zusätzlich wurde via Facebook- und Instagram-Aufruf auf die Studie aufmerksam gemacht und die Hebammen der fünf Bundesländer über entsprechende Verlinkungen angesprochen. Im Abstand von ca. zwei Wochen wurden noch zwei Erinnerungen per Mail und Social Media an die Hebammen verschickt.

Die statistische Auswertung der Daten dieser Querschnittstudie wurde mithilfe des Statistikprogramms SPSS Version 27.0 durchgeführt und erfolgte vordergründig deskriptiv. Zur Überprüfung von Zusammenhängen wurden Korrelationen nach Pearson bzw. Spearman sowie lineare Regressionen berechnet. Zuvor wurde überprüft, ob die statistischen Voraussetzungen für diese Berechnungen in der Stichprobe erfüllt waren.

Zusätzlich erfolgten zur Bestimmung von Subgruppenunterschieden bezüglich der Grundqualifikation der Hebammen (Ausbildung vs. Studium), der Zusatzqualifikation als Familienhebamme (Familienhebamme vs. keine Familienhebamme) sowie des beruflichen Status (im Krankenhaus angestellt vs. freiberuflich tätig) die Berechnungen mittels T-Tests für unabhängige Stichproben. Die Effektstärke von signifikanten Unterschieden wurde nach Lenhard & Lenhard (2016) mittels Mittelwertes, Standardabweichung und Größe der jeweiligen untersuchten Gruppen erhoben. Die Untersuchung von Subgruppenunterschieden in Bezug auf das Einzugsgebiet der Hebammen (eher städtisch vs. eher ländlich vs. beides) erfolgte mittels einfaktorieller Varianzanalysen (ANOVA). Aufgrund der stark unterschiedlichen Fallzahlen in den Gruppen wurden, entsprechend der Empfehlung von Field (2013), post-hoc-Tests nach Hochberg durchgeführt. Bei allen Mittelwertvergleichen wurde ein zweiseitiges 95%-Konfidenzintervall gewählt. Auch bei diesen Berechnungen wurden zuvor die statistischen Voraussetzungen überprüft.

Auf die Berechnung von Chi-Quadrat-Tests zur Bestimmung von Subgruppenunterschieden hinsichtlich der Notwendigkeit der verbesserten Versorgungssituation für Väter (nominalskaliert) wurde aufgrund der zu geringen Gruppengrößen (erwartete Zellhäufigkeiten <5) verzichtet.

5.1 Befragungsinstrument

Der für diese Arbeit erstellte Onlinefragebogen⁶ ist angelehnt an einen Fragebogen von Baumeister (2019), welcher ebenfalls die postpartale Depression aus Hebammensicht – allerdings bei Frauen – untersucht. Die Fragen wurden an die männlichen Betroffenen adaptiert, Antwortoptionen wurden angepasst und ergänzt und auch neue Fragen wurden auf Grundlage der Literaturrecherche hinzugefügt. Der Fragebogen umfasst 30 Fragen, die die folgenden Themenbereiche erfassen:

- a) Soziodemografische Faktoren und Arbeitsfeld der Hebammen
- b) Psychosoziale Belastungen bei Männern
- c) Postpartale Depression bei Männern
- d) Anwendung und Kenntnis der EPDS
- e) Versorgung von Vätern mit postpartaler Depression bzw. psychosozialen Belastungen

Zur möglichst vielfältigen und umfassenden Darstellung der Meinungen sowie der Erfahrungen der Hebammen gab es häufig die Möglichkeit für Mehrfachnennungen und Freitext-Antworten.

⁶ Die Print-Version des Fragebogens ist in Anhang B einzusehen.

5.2 Stichprobe

In Sachsen-Anhalt wurden insgesamt 299 Hebammen angeschrieben. In Thüringen wurde der Link zur Onlineumfrage mit dem Newsletter an 240 Verbandsmitglieder geschickt und in Brandenburg wurde der Zugang zum Fragebogen ca. 390 Hebammen ermöglicht. Der Landesverband der Hessischen Hebammen e.V. hat 1428 Mitglieder, welche theoretisch auf der Internetseite des Verbandes auf die Umfrage aufmerksam werden konnten. Der Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. umfasst ca. 4.200 Mitglieder, jedoch wird die dazugehörige Facebook-Gruppe nur von 2.582 Personen abonniert (Stand: 14.04.2021). Da dabei nicht abgefragt wird, ob es sich bei den Abonent*innen um Hebammen aus Nordrhein-Westfalen handelt, kann für dieses Bundesland keine genaue Populationsgröße angegeben werden.

Die 2.357 bekannten Hebammen zusammen mit den 2.574 vermutlichen Hebammen der Facebook-Gruppe des Landesverbandes der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V. ergaben eine geschätzte Gesamtpopulation von N=4.931 kontaktierten Proband*innen. Davon nahmen n=36 Hebammen aus den fünf Bundesländern an der Befragung teil. Die Rücklaufquote betrug damit 0,73%. Zehn Personen haben den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt, weshalb diese Daten in der Auswertung nicht mit einbezogen wurden. Die restlichen 26 Teilnehmenden gaben an, zu 100% weiblich zu sein. Das durchschnittliche Alter lag bei M=41,50 Jahren (SD=10,81; R=27-68 Jahre). Die durchschnittliche Berufsdauer betrug M=17,50 Jahre (SD=10,93; R=2-50 Jahre). Fast alle Befragten (92,3%) gaben an, eine klassische Hebammenausbildung abgeschlossen zu haben und nur 7,7% absolvierten bereits ein Studium, um Hebamme zu werden. Den Besitz von Zusatzqualifikationen (Tab. 3) bejahte mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen (69,2%), wobei die meisten Hebammen sogar mehr als eine Zusatzqualifikation besitzen.

Tabelle 3

Übersicht der Zusatzqualifikationen der befragten Hebammen; n=18; Mehrfachnennungen möglich

Zusatzqualifikationen der Hebammen	n	%
Naturheilkundliche Weiterbildungen	11	61,1%
Familienhebamme	6	33,3%
Studium	3	16,7%
Traumafokussierte Weiterbildungen	2	11,1%
Weiterbildungen zur Stillberatung	2	11,1%
Sonstiges	9	50,0%

65,4% der befragten Hebammen gaben an, freiberuflich als Hebamme tätig zu sein, 11,5% sind in einem Krankenhaus angestellt und 7,7% der Probandinnen arbeiten sowohl in einem Krankenhaus als auch freiberuflich. Vier Hebammen (15,4%) gaben einen „sonstigen beruflichen Status“ an, und zwar arbeiten sie im Verbandsvorsitz (n=1), in einer Beratungsstelle (n=1), in einer Hebammenpraxis (n=1) und deutschlandweit in Kreißsälen als Angestellte bei einem Personaldienstleister (n=1). Die Einzugsgebiete der Hebammen teilten sich in „eher städtisch“ (46,2%), „eher ländlich“ (19,2%) und „beides“

(34,6%). Die Haupttätigkeit der Hebammen betrifft die Wochenbettbetreuung (92,3%). Des Weiteren umfasst die Hebammentätigkeit die Hilfe bei Schwangerschaftsproblemen (88,5%), Kurse (65,4%), Schwangerenvorsorge (61,5%) und die Geburtshilfe (30,8%); dabei waren Mehrfachantworten möglich. Vier Hebammen (15,4%) gaben zusätzlich „sonstige Tätigkeitsbereiche“ an und nannten dabei die Beratung (n=1), die Einzelunterweisung (n=1), die Trauerbegleitung (n=2) und die Vorstandsarbeit im Hebammenverband (n=1). Die durchschnittlich geschätzte Anzahl der betreuten Wöchnerinnen pro Jahr pro Hebamme beträgt $M=49,73$ Frauen ($SD=30,56$; $R=0-110$). Die durchschnittlich geschätzte Anzahl der mitbetreuten Väter pro Jahr pro Hebamme lag bei $M=42,46$ Männern ($SD=29,40$; $R=0-100$).

6. Ergebnisse

6.1 Deskriptivstatistische Auswertung

Wahrnehmung und Umgang mit psychosozialen Belastungen der mitbetreuten Männer

Die befragten Hebammen schätzten, dass durchschnittlich knapp ein Viertel ($M=24,96\%$; $SD=19,92$; $R=1-75\%$) der von ihnen mitbetreuten Männer durch psychosoziale, finanzielle oder psychische Faktoren belastet ist. Dabei konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Hebammen (Dauer der Berufstätigkeit in Jahren) und dem Anteil der von den Hebammen wahrgenommenen Väter mit psychosozialen Belastungen gefunden werden ($p>0,005$; Tab. 1A in Anhang C). Die Belastungen identifizieren diese Hebammen auf unterschiedliche Weisen (Tab. 4), wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Hauptsächlich führen sie dazu persönliche Gespräche mit den Männern (73,1%). Ein entsprechender Fragebogen kommt bei Bedarf (7,7%) bzw. routinemäßig (11,5%) eher seltener zum Einsatz. Die Hälfte aller Hebammen (53,8%) wird zudem durch Dritte, wie etwa der Partnerin, auf die Belastungen hingewiesen. Sonstige Methoden wurden nicht genannt.

Tabelle 4

Diagnostikmethoden für psychosoziale Belastungen durch Hebammen; Mehrfachantworten möglich

Diagnostikmethoden psychosozialer Belastungen	n	%
Im Gespräch, gezielt erfragt	19	73,1%
Im Gespräch, zufällig	19	73,1%
Einsatz Fragebogen, routinemäßig	3	11,5%
Einsatz Fragebogen, bei Bedarf	2	7,7%
Hinweis durch Dritte	14	53,8%

In der Betreuung erfahren die Hebamme von unterschiedlichen Belastungen der mitbetreuten Männer. Dabei lag der Skalenmittelwert bei $M=2,93$ ($SD=0,49$), was bedeutet, dass die Hebammen bei den Vätern durchschnittlich „manchmal“ psychosoziale, finanzielle oder psychische Belastungen wahrnehmen. Dabei erfahren die meisten Befragten „selten“ ($M_{\min}=2,23$; $M_{\max}=2,81$) von Belastungen durch die Alltagsbewältigung (z.B. als Alleinerziehender; 38,5%) oder aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung der Partnerin (34,6%). Belastungen durch eine ungewollte Schwangerschaft (50,0%), durch Konflikte in der Partnerschaft (42,3%), aufgrund geringer sozialer Unterstützung

(38,5%), finanzieller Probleme, beispielsweise durch Arbeitslosigkeit oder Schulden (42,3%), einer schlechten Wohnsituation (57,7%), eigener psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung (38,5%), aufgrund des Geburtserlebnisses (38,5%) oder durch komplexe Familienstrukturen (z.B. Patchwork- oder Großfamilien; 46,2%) werden am häufigsten „manchmal“ ($M_{\min}=2,69$; $M_{\max}=3,35$) wahrgenommen. „Oft“ spielt nach Angaben der Hebammen die neue Rolle als Vater (42,3%; $M=3,77$) eine Rolle (Abb. 4-5; Tab. 2A in Anhang C).

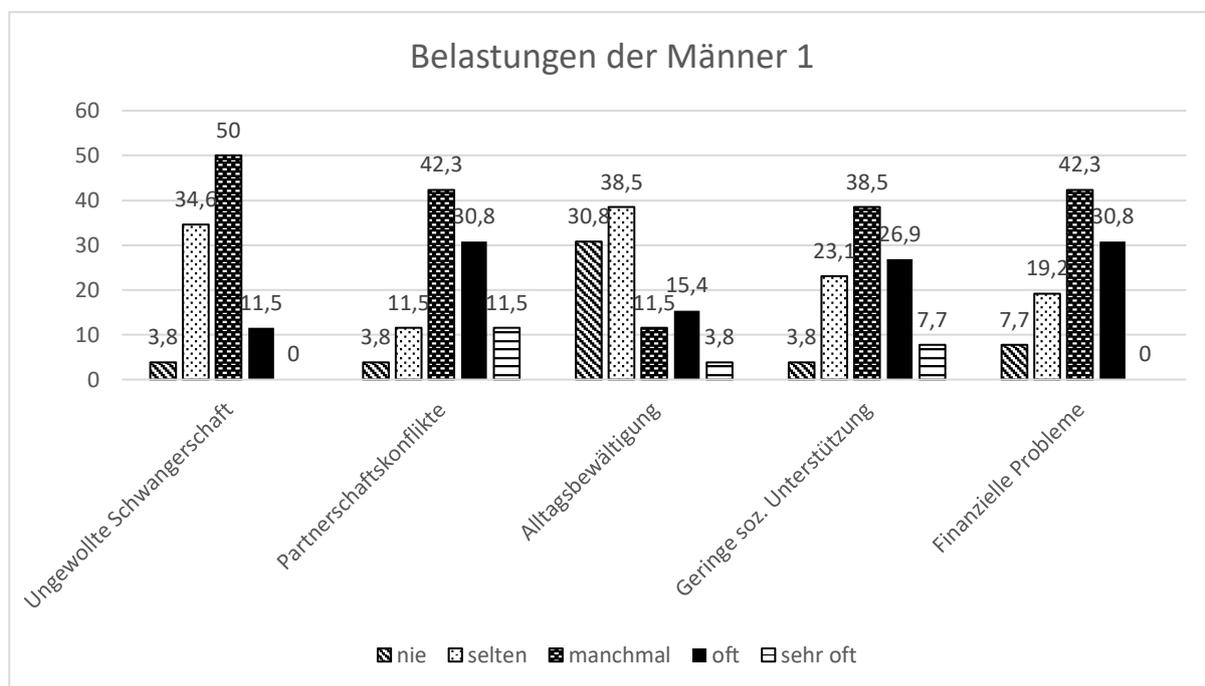


Abbildung 4. Belastungen der Männer, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben; Teil 1; n=26; Angaben in %

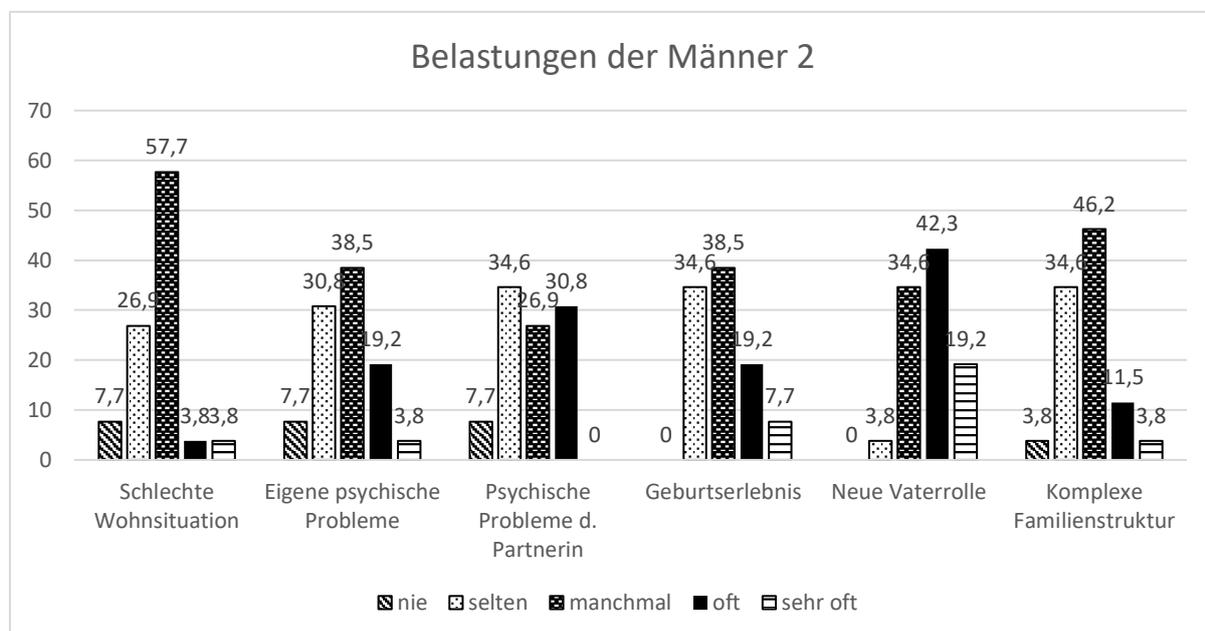


Abbildung 5. Belastungen der Männer, die sich in der Hebammenbetreuung ergeben; Teil 2; n=26; Angaben in %

26,9% (n=7) der Hebammen gaben zudem weitere Belastungen an, die sich bei den betreuten Vätern häufig ergeben. Von ihnen beschrieben 42% Belastungen aufgrund falscher Erwartungen der Väter und jeweils 28,6% hohe gesellschaftliche Anforderungen an die Vaterrolle, private Einschränkungen bzgl. der Zeit für Hobbys und Freunde sowie Schwierigkeiten bzgl. der Involviertheit und Interaktion im Umgang mit dem Kind. Schlafmangel, Doppelbelastungen sowie Belastungen aufgrund mehrerer Kinder im Haushalt wurden jeweils von 14,3% genannt. Es handelte sich um Freitextantworten mit Mehrfachnennungen⁷.

Insgesamt zählen die befragten Hebammen das Erkennen von psychosozialen Belastungen bei den mitbetreuten Vätern zu ihrem Aufgabenbereich (M=2,15; SD=0,78; entspricht der Antwortoption „eher ja“): 23,1% stimmten der Zuständigkeit absolut („ja, auf jeden Fall“), und 38,5% grundsätzlich („eher ja“) zu. Aber auch mehr als ein Drittel (38,5%) der Probandinnen fühlt sich diesbezüglich eher nicht („eher nein“) zuständig (Abb. 6).

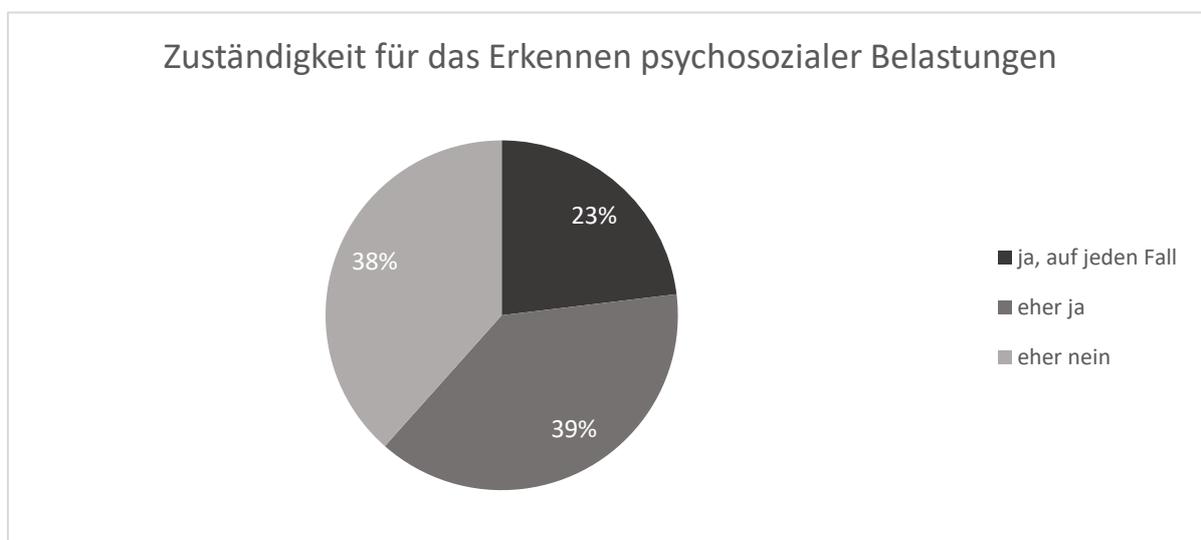


Abbildung 6. Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, psychosoziale Belastungen zu erkennen; n=26; Angaben in %

Als Hauptgründe für die Zuständigkeit gaben die Hebammen (n=10; Tab. 5) an, dass es günstig sei, den Vater mit im Blick zu haben, da dieser eine gute Ressource für das Gelingen eines gemeinsamen und harmonischen Familienlebens darstelle (40%) und seine möglichen psychosozialen Belastungen sich auf Mutter und Kind auswirken können. Als Hauptgrund gegen ein Zuständigkeitsgefühl, psychosoziale Belastungen bei Vätern zu erkennen, nannten die Hebammen ihre Ausbildung, durch die sie sich primär für die Versorgung von Mutter und Kind verantwortlich fühlen (30%).

⁷ Detaillierte Auflistung der Antworten in Anhang C, Tab. 3A

Tabelle 5

Begründung der Hebammen für/gegen ein Zuständigkeitsgefühl, psychosoziale Belastungen zu erkennen; n=10, Mehrfachnennungen möglich

Begründungen für ein Zuständigkeitsgefühl	n	%
Aufgabenbereich als Familienhebamme	1	10%
Männer haben großen Einfluss auf das Gelingen einer Familie	4	40%
Psychische Verfassung des Vaters beeinflusst Kind und Mutter	3	30%
Männer äußern Belastungen von allein oft nicht bzw. zu spät	1	10%
Um entsprechende Gesprächsmöglichkeiten zu bieten	1	10%
Begründungen gegen ein Zuständigkeitsgefühl	n	%
Die Ausbildung bezieht sich nur auf die Betreuung von Mutter und Kind	3	30%
Hebammen sind keine Psycholog*innen	1	10%
Keine Verantwortung, an Therapien o.ä. zu vermitteln	1	10%

Eine Hebamme, die sich für diesen Themenbereich zuständig fühlt, nutzte an dieser Stelle das Freitextfeld, um zu kritisieren, dass die Männer während der Corona-Pandemie möglichst von Hausbesuchen ausgeschlossen werden sollen und es dadurch noch schwieriger sei, Belastungen zu erkennen.

Wahrnehmung und Umgang mit postpartalen Depressionen der mitbetreuten Väter

Die befragten Hebammen schätzten den durchschnittlichen Anteil an Vätern mit PPD in ihrer Betreuung auf $M=7,81\%$ ($SD=8,42$; $R=1-40\%$). Auch an dieser Stelle konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung der Hebammen (Dauer der Berufstätigkeit in Jahren) und dem Anteil der von den Hebammen wahrgenommenen Väter mit PPD gefunden werden ($p>0,005$; Tab. 1A in Anhang C). Allerdings besteht ein signifikanter positiver, nach Cohen (1988) starker Zusammenhang zwischen dem Anteil der Väter mit psychosozialen Belastungen und dem Anteil der Väter mit einer PPD ($p<0,001$; Spearman's $\rho=0,63$; Tab. 1A in Anhang C). Eine anschließende lineare Regression konnte zeigen, dass der Anteil der Männer mit Belastungen ein statistisch signifikanter Prädiktor für den Anteil der Männer mit einer PPD ($p=0,006$; $Beta=0,527$) ist. Das bedeutet, je höher der Anteil der Männer mit wahrgenommenen psychosozialen Belastungen in der Hebammenbetreuung ist, desto höher ist auch der Anteil von Männern mit einer PPD in der Hebammenbetreuung. Durch dieses Modell lassen sich laut dem R-Quadrat 27,8% der Varianz der abhängigen Variable (= Anteil der Väter mit einer PPD) aufklären (Tab. 4A-5A in Anhang C).

Am häufigsten gaben die befragten Hebammen an, Anzeichen einer PPD durch die Beobachtung des Mannes, beispielsweise in Bezug auf sein Verhalten oder Umgang mit dem Kind, wahrzunehmen (84,6%). Fast zwei Drittel (61,5%) der Hebammen gaben an, Hinweise auf eine PPD durch Dritte, wie etwa durch die Partnerin oder andere Angehörige, zu bekommen. Mehr als die Hälfte der Befragten erfährt von den Hinweisen auf eine PPD durch Gespräche, entweder gezielt erfragt (57,7%) oder auch zufällig, wenn der Vater es selbst anspricht (57,7%). 15,4% der Hebammen erfahren von der PPD

aufgrund der Überleitung der Familie durch z.B. Kolleg*innen oder Beratungsstellen. Ebenso viele Hebammen bestätigten den Einsatz eines Fragebogens bei Bedarf (15,4%) und weitere 7,7% setzen einen Fragebogen routinemäßig zur Erkennung einer PPD ein. Nur 3,8% (n=1) der Hebammen gaben an, eine PPD gar nicht aktiv wahrzunehmen. Sonstige Diagnostikmethoden wurden nicht genannt; es waren Mehrfachantworten möglich (Tab. 6).

Tabelle 6

Diagnostikmethoden der väterlichen PPD durch Hebammen; Mehrfachantworten möglich

Diagnostikmethoden postpartaler Depression	n	%
Im Gespräch, gezielt erfragt	15	57,7%
Im Gespräch, zufällig	15	57,7%
Einsatz Fragebogen, routinemäßig	2	7,7%
Einsatz Fragebogen, bei Bedarf	4	15,4%
Hinweis durch Dritte	16	61,5%
Verhaltensbeobachtungen	22	84,6%
Überleitung durch andere	4	15,4%
Gar nicht	1	3,8%

Während der Hebammenbetreuung werden verschiedene typische Symptome einer (postpartalen) Depression entsprechend der ICD-10-Kriterien (vgl. Dilling & Freyberger, 2016) wahrgenommen, wobei sich ein Skalenmittelwert von $M=2,73$ ($SD=0,62$) ergab. Das heißt, dass die Hebammen bei den Vätern durchschnittlich „manchmal“ eine PPD-Symptomatik erkennen. Auch hier ergab sich ein signifikanter positiver, nach Cohen (1988) starker Zusammenhang zwischen dem Skalenmittelwert der psychosozialen Belastungen und dem Skalenmittelwert der Symptome einer PPD bei den durch die Hebammen mitbetreuten Vätern ($p<0,001$; Spearmans $\rho=0,624$; Tab. 6A in Anhang C). Dabei zeigte die anschließende lineare Regression auch hier, dass das Auftreten psychosozialer Belastungen ein statistisch signifikanter Prädiktor für das Auftreten einer PPD-Symptomatik bei Vätern in der Hebammenbetreuung ist ($p<0,001$; Beta=0,615). Durch dieses Modell lassen sich laut dem R-Quadrat 37,8% der Varianz der abhängigen Variable (= Häufigkeit der PPD-Symptomatik bei Vätern) aufklären (Tab. 7A-8A in Anhang C). Betrachtete man die untersuchten psychosozialen Belastungen im Einzelnen, konnte jedoch kein signifikanter Prädiktor zur Vorhersage einer PPD-Symptomatik bei Vätern in der Hebammenbetreuung gefunden werden ($p>0,05$; Tab. 9A in Anhang C).

Insgesamt nehmen die meisten befragten Hebammen bei den Männern „oft“ ($M_{\min}=3,31$; $M_{\max}=3,38$) einen verminderten Antrieb bzw. eine gesteigerte Ermüdbarkeit (46,2%) sowie Schlafstörungen jeder Art (46,2%) wahr. Den Verlust an Freude und Interesse, insbesondere am Baby (38,5%), den Verlust des Selbstvertrauens bzw. des Selbstwertgefühls (38,5%) und psychomotorische Unruhe (42,3%) werden bei den mitbetreuten Vätern „manchmal“ ($M_{\min}=2,88$; $M_{\max}=3,15$) wahrgenommen. „Selten“ ($M_{\min}=2,00$; $M_{\max}=2,81$) nehmen die meisten eine anhaltende depressive Verstimmung oder Traurigkeit (50,0%), unbegründete Selbstvorwürfe bzw. Schuldgefühle (34,6%), Konzentrationsstörungen und

Entscheidungsunfähigkeit (38,5%) sowie Appetitverlust oder -steigerung mit entsprechender Gewichtsveränderung (38,5%) wahr. Fast zwei Drittel der Hebammen (65,4%) gaben an, dass wiederkehrende Gedanken an den Tod oder Suizid bei den Betroffenen „nie“ eine Rolle spielen. Die restlichen Hebammen (insgesamt 34,6%) gaben an, dieses Anzeichen einer PPD „selten“ bis „manchmal“ wahrzunehmen (M=1,38; Abb. 7-8; Tab. 10A in Anhang C).

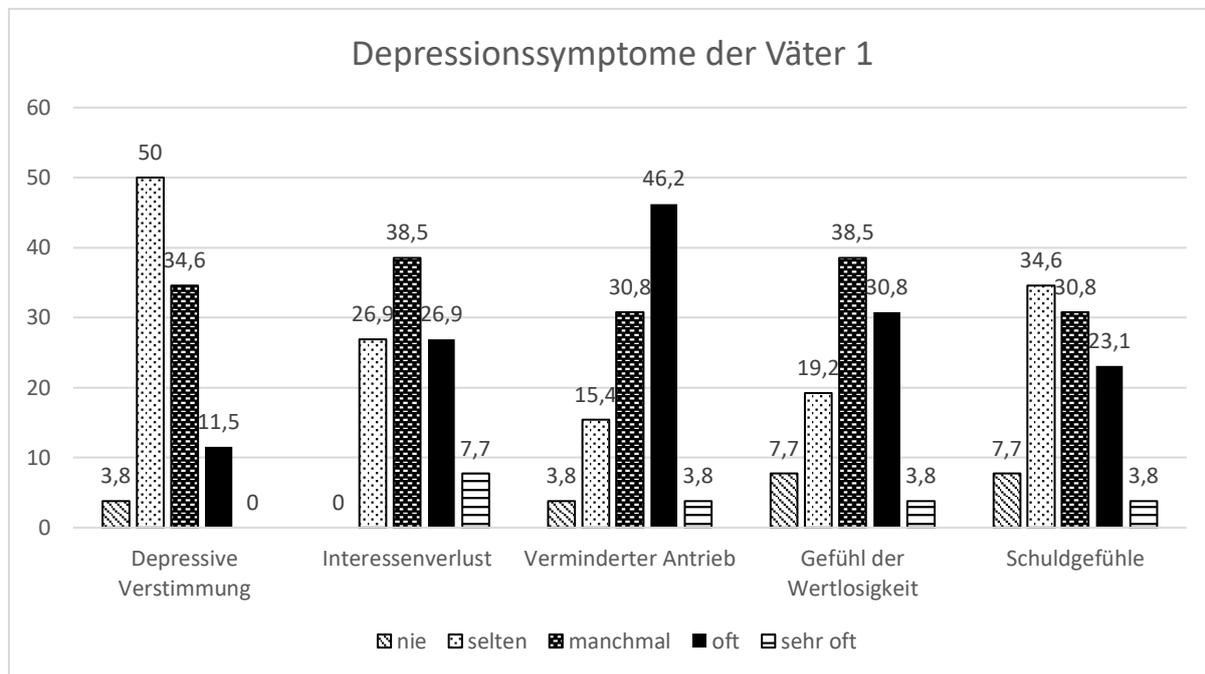


Abbildung 7. Wahrgenommene PPD-Symptome der Väter in der Hebammenbetreuung; Teil 1; n=26; Angaben in %

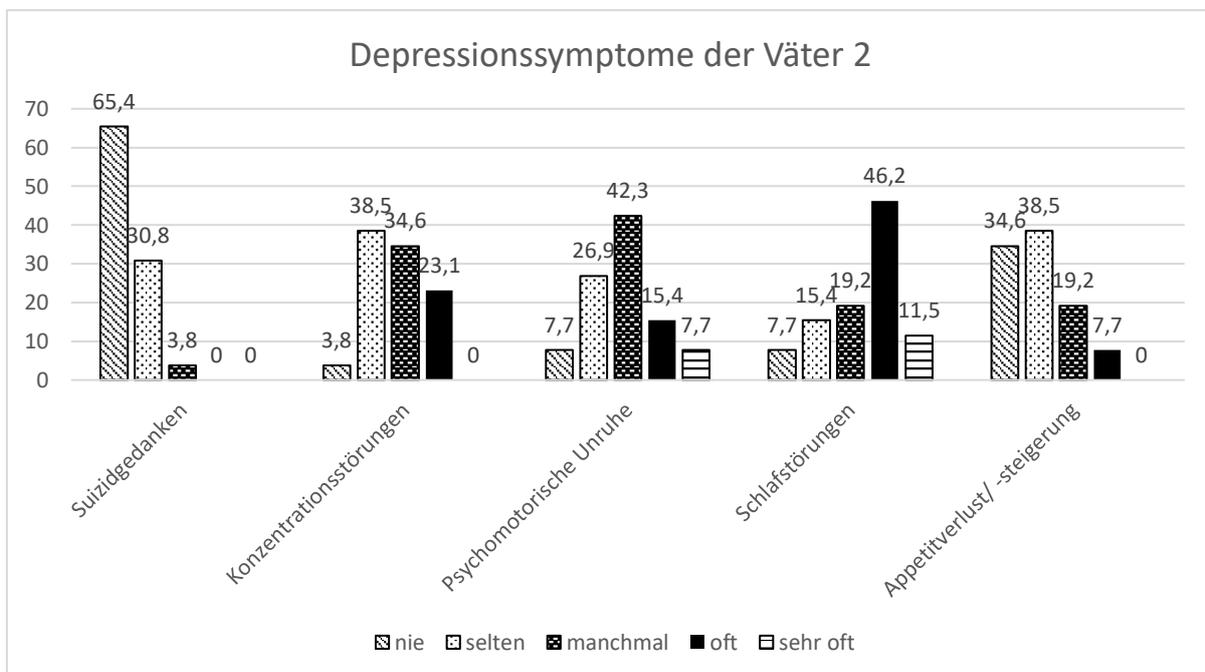


Abbildung 8. Wahrgenommene PPD-Symptome der Väter in der Hebammenbetreuung; Teil 2; n=26; Angaben in %

Mehr als die Hälfte der Hebammen (57,7%) hat bisher „eher gute“ Erfahrungen gemacht, wenn sie die von ihnen mitbetreuten Männer auf eine PPD ansprachen. 23,1% der Befragten gaben an, diesbezüglich „neutrale“ Erfahrungen gesammelt zu haben und die wenigsten erlebten das Ansprechen „eher negativ“ (3,8%) oder „sehr positiv“ (3,8%). 11,5% haben bisher noch keine Erfahrungen diesbezüglich gemacht (Abb. 9).

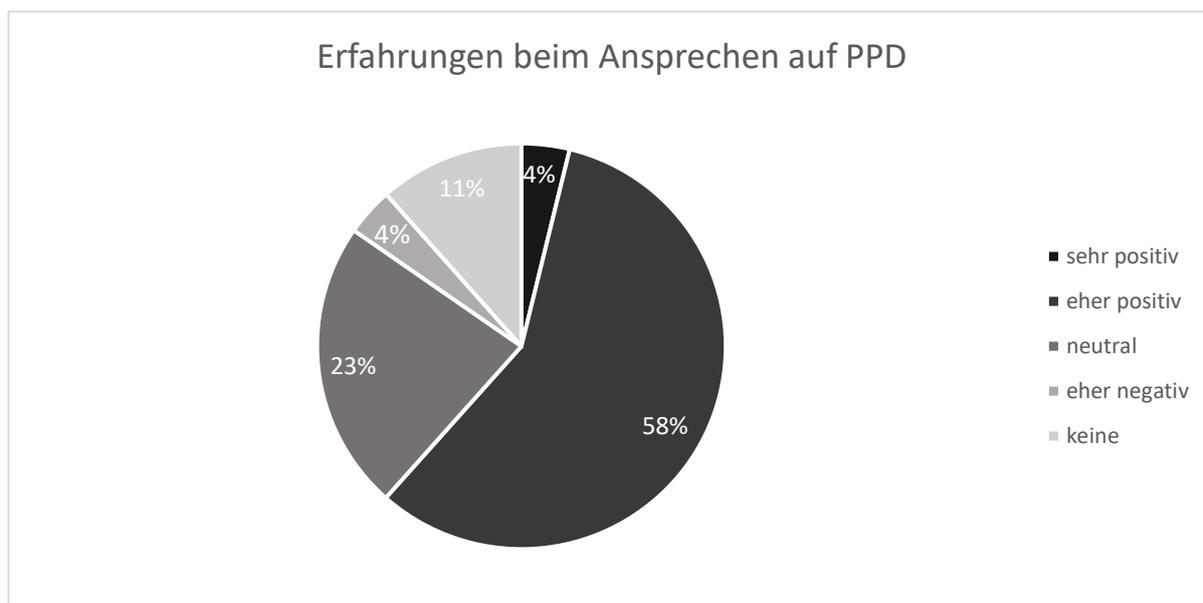


Abbildung 9. Erfahrungen der Hebammen beim Ansprechen des Vaters auf PPD; n=26; Angaben in %

Drei der befragten Hebammen gaben eine Begründung für ihre positiven Erfahrungen an. Demnach fühlen sich die betroffenen Männer gesehen und ernstgenommen und reagieren auf das Gespräch dadurch positiv und häufig erleichtert. Die Väter möchten dann Hilfe annehmen und seien kooperationsbereit.

Gab es Anzeichen auf eine PPD, so gaben die Hebammen am häufigsten an, die Männer an die Hausärztin bzw. den Hausarzt (61,5%) oder an eine Beratungsstelle (61,5%) zu vermitteln, den Mann selbst zu diesem Thema zu beraten (57,7%) oder seine Ressourcen zu aktivieren (57,7%). Mehr als ein Drittel der Hebammen gab an, die Hebammenbetreuung zu intensivieren, weitere 19,2% vermitteln die Betroffenen an eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten und 11,5% vermitteln die Männer an eine entsprechende Klinik oder Ambulanz. Als weitere Handlungsoptionen nannten die Hebammen unter „Sonstiges“ (7,7%), dass sie in sehr offensichtlichen Fällen die Väter dringend darauf hinweisen, sich Hilfe zu suchen bzw. sich telefonisch beim Patientenservice „116117“ zu informieren. Mehrfachantworten waren möglich (Tab. 7).

Tabelle 7

Unternehmungen der Hebammen bei Verdacht auf väterliche PPD; Mehrfachantworten möglich

Unternehmung bei PPD	n	%
Vermittlung an Hausarzt/Hausärztin	16	61,5%
Vermittlung an eine Beratungsstelle	16	61,5%
Vermittlung an eine Klinik/Ambulanz	3	11,5%
Vermittlung an eine*n Psychotherapeut*in	5	19,2%
Beratung des Mannes	15	57,7%
Intensivierung des Hebammenkontaktes	10	38,5%
Aktivierung von Ressourcen	15	57,7%
Sonstiges:	2	7,7%
• „in sehr offensichtlichen Fällen dringender Hinweis, sich Hilfe zu suchen“	1	3,8%
• „116117“	1	3,8%

Die Mehrheit der Hebammen gab an, mit der Vermittlung der betroffenen Männer an Hausarzt*innen (42,3%) bzw. Beratungsstellen (42,3%) überwiegend positive Erfahrungen gemacht zu haben. Bezüglich der Vermittlung an eine Klinik oder Ambulanz (53,8%) oder an eine*n Therapeut*in (50,0%) haben die meisten Hebammen noch keine Erfahrungen gemacht.

Alle befragten Hebammen sehen das Erkennen einer PPD bei den von ihnen betreuten *Frauen* in ihrem Aufgabenbereich, wobei sich 84,6% klar („auf jeden Fall“) und 15,4% grundsätzlich („eher ja“) dafür zuständig fühlen. Das Erkennen einer PPD bei den mitbetreuten *Männern* sehen die Hebammen nicht so eindeutig in ihrem Aufgabenbereich. Etwa die Hälfte fühlt sich „auf jeden Fall“ (15,4%) bzw. prinzipiell („eher ja“; 38,5%) dafür zuständig. Die andere Hälfte fühlt sich diesbezüglich eher nicht („eher nein; 38,5%) oder „auf keinen Fall“ (7,7%) dafür verantwortlich (Abb. 10).

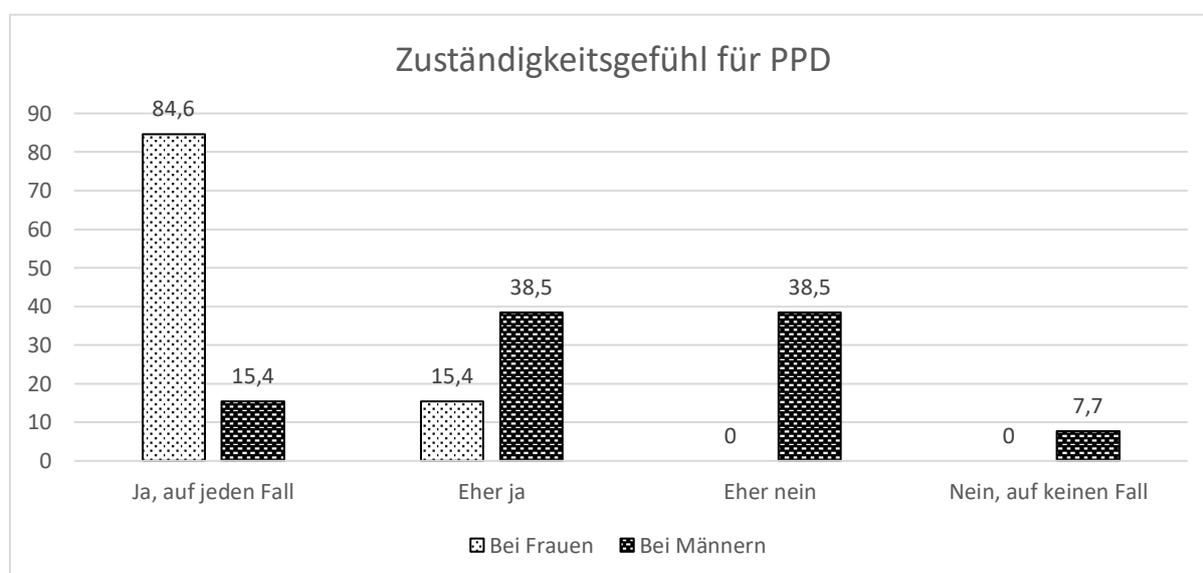


Abbildung 10. Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, PPD zu erkennen; n=26; Angaben in %

Auch bei dieser Frage gaben die Teilnehmerinnen (n=6) verschiedene Begründungen für ihre Antworten⁸ an. Das Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, eine PPD bei den betreuten *Frauen* zu erkennen, wurde einerseits damit begründet, dass es als Teil der Hebammenarbeit bzw. Wochenbettbetreuung zähle und andererseits damit, dass sich die Mutter-Kind-Bindung bei einer maternalen PPD sonst nicht optimal entwickle.

Das Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, eine PPD bei den betreuten *Vätern* zu erkennen, wurde damit begründet, dass sich eine väterliche Depression auf die kindliche Entwicklung, die Psyche der Mutter und insgesamt auf die ganze Familie auswirke und negativ beeinflussen könne. Es wurde angegeben, dass die Symptome jedoch nur wahrgenommen und beratend angesprochen werden können. Aber auch das sei in der derzeitigen Corona-Pandemie schwierig, da die Hygienevorschriften vorgeben, dass bei Hausbesuchen nur Mutter und Kind im Zimmer anwesend sein sollen und auch die Einschätzung über den Onlinekontakt nicht einfach sei.

Einsatz des Kurzfragebogens EPDS in der Hebammenbetreuung

30,8% der Befragten können sich sehr gut vorstellen, die EPDS routinemäßig in der Betreuung der *Wöchnerinnen* einzusetzen, ebenso viele Hebammen (30,8%) ziehen den Einsatz bei den Frauen in Erwägung. Mehr als ein Fünftel (23,1%) nutzt den Fragebogen sogar bereits regelmäßig in ihrer Arbeit. Zur Einschätzung einer PPD bei *Männern* können sich 19,2% „auf jeden Fall“ und 34,6% der Hebammen „vielleicht“ vorstellen, die EPDS routinemäßig anzuwenden. Die restlichen Hebammen lehnen den regelmäßigen Einsatz des Fragebogens bei Vätern eher („eher nicht“; 38,5%) oder ganz („auf keinen Fall“; 7,7%) ab (Abb. 11).

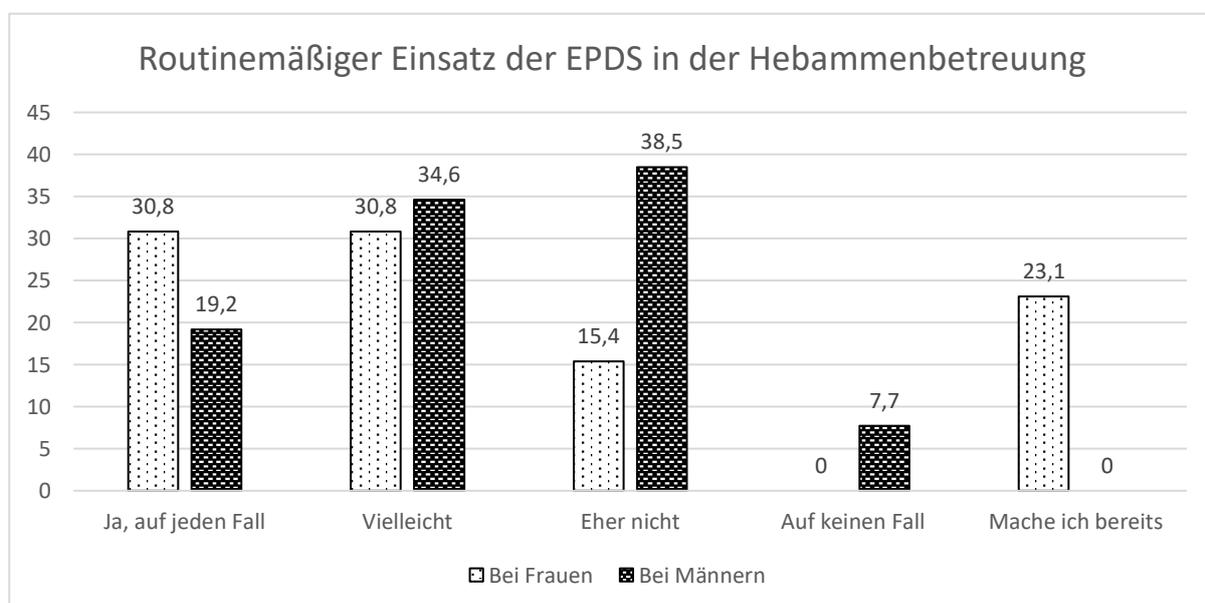


Abbildung 11. Bereitschaft der Hebammen zum routinemäßigen Einsatz der EPDS; n=26; Angaben in %

⁸ Detaillierte Auflistung im Anhang C, Tab. 11A

Weder in Bezug auf die Frauen noch auf die Männer ergab sich dabei ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Zuständigkeitsgefühl der Hebammen, eine PPD zu identifizieren und der Bereitschaft, die EPDS einzusetzen ($p > 0,05$; Tab. 12A in Anhang C). Allerdings konnte eine signifikante, nach Cohen (1988) moderate Korrelation zwischen der Bereitschaft, die EPDS bei Frauen einzusetzen, und der Bereitschaft, die EPDS bei Männern einzusetzen, gefunden werden ($p = 0,04$; Spearman's $\rho = 0,41$; Tab. 12A in Anhang C).

96,2% der Befragten gaben an, keine weiteren (diagnostischen) Fragebögen zur Feststellung einer PPD bei Vätern zu verwenden. Nur eine Hebamme (3,8%) setzt bei Bedarf auch andere Fragebögen ein, jedoch wurde keine Angabe gemacht, um welche(n) es sich dabei handelt. Eine Teilnehmerin nutzte das Freitextfeld an dieser Stelle, um darauf hinzuweisen, dass Fortbildungs- und Nachbesserungsbedarf bei der Gebührenverordnung bestehe, wenn ein Einsatz der EPDS oder anderer diagnostischer Fragebögen zur Feststellung einer väterlichen PPD gefordert wäre.

Psychosoziale Versorgungssituation für Väter

Es gibt verschiedene Aspekte, die unter Umständen die Beratung oder Weitervermittlung von Männern mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen oder einer PPD erschweren können. Bezüglich der systembezogenen Faktoren ergab sich ein Skalenmittelwert von $M = 3,62$ ($SD = 0,80$), was bedeutet, dass diese Aspekte aus Hebammensicht die Versorgung der Männer „manchmal“ bis „oft“ beeinträchtigen. Dabei schätzen die meisten befragten Hebammen die fehlende Erstattung durch die Krankenkasse „oft“ (30,8%) bis „sehr oft“ (30,8%) als erschwerend ein ($M = 3,58$). Weiterhin „oft“ ($M_{\text{Min}} = 3,69$; $M_{\text{Max}} = 4,00$) erschwerend bei der psychosozialen Versorgung der Väter nehmen die meisten Hebammen die zur Verfügung stehende Zeit (42,3%), die geringe Vergütung der Beratung (38,5%) und das Fehlen effektiver Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten (38,5%) wahr. Die eigene Ausbildung zu diesem Thema spielt nach den Aussagen der Hebammen „manchmal“ (38,5%) bis „oft“ (38,5%) eine Rolle ($M = 3,31$). Die Kooperation, wie etwa mit Beratungsstellen, Therapeut*innen oder Krankenkassen, sehen die meisten Hebammen (38,5%) nur „manchmal“ als erschwerenden Faktor an ($M = 3,27$; Abb. 12-13; Tab. 13A in Anhang C).

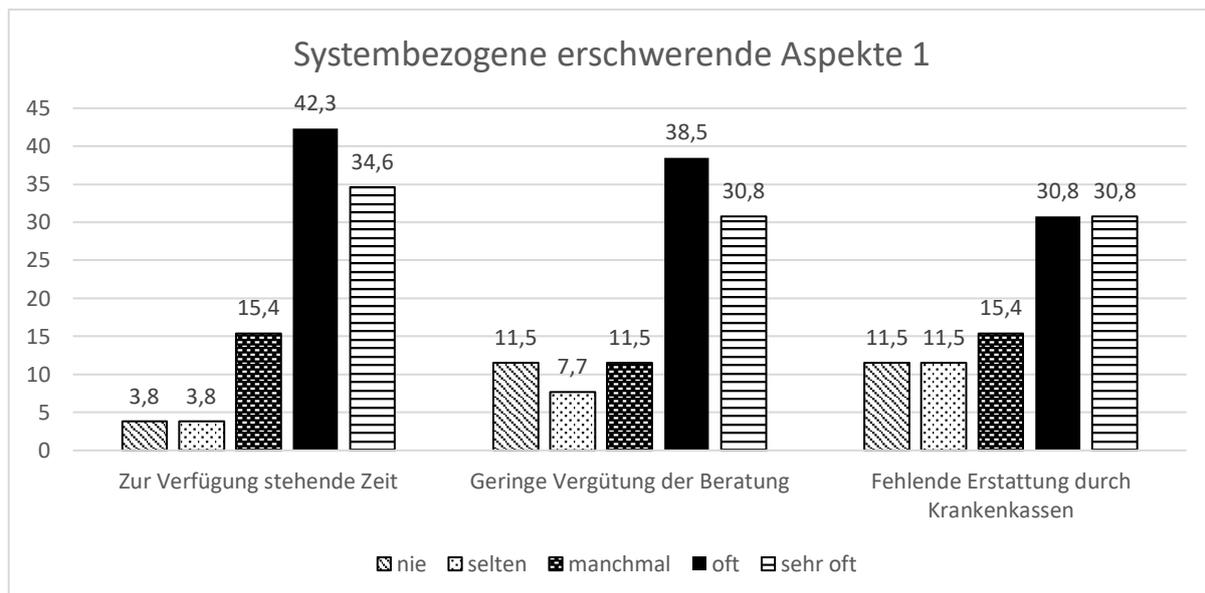


Abbildung 12. Systembezogene erschwerende Aspekte in der Versorgung von Vätern; Teil 1; n=26; Angaben in %

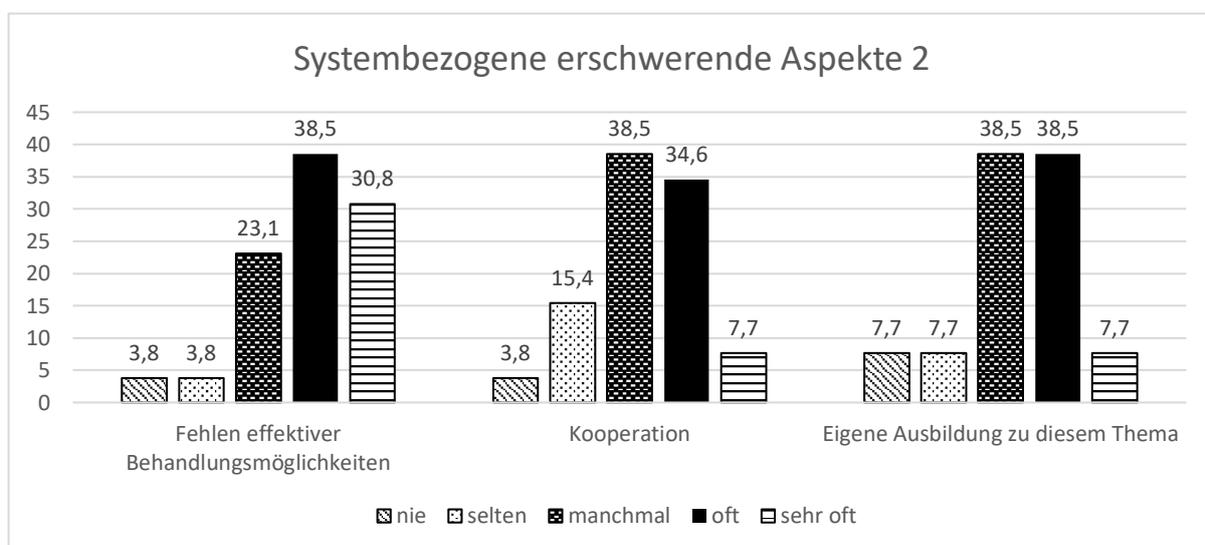


Abbildung 13. Systembezogene erschwerende Aspekte in der Versorgung von Vätern; Teil 2; n=26; Angaben in %

Bezüglich der personenbezogenen Aspekte, die eine Beratung oder Weitervermittlung der Väter behindern, ergab sich ein Skalenmittelwert von $M=2,76$ ($SD=0,55$), was bedeutet, dass diese Faktoren durchschnittlich „manchmal“ die Versorgung der Väter beeinträchtigen. Dabei nehmen die meisten befragten Hebammen „manchmal“ das Ablehnen bzw. die Nichtinanspruchnahme der vermittelten Kontakte (53,8%), die fehlende Akzeptanz der Diagnose durch den Betreuten oder seiner Partnerin (42,3%) und das eigene Gefühl, für diese Themen nicht genügend Kompetenzen zu besitzen (46,2%) als erschwerend wahr ($M_{\text{Min}}=2,73$; $M_{\text{Max}}=2,92$). Andere, z.B. somatische, Probleme des betreuten Mannes, die im Vordergrund stehen, spielen nach Angaben der Befragten nur „selten“ (34,6%) bis „manchmal“ (34,6%) eine Rolle ($M=2,62$; Abb. 14; Tab. 13A in Anhang C).

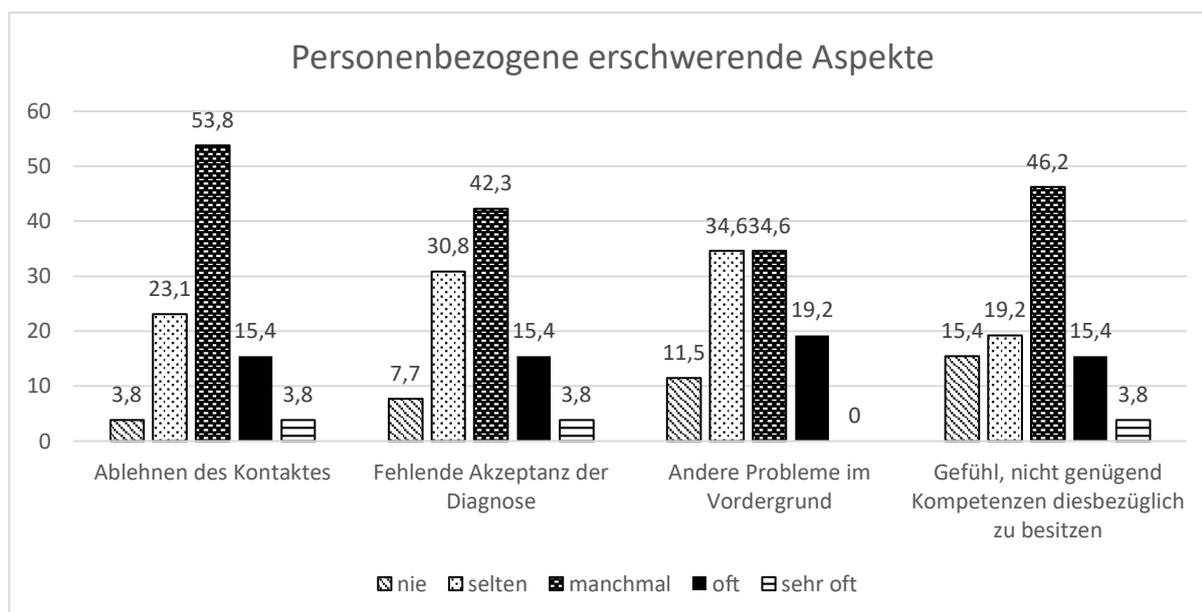


Abbildung 14. Personenbezogene erschwerende Aspekte in der Versorgung von Vätern; n=26; Angaben in %

Insgesamt hält ein Großteil der Hebammen (88,5%) es für notwendig, die Versorgungssituation für (werdende) Väter mit psychosozialen Belastungen und/oder einer PPD zu verbessern. Dies begründen die Hebammen (Tab. 8; n=15) besonders mit einer besseren Gesamtsituation für die ganze Familie, da der Vater eine wichtige Ressource für Mutter und Kind darstelle und im Falle einer psychischen Erkrankung ohne frühe und adäquate Hilfe die Kindesentwicklung und Bindung beeinträchtigen könne (47,1%). Des Weiteren findet das Thema nach Aussagen der Befragten zu wenig Beachtung, wird gesellschaftlich zu wenig thematisiert bzw. tabuisiert und dadurch oft unterschätzt (29,4%). Auch das steigende Aufkommen von psychosozialen Belastungen und väterlichen postpartalen Depressionen (11,8%), die bisher wenig vorhandenen entsprechenden Hilfsangebote (5,9%), das Recht der Väter auf Hilfe und bessere Versorgung (5,9%), der bisherige ausschließliche Fokus auf die Mütter (5,9%) und die Aussage, dass Menschen mit Belastungen geholfen werden müsse (5,9%), gaben die Hebammen als Begründung für die Notwendigkeit einer verbesserten Versorgungssituation für Väter an.

Darüber hinaus begründeten n=2 (Tab. 8) der Hebammen ihre Antwort, dass eine Verbesserung der Versorgungssituation für Väter nicht nötig sei, damit, dass diese Themen nicht zum Aufgabengebiet von Hebammen gehören (11,8%) und dass die nötige Zeit für die Beratung der Männer im Wochenbett fehle (5,9%).

Tabelle 8

Begründungen für/gegen die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgungssituation belasteter oder von PPD betroffener Väter; n=17; Mehrfachnennungen möglich

Begründungen der Hebammen	n	%
Für eine Verbesserung	15	88,2%
PPD bei Vätern wird unterschätzt und nicht/kaum thematisiert	5	29,4%
Väter als wichtige Ressource für Mutter und Kind beeinflussen das Outcome für die gesamte Familie	8	47,1%
Psychosoziale Belastungen und PPD nehmen zu	2	11,8%
Bisher nur wenige Hilfsangebote vorhanden	1	5,9%
Fokus liegt bisher auf der Mutter	1	5,9%
Väter haben ein Recht auf verbesserte Versorgung	1	5,9%
Menschen mit Belastungen muss geholfen werden	1	5,9%
Gegen eine Verbesserung	2	11,8%
Gehört nicht zum Aufgabengebiet von Hebammen	2	11,8%
Fehlende nötige Beratungszeit im Wochenbett	1	5,9%

Die Bereitschaft der Hebammen, an der Versorgungssituation der Männer mitzuwirken, zeigt sich auch an ihren Verbesserungswünschen bezüglich des Gesundheitssystems und der eigenen Fortbildungsmaßnahmen (Abb. 15; Tab. 14A in Anhang C). So hält die Hälfte der Befragten eine enge Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen, Familienhebammen und Ärzt*innen (50,0%) und mehr als die Hälfte eine Erstattung der gezielten Beratung der Väter durch die Krankenkasse (61,5%), sowie 42,3% der Hebammen die Teilnahme an spezifischen Fortbildungen als „sehr hilfreich“ ($M_{\text{Min}}=3,23$; $M_{\text{Max}}=3,46$), um die Versorgungssituation der Männer mit psychosozialen Belastungen und/oder einer PPD zu verbessern. Zudem gab mehr als ein Drittel der Hebammen an, dass das systematische Nachfragen nach Symptomen einer PPD oder psychosozialer Belastungen „relativ hilfreich“ (38,5%; $M=2,88$) und die Nutzung einer Familienhebammenzentrale zum kollegialen Austausch „etwas hilfreich“ (34,6%; $M=2,65$) für eine verbesserte Versorgung von Vätern wäre.

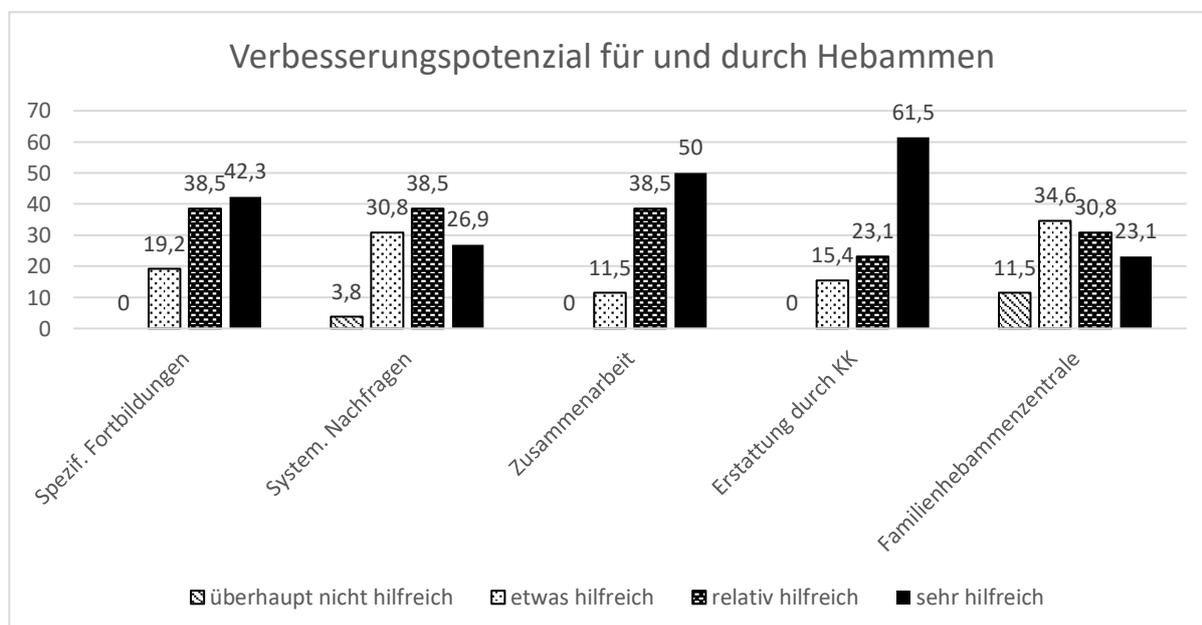


Abbildung 15. Verbesserungspotenzial d. Versorgung von Vätern für und durch Hebammen; n=26; Angaben in %

6.2 Inferenzstatistische Auswertung^{9 10}

Die Prüfung der Antworten auf signifikante Gruppenunterschiede erfolgte hinsichtlich:

- dem wahrgenommenen Anteil der Väter mit psychosozialen Belastungen,
- der Häufigkeit von psychosozialen Belastungen (einzeln und Skalenmittelwert),
- dem Zuständigkeitsgefühl, psychosoziale Belastungen bei Vätern zu identifizieren,
- dem wahrgenommenen Anteil der Väter mit einer postpartalen Depression,
- der Häufigkeit von PPD-Symptomen (einzeln und Skalenmittelwert),
- dem Zuständigkeitsgefühl, eine PPD bei Frauen bzw. bei Männern zu identifizieren,
- der Bereitschaft, die EPDS bei Frauen bzw. bei Vätern einzusetzen,
- der Häufigkeit von erschwerenden, systembezogenen Aspekten in der Hebammenversorgung von Männern (einzeln und Skalenmittelwert),
- der Häufigkeit von erschwerenden, personenbezogenen Aspekten in der Hebammenversorgung von Männern (einzeln und Skalenmittelwert)
- und des Bedarfs an den verschiedenen Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation für Väter mit psychosozialen Belastungen bzw. postpartaler Depression.

Gruppenunterschiede hinsichtlich des Erwerbs der Grundqualifikation

Untersucht wurden die Antworten der Hebammen, die den Beruf durch eine Ausbildung erlernt haben, (n=24) und der Hebammen, die den Beruf durch ein Studium erworben haben (n=2).

Dabei konnte ein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der durch die Hebammen wahrgenommenen psychosozialen **Belastung aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung der Väter** gefunden werden, wobei die Hebammen, die eine Ausbildung absolvierten, diese Belastung häufiger wahrnehmen ((95%-CI [0,02; 2,82]); $t(24)=2,091$; $p=0,047$). Dabei handelt es sich nach Cohen (1988) um einen großen Effekt ($d_{Cohen}=-1,542$) und somit um einen praktisch bedeutsamen Unterschied.

Ein weiterer statistisch signifikanter Unterschied ergab sich hinsichtlich der Wahrnehmung von **wiederkehrenden Gedanken an Tod oder Suizid** als ein Symptom der postpartalen Depression, welches die Hebammen mit einer Ausbildung ebenfalls häufiger erkennen als die Hebammen mit einem Studium ((95%-CI [0,17; 0,66]); $t(23,0)=3,498$; $p=0,002$). Da die Effektstärke ($d_{Cohen}=-0.735$) nach Cohen (1988) als moderat eingestuft werden kann, handelt es sich auch hierbei um einen relevanten Unterschied für die Praxis.

⁹ Eine Übersicht aller mittels T-Test gefundenen relevanten Subgruppenunterschiede ist in Tab 15A in Anhang C abgebildet.

¹⁰ Eine Übersicht aller mittels einfaktorier ANOVA gefundenen relevanten Subgruppenunterschiede ist in Tab 16A in Anhang C abgebildet.

Zudem sind die Hebammen mit einer Ausbildung statistisch signifikant mehr bereit, **die EPDS bei Frauen** zur Identifizierung einer PPD einzusetzen, als die Hebammen mit einem Studium ((95%-CI [-1,11; -0,22]); $t(23,0)=-3,112$; $p=0,005$). Auch hierbei handelt es sich nach Cohen (1988) um einen mittelgroßen Effekt ($d_{Cohen}=0.65$).

Gruppenunterschiede hinsichtlich der Zusatzqualifikation als Familienhebamme

An der Stelle wurden die Antworten der Hebammen, die die Zusatzqualifikation als Familienhebamme besitzen ($n=6$), und der Hebammen, die diese Zusatzqualifikation nicht aufweisen ($n=20$), untersucht.

Ein statistisch signifikanter Unterschied konnte hinsichtlich des **Zuständigkeitsgefühls** gefunden werden, eine **postpartale Depression bei Frauen** zu identifizieren, wobei sich die Hebammen, die zusätzlich Familienhebammen sind, eher dafür zuständig fühlen als die Hebammen ohne diese Zusatzqualifikation ((95%-CI [0,01; 0,39]); $t(19,0)=2,179$; $p=0,042$). Dabei handelt es sich nach Cohen (1988) um einen mittelgroßen Effekt ($d_{Cohen}=-0.548$).

Auch in Bezug auf das **Zuständigkeitsgefühl**, eine **postpartale Depression bei den Männern** zu identifizieren, ergab sich ein signifikanter Unterschied, allerdings zählten die Familienhebammen dies weniger zu ihrem Aufgabenbereich als die, der Vergleichsgruppe ((95%-CI [-2,46; -0,11]); $t(24)=-2,258$; $p=0,033$). Da die Effektstärke ($d_{Cohen}=1.051$) nach Cohen (1988) als groß eingestuft werden kann, handelt es sich somit um einen praktisch bedeutsamen Unterschied.

Die eigene Ausbildung zum Thema „Väter mit psychosozialen Belastungen oder postpartaler Depression“ gaben die Hebammen, die keine Zusatzqualifikation als Familienhebamme aufweisen, signifikant häufiger als systembezogenen erschwerenden Aspekt in der Versorgung von Vätern an, als die Hebammen mit dieser Zusatzqualifikation ((95%-CI [0,002; 1,23]); $t(22,45)=2,077$; $p=0,049$). Dabei handelt es sich nach Cohen (1988) um einen mittelstarken Effekt ($d_{Cohen}=-0,623$).

Des Weiteren nehmen die Familienhebammen das **Ablehnen bzw. die Nichtinanspruchnahme der vermittelten Kontakte** durch den Beratenden signifikant häufiger als personenbezogenen erschwerenden Faktor wahr als die Hebammen der Vergleichsgruppe ((95%-CI [-1,69; -0,24]); $t(24)=-2,766$; $p=0,011$). Die Effektgröße ($d_{Cohen}=1,292$) kann nach Cohen (1988) als groß eingestuft werden und spricht für einen praktisch bedeutsamen Unterschied.

Gruppenunterschiede hinsichtlich des beruflichen Status

Auch die Antworten der Hebammen, die in einem Krankenhaus angestellt sind ($n=3$), und der Hebammen, die freiberuflich tätig sind ($n=17$), wurden auf relevante Unterschiede geprüft.

Lediglich ein relevanter Unterschied konnte unter Berücksichtigung des beruflichen Status der Hebammen gefunden werden. Demnach nehmen die freiberuflich tätigen Hebammen bei den Vätern signifikant häufiger **psychosoziale Belastungen aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung der Partnerin** wahr als die Hebammen, die in einem Krankenhaus angestellt sind ((95%-CI [-1,33;

-0,20]); $t(16,0)=-2,889$; $p=0,011$). Dabei handelt es sich nach Cohen (1988) um einen mittelgroßen Effekt ($d_{Cohen}=-0,739$).

Gruppenunterschiede hinsichtlich des Einzugsgebietes der Hebammen

Untersucht wurden die Antworten der Hebammen, die eher in Städten tätig sind ($n=12$), der Hebammen, die eher in ländlichen Regionen tätig sind ($n=5$), und der Hebammen, deren Einzugsgebiet städtische und ländliche Gebiete umfasst ($n=9$).

Die Häufigkeit der Wahrnehmung von **psychomotorischer Unruhe** als ein PPD-Symptom bei den Vätern unterschied sich statistisch signifikant zwischen den Hebammen je nach Einzugsgebiet, $F(2, 23)=5,801$; $p=0,009$, $\eta^2=0,335$. Der post-hoc-Test „GT2 nach Hochberg“ zeigte diesbezüglich einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0,030$) zwischen den Gruppen der Hebammen, die eher in Städten tätig sind und den Hebammen, deren Einzugsgebiet städtische und ländliche Regionen umfasst ($-1,083$; 95%-CI $[-2,08; -0,09]$). Zusätzlich zeigte der post-hoc-Test „GT2 nach Hochberg“ einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0,019$) zwischen den Gruppen der Hebammen, die eher auf dem Land tätig sind und den Hebammen, deren Einzugsgebiet städtische und ländliche Regionen umfasst ($-1,467$; 95%-CI $[-2,72; -0,21]$). Die wahrgenommene Häufigkeit von psychomotorischer Unruhe bei Vätern mit einer PPD nahm von Hebammen mit städtischem und ländlichem Einzugsgebiet ($M=3,67$; $SD=1,00$), zu Hebammen mit städtischem Einzugsgebiet ($M=2,58$; $SD=0,793$), zu Hebammen mit ländlichem Einzugsgebiet ($M=2,20$; $SD=0,837$) ab.

Auch die Häufigkeit der Wahrnehmung von **Appetitverlust oder -steigerung mit Gewichtsveränderung** als ein PPD-Symptom bei den Vätern unterschied sich statistisch signifikant zwischen den Hebammen je nach Einzugsgebiet, $F(2, 23)=4,445$; $p=0,023$, $\eta^2=0,279$. Der post-hoc-Test „GT2 nach Hochberg“ zeigte diesbezüglich einen statistisch signifikanten Unterschied ($p=0,035$) zwischen den Gruppen der Hebammen, die eher in Städten tätig sind und der Hebammen, deren Einzugsgebiet städtische und ländliche Regionen umfasst ($-1,000$; 95%-CI $[-1,94; -0,06]$). Allgemein nahm die wahrgenommene Häufigkeit von verändertem Appetit mit Gewichtsveränderungen bei Vätern mit einer PPD von Hebammen mit städtischem und ländlichem Einzugsgebiet ($M=2,67$; $SD=0,707$), zu Hebammen mit städtischem Einzugsgebiet ($M=1,67$; $SD=0,888$), zu Hebammen mit ländlichem Einzugsgebiet ($M=1,60$; $SD=0,894$) ab.

7. Diskussion

Wie die bisherige Literatur zeigt, ist das psychische Befinden von Vätern im Zuge einer Geburt nicht zu vernachlässigen. Mit der vorliegenden Arbeit sollen Erkenntnisse gewonnen werden, wie sich die väterliche postpartale Depression aus der Sicht von Hebammen zeigt und wie sie mit dieser Erkrankung umgehen.

7.1 Erkenntnisse zu den in der Studie gestellten Fragen

Frage (1): Inwiefern sind die in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen in Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen mit Vätern mit psychosozialen Belastungen konfrontiert?

Die Befragung zeigt, dass die Hebammen bereits gut für psychosoziale Belastungen bei den betreuten Familien sensibilisiert sind, wobei die Befragten angaben, dass sie bei knapp einem Viertel (M=24,96%) der Fälle mit psychosozial belasteten Vätern konfrontiert sind. Besonders Partnerschaftskonflikte, das Geburtserlebnis, eine geringe soziale Unterstützung und die neue Rolle als Vater mit den gesellschaftlichen Anforderungen und möglicherweise falschen Erwartungen spielen dabei oft eine Rolle. Dass diese Belastungen häufig bei Eltern im Zuge einer Geburt auftreten, deckt sich mit den Erkenntnissen der wissenschaftlichen Literatur (Fthenakis & Kalicki, 2000; Dorsch, 2013; Nispel, 2001, zitiert nach Wiencke, 2019, S. 45; Rudolf et al., 2015). Die Hebammen setzen auf den engen Kontakt mit beiden Elternteilen und erfahren von den Belastungssituationen der Väter daher am häufigsten durch persönliche Gespräche oder durch Hinweise Dritter (v.a. der Partnerin). Es wäre aber auch denkbar, dass die Väter einfach bei Gesprächen zwischen Hebamme und Mutter dabei sind und die Hebammen dadurch ganz nebenbei von dem Befinden der Männer erfahren. Ein routinemäßiger Einsatz von spezifischen Fragebögen zur Identifizierung von Belastungen bei den Vätern bedeutet zusätzlichen Aufwand und wird vermutlich deshalb eher selten eingesetzt.

Frage (2): Sehen diese Hebammen es als ihren Aufgabenbereich an, psychosoziale Belastungen bei Vätern zu identifizieren?

In der untersuchten Stichprobe korrelierten der beobachtete Anteil belasteter und der Anteil von PPD betroffener Männer signifikant stark miteinander und auch zwischen der wahrgenommenen Häufigkeit von psychosozialen Belastungen insgesamt und der wahrgenommenen Häufigkeit einer PPD-Symptomatik zeigte sich ein signifikant starker Zusammenhang. Dabei erwies sich das durch die Hebammen identifizierte Auftreten psychosozialer Belastungen als signifikanter Prädiktor dafür, dass auch Anzeichen einer PPD bei den Vätern erkannt werden. Entsprechende Zusammenhänge konnten ebenfalls in anderen Untersuchungen (z.B. Kunz et al., 2012) nachgewiesen werden. Da die Belastungen im Einzelnen jedoch keine signifikanten Vorhersagevariablen darstellten, unterstützt dies die Theorie der multifaktoriellen Genese dieses Krankheitsbildes, die davon ausgeht, dass es nicht einen spezifischen Auslöser für die PPD gibt, sondern das Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren zum Auftreten führt (vgl. DGPPN, 2015). Daher ist es wichtig, alle möglichen psychosozialen, finanziellen und psychischen Belastungen frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren.

Mehr als die Hälfte (61,6%) der Hebammen fühlt sich dafür grundsätzlich bzw. absolut zuständig. Besonders durch den Einfluss des väterlichen psychischen Befindens auf Mutter, Kind und das Gelingen

als Familie kann die Wichtigkeit der Früherkennung begründen. Die mehrmals vorkommende Begründung, dass sich die Hebammenausbildung nur auf die Betreuung von Mutter und Kind beziehe, und der noch geringe Anteil an Hebammen, die ihren Beruf entsprechend der neuen Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020) mit wachsender Einbeziehung „des anderen Elternteils“ in der Betreuung erlernt haben, könnte erklären, dass mehr als ein Drittel (38,5%) der Befragten die Identifizierung psychosozialer Belastungen bei Vätern nicht als ihre Aufgabe ansieht.

Frage (3): Inwiefern sind diese Hebammen in ihrer Wochenbettbetreuung mit Vätern mit postpartaler Depression konfrontiert?

Das Thema der postpartal psychischen Störungen bei Vätern scheint bei den Hebammen nicht unbekannt zu sein. So schätzen die Befragten den Anteil der von ihnen mitbetreuten Väter mit einer PPD auf durchschnittlich 7,81% (Prävalenz in Deutschland 7,8%; Gawlik et al., 2014) und somit realistisch ein. Auch die PPD-Symptome nehmen die Hebammen am häufigsten in Gesprächen, durch Hinweise Dritter (durch die Partnerin) oder durch die Verhaltensbeobachtung wahr, was möglicherweise, wie auch die Identifizierung psychischer Belastungen, in der Betreuung von Mutter und Kind nebenbei passieren kann und weniger Aufwand als beispielsweise der Einsatz von Fragebögen in Anspruch nimmt. Bei den betroffenen Vätern nehmen die Hebammen besonders eine gesteigerte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen wahr. An der Stelle muss bedacht werden, dass es sich dabei *nicht nur* um Symptome einer PPD handeln muss, sondern dies auch ganz normale Folgen für Eltern eines Neugeborenen sein können, ohne, dass eine psychische Störung vorliegen muss. Nicht zu verachten sind die wiederkehrenden Gedanken an Tod oder Suizid, die von allen erfragten PPD-Symptomen zwar am wenigsten, aber dennoch von ca. einem Drittel der Hebammen bei den betroffenen Vätern selten bis manchmal wahrgenommen werden und weitere Hilfeleistungen induzieren.

Frage (4): Sind die Hebammen bereit, die Väter mit postpartaler Depression ins therapeutische Hilfesystem überzuleiten?

Das Identifizieren einer PPD bei den von ihnen betreuten Wöchnerinnen sehen alle Hebammen in ihrem Aufgabenbereich. Allerdings fühlt sich nur etwa die Hälfte aller Befragten für das Erkennen einer PPD bei Vätern verantwortlich. Dieses unterschiedliche Zuständigkeitsgefühl könnte ebenfalls mit dem großen Anteil an Befragten, die die „alte“ Hebammenausbildung (HebAPrV; Bundesgesetzblatt, 1987) absolvierten, mit der Leistungsbeschreibung für Hebammenhilfe (GKV-Spitzenverband, 2018b) oder auch mit dem Vergütungsverzeichnis (GKV-Spitzenverband, 2018c) erklärt werden, welche sich ausschließlich auf die Versorgung von Mutter und Kind konzentrieren. Die Begründungen der Hebammen, dass das Erkennen einer PPD bei Müttern Teil der Wochenbettbetreuung sei, unterstützen diesen Erklärungsversuch.

Werden doch Anzeichen einer PPD erkannt, so vermitteln die Hebammen die Väter zumeist an ärztliche Akteure des Gesundheitswesens, aber auch an Beratungsstellen weiter. Nach Weigl (2019) ermöglicht diese interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen den Hebammen eine Abgrenzung und die Abgabe von Verantwortung sowie den betroffenen Familien eine umfangreiche Versorgung. Viele Probandinnen nutzen aber auch ihre Rolle als vertraute Ansprechpartnerin und beraten die Väter selbst, aktivieren Ressourcen und intensivieren die Hebammenbetreuung. Die überwiegend positiven Erfahrungen beim Ansprechen der PPD und der Vermittlung an Hausärzt*innen und Beratungsstellen zeigen, wie wichtig es ist, dass nicht nur dem Befinden von Mutter und Kind im Wochenbett Beachtung geschenkt wird, sondern auch dem des Vaters und dass Hebammen dabei eine Schlüsselperson sind. Mit der Vermittlung an eine Klinik, Ambulanz oder Psychotherapeut*in haben die meisten Hebammen vermutlich aufgrund der knappen Kapazitäten und somit langen Wartezeiten, insbesondere bei einer Psychotherapie, noch keine Erfahrungen gemacht. Zudem ist auch denkbar, dass Hebammen und Betroffene zunächst ein eher niederschwelligeres Hilfsangebot, wie etwa das einer Beratungsstelle, bevorzugen.

Frage (5): Sind die Hebammen bereit, bei Vätern ein Kurzdiagnostikinstrument, wie die EPDS, einzusetzen?

Die Bereitschaft, die EPDS als routinemäßiges Instrument zur Erkennung von PPD bei der Mitbetreuung von Vätern einzusetzen (19,2% „ja, auf jeden Fall“; 34,6% „vielleicht“) verdeutlicht das Engagement der Hebammen, auch wenn bisher keine Hebamme den Fragebogen tatsächlich routinemäßig bei Männern nutzt und die Bereitschaft der Anwendung bei Frauen erwartungsgemäß deutlich größer ausfällt (30,8% „ja, auf jeden Fall“; 30,8% „vielleicht“). Entgegen den Erwartungen zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Zuständigkeitsgefühl, eine PPD zu erkennen, und der Bereitschaft, die EPDS routinemäßig einzusetzen, weder in Bezug auf Frauen noch auf Männer. Allerdings korrelierte die Bereitschaft zum Einsatz der EPDS bei Frauen signifikant stark mit der Bereitschaft zum Einsatz der EPDS bei Männern. Vermutlich sind die Hebammen, die die Frauen auf jeden Fall mit der EPDS screenen (wollen), eher bereit, auch die Männer mit der EPDS zu testen, da in wissenschaftlichen Arbeiten bereits mehrfach belegt werden konnte, dass mütterliche und väterliche PPD sich gegenseitig begünstigen (Schuhmacher, 2008, zitiert nach Diercks-Kroschke, 2011, S. 37; Ramchandani et al., 2005, 2008; Paulson & Bazemore, 2010; Wee et al., 2011) und es daher wichtig ist, beide Elternteile zu betrachten. Wenn Hebammen mit dem routinemäßigen Einsatz der EPDS vertraut sind, könnte der zusätzliche Einsatz des Kurzfragebogens bei den Vätern wahrscheinlich auch nicht mehr allzu viel Extraaufwand bedeuten.

Der von den Hebammen angesprochene Fortbildungsbedarf und eine nötige Nachbesserung in der Gebührenverordnung als Begründung gegen die Bereitschaft sind erste wichtige Hinweise darauf, dass die Versorgungssituation von Vätern in der Postpartalzeit Verbesserungspotenzial aufweist.

Frage (6): Welche Faktoren beeinträchtigen die Versorgung von betroffenen Vätern?

Die Untersuchung zeigt, dass die Hebammen bereits zur Versorgung von Vätern mit einer PPD oder mit psychosozialen Belastungen beitragen. Jedoch sehen sie diesbezüglich ein deutliches Verbesserungspotenzial. Die Probleme sind dabei vielfältig und umfassen sowohl system- als auch personenbezogenen Aspekte bei der Beratung und Weitervermittlung der Betroffenen. Vor allem die Erstattung der Beratung durch die Krankenkassen bzw. die Vergütung der Beratung und die zur Verfügung stehende Zeit nehmen die Befragten als unzureichend wahr, ebenso wie das Vorhandensein effektiver Behandlungs- und Betreuungsangebote. Diese Ergebnisse wurden ebenfalls von Baumeister (2019) in Bezug auf die Hebammenversorgung von Frauen mit einer PPD gefunden. Die als wenig problematisch empfundene Kooperation mit anderen Akteuren in der Versorgung, wie etwa mit Beratungsstellen, erklärt erneut die guten Erfahrungen der Hebammen bei der Weitervermittlung der Väter.

Als ein weiteres Problem beschreiben die Hebammen das Nichtakzeptieren der Diagnose und die Nichtinanspruchnahme von vermittelten Hilfsangeboten, was, vielleicht noch stärker als bei Frauen, mit den gesellschaftlichen Anforderungen und eigenen Erwartungen bezüglich der Rolle als Elternteil erklärt werden kann. Wie Gruber & Grube (2016) beschreiben, bedeutet Hilfesuchen und -annehmen das Aufgeben des traditionellen männlichen leistungs- und erfolgsorientierten Rollenbildes und somit Inkompetenz und Abhängigkeit.

Trotz des grundsätzlichen Zuständigkeitsgefühls und der Bereitschaft der Hebammen, nicht nur die Mütter, sondern auch die Väter bei psychosozialen Belastungen und postpartalen psychischen Störungen, wie der PPD, zu beraten und zu betreuen, gibt es auch Hebammen, die das Gefühl haben, nicht in ausreichendem Maße dafür ausgebildet zu sein und somit nicht genügend Kompetenzen diesbezüglich zu besitzen. Auch dieses Problem konnte in der Untersuchung von Baumeister (2019), aber beispielsweise auch bei Nagel-Brotzler et al. (2005) gefunden werden und verdeutlicht noch einmal die nötige Reformierung der Hebammenausbildung und den Bedarf an entsprechenden Weiterbildungen.

Der Wunsch nach einer engeren Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen oder auch Frühen Hilfen, das Interesse für die Teilnahme an spezifischen Fort- bzw. Weiterbildungen sowie das als relativ hilfreich eingeschätzte systematische Nachfragen nach Anzeichen von PPD oder Belastungen zeigen, dass die Hebammen bereit sind, auch selbst an der Verbesserung der Versorgungssituation mitzuwirken. Dennoch liegt das größte Verbesserungspotenzial in der besseren und gezielteren Bezahlung der Hebammenleistungen durch die Krankenkassen, was als Wunsch nach mehr gesellschaftlicher Anerkennung interpretiert werden könnte.

Frage (7): Zeigen sich relevante Subgruppenunterschiede zwischen den Hebammen im Hinblick auf die Wahrnehmung psychosozialer Belastungen und postpartaler Depressionen sowie auf das Zuständigkeitsgefühl, davon betroffene Personen zu identifizieren und zu versorgen?

Nicht eingetroffene, aber erwartete Subgruppenunterschiede **zwischen den Hebammen mit einer Ausbildung und denen mit einem Studium** betreffen das Zuständigkeitsgefühl, Belastungen und PPD bei Vätern zu identifizieren und dazu die EPDS einzusetzen, da neben dem Begriff der „Frau“ auch „das andere Elternteil“ in den Formulierungen und somit in den Lehrinhalten der HebStPrV, nicht aber in der HebAPrV vorkommt.

Väterliche Belastungen aufgrund eigener psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung und auch die wiederkehrenden Gedanken an Tod und Suizid als PPD-Symptom werden von den Hebammen mit einer Ausbildung signifikant häufiger wahrgenommen. Diese Unterschiede müssen sich aber nicht unbedingt auf die unterschiedlichen Formen der Berufsausbildung zurückführen lassen, sondern können eher damit erklärt werden, dass der Berufsweg über ein Hebammenstudium noch relativ jung ist und die entsprechenden Hebammen demzufolge weniger Jahre Berufserfahrung aufweisen als die Hebammen mit einer Ausbildung. Gerade bei Belastungen durch psychische Störungen und Suizidgedanken handelt es sich um sehr sensible Themen, für deren adäquater Umgang es einiges an Erfahrung benötigt.

Bei der Betrachtung von **Hebammen mit der Zusatzqualifikation als Familienhebamme und Hebammen ohne diese Zusatzqualifikation** wurden ebenfalls relevante Subgruppenunterschiede im Hinblick auf die Wahrnehmung psychosozialer Belastungen und postpartaler Depressionen sowie in Bezug auf das Zuständigkeitsgefühl, davon betroffene Väter zu identifizieren und zu versorgen, erwartet, da Familienhebammen die originäre Hebammentätigkeit erweitern und zusätzlich für die Betreuung von Familien, die sich in einer besonders belasteten Lebenssituation befinden, ausgebildet sind (Deutscher Hebammenverband e.V., 2020).

Diese zusätzliche Ausbildung erklärt das Ergebnis, dass die Familienhebammen in der Befragung die eigene Ausbildung zu diesen Themen signifikant weniger häufig als Problem bei der Beratung und Weitervermittlung Betroffener wahrnehmen als diejenigen ohne diese Zusatzqualifikation.

Entgegen der oben beschriebenen Erwartung war jedoch das Zuständigkeitsgefühl der Familienhebammen, eine PPD bei Männern zu identifizieren, signifikant geringer. Dieses Ergebnis kann mit keinem theoretischen Ansatz erklärt werden und muss daher auf eine statistische Verzerrung aufgrund der unterschiedlichen Gruppengrößen und der insgesamt sehr geringen Stichprobe zurückgeführt werden.

Und auch, dass die Familienhebammen sich signifikant häufiger mit dem Ablehnen der vermittelten Kontakte durch den betreuten Mann konfrontiert sehen, entspricht zunächst nicht den Erwartungen. Es lässt sich jedoch vermuten, dass Familienhebammen tiefergehende Kontakte, wie etwa zu Psycholog*innen, Familienhilfen oder zum Jugendamt, herstellen und originäre Hebammen eher

niederschwellige Angebote, beispielsweise Krabbelgruppen, vermitteln. Da aber gerade das Klientel von Familienhebammen meist aus der niedrigen sozialen Schicht stammt, wird angenommen, dass sich nicht alle Betroffenen mit den entsprechenden Hilfsangeboten auseinandersetzen möchten.

Dass freiberuflich tätigen Hebammen signifikant häufiger bei den Vätern psychosoziale Belastungen aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung der Partnerin wahrnehmen als Klinikhebammen, kann darauf zurückgeführt werden, dass **je nach beruflichem Status** unterschiedliche Schwerpunkte in der Hebammenbetreuung gesetzt werden. Die klinischen Hebammen sehen die Familien sehr viel weniger als die nachsorgenden Hebammen bzw. bauen die freiberuflichen Hebammen mehr und längere Beziehungen auf, wodurch es ihnen eher möglich ist auch sensiblere Themen, wie etwa psychische oder Suchtprobleme, in den Familien anzusprechen und wahrzunehmen.

Die gefundenen Subgruppenunterschiede zwischen den Antworten der Hebammen **in Abhängigkeit des Einzugsgebietes** geben vor allem Informationen über die betreuten Väter. Es gibt bereits mehrere Studien, die sich mit dem Einfluss des Wohnortes (Stadt-Land-Unterschiede) auf das Auftreten psychischer Störungen beschäftigen. So ergab beispielsweise eine Metaanalyse aus dem Jahr 2010 über Studien aus einkommensstarken Ländern, darunter auch Deutschland, dass die aggregierte Prävalenz in urbanen Räumen bei psychischen Erkrankungen allgemein 38% höher, und bei affektiven Störungen 39% höher lag als in den ländlichen Räumen (Peen et al., 2010). Und auch in der ESEMeD-Studie (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders; Kovess-Masféty et al., 2005) wird aufgrund der Ergebnisse ein höheres Risiko für psychische Störungen, insbesondere depressive Störungen, in Verbindung mit Urbanität vermutet. Dies führt zu der Annahme, dass auch in dieser Befragung die väterliche PPD und deren Symptome von den Hebammen, die hauptsächlich in Städten tätig sind, häufiger wahrgenommen werden.

Diese Tendenz zeigt sich zumindest in Bezug auf das PPD-Symptom der psychomotorischen Unruhe, welches bei den betroffenen Vätern signifikant seltener von Hebammen wahrgenommen wurde, die eher in ländlichen Regionen tätig sind als Hebammen, die in Städten und auf dem Land Familien betreuen. Allerdings wird dieses Symptom auch signifikant seltener von Hebammen, die nur in Städten tätig sind, wahrgenommen als Hebammen, die in beiden Regionen arbeiten, was der Theorie widerspricht. Gleiches gilt für das PPD-Symptom der Appetit- und Gewichtsveränderung. Da bezüglich der anderen PPD-Symptome und auch der Häufigkeit der wahrgenommenen väterlichen PPD insgesamt keine weiteren relevanten Unterschiede gefunden wurden, lässt sich vermuten, dass das Einzugsgebiet doch keinen so starken Einflussfaktor darstellt. Ein weiterer Grund könnte sein, dass Städte und ländliche Regionen nicht eindeutig, wie etwa über die Populationsdichte, definiert wurden. Dieses Problem zeigt sich auch in vielen Studien, weshalb die Befundlage zu geografischen Unterschieden insgesamt recht uneinheitlich ist (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004, zitiert nach Erhart & von Stillfried, 2012, S. 2).

Bei einer explorativen Erprobung ergaben sich darüber hinaus auch relevante Subgruppenunterschiede zwischen den Hebammen **im Hinblick auf die Wahrnehmung und Versorgung belasteter Mütter**, welche an dieser Stelle nicht unbeachtet bleiben sollen.

Demnach zeigen Hebammen mit einer Ausbildung eine signifikant größere Bereitschaft, die EPDS bei Frauen routinemäßig einzusetzen als Hebammen mit einem Studienabschluss. Auch dieser Unterschied kann mit dem relativ neuen Studiengang und der demzufolge geringeren Anzahl an Jahren mit Berufserfahrung dieser Hebammen erklärt werden. Hebammen mit einer klassischen Ausbildung konnten vermutlich mehr Erfahrungen im Umgang mit diesem Screeninginstrument sammeln und fühlen sich daher bei der Anwendung sicherer.

Weiterhin relevant ist das größere Zuständigkeitsgefühl der Familienhebammen, eine PPD bei Frauen zu identifizieren, als die originären Hebammen. Dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen, da Familienhebammen dafür ausgebildet wurden, Familien, die sich in einer besonders belasteten Lebenssituation befinden, zu betreuen.

7.2 Diskussion des methodischen Vorgehens

Die Befragung der Hebammen zu ihren Erfahrungen mit belasteten und von PPD betroffenen Vätern wurde als Onlinebefragung durchgeführt, was aufgrund der zuvor getroffenen Einstellungen den Vorteil hatte, dass es bei den Fragebögen, die bis zum Schluss ausgefüllt wurden, nicht zu Missing-Data kommen konnte. Aufgrund der einfachen und schnellen Verbreitung über E-Mail-Verteiler und Soziale Medien konnte zudem eine große Population auf die Befragung aufmerksam gemacht werden. Auch der Schutz der Anonymität im Internet stellt einen Vorteil dar und hat eine größere Offenheit der Teilnehmenden zu Folge, was sich beispielsweise in den häufigen, zusätzlichen Freitextantworten der Hebammen widerspiegelt und die Qualität der Daten erhöht. Allerdings ist eine Verzerrung der Ergebnisse durch die unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten aufgrund des individuellen Internetnutzungsverhaltens nicht auszuschließen. Die Rekrutierung der Hebammen über die jeweiligen Verbände stellt zwar einen guten Ansatz dar, allerdings kann nicht eindeutig geklärt werden, wie viele Hebammen tatsächlich Zugang zu der Onlinebefragung bekommen haben. Das betrifft besonders den Landesverband der Hebammen Nordrhein-Westfalen e.V., bei dessen Facebook-Gruppe davon ausgegangen werden muss, dass nicht alle Mitglieder des Verbandes auch Mitglieder dieser Gruppe sind und nicht klar ist, bei wie vielen Abonnent*innen es sich tatsächlich um Hebammen aus Nordrhein-Westfalen handelt. Somit war auch die exakte Rücklaufquote nicht genau bestimmbar, sondern ergab sich aus geschätzten Angaben. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl betrug sie 0,73%¹¹. Die Stichprobe war aufgrund der Freiwilligkeit der Verbände, diese Arbeit zu unterstützen, und der Freiwilligkeit der Hebammen zur Teilnahme an der Umfrage naturgemäß selektiv. Das bedeutet, dass die Ergebnisse

¹¹ Bei einer Population von N=4.931 und einem Konfidenzniveau von 95% müsste die Stichprobe mindestens 357 Proband*innen umfassen, damit die Umfrage repräsentativ ist (berechnet mit QUESTIONSTAR, 2020).

relativiert betrachtet werden müssen und eher hypothesengenerierend als hypothesenprüfend sind. Sie sind nicht repräsentativ für die gesamte Hebammenversorgung für Väter in Deutschland.

Über das Erfragen der Herkunft der Hebammen könnte zukünftig eine bessere Rückverfolgung und somit bessere Aufklärung darüber erfolgen, wie sich die Stichprobe zusammensetzt und über welche Hebammenverbände die Rekrutierung gut funktioniert hat bzw. wo andere Rekrutierungsmöglichkeiten eingesetzt werden müssen. Mit der Information, in welchem Bundesland die Hebammen tätig sind, könnte dann auch geprüft werden, ob es, abhängig davon, relevante Subgruppenunterschiede hinsichtlich der Arbeit der Hebammen und der Versorgungssituation für Väter gibt.

Darüber hinaus wurden mit dem Fragebogen zwar Zusatzqualifikationen, aber keine eindeutige Differenzierung zwischen Familienhebammen und Hebammen ohne diese Zusatzqualifikation erfasst. In zukünftigen Untersuchungen zu diesem Thema könnte das direkte Erfragen dieses Subgruppenunterschieds noch aussagekräftigere Ergebnisse darüber liefern, ob die Zusatzqualifikation der Familienhebamme die Einschätzung psychosozialer Belastungen bzw. PPD und den Umgang der Hebamme in Bezug auf diese Themen beeinflusst.

Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass die Einschätzung der Befindlichkeit der Väter aus Fremdbeurteilungen der Hebammen, basierend auf deren Beobachtungen der Familien und den Erzählungen der betreuten Elternteile, stammt, weshalb die reale Situation nur geschätzt werden kann und es klärungsbedürftig bleibt, wie zutreffend die familiäre Situation von außen erfasst werden kann. Das betrifft insbesondere die Einschätzung der väterlichen PPD, da nicht kontrolliert werden kann, ob es sich bei allen von den Hebammen beschriebenen Vätern tatsächlich um eine PPD entsprechend der Diagnosekriterien handelt. Eine mögliche Lösung dafür wäre es, nicht nur Hebammen, sondern zusätzlich auch Väter in einer größer angelegten Untersuchung zu befragen und die Antworten bezüglich der Wahrnehmung des Krankheitsbildes und der Versorgungssituation zu vergleichen. Um zu kontrollieren, ob und bei wie vielen Vätern wirklich eine PPD vorliegt, könnten die Männer zusätzlich mit der EPDS gescreent werden.

Eine erneute Befragung der Hebammen zu diesen Themen wäre auch aus dem Grund interessant, dass sich der Anteil der Hebammen mit einer akademischen Ausbildung aufgrund des Hebammenreformgesetzes zukünftig erhöhen wird. Mittels möglichst gleich großer Subgruppen könnte dann untersucht werden, ob sich die Ansichten und der Umgang der Hebammen bezüglich psychisch auffälliger Väter aufgrund reformierter Ausbildungsinhalte verändert haben.

An dieser Stelle muss ebenfalls erwähnt werden, dass die statistischen Voraussetzungen zur Berechnung von Korrelationen, linearen Regressionen, ungepaarten T-Test und einfaktoriellen Varianzanalysen nicht immer gegeben waren. Bei einigen Stichproben wurden leichte Ausreißer gefunden, die die jeweiligen Standardfehler beeinflusst haben können. Beispielsweise sorgt ein großer Standardfehler

dafür, dass ungepaarte t-Tests eventuell nicht signifikant werden. Um dennoch die realen Einschätzungen der Hebammen abzubilden, wurden die betroffenen Daten nicht aus der Analyse ausgeschlossen.

Auch die Voraussetzung der Normalverteilung war in einigen Fällen nicht gegeben. Dies lässt sich auf die geringe Teilnehmerzahl ($n < 30$ für jede Gruppe) zurückführen. Dennoch wurde mit den Daten weitergerechnet. Zwar kann auch diesbezüglich eine Verzerrung der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden, allerdings gibt es genügend Belege, dass Regressionsmodelle, zu denen auch der t-Test gehört, und auch die einfaktorielle ANOVA recht robust gegenüber einer Verletzung der Normalverteilung sind (Glass, Peckham, & Sanders, 1972; Harwell, Rubinstein, Hayes, & Olds, 1992; Lix, Keselman, & Keselman, 1996). Bei der Berechnung von statistisch signifikanten Zusammenhängen wurde in diesem Fall statt der Pearson Produkt-Moment-Korrelation das nichtparametrische Verfahren Spearmans Rho verwendet.

Insgesamt können auch diese statistischen Abweichungen bei einer Wiederholung der Untersuchung durch eine größere Stichprobe reduziert werden.

Trotz der aufgeführten Einschränkungen bleibt festzuhalten, dass die postpartale Depression bei Vätern aus Sicht von Hebammen so bisher noch nie untersucht wurde. Mit der Befragung von Hebammen über belastete Väter konnte eine Annäherung an deren Arbeits- bzw. Erlebenswelt erreicht werden. Die Ergebnisse liefern wichtige Anhaltspunkte für die Tätigkeit von Hebammen in der Wochenbettbetreuung. Aber auch für die weiteren Professionen könnte das Erleben belasteter oder von PPD betroffener Väter bedeutsam sein, um die familiäre Situation zu verbessern und die Väter bzw. Eltern in ihrer Elternschaft zu unterstützen. Die Ergebnisse liefern zudem einen wichtigen Ansatz für die Hebammenausbildung und Versorgungssituation generell, mit denen eine Verbesserung erzielt werden kann.

8. Fazit

Hebammen tragen mit ihrer Begleitung vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit gesellschaftlich relevant zur Frauen- aber besonders auch zur Familiengesundheit bei, da sie das gesundheitliche Wohlbefinden von Mutter, Vater und Kind stärken. Jedoch bildet die Integration der Einschätzung der psychischen Gesundheit von Müttern und Vätern neben den ohnehin umfangreichen und komplexen Aufgaben der Hebammen eine zusätzliche Herausforderung.

Zur Beantwortung der Hauptfragestellung dieser wissenschaftlichen Arbeit lässt sich sagen, dass die befragten Hebammen das Krankheitsbild der postpartalen Depression bei Vätern definitiv wahr und auch ernst nehmen. Dabei achten sie nicht nur auf typische Depressionssymptome, sondern auch auf relevante Risikofaktoren, wie etwa psychosoziale Belastungen. Auch wenn die Versorgung von Vätern kaum Teil der Hebammenausbildung und der Wochenbettbetreuung ist, fühlen sich die meisten dafür zuständig und bedienen sich verschiedenen Möglichkeiten, die betroffenen Familien zu unterstützen

und Hilfsangebote zu vermitteln. Die Ergebnisse unterstreichen, dass Hebammen wichtige Schlüsselpersonen in dieser Thematik sind. Allerdings wird auch deutlich, dass Verbesserungsbedarf in der Versorgung von Personen mit einer PPD besteht. Daraus ergeben sich die folgenden Implikationen für die Praxis:

Wie die Aussagen der Hebammen über die Ausbildung bzw. das Studium zeigen, gilt die Depression immer noch als geschlechtsspezifischer mütterlicher Risikofaktor. Daher sollten zunächst Risikofaktoren für die PPD im Zeitraum zwischen Schwangerschaft und Wochenbett berücksichtigt und möglichst für beide Elternteile erhoben werden.

Zudem kann eine PPD weitaus häufiger identifiziert werden, wenn die EPDS als Screeninginstrument routinemäßig eingesetzt wird. Dafür ist es notwendig, nicht psychiatrisch ausgebildetes medizinisches Personal, also auch Hebammen, zunehmend darin fortzubilden, wann, wo und wie ein adäquates Screening umgesetzt werden kann. In diesem Zusammenhang ist es erstrebenswert, nicht nur Frauen zu screenen, sondern auch Männer. Dies sollte zumindest dann geschehen, wenn eine mütterliche depressive Erkrankung festgestellt wird. Wünschenswert wäre es jedoch, die psychische Verfasstheit der Väter generell zu ermitteln, um eine möglichst umfassende Prävention gewährleisten zu können.

Geeignete Präventionsmaßnahmen, die von Hebammen angeboten werden können, sind beispielsweise väterspezifisch Geburtsvor- und -nachbereitungen. Neben der Hebammenbetreuung ist aber auch der Ausbau anderer sozialer Präventionsprojekte, wie z.B. „Keiner fällt durchs Netz“ (Cierpka, 2009) sinnvoll, um negative Auswirkungen einer PPD auf das gesamte Familiensystem vorzubeugen.

Zudem sollten spezifische Unterstützungs-, Beratungs- und Therapieangebote geschaffen bzw. erweitert werden. Beispielsweise können Schwangerschaftsberatungsstellen auch nach der Geburt eines Kindes eine niederschwellige, aber wichtige Anlaufstelle für Eltern sein und u.a. bei depressiven Verstimmungen weiterhelfen. Aber auch komplexere, ressourcenorientierte und kompetenzsteigernde Angebote an ambulanter und stationärer Psychotherapie und psychiatrischer Versorgung müssen entsprechend ausgebaut bzw. modifiziert und insbesondere nicht nur Frauen, sondern auch betroffenen Vätern zugänglich gemacht werden. In Bezug auf Hebammen sind zudem strukturierte Interventionen sinnvoll, die an deren Arbeitsfeld angepasst werden. Das könnten z.B. eine spezifische Aufklärung über postpartal psychische Beschwerden, eine generelle Beratung zum Umgang damit oder auch Gesprächsangebote über das Geburtserleben sein.

Insgesamt ist für die Praxis aber immer von Bedeutung, dass beim Vorliegen des Verdachts auf eine postpartal psychische Störung andere Professionen möglichst frühzeitig eingebunden werden und Haus-, Frauen-, Kinder- und psychiatrische Fachärzt*innen sowie Hebammen und Psycholog*innen interdisziplinär zusammenarbeiten. Dadurch kann die Verantwortung auf mehrere Personen verteilt und ein multimodaler Behandlungsansatz gewährleistet werden.

Daher soll mit dieser Arbeit versucht werden, die an der Geburt beteiligten Berufsgruppen für die männliche Perspektive zu sensibilisieren und die (Weiter-) Entwicklung wirksamer Vorsorge- und Behandlungsstrategien sowie spezifischer Weiterbildungen zu bewirken. Daneben soll aber auch das Bewusstsein der Öffentlichkeit für diese Erkrankung geschärft werden, um das Verständnis für diese Symptomatik auf breiter Ebene zu verstärken. Nicht zuletzt müssen auch die Krankenkassen auf das Vorkommen postpartal psychischer Störungen bei Vätern aufmerksam gemacht werden, um Vätern überhaupt einen Anspruch auf entsprechende Hilfsangebote und auf die Hebammenbetreuung gewährleisten zu können. Dadurch könnten die zusätzlich zur Mutter-Kind-Betreuung erbrachten Hebammenleistungen auch besser anerkannt und in der Gebührenverordnung berücksichtigt werden, was wiederum den Hebammenberuf attraktiver machen und dem derzeitigen Hebammenmangel entgegenwirken könnte.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical wellbeing*. San Francisco: Jossey-Bass Publ.
- AWMF. (2018). *Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS), Fragebogen und Auswertung*. Zugriff am 30.07.2021 unter https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/057_D_Diabetes_Ges/057-008a3_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-03.pdf
- Baumeister, E. (2019). *Postpartale Depression—Ein Aufgabenbereich der Hebammenbegleitung im Wochenbett? Ergebnisse einer Umfrage in Hamburg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen* (Unveröffentlichte Bachelorarbeit). Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg.
- Beck, C. T. (1995). Screening methods for postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 24(4), 308–312. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1995.tb02481.x>
- Beck, C. T., & Gable, R. K. (2001). Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nursing Research*, 50(3), 155-164.
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., & Dapunt, O. (1998). Deutschsprachige Fassung und Validierung der »Edinburgh postnatal depression scale«. *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 123(03), 35-40.
- Bergström, M. (2013). Depressive symptoms in new first-time fathers: associations with age, sociodemographic characteristics, and antenatal psychological well-being. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 40(1), 32–38. <https://doi.org/10.1111/birt.12026>
- Bischkopf, J., Wittmund, B., & Angermeyer, M. C. (2002). Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut*, 47(1), 11-15.
- Bishop, G., Wallace, M., & Ault, C. (2008). How to Prepare Men to Be Fathers. *International Journal of Childbirth Education*, 23(1), 4-7.
- Brakemeier, E.-L., Normann, C. & Berger, M. (2008). Atiopathogenese der unipolaren Depression. Neurobiologische und psychosoziale Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung*, 51(4), 379–391. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0505-x>
- Bundesgesetzblatt. (1985). *Gesetz über den Beruf der Hebamme und des Entbindungspflegers*. Zugriff am 01.06.2021 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27844131%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1
- Bundesgesetzblatt. (1987). *Neufassung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger*. Zugriff am 31.05.2021 unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/text.xav?SID=&tf=xaver.component.Text_0&toctf=&qmf=&hlf=xaver.component.Hitlist_0&bk=bgbl&start=%2F%2F%5B%40node_id%3D%27842882%27%5D&skin=pdf&tlevel=-2&nohist=1
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2020). *Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen vom 8. Januar 2020 (BGBl. I S. 39)*. Zugriff am 01.07.2020 unter <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2013). *Die erste Zeit zu dritt*. Zugriff am 31.05.2021 unter <https://www.paartherapie-saarland.de/media/1246/bzga-die-erste-zeit-zu-dritt.pdf>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2017). *Wochenbettbetreuung durch die Hebamme*. Zugriff am 26.05.2021 unter <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/nach-der-geburt/das-wochenbett/hebammen-nachsorge/>
- Buschmann, H. & Lange, U. (2018). Paternale Depression in der frühen Elternschaft. *Zeitschrift für Hebammenwissenschaft (Journal of Midwifery Science)*, 06(01), 21-22. <https://doi.org/10.3205/18dghwi11>

- Cameron, E. E., Sedov, I. D. & Tomfohr-Madsen, L. M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 189–203. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.044>
- Carlson, A. (2019). *Difference Between Paternal and Maternal*. Zugriff am 29.10.2020 unter <https://www.difference.wiki/paternal-vs-maternal/#:~:text=%20Key%20Differences%20%201%20The%20word%20%E2%80%9Cpaternal%E2%80%9D,flip%20side%20maternal%20chromosomes%20are%20considered...%20More%20>
- Cierpka, M. (2009). "Keiner fällt durchs Netz". Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik*, 34(2), 156-167.
- Class, Q. A., D'Onofrio, B. M., Singh, A. L., Ganiban, J. M., Spotts, E. L., Lichtenstein, P. et al. (2012). Current parental depression and offspring perceived self-competence: a quasi-experimental examination. *Behavior Genetics*, 42(5), 787–797. <https://doi.org/10.1007/s10519-012-9550-1>
- Cody, R. A. (2014). *Männer im Geburtsvorbereitungskurs. Stärkung der Rolle des werdenden Vaters unter der Geburt* (Unveröffentlichte Bachelorarbeit). Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/BJP.150.6.782>
- Cox, J. L., Henshaw, C. & Holden, J. (2014). *Perinatal mental health. The Edinburgh postnatal depression scale manual* (2nd ed.). London: RCPsych Publications. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=752903>
- Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L., & Clark, S. J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics*, 127(4), 612-618.
- Dennis, C.-L. & Allen, K. (2008). Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD006795. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006795.pub2>
- DGPPN et al. (Hrsg.) (2015). *S3-Leitlinien/Nationale Versorgungsleitlinien Unipolare Depression – Langfassung*. 2. Auflage. Version 5. Zugriff am 30.11.2020 unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf
- Depression. (2001). In *Der Brockhaus Psychologie. Fühlen, Denken und Verhalten verstehen* (Band 4, S. 102-105). Mannheim: Brockhaus.
- Deutscher Bundestag. (2019). *Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Hebammenausbildung und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch*. Zugriff am 29.05.2021 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Hebammenreformgesetz-Bundestag.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (2016a). *Beruf Hebamme*. Zugriff am 26.05.2021 unter https://www.hebammenverband.de/index.php?eID=tx_securedownloads&p=5410&u=0&g=0&t=1629881329&hash=6af3fb1db1271c12d0725af58467392f890be6d2&file=/fileadmin/user_upload/pdf/Beruf_Hebamme/DHV_Flyer_Beruf-Hebamme_web.pdf
- Deutscher Hebammenverband e.V. (2016b). *Was machen Hebammen?* Zugriff am 26.05.2021 unter <https://www.hebammenverband.de/beruf-hebamme/was-machen-hebammen/>
- Deutscher Hebammenverband e.V. (2020). *Familienhebammen/Frühe Hilfen*. Zugriff am 22.06.2020 unter <https://hebammenverband.de/familie/hebammenhilfe/familienhebammenfruehe-hilfen/>

- Diercks-Kroschke, S. (2011). *Postpartale posttraumatische und depressive Belastungen bei Müttern und Vätern in den ersten sechs Monaten nach Reifgeburt ihres Kindes. Eine Untersuchung in zwei Hamburger Geburtszentren* (Unveröffentlichte Dissertation). Medizinische Fakultät der Universität Hamburg.
- Dilling, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): klinisch-diagnostische Leitlinien* (10., überarb. Aufl. ; unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015). Bern: Hogrefe.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR* (8., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2016). Bern: Hogrefe.
- Dorn, A. & Mautner, C. (2018). Postpartale Depression. *Der Gynäkologe*, 51(2), 94–101. <https://doi.org/10.1007/s00129-017-4183-3>
- Dorsch, V. (2013) *Geburtserfahrung und postnatale Befindlichkeit von Vätern* (Unveröffentlichte Dissertation). Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.
- Dorsch, V. & Rohde, A. (2016). Postpartale psychische Störungen – Update 2016. *Frauenheilkunde up2date*, 10(04), 355–374. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112631>
- Dudenredaktion. (n.d.). perinatal. In *Duden Online*. Zugriff am 21.06.2021 unter <https://www.duden.de/node/155771/revision/155807>
- Dudenredaktion. (n.d.). postnatal. In *Duden Online*. Zugriff am 21.06.2021 unter <https://www.duden.de/node/156597/revision/156633>
- Dudenredaktion. (n.d.). pränatal. In *Duden Online*. Zugriff am 21.06.2021 unter <https://www.duden.de/node/156709/revision/156745>
- Edmondson, O. J. H., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E. & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 365–368. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.069>
- Eickhorst, A., Schweyer, D., Köhler, H., Jelen-Mauboussin, A., Kunz, E., Sidor, A. et al. (2010). Elterliche Feinfühligkeit bei Müttern und Vätern mit psychosozialen Belastungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* [Sensitivity of parents with psychosocial stress], 53(11), 1126–1133. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1143-7>
- Erhart, M., & von Stillfried, D. (2012). Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten–Teil 1 Prävalenz. *Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland*.
- Falkai, P. (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5* (2., korrigierte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics. And sex and drugs and rock 'n' roll* (MobileStudy, 4th edition). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage.
- Fthenakis, W. E. & Kalicki, B. (2000). Die "Gleichberechtigungsfalle" beim Übergang zur Elternschaft. In J. Maywald, B. Schön & B. Gottwald (Hrsg.), *Familien haben Zukunft* (S. 161-170). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Garstick, E. (2013). *Junge Väter in seelischen Krisen - Wege zur Stärkung der männlichen Identität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gawlik, S., Muller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., Sohn, C. et al. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of Women's Mental Health*, 17(1), 49–56. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0377-4>
- GKV-Spitzenverband. (2018a). *Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V*. Zugriff am 01.06.2021 unter https://ssltest.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._Hebammenhilfevertrag_09-2017.pdf

- GKV-Spitzenverband. (2018b). *Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V*. Zugriff am 01.06.2021 unter https://ssltest.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf
- GKV-Spitzenverband. (2018c). *Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V*. Zugriff am 01.06.2021 unter https://ssltest.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Anlage_1.3_Verguetungsverzeichnis_ab_01.01.19.pdf
- Glass, G. V., Peckham, P. D. & Sanders, J. R. (1972). Consequences of Failure to Meet Assumptions Underlying the Fixed Effects Analyses of Variance and Covariance. *Review of Educational Research*, 42(3), 237–288. <https://doi.org/10.3102/00346543042003237>
- Grube, M. (2011). Psychische Erkrankung und Vaterschaft. *Psychiatrische Praxis* [Fatherhood and mental illness], 38(1), 16–22. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265929>
- Gruber, J. & Grube, M. (2016). Geschlechtsspezifische Aspekte bei unipolarer Depression. *DNP - Der Neurologe und Psychiater*, 17(5), 49–58. <https://doi.org/10.1007/s15202-016-1047-y>
- Gürber, S. (2015). *Schutz- und Risikofaktoren für die Entstehung von postpartaler depressiver Symptomatik oder akuter Stressreaktion bei Müttern und Vätern* (Unveröffentlichte Dissertation). Universität Basel.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 91(2-3), 97-111.
- Hapke, U., Cohrdes, C. & Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring* 4(4):60-70. <https://doi.org/10.25646/6221>
- Harwell, M. R., Rubinstein, E. N., Hayes, W. S. & Olds, C. C. (1992). Summarizing Monte Carlo Results in Methodological Research: The One- and Two-Factor Fixed Effects ANOVA Cases. *Journal of Educational Statistics*, 17(4), 315–339. <https://doi.org/10.3102/10769986017004315>
- Helle, N., Barkmann, C., Bartz-Seel, J., Diehl, T., Ehrhardt, S., Hendel, A. et al. (2015). Very low birth-weight as a risk factor for postpartum depression four to six weeks postbirth in mothers and fathers: Cross-sectional results from a controlled multicentre cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 180, 154–161. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.001>
- Hintzpeter, B., Finger, J.D. & Allen, J. (2019). European Health Interview Survey (EHIS) 2 – Hintergrund und Studienmethodik. *Journal of Health Monitoring* 4(4):71–86.
- Hoffmann, L. (2016). *Peripartale Depressivität bei Vätern: Prävalenz, Korrelation und Einflussfaktoren* (Kurzfassung einer unveröffentlichten Dissertation). Medizinische Fakultät Heidelberg.
- Hübner-Liebermann, B., Hausner, H. & Wittmann, M. (2012). Recognizing and treating peripartum depression. *Deutsches Arzteblatt International*, 109(24), 419–424. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0419>
- Ingram, R. E. & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. In B. L. Hankin, & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- International Confederation of Midwives (ICM). (2017). *International Definition of the Midwife*. Zugriff am 01.06.2021 unter https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
- Jardri, R., Maron, M., Pelta, J., Thomas, P., Codaccioni, X., Goudemand, M. et al. (2010). Impact of midwives' training on postnatal depression screening in the first week post delivery: a quality improvement report. *Midwifery*, 26(6), 622–629. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.12.006>
- Kloß, M. (2015). Kein Risikofaktor für depressive Symptome oder Ängste. *InFo Neurologie & Psychiatrie*, 17(10), 25-26.
- Knüppel Lauener, S., & Imhof, L. (2013). Depressive Verstimmungen nach der Geburt. *Clic*, 78, 22-23.

- Kovess-Masféty, V., Alonso, J., Graaf, R. de & Demyttenaere, K. (2005). A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 50(14), 926–936. <https://doi.org/10.1177/070674370505001407>
- Kunz, E., Sidor, A., Eickhorst, A. & Cierpka, M. (2012). Zusammenhänge zwischen elterlicher depressiver Symptomatik, Stressbelastung und Kohärenzgefühl in Risikofamilien. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(4), 266–273. <https://doi.org/10.1007/s11553-012-0355-0>
- Lee, S. J., Taylor, C. A., & Bellamy, J. L. (2012). Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child abuse & neglect*, 36(5), 461-469.
- Lenhard, W. & Lenhard, A. (2016). *Berechnung von Effektstärken*. Zugriff am 28.06.2021 unter: <https://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>. Dettelbach: Psychometrica. DOI: 10.13140/RG.2.2.17823.92329
- Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Lieberz, K., Franz, M., & Schepank, H. (2011). *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf - Die Mannheimer Kohortenstudie. Ein 25-Jahres-Follow-up*. Berlin: Springer.
- Lippe, E. v. d. & Rattay, P. (2014). Seelische und körperliche Belastung von Müttern und Vätern in Deutschland. Ergebnisse der GEDA-Studie 2009 und 2010. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 93(1), 5-20.
- Lix, L. M., Keselman, J. C. & Keselman, H. J. (1996). Consequences of Assumption Violations Revisited: A Quantitative Review of Alternatives to the One-Way Analysis of Variance F Test. *Review of Educational Research*, 66(4), 579–619. <https://doi.org/10.3102/00346543066004579>
- Lüdin, C. (2014). *Leidenschaft Vaterschaft. Über die Bedeutung von bindungsfördernden Elementen der Emotionellen Ersten Hilfe (EEH) für Väter, als Basis der Eltern-Kind-Bindung* (Unveröffentlichte Abschlussarbeit). Zugriff am 02.08.2021 unter http://www.glueckliches-kind.de/wp-content/uploads/2017/03/Dr_med_Cyrl_Luedin_Leidenschaft_Vaterschaft_2014.pdf
- Madsen, S. A. & Juhl, T. (2007). Paternal depression in the postnatal period assessed with traditional and male depression scales. *The Journal of Men's Health & Gender*, 4(1), 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2006.10.017>
- Marinovic, M. & Seiffge-Krenke, I. (2016). Depressive Väter. *Psychotherapeut*, 61(6), 499–506. <https://doi.org/10.1007/s00278-016-0132-1>
- Matthey, S., Barnett, B., Kavanagh, D. J. & Howie, P. (2001). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for men, and comparison of item endorsement with their partners. *Journal of affective disorders*, 64(2-3), 175–184. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00236-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00236-6)
- Moretti, M. M., & Craig, S. G. (2013). Maternal versus paternal physical and emotional abuse, affect regulation and risk for depression from adolescence to early adulthood. *Child Abuse and Neglect*. 37, S. 4-13.
- Murray, L. (2016). Die Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter: Befunde der Cambridge-Längsschnittstudie. In K. H. Brisch, *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung* (S. 51-67). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nagel-Brotzler, A., Brönnner, J., Chrzonsz, E.M., Ballestrem, C.L. et al. (2005). Psychische Beschwerden in der Mutterschaft (Teil 2). *Hebammenforum* 7/2005, 508-511.
- Oddo, S. et al. (2008). Postpartale Depression: Ein interdisziplinärer Therapie- und Forschungsansatz. *Journal für Gynäkologische Endokrinologie*, 2(3), 11-18.
- O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama*, 303(19), 1961-1969.
- Paulson, J. F., Dauber, S. & Leiferman, J. A. (2006). Individual and combined effects of postpartum depression in mothers and fathers on parenting behavior. *Pediatrics*, 118(2), 659–668. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2948>

- Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. & Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 84–93. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x>
- Persson E. K. (2012). Väter sind wichtig. *Die praktizierende Hebamme*, 15(7), 28–31.
- Plattner, A. (Hrsg.). (2017). *Erziehungsfähigkeit psychisch kranker Eltern richtig einschätzen und fördern*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- QUESTIONSTAR. (2020). Stichprobenrechner: Umfang der Stichprobe einfach berechnen. Zugriff am 07.07.2021 unter <https://www.questionstar.de/blog/stichprobenrechner-umfang-der-stichprobe-einfach-berechnen/>
- Ramchandani, P., Stein, A., Evans, J. & O'Connor, T. G. (2005). Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *The Lancet*, 365(9478), 2201–2205. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66778-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66778-5)
- Ramchandani, P. G., O'Connor, T. G., Evans, J., Heron, J., Murray, L. & Stein, A. (2008). The effects of pre- and postnatal depression in fathers: a natural experiment comparing the effects of exposure to depression on offspring. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(10), 1069–1078. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02000.x>
- Reich, G. (2003). Depression und Paarbeziehung. *Psychotherapeut*, 48(1), 2–14. <https://doi.org/10.1007/s00278-002-0280-3>
- Renner, I. (2010). Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 53(10), 1048–1055. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1130-z>
- Retzbach, J. (2014). *Couvade-Syndrom: Wenn Männer schwanger sind*. Zugriff am 19.04.2021 unter <https://www.spektrum.de/news/couvade-syndrom-wenn-maenner-schwanger-sind/1316542>
- Riecher-Rössler, A. (2006). Was ist postpartale Depression? In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis* (S. 11-20). Wien: Springer-Verlag.
- Riecher-Rössler, A., & Fallahpour, M. H. (2003). Die Depression in der Postpartalzeit: eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *ARCHIVES SUISSES DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE*, 154(3), 106-115.
- Rohde, A. (2004). *Rund um die Geburt eines Kindes. Depressionen, Ängste und andere psychische Probleme; ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und ihr soziales Umfeld* (Rat & Hilfe, 1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf, M., Eickhorst, A., Doege, D. & Cierpka, M. (2015). Väter in den Frühen Hilfen—trotz Belastung Vertrauen in die eigenen Kompetenzen? *Kindheit und Entwicklung*, 24(2), 115–122. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000150>
- Salis, B. (2007). *Psychische Störungen im Wochenbett. Möglichkeiten der Hebammenkunst*. München, Jena: Urban & Fischer
- Schipper-Kochems, S., Fehm, T., Bizjak, G., Fleitmann, A. K., Balan, P., Hagenbeck, C. et al. (2019). Postpartum Depressive Disorder - Psychosomatic Aspects. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 79(4), 375–381. <https://doi.org/10.1055/a-0759-1981>
- Seehafer, P. & Franke, T. (2017). Hebammenhilfe auch für den Vater? *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 69(3), 42-43.
- Sethna, V., Murray, L. & Ramchandani, P. G. (2012). Depressed fathers' speech to their 3-month-old infants: a study of cognitive and mentalizing features in paternal speech. *Psychological Medicine*, 42(11), 2361–2371.
- Storey, A. E., Walsh, C. J., Quinton, R. L., & Wynne-Edwards, K. E. (2000). Hormonal correlates of paternal responsiveness in new and expectant fathers. *Evolution and human behavior: official journal of the Human Behavior and Evolution Society*, 21(2), 79–95.
- Stuart, S. & O'Hara, M. W. (1995). Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 52(1), 75–76. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950130075009>
- Surkan, P. J., Patel, S. A. & Rahman, A. (2016). Preventing infant and child morbidity and mortality due to maternal depression. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 36, 156–168. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.05.007>

- Trautmann-Villalba, P., Laucht, M. & Schmidt, M. H. (2003). Interaktion zwischen Kleinkindern und ihren Vätern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 151(6), 613–620. <https://doi.org/10.1007/s00112-003-0705-2>
- Veskrna, L. (2010). Peripartum depression—does it occur in fathers and does it matter?. *Journal of Men's Health*, 7(4), 420–430.
- Wee, K. Y., Skouteris, H., Pier, C., Richardson, B., & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante- and postnatal depression in fathers. A systemic review. *Journal of Affective Disorders*. 130, 358–377.
- Weigl, T. (2019). Psychische Auswirkungen der Frühgeburt auf die Eltern. *JuKiP - Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*, 08(01), 14–19. <https://doi.org/10.1055/a-0792-9139>
- Wendt, A. & Rohde, A. (2004). Rechtzeitige Erkennung postpartaler Depressionen in der gynäkologischen Praxis. Die Anwendung der Edinburgh Postnatal Depression Scale als Screening-Instrument In: V. Wollmann-Wohlleben, J. Knieling, A. Nagel-Brotzler & M. Neises (Hrsg.). *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 2003 der DGPF* (edition psychosozial, 1. Aufl., S. 295-301). Gießen, Lahn: Psychosozial-Verl. Haland & Wirth.
- WHO. (2020). *Definition einer Depression*. Zugriff am 27.10.2020 unter <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/pages/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition>
- Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J. & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of General Internal Medicine*, 12(7), 439–445. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>
- Wiencke, C. (2019). *Mütterliche und väterliche postpartale Depression – Einfluss auf die psychische Entwicklung des Kindes* (Unveröffentlichte Masterarbeit). Hochschule Neubrandenburg.
- Wieser, E., Richter-Schmiedinger, T., Glückler, C., Schmidt, A., Volkert, J., Reif, A. et al. (2016). Psychische Störung und Partnerschaft: Auswirkungen und Belastungen affektiver Störungen auf die Partnerschaft. *Psychiatrische Praxis*, 43(6), 305–311. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387588>
- Wilson, S. & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 167–180. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.007>
- Wirtz, M. (2019). *Vulnerabilitäts-Stress-Modell*. Zugriff am 01.12.2020 unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/vulnerabilitaets-stress-modell>
- Wortmann-Fleischer, S., Downing, G. & Hornstein, C. (2016). *Postpartale psychische Störungen. Ein interaktionszentrierter Therapieleitfaden* (Störungsspezifische Psychotherapie, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability--a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103–126. <https://doi.org/10.1037//0021-843X.86.2.103>

Anhang

Anhang A: EPDS-Fragebogen (entnommen von AWMF, 2018)

Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS)

Diabetes-Schwerpunkteinrichtung:	ID
	Name, Vorname
	Geb.Datum:
	Geb.-Datum des Kindes:

Vor wenigen Wochen ist ihr Kind geboren worden. Heute möchten wir gerne wissen, wie Sie sich fühlen. Bitte beurteilen Sie die Antworten zu den Fragen so, dass diese Ihr Gefühl in den letzten 7 Tagen beschreiben, nicht, wie Sie sich gerade heute fühlen.

Hier ist eine bereits beantwortete Beispielfrage:

Ich fühlte mich glücklich:

- Ja, die ganze Zeit
 Ja, die überwiegende Zeit
 Nein, nicht so oft
 Nein, überhaupt nicht
- Dies bedeutet: „**Ich habe mich in der vergangenen Woche die meiste Zeit glücklich gefühlt**“ Bitte beantworten Sie die 10 Fragen in der gleichen Weise. Vielen Dank!

In den letzten 7 Tagen:

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- Genauso oft wie früher
 Nicht ganz so oft wie früher
 Eher weniger als früher
 Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- So oft wie früher
 Eher weniger als früher
 Viel seltener als früher
 Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- Ja, sehr oft
 Ja, manchmal
 Nicht sehr oft
 Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- Nein, nie
 Ganz selten
 Ja, manchmal
 Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- Ja, ziemlich oft
 Ja, manchmal
 Nein, fast nie
 Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
 Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
 Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
 Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- Ja, fast immer
 Ja, manchmal
 Nein, nicht sehr oft
 Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- Ja, sehr oft
 Ja, ziemlich oft
 Nein, nicht sehr oft
 Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- Ja, sehr oft
 Ja, ziemlich oft
 Nur manchmal
 Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- Ja, oft
 Manchmal
 Selten
 Nein, nie

Score:

Edinburgh Depressions-Fragebogen nach der Geburt (EPDS)

Auswertung (Punktzahl steht vor der Antwort)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:

- 0 Genauso oft wie früher
 1 Nicht ganz so oft wie früher
 2 Eher weniger als früher
 3 Überhaupt nie

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:

- 0 So oft wie früher
 1 Eher weniger als früher
 2 Viel seltener als früher
 3 Fast gar nicht

3. Ich habe mich unberechtigterweise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:

- 3 Ja, sehr oft
 2 Ja, manchmal
 1 Nicht sehr oft
 0 Nein, nie

4. Ich war ängstlich und mache mir unnötige Sorgen:

- 0 Nein, nie
 1 Ganz selten
 2 Ja, manchmal
 3 Ja, sehr oft

5. Ich fühle mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:

- 3 Ja, ziemlich oft
 2 Ja, manchmal
 1 Nein, fast nie
 0 Nein, überhaupt nie

6. Mir ist alles zuviel geworden:

- 3 Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen
 2 Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht zu helfen
 1 Nein, ich wusste mir meistens zu helfen
 0 Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:

- 3 Ja, fast immer
 2 Ja, manchmal
 1 Nein, nicht sehr oft
 0 Nein, nie

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:

- 3 Ja, sehr oft
 2 Ja, ziemlich oft
 1 Nein, nicht sehr oft
 0 Nein, nie

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:

- 3 Ja, sehr oft
 2 Ja, ziemlich oft
 1 Nur manchmal
 0 Nein, nie

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:

- 3 Ja, oft
 2 Manchmal
 1 Selten
 0 Nein, nie

Beurteilung Gesamtpunktzahl (Score):

- 0-9 Wahrscheinlichkeit für Depression gering
 10-12 Wahrscheinlichkeit für Depression mäßig vorhanden
 ≥ 13 Wahrscheinlichkeit für Depression hoch

Besonderheit Frage 10

Mit dieser Frage können schnell Frauen identifiziert werden, die Selbstmordgedanken haben. Wurden hier überhaupt Punkte vergeben, muss genau nachgefragt werden, ob es sich um Selbstverletzungen, Lebensüberdruß oder richtige Selbstmordgedanken handelt.

Allgemein

Sind die depressiven Symptome weniger schwer oder weniger als 2 Wochen vorhanden, kann auch eine Anpassungsstörung, Minordepression oder Angststörung vorliegen. Ursächlich für depressive Symptome können auch Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung, Trauerreaktion, fehlende Unterstützung durch den Partner/die Familie oder soziale Isolierung sein, bitte daran denken.

Sozial erwünschte Beantwortung

Möglich bei einem Gesamt-Score von „0“. Im Zweifel nachfragen und genauer abklären.

Anhang B: Befragungsinstrument (Print-Version)



Postpartale Depression bei Vätern aus Hebammensicht

Sehr geehrte Hebammen,
in dieser repräsentativen Befragung wird ermittelt, wie Sie, die in der Wochenbettbetreuung tätigen Hebammen damit umgehen, wenn Sie bei den von Ihnen betreuten Männern eine Postpartale Depression oder psychosoziale Probleme wahrnehmen.

Sie stehen als Hebammen während der Schwangerschaft und im Wochenbett mit den betreuenden Familien in einem engen Kontakt und stellen für diese eine primäre Ansprechpartnerin bzw. einen primären Ansprechpartner dar. Daher möchten wir Sie gerne fragen, ob Sie in Ihrem Berufsalltag mit Vätern mit Postpartaler Depression konfrontiert sind, wie Sie in solchen Fällen vorgehen und welche Schwierigkeiten oder auch Perspektiven Sie dabei sehen.

Die Beantwortung des Fragebogens sollte unabhängig von den Umständen der derzeitigen Corona-Pandemie erfolgen und wird ca. 10 Minuten beanspruchen. Die Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich anonym und freiwillig und wir möchte Sie freundlichst darum bitten, daran teilzunehmen.

Korrekte und bedeutsame Aussagen über die Situation der Versorgung an Postpartaler Depression erkrankter Väter lassen sich nur treffen, wenn Sie alle sich an dieser Umfrage beteiligen. Bitte nehmen Sie sich daher die Zeit, den Fragebogen auszufüllen und abzusenden. Sobald wir die Studie abgeschlossen haben, senden wir Ihnen die Ergebnisse über den Hebammenverband zu.

Bei Fragen melden Sie sich gerne unter folgender Email-Adresse [REDACTED]

Wir bedanken uns schon im Voraus für Ihre Mitarbeit und freuen uns auf Ihre Antworten.

Linda Bellan (Rehabilitationspsychologin B.Sc.)

Prof. Dr. Mike Mösko

1. Fragen zu Ihrer Person

Geschlecht

- männlich
- weiblich
- divers

Alter (in Jahren)

Dauer der Berufstätigkeit (in Jahren)

Grundqualifikation

- erworben durch eine Ausbildung
- erworben durch ein Studium

Zusatzqualifikationen

- nein
- ja, und zwar:

2. Fragen zu Ihrem Arbeitsfeld

Beruflicher Status

- angestellt in einem Krankenhaus
- angestellt in einem Geburtshaus
- angestellt in einer Frauenarztpraxis
- freiberuflich tätig
- Sonstiges:

Art der Tätigkeit (Mehrfachantworten möglich)

- Schwangerenvorsorge
- Hilfe bei Schwangerschaftsproblemen
- Geburtshilfe
- Wochenbettbetreuung
- Kurse
- Sonstiges:

Einzugsgebiet

- eher städtisch
- eher ländlich
- beides

Anzahl der betreuten Wöchnerinnen pro Jahr (geschätzt)

 Frauen

Anzahl der mitbetreuten Männer pro Jahr (geschätzt)

 Männer

3. Fragen zum Umgang mit Vätern bei Verdacht auf psychosoziale Belastungen

Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Väter mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen in Ihrer Betreuung? (in Prozent)

 %

Wie erfahren Sie von der Belastungssituation? (Mehrfachantwort möglich)

- im Gespräch, und zwar gezielt erfragt
- im Gespräch, und zwar zufällig, bzw. wenn es der Mann selbst anspricht
- mittels Fragebogen, und zwar routinemäßig
- mittels Fragebogen, und zwar bei Bedarf
- durch Hinweise einer dritten Person (z.B. Angehörige)
- Sonstiges:

Welche Belastungen ergeben sich bei den von Ihnen betreuten Vätern?

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
durch eine ungewollte Schwangerschaft					
durch Konflikte in der Partnerschaft					
bei der Alltagsbewältigung (z.B. als Alleinerziehender)					
aufgrund geringer sozialer Unterstützung					
aufgrund von finanziellen Problemen durch Arbeitslosigkeit oder Schulden					
aufgrund einer schlechten Wohnsituation					
aufgrund eigener psychischer Probleme oder eigener Suchterkrankung					
aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung der Partnerin					
aufgrund des Geburtserlebnisses					
durch die neue Rolle als Vater					
durch komplexe Familienstrukturen (z.B. Patchwork- oder Großfamilien)					

Gibt es weitere Belastungen, die sich bei den von Ihnen betreuten Vätern häufig ergeben?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein:

Gehört es aus Ihrer Sicht zu Ihrem Zuständigkeits-/Aufgabenbereich, psychosoziale Belastungen bei den von Ihnen betreuten Vätern zu erkennen? (Die Begründung Ihrer Antwort ist möglich)

- ja, auf jeden Fall
- eher ja
- eher nein
- nein, auf keinen Fall

Begründung:

4. Fragen zum Umgang mit Vätern mit Postpartaler Depression (1/2)

Eine **Postpartale Depression** (umgangssprachlich: **Wochenbettdepression**) tritt meist in einem Zeitraum von 4-6 Wochen nach der Geburt eines Kindes auf. Das klinische Bild ist von einer depressiven Episode in anderen Lebensabschnitten kaum zu unterscheiden, allerdings kommen thematisch Symptome mit Bezug zur Mutterschaft bzw. Vaterschaft hinzu.

Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Männer mit Postpartaler Depression in Ihrer Betreuung? (in Prozent)
 %

Wie nehmen Sie die Postpartale Depression wahr? (Mehrfachantwort möglich)

- im Gespräch, und zwar gezielt erfragt
- im Gespräch, und zwar zufällig, bzw. wenn es der Mann selbst anspricht
- mittels Fragebogen, und zwar routinemäßig
- mittels Fragebogen, und zwar bei Bedarf
- durch Hinweise einer dritten Person (z.B. Angehörige)
- durch Verhaltensbeobachtungen
- durch die Überleitung der Familie durch z.B. Kolleg*innen oder Beratungsstellen
- gar nicht
- Sonstiges:

Wie häufig nehmen Sie bei den betroffenen Männern folgende Symptome wahr?

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
anhaltende depressive Verstimmung und Traurigkeit					
Verlust an Freude und Interesse (insbesondere am Baby)					
verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit					
Gefühle der Wertlosigkeit					
unbegründete Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle					
wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid					
Konzentrationsstörungen, Entscheidungsunfähigkeit					
psychomotorische Unruhe					
Schlafstörungen					
Appetitverlust oder Appetitsteigerung mit Gewichtsveränderung					

Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wenn Sie einen von Ihnen betreuten Vater auf diese psychische Erkrankung ansprechen? (Die Begründung Ihrer Antwort ist möglich)

- sehr positive Erfahrungen
- eher positive Erfahrungen
- neutrale Erfahrungen
- eher negative Erfahrungen
- sehr negative Erfahrungen
- keine Erfahrungen

 Begründung:

5. Fragen zum Umgang mit Vätern mit Postpartaler Depression (2/2)

Was unternehmen Sie, wenn Sie bei einem Mann eine Postpartale Depression wahrnehmen? (Mehrfachantwort möglich)

- Vermittlung an den Hausarzt/die Hausärztin
- Vermittlung an Beratungsstellen
- Vermittlung an eine Klinik/Ambulanz
- Vermittlung an einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin
- Beratung des Mannes
- Intensivierung des Hebammenkontaktes
- Aktivierung von Ressourcen
- Sonstiges:

Welche Erfahrungen haben Sie gemacht, wenn Sie den betroffenen Männern eines dieser Hilfsangebote unterbreitet haben?

	eher positive Erfahrungen	neutrale Erfahrungen	eher negative Erfahrungen	keine Erfahrungen
Hausarzt/Hausärztin				
Beratungsstelle				
Klinik/Ambulanz				
Therapeut*in				

Gehört es aus Ihrer Sicht zu Ihrem Zuständigkeits-/Aufgabenbereich, eine Postpartale Depression bei den von Ihnen betreuten *FRAUEN* zu erkennen? (Die Begründung Ihrer Antwort ist möglich)

- ja, auf jeden Fall
- eher ja
- eher nein
- nein, auf keinen Fall
- weiß nicht

Begründung:

Gehört es aus Ihrer Sicht zu Ihrem Zuständigkeits-/Aufgabenbereich, eine Postpartale Depression bei den von Ihnen betreuten *MÄNNERN* zu erkennen? (Die Begründung Ihrer Antwort ist möglich)

- ja, auf jeden Fall
- eher ja
- eher nein
- nein, auf keinen Fall
- weiß nicht

Begründung:

6. EPDS-Fragebogen

Die Abgrenzung einer Postpartalen Depression von dem, was zu den "normalen" Reaktionen nach einer Entbindung zählt, ist besonders für Patient*innen und Angehörige, aber auch für die betreuenden Hebammen, Haus- oder Fachärzt*innen nicht immer einfach.

Daher gibt es verschiedene Instrumente, um eine Postpartale Depression systematisch zu diagnostizieren. Der **Edinburgh Postpartal Depression Scale, kurz EPDS** (vgl. Bergant et al., 1998), ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen mit 10 Fragen zur Risikoeinschätzung einer Depression sechs Wochen nach der Geburt bei Müttern und Vätern.

Können Sie sich vorstellen, den Kurzfragebogen EPDS bei den von Ihnen betreuten FRAUEN routinemäßig einzusetzen?

- ja, auf jeden Fall
- vielleicht
- eher nicht
- auf keinen Fall
- das mache ich bereits

Können Sie sich vorstellen, den Kurzfragebogen EPDS bei den von Ihnen mitbetreuten MÄNNERN routinemäßig einzusetzen?

- ja, auf jeden Fall
- vielleicht
- eher nicht
- auf keinen Fall
- das mache ich bereits

Verwenden Sie zur Feststellung einer Postpartalen Depression bei VÄTERN andere (diagnostische) Fragebögen?

- ja, und zwar Folgende(n) routinemäßig:
- ja, und zwar Folgende(n) bei Bedarf:
- nein

7. Fragen zur psychosozialen Versorgung für Väter mit Belastungen oder Postpartaler Depression

Welche systembezogenen Aspekte erschweren aus Ihrer Sicht die Beratung bzw. Weitervermittlung der von Ihnen betreuten Männer?

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
die zur Verfügung stehende Zeit					
die geringe Vergütung der Beratung					
die fehlende Erstattung durch die Krankenkasse					
das Fehlen effektiver Behandlungs-/Betreuungsmöglichkeiten					
die Kooperation (z.B. mit Beratungsstellen, Therapeut*innen, Krankenkassen, etc.)					
die eigene Ausbildung zu diesem Thema					

Welche personenbezogenen Aspekte erschweren aus Ihrer Sicht die Beratung bzw. Weitervermittlung der von Ihnen betreuten Männer?

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
Ablehnen/Nichtinanspruchnahme der vermittelten Kontakte durch den Betreuten					
fehlende Akzeptanz der Diagnose durch den Mann oder seiner Partnerin					
andere (z.B. somatische) Probleme des Vaters stehen im Vordergrund					
das eigene Gefühl, für diese Themen nicht genügend Kompetenzen zu besitzen					

Halten Sie es für notwendig, die Versorgungssituation für (werdende) Väter mit psychosozialen Belastungen und/oder Postpartaler Depression zu verbessern?
 ja, weil:

 nein, weil:

Was wäre hilfreich, um die Versorgungssituation für Väter mit psychosozialen Belastungen und/oder Postpartaler Depression zu verbessern?

	überhaupt nicht hilfreich	etwas hilfreich	relativ hilfreich	sehr hilfreich
Teilnahme an spezifischen Fortbildungen				
systematisches Nachfragen nach Symptomen Postpartaler Depression oder psychosozialer Belastungen				
enge Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen, Familienhebammen, Ärzt*innen etc.				
Erstattung der gezielten Beratung durch die Krankenkasse				
Nutzung einer Familienhebammenzentrale zum kollegialen Austausch				

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir möchten uns ganz herzlich für Ihre Mithilfe bedanken.

Linda Bellan

Prof. Dr. Mike Mösko

Bei weiteren Fragen oder Anregungen, melden Sie sich gerne bei mir: Linda Bellan [REDACTED]

Anhang C: Tabellen

Tabelle 1A

Korrelationen zwischen der Berufserfahrung der Hebammen, dem Anteil der wahrgenommenen psychosozial belasteten Väter und dem Anteil der wahrgenommenen Väter mit postpartaler Depression

Korrelationen			Geschätzter Anteil der Väter mit psy- chosozialen, finenzi- ellen oder psychi- schen Belastungen			Geschätzter An- teil der Männer mit postpartaler Depression
Spearman- Rho	Dauer der Berufstätigkeit	Korrelations- koeffizient	Dauer der	-	,	,
			Berufs- tätigkeit			
		Sig. (2-seitig)	.			
		N	26			26
	Geschätzter Anteil der Väter mit psycho- sozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen	Korrelations- koeffizient	-,080			,630**
		Sig. (2-seitig)	,696			,001
		N	26			26
	Geschätzter Anteil der Männer mit postpartaler Depression	Korrelations- koeffizient	,197			,630**
		Sig. (2-seitig)	,334			,001
		N	26			26

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 2A

Deskriptive Angaben zu den psychosozialen Belastungen der Männer; n=26

Belastungen	N		Mittel- wert	Std.-Ab- weichung	Mini- mum	Maxi- mum
	Gültig	Fehlend				
Durch eine ungewollte Schwangerschaft	26	0	2,69	0,736	1	4
Durch Konflikte in der Partnerschaft	26	0	3,35	0,977	1	5
Bei der Alltagsbewältigung (z.B. als Al- leinerziehender)	26	0	2,23	1,177	1	5
Aufgrund geringer sozialer Unterstützung	26	0	3,12	0,993	1	5
Aufgrund von finanziellen Problemen durch Arbeitslosigkeit oder Schulden	26	0	2,96	0,916	1	4
Aufgrund einer schlechten Wohnsituation	26	0	2,69	0,838	1	5
Aufgrund eigener psychischer Probleme oder eigener Suchterkrankung	26	0	2,81	0,981	1	5
Aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung der Partnerin	26	0	2,81	0,981	1	4
Aufgrund des Geburtserlebnisses	26	0	3,00	0,938	2	5
Durch die neue Rolle als Vater	26	0	3,77	0,815	2	5
Durch komplexe Familienstrukturen (z.B. Patchwork- oder Großfamilien)	26	0	2,77	0,863	1	5
Skalenmittelwert psychosozialer Belastungen	26	0	2,9266	0,48788	2,27	3,91

Tabelle 3A

Sonstige Belastungen der Männer; n=8; Freitext

Freitextantworten der Hebammen
Belastungen durch einen hohen gesellschaftlichen Anspruch und Erwartungen der Väter
Bindungsproblematik-störungen (Interaktionsschwierigkeiten im Umgang mit dem Kind) Kontaktverlust zu "alten" Freunden
Falsche Erwartungen
Falsche Erwartungen über das Leben mit einem und die Bedürfnisse eines Neugeborenen und dadurch Frustrationen und Überforderung.
Gesellschaftliches Rollenbild als starr empfunden, möchten involviert sein, wissen nicht konkret wie, nach stationärem Aufenthalt von Frau und Kind ohne Besuchsmöglichkeit: Väter empfinden, dass Partnerin großen Vorsprung bezüglich Babypflege (z.B. An-/Ausziehen, Windel wechseln) hat und teilweise empfinden sie so ihre Chance involviert zu sein als bereits verpasst.
Nein
Psychosoziale Belastungen auf Grund von Großfamilien (mehrere Kinder im Haushalt)
Schlafmangel vermeintliche private Einschränkungen (weniger Zeit für Hobbys) da weniger Zeit für sich selbst (aufgrund Unterstützung der Partnerin, Kümmeren um den Nachwuchs) Doppelbelastung Arbeit und Zeit für die Familie haben

Tabelle 4A

Lineare Regression zur Vorhersage des Anteils der Väter mit PPD durch den Anteil der Väter mit psychosozialen Belastungen; Koeffizienten

Modell		Koeffizienten ^a				Sig.
		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
		Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	
1	(Konstante)	2,246	2,323		,967	,343
	Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Väter mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen in Ihrer Betreuung? (in Prozent)	,223	,073	,527	3,040	,006

a. Abhängige Variable: Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Männer mit Postpartaler Depression in Ihrer Betreuung? (in Prozent)

Tabelle 5A

Lineare Regression zur Vorhersage des Anteils der Väter mit PPD durch den Anteil der Väter mit psychosozialen Belastungen; Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des
				Schätzers
1	,527 ^a	,278	,248	7,301

a. Einflussvariablen: (Konstante), Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Väter mit psychosozialen, finanziellen oder psychischen Belastungen in Ihrer Betreuung? (in Prozent)

Tabelle 6A

Korrelation zwischen dem Skalenmittelwert der wahrgenommenen psychosozialen Belastungen und dem Skalenmittelwert der wahrgenommenen PPD-Symptomatik

		Korrelationen		
			Skalenmittelwert psychosozialer Belastungen	Skalenmittelwert PPD-Symptome
Spearman-Rho	Skalenmittelwert psychosozialer Belastungen	Korrelationskoeffizient	1,000	,624**
		Sig. (2-seitig)	.	,001
		N	26	26
	Skalenmittelwert PPD-Symptome	Korrelationskoeffizient	,624**	1,000
		Sig. (2-seitig)	,001	.
		N	26	26

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 7A

Lineare Regression zur Vorhersage einer PPD-Symptomatik bei Vätern durch psychosoziale Belastungen (insgesamt); Koeffizienten

		Koeffizienten ^a				
		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		
Modell	Regressions-	Koeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.
1	(Konstante)	,453	,604		,750	,461
	Skalenmittelwert psychosozialer Belastungen	,777	,204	,615	3,817	,001

a. Abhängige Variable: Skalenmittelwert PPD-Symptome

Tabelle 8A

Lineare Regression zur Vorhersage einer PPD-Symptomatik bei Vätern durch psychosoziale Belastungen (insgesamt); Modellzusammenfassung

Modellzusammenfassung				Standardfehler des
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Schätzers
1	,615 ^a	,378	,352	,49657

a. Einflussvariablen: (Konstante), Skalenmittelwert psychosozialer Belastungen

Tabelle 9A

Lineare Regression zur Vorhersage einer PPD-Symptomatik bei Vätern durch die einzelnen psychosozialen Belastungen; Koeffizienten

Modell		Koeffizienten ^a				
		Nicht standardisierte Koeffizienten			Standardisierte Koeffizienten	
		Regressions- koeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.
1	(Konstante)	,608	,650		,935	,366
	Durch eine ungewollte Schwangerschaft	-,252	,224	-,301	-1,124	,280
	Durch Konflikte in der Partnerschaft	,068	,150	,107	,450	,659
	Bei der Alltagsbewältigung (z.B. als Alleinerziehender)	,163	,144	,310	1,133	,276
	Aufgrund geringer sozialer Unterstützung	-,023	,202	-,036	-,112	,913
	Aufgrund von finanziellen Problemen durch Arbeitslosigkeit oder Schulden	,428	,199	,636	2,147	,050
	Aufgrund einer schlechten Wohnsituation	,278	,260	,378	1,070	,303
	aufgrund eigener psychischer Probleme oder eigener Suchterkrankung	,042	,140	,067	,298	,770
	Aufgrund psychischer Probleme oder einer Suchterkrankung der Partnerin	-,328	,166	-,522	-1,979	,068
	Aufgrund des Geburtserlebnisses	,365	,182	,555	2,004	,065
	Durch die neue Rolle als Vater	,054	,179	,071	,302	,767
	Durch komplexe Familienstrukturen (z.B. Patchwork- oder Großfamilien)	-,085	,167	-,118	-,508	,619

a. Abhängige Variable: Skalenmittelwert PPD-Symptome

Tabelle 10A
 Deskriptive Angaben zu den PPD-Symptomen der Männer; n=26

PPD-Symptome	N		Mittelwert	Std.-Abweichung	Minimum	Maximum
	Gültig	Fehlend				
Anhaltende depressive Verstimmung und Traurigkeit	26	0	2,54	0,761	1	4
Verlust an Freude und Interesse (insbesondere am Baby)	26	0	3,15	0,925	2	5
Verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit	26	0	3,31	0,928	1	5
Gefühle der Wertlosigkeit	26	0	3,04	0,999	1	5
Unbegründete Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle	26	0	2,81	1,021	1	5
Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid	26	0	1,38	0,571	1	3
Konzentrationsstörungen, Entscheidungsunfähigkeit	26	0	2,77	0,863	1	4
Psychomotorische Unruhe	26	0	2,88	1,033	1	5
Schlafstörungen	26	0	3,38	1,134	1	5
Appetitverlust oder Appetitsteigerung mit Gewichtsveränderung	26	0	2,00	0,938	1	4
Skalenmittelwert PPD-Symptomatik	26	0	2,7269	0,61680	1,70	3,70

Tabelle 11A
 Begründungen der Hebammen für/gegen ein Zuständigkeitsgefühl, PPD zu erkennen; n=6; Freitext

Zuständigkeitsgefühl	Freitextantworten der Hebammen bzgl. Frauen
Ja, auf jeden Fall	Als Hebamme ist man eine wichtige Ansprechpartnerin für die Frauen. Ich sehe es als Teil der Wochenbettbetreuung an.
Ja, auf jeden Fall	Mutter-Kind-Bindung nicht optimal bei PPD
Zuständigkeitsgefühl	Freitextantworten der Hebammen bzgl. Männer
Eher ja	Aber gerade in der Corona-Pandemie ist es sehr schwer, da die Hygienevorschriften vorgeben, dass bei Hausbesuchen nur Mutter und Kind im Zimmer sein sollen. Und auch über den Online-Kontakt ist die Einschätzung nicht so einfach.
Eher ja	Die Männer sind seltener bei den Hausbesuchen anwesend (Arbeit, anderweitig beschäftigt). In den Hygienekonzepten der Wochenbettbetreuung in Coronazeiten SOLLTEN "eigentlich" nur Frau und Baby im Zimmer anwesend sein...
Eher nein	Ich kann nur Symptome wahrnehmen und beratend ansprechen
Eher ja	Väterliche Depressionen können sich auf die kindliche Entwicklung, die Psyche der Mutter und insgesamt auf die ganze Familie auswirken und negativ beeinflussen.

Tabelle 12A

Korrelationen zwischen dem Zuständigkeitsgefühl, eine PPD bei Frauen bzw. bei Männern zu erkennen und der Bereitschaft, die EPDS bei Frauen bzw. Männern einzusetzen

		Korrelationen				
			Zuständigkeitsgefühl, PPD bei Männern zu erkennen		Zuständigkeitsgefühl, PPD bei Frauen zu erkennen	
			Einsatz EPDS bei Männern	Einsatz EPDS bei Frauen		
Spearman-Rho	Zuständigkeitsgefühl, PPD bei Männern zu erkennen	Korrelationskoeffizient	1,000	,259	,212	-,205
		Sig. (2-seitig)	.	,201	,299	,314
		N	26	26	26	26
	Einsatz EPDS bei Männern	Korrelationskoeffizient	,259	1,000	,165	,406*
		Sig. (2-seitig)	,201	.	,420	,040
		N	26	26	26	26
	Zuständigkeitsgefühl, PPD bei Frauen zu erkennen	Korrelationskoeffizient	,212	,165	1,000	-,266
		Sig. (2-seitig)	,299	,420	.	,190
		N	26	26	26	26
	Einsatz EPDS bei Frauen	Korrelationskoeffizient	-,205	,406*	-,266	1,000
		Sig. (2-seitig)	,314	,040	,190	.
		N	26	26	26	26

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 13A

Deskriptive Angaben zu den erschwerenden Aspekten in der Versorgung von Vätern; n=26

Erschwerende Faktoren	N		Mittelwert	Std.-Abweichung	Minimum	Maximum
	Gültig	Fehlend				
Systembezogene Faktoren (Skalenmittelwert)	26	0	3,6218	0,79939	1,00	4,67
Die zur Verfügung stehende Zeit	26	0	4,00	1,020	1	5
Die geringe Vergütung der Beratung	26	0	3,69	1,320	1	5
Die fehlende Erstattung durch die Krankenkasse	26	0	3,58	1,362	1	5
Das Fehlen effektiver Behandlungsmöglichkeiten/Betreuungsmöglichkeiten	26	0	3,88	1,033	1	5
Die Kooperation (z.B. mit Beratungsstellen, Therapeut*innen, Krankenkassen, etc.)	26	0	3,27	0,962	1	5
Die eigene Ausbildung zu diesem Thema	26	0	3,31	1,011	1	5
Personenbezogene Faktoren (Skalenmittelwert)	26	0	2,7596	0,54991	1,50	3,50
Ablehnen/Nichtinanspruchnahme der vermittelten Kontakte durch den Betreuten	26	0	2,92	0,845	1	5
Fehlende Akzeptanz der Diagnose durch den Mann oder seine Partnerin	26	0	2,77	0,951	1	5
Andere (z.B. somatische) Probleme des Vaters stehen im Vordergrund	26	0	2,62	0,941	1	4
Das eigene Gefühl, für diese Themen nicht genügend Kompetenzen zu besitzen	26	0	2,73	1,041	1	5

Tabelle 14A

Deskriptive Angaben zum Verbesserungspotenzial der Hebammenbetreuung für Vätern; n=26

Verbesserungsmöglichkeiten	N		Mittelwert	Std.-Abweichung	Minimum	Maximum
	Gültig	Fehlend				
Teilnahmen an spezifischen Fortbildungen	26	0	3,23	0,765	2	4
Systematisches Nachfragen nach PPD-Symptomen oder psychosozialen Belastungen	26	0	2,88	0,864	1	4
Enge Zusammenarbeit mit Kliniken, Beratungsstellen, Frühen Hilfen, Familienhebammen, Ärzt*innen etc.	26	0	3,38	0,697	2	4
Erstattung der gezielten Beratung durch die Krankenkasse	26	0	3,46	0,761	2	4
Nutzung einer Familienhebamme zum kollegialen Austausch	26	0	2,65	0,977	1	4

Tabelle 15A

Übersicht aller relevanten Subgruppenunterschiede mittels T-Tests

Unterschied	Gruppen	N	Mittelwert	Standardabweichung	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz		Effektstärke
									Unterer Wert	Oberer Wert	
Eigene psychische Probleme oder eigene Suchterkrankung als Belastung der Väter	Mit Ausbildung	24	2,92	0,929	2,091	24	0,047	1,417	0,019	2,815	-1,542
	Mit Studium	2	1,50	0,707							
Wiederkehrende Gedanken an Tod oder Suizid als PPD-Symptom der Väter	Mit Ausbildung	24	1,42	0,584	3,498	23,0	0,002	0,417	0,170	0,663	-0,735
	Mit Studium	2	1,00	0,000							
Bereitschaft, die EPDS bei Frauen einzusetzen	Mit Ausbildung	24	2,333	1,049	-3,112	23,0	0,005	-0,667	-1,11	-0,224	0,65
	Mit Studium	2	3,000	0,000							
Zuständigkeitsgefühl, PPD bei Frauen zu entdecken	Keine Familienheb.	20	1,200	0,410	2,179	19	0,042	0,200	0,008	0,392	-0,548
	Familienhebamme	6	1,000	0,000							
Zuständigkeitsgefühl, PPD bei Vätern zu entdecken	Keine Familienheb.	20	2,550	1,27630	-2,258	24	0,033	-1,283	-2,456	-0,110	1,051
	Familienhebamme	6	3,8333	0,98319							
Die eigene Ausbildung zu diesem Thema (systembezog. erschwer. Faktor)	Keine Familienheb.	20	3,45	1,099	2,077	22,45	0,049	0,617	0,002	1,232	-0,623
	Familienhebamme	6	2,83	0,408							
Ablehnen der vermittelten Kontakte (personenbezog. erschwer. Faktor)	Keine Familienheb.	20	2,70	0,733	-2,766	24	0,011	-0,967	-1,688	-0,245	1,292
	Familienhebamme	6	3,67	0,816							
Psychische Probleme oder Suchterkrankung der Partnerin als Belastung der Väter	Freiberuflich tätig	17	2,76	1,091	-2,889	16,0	0,011	-0,765	-1,326	-0,204	-0,739
	Angestellt in einem Krankenhaus	3	2,00	0,000							

Tabelle 16A

Übersicht aller relevanten Subgruppenunterschiede mittels einfaktorieller ANOVA

Unterschied	ANOVA						Post-hoc-Tests nach Hochberg						
	Zwischen den Gruppen	QS	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.	(I) Einzugs- gebiet	(J) Einzugs- gebiet	Mittelwert- differenz (I-J)	Std.- Fehler	Sig.	95% Konfidenzintervall	
												Untergrenze	Obergrenze
Psychomotorische Unruhe als PPD-Symptom der Väter	Zwischen den Gruppen	8,94	2	4,469	5,801	0,009	Eher städtisch	Eher ländlich	0,383	0,467	0,797	-0,82	1,58
								Beides	-1,083*	0,387	0,030	-2,08	-0,09
	Inner- halb der Gruppen	17,72	23	0,770			Eher ländlich	Eher städtisch	-0,383	0,467	0,797	-1,58	0,82
								Beides	-1,467*	0,490	0,019	-2,72	-0,21
	Gesamt	26,65	25				Beides	Eher städtisch	1,083*	0,387	0,030	0,09	2,08
								Eher ländlich	1,467*	0,490	0,019	0,21	2,72
Appetitverlust oder -steigerung mit Gewichtsveränderung als PPD-Symptom der Väter	Zwischen den Gruppen	6,13	2	3,067	4,445	0,023	Eher städtisch	Eher ländlich	0,067	0,442	0,998	-1,07	1,20
								Beides	-1,000*	0,366	0,035	-1,94	-0,06
	Inner- halb der Gruppen	15,87	23	0,690			Eher ländlich	Eher städtisch	-0,067	0,442	0,998	-1,20	1,07
								Beides	-1,067	0,463	0,087	-2,26	0,12
	Gesamt	22,0	25				Beides	Eher städtisch	1,000*	0,366	0,035	0,06	1,94
								Eher ländlich	1,067	0,463	0,087	-0,12	2,26

* Die Mittelwertdifferenz ist in Stufe 0.05 signifikant.

Anhang D: Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Linda Bellan, an Eides statt, dass ich die vorliegende Master-Thesis eigenständig verfasst und keine fremde Hilfe in Anspruch genommen habe. Des Weiteren wurden keine anderen Quellen und Hilfsmittel als in dieser Arbeit angegeben verwendet. Alle sinngemäß oder wörtlich übernommenen Textstellen aus den angegebenen Quellen habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Halberstadt, 20.08.2021

Ort, Datum

Linda Bellan

Unterschrift