LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

LVR-Klinikverbund

Qualität für Menschen

Unterschätze Belastungen: Postpartale Erkrankungen sichtbar machen

Workshop 6
74. Gütersloher Fortbildungstage 2026

Gütersloh, 14.10.2026

Dr. Sara Statucki
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Leiterin der Spezialambulanz für psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit
am LVR Klinikum Düsseldorf

Fallbeispiel 1
Fr. H., 36 Jahre

Aus der Notaufnahmedokumentation:
„Sie habe letzten Di (heute So) ihr zweites Kind per Kaiserschnitt zur Welt gebracht. Seitdem schrecke sie mehrmals nachts mit einem Erstickungsgefühl auf, habe nun nachts richtig Panikgefühle dadurch. Zudem schlafe sie effektiv nur noch 1-2 h pro Nacht, habe dann so starke Tagesmüdigkeit, dass sie fast im Sitzen einnicke. Wegen den Kindern schlafe der Mann derzeit nicht bei ihr im selben Bett, er habe deshalb keine Beobachtung von außen, was dann jeweils geschieht. Er wisse aber, dass seine Frau gelegentlich schnarche."

Psychopathologischer Befund: Wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten voll orientiert. Konzentration und Aufmerksamkeit leicht- bis mittelgradig reduziert. Im Kontakt freundlich, offen. Formalgedanklich geordnet. Inhaltlich kein Wahn. Keine Wahrnehmungsstörungen. Keine Ich-Störungen. Affekt gequält, leidend, verzweifelt. Antrieb normal. Psychomotorisch ruhig. Psychovegetativ Tagesmüdigkeit, imperativer Schafdrang. Keine Eigen- oder Fremdgefährdung

Diagnose?

Psychiatrische Diagnosen: G47.31 Obstruktives Schlafapnoesyndrom
Procedere: Es erfolgt Psychoedukation bzgl. Schlafapnoesyndrom.
Empfehlung: Vorstellung beim Hausarzt und Überweisung an ein Schlaflabor.

Häufigkeiten von peri- und postpartalen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen in der Schwangerschaft und Stillzeit sind keine Seltenheit:

- bis zu 20 % der Schwangeren leiden unter depressiven Symptomen
- bis zu 50-85 % erleben einen „Baby Blues“
- bis 10-20 % leiden unter einer postpartalen Depression
- bis zu 8-18 % leiden unter postpartalen Angststörungen
- bis zu 8-16 % leiden unter Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)
- bis zu 5 % leiden unter postpartalen Zwangsstörungen
- bis zu 0,1-0,2 % leiden unter einer postpartalen Psychose
- aber auch bis zu 10% der Väter weisen Symptome einer postpartalen Depression auf

Konkrete Zahlen

Bei knapp 677.000 Geburten 2024 und etwa 654.000 Geburten 2025 in Deutschland bedeutet dies allein für den Bereich der postpartalen Depression 130-135.000 Betroffene.

Was hält Betroffene davon ab sich Hilfe zu suchen?

- Wunsch die Symptome eigenständig bewältigen zu können
- Angst vor Stigmatisierung da psychische Erkrankungen weiterhin mit vielen Vorurteilen verknüpft werden
- Eingeschränkte Verfügbarkeit von therapeutischen Angeboten
- Fehlende Zeit im Alltag (mit einem Neugeborenen)
- Mangelnde Unterstützung von Partner und Familie

Rezidivrisiko

Die psychische Stabilität in der Schwangerschaft stellt einen Prädiktor für die psychische Stabilität nach der Entbindung dar.

Psychisch vorerkrankte Frauen haben dabei neben einem erhöhten Rezidivrisiko für die jeweilige Erkrankung auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer postpartalen Depression.

Es kann daher nicht, wie früher angenommen, ein protektiver Effekt einer Schwangerschaft für vorbestehende psychische Erkrankungen abgeleitet werden.

Risiken einer unbehandelten peri-/postpartalen Depression

Mögliche Risiken für die (werdende) Mutter:

- ungesündere Ernährung
- Schlafstörungen
- geringere Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen
- gehäuftes Auftreten eines (Gestations-) Diabetes
- verstärkter Konsum von Suchtmitteln

- Suizidgefahr

- reduzierte Mutter-Kind-Bindung

Mögliche Risiken auf Seiten des (ungeborenen) Kindes:

- intrauterine Wachstumsretardierung
- Frühgeburtlichkeit
- niedriges Geburtsgewicht
- geringere Herzfrequenzvariabilität

- reduzierte Mutter-Kind-Bindung
- Beeinträchtigungen der sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung

Empfehlungen für das Wochenbett

- auf ausreichend Schlaf achten
- Mitaufnahme einer Begleitperson im Rahmen der Geburt kann sinnvoll sein
- ggf. Empfehlung die stationäre Behandlung um 1-2 Tage nach der Geburt verlängern
- sich nicht zu viele Besuche zumuten
- Verordnung einer Haushaltshilfe oder Mütterpflegerin möglich (wird nicht von jeder Krankenkasse direkt bewilligt)
- Abstillen mit konservativen Maßnahmen empfohlen
  - Einsatz von Medikamenten wie Cabergolin oder Bromocriptin kann psychisch destabilisierend wirken und sich depressions- und psychosefördernd auswirken

Screningmethoden: EPDS (Edinburgh Postnatale Depressions-Skala)

Vorbestehende psychische Erkrankungen können sich im Rahmen dieser vulnerablen Phase verschlechtern oder zum ersten Mal auftreten.

Einen erster Hinweis, dass „etwas nicht in Ordnung ist", kann die EPDS für den Bereich postpartaler Depressionen geben.

Eine Anwendung 6–8 Wochen nach der Geburt ist sinnvoll, kann prinzipiell aber auch früher schon eingesetzt werden. Es sollten mindestens 2 Wochen vergehen, bevor man die EPDS wiederholt.

Sehr hohe Werte können bei einer akuten Krise oder bei Persönlichkeitsakzentuierungen vorliegen. Niedrige Werte hingegen könnten beispielsweise auf eine Anpassungsstörung oder einer Angststörung hindeuten.

Die Skala korreliert gut mit dem BDI (Beck‘sches Depressions Inventar), welcher ein gängiger Fragebogen bei der Einschätzung von Depressionen im allgemeinen ist.

Befindlichkeitsbogen (EPDS) (Cox / Holden / Sagovsky)

Postpartale Depression

So fühlte ich mich während der letzten Woche:
(Scores in Klammer)

1. Ich konnte lachen und das Leben von der heiteren Seite sehen:
- Genauso oft wie früher ☐ 0
- Nicht ganz so oft wie früher ☐ 1
- Eher weniger als früher ☐ 2
- Überhaupt nie ☐ 3

2. Es gab vieles, auf das ich mich freute:
- So oft wie früher ☐ 0
- Eher weniger als früher ☐ 1
- Viel seltener als früher ☐ 2
- Fast gar nicht ☐ 3

3. Ich habe mich unberechtigterweise Weise schuldig gefühlt, wenn etwas danebenging:
- Ja, sehr oft ☐ 3
- Ja, manchmal ☐ 2
- Nicht sehr oft ☐ 1
- Nein, nie ☐ 0

4. Ich war ängstlich und machte mir unnötige Sorgen:
- Nein, nie ☐ 0
- Ganz selten ☐ 1
- Ja, manchmal ☐ 2
- Ja, sehr oft ☐ 3

5. Ich fühlte mich verängstigt und wurde panisch ohne wirklichen Grund:
- Ja, ziemlich oft ☐ 3
- Ja, manchmal ☐ 2
- Nein, fast nie ☐ 1
- Nein, überhaupt nie ☐ 0

6. Mir ist alles zuviel geworden:
- Ja, ich wusste mir überhaupt nicht mehr zu helfen ☐ 3
- Ja, ich wusste mir manchmal überhaupt nicht mehr zu helfen ☐ 2
- Nein, ich wusste mir meistens zu helfen ☐ 1
- Nein, ich konnte alles so gut wie immer bewältigen ☐ 0

7. Ich war so unglücklich, dass ich kaum schlafen konnte:
- Ja, fast immer ☐ 3
- Ja, manchmal ☐ 2
- Nein, nicht sehr oft ☐ 1
- Nein, nie ☐ 0

8. Ich war traurig und fühlte mich elend:
- Ja, sehr oft ☐ 3
- Ja, ziemlich oft ☐ 2
- Nein, nicht sehr oft ☐ 1
- Nein, nie ☐ 0

9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste:
- Ja, sehr oft ☐ 3
- Ja, ziemlich oft ☐ 2
- Nur manchmal ☐ 1
- Nein, nie ☐ 0

10. Gelegentlich kam mir der Gedanke, mir etwas anzutun:
- Ja, oft ☐ 3
- Manchmal ☐ 2
- Selten ☐ 1
- Nein, nie ☐ 0

Gesamtscore ☐☐

Edinburgh Postnatal Depression Scale (JL Cox, JM Holden, R Sagovsky, 1987).
Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen" (Hertz et al. 1996, Muzik et al. 1997).

Jede Frage bekommt 0–3 Punkte, was zu einem Wert zwischen 0–30 führt. Wichtig: Bei manchen Fragen werden die Punkte in der anderen Reihenfolge vergeben. Der gesamte Wert ergibt sich durch Addition der Einzelwerte. Wenn die Frau folgenden Score hat:

0–9	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression gering
10–12	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression mäßig vorhanden
>=13	dann ist die Wahrscheinlichkeit für eine Depression hoch

Der Vorteil der EPDS ist auch, dass man sehr schnell Frauen identifiziert, die Selbstmordgedanken haben. Wenn die Frau bei Frage 10 Punkte aufweist, muss man in jedem Fall genau nachfragen, ob es sich um Selbstverletzung, Lebensüberdruss oder richtige Selbstmordgedanken handelt.
Wenn die Symptome weniger schwer sind, oder während einer Zeitdauer kürzer als 2 Wochen vorhanden sind, kann es sich um andere Diagnosen handeln, wie zum Beispiel Anpassungsstörungen, Minor Depression und/oder eine gleichzeitig auftretende Angststörung.
Andere Ursachen für Symptome wie Anämie, Schlafentzug, Schilddrüsenfunktionsstörung oder Trauerreaktion sollten bedacht werden, bevor eine Depression diagnostiziert wird. Diese Zustände können aber auch zusammen mit einer Depression vorliegen. Eine Gesamtwert von „0" sollte noch genauer abgeklärt werden, denn dies kann auf eine „sozial erwünschte" Beantwortung der Fragen hinweisen.

Screeningmethode: PBQ (Parental Bonding Questionaire)

Mutter-/Vater-Kind-Beziehungsstörungen machen etwa 10% aller schweren und behandlungsbedürftigen postpartalen Störungen aus. Sie sind bisher jedoch noch in keinem Diagnosekriterium zu finden. Es geht dabei von Verzögerung oder Verlust der Mutter/Vater-Gefühle über Ablehnung dem Kind gegenüber bis hin zu Feindseligkeiten oder Verletzungen des Babys.

Diese Störung tritt meist im Kontext mit einer psychiatrischen Diagnose (bis zu 29% bei postpartalen Depressionen und bis zu 22% bei anderen postpartalen psychischen Störungen) auf. Eine Mutter/Ein Vater kann aber auch ohne offensichtliche Psychopathologie darunter leiden. Diese Erkrankungen habe besonders schwere Auswirkungen auf das Kind, die Aufnahme von Mutter/Vater und Kind in eine spezialisierte Mutter/Vater-Kind-Einheit erscheint dabei häufig notwendig.

PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)

Postpartale Depression

Name _____ Datum _____

Bitte denken Sie an die Zeit mit Ihrem Baby, die am schwierigsten für Sie war. Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend waren. Es gibt keine „richtigen" oder „falschen" Antworten.

Skala		Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe						
1	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch						
	kein Baby hatte						
2	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert						
2	Ich kuschle gerne mit meinem Baby						
2	Ich bereue es, dieses Baby zu haben						
1	Das Baby scheint nicht mir zu gehören						
1	Mein Baby regt mich auf						
1	Ich liebe mein Baby über alles						
1	Ich fühle mich glücklich wenn mein Baby lächelt/lacht						
1	Mein Baby irritiert mich						
2	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen						
1	Mein Baby weint zuviel						
1	Ich fühle mich als Mutter gefangen						
2	Ich bin auf mein Baby böse						
1	Mein Baby ist mir lästig						
1	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt						
1	Ich wünschte, mein Baby würde verschwinden						
4	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt						
3	Mein Baby macht mich ängstlich						
3	Ich fürchte mich vor meinem Baby						
2	Mein Baby macht mich ärgerlich						
3	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle						
2	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anders						
	mein Baby betreut						
4	Ich möchte mein Baby verletzten						
3	Mein Baby ist leicht zu beruhigen						

Scale 1.....(12 = high)
Scale 2.....(17 = high)
Scale 3.....(10 = high)
Scale 4.....(3 = high)

© Brockington I

Brockington I F, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health, 2001; 3: 133–140.

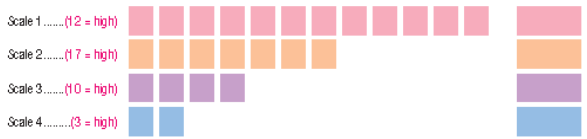
PBQ: Eltern-Kind-Beziehungsfragebogen (Brockington)

Postpartale Depression

Name _____ Datum _____

Bitte denken Sie an die Zeit mit Ihrem Baby, die am schwierigsten für Sie war. Kreuzen Sie bitte an, wie oft folgende Aussagen für Sie zutreffend waren. Es gibt keine „richtigen" oder „falschen" Antworten.

Skala		Immer	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1	Ich fühle mich meinem Baby nahe		1	2	3	4	5
1	Ich wünsche mir die Zeit zurück, als ich noch						
	kein Baby hatte	5	4	3	2	1	
2	Ich fühle mich meinem Baby gegenüber distanziert	5	4	3	2	1	
2	Ich kuschle gerne mit meinem Baby		1	2	3	4	5
2	Ich bereue es, dieses Baby zu haben	5	4	3	2	1	
1	Das Baby scheint nicht mir zu gehören	5	4	3	2	1	
1	Mein Baby regt mich auf	5	4	3	2	1	
1	Ich liebe mein Baby über alles		1	2	3	4	5
1	Ich fühle mich glücklich wenn mein Baby lächelt/lacht		1	2	3	4	5
1	Mein Baby irritiert mich	5	4	3	2	1	
2	Ich liebe es, mit meinem Baby zu spielen		1	2	3	4	5
1	Mein Baby weint zuviel	5	4	3	2	1	
1	Ich fühle mich als Mutter gefangen	5	4	3	2	1	
2	Ich bin auf mein Baby böse	5	4	3	2	1	
1	Mein Baby ist mir lästig	5	4	3	2	1	
1	Mein Baby ist das Schönste auf der ganzen Welt		1	2	3	4	5
1	Ich wünschte, mein Baby würde verschwinden	5	4	3	2	1	
4	Ich habe meinem Baby Schaden zugefügt	5	4	3	2	1	
3	Mein Baby macht mich ängstlich	5	4	3	2	1	
3	Ich fürchte mich vor meinem Baby	5	4	3	2	1	
2	Mein Baby macht mich ärgerlich	5	4	3	2	1	
3	Ich fühle mich sicher, wenn ich mein Baby wickle		1	2	3	4	5
2	Ich denke die einzige Lösung ist, wenn jemand anders						
	mein Baby betreut	5	4	3	2	1	
4	Ich möchte mein Baby verletzten	5	4	3	2	1	
3	Mein Baby ist leicht zu beruhigen		1	2	3	4	5



Auswertungsskala von 0-5 Punkte

Skala 1 (rosa) Verzögerte Bindung	cut-off 12
Skala 2 (orange) Ablehnung und Wut	cut-off 17
Skala 3 (violett) Angst	cut-off 10
Skala 4 (blau) Gefahr von Missbrauch des Kindes	cut-off 3

Exkurs: UPlusE – Projekt
U-Untersuchung für Kinder plus Eltern beim Pädiater zur Förderung der kindlichen Entwicklung mit Impuls aus frauenärztlicher Schwangerenvorsorge

APP-basierte Screening („Meine GynPraxis“ bzw. „Meine pädiatrische Praxis“) zur Früherkennung depressiver Entwicklungen, psychosozialer Belastungen und Problemen in der Eltern-Kind-Beziehung. Dabei werden (werdende) Mütter als auch Väter zum Ende der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes regelmäßig befragt. Diese Befragungen sind an die Vorsorgeuntersuchungen beim Gynäkologen (zwischen 30. und 34. SSW) bzw. U-Untersuchungen (U3 und U6) beim Pädiater gekoppelt und werden vor den jeweiligen Untersuchungen „aktiviert“.

Fragebögen:

- EPDS
- PBQ
- KID-PROTEKT-Anhaltbogen
- SFS (Fragenbogen zum Schreien, Füttern und Schlafen)
- Fragen zur Inanspruchnahme von „Psych“-Behandlung und/oder Beratung durch Frühe Hilfen

Exkurs: UPlusE – Projekt f
U-Untersuchung für Kinder plus Eltern beim Pädiater zur Förderung der kindlichen Entwicklung mit Impuls aus frauenärztlicher Schwangerenvorsorge

Je nach Ergebnis, welches die Eltern bei den Terminen durch die Gynäkolog*innen oder Pädiater*innen erhalten, Empfehlung zu geeigneten Unterstützungsangeboten (bspw. Frühe Hilfen oder Beratungsstellen) bzw. bei Hinweisen auf eine Depression oder andere psychische Erkrankungen Vermittlung an psychologische, psychiatrische oder psychotherapeutische Fachkräfte. Das UPlusE-Netzwerk umfasst mittlerweile über 400 Praxen und psychiatrische Institutsambulanzen, so dass Ersttermine meist innerhalb von 2-4 Wochen angeboten werden können.

Ziel: standardisiertes Depressions-Screening als künftiger Teil der Regelversorgung

Fallbeispiel 1 ff
Fr. H., 36

Die Pat. stellte sich ca. 4 Wochen nach dem Erstkontakt in der Notaufnahme in unserer Spezialambulanz für psychische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit vor, nachdem ihr ihre Psychologin dazu geraten hatte.
Sie berichtete, dass Panikattacken bereits in der Vergangenheit aufgetreten gewesen seien und sie über 5 Jahren angstfrei gewesen sei. Bereits im Verlauf der Schwangerschaft sei es immer wieder zu Panikattacken gekommen. Zudem berichtete sie von einer starken inneren Unruhe, die sie in den letzten 3-4 Wochen vor der Geburt habe kaum still sitzen lassen. In den Panikattacken sei dann auch teils der Wunsch aufgetreten nicht mehr schwanger seien zu wollen. Zudem habe sie große Sorgen gehabt ihrem älteren Sohn nach der Geburt des 2. Kindes nicht mehr gerecht werden zu können. Sie berichtete ein positives Geburtserlebnis zu ihrer Tochter und der Hoffnung, dass die Ängste nach der Geburt nicht mehr auftreten würden. Jedoch seien diese bereits in der 2. Nacht nach der Geburt wieder aufgetreten. Zu Hause angekommen habe sie erneut das Gefühl gehabt nicht mehr still sitzen zu können und Angst davor gehabt allein mit sich zu sein und vor allem allein mit den Kindern zu sein. Die Situation hätte sie sehr überfordert. In den Panikattacken habe sie das Gefühl gehabt „nicht ich zu sein" und während der Panikattacken hätte sie mehrfach gerufen: „Ich werde verrückt! Ich will das nicht!". Bei der Vorstellung in der hiesigen Notaufnahme habe sie sich nicht ernstgenommen gefühlt. Sie habe daraufhin auch den Kontakt zu einer anderen psychiatrischen Klinik in Düsseldorf gesucht und sei nach einem „5-Minuten-Gespräch" mit Opipramol wieder nach Hause geschickt worden. Dies habe zu einer gewissen Beruhigung geführt, jedoch habe sie sich sehr benommen darunter gefühlt.

Diagnose?

Diagnose: Panikstörung (ICD10:F41.0)

Behandlungsoptionen von peri-/postpartalen Depressionen
Medikation I

Auch wenn es bis vor kurzem noch kein zugelassenes Medikament für die Behandlung von postpartalen Depressionen gab, werden diese seit geraumer Zeit medikamentös behandelt.

Teils erscheint ein Erkrankungsverlauf aber auch schon während der Schwangerschaft so schwerwiegend, dass bereits dort der Einsatz eines Medikamentes nach ausführlicher Abwägung der individuellen Nutzen-Risiko-Bewertung erforderlich wird. Die vorliegenden Studien zeigen dabei für den größten Teil der Psychopharmaka **kein** erhöhtes Fehlbildungsrisiko für das ungeborene Kind.

Daher ist die abrupte Absetzung der Medikation nach Bekanntwerden der Schwangerschaft, wie sie leider auch immer noch von Fachkolleg*innen vorgenommen wird, nicht erforderlich.

Für die Stimmungsstabilisatoren Lithium, Valproat und Carbamazepin bleiben jedoch die vorbestehenden Warnhinweise bzgl. möglicher Schädigungen für das ungeborene Kind vorhanden.

Behandlungsoptionen von peri-/postpartalen Depressionen
Medikation II

In der Behandlung von peri-/postpartalen Depressionen werden häufig die sog. Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) eingesetzt. Vermehrte Erfahrungsberichte gibt es dabei mit Sertralin und Citalopram.

Eine geringere Datenlage gibt es zum Einsatz der sogenannten Serotonin- und Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI) wie Venlafaxin und Duloxetin, die ebenfalls geeignet erscheinen.

Zu den älteren trizyklischen Antidepressiva liegen ebenfalls umfangreiche Informationen und Erfahrungsberichte vor, jedoch werden diese aufgrund eines ungünstigeren Nebenwirkungspotentials deutlich weniger häufig eingesetzt.

Behandlungsoptionen von peri-/postpartalen Depressionen
Medikation III

Bei Schlafstörungen in der Schwangerschaft, welche nicht selten auch ein Symptom von Depressionen seien können, hat sich der Einsatz von Amitriptylin oder Promethazin bewährt.

Mirtazapin, ein Antidepressivum mit deutlichem sedierenden Effekt, zeigt zudem eine gute Wirkung bei fortbestehender und ausgeprägter Schwangerschaftsübelkeit.

Für eine individuelle Beratung sowohl für Fachpersonal als auch Betroffenen stehen die Kolleg*innen vom Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité Berlin („embryotox.de“) und die Beratungsstelle für Reproduktionstoxikologie am Universitätsklinikum Ulm („reprotox.de“) zur Verfügung.

Es gilt: eine Monotherapie ist zu bevorzugen, jedoch nicht immer umsetzbar. Insbesondere, wenn es im Vorhinein schwierig war die betroffene Patientin gut einzustellen.

Behandlungsoptionen von peri-/postpartalen Depressionen
Medikation IV

Individuelle Begleitung in Bezug auf den Einsatz einer Medikation bedeutet auch, dass diese im Verlauf der Schwangerschaft angepasst werden kann. Einige Frauen wünschen sich dabei die Reduktion der Dosis oder sogar eine Absetzung der Medikation ca. 2-3 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin um mögliche Anpassungs-störungen für das Neugeborene zu reduzieren.

Es besteht dabei jedoch auch die Möglichkeit die Medikation bis zur Geburt und darüber hinaus in der zuvor gefundenen Dosis fortzuführen bzw. sogar falls notwendig und möglich (im Sinne der maximalen Tages-höchstdosis) zu steigern. Die glomeruläre Filtrationsrate und der hepatische arterielle Blutfluss nehmen im Verlauf der Schwangerschaft zu und können dadurch zu einem beschleunigten Abbau der Medikation führen.

Nach Möglichkeit sollte jedoch immer die niedrigstmögliche effektive Dosis genutzt werden.

Behandlungsoptionen von peri-/postpartalen Depressionen
Medikation V

Im Rahmen der Geburtsvorbereitung sollte zudem die Durchführung eines möglichen Kaiserschnittes besprochen und ggf. in entsprechenden Schreiben an die Geburtshelfer empfohlen werden.

Unter der Geburt erscheint unserer psychiatrischen Einschätzung nach insbesondere bei einer deutlichen ängstlichen Symptomatik der werdenden Mutter der Einsatz einer geringen Dosis Lorazepam (0,5 -1 mg) als Bedarfsmedikation vertretbar.

Ein fortgesetzter Einsatz von Benzodiazepinen während der Schwangerschaft gilt hingegen als nicht empfehlenswert, da es beim Einsatz im 3. Trimenon zu Entzugssymptomen des Neugeborenen (erhöhte Irritierbarkeit, Unruhezustände, Hypertonie, Erbrechen, Durchfall, Zittrigkeit, Trinkproblemen) und zu eine erhöhten Risiko für das Floppy-Infant-Syndrom kommen kann. Der Einsatz von Benzodiazepinen in der Frühschwangerschaft ist mit einem erhöhten Fehlgeburtsrisiko assoziiert.

Exkurs: Anpassungsstörungen bei Neugeborenen

Etwa 30 % der Neugeborenen, die unter der Schwangerschaft mit Psychopharmaka konfrontiert worden sind, zeigen nach der Geburt Anpassungsstörungen, die sich jedoch innerhalb eines Zeitraumes von etwa zwei Wochen wieder zurückbilden.

Dazu zählen Übererregbarkeit, Trinkschwäche, Zittern, Temperaturschwankungen, Hypoglykämie, Hypo-/Hypertonie, Atemstörungen oder ein auffälliges Schlafverhalten mit vermehrter Schreckreaktion.

Wir empfehlen daher die Geburt in einer Klinik mit neonatologischer Intensivstation zu planen um mögliche Anpassungsstörungen schnellst- und bestmöglich behandeln zu können und die junge Familie nicht zu entzweien.

Behandlungsoption Psychotherapie

Für leichte bis mittelschwere peripartale Depressionen hat sich der Ansatz der sog. kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bewährt. Dabei geht es vor allem um die Identifizierung und Veränderung maladaptiver Gedanken und Verhaltensweisen.

Des Weiteren erzielt die interpersonelle Therapie (IPT) ebenfalls positive Effekte in Schwangerschaft und Stillzeit. Bei diesem Therapieverfahren stehen zwischenmenschliche Beziehungen und psychosoziale Stressoren im Vordergrund, die eine Depression ausgelöst haben oder aufrecht erhalten könnten.

Neben einzeltherapeutischen Angeboten haben sich auch gruppentherapeutische Angebote als hilfreich gezeigt. Die betroffenen Frauen geben dabei immer wieder die Rückmeldung, dass sie sich teils schon dadurch etwas entlastet fühlen, wenn sie hören, dass sie mit ihren Beschwerden „nicht allein da stehen" und diese ernst genommenwerden.

Behandlungsoption Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Die EKT ist ein therapeutisches Verfahren, bei dem in Kurznarkose und unter Muskelrelaxation durch eine elektrische Stimulation mittels Oberflächenelektroden ein generalisierter Anfall im Zentralnervensystem ausgelöst wird.

Insgesamt wird diese Behandlungsmethode schon lang angewandt, es gibt jedoch nur eine begrenzte Anzahl von dokumentierten Einsätzen während der Schwangerschaft. Während die Behandlung auf Seiten der werdenden Mütter häufig gut toleriert wird, jedoch keinesfalls nebenwirkungsfrei ist, gibt es auf Seiten der ungeborenen Kinder Berichte über seltene, jedoch schwerwiegende unerwünschte Nebenwirkungen (vorzeitige Plazentaablösung, Frühgeburt, angeborene Fehlbildungen, Totgeburten).

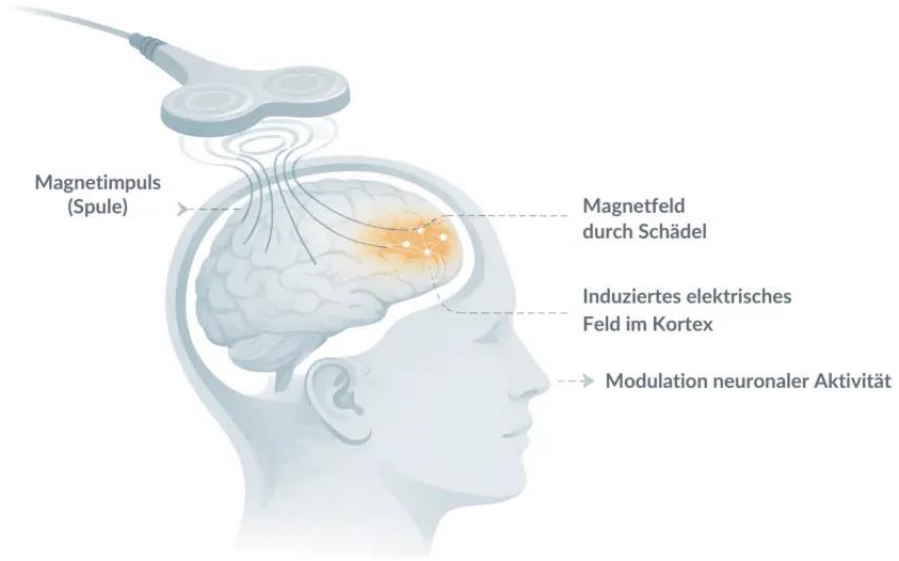
Der Einsatz von EKT bleibt daher den schwersten Verläufen einer peri- oder postpartalen Depression vorbehalten.

Behandlungsoption Transkranielle Magnetstimulationstherapie (TMS)

Bei der TMS werden starke Magnetimpulse von sehr kurzer Dauer eingesetzt, welche über eine Spule an der Schädeloberfläche des Patienten appliziert werden.

Studien weisen auf positive Effekte der TMS-Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit hin.

Im Gegensatz zur EKT ist keine Anästhesie notwendig.



Protokollabhängig: Frequenz kann aktivierend oder hemmend wirken.

Weitere Behandlungsmöglichkeiten

- Lichttherapie
- Ergotherapie
- Kreativtherapien
- Entspannungsverfahren
- Es-/Ketamin (potentiell neurotoxische Risiken im Tierversuch, unerwünschte Nebenwirkungen u. a. Halluzinationen)
- DiGA/Apps

Teil-/stationäre Behandlung bzw. stationsäquivalente Behandlung

In einigen Fällen reicht das ambulante Setting in der Behandlung psychischer Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit nicht aus um zu einer ausreichenden Stabilisierung zu kommen.

Dann ist eine teilstationäre oder stationäre Behandlung der Betroffenen zu überlegen. Die Schwierigkeit dabei bleibt weiterhin ein unzureichendes Angebot für diese spezielle Nachfrage, weil es für den postpartalen Bereich häufig gilt Mutter (Vater) und Kind gut zu versorgen und eine Trennung nach Möglichkeit zu kurz wie möglich zu halten.

Einen Überblick über das Angebot von Mutter-/Vater-Kind-Einheiten in Deutschland bietet die Homepage von schatten-und-licht.de (Selbsthilfeorganisation zur Unterstützung von peripartalen psychischen Erkrankungen). Dazu waren zum 22.01.26 (aktuellste veröffentlichte Version) 76 Kliniken gelistet, die teilstationäre (29), stationäre Einheiten auf anderen Schwerpunktstationen (54) und/oder reine Mutter-/Vater-Kind-Stationen (20) angeboten haben.
Aktuell gibt es in Deutschland 350-400 reine psychiatrische Fachkliniken und über 780 Krankenhäuser mit spezialisierten psychiatrischen Fachabteilungen.

Neben den teil-/stationären Angeboten gewinnt die stationsäquivalente Behandlung (StäB) mit ihrem aufsuchenden Behandlungsansatz im häuslichen Setting immer mehr an Bedeutung.

Fallbeispiel 1 fff
Fr. G., 36

Es erfolgte die Fortführung der ambulanten Psychotherapie. Zudem wurde der Einsatz von Escitalopram zusätzlich zum Opipramol (Vormedikation 25-25-25-50 mg) diskutiert. Fr. G. zeigte sich initial sehr verunsichert und es erfolgten mehrere Telefonate und persönliche Gespräche zur Nutzen-Risiko-Abwägung in Bezug auf den Einsatz der Medikation. Sie habe erst nach 2 Wochen mit der Einnahme begonnen und die Dosis um 1 Tropfen bis zu einer Dosis von 5 mg gesteigert. Da die Tropfen „nicht so gut schmecken" würden, sie sie dann auf die Tablettenform gewechselt (initial Rezeptierung über Tropfen und 5 mg Tabletten).
Ca. 2 Wochen nach dem Beginn der Medikation schilderte sie, dass sie bemerke ruhiger geworden zu sein. Auch die zuvor erlebte „Benommenheit" habe deutlich nachgelassen. Sie habe immer mehr das Gefühl „wieder die Kontrolle über mich" zu haben. Der Schlaf habe sich gebessert und sie hätte die Dosis von Opipramol mittlerweile auf 25 mg abends reduzieren können. Sie könne ihre Kinder besser „wahrnehmen" und „aushalten" anstatt „nur zu funktionieren".

Nach weiteren 3 Wochen gab sie an, dass das Druckgefühl auf der Brust komplett nachgelassen hätte und sie überrascht sei „so ausgeglichen" zu sein. Das Gefühl der inneren Unruhe, die Ruhelosigkeit und das „nicht-still-sitzen-können" seien sehr anstrengend gewesen und hätten sich nun deutlich gebessert. Sie habe auch nicht mehr den Eindruck sediert zu sein.

Wiederum einen Monat später berichtete die Pat. gut im „Mama-Alltag" angekommen zu sein. Sie könne sich sehr an ihren Kindern erfreuen und verbringe gerne Zeit mit ihnen.

Fallbeispiel 1 ffff
Fr. G., 36

Die Medikation wird bis heute mit 5 mg Escitalopram mit einem prophylaktischen Ansatz fortgesetzt. Es erfolgte im Behandlungszeitraum von nun mehr als 2 Jahren keine erneute Panikattacken. Fr. G. schildert vor ca. einem Jahr, dass sie immer wieder Ängste um das Älterwerden gehabt habe („Das Leben ist vorbei, du wirst bald 40! Hast du genug erlebt!“), die sie jedoch mittlerweile deutlich habe relativieren könne.

Eigene Erfahrungen in der Behandlung von peri-/postpartalen Behandlungen?

Schnittstellenmanagement

Leider gestaltet sich die Versorgungs-situation in Deutschland trotz der Wichtigkeit des Themas weiterhin als unzureichend.



Um so wichtiger erscheint daher die interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine weiterführende Netzwerkarbeit vorhandener Unterstützungsangebot auf dem Weg des (Wieder-) Erreichens psychischer Gesundung.

Fallbeispiel 2
Fr. M., 41
Vorgeschichte

- Stressoren: mehrjährige Kinderwunschbehandlung, Umzug nur wenige Tage nach der Geburt in kleinere Wohnung

- Erneute Symptome 3 Monate nach der Entbindung (Schlafstörungen, Appetitminderung, zunehmende Gereiztheit, schlechte Stimmung, Überforderungserleben, Konzentrationseinschränkungen) wie sie mehrere Jahre zuvor bei der vorherigen depressiven Episode aufgetreten waren

- Angst eine schlechte Mutter seien zu können, Schuldgefühle dem Kind gegenüber, Streitigkeiten mit Lebensgefährten, „funktionieren" im Alltag

- Aufgrund eines wiederholten Milchstaus war nach Rücksprache mit der Gynäkologin Bromocriptin eingesetzt worden

Fallbeispiel 2
Therapie

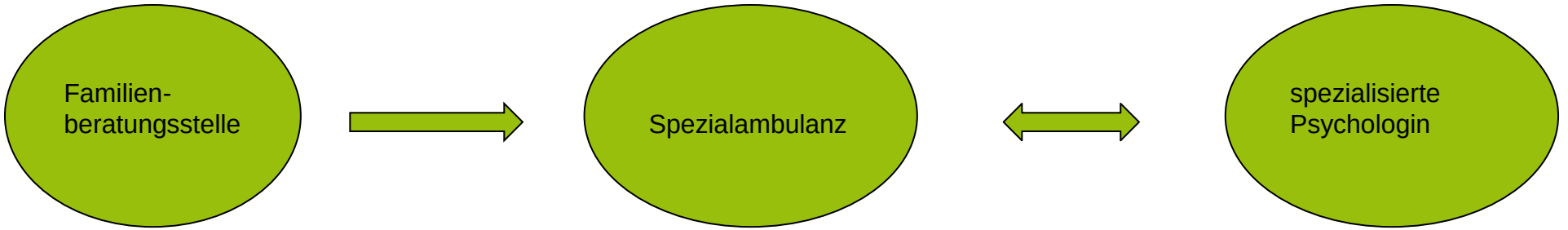
- Vorstellung bei fortbestehender Symptomatik ca. 1 Monat nach Beginn der Symptome
- Einsatz von Venlafaxin, welches in der Vergangenheit bereits erfolgreich eingesetzt worden war, wurde diskutiert und eine Woche nach dem Erstkontakt mit 37,5 mg begonnen
- Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie, welche als Kurzzeittherapie 3 Monate nach Beginn der medikamentösen Behandlung begonnen werden konnte

Fallbeispiel 2
Verlauf

- In den kommenden Wochen und Monaten zeigte sich eine zunehmende Verbesserung der Symptomatik
- Eine Dosissteigerung wurde nicht erforderlich
- Die Medikation konnte 11 Monate nach Beginn der Behandlung bei remittiertem Erkrankungsbild abgesetzt werden
- Die Kurzzeittherapie wurde in Rücksprache mit der behandelnden Psychologin nicht verlängert
- Es erfolgte die Beendigung der hiesigen Therapie ca. 14 Monate nach dem Erstkontakt

Fallbeispiel 2

Schnittstellenmanagement in diesem Fall



Fallbeispiel 3
Fr. T., 31
Vorgeschichte

- nach der Geburt „leichter Baby Blues", dann 2-3 sehr gute Wochen erlebt, bevor es dann schleichend bergab gegangen sei, was sie nicht habe zuordnen können
- „Beziehung zu meinem Kind bröckelt", blicke ihr Kind mit dem Gedanken „da liegt die große Aufgabe" an, große Angst, „dass sich die jetzige Situation nie wieder ändert"
- Antriebsminderung mit Morgentief, Appetitminderung, morgendliches Früherwachen, Grübelneigung, niedergedrückte Stimmung, Selbstzweifel, Selbstunsicherheit

Fallbeispiel 3
Therapie und Verlauf

- Vorstellung ca. 3 Monate nach der Geburt des Kindes
- Diskussion um den Einsatz einer antidepressiven Medikation und Beginn mit Sertralin ca. 2 Wochen nach dem Erstkontakt (zunächst mit 20 mg Äquivalent in Tropfenform, Steigerung bis max. 35 mg)
- Fortführung der ambulanten Psychotherapie unter Wechsel des Schwerpunktes von zuvor Essstörungen auf nun Depressionen

  -> Besserung der Symptomatik bis hin zur überwiegenden Remission innerhalb von ca. 3 Monaten

- Nach Reduktion der Medikation aufgrund eines weiteren Kinderwunsches ein halbes Jahr später wieder vermehrtes Überforderungserleben, Selbstvorwürfe, „Weinkrämpfe“, so dass die Medikation wieder auf 35 mg Sertralin aufdosiert wurde -> wieder deutliche Stabilisierung

Fallbeispiel 3
Therapie und Verlauf ff

Fr. T. wird geplant erneut schwanger. Es erfolgte die fortgesetzte Einnahme von 35 mg Sertralin.
Die Pat. schilderte insbesondere zu Beginn der Schwangerschaft eine gewisse Verunsicherung bzgl. des kommenden Wochenbettes, sei jedoch insgesamt zuversichtlich.

Je näher der Geburtstermin rückte, desto unruhiger wurde sie. Teils habe sie „Angst vor der Angst", welche sich dann jedoch wieder rückläufig zeigte. Eine Anpassung der Medikation wurde seitens der Pat. zu diesem Zeitpunkt nicht gewünscht.
Im weiteren Verlauf kam es zu einem Schwangerschaftsdiabetes. In der Endphase der Schwangerschaft habe zudem die Verdachtsdiagnose einer Schwangerschaftsvergiftung im Raum gestanden, sich letztlich jedoch nicht bestätigt.

Fallbeispiel 3
Therapie und Verlauf fff

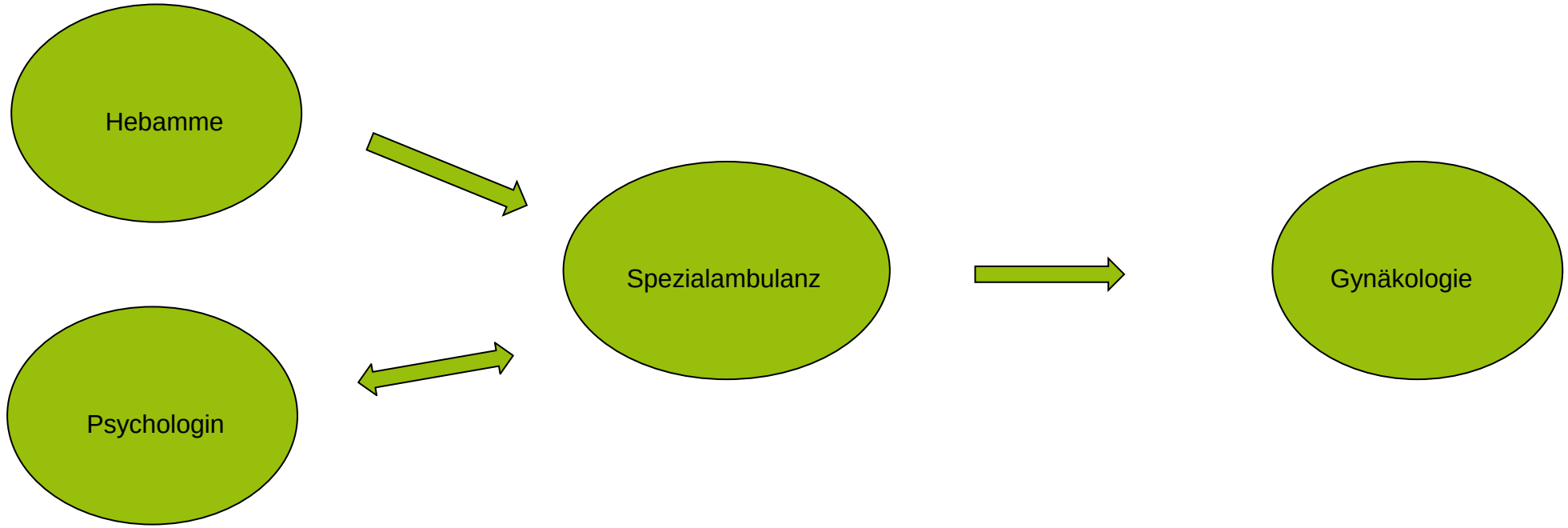
Aufgrund von nachlassenden Herztönen des ungeborenen Kindes sei es schließlich um den errechneten Termin zu einer Not-Sectio gekommen und ihr neugeborener Sohn habe 2 Tage auf der neonatologischen Intensivstation verbracht, sei aber die ganze Zeit über stabil gewesen. Zeitgleich habe die Pat. die Dosis von Sertralin auf 37 mg erhöht gehabt, wobei sie die Wirkung der Medikation deutlich in Frage gestellt gehabt habe. Die Situation sei beängstigend für sie gewesen.

Nach ca. 1 Woche sei es ihr wieder besser gegangen und sie sei wieder zuversichtlicher gewesen. Sie würde sich jedoch Sorgen um das weitere Wochenbett machen. Es wurde daraufhin die weiter Aufdosierung von Sertralin auf zunächst bis 50 mg besprochen.

Diese wurde von der Pat. letztlich jedoch nicht umgesetzt, da sich die Gesamtsituation weiter stabilisiert habe. Aktuell bestehe jedoch eine gewisse Verunsicherung darüber, wie es werde, wenn ihr Mann in den kommenden Tagen nach der Elternzeit wieder anfange zu arbeiten.

Fallbeispiel 3

Schnittstellenmanagement in diesem Fall



Fallbeispiel 4
Fr. E., 40
Vorgeschichte

- Befand sich aufgrund von rezidivierenden Depressionen bereits in unserer ambulanten Behandlung
- Duloxetin war unmittelbar vor der „geplanten" Schwangerschaft nach zuvoriger schrittweiser Reduktion abgesetzt worden, zudem bestand zum Zeitpunkt der Schwangerschaft eine ambulante Psychotherapie
- In den ersten Wochen der Schwangerschaft deutliche Ambivalenz bzgl. der Entscheidung für oder gegen das Kind, Patientin hatte in der Vergangenheit bereits einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen

Fallbeispiel 4
Therapie und Verlauf

- Eindosierung von Citalopram (10 mg) im 3. Schwangerschaftsmonat bei zunehmender depressiver Symptomatik nach zuvoriger Kontaktaufnahme zum Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie („embryotox.de“) sowohl durch die behandelnde Ärztin als auch die Patientin -> darunter Stabilisierung

- Absetzung von Citalopram durch Patientin unmittelbar vor der Geburt, nach der Geburt zunächst keine neue Einnahme der Medikation

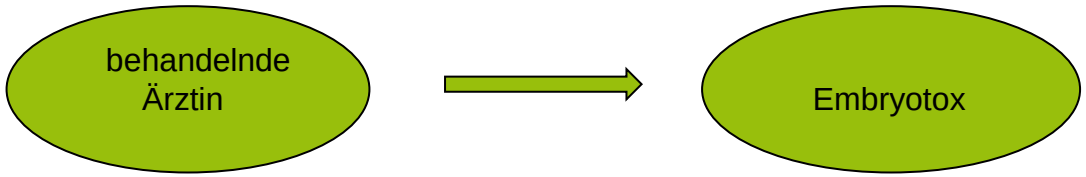
- ca. 4 Wochen nach der Geburt erneute Zunahme von depressiver Symptomatik mit Ambivalenz, innerer Unruhe, Ängstlichkeit, Zukunftsbedenken, Überforderungserleben, Insuffizienzerleben -> Wiedereindosierung von Citalopram

Fallbeispiel 4
Therapie und Verlauf f

- Bereits nach weiteren 2 Wochen schilderte die Patientin bereits eine leichte Verbesserung, beschrieb jedoch noch ein deutliches „Gefühlschaos"
- Patientin stellte sich dann erst 5 Monate später wieder vor, dabei erschien die depressive Symptomatik nahezu remittiert
- Über einen Zeitraum von fast 4 Jahren zeigte sich nachfolgend ein überwiegend stabiles Beschwerdebild, was die Kriterien einer erneuten depressiven Episode nicht mehr erfüllte

Fallbeispiel 4

Schnittstellenmanagement



Fallbeispiel 5
Fr. B., 26 jährige Patientin
Vorgeschichte

- Vorstellung in der 28. Schwangerschaftswoche
- Nach der Geburt des ersten Kindes im Jahr zuvor war es zu einer postpartalen Psychose mit deutlicher situativer Realitäts-verkennung und wahnhaften Inhalten, zerfahrenem Gedankengang sowie starken Konzentrationseinschränkungen gekom-men, die einen 6 wöchigen stationären Aufenthalt der Patientin erforderlich gemacht hätte
- Ehemann sei in der Zeit ihrer stationären Behandlung allein für das Kind verantwortlich gewesen, was ihn überfordert hätte
- Behandlung zunächst mit Haloperidol, Risperidon und Aripiprazol - > Umstellung im Verlauf bei Nebenwirkungen bzw. unzureichender Wirkung auf Quetiapin, welches bereits im stationären Setting hätte wieder abgesetzt werden können
    - Diskussion um eine prophylaktische Einnahme von Quetiapin vor der Geburt -> bei im weiteren Schwangerschaftsverlauf ausbleibenden psychischen Auffälligkeiten wurde dies jedoch nicht umgesetzt

Fallbeispiel 5
Therapie und Verlauf

- Im Informationsschreiben für die Geburtshelfer wurde jedoch auf das Risiko einer möglichen erneuten Entwicklung einer postpartalen Psychose explizit hingewiesen und der Einsatz von Quetiapin bei Auffälligkeiten (von Pat. genannt vermehrter Redefluss und „Hibbeligkeit" sowie Schlafstörungen) empfohlen

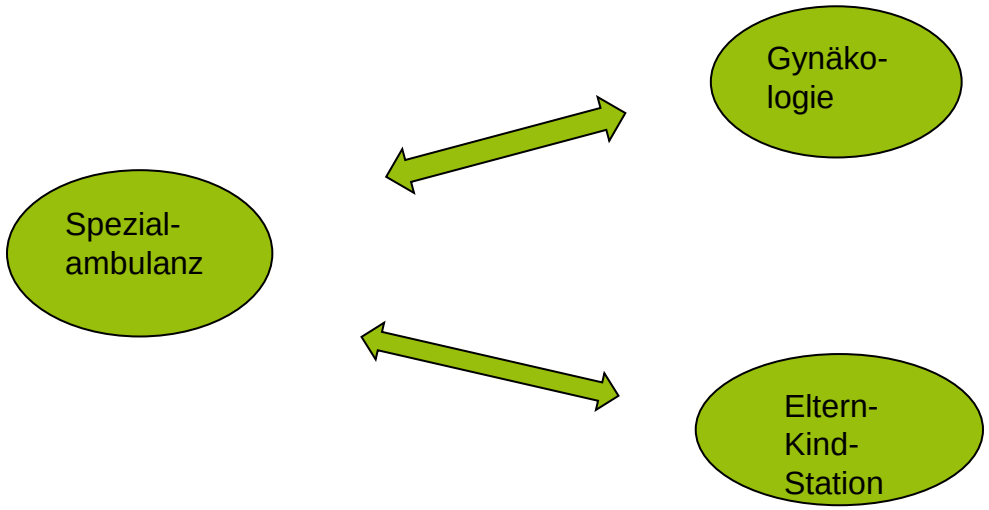
- Geburt eine Woche vor dem errechneten Termin

- Erste Quetiapingabe bereits einen Tag nach der Geburt bei starken Schlafstörungen, in den kommenden Tagen zunehmend „rastloses Verhalten" und ein verstärkter Redefluss berichtet -> zunächst Aufdosierung von Quetiapin

- Kontaktaufnahme mit der Eltern-Kind-Station am Alexius-/Josef-Krankenhaus Neuss -> Aufnahme von Mutter und Kind 11 Tage nach der Geburt.
  Aufenthalt knapp 4 Wochen, zunächst weitere Aufdosierung von Quetiapin, welches im Verlauf reduziert werden konnte und im Anschluss im ambulanten Setting innerhalb von ca. 2 ½ Monaten wieder ausgeschlichen werden konnte

Fallbeispiel 5

Schnittstellenmanagement



Ausblick

- S3 Leitlinie „peripartale psychische Störungen“ (PERIPSYCH), voraussichtliche Fertigstellung im kommenden Jahr angedacht
- S3 Leitlinie „peripartale Traumatisierung – Prophylaxe, Diagnostik und Therapie“ (PERITRAUMA), voraussichtliche Fertigstellung im kommenden Jahr angedacht
- Zusatzbezeichnung „Peripartalpsychiater“ bzw. „peripartalpsychiatrische Versorgung“ angedacht
- Netzwerken, netzwerken, netzwerken

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Fragen?

Kontakt:

LVR-Klinikum Düsseldorf
Institutsambulanz Haus 10
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Telefon: 0211/922-3547 oder -3548
Fax: 0211/922-3573
Email: Milanka.Peric@lvr.de
Sara.Statucki@lvr.de

Quellen

- Angeline S, Tiyatiye B, Akosile W. Transcranial magnetic stimulation in pregnancy: efficacy, safety, an future implications for perinatal mental health care. Brain Behav 2025; 15:e70304
- Bell L et al. Barriers and Facilitators to the Use of Mental Health Servixe by Women with Elevated Symptoms of Depression and Their Partners. Issues Ment Health Nurs. 2016; 37(9): 651-659
- Benkert O, Hippius H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 13. Auflage
- Bergink V, Bouvy PF, et al. Prevention of postpartum psychosis and mania in women at high risk. AmJPsychiatry 2012;169:609–615
- Bobo WV, Moore O, Hurley CB, et al. Modified electroconvulsive therapy for perinatal depression: scoping review. Front Psychiatry 2025; 16:1619098
- Brockington I F, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C, Murdoch C. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health, 2001; 3: 133–140.
- Clark A, D'Andrea L, Reminick A. Current treatment options for perinatal depression. Curr Opin Obstet Gynecol 2026; 38(2): 57-64
- Cox, JL, Holden, JM, Sagovsky, R. EDPS. 1987; Deutsche Version von Herz et al. 1996 und Muzik et al. 1997 als „Befindlichkeitsbogen"
- Desaunay P et al. Benefits and Risks of Antidepressant Drugs During Pregnancy: A Systematic Review of Meta-analyses, PaediatrDrugs. 2023 May;25(3):247-265
- Dooley RL, McAloon J. The efficacy of antenatal cognitive behavioral therapy for antenatal and postnatal depression: a PRISMA based systemic review an meta-analysis. J Affect Disord 2025; 376:225-240
- embryotox.de (tagesaktuelle Recherche)
- Ewing G et al. Placental transfer of antidepressant medications: implications for postnatal adaptation syndrome, ClinPharmacokinet. 2015 Apr;54(4):359-70
- Feghali, M, Venkataramanan, R, Caritis, S. Pharmacokinetics of drugs in pregnanc, Semin Perinatol. 2015 Nov; 39(7): 512-519
- Fallakten des LVR-Klinikums Düsseldorf
- Gavin NI et al. Perinatal deperssion A systematic review of prevalence incidence. ObstetGynecol.2005;106:1071–83
- Grote NK et al. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction, ArchGen Psychiatry2010;67:1012–24
- Grover S, Sharma P, Chakrabarti S. Use of electroconvulsive therapy during postpartum: a retrospective chart review. Indian J Psychiatry 2024; 66:572-575
- Guclu S, Gol M, Dogan E, Saygili U. Mirtazapine use in resistant hyperemesis gravidarum: report of three cases and review of the literature. Arch Gynecol Obstet 2005; 272:298-300
- Henshaw EJ et al. First-time parents' shared representation of postpartum depressive symptoms: A qualitative analysis. Soc Sci Med. 2016; 160:102-110
- Hofecker-Fallahpour M et al. Was Mütter depressiv macht… und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiebuch. Bern: Huber. 2005
- Howard LM, Molyneaux E, et al. Nonpsychoticmental disorders in the perinatal period. Lancet. 2014; 384(9956):1775–1788
- Jennings KD et al. Thought of harming infants in depressed and non-depressed mothers. Journal of affective disorders. 1999, 54 (1-2), 21-28
- Jones I, Chandra PS et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. Lancet. 2014; 384:1789–1799
- Kendell RE, Chalmers JC et al (1987) Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatry. 1987; 150:662–673
- Kim DR, Wang E, McGeehan B, et al. Randomized controlled trial of transcranial magnetic stimulation in pregnant women with major depressive disorder. Brin Stimul 2019; 12:96-102
- McLoughlin, D.M., Mogg, A., Eranti, S., Pluck, G., Purvis, R., Edwards, D., Landau, S., Brown, R., Rabe-Heskith, S., Howard, R., Philpot, M., Rothwell, J., Romeo, R., Knapp, M. The clinical effectiveness and cost of repetitive transcranial magnetic stimulation versus electroconvulsive therapy in severe depression: a multicentre pragmatic randomised controlled trial and economic analysis. Health Technol Assess. 2007; 11 (24): 1-54.

Quellen ff

- Meisenzahl E, Stegmüller V, Gerbig, N. Psychische Belastungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Das Manual für Gruppen- und Einzelsettings. Stuttgart: Schattauer. 2021
- Meng, L-C, Lin, C-W, Chuang, H-M et al. Benzodiazepine use during pregnancy and risk of miscarriage. JAMA Psychiatry. 2024; 81 (4): 366-373
- Miuli A, Pettoruso M, Stefanelli G, et al. Beyond the efficacy of transcranial magnetic stimulation in peripartum depression: a systemic review explorin perinatal safety of newborns. Psychiatry Res. 2023, 326:1 15251
- Online Zugriff auf die Homepage der deutschen Gesellschaft für interpersonelle Psychotherapie https://dg-ipt.de/was-ist-ipt am 10.06.26 um 15:50 Uhr
- Online Zugriff auf die Homepage https://magnetstimulation.org/neurostimulation/rtms am 10.06.26 um 15:55 Uhr
- Online Zugriff auf https://www.schatten-und-licht.de/Hilfsangebote/MutterKindEinrichtungen/Mutter-Vater-Kind-Einrichtungen.pdf am 18.06.26 um 12:22 Uhr
- Online Zugriff auf die Homepage des statischen Bundesamtes https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html am 17.06.26 um 15:43 Uhr
- Online Zugriff auf die Homepage von UPlusE https://upluse.de am 03.10.26 um 12:20 Uhr
- Pacheco F, Guiomar R, Brunoni AR, et al. Efficacy of non-invasive brain stimulation in decreasing depression symptoms during the peripartum period: a systemativ review.
- Patientenakten des LVR-Klinikums Düsseldorf
- Rogers A et al. Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2020; 174(11):1082-1092
- Rohde A, Dorsch V, Schaefer Ch. Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit 4. Auflage
- Rohde A, Hocke A, Meurers A, Dorsch V. Peripartales Management bei psychischer Vorerkrankung: Strategien zur Rezidivprophylaxe nach der Entbindung. Nervenarzt 2016; 87:980–988
- Saharoy R et al. Postpartum Depression and Maternal Care Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants. Cureus. 2023; 15(7):e41381
- Schneider, F *Hrsg*. Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2. Auflage
- Stewart DE. Clinical practice. Depression during pregnancy. N Engl J Med 2011; 365:1605-16011
- Wichman CL. Managing your own mood lability: Use of moodstabilizers and Antipsychotics in pregnancy.CurrPsychiatryRep. 2016; 18(1):1
- Zhang Z, Luo T, Yu J. Sertraline plus repetitive transcranial magnetic stimulation for the treatment of postpartum depression. Rev Assoc Med Bras (1992) 2025; 71:e20241001