

Evidenzbasierte Klinische Praxisleitlinie für Prävention, Früherkennung und Behandlung von peripartalen Depressionen

KURZVERSION



Funded by
the European Union



RISEUP-PPD
Research Network
in PeriPartum
Depression Disorder



Diese Seite wurde absichtlich leer gelassen

Das vollständige englischsprachige Dokument der
EVIDENZBASIERTE PRAXISLEITLINIE FÜR PRÄVENTION, FRÜHERKENNUNG UND
BEHANDLUNG VON PERIPARTALEN DEPRESSIONEN
ist verfügbar unter:

https://riseupppd18138.com/wp-content/uploads/2025/02/Riseup_Doc_net_English_v05c.pdf

Diese Veröffentlichung basiert auf Arbeiten im Rahmen der COST-Aktion Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder

(Riseup-PPD), CA18138, die von COST (European Cooperation in Science and Technology) unterstützt wurde.



Diese Leitlinie wurde entwickelt, um Entscheidungen in der Gesundheitsfürsorge zu unterstützen, indem sie Fachleuten eine Anleitung zu evidenzbasierten Verfahren gibt, um die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen ihnen und ihren Patienten zu fördern. Es handelt sich um eine evidenzbasierte Leitlinie, die auf einer systematischen Überprüfung der Erkenntnisse und einer Bewertung des Nutzens und Schadens verschiedener Behandlungs- und Versorgungsoptionen beruhen. Daher sollten die Empfehlungen im Rahmen der in der Literatur verfügbaren Datenlage berücksichtigt werden, die in gewissem Umfang in den Abschnitten über die Literatursynthese

beschrieben werden. Allerdings gelten Empfehlungen, selbst wenn sie eindeutig sind, möglicherweise nicht für alle Umstände und alle Patient:innen. Einige Empfehlungen könnten auch darauf hindeuten, dass es Schwierigkeiten bei der Zugänglichkeit und Verfügbarkeit psychologischer Behandlungen gibt oder dass Frauen gegen pharmakologische oder psychologische Behandlungen Vorbehalte haben. Leitlinien für die klinische Praxis ersetzen jedoch nicht das klinische Urteilsvermögen bei der Diagnose und der individuellen Behandlung unter Berücksichtigung der besonderen Umstände jeder einzelnen Patient:in.



INHALTSVERZEICHNIS

A. // Entwicklung der Leitlinien	8
Umfang der Leitlinien	8
Warum wurden diese Leitlinien entwickelt?	8
Zielgruppe der Leitlinien	9
Entwicklung Der Leitlinien	9
Definition Prävalenz, Auswirkungen und Kosten der peripartalen Depression	14
Definition der peripartalen Depression	14
B. // Einleitung	15
Prävalenz und Inzidenz	16
Risikofaktoren	17
Auswirkungen von PPD	19
Auswirkungen auf Mütter, Kinder und die Familie	19
Auswirkungen auf den weiteren Kontext/die Gesellschaft	20
C. // Empfehlungen für die klinische Praxis: Zusammenfassende Liste der Empfehlungen.....	22
D. // Überblick über die klinischen Empfehlungen	45
Abbildung 1. Überblick über die klinischen Empfehlungen für Interventionen während der Schwangerschaft	45
Abbildung 2. Überblick über die klinischen Empfehlungen für Interventionen in der postpartalen Phase.....	46
Abbildung 3. Klinischer Pfad für den Umgang mit PPD im klinischen Umfeld	47
E. // Schlussbemerkungen	49
Anhang 1. Die Leitlinien-Entwicklungsgruppe	51



Diese Seite wurde absichtlich leer gelassen



A. ENTWICKLUNG DER LEITLINIEN



A. // Entwicklung der Leitlinien

UMFANG DER LEITLINIE

Diese Leitlinie zielt darauf ab, die aktuellen Erkenntnisse über Interventionen zur Prävention, Früherkennung und Behandlung der peripartalen unipolaren Depression (PPD) zusammenzufassen. Die Leitlinien richten sich an Angehörige der Gesundheitsberufe, die in ihrer klinischen Praxis Frauen betreuen, die eine Schwangerschaft planen, schwanger sind oder sich im ersten Jahr nach der Geburt in Bezug auf ihr Depressionsrisiko befinden, oder die bereits an einer Depression leiden. In dieser Arbeit wird durchgängig der Begriff „Frauen“ verwendet. Wir sind uns darüber im Klaren, dass es neben den Personen, die sich selbst als Frauen bezeichnen, die eine Schwangerschaft planen oder schwanger sind, auch andere Personen geben kann; da sich jedoch alle in dieser Arbeit gesammelten Daten auf Frauen beziehen, haben wir uns dafür entschieden, den Begriff „Frauen“ zu verwenden, wenn wir uns auf schwangere Personen beziehen. Darüber hinaus gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass PPD auch Väter

betreffen kann. Die Erkenntnisse sind jedoch noch zu spärlich, um Empfehlungen für die Behandlung der väterlichen PPD abzugeben.

WARUM WURDE DIESE LEITLINIE ENTWICKELT?

Um PPD vorzubeugen und ein rechtzeitiges Screening mit anschließender angemessener Behandlung anzubieten, sind Leitlinien für die klinische Praxis von entscheidender Bedeutung, die all diese Schritte - von der Prävention über das Screening bis hin zur Behandlung mit verschiedenen Optionen - anleiten. Eine kürzlich durchgeführte systematische Überprüfung der Leitlinien für PPD in europäischen Ländern (Motrico et al., 2022) ergab 14 Empfehlungen für die klinische Praxis in 11 Ländern (Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Italien, Malta, Niederlande, Norwegen, Serbien, Spanien und Vereinigtes Königreich). Von diesen Empfehlungen wurden nur fünf mit einer angemessenen methodischen Qualität bewertet, darunter Empfehlungen aus Finnland, den Niederlanden und drei aus dem Verein-

igten Königreich, und im Allgemeinen waren die Informationen zur Prävention dürftig. Darüber hinaus wurde nur eine dieser Empfehlungen (die aus Finnland) innerhalb der letzten fünf Jahre veröffentlicht. Außerdem befasst sich keine der bestehenden Leitlinien, einschließlich der 2023 vom American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) («Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum», 2023; «Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum», 2023), speziell mit PPD. In Anbetracht der Tatsache, dass die PPD die häufigste psychische Erkrankung in der Peripartalperiode ist und angesichts der zahlreichen neuen Erkenntnisse auf diesem Gebiet, werden nach wie vor aktuelle, evidenzbasierte Leitlinien für Prävention, Screening und Behandlung der PPD benötigt.

Die COST-Aktion „Paneuropäisches Netz für innovative und nachhaltige Forschung im Bereich der peripartalen Depression“ (Riseup-PPD) hat (Fonseca et al., 2020) in den letzten vier Jahren mehrere Aktionslinien verfolgt. Eine dieser Linien bestand darin, klinische Praxisleitlinien für die Behan-

dlung von PPD zu ermitteln und die verbleibenden Lücken in diesem Bereich zu schließen. Das Fehlen spezifischer Leitlinien für die Behandlung von PPD in den europäischen Ländern könnte zu Unterschieden in der Behandlung von PPD in Europa und folglich zu Ungleichheiten für Frauen mit PPD führen. Dies gilt insbesondere für Empfehlungen zur pharmakologischen Behandlung, da eine kürzlich durchgeführte Synthese der europäischen Leitlinien für die klinische Praxis (CPGs) für Antidepressiva und andere Psychopharmaka die Uneinheitlichkeit der verfügbaren Empfehlungen und den Bedarf an evidenzbasierten CPGs hervorhebt (Kittel-Schneider et al., 2022). Daher haben wir uns bei der Ausarbeitung dieses Dokuments auf die Fülle der international verfügbaren evidenzbasierten Literatur gestützt. Darüber hinaus stützten wir uns auf das kollektive Fachwissen von Kliniker:innen, Forscher:innen, Ethiker:innen und Frauen, die PPD in verschiedenen europäischen Ländern selbst erlebt haben.

ZIELGRUPPEN DER LEITLINIE

Diese Leitlinie richten sich in erster Linie an psychosoziale Fachkräfte (wie



Psychiater:innen, Psycholog:innen, Berater:innen, Psychosomatiker:innen und andere psychosoziale Fachkräfte), Gesundheitsfachkräfte wie Hebammen und Geburtspfleger, Geburtshelfer:innen/Gynäkolog:innen, Kinderärzt:innen, Krankenschwestern und -pfleger, Allgemeinmediziner:innen, Sozialarbeiter:innen, Apotheker:innen und andere, die bei der Entwicklung und Durchführung von Maßnahmen zur Prävention, zum Screening oder zur Behandlung von PPD eine Schlüsselrolle spielen. Weitere Adressaten dieser Leitlinien sind Politiker:innen, Wirtschaftswissenschaftler:innen, Entscheidungsträger:innen und gemeinnützige Organisationen, einschließlich Patientenorganisationen, die an Entscheidungen über die Finanzierung, Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention, Früherkennung oder Behandlung von PPD beteiligt sein können.

Die in dieser Leitlinie vorgestellten Interventionen umfassen ein breites Spektrum von Strategien, die biologische Interventionen wie Pharmakotherapie und nicht-invasive Hirnstimulation, psychologische und psychosoziale Interventionen, sowie andere nicht-konventionelle und ergänzende Interventionen bei PPD einschließen.

ENTWICKLUNG DER LEITLINIE

Die Entwicklung der Empfehlungen erfolgte auf der Grundlage des GRADE-Rahmens (Schünemann et al., 2013). Dieser Rahmen bietet ein System für die Bewertung der Qualität einer Reihe von Belegen in systematischen Übersichten und anderen evidenzbasierten Dokumenten, welches die Entwicklung von evidenzbasierten Empfehlungen unterstützt. Die Nachweise für jede Schlüsselfrage wurden zusammengefasst und werden in diesem Dokument in Form von Text und Zusammenfassung präsentiert.

Zur Bewertung der Qualität der Nachweise wurden die vier Stufen des GRADE-Systems (hoch, mäßig, niedrig und sehr niedrig) verwendet. Zwei Mitglieder der Leitlinien-Gruppe bewerteten jede Studie zunächst nach den Faktoren, die sich auf die Qualität der Nachweise auswirken. Nach dem GRADE-Handbuch wurden fünf Faktoren berücksichtigt, um die Qualität der Nachweise nach unten zu bewerten: Einschränkungen im Studiendesign oder in der Durchführung (Risiko der Verzerrung), Inkonsistenz der Ergebnisse, Indirektheit der Nachweise, Ungenauigkeit und Publikationsverzerrung. Umgekehrt wurden ein großes Ausmaß an Wirkungen, die Bereinigung



um Störfaktoren und das Vorhandensein eines Dosis-Wirkungs-Gradienten für die Verbesserung der Qualität der Nachweise berücksichtigt, falls zutreffend.

In Anlehnung an den GRADE-Rahmen wurden zwei Arten von Empfehlungen verwendet: starke Empfehlungen und schwache Empfehlungen.

Eine starke Empfehlung wurde vorgeschlagen, wenn die Mitglieder der Leitliniengruppe starke Hinweise darauf fanden, dass die erwünschten Auswirkungen die unerwünschten bei weitem überwiegen. Eine schwache

Empfehlung wurde vorgeschlagen, wenn die Mitglieder der Leitliniengruppe nicht absolut sicher waren, dass das Gleichgewicht zwischen erwünschten und unerwünschten Wirkungen und die Faktoren, die dafürsprechen, ausgewogen sind, und daher erhöhte Vorsicht geboten ist.

Zusätzlich kann ein Punkt für bewährte Praktiken (good practice point, GPP) hinzugefügt werden, wenn es eine Empfehlung für bewährte Praktiken gibt, die auf den Erfahrungen der Mitglieder der Leitliniengruppe beruht.



Tabelle 2. Empfehlungen, die vorgeschlagen werden können

Starke Empfehlung für die Intervention	Der Nutzen überwiegt eindeutig die Schäden/Risiken. Die überwiegende Mehrheit der Patienten wird von dieser Maßnahme profitieren und sollte sie daher erhalten.
Schwache Empfehlung für die Intervention	Es besteht eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Nutzen und Schaden/Risiken, obwohl zu erwarten ist, dass einige Patienten von dieser Maßnahme profitieren werden. Der Nutzen kann ungewiss sein und hängt von den Merkmalen des Patienten, seinen Werten, Vorlieben und persönlichen Umständen ab. Darüber hinaus werden kontextabhängige Ressourcen berücksichtigt, die die Nichtverfügbarkeit/Unzugänglichkeit höherwertiger Interventionen bestimmen. Wenn eine Intervention nur schwach empfohlen wird, wird besondere Aufmerksamkeit empfohlen und sollte darauf verwendet werden, eine maßgeschneiderte und gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und dem Patienten zu gewährleisten, um die für den jeweiligen Patienten am besten geeignete Entscheidung zu unterstützen.
Keine Empfehlung	Es gibt nicht genügend Beweise, um eine Empfehlung auszusprechen.
Starke Empfehlung gegen die Intervention	Die Schäden/Risiken und Belastungen überwiegen eindeutig den Nutzen. Die meisten Patienten werden von dieser Maßnahme nicht profitieren und sollten sie daher nicht erhalten.
Schwache Empfehlung gegen die Intervention	Es besteht eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Nutzen und Schaden/Risiken und es ist davon auszugehen, dass nur wenige Patienten von dieser Maßnahme profitieren werden. Der Nutzen kann ungewiss sein und hängt von den Merkmalen des Patienten, seinen Werten, Vorlieben und persönlichen Umständen ab. Wenn eine Intervention nur schwach empfohlen wird, wird besondere Aufmerksamkeit empfohlen und sollte darauf verwendet werden, eine maßgeschneiderte und gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe und dem Patienten zu gewährleisten, um die für den jeweiligen Patienten am besten geeignete Gesundheitsversorgungsentscheidung zu unterstützen.
Empfohlen im Forschungsumfeld	Es gibt keine ausreichenden Beweise, um die Anwendung (oder Nichtanwendung) der Intervention zu empfehlen, aber es gibt ein großes Forschungspotenzial, um die Unsicherheit über die Auswirkungen der Intervention zu vertretbaren Kosten zu verringern.
GPP	Empfehlungen für bewährte Verfahren auf der Grundlage der Erfahrungen der RU-GDG-Mitglieder



Die Empfehlungen werden mit den folgenden Anzeigen und Symbolen dargestellt:

Tabelle 3. Beispiel für eine Tabelle mit Empfehlungen

Allgemeine Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentar
Text der Empfehlung	Stark oder Schwach	Hoch ⊕⊕⊕⊕ Mäßig ⊕⊕⊕○ Schwach ⊕⊕○○ Sehr Schwach ⊕○○○	Ein Kommentar mit zusätzlichen Informatio- nen zu der Empfehlung.



B. EINLEITUNG



B. // Einleitung

DEFINITION PRÄVALENZ, AUSWIRKUNGEN UND KOSTEN DER PERIPARTALEN DEPRESSION

Definition der peripartalen Depression

Die peripartale Depression (PPD) ist formal definiert als Episode einer unipolaren schweren depressiven Störung (major depressive disorder, MDD), die während der Schwangerschaft oder innerhalb von vier Wochen nach der Entbindung auftritt (American Psychiatric Association (APA), 2013). Mehrere Studien in diesem Bereich zeigen jedoch, dass sie bis zu einem Jahr nach der Geburt auftreten kann (Gavin et al., 2005; Gelaye et al., 2016). Daher ist die Grundlage dieser Leitlinie die breite Definition von PPD, die Schwangerschaft und Wochenbett bis zu einem Jahr nach der Geburt umfasst. Die Symptome der PPD sollen denen einer Depression außerhalb der Peripartalperiode ähnlich sein. Wie im Klassifikationssystem DSM-5 beschrieben, gehören dazu die Kernsymptome „depressive Stimmung“ und „Verlust von Interesse oder Freude an fast allen Aktivitäten“ sowie mindestens drei weitere der folgenden Symptome:

Gewichtsveränderungen, Schlafstörungen, Energieverlust, psychomotorische Veränderungen (Unruhe oder Verlangsamung), Gefühle von Wertlosigkeit oder unangemessene Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, Gedanken an den Tod oder Suizidgedanken. Für die Diagnose muss mindestens ein Kernsymptom und vier weitere Symptome vorliegen. Diese Symptome sollten mindestens zwei Wochen andauern und zu einer erheblichen Belastung oder Beeinträchtigung in wichtigen Funktionsbereichen führen (American Psychiatric Association (APA), 2013).

Obwohl PPD noch nicht als eine von MDD getrennte Entität angesehen wird, gibt es immer mehr Belege für Symptome, die im Vergleich zu MDD typisch für PPD sind. Zu diesen Symptomen gehören verstärkte Angstzustände, psychomotorische Symptome, Zwangsgedanken, Konzentrations- und Entscheidungsschwierigkeiten, Müdigkeit und Energieverlust sowie spezifische Schuldgefühle, keine gute Mutter zu sein, aber weniger traurige Stimmung und Suizidgedanken im Vergleich zu MDD (Beck & Indman, 2005; Hoertel et al., 2015; Kettunen et al., 2014). Ob sich die Depression während



der Schwangerschaft von der postpartalen Depression unterscheidet, ist noch nicht ausreichend erforscht, aber es gibt einige Hinweise darauf, dass sie mit unterschiedlichen Symptomen einhergehen. Darüber hinaus deutet die Literatur darauf hin, dass sich die PPD-Symptome in verschiedenen Kulturen unterschiedlich äußern können.

Es ist wichtig, die PPD vom Baby Blues zu unterscheiden, der bei bis zu 50 % der Frauen in den ersten zehn Tagen nach der Geburt auftritt (Chechko et al., 2023). Der Baby-Blues wird nicht als psychische Störung betrachtet, da es sich um einen vorübergehenden Zustand handelt, der nur zu einer vorübergehenden geringen Beeinträchtigung führt und daher keine zusätzlichen professionellen Interventionen erfordert.

Prävalenz und Inzidenz

Die Prävalenz der postpartalen Depression variiert von Land zu Land und von Region zu Region und es gibt mehrere Faktoren, die ihr Auftreten beeinflussen. Laut einer umfassenden Meta-Analyse von Wang et al. (2021), die 565 Studien aus 80 verschiedenen Ländern umfasst, liegt die Gesamtprävalenzrate weltweit bei etwa 17,4 %. In Europa ist die Prävalenz mittelschwerer bis

schwerer depressiver Symptome je nach Region unterschiedlich. Während der Schwangerschaft reicht diese Rate von 3,5 % in Nordeuropa über 4,9 % in Westeuropa bis zu 5,9 % in Osteuropa. Während der Schwangerschaft reicht diese Rate von 3,3 % in Nordeuropa über 5,8 % in Westeuropa bis zu 6,1 % in Osteuropa.

Die Verwendung unterschiedlicher Diagnoseinstrumente könnte die festgestellten Prävalenzraten der postpartalen Depression beeinflussen. Die Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) ergab die höchste Prävalenzrate von 37,2 %, während das Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID) die niedrigste Prävalenzrate von 10,1 % aufwies. Die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) war das am häufigsten verwendete Diagnoseinstrument mit einer Prävalenzrate von 16,9 %.

Die Stichprobengröße der zusammengefassten Studien kann ebenfalls die gemeldeten Prävalenzraten der postpartalen Depression beeinflussen. Insgesamt hatten Studien mit mehr als 1.000 Teilnehmern niedrigere Prävalenzraten (13,0 %) als

Studien mit weniger als 1.000 Teilnehmern (19,4 %).

Die Gesamtprävalenz der postpartalen Depression variierte auch in den verschiedenen Zeiträumen nach der Geburt, wobei sie in den ersten 1 bis 3 Monaten (17,7 %) höher war, gefolgt von 3 bis 6 Monaten (15,3 %), und ähnlich hoch bei 6 bis 12 Monaten (18,2 %) und mehr als 12 Monaten (18,0 %).

Ein weiterer einflussreicher Prädiktor, der von Wang et al. gefunden wurde (2021), war das Entwicklungsniveau des Landes. Interessanterweise wiesen entwickelte Länder oder Regionen mit hohem Einkommen geringere Raten von postpartalen Depressionen auf. Darüber hinaus wurde die Prävalenz von postpartalen Depressionen durch kulturelle Unterschiede, unterschiedliche Erfassungssysteme von Diagnosen, unterschiedliche Sichtweisen auf Fragen der psychischen Gesundheit, das Stigma, das psychische Gesundheit umgibt, die sozioökonomische Schicht, Armut, den begrenzten Zugang zu sozialen Diensten, mangelhafte Ernährung, ein erhöhtes Stressniveau und biologische Faktoren bee-

influsst.

Die Prävalenz von Depressionen während der Schwangerschaft wurde ebenfalls eingehend untersucht. Eine kürzlich durchgeführte systematische Überprüfung und Meta-Analyse (Yin et al., 2021) ergab, dass die gepoolte Prävalenz jeglicher Art von Depression während der Schwangerschaft in 173 Studien bei 20,7 % lag, wobei die gepoolte Prävalenz der schweren Depression 15,0 % betrug. In den Ländern mit hohem Einkommen lag die Prävalenzrate für Depressionen während der Schwangerschaft bei 8,1 %, in der europäischen Region bei 17,9 %. Bei der Analyse der verschiedenen Phasen der Schwangerschaft wurde festgestellt, dass die Prävalenz von Depressionen im ersten Trimester 21,2 %, im zweiten Trimester 15,8 % und im dritten Trimester 18,9 % beträgt.

Risikofaktoren für PPD

Die Risikofaktoren für PPD werden häufig in biologische, psychosoziale und umweltbedingte Faktoren eingeteilt («Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum», 2023).



Die wichtigsten Risikofaktoren für pränatale Depressionen sind ein niedriger sozioökonomischer Status, eine ungeplante Schwangerschaft, psychische Störungen in der Vergangenheit und Gewalterfahrungen (Míguez & Vázquez, 2021; Yin et al., 2021). Einige der oben genannten Faktoren, aber auch eine das Vorliegen eines prämenstruellen Syndroms in der Vorgeschichte, Variationen des 5-HTTLPR-Polymorphismus (d.h. Genvarianten im Serotonin-Transporter-Gen), Schwangerschaftsdiabetes, Anämie während der Schwangerschaft, Frühgeburt und operative Entbindung stellen Risikofaktoren für eine postpartale Depression dar (Gastaldon et al., 2022; Hutchens & Kearney, 2020). Während andererseits ein sehr starker Hormonabfall nach der Geburt für die postpartale Depression mitverantwortlich gemacht wird, verlaufen die hormonellen Veränderungen während der Schwangerschaft eher allmählich. In Tiermodellen wurde ein umgekehrter Zusammenhang zwischen dem Östradiolspiegel und der Genexpression der Monoaminoxidase A nachgewiesen, ebenso wie die MAO-A-Aktivität in einer PET-Studie am Menschen in der unmittelbaren postpartalen Phase. Dies sind die ersten Hinweise darauf,

wie der starke Abfall des Hormonspiegels nach der Geburt über einen verstärkten Abbau von Monoamin-Neurotransmittern wie Serotonin zur Entstehung von Depressionen beitragen könnte. Es gibt noch viel weniger Erkenntnisse über die Schwangerschaft, da Studien an Schwangeren aus ethischer Sicht schwieriger sind als an Frauen nach Entbindung. Auch der Progesteronspiegel, der während der Schwangerschaft um das 20-fache ansteigt, fällt einige Tage nach der Geburt wieder auf das Niveau des Menstruationszyklus zurück (für einen Überblick siehe Sacher et al., 2020). Auch dies könnte möglicherweise Schwankungen im Neurotransmitterhaushalt auslösen und so zu depressiven Symptomen beitragen. Aktuell gibt es dafür allerdings noch keine klaren Belege aus Humanstudien dafür.

Die ersten Studien, die strukturelle Veränderungen des Gehirns während und nach der Schwangerschaft untersuchten, konzentrierten sich auf die Hypophyse als Kontrollorgan der Stressachse und führten regionale Analysen durch, die eine Zunahme des Volumens während der späten Schwangerschaft und in den ersten Tagen nach der Geburt im Vergleich



zur frühen Schwangerschaft und der späteren postpartalen Phase zeigten. Analysen des gesamten Gehirns zeigen eine Volumenplastizität der grauen Substanz nach der Schwangerschaft. Der Vergleich der Strukturdaten vor der Geburt und vor der Empfängnis zeigte eine signifikante Abnahme der Hirngröße und eine Zunahme der Ventrikelgröße, während der Vergleich der Bilder vor der Geburt mit denen sechs Monate nach der Geburt eine Zunahme der Hirn- und Ventrikelgröße ergab. Diese dynamischen und anfänglichen physiologischen Veränderungen könnten ebenfalls zur Auslösung depressiver Symptome bei gefährdeten Frauen beitragen, aktuell liegen hierzu allerdings noch keine Daten vor. Es gibt eine Reihe weiterer potenzieller biologischer Risikomechanismen, die nachweislich mit der postpartalen Depression der Mutter in Verbindung stehen: niedrigere BDNF-Werte im Blut (Lee et al., 2021), eine höhere Empfindlichkeit gegenüber periportalen Progesteron-/Allopregnanolon-Schwankungen (Rathi et al., 2022), eine Vorgeschichte mit prämenstruellem Syndrom (PMS) (Hahn et al., 2021) und (Haar-)Cortisolveränderungen (Stickel et al., 2021). Jüngste Studien zeigen eine große genetische Überschneidung mit uni-

polaren Depressionen im Allgemeinen, aber auch eine unterschiedliche Assoziation von Genen bei PPD, wie z. B. von Genen, die im Eierstockgewebe exprimiert werden. Die Identifizierung der neurobiologischen Mechanismen von PPD würde dazu beitragen, prädiktive Biomarker zu entwickeln und in Zukunft neue Präventions- und Behandlungsziele zu finden (Kiewa et al., 2022).

Auswirkungen von PPD Auswirkungen auf Mütter, Kinder und die Familie

In der Literatur sind die negativen Auswirkungen von PPD auf Mütter und Familien dokumentiert (Rodriguez- Muñoz et al., 2023). PPD beeinträchtigt die Mutter und ihr Wohlbefinden durch Symptome wie Schuldgefühle, Interessenverlust, Anhedonie, Scham, Reizbarkeit oder sogar Suizidgedanken (Fonseca et al., 2020; Legazpi et al., 2022). Darüber hinaus zeigen Studien, dass die PPD mit ungünstigen Lebensstilfaktoren verbunden ist, zu denen Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch und eine schlechteres Wahrnehmen der medizinischen Vorsorgeuntersuchungen gehören (Marcos-Nájera et al., 2020; Slomian et al., 2019).



In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass Kinder von Müttern mit depressiven Symptomen eher eine Frühgeburtlichkeit, ein geringeres Geburtsgewicht, einen niedrigeren Apgar-Wert oder eine längere Verweildauer in der Perinatalstation aufweisen (Aoyagi & Tsuchiya, 2019; Dowse et al., 2020; Slomian et al., 2019). Darüber hinaus scheinen Probleme in der Mutter-Kind-Interaktion, einschließlich Schwierigkeiten bei der Bindung oder beim Stillen, oder Probleme im Zusammenhang mit der Mutterrolle bei Frauen mit depressiven Symptomen häufiger aufzutreten (Höflich et al., 2022; Nakić Radoš et al., 2023; Slomian et al., 2019). In Studien mit älteren Kindern sind die Folgen der mütterlichen PPD für die Nachkommen emotionale, verhaltensbezogene, kognitive und sprachliche Probleme oder ein besonderer Förderbedarf (Bauer et al., 2015; Slomian et al., 2019). Auch Väter leiden unter den Auswirkungen der mütterlichen postpartalen Depression. Die Auswirkungen der mütterlichen PPD auf

die Väter wurden insbesondere mit einem höheren Risiko für Beziehungsprobleme in Verbindung gebracht, darunter geringe eheliche Zufriedenheit, Schwierigkeiten bei der Bewältigung mütterlicher emotionaler Probleme (Wang et al., 2021) und väterliche Depressionen (Thiel et al., 2020). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine Vielzahl von Belegen für die schädlichen Auswirkungen der PPD der Mutter auf die Mutter selbst, das Kind, den Partner und die Familie insgesamt gibt.

Auswirkungen auf den weiteren Kontext/die Gesellschaft

Zusätzlich zu den Folgen der PPD für die Mutter, die Kinder und ihre Familie, bringt die PPD erhebliche wirtschaftliche Kosten für die Gesellschaft mit sich. In einem wirtschaftlichen Bericht über die Lebenszeitkosten von PPD und Angstzuständen untersuchten Bauer et al. (2016) die Folgen und Kosten von Angstzuständen und Depressionen bei Frauen während der Schwanger-



schaft und 12 Monate nach der Entbindung. Die Autoren verwendeten einen Entscheidungsmodellierungsansatz und nahmen eine Lebenszeitperspektive ein, d. h. die Kosten umfassten Ausgaben für Mutter und Kind während des gesamten Lebens. Die Ergebnisse verdeutlichen die hohen Kosten der peripartalen Depression mit geschätzten Gesamtkosten von mehr als 75.000 Pfund (ca. 88.000 Euro) im Jahr 2023 pro diagnostizierter Frau. Die Autoren stellten fest, dass der Großteil der Kosten nicht auf die Mutter, sondern auf die negativen Auswirkungen auf das Kind zurückzuführen ist. Die Kosten im Zusammenhang mit der Mutter sind mit Gesundheits- und Sozialausgaben (die insbesondere vom öffen-

tlichen Sektor getragen werden), Produktivitätsverlusten und Einbußen bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verbunden. Die Kosten für das Kind stehen im Zusammenhang mit der Gesundheitsfürsorge, Entwicklungsschwierigkeiten, psychischer Gesundheit und Bildungsfragen. Diese Studie unterstreicht die hohen Kosten psychischer Erkrankungen in der Peripartalzeit und legt nahe, dass Maßnahmen zur Prävention von Depressionen in der Peripartalzeit wahrscheinlich kosteneffizient sind, insbesondere für den öffentlichen Sektor (Bauer et al., 2015).



C. EMPFEHLUNGEN FÜR DIE KLINIS-
CHE PRAXIS: ZUSAMMENFASSENDE
LISTE DE EMPFEHLUNGEN



C. // Empfehlungen Für Die Klinische Praxis: Zusammenfassende Liste De Empfehlungen

#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Prävention der PPD				
Psychologische und psychosoziale Prävention.				
1	Psychologische und psychosoziale Interventionen werden dringend empfohlen, um PPD bei schwangeren Frauen und Frauen nach der Geburt, bei denen ein Risiko für die Entwicklung von PPD besteht, sowie bei schwangeren Frauen und Frauen nach der Geburt ohne Symptome und ohne bekannte Risikofaktoren zu verhindern.	Stark	Mäßig ⊕⊕⊕○	Es gibt zwar mäßige Belege für psychologische und psychosoziale Interventionen, aber es gibt keine Informationen über die Kostenwirksamkeit dieser Interventionen, so dass dies bei der Entscheidung über präventive Maßnahmen berücksichtigt werden sollte.
2	Psychologische Interventionen werden zur Vorbeugung von PPD bei Frauen mit subklinischen depressiven Symptomen nur bedingt empfohlen.	Schwach	Gering ⊕⊕○○	Die Empfehlung ist schwach, da es keine Belege für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen bei Frauen mit subklinischen Symptomen gibt. Obwohl präventive Maßnahmen positive Auswirkungen haben können, ist ungewiss, ob sie bei Frauen mit subklinischen Symptomen eine PPD wirksam verhindern können. Nur eine systematische Überprüfung und Meta-Analyse untersucht die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Vorbeugung von PPD bei Frauen mit subklinischen depressiven Symptomen, wobei die Ergebnisse nicht schlüssig waren.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Psychopharmakologische präventive Interventionen				
3	Es wird nicht empfohlen, Antidepressiva zur Vorbeugung von postpartalen Depressionen bei Frauen mit früheren Depressionen einzusetzen.	Stark	Schwach ⊕⊕○○	Es gibt nur wenige Belege dafür, dass die Einnahme von Antidepressiva nach der Geburt zur Vorbeugung von postpartalen Depressionen sinnvoll ist.
4	Es wird nicht empfohlen, Antidepressiva zur Vorbeugung von Depressionen während der Schwangerschaft zu verwenden.	Stark	Sehr schwach ⊕○○○	Es gibt nur wenige Belege dafür, dass die Einnahme von Antidepressiva nach der Geburt zur Vorbeugung von postpartalen Depressionen sinnvoll ist.
Psychopharmakologische präventive Interventionen				
5	Wir können keine Empfehlung für die Verwendung von Nahrungsergänzungsmitteln zur Prävention von PPD geben.	Keine Empfehlung		Es gibt keine Belege für die Wirkung von Nahrungsergänzungsmitteln bei der Prävention von PPD.
Präventive Maßnahmen auf der Grundlage körperlicher Aktivität				
6	Körperliche Aktivität wird zur Vorbeugung von PPD bei schwangeren Frauen und Frauen nach der Geburt in der Allgemeinbevölkerung nur in geringem Maße empfohlen.	Schwach	Mäßig ⊕⊕⊕○	Die Teilnehmer in der untersuchten Literatur wurden nicht auf Risikofaktoren untersucht. Es gibt Bevölkerungsgruppen mit Erkrankungen, für die körperliche Aktivität schädlich sein kann.
Maßnahmen für das PPD-Screening				
Screening-Programme für die Allgemeinbevölkerung				
7	Screening-Programme für Depressionen während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt werden stark empfohlen.	Stark	Mäßig ⊕⊕⊕○	Aufgrund ethischer Erwägungen sollte das Screening so lange durchgeführt werden, wie eine angemessene Diagnose, Behandlung und Nachsorge gewährleistet werden kann.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Screening-Programme für Frauen mit hohem Risiko				
8	Screening-Programme für das Vorhandensein von Risikofaktoren für die Anfälligkeit für PPD werden nur schwach empfohlen.	Schwach	Sehr Schwach ⊕○○○	Das Screening von Frauen ist wichtig, nachdem sie Informationen darüber erhalten haben, wie die Screening-Ergebnisse zu interpretieren sind und welche präventiven Maßnahmen angeboten werden können.
Interventionen zur Behandlung von PPD				
Psychologische Behandlung				
9	Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) wird für die Behandlung von depressiven Symptomen während der Schwangerschaft und nach der Geburt stark empfohlen.	Stark	Hoch ⊕⊕⊕⊕	Die meisten Frauen finden die psychologische Behandlung akzeptabel und sind zufrieden. Der Hauptvorteil besteht darin, dass für die meisten Frauen unerwünschte Wirkungen wahrscheinlich unbedeutend sind und keine nachteiligen Auswirkungen für Schwangere, Mütter und Föten/Kinder zu erwarten sind.
10	Die dritte Welle von CBT-Therapien, einschließlich Verhaltensaktivierung und Achtsamkeitstechniken, wird für die Behandlung von depressiven Symptomen während der Schwangerschaft und nach der Geburt nur schwach empfohlen.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	Es mangelt an Informationen über die Akzeptanz und Zufriedenheit mit der dritten Welle von CBT-Therapien. Jedoch sind keine unerwünschten und schädlichen Wirkungen für Schwangere, Mütter und Föten/Kinder zu erwarten.
11	Die interpersonelle Therapie (IPT) wird für die Behandlung von depressiven Symptomen während der Schwangerschaft und nach der Geburt nur schwach empfohlen.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	Es mangelt an Informationen über die Akzeptanz und Zufriedenheit mit der IPT. Unerwünschte und schädliche Auswirkungen auf Schwangere, Mütter und Föten/Kinder sind jedoch nicht zu erwarten.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Pharmakologische Behandlung				
Schwangerschaft				
12	Die Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft wird nach sorgfältiger Abwägung des individuellen Nutzen-Risiko-Verhältnisses für jede Frau und ihr ungeborenes Kind stark empfohlen. Bei der Entscheidung über eine antidepressive Behandlung sollten die Vorgeschichte des Wiederauftretens der Depression und die Schwere der Symptome, das bisherige Ansprechen auf die Behandlung und die individuellen Präferenzen berücksichtigt werden.	Stark	Schwach ⊕⊕○○	Aus systematischen Übersichten und Meta-Analysen liegen keine Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Antidepressiva in der Schwangerschaft vor. Es gibt nur mäßige Belege für die reproduktive Sicherheit von Antidepressiva in der Schwangerschaft in Bezug auf die Ergebnisse für Mutter und Kind. Bei Frauen mit mittelschweren bis schweren depressiven Symptomen oder bei Nichtansprechen auf nicht-pharmakologische Maßnahmen sollte jedoch eine antidepressive Medikation in Betracht gezogen werden.
13	Frauen mit schweren und/oder wiederkehrenden Depressionen wird stark empfohlen, das Antidepressivum während der Schwangerschaft nicht abzusetzen, da ein erhöhtes Rückfallrisiko besteht.	Stark	Schwach ⊕⊕○○	Es gibt Belege für ein erhöhtes Risiko eines Rückfalls der Depression bei Absetzen einer Medikation, insbesondere bei schweren oder wiederkehrenden Depressionen.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
14	Es wird stark empfohlen, Frauen, die Antidepressiva bei Erkennen einer Schwangerschaft absetzen, engmaschig auf eine Verschlechterung der Symptome und das Risiko eines Rückfalls zu überwachen.	Stark	Schwach ⊕⊕○○	Es besteht ein erhöhtes Risiko eines Rückfalls oder einer Verschlimmerung der Depression in der Schwangerschaft nach Absetzen des Antidepressivums bei Frauen mit schweren und wiederkehrenden Depressionen. Kliniker sollten Frauen über mögliche Risiken für ihre eigene psychische Gesundheit informieren, um sie bei der Entscheidungsfindung über ihre Behandlung zu unterstützen.
15	Es wird stark empfohlen, dass schwangere Frauen mit Antidepressiva in der niedrigsten wirksamen Dosis und möglicherweise als Monotherapie behandelt werden sollten.	GPP		
16	Es wird empfohlen, die Medikamentenspiegel regelmäßig zu überwachen und während der Schwangerschaft einen niedrigen Wirkstoffspiegel anzustreben.	GPP		
17	Es wird empfohlen, ein abruptes Absetzen des Antidepressivums bei Erkennen der Schwangerschaft zu vermeiden.	GPP		



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
18	Es wird stark empfohlen, dass Ärzte Frauen über die möglichen Risiken einer Antidepressiva-Exposition in der Schwangerschaft für die Gesundheit von Mutter und Kind im Vergleich zu den potenziellen Risiken einer mütterlichen Depression aufklären.	Stark	Mäßig ⊕⊕⊕○	Sowohl mütterliche Depressionen als auch die Einnahme von Antidepressiva in der Schwangerschaft können das Risiko mehrerer negativer gesundheitlicher Folgen bei Mutter-Kind-Paaren erhöhen. Frauen müssen über beide Arten von Risiken informiert werden, um fundierte klinische Entscheidungen über ihre Behandlung mit Antidepressiva treffen zu können. Es gibt jedoch keine Daten darüber, ob die Frauen über die potenziellen Risiken und Vorteile einer medikamentösen Behandlung von PPD informiert werden oder nicht.
19	Es wird stark empfohlen, dass alle Frauen, die mit Antidepressiva behandelt werden, und ihr Nachwuchs während der Schwangerschaft engmaschig überwacht werden und die Entbindung in einem spezialisierten geburtshilflichen Zentrum mit einer Neugeborenen-Intensivstation erfolgt.	Stark	Mäßig ⊕⊕⊕○	Bei Säuglingen, die pränatal einer antidepressiven Behandlung ausgesetzt waren, sowie bei Müttern mit depressiven Störungen im Allgemeinen besteht ein erhöhtes Risiko für eine schlechte neonatale Anpassung bei der Geburt, was die Empfehlung unterstützt, in einem spezialisierten geburtshilflichen Zentrum zu entbinden.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartale				
20	Es wird stark empfohlen, Depressionen in der Zeit nach der Geburt mit antidepressiven Medikamenten zu behandeln, nach sorgfältiger Abwägung des individuellen Nutzen-Risiko-Verhältnisses für jede Frau und ihr Kind, wenn es gestillt wird. Bei der Entscheidung über die Einnahme von Antidepressiva sollten das Wiederauftreten und der Schweregrad der Depression bei der Frau, das bisherige Ansprechen auf die Behandlung, die individuellen Präferenzen sowie der Gesundheitszustand des gestillten Kindes berücksichtigt werden.	Stark	Schwach ⊕⊕○○	Es liegen nur wenige Daten über die Wirksamkeit von Antidepressiva in der Zeit nach der Geburt vor. Jedoch gibt es im Gegensatz zu den Daten über die reproduktive Sicherheit von Antidepressiva in der Schwangerschaft wesentlich weniger Daten über die kurz- und langfristige Sicherheit von Kindern, die während der Stillzeit einem Antidepressivum ausgesetzt sind. Allerdings muss das Risiko einer unbehandelten Depression und der Nutzen des Stillens in Bezug auf diese negativen Folgen für jede Frau und jedes Kind individuell abgewogen werden. Für den Fall, dass eine Frau nicht stillt, gibt es nur schwache Belege für die Wirksamkeit einer antidepressiven Behandlung der postpartalen Depression, allerdings ist auch hier kein Risiko für das Kind zu befürchten.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
21	Es wird stark empfohlen, Brexanolon zur Behandlung von mittelschweren bis schweren postpartalen Depressionen einzusetzen, wenn es verfügbar ist und die Frau es als Behandlungsoption akzeptiert.	Stark	Mäßig ⊕⊕⊕○	Die starke Empfehlung beruht auf der klinischen Wirksamkeit dieser Maßnahme. Es ist jedoch zu beachten, dass einige Aspekte seine Verwendung beeinträchtigen können: (i) die Notwendigkeit einer stationären Behandlung, die für die Frauen aufgrund der möglichen Trennung vom Neugeborenen weniger akzeptabel sein könnte; (ii) die Unterbrechung des Stillens für drei Tage, was sich ebenfalls auf die Akzeptanz des Eingriffs durch die Frauen auswirken könnte; (iii) die sehr hohen Kosten, die den Eingriff weniger zugänglich machen als andere; (iv) es gibt kaum Belege für die Sicherheit der Brexanolon-Exposition über die Muttermilch für den Säugling. Brexanolon ist derzeit in Europa nicht freigegeben. Obwohl Brexanolon bei mittelschweren bis schweren Depressionen dringend empfohlen wird, muss seine Anwendung daher sorgfältig zwischen der Frau und ihrem Arzt besprochen werden.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Nicht-invasive Eingriffe zur Hirnstimulation				
Repetitive transkranielle Magnetstimulation (rTMS)				
Schwangerschaft				
22	Die rTMS wird für die Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen nur schwach empfohlen.	Schwach	Sehr schwach ⊕○○○	rTMS könnte von Vorteil sein, und das Risiko von Nebenwirkungen für die Frau oder den Fötus ist unwahrscheinlich. Die Evidenz für seine Wirksamkeit ist sehr schwach. Unsere Empfehlung geht davon aus, dass rTMS in klinischen Umgebungen, in denen der Zugang zu psychologischen Behandlungen schwierig sein könnte oder in denen sich Frauen gegen pharmakologische oder psychologische Interventionen sträuben, eine alternative Behandlung für Frauen mit leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen darstellen könnte, sofern sie zugänglich und verfügbar ist.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartal				
23	rTMS wird für die Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen in der postpartalen Phase nur schwach empfohlen.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	rTMS könnte von Vorteil sein, und das Risiko von Nebenwirkungen für die Frau oder den Fötus ist unwahrscheinlich. Die Evidenz für seine Wirksamkeit ist schwach. Unsere Empfehlung geht davon aus, dass die rTMS in klinischen Umgebungen, in denen der Zugang zu psychologischen Behandlungen schwierig sein könnte oder in denen Frauen gegen pharmakologische oder psychologische Interventionen resistent sind, eine alternative Behandlung für Frauen mit leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen im Wochenbett sein könnte, sofern sie zugänglich und verfügbar ist.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS))				
Schwangerschaft				
24	Die transkranielle Gleichstromstimulation (tDCS) wird für die Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen bei Schwangeren nur schwach empfohlen.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	rTMS könnte von Vorteil sein, und das Risiko von Nebenwirkungen für die Frau oder den Fötus ist unwahrscheinlich. Die Evidenz für seine Wirksamkeit ist schwach. Unserer Empfehlung geht davon aus, dass in klinischen Umgebungen, in denen der Zugang zu psychologischen Behandlungen schwierig sein könnte oder in denen Frauen gegen pharmakologische oder psychologische Interventionen resistent sind, die tDCS eine alternative Behandlung für Frauen mit leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen während der Schwangerschaft sein könnte, sofern sie zugänglich und verfügbar ist.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartal				
25	Es gibt nicht genügend Beweise, um eine Empfehlung für den Einsatz von tDCS bei der Behandlung von Depressionen bei Frauen im Postpartum zu erstellen.	Keine Empfehlung		Eine einzige Fallstudie in einer systematischen Übersichtsarbeit berichtet über die Wirksamkeit von tDCS bei der Reduzierung depressiver Symptome bei einer Frau nach der Geburt. Aus diesem Grund und obwohl keine schädlichen Auswirkungen im Postpartum zu erwarten sind, vertrat die RU-GDG die Auffassung, dass es nicht genügend Evidenz für die Wirksamkeit von tDCS bei Frauen im Postpartum gibt. Daher können wir noch keine Empfehlung aussprechen.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Q3.3.3 Elektrokonvulsionstherapie (EKT)				
Schwangerschaft				
26	Die EKT wird für die Behandlung von therapieresistenten oder lebensbedrohlichen schweren Depressionen bei Schwangeren stark empfohlen.	Stark	Sehr schwach ⊕○○○	Die EKT ist eine relativ schnell wirkende Option bei schweren Depressionen während der Schwangerschaft, und trotz des mäßigen Risikos unerwünschter Wirkungen (für die Mutter und den Fötus) und von Komplikationen während der Schwangerschaft und bei der Geburt, scheinen die Vorteile die unerwünschten Wirkungen zu überwiegen, wenn die Frauen auf eine frühere reguläre Behandlung nicht angesprochen haben oder aufgrund einer lebensbedrohlichen Situation eine dringende Behandlung benötigen. Daher wird die EKT nachdrücklich empfohlen und sollte in spezialisierten Krankenhäusern Frauen mit schweren Depressionen (mit oder ohne psychotischen Symptomen) angeboten werden, die auf eine frühere reguläre Behandlung nicht angesprochen haben oder die aufgrund einer lebensbedrohlichen Situation dringend behandelt werden müssen.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartal				
27	Die EKT wird für die Behandlung von therapieresistenten oder lebensbedrohlichen schweren Depressionen in der postpartalen Phase stark empfohlen.	Stark	Sehr schwach ⊕○○○	Die EKT ist eine relativ schnell wirkende Behandlung, die bei schweren Fällen von postpartalen Depressionen nützlich zu sein scheint. Daher wird die EKT nachdrücklich empfohlen und sollte in spezialisierten Krankenhäusern Frauen mit schweren Depressionen (mit oder ohne psychotischen Symptomen) angeboten werden, die auf eine frühere reguläre Behandlung nicht angesprochen haben oder die aufgrund einer lebensbedrohlichen Situation dringend behandelt werden müssen.
Lichttherapie (BLT = bright light therapy)				
Schwangerschaft				
28	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit von BLT in der Schwangerschaft, daher können wir keine Empfehlung aussprechen.	Keine Empfehlung		Es gibt keine systematischen Übersichten und Meta-Analysen, die die Wirksamkeit der BLT bei der Verringerung depressiver Symptome bei Schwangeren belegen.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartal				
29	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit der BLT im postpartalen Zustand, daher können wir keine Empfehlung aussprechen.	Keine Empfehlung		Es gibt keine systematischen Übersichten und Meta-Analysen, die die Wirksamkeit der BLT bei der Verringerung depressiver Symptome bei postpartalen Frauen belegen..
Komplementäre und alternative Behandlungsmethoden				
Körperliche Aktivität				
Schwangerschaft				
30	Körperliche Aktivität wird für die Behandlung leichter bis mittelschwerer depressiver Symptome bei ansonsten gesunden Schwangeren nur schwach empfohlen.	Schwach	Sehr schwach ⊕○○○	Körperliche Aktivität könnte für ansonsten gesunde Frauen von Vorteil sein, und ein Risiko für den Fötus ist unwahrscheinlich. Unsere Empfehlungen basieren auf einer sehr geringen Qualität der verfügbaren Evidenz für Frauen mit unsicherem Schweregrad der depressiven Symptome und unter der Annahme einer guten körperlichen Gesundheit



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartal				
31	Leichte bis mittelschwere körperliche Betätigung wird für die Behandlung leichter bis mittelschwerer depressiver Symptome in der Zeit nach der Geburt nur bedingt empfohlen, da sie vorteilhaft sein könnte und keine Risiken für unerwünschte Wirkungen bekannt sind.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	Körperliche Aktivität könnte für ansonsten gesunde Frauen von Vorteil sein, und ein Risiko für den Fötus ist unwahrscheinlich. Unsere Empfehlungen basieren auf der geringen bis mäßigen Qualität der verfügbaren Evidenz für Frauen mit unsicherem Schweregrad der depressiven Symptome. Unter diesen Bedingungen könnte eine überwachte und spezialisierte körperliche Betätigung eine zugängliche alternative Behandlung für Frauen mit leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen während der postpartalen Phase darstellen.
Yoga				
Schwangerschaft				
32	Yoga wird für die Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen bedingt empfohlen, da es sich als nützlich erweisen könnte und keine Risiken für unerwünschte Wirkungen berichtet wurden.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	Yoga könnte für ansonsten gesunde Frauen von Vorteil sein, und ein Risiko für den Fötus ist unwahrscheinlich. Unsere Empfehlungen basieren auf der geringen bis mäßigen Qualität der verfügbaren Evidenz für Frauen mit unsicherem Schweregrad der depressiven Symptome.
Postpartal				
33	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit der Yoga im postpartalen Zustand, daher können wir keine Empfehlung aussprechen.	Keine Empfehlung		Es liegen keine systematischen Übersichten vor, die die Wirksamkeit von Yoga bei der Verringerung depressiver Symptome bei Frauen in der postpartalen Phase belegen.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Massage				
Schwangerschaft				
34	Massage wird für die Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen nur schwach empfohlen.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	Diese Empfehlung stützt sich auf wenig hochwertige Belege, die positive Auswirkungen auf die Verringerung depressiver Symptome bei schwangeren Frauen zeigen. Die festgestellten Auswirkungen waren mäßig und ein Risiko für den Fötus ist als sehr gering einzuschätzen.
Postpartal				
35	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit der Massage im postpartalen Zustand, daher können wir keine Empfehlung aussprechen	Keine Empfehlung		Es gibt keine systematischen Übersichten und Meta-Analysen, die die Wirksamkeit der Massage bei der Verringerung depressiver Symptome bei postpartalen Frauen belegen.
Musiktherapie				
Schwangerschaft				
36	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit von Musiktherapie in der Schwangerschaft, daher können wir keine Empfehlung aussprechen.	Keine Empfehlung		Es gibt keine Studien, die die Wirksamkeit der Musiktherapie bei der Verringerung depressiver Symptome bei schwangeren Frauen belegen.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartal				
37	Es gibt keine Informationen über die Wirksamkeit der Musiktherapie als alleinige Behandlung. Musiktherapie wird in Kombination mit anderen Maßnahmen (z. B. psychologische Behandlung, chinesische Medizin oder Pharmakotherapie) zur Behandlung leichter bis mittelschwerer depressiver Symptome nur schwach empfohlen, da sie vorteilhaft sein könnte und keine Risiken für unerwünschte Wirkungen gemeldet wurden.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	Musiktherapie kann als Ergänzung zu anderen Behandlungen hilfreich sein. Unsere Empfehlungen basieren auf der geringen bis mäßigen Qualität der verfügbaren Evidenz für Frauen mit unsicherem Schweregrad der depressiven Symptome.
Peer Support (Selbsthilfe, Genesungsbegleiter etc.)				
Schwangerschaft				
38	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit von Peer-Unterstützung in der Schwangerschaft, daher können wir keine Empfehlung aussprechen.	Keine Empfehlung		Es gibt nur eine einzige Studie, die die Wirksamkeit der Peer-Unterstützung bei der Verringerung depressiver Symptome bei schwangeren Frauen belegt.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartal				
39	Es gibt keine Evidenz, die eine Empfehlung für die traditionelle Peer-Unterstützung von Mensch zu Mensch unterstützt. Technologiegestützte Peer-Unterstützung wird für die Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen in der Zeit nach der Geburt nur schwach empfohlen.	Schwach	Sehr Schwach ⊕○○○	Die in der Literatur untersuchte Peer-Unterstützung bezieht sich auf Gleichaltrige, d. h. Frauen mit eigener Erfahrung mit PPD. Die technologiegestützte Peer-Unterstützung könnte sich als nützlich erweisen, und das Risiko negativer Auswirkungen ist unwahrscheinlich.
Chinesische Heilkräuter				
Schwangerschaft				
40	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit der Verwendung chinesischer Kräuter in der Schwangerschaft, daher können wir keine Empfehlung aussprechen.	Keine Empfehlung		Es liegen keine Studien vor, die die Wirksamkeit und die reproduktiven Risiken chinesischer Kräuter bei der Verringerung depressiver Symptome bei schwangeren Frauen untersuchen.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Postpartal				
41	Chinesische Kräuter allein und in Kombination werden für die Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen in der Zeit nach der Geburt nur schwach empfohlen.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	Es gibt Hinweise darauf, dass bestimmte chinesische Kräuter sowohl als Einzelbehandlung als auch in der Kombinationsbehandlung (mit Antidepressiva) vorteilhaft sein können und bei Frauen, die nicht stillen, ein geringes Risiko akuter unerwünschter Wirkungen haben. Besondere Vorsicht ist bei den spezifischen chinesischen Kräutern geboten, die auch Johanniskraut enthalten, da es in Kombination mit anderen Antidepressiva ein Serotonin-Syndrom verursachen kann.
Akupunktur				
Schwangerschaft				
42	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit der Akupunktur in der Schwangerschaft, daher können wir keine Empfehlung aussprechen.	Keine Empfehlung		Die Evidenz über die Wirksamkeit der Akupunktur während der Schwangerschaft ist uneinheitlich.
Postpartale				
43	Es gibt keine Belege für die Wirksamkeit der postpartalen Phase, daher können wir keine Empfehlung aussprechen.	Keine Empfehlung		Die Evidenz über die Wirksamkeit der Akupunktur während der postpartalen Phase ist uneinheitlich.



#	Empfehlung	Stärke der Empfehlung	Qualität der Nachweise	Kommentare
Ungesättigte Fettsäuren				
44	Ungesättigte Fettsäuren werden für die Behandlung von leichten bis mittelschweren depressiven Symptomen in der Schwangerschaft und in der postpartalen Phase nur schwach empfohlen.	Schwach	Schwach ⊕⊕○○	Ungesättigte Fettsäuren könnten von Vorteil sein und es wird über ein geringes Risiko für unerwünschte Wirkungen berichtet.



D. ÜBERBLICK ÜBER DIE KLIN- ISCHEN EMPFEHLUNGEN

D. // Überblick Über Die Klinischen Empfehlungen

Nachfolgend werden drei Abbildungen gezeigt, die einen schematischen Überblick über die klinischen Empfehlungen für die Prävention, das Screening und die Behandlung von PPD während der Schwangerschaft (Abbildung 1) und in der postpartalen Phase (Abbildung 2) geben.

Abbildung 1. Überblick über die klinischen Empfehlungen für Interventionen während der Schwangerschaft

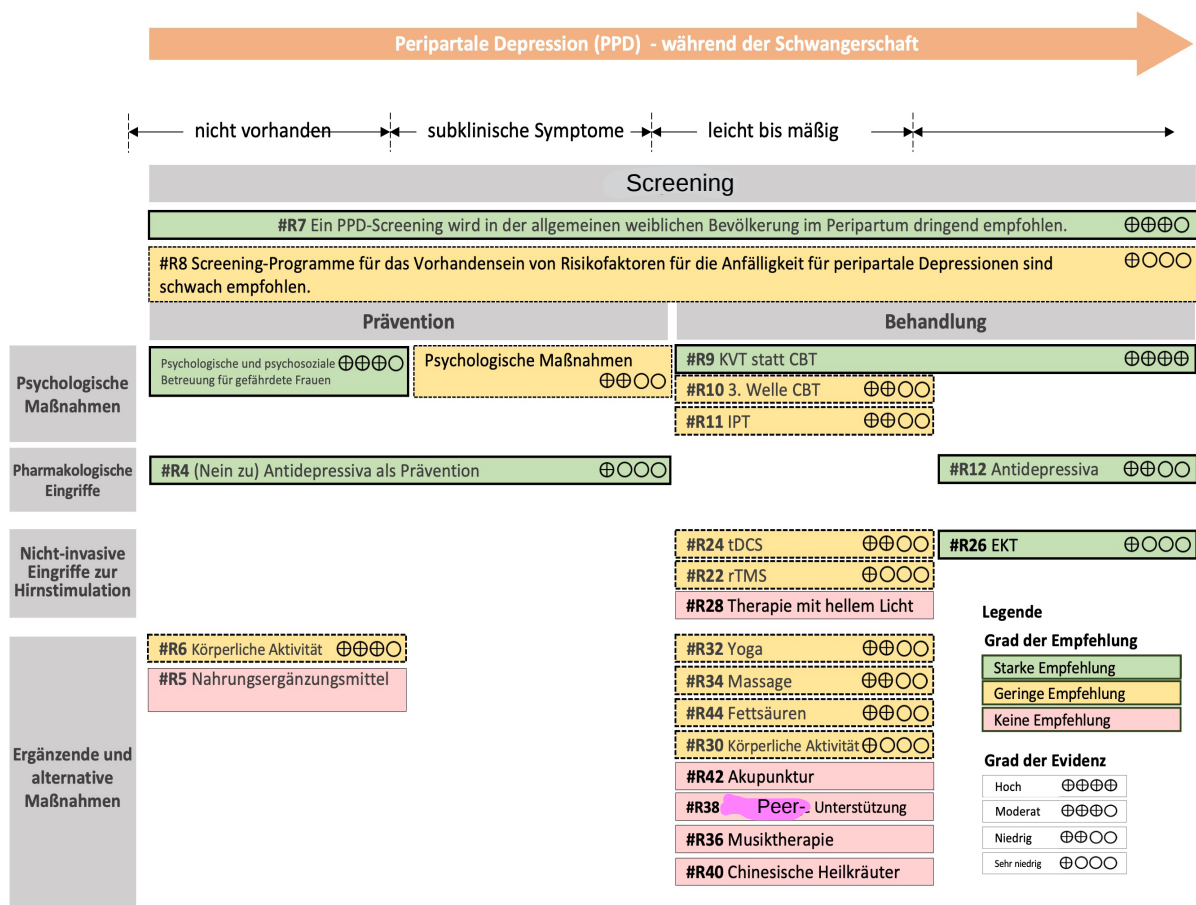
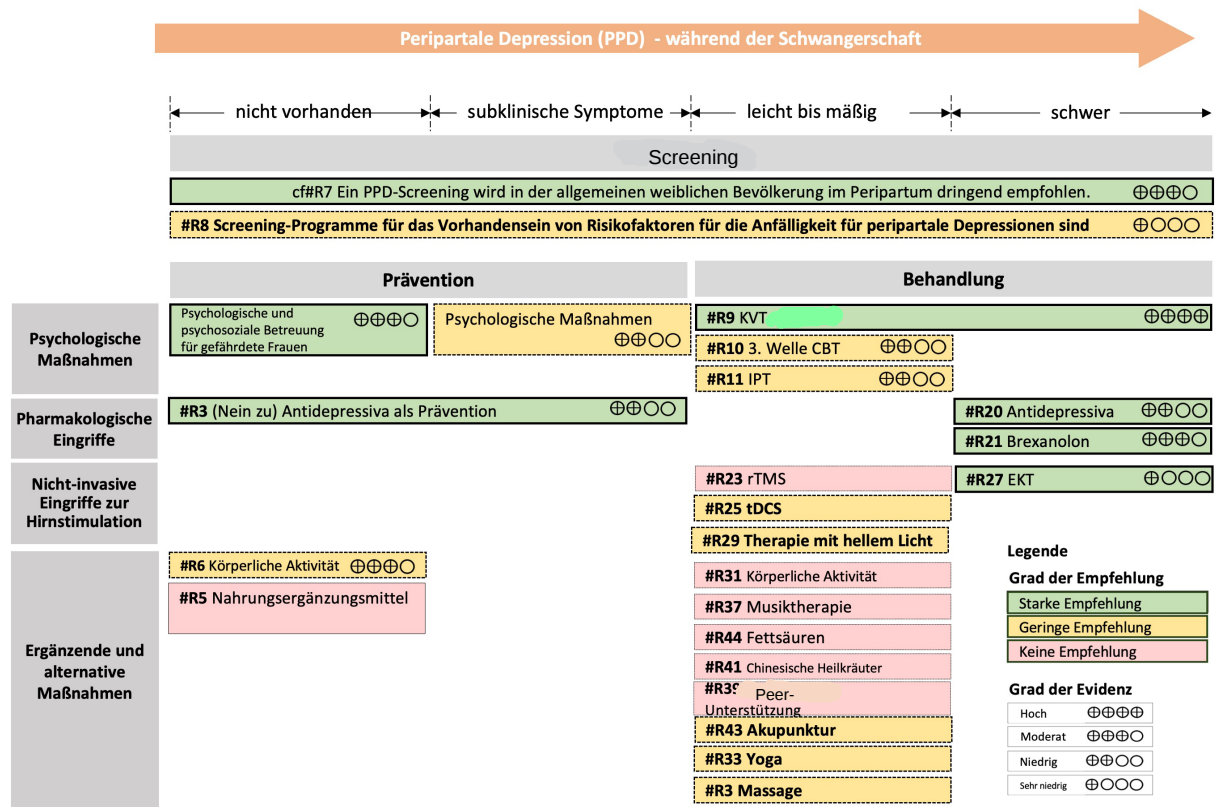
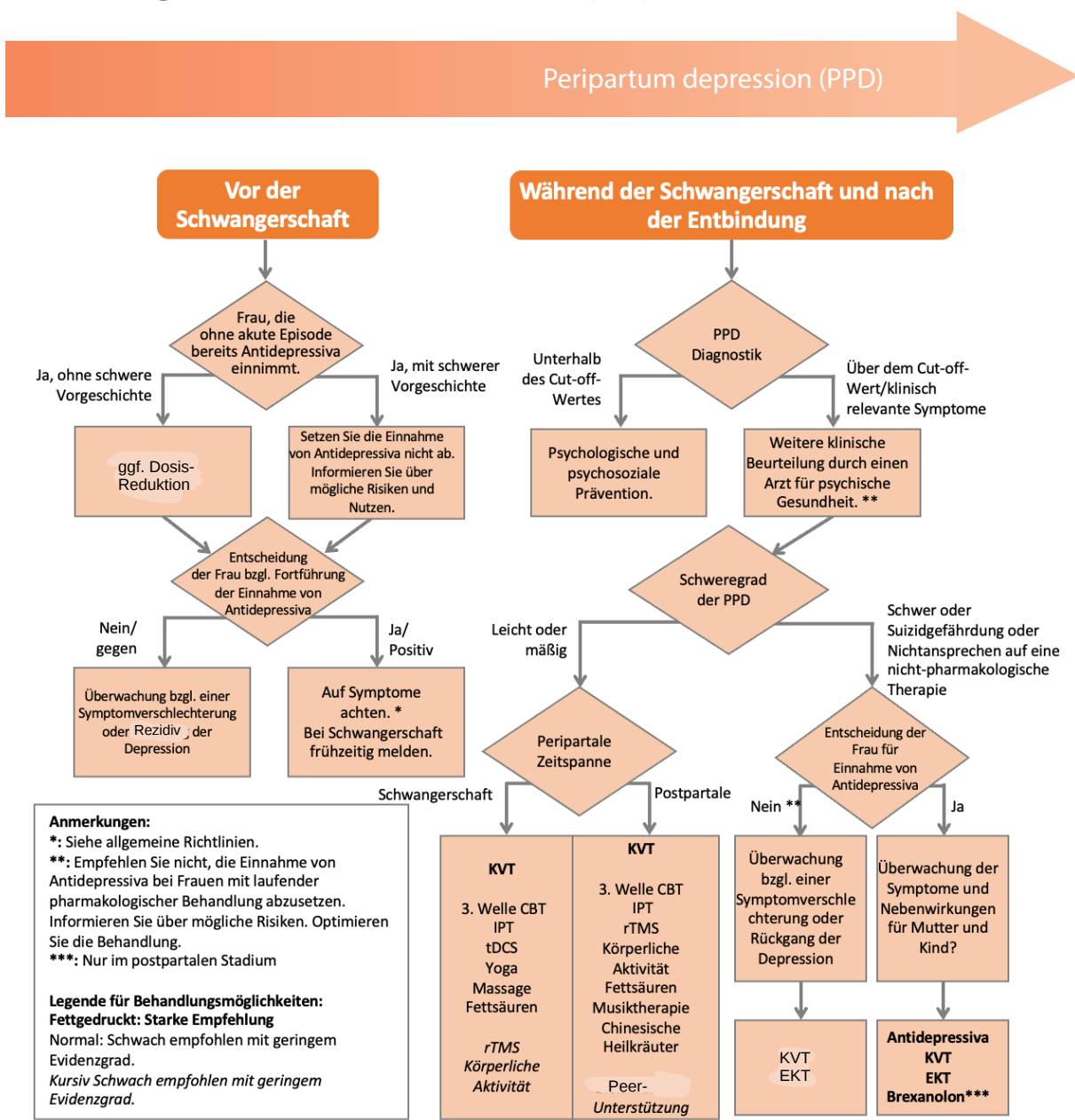


Abbildung 2. Überblick über die klinischen Empfehlungen für Interventionen in der postpartalen Phase



Im Folgenden wird ein Flussdiagramm für die Behandlung von PPD vorgestellt, für Frauen mit oder ohne vorangegangene Depression, die entweder eine Schwangerschaft planen, bereits schwanger sind oder sich in der postpartalen Phase befinden. Die vorgeschlagenen Interventionen stützen sich auf die zuvor beschriebenen Empfehlungen. Dieses Flussdiagramm liefert ein Grundprinzip für das Vorgehen bei PPD, erfordert jedoch eine sorgfältige Berücksichtigung des spezifischen Landes, des Kontexts und des Umfelds, in dem die Interventionen erfolgen sollen.

Abbildung 3. Klinischer Pfad für den Umgang mit PPD im klinischen Umfeld





E. SCHLUSSBEMERKUNGEN



E. // SCHLUSSBEMERKUNGEN

Unsere evidenzbasierten Leitlinien für die klinische Praxis zur Prävention, Untersuchung und Behandlung von PPD stellen einen wesentlichen Fortschritt auf dem Weg zu einer verbesserten und qualitativ hochwertigen peripartalen psychischen Gesundheitsversorgung dar. Dennoch ist die Wirksamkeit per se durch drei übergreifende Faktoren eingeschränkt:

- 1) Ungleichheiten im vorhandenen Wissen und in den verfügbaren Daten zwischen Ländern und Regionen;
- 2) Ungleichheiten bei der Verfügbarkeit lokaler Ressourcen für die peripartale psychische Versorgung;
- 3) Ungleichheiten zwischen kontextuellen/sozialen Bedingungen der Frauen.

Die Ungleichheiten in Bezug auf das vorhandene Wissen und die verfügbaren Daten beschränken sich nicht auf globale Unterschiede, sondern zeigen sich auch innerhalb von Regionen und einzelnen Ländern, sogar innerhalb Europas. Diese Ungleichheiten tragen dazu bei, dass die Behandlung der peripartalen Depression sehr komplex ist. Trotz unserer Bemühungen bei der Entwicklung dieser

evidenzbasierten Leitlinie räumen wir ein, dass die Forschungslandschaft zur psychischen Gesundheit während der Geburt und die Datenverfügbarkeit einseitig auf die zugänglichen Daten ausgerichtet sind und diejenigen, die in den Studien nicht so leicht vertreten sind (z. B. Minderheiten, Einwanderer, Menschen in Konfliktgebieten), nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Anerkennung solcher intraregionalen und internationalen Unterschiede ist von wesentlicher Bedeutung für das Verständnis der Grenzen der derzeitigen Arbeit und für die Sensibilisierung für die vollständige Berücksichtigung der einzigartigen Merkmale, Umstände und Bedürfnisse spezifischer Bevölkerungsgruppen bei der Verbesserung wirksamer Strategien für Prävention, Screening und Behandlung von peripartalen Depressionen.

Darüber hinaus wird die Behandlung von peripartalen Depressionen durch die ungleiche Verfügbarkeit lokaler Ressourcen für die psychosoziale Versorgung während der Schwangerschaft erschwert. Der Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, geschulten und auf dem neuesten Stand befindli-



chen psychosozialen Fachkräften und starken Unterstützungsnetzen kann von einer Gemeinde zur anderen sehr unterschiedlich sein. Diese Ungleichheiten bei den Ressourcen führen zu ungleichen Chancen bei der Prävention, Früherkennung, angemessenen Intervention und Betreuung von Menschen mit peripartalen Depressionen. Um sicherzustellen, dass jede Frau in dieser kritischen Phase die nötige Versorgung und Unterstützung erhält, müssen politische Entscheidungsträger darauf hinarbeiten, diese Ressourcenlücken zu verringern, und einen gleichberechtigten Zugang zu psychosozialen Diensten für alle anstreben, unabhängig vom geografischen Standort oder sozioökonomische Status.

Darüber hinaus ist es wichtig, die unterschiedlichen kontextuellen und sozialen Bedingungen von Frauen anzuerkennen, die ihre Anfälligkeit für peripartale Depressionen erheblich beeinflussen. Die Erfahrungen und Herausforderungen, die Frauen während der Schwangerschaft und in der postpartalen Phase machen, können je nach sozioökonomischem Status, Zugang zu

Bildung, Beschäftigungsmöglichkeiten und sozialen Unterstützungsnetzen sehr unterschiedlich sein. Darüber hinaus, üben kulturelle Normen und gesellschaftliche Erwartungen einen erheblichen Druck aus, der das psychische Wohlbefinden von Frauen beeinträchtigt. Solche kontextuellen und sozialen Unterschiede unterstreichen die Notwendigkeit eines umfassenden Konzepts für die psychische Gesundheit in der Schwangerschaft und nach der Geburt, das nicht nur auf klinische Aspekte eingeht, sondern auch diese gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren berücksichtigt, die zu einem erhöhten Risiko einer peripartalen Depression beitragen.

Das Erkennen und Angehen dieser drei übergreifenden Faktoren und der damit verbundenen Ungleichheiten ist von grundlegender Bedeutung, um sicherzustellen, dass alle Frauen in dieser kritischen Phase ihres Lebens, die sich letztlich auf mindestens zwei Generationen gleichzeitig auswirkt, die umfassende Betreuung und Unterstützung erhalten, die sie benötigen.



Anhang 1. Die Leitlinien-Entwicklungsgruppe

Name	Rollen	Zugehörigkeit
Rena BINA	Klinische Sozialarbeiterin, Forscherin	Fakultät für Sozialarbeit, Bar Ilan Universität, Ramat Gan, Israel
Ana GANHO ÁVILA	<i>Klinische Psychologin, Psychotherapeutin, Fors- cherin</i> <i>RiseupPPD Leitung für Kostenmanagement</i>	Centre for Research in Neu- ropsychology and Cognitive Behavioural Intervention, Faculty of Psychology and Educa- tional Sciences, University of Coimbra, Coimbra, Portugal
Sarah KITTEL-SCHNEIDER	Lehrstuhlinhaberin, Erwachsenenpsychiaterin,	Abteilung für Psychiatrie und Neurobehavioral Scien- ce, University College Cork, Cork, Irland
Mijke P. LAMBREGTSE-VAN DEN BERG	Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Asso- ciate Professor	Medizinisches Zentrum der Erasmus-Universität, Rot- terdam, Niederlande
Ilaria LEGA	Psychiater,	Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy
Angela LUPATTELLI	Professor für Pharmako- epidemiologie und Arznei- mittel in der Schwangers- chaft	Abteilung für Pharmazie, Universität von Oslo, Oslo, Norwegen
Mariana MOURA RAMOS	<i>Klinische Psychologin, Psychotherapeutin, Fors- cherin</i> <i>Gruppenleiter für die En- twicklung von RiseupPP- D-Leitlinien</i>	<i>Einheit für klinische Psycho- logie, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Por- tugal; Zentrum für Forschung in Neuropsychologie und kog- nitiver Verhaltensintervention, Universität Coimbra, Portugal</i>



Name	Roles	Affiliation
Sandra NAKIĆ RADOŠ	<i>Klinische Psychologin, Psychotherapeutin, Forscherin</i> <i>Gruppenleiter für die Entwicklung von RiseupPPD-Leitlinien</i>	Abteilung für Psychologie, Katholische Universität von Kroatien, Zagreb, Kroatien
Maria F. RODRIGUEZ-MUÑOZ	Professor für Klinische Psychologie	Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, Spanien
Greg SHEAF	Informationsfachmann	Die Bibliothek des Trinity College Dublin, Irland
Alkistis SKALKIDOU	Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie; Oberarzt für Geburtshilfe und Gynäkologie	Abteilung für Frauen- und Kindergesundheit, Universität Uppsala, Uppsala, Schweden; Ambulante gynäkologische Abteilung, Akademiska Universitätsklinik, Uppsala
Ana UKA	Beratungspsychologin, Forscherin	Forschungszentrum für nachhaltige Entwicklung und Innovation, University College "Beder", Tirana, Albanien
UUSITALO, Susanne	Ethikerin	Abteilung für Philosophie, Zeitgeschichte und Politikwissenschaft, Universität Turku, Finnland
Laurence VAN DEN ABEELE	Patientenvertreterin	Make Mothers Matter, EU-Delegation, Brüssel, Belgien

