Persönliche PDF-Datei für
Luc Turmes, Stefan Appelt, Hannelore Lier-Schehl, Michael Kramer, Christine Norra

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Die deutsche Version der Marcé-Clinical-Checklist als Basisdokumentation für stationäre Mutter-Kind-Einheiten

10.1055/s-0033-1359890
Psychiat Prax

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung in Repositorien.

Verlag und Copyright:
© 2014 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 0303-4259

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags

Thieme

Die deutsche Version der Marcé-Clinical-Checklist als Basisdokumentation für stationäre Mutter-Kind-Einheiten

Evaluation der Daten der MKE Herten

German Version of the Marcé-Clinical-Checklist as a Basic Documentation for Inpatient Mother-and-Baby Units

Evaluation of the MKE Herten Data

Autoren Luc Turmes[1], Stefan Appelt[1], Hannelore Lier-Schehl[1], Michael Kramer[1], Christine Norra[2]

Institute
[1] Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LWL-Klinik Herten
[2] Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin, LWL-Universitätsklinikum Bochum der Ruhr-Universität Bochum

Schlüsselwörter
- Peripartalpsychiatrie
- Mutter-Kind-Behandlung
- Marcé-Clinical-Checklist
- Basisdokumentation
- soziale Risikofaktoren

Keywords
- perinatal psychiatry
- mother-and-child treatment
- Marcé-Clinical-Checklist
- basic documentation
- social risk factors

Zusammenfassung

Ziel der Studie: Evaluation der psychiatrischen Mutter-Kind-Behandlung.
Methodik: Statistische Auswertung von 166 Behandlungsdyaden mit der Marcé-Clinical-Checklist (11/2006 – 12/2011).
Ergebnis: Rund 90% der Patientinnen zeigen einen positiven Behandlungserfolg. Signifikante Einflussfaktoren sind: Schwere der Erkrankung bei Aufnahme, Schichtzugehörigkeit, Schulbildung, Erkrankung des Partners.
Schlussfolgerung: Psychiatrische Mutter-Kind-Behandlung ist wirksam, soziale Risikofaktoren haben einen signifikanten Einfluss auf den Behandlungserfolg.

Einleitung

Vor über 150 Jahren publizierte der französische Psychiater Louis Victor Marcé [1] seine Abhandlung «Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices» [2]. Marcé gilt seitdem als Gründungsvater der Peripartalpsychiatrie. Erst ein Jahrhundert später publizierten Psychoanalytiker und Psychiater erneut zu der Thematik [3 – 5]. In dieser Zeit findet auch die Erstbeschreibung der postpartalen Depression und des „Babyblues“ statt [6], und erste Ergebnisse zur Bedeutung der frühen Mutter-Säugling-Bindung erschienen [7]. Eine Generation danach erfolgte eine erste Datensammlung und Veröffentlichung stationärer Mutter-Kind-Behandlungen [8], zuvor riefen 1980 u. a. Kumar, Brockington und Cox die multidisziplinäre Marcé-Gesellschaft für peripartale psychische Störungen ins Leben. Deren deutschsprachige Sektion (www.marce-gesellschaft.de) gründete sich im Jahr 2000.

Heutzutage sind „Mother-Baby-Units“ etabliert [9, 10] und entsprechende standardisierte Behandlungskonzepte publiziert [11]. Allerdings besteht in Deutschland aufgrund der ungesicherten Finanzierung der Mehrkosten eine erhebliche Unterversorgung an stationären Mutter-Kind-Einheiten (MKE) [12], die aktuell weiter zunimmt [13]. Vor dem Hintergrund, dass die mütterliche Psychopathologie den Säugling in einer hochsensiblen Phase der kindlichen Entwicklung trifft und langfristige emotionale und kognitive Entwicklungsstörungen beim Kind die Folge sind [14 – 16], ist dies eine dramatische Entwicklung in diesem Bereich der psychiatrischen Versorgung. Allerdings gelang es der LWL-Klinik Herten in der Budgetrunde 2011 – bundesweit erstmals – mit der GKV einen ausreichenden zusätzlichen Tagespflegesatz für die Säuglinge der Hertener MKE von 75% des mütterlichen Pflegesatzes zu vereinbaren.

Ausgehend von den Anregungen von Kumar et al. [8] entwickelten Appleby et al. die Marcé-Clinical-Checklist (MCL), die 1996 auf einer Fachtagung der Marcé International Society in London vorgestellt wurde [17]. Die MCL erlaubt die Erfassung einer festgelegten Anzahl von Merkmalen der Patientinnen und deren Kindern, der Behandlungsdiagnose aber auch von Daten über Behandlungsprozesse und -ergebnisse. Unserer Einschätzung nach ist die MCL ein geeignetes Instrument der Versorgungsforschung und Qualitätssicherung, mit dessen Hilfe Variablen für einen positiven Behandlungserfolg im Bereich der Mutter-Kind-Behandlung herausgearbeitet und Anregungen für eine weitergehende Verbesserung der Versorgung abgeleitet werden können.

Seit ihrer Einführung kommt die MCL insbesondere in englischsprachigen Ländern zum Einsatz [18, 19]. Eine französische Übersetzung und Adaption an die nationalen Bedürfnisse [9] sowie

Bibliografie
DOI http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1359890
Online-Publikation: 25.2.2014
Psychiat Prax
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadresse
Dr. med. Luc Turmes
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
LWL-Klinik Herten
Im Schlosspark 20
45699 Herten
luc.turmes@wkp-lwl.org

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Publikationen französischer und belgischer Daten [20, 21] sind ebenfalls erfolgt. Über die standardisierte Auswertung der MCL können ausreichend hohe Fallzahlen für statistisch gut abgesicherte Ergebnisse erhoben, nationale wie auch internationale Vergleiche der unterschiedlichen MKE ermöglicht sowie Multicenterstudien in dem wissenschaftlich noch unzureichend untersuchten Feld der Peripartalpsychiatrie durchgeführt und dadurch Verbesserungen in diesem Behandlungssektor erreicht werden [21].

In Deutschland wurde 1995 im Auftrag der DGPPN von Cording und Mitarbeitern eine psychiatrische Basisdokumentation („DGPPN-BADO") entwickelt, die für die klinikvergleichende Qualitätssicherung einsetzbar ist und neben einer störungsübergreifenden Dokumentation auch die Abbildung von Ergebniskriterien umfasst [22]. Eine Weiterentwicklung der ursprünglichen BADO im Sinne der Entwicklung modularer Basisdokumentationssysteme für spezielle Anwendungsbereiche der psychiatrischen Versorgung zeichnet sich ab [23, 24]. Eine Untersuchung in 2011 zur Zuverlässigkeit von BADO-Daten zeigte, dass diese zur Qualitätssicherung und mit einigen Einschränkungen auch für Forschungsfragestellungen genutzt werden können [25]. Eine entsprechende Basisdokumentation für Mutter-Kind-Einheiten existiert bisher nicht, erscheint jedoch vor dem Hintergrund des neuen Zusatzkodes (9-643) im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS-Fassung 2011) geboten. Schließlich ist eine engmaschige Evaluation der psychiatrischen Versorgung erforderlich, um im Kontext aktueller gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer Rahmenbedingungen eine kontinuierliche Verbesserung von Behandlungsangeboten zu erreichen. Vom Gesetzgeber sind im Sozialgesetzbuch V Abschnitt 9 für den ambulanten und stationären Behandlungssektor Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements und zur Qualitätssicherung vorgeschrieben [26].

Methoden

Die deutsche Version der Marcé-Checklist und die Mutter-Kind-Einheit der LWL-Klinik Herten

Im Jahre 2004 übersetzte eine Gruppe von Mitgliedern der deutschen Marcé-Gesellschaft (C. Hornstein, B. Scheid, L. Turmes) die von Appleby et al. erstellte Marcé-Clinical-Checklist und passte sie an deutsche Versorgungsverhältnisse an. Seit 2006 wird diese deutsche Version der Marcé-Clinical-Checklist in der MKE der LWL-Klinik Herten eingesetzt.

Die MKE Herten besteht aus einer Mutter-Säugling-Station mit 8 Betten und 2 tagesklinischen Behandlungsplätzen sowie einer Mutter-Kind-Spezialambulanz. Das Konzept [27–29] fokussiert nachdrücklich, neben der Behandlung der psychisch erkrankten Mutter, die Förderung der für die kindliche Entwicklung und den Verlauf der mütterlichen Erkrankung bedeutsamen Mutter-Kind-Interaktion. Ziel ist zum einen die primärpräventive Intervention, zum anderen eventuell bereits vorliegende Beziehungsstörungen beim Säugling zu behandeln um spätere psychische Erkrankungen beim Kind zu vermeiden [15, 16, 30]. Um eine adäquate Versorgung und Therapie der Mütter mit ihren Säuglingen zu gewährleisten, liegt die PsychPV-Auslastung im Pflegedienst einschließlich Kinderkrankenschwestern bei 140% und im ärztlich-therapeutischen Dienst einschließlich Mutter-Kind-Therapeutin bei 200%. Sozialarbeit, Ergotherapie und Bewegungstherapie entsprechen dem üblichen PsychPV-Schlüssel einer 8-Betten-Station.

Vorgehen, Instrumente und Untersuchungsaufbau

Die Daten wurden mithilfe der ins Deutsche übersetzten Marcé-Clinical-Checklist nach Appleby erhoben. Aufgrund von Besonderheiten des deutschen Versorgungssystems erfolgten Anpassungen einiger Items, auch wurden die Skalen CGI (Clinical Global Impression) und GAF (Global Assessment of Functioning) mit in die MCL aufgenommen. Die hier vorgestellten Ergebnisse beziehen sich auf 166 Patientinnen der Mutter-Kind-Station der LWL-Klinik Herten aus dem Zeitraum von 11/2006 bis 12/2011. In die Studie eingeschlossen wurden alle Mütter, die gemeinsam mit ihrem weniger als ein Jahr alten Säugling über mindestens 5 Tage in stationärer Behandlung der MKE Herten waren. Bei Aufnahme unterzeichneten alle Patientinnen eine Einverständniserklärung, in der sie zum einen einer anonymisierten wissenschaftlichen Datenauswertung der Behandlung, zum anderen im Bedarfsfall einer Kontaktaufnahme zum Jugendamt zustimmten.

Ausgehend von der Annahme, dass die MCL ein Instrument zur Qualitätssicherung und Versorgungsforschung ist, wurde diese Untersuchung mit dem Ziel durchgeführt, Merkmale für die Prognose des Behandlungsverlaufs herauszuarbeiten, aber auch Kenntnis über die Beeinflussung des Behandlungsverlaufs zu erlangen und so eine kontinuierliche Verbesserung der stationären Mutter-Kind-Behandlung zu ermöglichen. Dazu muss zwischen Patientinnen mit guten klinischen Erfolgen und weniger erfolgreich behandelten unterschieden werden. Als Unterscheidungskriterium wurde eine Veränderung des Funktionsniveaus im Verlauf der Behandlung angenommen. Diese wurde mit der Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) erfasst. Die GAF-Skala drückt den klinischen Fortschritt der Patienten umfassend in einem Parameter aus. Sie stellt die Achse V des DSM-IV dar [31]. Diesbezügliche Hypothese ist, dass es bei erfolgreich behandelten Patientinnen zwischen Aufnahme und Entlassung zu einer Verbesserung des Funktionsniveaus kommt. In dieser Arbeit betrachten wir eine Verbesserung des GAF um mehr als 10 Punkte im Laufe der Behandlung als positiven Behandlungserfolg.

Ergebnisse

Charakteristika der Untersuchungsstichprobe

Von ursprünglich 166 Mutter-Kind-Paaren konnten 157 Patientinnen einbezogen werden. Neun Mutter-Kind-Dyaden mussten ausgeschlossen werden, da entweder die Verweildauer unter 5 Tagen lag und/oder keine Informationen zum Aufnahme- und Entlass-GAF vorlagen. Des Weiteren variiert die Datenlage je Item zwischen 148–157 Teilnehmerinnen.

Das Durchschnittsalter der Säuglinge in dieser Studie liegt bei 19,9 Wochen (SD = 12,39), das Durchschnittsalter der Mütter bei 31,17 Jahren (SD = 5,73). Die Verweildauer liegt bei knapp 50 Tagen (SD = 30,7) mit einem Minimum von 5 und einem Maximum von 147 Tagen. Von den 157 Patientinnen sind 82,8% verheiratet/zusammenlebend, 2,6% geschieden/getrennt lebend und 14,6% ledig. Bei den 135 identifizierbaren Partnern/Vätern werden in 17% Erkrankungen erwähnt (davon in 13% allgemeinmedizinische, in 52% ambulant psychiatrische und in 35% stationär psychiatrische Erkrankungen).

In diagnostischer Hinsicht werden bei den Patientinnen 14 ICD-10 F2-Diagnosen (8,9%), 120 F3-Diagnosen (76,4%), 9 F4-Diagnosen (5,7%), 11 F5-Diagnosen (7%) und 3 F6-Diagnosen (1,9%) gestellt.

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Tab. 1 Charakteristika der Untersuchungsstichprobe.

Durchschnittsalter der Mutter (Jahre)		31,17 (SD 5,73)
Verweildauer (Tage)		50 (SD 30,7) mind. 5/ max. 147
Familienstand (%)	verheiratet/zusammenlebend	82,8
	geschieden/getrennt lebend	2,6
	ledig	14,6
ICD-10-Erstdiagnose der Mutter (%)	F 2	8,9
	F 3	76,4
	F 4	5,7
	F 5	7,0
	F 6	1,9
Hauptindikation der Aufnahme (%)	psychische Ersterkrankung	55,4
	Rückfall einer chron. psych. Erkrankung	36,3
	Beurteilung der mütterlichen Kompetenz	2,5
identifizierbare Partner n = 135		
bei 17 % Erkrankungen	davon: allgemeinmedizinische Erkrank.	13 %
	davon: amb.psychiatr. behand. Erkrank.	52 %
	davon: stat. psychiatr. behand. Erkrank.	35 %

Anmerkung: SD: Standardabweichung

Die Hauptindikation für den stationären Aufenthalt stellt in 87 Fällen (55,4%) die psychische Ersterkrankung, in 57 Fällen (36,3%) der Rückfall einer chronischen psychischen Erkrankung und in 4 Fällen (2,5%) die Beurteilung der mütterlichen Kompetenz dar. In 9 Fällen liegen keine Daten über die Hauptindikation der Behandlung vor.

Tab. 1 zeigt Charakteristika der Untersuchungsstichprobe.

Besserung der mütterlichen psychischen Gesundheit

Bei 16 Patientinnen zeigt sich eine GAF-Veränderung von unter 10 Punkten, sie werden deshalb als nicht erfolgreich behandelt (NEB) gewertet. Die anderen 141 Patientinnen bilden die Gruppe der erfolgreich behandelten Patientinnen (EB). Knapp 90% der Patientinnen sind also erfolgreich behandelt worden. Um zu überprüfen, ob die Patientinnen sich in der Schwere ihrer Erkrankung bereits zu Beginn unterscheiden, wird der GAF-Wert bei Aufnahme betrachtet. Dieser liegt bei der NEB-Gruppe bei einem Mittel von 41,19 (SD = 12,62) höher als der der EB-Gruppe mit M = 33,70 (SD = 7,07). Dieser Unterschied ist signifikant (t-Wert: 3,651; df = 155; p < 0,001), d. h. in der NEB-Gruppe sind bei Aufnahme etwas gesündere Patientinnen verortet. Wird die GAF-Differenz zwischen Aufnahme und Entlassung betrachtet, so zeigt sich, dass der GAF sich in der EB-Gruppe durchschnittlich um 37,28 (SD = 10,83) und in der NEB-Gruppe lediglich um 1,50 (SD = 3,86) Punkte erhöht.

Prädiktive Faktoren für eine erfolgreiche Behandlung

Im Folgenden werden die prädiktiven Faktoren für eine Besserung der mütterlichen Gesundheit zwischen Aufnahme und Entlassung dargestellt **Tab. 3** (im Internet).

Im Bereich der soziodemografischen Daten zeigt die EB-Gruppe einen hochsignifikanten Unterschied (p < 0,001) hinsichtlich des höchsten erreichten Schulabschlusses; 53,2% (n = 75) der EB versus 6,2% (n = 1) der NEB haben einen gymnasialen Abschluss. Beim Familienstand ergeben sich ebenfalls hochsignifikante Unterschiede (p < 0,001); 50% (n = 8) der NEB versus 13,5% (n = 19) der EB sind geschieden, getrennt lebend, ledig oder ohne Partnerschaft. EB-Mütter sind im Durchschnitt 3,5 Jahre älter (p = 0,018).

Tab. 2 Prädiktive Faktoren für eine Besserung der mütterlichen Gesundheit zwischen Aufnahme und Entlassung.

Item	p-Wert
höheres Alter	0,018
höherer erreichter Schulabschluss	*< 0,001*
höhere abgeschlossene Berufsausbildung	0,005
höhere aktuelle Schichtzugehörigkeit	0,006
Familienstand: verheiratet oder zusammenlebend	*< 0,001*
keine psychiatrische Erkrankung beim Partner	0,006
bessere Qualität der Partnerschaft bei Entlassung	0,034
längere Stilldauer	0,021
häufigerer Rückgriff auf eine nichtärztliche Zuweisung	0,026
bessere mütterliche Kompetenzen	*< 0,001*
Entlassung mit Kind ohne Auflagen	0,028
keine Halluzinationen	0,039
keine Verhaltensauffälligkeiten	0,039

Anmerkung: Auswertung mit dem Mann-Whitney-U-Test, p: Signifikanzwert

50% (n = 8) der NEB versus 17,9% (n = 25) der EB haben keine abgeschlossene Berufsausbildung (p = 0,005). 62,5% (n = 10) der NEB versus 36,2% (n = 51) der EB gehören der unteren Schicht bzw. der oberen Unterschicht an; 32,6% (n = 46) der EB versus 6,2% (n = 1) der NEB gehören der mittleren Mittelschicht und der Oberschicht an (p = 0,006). Bei der NEB liegt in 40% (n = 4) versus 12,9% (n = 16) bei der EB eine psychiatrische Erkrankung beim Partner vor (p = 0,006). Die Qualität der Partnerschaft bei Entlassung ergibt bei der EB-Gruppe in 58,3% (n = 70) versus 10% (n = 1) der NEB-Gruppe (gemäß Schulnoten) die Skalenwerte 1 – 2 (p = 0,034). 22,6% (n = 24) der EB-Mütter greifen häufiger auf eine nichtärztliche Zuweisung insbesondere dabei auf Hebammen zurück, während NEB-Mütter zu 50% (n = 7) ausschließlich auf ärztliche Initiative in die stationäre Behandlung kommen (p = 0,026). Die EB-Gruppe stillt öfter und länger (p = 0,021), sie bieten in psychopathologischer Hinsicht weniger Halluzinationen und Sinnestäuschungen (p = 0,039) sowie weniger Verhaltensauffälligkeiten (p = 0,039). Die Mütter der EB-Gruppe werden zu 70,3% (n = 97) versus 46,7% (n = 7) der NEB-Gruppe mit ihrem Kind und ohne externe Beobachtung entlassen (p = 0,028). Zu guter Letzt ergibt sich zum Zeitpunkt der Entlassung ein hochsignifikanter Unterschied hinsichtlich der mütterlichen Kompetenz: 72,3% (n = 102) der EB-Gruppe versus 25,8% (n = 4) der NEB-Gruppe zeigen keine Einschränkungen ihrer mütterlichen Kompetenz (p < 0,001). Bemerkenswert ist auch, dass 45,2% (n = 47) der EB-Gruppe versus 12,5% (n = 1) der NEB-Gruppe nach der Entlassung eine psychologische Psychotherapie in Anspruch nehmen, die zu geringe Fallzahl erlaubt allerdings keine statistische Signifikanz. Hinsichtlich der in der MCL erfassten obstetrischen Faktoren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen NEB- und EB-Gruppe.

Tab. 2 zeigt die prädiktiven Faktoren für eine Besserung der mütterlichen Gesundheit zwischen Aufnahme und Entlassung.

Diskussion

In diese Untersuchung konnten von den mit der MCL erfassten 166 Mutter-Kind-Paaren, die in der Zeit von November 2006 bis 12/2011 in der MKE Herten stationär behandelt wurden, 157 Patientinnen eingeschlossen werden. In dieser Feldstudie variiert die Datenlage je Item zwischen 148 – 157 Teilnehmerinnen. Knapp 90% der Patientinnen zeigen eine GAF-Besserung von mehr als 10 Punkten und gelten entsprechend der hier vorge-

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

nommenen Definition als erfolgreich behandelt. Die englische Studie von Salmon et al. [18] zeigt eine Besserung (definiert als symptomfrei oder geringe Restsymptomatik) von 78%, die französische Studie [21] von 69%. Wir gehen davon aus, dass sich die Unterschiede durch unsere großzügigere Definition von Besserung (nur 10 Punkte in der GAF-Skala) erklären. Ein genauerer Abgleich ist aufgrund des Fehlens einer GAF-Einordnung in den angeführten Arbeiten nicht möglich. Gleichzeitig erlaubt diese Definition von Besserung eher, eindeutige prädiktive Outcomefaktoren zu identifizieren. Ein weiterer Grund für die unterschiedlichen Ergebnisse dürfte das Einzugsgebiet der MKE-Herten sein: 84% der Patientinnen rekrutieren sich aus ganz NRW, nur 16% aus dem Kreis Recklinghausen, dem Pflichtversorgungsgebiet der LWL-Klinik Herten. Dieses atypische Einzugsgebiet spiegelt sich auch in der atypischen ICD-10-Diagnosenverteilung wieder: Über 76% F3-Diagnosen, nur knapp 9% F2-Diagnosen und an dritter Stelle mit 7% die Diagnosegruppe F5, mit der wir intern – mangels besserer Klassifikation in der ICD-10 – eine Bindungsstörung der Mutter gegenüber ihrem Säugling als führende Diagnose erfassen (F53.8: sonstige psychische und Verhaltensstörung im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar). In der englischen Studie finden sich 23% schizophren erkrankte Mütter, in der französischen 11%, allerdings unterscheidet die französische Auswertung der MCL akute postpartale Psychosen von Schizophrenien. Wir stellen in 76% eine F3-Diagnose, die UK-Untersuchung berichtet von 57% Depressionen und bipolaren Erkrankungen, die französische Untersuchung aus 2004 von 33% [20], aus 2011 [21] von 42%. Wie bei Salmon et al. [18] mit 3% findet sich in der untersuchten Hertener Population in 2% die Diagnosegruppe F6; Glangeaud-Freudenthal et al. stellen in 2004 [20] in 22%, in 2011 [21] in 12% die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Die Häufigkeitsunterschiede im F6-Bereich erklären sich u.a. aus der Systematik der MCL, die das Erfassen von bis zu 3 F-Diagnosen ermöglicht. Zumindest in der Hertener Population ist die depressive Störung führend, erst an zweiter Stelle wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, z.B. F60.3 erfasst. Da eine statistische Auswertung der Zweit- und Drittdiagnosen zwischen der NEB- und EB-Gruppe keine signifikanten Unterschiede zeigt, wird diese Problematik im Weiteren vernachlässigt. In der Literatur [8, 18, 21] sind bessere Behandlungsergebnisse für affektive Störungen im Vergleich zu schizophrenen oder Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Hier ist für unsere Studie erneut davon auszugehen, dass die großzügigere Definition von Besserung (nur 10 Punkte in der GAF-Skala), diesen zu erwartenden Unterschied maskiert; entsprechend finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Diagnoseverteilung zwischen NEB und EB.

In 58,8% des Hertener Kollektivs ist die Hauptindikation für die stationäre Aufnahme eine Ersterkrankung, in 38,5% der Rückfall einer chronischen Erkrankung und in 2,7% die Beurteilung der mütterlichen Kompetenz. Die französische Untersuchung [21] beschreibt nahezu umgekehrte Werte; erneut dürfte das Einzugsgebiet der MKE Herten (zu 86% aus ganz NRW) ursächlich sein.

Die Erfassung und Auswertung der soziodemografischen Daten in der MCL zeigen hinsichtlich des Behandlungsergebnisses zwischen EB und NEB statistisch signifikante bis hochsignifikante Resultate. Auch Glangeaud-Freudenthal et al. [21] betont die Bedeutung der soziodemografischen Faktoren. In unserer Studie stellt eine höhere Schulbildung einen hochsignifikanten prädiktiven Faktor für ein gutes Behandlungsergebnis dar. Eine abgeschlossene Lehre oder eine höhere Berufsausbildung sowie die Zugehörigkeit zur Mittelschicht oder einer höheren Schicht sind weitere signifikante Prädiktoren, um zur EB-Gruppe zu gehören. Andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass ein niedriges Einkommen und ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko einer postpartalen Depression (PPD) erhöhen [32, 33]. Eine Studie zeigt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen sehr niedrigem sozialen Status und sehr hohem Risiko einer PPD [34]. Wie bereits erwähnt, findet sich im Hertener Kollektiv ein gewisser Aufnahmebias: 84% der Mütter kommen nicht aus dem Pflichtversorgungsgebiet der Klinik, sondern haben sich z.B. nach Medien- oder Internetrecherche aktiv um eine Aufnahme in der MKE Herten bemüht. Dies spiegelt sich auch in der nicht normalverteilten Schichtzugehörigkeit wider: 61,2% gehören der Mittel- und Oberschicht an. Insofern betonen unsere Ergebnisse den Risikofaktor niedriger sozioökonomischer Status. In Deutschland besteht ein Bildungsgradient hinsichtlich der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, und Frauen aus unteren Bildungsgruppen geben tendenziell häufiger seelische Belastungen an als Befragte aus den mittleren und oberen Bildungsgruppen [35]. Die Gruppe der EB-Mütter greift häufiger auf andere Zuweiser als Ärzte zur Aufnahme in die MKE zurück. Es ist also von einem schichtabhängigen Phänomen auszugehen, da hinsichtlich sozialer Unterstützung als psychosozialer Ressource ein Bildungsgradient zuungunsten niedriger Bildungsgruppen besteht [35]. Dies zeigt sich in unserer EB-Gruppe in der Inanspruchnahme von Familienhebammen.

In unserer Studie ist die Existenz einer Partnerschaft ein hochsignifikanter und eine gute Qualität der Partnerschaft bei Entlassung ein signifikanter Prädiktor für eine erfolgreiche Behandlung; in der Gruppe der NEB-Mütter finden wir signifikant häufiger psychiatrische Erkrankungen beim Partner. Für knapp 15% der Partner, der in der Arbeit untersuchten Mütter, wurde das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung berichtet. Bei Glangeaud-Freudenthal et al. sowie Salmon et al. [18, 21] haben 20% der Partner eine psychiatrische Diagnose. Eine deutsche Studie berichtet von einer Prävalenzrate von etwa 31% psychiatrischer Erkrankungen der männlichen Partner von in einer MKE behandelten Frauen [36]. Im Unterschied zu unseren Daten zeigen die englischen und französischen Studien [18, 21] keinen Zusammenhang zwischen Partnerschaft und Behandlungsergebnis, die französischen Daten nur einen Trend hinsichtlich psychiatrischer Erkrankung des Partners und geringerer Besserung der mütterlichen psychischen Gesundheit während der stationären Behandlung. Eine deutsche Studie zeigt auf, dass nur diejenigen Männer supportiv sind, die psychiatrisch gesund sind, über eine ausreichende Ich-Stärke verfügen und eine höhere soziale Kompetenz aufweisen [36–38].

Die hier vorgelegte Studie zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen EB- und NEB-Gruppe hinsichtlich Komplikationen in der geburtshilflichen Anamnese, jedoch zeigt sich, dass die Mütter der EB-Gruppe öfter und länger stillen. In der Literatur ist die Studienlage widersprüchlich: Einige Studien sehen einen Zusammenhang zwischen obstetrischen Komplikationen und postpartaler Depression (PPD) [39, 40], andere Studien stützen diese Ergebnisse nicht eindeutig [41, 42]. Neuere Publikationen finden keine Evidenz zwischen geburtshilflichen Komplikationen und Depressivität im frühen Postpartum [43]. Allerdings gilt eine subjektiv als traumatisch erlebte Geburt (unabhängig ob Sectio, erforderliche Periduralanästhesie etc.) als Risiko für eine posttraumatische Belastungsstörung, wobei letztere häufig durch eine PPD kaschiert sein kann [44]. Des Weiteren sind die Mütter der EB-Gruppe im Schnitt 3,5 Jahre älter; in der Literatur haben ju-

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

gendliche [42] und ältere Erstgebärende (>40 Jahre; 45) ein höheres Risiko einer PPD. Die EB-Mütter greifen signifikant häufiger auf andere Zuweiser als ausschließlich Ärzte zur stationären Mutter-Kind-Behandlung zurück und zeigen in psychopathologischer Hinsicht weniger Halluzinationen und Verhaltensauffälligkeiten.

Es ist darauf hinzuweisen, dass nach unserer in der Regel vielwöchigen, hochspezialisierten und auf die Mutter-Kind-Interaktion fokussierten Behandlung, weiterhin knapp 30% der Mütter relevante Probleme und Störungen ihrer mütterlichen Kompetenzen zeigen, allerdings nur bei 2,5% die relevante Gefahr einer Schädigung des Kindes besteht und eine freiwillige oder gesetzlich angeordnete Abgabe des Sorgerechts erfolgt. Leider erfasst die MCL bisher nicht, bei welchen Müttern in der Aufnahmesituation relevante Probleme und Störungen der mütterlichen Kompetenzen vorliegen. In einem nächsten Schritt beabsichtigen wir die Marcé-Clinical-Checklist anhand unserer Ergebnisse auf die relevanten und notwendigen Daten zu konzentrieren, damit sie zukünftig ihrer Rolle als Basisdokumentation für stationäre Mutter-Kind-Einheiten noch besser gerecht werden kann.

Konsequenzen für Klinik und Praxis

Der mütterliche Behandlungserfolg stationärer Mutter-Kind-Behandlung ist signifikant von soziodemografischen Faktoren beeinflusst.

Für eine Verbesserung des Behandlungserfolgs erscheint die Einbeziehung sozialer Risikofaktoren bei einer Gruppe der Patientinnen von großer Bedeutung für die klinische Versorgung.

Die Marcé-Clinical-Checklist (MCL) ist ein guter Ansatz für eine Basisdokumentation im Bereich der Peripartalpsychiatrie, sie bedarf jedoch einer weiteren Anpassung/Überarbeitung um relevante Prozess- und Ergebniskriterien abzubilden.

Ergänzendes Material

Die ▶ **Tab. 3** finden Sie im Internet unter http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1359890.

Interessenkonflikt

▼

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Abstract

German Version of the Marcé-Clinical-Checklist as a Basic Documentation for Inpatient Mother-and-Baby Units

▼

Objective: Evaluation of the psychiatric mother-and-child treatment, the goal being to find predictive factors for a positive treatment result.

Methods: Statistical assessment of 166 treatment dyads by using the Marcé-Clinical-Checklist (11/2006 – 12/2011).

Results: About 90% of (women) patients show a positive success of the treatment.

Disease severity at admission, social status, education or the illness of the partner are significant influential factors.

Conclusion: In the field of perinatal psychiatry mother-and-child treatment is effective, social risk factors have a significant influence on the success of the treatment.

Literatur

1 *Esquirol E.* De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices. In: Des maladies mentales considérées sous le rapport medical, hygiénique et medico-légal. Paris: Baillière; 1838: 230 – 273
2 *Marcé LV.* Traité de la folie des femmes enceintes, accouchées et nourrices. Paris: Baillière; 1858
3 *Winnicott DW.* Primary Maternal Preoccupation. In: Collected papers: through paediatrics to psychoanalysis. London: Tavistock; 1956: 300 – 305
4 *Racamier PC, Sens C, Carretier L.* La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. L'Evolution psychiatrique 1961; 26: 525 – 570
5 *Bion WR.* Learning from experience. New York: Basic books; 1962
6 *Pitt B.* Atypical depression following childbirth. Br J Psychiatry 1968; 136: 339 – 346
7 *Bowlby J.* The nature of the child's tie to his mother. J Psychoanal 1958; 41: 89 – 113
8 *Kumar R, Marks M, Platz C* et al. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. J Affect Disord 1995; 33: 11 – 22
9 *Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NMC.* The History of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French Version of the Marcé checklist. Arch Womens Ment Health 2004; 7: 53 – 58
10 *Buist A, Minto B, Szego K* et al. Mother-Baby Psychiatry units in Australia – the Victorian experience. Arch Womens Ment Health 2004; 7: 81 – 87
11 *Trautmann-Villalba P, Hornstein C.* Mutter-Kind-Behandlung bei postpartalen psychischen Erkrankungen. Psychiatr Psychother Up2date 2011; 5: 357 – 368
12 *Turmes L, Hornstein C.* Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland. Ein Bericht zum Status quo. Nervenarzt 2007; 78: 773 – 779
13 *Jordan W, Bielau H, Cohrs S* et al. Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassoziierte psychische Störungen in Deutschland. Psychiat Prax 2012; 39: 205 – 210
14 *Hammen C, Brennan P.* Severity, chronicity and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 253 – 258
15 NICHD Early Child Care Research Network. Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity and child functioning at 36 months. Dev Psychol 1999; 35: 1297 – 1310
16 *Turmes L.* Beziehungsstörungen im Postpartum. Die gemeinsame Behandlung der postpartal psychisch erkrankten Mutter mit ihrem (beziehungsgestörten) Säugling im psychiatrischen Krankenhaus: Eine seltene, weil nicht finanzierte primärpräventive Maßnahme in der Psychiatrie. Psychiat Prax 2010; 37: 310 – 315
17 *Appleby L, Friedman T.* The Marcé Clinical Checklist, the basis of multicentre audit and research into severe postnatal illness. London: Proc. International Marcé Society Biennial Conference 1996
18 *Salmon MP, Abel K, Webb R* et al. A national audit of joint mother and baby admissions to UK Psychiatry Hospitals: an overview of findings. Arch Womens Ment Health 2004; 7: 65 – 70
19 *Wilson DA, Bobier C, Macdonald EM.* A perinatal psychiatric service audit in New Zealand: Patient characteristics and outcomes. Arch Womens Ment Health 2004; 7: 71 – 79
20 Glangeaud-Freudenthal NMC and the MBU-SMF Working group. Mother-Baby psychiatric units (MBUs): National data collection in France and Belgium (1999 – 2000). Arch Womens Ment Health 2004; 7: 59 – 64
21 *Glangeaud-Freudenthal NMC, Sutter AL, Thieulin AC* et al. Inpatient mother-and child post-partum psychiatric care: Factors associated with improvement in material mental health. Eur Psychiatry 2011; 26: 215 – 223
22 *Cording C, Gaebel W, Spengler A* et al. Die neue psychiatrische Basisdokumentation. Eine Empfehlung der DGPPN zur Qualitätssicherung im (teil-)stationären Bereich. Spektrum der Psychiatrie und Nervenheilkunde 1995; 24: 3 – 41
23 *Gaebel W, Spiessl H, Becker T* Hrsg. Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. Heidelberg: Steinkopff; 2009
24 *Spiessl H.* Quo vadis BADO? Psychiat Prax 2009; 36: 305 – 307

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

25 *Jaeger S*, *Flammer E*, *Steinert T*. Basisdokumentation in der klinischen Praxis: Wie zuverlässig sind BADO-Daten? Psychiat Prax 2011; 38: 244 – 249
26 *Philipp M*, *Laux G*. Qualitätsmanagement in der Psychiatrie. Fortschr Neurol Psychiat 2008; 76: 236 – 249
27 *Turmes L*. Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Ergebnisse der 2-Jahres-Katamnese der Mutter-Kind-Einheit des LWL. In: Turmes L, Hrsg. Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Dortmund: PsychoGen; 2003: 78 – 87
28 *Lier-Schehl H*. Prävention und beziehungsfördernde Therapie bei frühkindlichen Beziehungsstörungen in einer stationären psychiatrischen Mutter-Kind-Station. In: Turmes L, Hrsg. Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Dortmund: PsychoGen; 2003: 65 – 77
29 *Lier-Schehl H*. Bewegungsdialoge bei Mutter und Kind: Bewegungsmuster bei Beziehungsstörungen postpartal erkrankter Frauen und ihrer Säuglinge in einer stationären psychiatrischen Mutter-Kind-Station. Hamburg: Verlag Dr. Kovac; 2008
30 *Reck C*, *Weiss R*, *Fuchs T* et al. Behandlung der postpartalen Depression: Aktuelle Befunde und Therapiemodell. Nervenarzt 2004; 75: 1068 – 1073
31 *Saß H*, *Wittchen HU*, *Zaudig M*, Hrsg. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. 3. unveränd. Aufl. Göttingen, Bern: Hogrefe; 2001
32 *O'Hara MW*, *Swain AM*. Rates and risk of postpartum depression – a meta-analysis. Int Rev Psychiatry 1996; 8: 37 – 54
33 *Boyce PM*. Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations. Arch Womens Ment Health 2003; 6 (Suppl. 02): S43 – S50
34 *Cooper PJ*, *Tomlinson M*, *Swartz L* et al. Postpartum depression and the mother-infant-relationship in a South African peri-urban settlement. Br J Psychiatry 1999; 175: 554 – 558
35 Robert Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009". Berlin: RKI; 2011: 76 – 115
36 *Grube M*. Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. Arch Womens Ment Health 2005; 8: 163 – 170
37 *Grube M*. Peripartale psychiatrische Erkrankungen – Unterstützung durch Männer? Eine erste Annäherung. Nervenarzt 2004; 75: 483 – 488
38 *Grube M*. Die Rolle der männlichen Partner peripartal erkrankter Frauen. In: Turmes L, Hrsg. Gender Mainstreaming im psychiatrischen Fachkrankenhaus. Eine erste Annäherung Dortmund: PsychoGen; 2005: 37 – 45
39 *Boyce P*, *Todd A*. Increased risk to postnatal depression following caesarean section. Med J Aust 1992; 157: 172 – 174
40 *Fischer J*, *Astbury J*, *Smith A*. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. Aust N Z J Psychiatry 1997; 31: 728 – 738
41 *Murray L*, *Cartwright W*. The role of obstetric factors in postpartum depression. J Reprod Infant Psychol 1993; 11: 215 – 219
42 *Paykel ES*, *Emms EM*, *Fletcher J* et al. Life events and social support in puerperal depression. Br J Psychiatry 1980; 136: 339 – 346
43 *Hunker DF*, *Patrick TE*, *Albrecht SA* et al. Is difficult childbirth related to postpartum maternal outcomes in the early postpartum period? Arch Womens Ment Health 2009; 12: 211 – 219
44 *Ballard CG*, *Stanley AK*, *Brockington IF*. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. Br J Psychiatry 1995; 166: 525 – 528
45 *Dennerstein L*, *Lehert P*, *Riphagen F*. Postpartum depression – risk factors. J Psychosom Obstet Gynaecol Suppl 1989; 10: 53 – 65

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Tab. 3 Auswertung der Items der MCL.

Items		NEB (n = 16) n (%)	EB (n = 141) n (%)	Testkennwerte
Teil 1: Aufnahme				
1. Zuweisung				
Ort der Zuweisung	überregional	13 (86,7 %)	118 (83,7 %)	Mann-Whitney-U: 1026,0 Z-Wert: – 0,298 p = 0,766
	regional	2 (13,3 %)	23 (16,3 %)	
ärztliche Zuweisung	Hausarzt/Allgemeinmediziner	3 (18,8 %)	22 (16,4 %)	Mann-Whitney-U: 1040,5 Z-Wert: – 0,195 p = 0,845
	niedergelassener Frauenarzt	1 (6,2 %)	23 (17,2 %)	
	niedergelassener Nervenarzt/Psychiater	5 (31,2 %)	32 (23,9 %)	
	niedergel. Arzt anderer Fachrichtung	0 (0 %)	0 (0 %)	
	Notarzt	0 (0 %)	0 (0 %)	
	Ambulanz der eigenen Klinik	1 (6,2 %)	11 (8,2 %)	
	Verlegung innerhalb der eigenen Abteilung	0 (0 %)	0 (0 %)	
	Verlegung aus anderer Fachabteilung der eigenen Klinik	1 (6,2 %)	4 (3,0 %)	
	Verlegung aus anderer psych. Einrichtung	3 (18,8 %)	23 (17,2 %)	
	andere	2 (12,5 %)	19 (14,2 %)	
nichtärztliche Zuweisung	ausschl. ärztliche Initiative	7 (50,0 %)	15 (14,2 %)	Mann-Whitney-U: 474,5 Z-Wert: – 2,227 p = 0,026*
	Patient selbst	2 (14,3 %)	23 (21,7 %)	
	Familienangehörige	2 (14,3 %)	11 (10,4 %)	
	Psychologin	0 (0 %)	6 (5,7 %)	
	Hebamme	0 (0 %)	24 (22,6 %)	
	Beratungsstelle	0 (0 %)	3 (2,8 %)	
	sonstige	3 (21,4 %)	24 (22,6 %)	
	unbekannt	0 (0 %)	0 (0 %)	
Zeitpunkt der Zuweisung	präpartal	0 (0 %)	5 (3,6 %)	Mann-Whitney-U: 1080,0 Z-Wert: – 0,766 p = 0,444
	postpartal	16 (100 %)	135 (96,4 %)	
Wiederaufnahme	nein	15 (93,8 %)	137 (97,2 %)	Mann-Whitney-U: 1098,5 Z-Wert: – 7,34 p = 0,463
	ja	1 (6,2 %)	4 (2,8 %)	
2. Kind				
Geschlecht des Kindes	männlich	7 (43,8 %)	68 (48,2 %)	Mann-Whitney-U: 1077,5 Z-Wert: – 3,722 p = 0,735
	weiblich	9 (56,2 %)	73 (51,8 %)	
Alter bei Aufn. Kind	in Wochen	19,000 (SD 8,311)	19,900 (SD 12,746)	T-Wert: – 0,258 df = 152 p = 0,797
3. Soziodemografische Daten				
Alter der Mutter	in Jahren	27,63 (SD 5,49)	31,17 (SD 5,66)	T-Wert: – 2,381 df = 155 p = 0,018*
höchster erreichter Schulabschluss	keiner	0 (0 %)	5 (3,5 %)	Mann-Whitney-U: 531,5 Z-Wert: – 3,722 p < 0,001**
	Sonderschule	2 (12,5 %)	2 (1,4 %)	
	vor letzter Hauptschulklasse abgeschlossen	2 (12,5 %)	3 (2,1 %)	
	Hauptschulklasse	5 (31,2 %)	22 (15,6 %)	
	Realschule/POS/Handelsschule/berufsvorbereitende Schule	6 (37,5 %)	34 (24,1 %)	
	Gymnasium /EOS/Fachabitur/höhere Handelsschule/ Beruf mit Abitur	1 (6,2 %)	75 (53,2 %)	
	andere	0 (0 %)	0 (0 %)	
Art der abgeschlossenen Berufsausbildung	keine	8 (50,0 %)	25 (17,9 %)	Mann-Whitney-U: 700,0 Z-Wert: – 2,809 p = 0,005*
	Lehre	7 (43,8 %)	88 (62,9 %)	
	Fachschule, FH, Berufsakademie	1 (6,2 %)	8 (5,7 %)	
	Universitätsstudium	0 (0 %)	19 (13,6 %)	

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Tab. 3 (Fortsetzung)

Items		NEB (n = 16) n (%)	EB (n = 141) n (%)	Testkennwerte
aktuelle Schichtzugehörigkeit (gemäß Definition der MCL)	untere Schicht	8 (50,0 %)	28 (19,9 %)	Mann-Whitney-U: 666,5 Z-Wert: – 2,756 p = 0,006*
	obere Unterschicht	2 (12,5 %)	23 (16,3 %)	
	untere Mittelschicht	5 (31,2 %)	44 (31,2 %)	
	mittlere Mittelschicht	1 (6,2 %)	31 (22,0 %)	
	Oberschichten	0 (0 %)	15 (10,6 %)	
	nicht berufstätig, ohne arbeitslos zu sein	0 (0 %)	0 (0 %)	
	arbeitslos	0 (0 %)	0 (0 %)	
Familienstand/Partnerschaft	verheiratet, zusammenlebend	8 (50,0 %)	122 (86,5 %)	Mann-Whitney-U: 727,0 Z-Wert: – 3,552 p < 0,001**
	geschieden/getrennt lebend	2 (12,5 %)	2 (1,4 %)	
	ledig/ohne Partnerschaft	6 (37,5 %)	17 (12,1 %)	
	verwitwet	0 (0 %)	0 (0 %)	
Qualität Partnerschaft bei Aufnahme	1 (sehr gut)	1 (10,0 %)	34 (27,4 %)	Mann-Whitney-U: 596,5 Z-Wert: – 0,204 p = 0,838
	2	4 (40,0 %)	30 (24,2 %)	
	3	4 (40,0 %)	29 (23,4 %)	
	4	0 (0 %)	16 (12,9 %)	
	5 (sehr schlecht)	1 (10,0 %)	15 (12,1 %)	
Qualität sonstiger sozialer Kontakte (Eltern/Freunde)	1 (sehr gut)	1 (7,7 %)	11 (8,5 %)	Mann-Whitney-U: 842,0 Z-Wert: – 0,022 p = 0,983
	2	2 (15,4 %)	25 (19,2 %)	
	3	4 (30,8 %)	39 (30,0 %)	
	4	5 (38,5 %)	32 (24,6 %)	
	5 (sehr schlecht)	1 (7,7 %)	23 (17,7 %)	
Psychiatrische Erkrankung beim Partner	keine	6 (60,0 %)	105 (84,7 %)	Mann-Whitney-U: 460,0 Z-Wert: – 2,119 p = 0,034*
	Erkrankung, die eine allgemeinmedizin. Behandlung erforderte	0 (0 %)	3 (2,4 %)	
	Erkrankung, die eine amb. psych./nervenärztl. Behandlung erforderte	2 (20,0 %)	10 (8,1 %)	
	Erkrankung, die eine stat. psych. Aufnahme erforderte	2 (20,0 %)	6 (4,8 %)	
4. Psychiatrische Anamnese				
Suizidalität vor Aufnahme	keine Gedanken/Handlungen	11 (68,8 %)	83 (60,1 %)	Mann-Whitney-U: 999,0 Z-Wert: – 0,730 p = 0,465
	nur Gedanken	5 (31,2 %)	51 (37,0 %)	
	nicht tödliche Handlung	0 (0 %)	4 (2,6 %)	
Schädigung des Kindes vor Aufnahme	keine Gedanken/Handlungen	14 (87,5 %)	113 (81,3 %)	Mann-Whitney-U: 1043,0 Z-Wert: – 0,609 p = 0,543
	nur Gedanken	2 (12,5 %)	26 (18,7 %)	
	nicht tödliche Handlungen	0 (0 %)	0 (0 %)	
psychotrop. Medikation während der Schwangerschaft	ja	3 (18,8 %)	17 (12,1 %)	Mann-Whitney-U: 1052,5 Z-Wert: – 0,759 p = 0,448
	nein	13 (81,2 %)	124 (87,9 %)	
5. Geburtshilfliche Anamnese				
frühere Entbindungen	0	11 (68,8 %)	102 (72,3 %)	Mann-Whitney-U: 1100,0 Z-Wert: – 0,208 p = 0,835
	1	5 (31,2 %)	34 (24,1 %)	
	2	0 (0 %)	3 (2,1 %)	
	3	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
	4	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
frühere Fehlgeburten	0	14 (87,5 %)	117 (83,0 %)	Mann-Whitney-U: 1074,0 Z-Wert: – 0,486 p = 0,627
	1	2 (12,5 %)	21 (14,9 %)	
	2	0 (0 %)	3 (2,1 %)	
frühere Todgeburten	0	15 (93,8 %)	136 (96,5 %)	Mann-Whitney-U: 1097,5 Z-Wert: – 0,533 p = 0,594
	1	1 (6,2 %)	5 (3,5 %)	
Anzahl Kinder	0	0 (0 %)	0 (0 %)	Mann-Whitney-U: 1088,5 Z-Wert: – 0,282 p = 0,778
	1	11 (68,8 %)	102 (72,3 %)	
	2	5 (31,2 %)	34 (24,1 %)	
	3	0 (0 %)	3 (2,1 %)	
	4	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
	5	0 (0 %)	1 (0,7 %)	

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Tab. 3 (Fortsetzung)

Items		NEB (n = 16) n (%)	EB (n = 141) n (%)	Testkennwerte
stat. Aufn. während der Schwangerschaft	ja	3 (18,8 %)	51 (36,4 %)	Mann-Whitney-U: 922,0 Z-Wert: – 1,404 p = 0,160
	nein	13 (81,2 %)	89 (63,6 %)	
Zangenentbindung	ja	0 (0 %)	5 (3,5 %)	Mann-Whitney-U: 1088,0 Z-Wert: – 0,763 p = 0,445
	nein	16 (100 %)	136 (96,5 %)	
Kaiserschnitt-entbindung	ja	9 (56,2 %)	49 (35,0 %)	Mann-Whitney-U: 882,0 Z-Wert: – 1,661 p = 0,097
	nein	7 (43,8 %)	91 (65,0 %)	
Frühgeburt	ja	3 (18,8 %)	11 (7,8 %)	Mann-Whitney-U: 1004,5 Z-Wert: – 1,452 p = 0,147
	nein	13 (81,2 %)	130 (92,2 %)	
niedriges Geburts-gewicht	ja	3 (18,8 %)	11 (7,8 %)	Mann-Whitney-U: 1004,5 Z-Wert: – 1,452 p = 0,147
	nein	13 (81,2 %)	130 (92,2 %)	
stat. Beh. (Säugling) im 1. Monat postpartal	ja	4 (25,0 %)	19 (13,5 %)	Mann-Whitney-U: 998,0 Z-Wert: – 1,232 p = 0,218
	nein	12 (75,0 %)	122 (86,5 %)	
stat. Beh. (som.) der Mutter	ja	0 (0 %)	10 (7,1 %)	Mann-Whitney-U: 1048,0 Z-Wert: – 1,097 p = 0,272
	nein	16 (100 %)	131 (92,9 %)	
fachärztliche amb. Beh. (som.) der Mutter	ja	5 (31,2 %)	67 (47,5 %)	Mann-Whitney-U: 944,5 Z-Wert: – 1,234 p = 0,217
	nein	11 (68,8 %)	74 (52,5 %)	
allg. med. amb. Beh.	ja	3 (18,8 %)	42 (29,8 %)	Mann-Whitney-U: 1003,5 Z-Wert: – 9,22 p = 0,356
	nein	13 (81,2 %)	99 (70,2 %)	
Anzahl Stillwochen	0	10 (62,5 %)	40 (28,4 %)	Mann-Whitney-U: 738,0 Z-Wert: – 2,304 p = 0,021 *
	1	1 (6,2 %)	13 (9,2 %)	
	2	2 (12,5 %)	14 (9,9 %)	
	3	0 (0 %)	6 (4,3 %)	
	4	0 (0 %)	13 (9,2 %)	
	5	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
	6	0 (0 %)	5 (3,5 %)	
	7	0 (0 %)	5 (3,5 %)	
	8	0 (0 %)	9 (6,4 %)	
	9	1 (6,2 %)	2 (1,4 %)	
	10	0 (0 %)	3 (2,1 %)	
	12	0 (0 %)	9 (6,4 %)	
	14	0 (0 %)	3 (2,1 %)	
	16	0 (0 %)	5 (3,5 %)	
	18	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
	19	1 (6,2 %)	1 (0,7 %)	
	22	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
	24	0 (0 %)	4 (2,8 %)	
	25	1 (6,2 %)	0 (0 %)	
	26	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
	28	0 (0 %)	4 (2,8 %)	
	30	0 (0 %)	1 (0,7 %)	

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Tab. 3 (Fortsetzung)

Items		NEB (n = 16) n (%)	EB (n = 141) n (%)	Testkennwerte
6. Aktuelle Krankheitsepisode				
Hauptindikation für den stationären Aufenthalt	akute Erkrankung, erste Episode	8 (57,1 %)	75 (56,0 %)	Mann-Whitney-U: 926,5 Z-Wert: – ,086 p = 0,931
	Rückfall i. R. der akuten Erkrankung	1 (7,1 %)	3 (2,2 %)	
	Rückfall einer chronischen Erkrankung	4 (28,6 %)	53 (39,6 %)	
	nur zur Beurteilung der mütterlichen Kompetenz	1 (7,1 %)	2 (1,5 %)	
	Beurteilung der mütterlichen Kompetenz und 1, 2 oder 3	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
	andere	0 (0 %)	0 (0 %)	
Teil 2: Entlassung				
7. Psychopathologische Symptomatik während der stationären Behandlung				
depressive Symptomatik	nicht vorhanden	2 (12,5 %)	5 (3,5 %)	Mann-Whitney-U: 1027,0 Z-Wert: – 1,639 p = 0,101
	vorhanden	14 (87,5 %)	136 (96,5 %)	
maniforme Symptomatik	nicht vorhanden	15 (93,8 %)	137 (97,2 %)	Mann-Whitney-U: 1089,5 Z-Wert: – 0,734 p = 0,463
	vorhanden	1 (6,2 %)	4 (2,8 %)	
Wahn	nicht vorhanden	12 (75,0 %)	113 (80,1 %)	Mann-Whitney-U: 1070,0 Z-Wert: – 0,482 p = 0,630
	vorhanden	4 (25,0 %)	28 (19,9 %)	
Zwänge/Befürchtungen	nicht vorhanden	13 (81,2 %)	108 (76,6 %)	Mann-Whitney-U: 1075,5 Z-Wert: – 0,418 p = 0,676
	vorhanden	3 (18,8 %)	33 (23,4 %)	
Halluzinationen/Sinnestäuschungen	nicht vorhanden	12 (75,0 %)	129 (91,5 %)	Mann-Whitney-U: 942,0 Z-Wert: – 2,060 p = 0,039*
	vorhanden	4 (25,0 %)	12 (8,5 %)	
formale Denkstörungen	nicht vorhanden	9 (56,2 %)	105 (74,5 %)	Mann-Whitney-U: 922,5 Z-Wert: – 1,544 p = 0,123
	vorhanden	7 (43,8 %)	36 (25,5 %)	
Verhaltensauffälligkeiten	nicht vorhanden	10 (62,5 %)	118 (83,7 %)	Mann-Whitney-U: 889,0 Z-Wert: – 2,063 p = 0,039*
	vorhanden	6 (37,5 %)	23 (16,3 %)	
Agitiertheit	nicht vorhanden	8 (50,0 %)	89 (63,1 %)	Mann-Whitney-U: 980,0 Z-Wert: – 1,020 p = 0,308
	vorhanden	8 (50,0 %)	52 (36,9 %)	
Verlangsamung	nicht vorhanden	5 (31,2 %)	31 (22,0 %)	Mann-Whitney-U: 1023,5 Z-Wert: – 0,833 p = 0,405
	vorhanden	11 (68,8 %)	110 (78,0 %)	
Verwirrtheit/Ratlosigkeit	nicht vorhanden	13 (81,2 %)	120 (85,1 %)	Mann-Whitney-U: 1084,5 Z-Wert: – 0,405 p = 0,686
	vorhanden	3 (18,8 %)	21 (14,9 %)	
fluktuierende/wechselnde Symptome	nicht vorhanden	7 (43,8 %)	70 (49,6 %)	Mann-Whitney-U: 1061,5 Z-Wert: – 0,446 p = 0,656
	vorhanden	9 (56,2 %)	71 (50,4 %)	
Rechtsstatus	freiwillig	15 (100 %)	137 (99,3 %)	Mann-Whitney-U: 1027,5 Z-Wert: – 0,330 p = 0,742
	untergebracht nach PsychKG	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
	untergebracht nach Betreuungsrecht	0 (0 %)	0 (0 %)	
	andere	0 (0 %)	0 (0 %)	
Stillen während medikament. Behandlung	ja	1 (6,2 %)	9 (6,4 %)	Mann-Whitney-U: 1126,5 Z-Wert: – 0,021 p = 0,984
	nein	15 (93,8 %)	132 (93,6 %)	

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung

Tab. 3 (Fortsetzung)

Items		NEB (n = 16) n (%)	EB (n = 141) n (%)	Testkennwerte
8. Selbstschädigung				
selbstschädigende Gedanken/Handlungen während des Aufenthalts	keine Gedanken/Handlungen	10 (71,4 %)	110 (79,7 %)	Mann-Whitney-U: 890,0 Z-Wert: – 0,685 p = 0,494
	nur Gedanken	4 (28,6 %)	26 (18,8 %)	
	nicht tödliche Handlung	0 (0 %)	2 (1,4 %)	
	Suizid	0 (0 %)	0 (0 %)	
9. Schädigung des Kindes				
Schädigung des Kindes	keine Gedanken/Handlungen	13 (92,9 %)	120 (88,9 %)	Mann-Whitney-U: 907,5 Z-Wert: – 0,455 p = 0,649
	nur Gedanken	1 (7,1 %)	15 (11,1 %)	
	nicht tödliche Handlung	0 (0 %)	0 (0 %)	
	Infantizid	0 (0 %)	0 (0 %)	
10. Entlassung				
ärztliche Weiterbetreuung	keine	1 (6,2 %)	2 (1,4 %)	Mann-Whitney-U: 977,0 Z-Wert: – 0,909 p = 0,363
	Psychiater/Nervenarzt	6 (37,5 %)	75 (53,6 %)	
	Psychiater der MKE	2 (12,5 %)	26 (18,8 %)	
	Hausarzt/Allgemeinmediziner	2 (12,5 %)	9 (6,4 %)	
	Andere	5 (31,2 %)	28 (20,0 %)	
nichtärztliche Weiterbetreuung	psychologische Psychotherapie	1 (12,5 %)	47 (45,2 %)	Mann-Whitney-U: 360,5 Z-Wert: – 0,672 p = 0,502
	Jugendamt	7 (87,5 %)	34 (32,7 %)	
	allg. soziale Dienste	0 (0 %)	5 (4,8 %)	
	sozialpsychiatrischer Dienst	0 (0 %)	0 (0 %)	
	Eltern-Kind-Beratungsstelle	0 (0 %)	2 (1,9 %)	
	Eltern-Kind-Therapeut	0 (0 %)	10 (9,6 %)	
	Selbsthilfegruppen	0 (0 %)	0 (0 %)	
	sonstige	0 (0 %)	6 (5,8 %)	
Rechtsstatus und Unterbringung des Kindes (Entl.)	Entlassung mit Mutter, keine Beobachtung	7 (46,7 %)	97 (70,3 %)	Mann-Whitney-U: 743,0 Z-Wert: – 2,199 p = 0,028*
	Entlassung mit Mutter, unter freiw. Aufsicht des ASD/Jugendamts	5 (33,3 %)	38 (27,5 %)	
	Entlassung mit Mutter, unter familiengerichtl. angeordn. Auflagen	1 (6,7 %)	1 (0,7 %)	
	freiw. Abgabe der elterlichen Sorge	2 (13,3 %)	0 (0 %)	
	gesetzl. angeordnete Abgabe des Sorgerechts	0 (0 %)	2 (1,4 %)	
Wohnsituation der Mutter bei Entl.	alleine mit oder ohne Kind	3 (18,8 %)	16 (11,4 %)	Mann-Whitney-U: 1089,0 Z-Wert: – 0,254 p = 0,799
	mit Ehemann/Partner	10 (62,5 %)	113 (80,7 %)	
	mit Eltern	1 (6,2 %)	1 (0,7)	
	betreutes Wohnen	0 (0 %)	0 (0 %)	
	Mutter-Kind-Einrichtung	1 (6,2 %)	8 (5,7 %)	
	Verleg. auf allg. psych. Station	1 (6,2 %)	1 (0,7 %)	
	anderes	0 (0 %)	1 (0,7 %)	
mütterliche Kompetenzen	relevante Probleme bei der praktischen Versorgung des Kindes	4 (25,0 %)	2 (1,4 %)	Mann-Whitney-U: 534,5 Z-Wert: – 4,193 p < 0,001**
	relevante Störung der emotionalen Beziehung und Responsivität	7 (43,8 %)	34 (24,1 %)	
	relevante Gefahr einer Schädigung des Kindes	1 (6,2 %)	3 (2,1 %)	
	keine Einschränkungen	4 (25,8 %)	102 (72,3 %)	
Qualität der Partnerschaft bei Entlassung	1 (sehr gut)	1 (10,0 %)	27 (22,5 %)	Mann-Whitney-U: 366,0 Z-Wert: – 2,119 p = 0,034*
	2	0 (0 %)	43 (35,8 %)	
	3	7 (70,0 %)	29 (24,2 %)	
	4	0 (0 %)	10 (8,3 %)	
	5 (sehr schlecht)	2 (20,0 %)	11 (9,2 %)	
Qualität der Beziehung zu Eltern bei Entlassung	1 (sehr gut)	0 (0 %)	12 (9,4 %)	Mann-Whitney-U: 547,5 Z-Wert: – 1,667 p = 0,095
	2	2 (16,7 %)	32 (25,2 %)	
	3	3 (25,0 %)	40 (31,5 %)	
	4	6 (50,0 %)	34 (26,8 %)	
	5 (sehr schlecht)	1 (8,3 %)	9 (7,1 %)	
ICD-10-Diagnosen	F2	3 (18,8 %)	11 (7,8 %)	Mann-Whitney-U: 1051,5 Z-Wert: – 0,597 p = 0,550
	F3	8 (50 %)	112 (79,4 %)	
	F4	3 (18,8 %)	6 (4,3 %)	
	F5	1 (6,2 %)	10 (7,1 %)	
	F6	1 (6,2 %)	2 (1,4 %)	

Anmerkungen: NEB: nicht erfolgreich behandelte Patientin, EB: erfolgreich behandelte Patientin, n: Anzahl der Fälle, Mann-Whitney-U-Test, U: Rangsummenwert; Z: Prüfwert MWhU-Test; df: Freiheitsgrade, p: Signifikanzwert, T: Prüfwert t-Test
* signifikant
** hochsignifikant

Elektronischer Sonderdruck zur persönlichen Verwendung