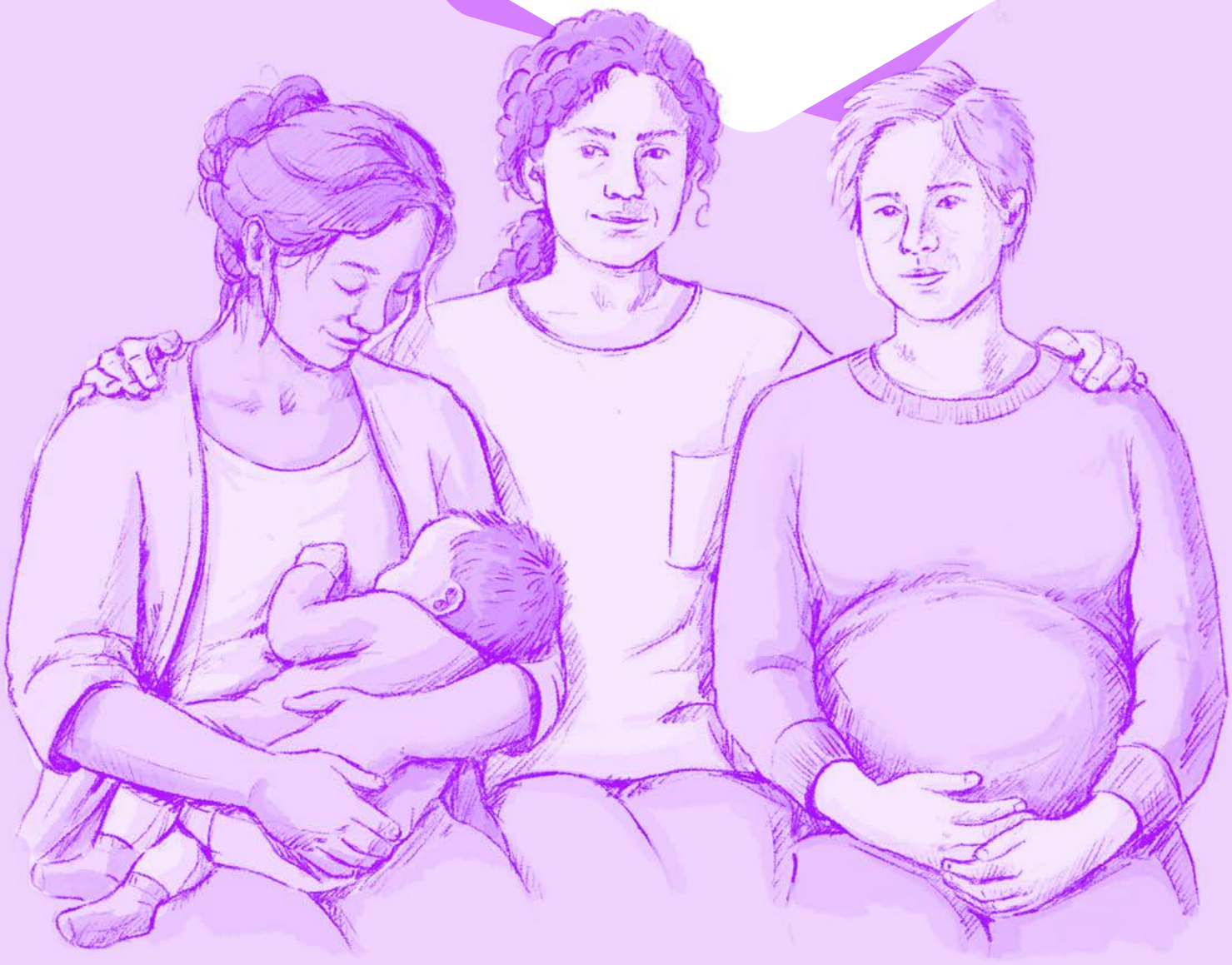
Handbuch zur Implementierung eines Advanced-Practice-Midwife-(APM)- Angebots für peripartale psychische Gesundheit



Impressum

Projektpartner
Universitätsklinik für Frauenheilkunde
Inselspital
Effingerstrasse 102
CH-3010 Bern
https://frauenheilkunde.insel.ch

Autorinnen
Lena Sutter, Hebamme MSc, Fachführende Pflege- und Hebammenexpertin, Advanced Practice Midwife (APM) Schwerpunkt peripartale psychische Gesundheit
Gabriela König, Hebamme MSc, Hebammenexpertin

Mitwirkende am Handbuch
Dr. M. Sebestova, Oberärztin Psychiatrie
Prof. Dr. med. D. Surbek, Ordinarius und Chefarzt, Geburtshilfe und Feto-maternale Medizin FMH, Schwerpunkte Operative Gynäkologie und Geburtshilfe, Geschäftsführender Co-Klinikdirektor

Zitierweise
Sutter L, König G., Sebestova M., Surbek D. (2026) Handbuch zur Implementierung eines APM-Angebots für peripartale psychische Gesundheit (1. Auflage). Bern, Schweiz

Verfügbar auf den Webseiten von:
- *Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern*
- *LactaHub*

Herausgeberin
Familie Larsson-Rosenquist Stiftung
Rheinstrasse 1
8S00 Frauenfeld
Schweiz
www.larsson-rosenquist.org
info@larsson-rosenquist.org

Layout
FRANCHI design.identity

Illustration
Nadja Baltensweiler

Das vorliegende Handbuch wurde von der Familie Larsson-Rosenquist Stiftung und Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern auf Grundlage des bestehenden APM-Angebots an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern entwickelt.

Bei Fragen zum operativen Handbuch wenden Sie sich bitte an ***lena.sutter@insel.ch***

Das gesamte Handbuch, einschliesslich der Prozessablaufdiagramme, Vorlagen und Beispiele, ist ausschliesslich und kostenlos zum Download auf ***LactaHub.org*** und der Homepage der ***Frauenklinik*** verfügbar.

Executive Summary

Peripartale psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft und sind mit erheblichen individuellen, familiären und gesundheitssystemischen Folgen verbunden. Gleichzeitig ist die Versorgung betroffener Frauen häufig durch eine fragmentierte Versorgungsstruktur geprägt, in der geburtshilfliche, psychiatrische und psychosoziale Angebote nur unzureichend aufeinander abgestimmt sind. Dies erschwert eine frühzeitige Erkennung, kontinuierliche Betreuung und wirksame Prävention.

Die Implementierung eines Advanced Practice Midwife (APM)-Angebots für peripartale psychische Gesundheit stellt einen vielversprechenden Ansatz dar, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Durch erweiterte klinische, koordinative und präventive Kompetenzen übernimmt die APM eine spezialisierte Rolle an der Schnittstelle verschiedener Fachdisziplinen und trägt zur Verbesserung der Versorgungsqualität, -kontinuität und Patientinnensicherheit bei.

Dieses Handbuch richtet sich an geburtshilfliche Einrichtungen und Spitäler, die eine APM-Sprechstunde implementieren oder weiterentwickeln möchten. Es bietet einen evidenzbasierten und praxisorientierten Leitfaden zur Konzeption, Umsetzung, Evaluation und nachhaltigen Verankerung dieser erweiterten Hebammenrolle im klinischen Kontext. Neben organisatorischen und interprofessionellen Aspekten werden auch rechtliche, berufspolitische und qualitätssichernde Rahmenbedingungen berücksichtigt.

Durch klare Rollenbeschreibungen, definierte Kommunikationsstrukturen und gezielte Koordinations- und Schulungsmassnahmen zeigt das Handbuch auf, wie Versorgungslücken reduziert, Doppelstrukturen vermieden und präventive Ansätze gestärkt werden können. Damit leistet es einen Beitrag zur Entwicklung einer patientinnenzentrierten, effizienten und zukunftsfähigen peripartalen Versorgung.

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary **3**

Inhaltsverzeichnis **4**

1 Vorwort **9**

1.1. Fachlicher Beitrag zur Bedeutung von APM-Sprechstunden (Psychiatrie) 9

1.2. Bedeutung aus institutioneller Sicht 10

1.3. Beitrag der Familie Larsson-Rosenquist Stiftung zur Förderung peripartaler psychischer Gesundheit 11

2 Präambel **13**

3 Hintergrund **14**

3.1. Ausgangslage im In- und Ausland 14

4 Advanced Practice **16**

4.1. Advanced Midwifery Practice 16
4.1.1. Kompetenzprofil APM und Abgrenzung zu CMS/MP 16

4.2. Gesetzliche und berufspolitische Rahmenbedingungen in der Schweiz 17

5 Entwicklung einer APM-Rolle mit Spezialisierung auf peripartale psychische Gesundheit in der FKI **19**

5.1. Zielgruppe und Indikationsspektrum 21

5.2. Kompetenzrahmen und Grenzen des Betreuungsmodells 22

5.3. Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit 23

6 Implementierung und Umsetzung der APM-Rolle an der FKI 24

6.1. Optimierung der Früherkennung von PPE (Ziel A) 24
6.1.1. Empfehlungen und praktisches Vorgehen 25
6.1.2. Instrumente und Handlungsalgorithmus für das systematische Screening 26

6.2. Stärkung der peripartalen psychischen Gesundheit durch Schwangerschaftsbegleitung und Beratungsgespräche (Ziel B) 28
6.2.1. Gesprächskonsultationen bei auffälligem Screening (bei EPDS-Score ≥ 10) 28
6.2.2. Gesprächskonsultationen bei Belastungssituationen 29
6.2.3. Psychosoziale Hebammensprechstunde 29
6.2.4. Beratung zum Stillen unter Einnahme von Psychopharmaka 30
6.2.5. Beratung zum Stillen bzw. der Ernährung des Neugeborenen bei Frauen mit PPE 31
6.2.6. Mögliche Einflüsse des Stillens auf Mütter mit einer psychischen Erkrankung 33

6.3. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Ziel C) 35
6.3.1. Peripartal-Mental-Health (PMH) Team Frauenklinik 35
6.3.2. Universitäre Psychiatrische Zentrum Bern (UPZ) / Fachärzt:innen für Psychiatrie / Psycholog:innen 36
6.3.3. Sozialberatungsdienst 36
6.3.4. Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) 37
6.3.5. Fachärzt:innen für Geburtshilfe und Hebammen 37
6.3.6. Fachärzt:innen für Neonatologie/Pädiatrie 38
6.3.7. Seelsorger:in, Care-Team,Medizinethik 38
6.3.8. Interprofessioneller «Scope of Practice» 38
6.3.9. Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen und Institutionen 38

6.4. Optimierung der Koordination des Behandlungsverlaufs (Ziel D) 40
6.4.1. Leitung des psychosozialenRapports 40
6.4.2. Koordination der ethischenFallbesprechungen 40
6.4.3. Kommunikationswege 40
6.4.4. Fallübergreifende Koordination / Vernetzung mit weiteren externen Fachstellen/-personen 41

7 Weitere Aufgabenbereiche der APM 42

7.1. Interne Weiterbildung, Schulungen und Coachings 42

7.2. Öffentlichkeitsarbeit & Forschung 42

7.3. Publikationen, Forschungsprojekte, Evaluation des APM-Angebots 43

8 Organisation und Einbettung des APM-Angebots in der FKI 44

8.1. Setting und institutionelle Einbindung 44

8.2. Strukturelle Rahmenbedingungen (Ressourcen, Räumlichkeiten, Finanzierung) 45

8.3. Zuweisungswege 45

8.4. Abrechnungsmöglichkeiten 45

9 Vorgeschlagenes Vorgehen für die Implementierung eines APM-Angebots im eigenen geburtshilflichen Setting 47

9.1. PEPPA-Schritt 1: Definition der Zielpopulation und Analyse des bestehenden Versorgungsmodells 48

9.2. PEPPA-Schritt 2: Identifikation und Einbindung relevanter Stakeholder:innen 48

9.3. PEPPA-Schritt 3: Bestimmung des Bedarfs für ein neues Versorgungsmodell 48

9.4. PEPPA-Schritt 4: Priorisierung der Versorgungsprobleme und Festlegung der Projektziele 49

9.5. PEPPA-Schritt 5: Definition des neuen Versorgungsmodells und der APM-Rolle 49

9.6. PEPPA-Schritt 6: Planung der Implementierungsstrategien 49

9.7. PEPPA-Schritt 7: Umsetzung des Implementierungsplans 50

9.8. PEPPA-Schritt 8: Evaluation der APM-Rolle und des Versorgungsmodells 50

10 Nachhaltigkeit sicherstellen 51

10.1. Team- und Rollenentwicklung 51

10.2. Kriterien für die Rolle der APM 51

10.3. Verankerung und Kommunikation im Betrieb 52

10.4. Weiterentwicklung durch Fort- und Weiterbildung 52

11 Erfolgsfaktoren und Stolpersteine **53**

11.1. «Lessons Learned» aus der Pilotierung 53

11.2. Gelingensbedingungen im interprofessionellen Setting 53

11.3. Herausforderungen und Lösungsansätze 53

11.4. Bedeutung einer wissenschaftlichen Begleitung 54

12 Toolbox für die Praxis (Edukation, Gesprächsleitfäden und Assessmentvorlagen) **55**

12.1. Dokumentationsvorlage für das erweiterte psychische Screening 55

12.2. Einschätzung der peripartalen Suizidalität in der APM-Sprechstunde – Fokus-Assessment bei suizidalen Gedanken 56

12.3. Geburtsplanung und -begleitung von Frauen mit traumatischen Erfahrungen 62
12.3.1. Ziel 62
12.3.2. Hintergrund 62
12.3.3. Begriff «Trauma» 64
12.3.3.1. Traumatische Geburtserfahrung 64
12.3.3.2. Geburtsbezogene PTBS und postpartale PTBS 64
12.3.4. Erkennung und Betreuung von Frauen mit traumatisierenden Erlebnissen 65
Schritt 1: Erkennung 66
12.3.4.1. Post partum 66
12.3.4.2. Geburtsbetreuung von Frauen mit Status nach traumatisierenden sexuellen Erfahrungen 67

12.4. Gesprächsleitfaden für die Geburtsplanung in der APM-Sprechstunde basierend auf den Prinzipien von Trauma-Informed Care (TIC) 73

12.5. Beratung bei Wunsch nach spätem Schwangerschaftsabbruch (inkl. Gesprächsleitfaden) 76

12.6. Dokumentationsvorlage: Unterstützungsplan bei psychischer Krise in der Schwangerschaft und im Wochenbett 83

12.7. Schulungsunterlagen zur Durchführung des Screeningprozesses für neue Mitarbeitende 85

13 Literaturverzeichnis **89**

13.1 Glossar zentraler Begriffe 96

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Kompetenzrahmen APM psychische Gesundheit	22
Abbildung 2:	Screening- Ablauf und Ziele (eigene Darstellung)	25
Abbildung 3:	Systematisches Screening auf PPE mit Handlungsalgorithmus	27
Abbildung 4:	Zusammensetzung des PMH-Teams und beteiligte Fachpersonen	35
Abbildung 5:	Interprofessionelle Zusammenarbeit/Aufgabenteilung	39
Abbildung 6:	Patientinnenpfad und Zuweisungswege	46
Abbildung 7:	Übersicht der 8 Implementierungsschritte n. PEPPA	47
Abbildung 8:	Eigene deutsche Übersetzung des Modells von Reid et al. (2022): verschiedene Phasen suizidaler Gedanken bis zur Handlung	57
Abbildung 9:	Risikoeinschätzung perinatale Suizidalität, eigene Darstellung angelehnt an Centre of Perinatal Excellence (2017)	59
Abbildung 10:	Darstellung primäre oder reaktivierte Traumatisierung aus Weidner et al. (2018), Seite 192	63
Abbildung 11:	Eigene Darstellung. Abbildung angelehnt an verschiedene Quellen	68
Abbildung 12:	LIVE-Gesprächsleitfaden FKI, 2023	78

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Indikationsspektrum für die Zuweisung in die APM-Sprechstunde	21
Tabelle 2:	Gesprächsinhalte für die Beratung zum Stillen	34
Tabelle 3:	Still-Optionen	34
Tabelle 4:	Eigene Abbildung adaptiert nach Brewin (2014); Brewin et al. (1996) und Van der Kolk (2014)	65

1.1. Fachlicher Beitrag zur Bedeutung von APM-Sprechstunden (Psychiatrie)

Prof. Dr. med. Kristina Adorjan, Direktorin Universitätsklinik für Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie sowie Direktorin Lehre und Forschung am Universitären Psychiatrischen Zentrum Bern (UPZ)

«Ich wollte nur ein Kind bekommen. Niemand hatte mir gesagt, dass ich nach der Geburt plötzlich Angst vor meinem eigenen Baby haben könnte. Statt Glück und Vorfreude erlebte ich Verzweiflung, Schlaflosigkeit und den Verlust der Kontrolle. Erst als ich die richtige Unterstützung erhielt, verstand ich, dass ich vorübergehend psychisch erkrankt war und dass es Hilfe gab. Ich war nicht allein.»
– Sinngemässe Aussage einer Patientin mit einer peripartalen Psychose

Dieses Zitat steht stellvertretend für viele Frauen, deren psychische Erkrankung während der Schwangerschaft oder nach der Geburt häufig unerwartet auftritt und sowohl die Betroffenen als auch ihre Familien vor grosse Herausforderungen stellt. Hinter jeder Diagnose steht eine individuelle Geschichte – geprägt von Hoffnungen, Ängsten und dem Wunsch, eine gute Mutter zu sein. Umso wichtiger ist eine Versorgung, die psychische Belastungen früh erkennt, ernst nimmt und Frauen kompetent sowie kontinuierlich begleitet.

Die psychische Gesundheit während der Schwangerschaft, nach der Geburt und im ersten Jahr der Elternschaft gewinnt sowohl in der klinischen Praxis als auch im gesundheitspolitischen Diskurs zunehmend an Bedeutung. Peripartale psychische Erkrankungen betreffen einen erheblichen Anteil der Frauen und können weitreichende Auswirkungen auf die Mutter, das Kind, die Familie sowie das Gesundheitssystem haben.
Trotz der wachsenden Evidenz bestehen in vielen Versorgungssystemen weiterhin Herausforderungen hinsichtlich der frühzeitigen Erkennung, der interprofessionellen Zusammenarbeit und einer kontinuierlichen Begleitung betroffener Frauen.

Die Erweiterung der Hebammenrolle durch Advanced Practice Midwives (APM) eröffnet neue Möglichkeiten, diesen Herausforderungen wirksam zu begegnen. Mit ihrer vertieften fachlichen Expertise übernehmen APMs eine koordinierende, beratende und klinische Funktion und tragen dazu bei, Versorgungslücken an den Schnittstellen zwischen Geburtshilfe, Psychiatrie und psychosozialen Diensten zu schliessen. Damit leisten sie einen wichtigen Beitrag zu einer patientinnenzentrierten, evidenzbasierten und qualitativ hochwertigen Versorgung.

Dieses Handbuch wurde entwickelt, um geburtshilfliche Einrichtungen bei der Planung, Implementierung und Weiterentwicklung einer APM-Sprechstunde für peripartale psychische Gesundheit zu unterstützen.
Es verbindet wissenschaftliche Erkenntnisse mit praxisnahen Handlungsempfehlungen und zeigt auf, wie organisatorische, interprofessionelle und qualitätssichernde Prozesse erfolgreich gestaltet werden können.

Ziel des Handbuchs ist es, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern, Hebammen, Fachpersonen sowie weiteren Beteiligten eine strukturierte Orientierung zu bieten und die nachhaltige Etablierung einer spezialisierten APM-Sprechstunde zu fördern. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität, zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit und letztlich zur Förderung der psychischen Gesundheit von Frauen und ihren Familien in der Peripartalzeit geleistet werden.

Ich wünsche mir, dass dieses Handbuch dazu beiträgt, Frauen mit psychischen Belastungen rund um Schwangerschaft und Geburt frühzeitig zu erkennen, sie ernst zu nehmen und umfassend zu begleiten – damit sie und ihre Familien in dieser einzigartigen, zugleich wunderschönen und sensiblen Lebensphase die Unterstützung erhalten, die sie benötigen.

1.2. Bedeutung aus institutioneller Sicht

Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Ordinarius und Chefarzt, Geburtshilfe und Feto-maternale Medizin, Geschäftsführender Co-Klinikdirektor, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern

Die psychische Gesundheit von Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt ist eine der zentralen Herausforderungen der modernen Geburtshilfe. Peripartale psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Komplikationen rund um Schwangerschaft und Geburt und beeinflussen nicht nur das Wohlbefinden der Mutter, sondern auch die Entwicklung des Kindes, die Stabilität der Familie und die langfristige Gesundheit der gesamten Gesellschaft. Trotz der hohen Prävalenz bestehen in der Schweiz nach wie vor erhebliche Versorgungslücken. Fragmentierte Versorgungsstrukturen, fehlende spezialisierte Angebote und unzureichend koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit erschweren eine frühzeitige Erkennung und wirksame Unterstützung betroffener Frauen.

Mit dem vorliegenden Handbuch liegt erstmals ein umfassender, wissenschaftlich fundierter und praxisorientierter Leitfaden für die Implementierung einer Advanced Practice Midwife (APM)-Sprechstunde mit Spezialisierung auf peripartale psychische Gesundheit vor. Es markiert einen bedeutenden Meilenstein in der Weiterentwicklung der geburtshilflichen Versorgung in der Schweiz und eröffnet neue Perspektiven für eine patientinnenzentrierte, koordinierte und evidenzbasierte Betreuung.

Das Handbuch geht dabei weit über eine reine Beschreibung einer neuen Funktion hinaus. Es präsentiert ein innovatives Versorgungskonzept, das die Hebammenexpertise gezielt erweitert und die APM als zentrale Koordinatorin zwischen Geburtshilfe, Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit und weiteren Fachdisziplinen positioniert. Durch die Verbindung von Früherkennung, Prävention, Beratung, Koordination und interprofessioneller Zusammenarbeit entsteht ein Versorgungspfad, der betroffene Frauen frühzeitig erreicht und kontinuierlich begleitet.

Die im Handbuch dargestellten Strukturen und Prozesse basieren auf wissenschaftlicher Evidenz sowie den Erfahrungen aus der erfolgreichen Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines innovativen Versorgungsmodells an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde des Inselspitals Bern. Damit steht erstmals ein praxiserprobtes Modell zur Verfügung, das anderen Geburtskliniken eine fundierte Grundlage bietet, vergleichbare Angebote aufzubauen und nachhaltig zu etablieren.

Dieses Handbuch versteht sich deshalb nicht nur als Implementierungsleitfaden, sondern als Impulsgeber für die Verbesserung der peripartalen psychischen Versorgung. Es zeigt auf, wie Versorgungslücken geschlossen und gleichzeitig die interprofessionelle Zusammenarbeit gestärkt werden können. Zudem leistet es einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Advanced Midwifery Practice in der Schweiz und schafft eine Grundlage für zukünftige nationale und internationale Standards.

Unser Wunsch ist es, dass dieses Handbuch viele Fachpersonen und Institutionen dazu inspiriert, neue Wege zu gehen und gemeinsam eine Versorgung zu gestalten, die Frauen und ihre Familien in einer besonders vulnerablen Lebensphase umfassend unterstützt. Jede früh erkannte psychische Belastung, jede koordinierte Intervention und jede gestärkte Mutter-Kind-Beziehung bedeutet einen Gewinn – für die betroffenen Familien ebenso wie für das gesamte Gesundheitssystem.

Wir sind überzeugt, dass dieses Handbuch einen wichtigen Schritt hin zu einer zukunftsorientierten, qualitativ hochwertigen und nachhaltig wirksamen peripartalen psychischen Versorgung darstellt und damit einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Betreuung von psychisch belasteten Frauen in der Schwangerschaft und postpartal leisten wird.

1.3. Beitrag der Familie Larsson-Rosenquist Stiftung zur Förderung peripartaler psychischer Gesundheit

Dr. Katharina Lichtner, Geschäftsführerin Familie Larsson-Rosenquist Stiftung

Ein gutes Versorgungsmodell entfaltet seinen Nutzen nicht allein dort, wo es entwickelt wurde. Entscheidend ist, dass die entwickelten Abläufe und gewonnenen Erfahrungen so aufbereitet werden, dass auch andere Einrichtungen damit arbeiten können. Genau deshalb hat die Familie Larsson-Rosenquist Stiftung die Erarbeitung dieses Handbuchs unterstützt.

Als Stiftung beschäftigen wir uns mit Muttermilch und Stillen und mit der Frage, welche Bedingungen Mütter und Kinder für einen guten Start ins Leben brauchen. Dazu gehört auch die psychische Gesundheit der Mutter. Gerade bei psychischen Erkrankungen zeigt sich, dass Stillen nicht isoliert betrachtet werden kann. Für manche Frauen kann es eine positive und stärkende Erfahrung sein. Für andere kann der Wunsch zu stillen zusätzlichen Druck erzeugen. Hinzu kommen Fragen zur Einnahme von Psychopharmaka, bei denen das Stillen unter Umständen nicht möglich ist und damit auch zur Ernährung des Säuglings. Das Handbuch trägt diesem Spannungsfeld

Rechnung und stellt die individuelle Situation der Frau in den Mittelpunkt, bietet aber gleichzeitig standardisierte Prozesse, um der jeweiligen Situation effizient Rechnung tragen zu können.

Am Inselspital Bern wurde über mehrere Jahre genau solch ein APM-(Advanced Practice Midwife-)Angebot für peripartale psychische Gesundheit entwickelt, umgesetzt, evaluiert und perfektioniert. Das vorliegende Handbuch macht die dabei gewonnenen Erfahrungen für andere Geburtskliniken direkt nutzbar. Es beschreibt nicht nur das Versorgungsmodell, sondern auch die konkreten Voraussetzungen für seine Umsetzung: von Rollen und Abläufen über Screening und Beratung bis zu Finanzierung, interprofessioneller Zusammenarbeit und langfristiger Verankerung inklusive Vorlagen für wichtige Elemente des Modells.

Das ist aus unserer Sicht besonders wichtig. Erprobte Ansätze sollten nicht an einzelnen Institutionen verbleiben. Sie sollten so dokumentiert werden, dass andere sie übernehmen, mit geringem Aufwand an ihre eigenen Bedingungen anpassen und weiterentwickeln können.

Mein besonderer Dank gilt Lena Sutter, fachführende Pflege- und Hebammenexpertin und Projektleiterin, Gabriela König, Hebammenexpertin und verantwortlich für die praktische und wissenschaftliche Durchführung, sowie Prof. Dr. med. Daniel Surbek für die Gesamtprojektverantwortung an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde des Inselspitals Bern. Ihre Weitsicht und Bereitschaft, sämtliche Abläufe detailliert zu erfassen, haben dieses Handbuch erst ermöglicht.

Die Zusammenarbeit schuf die Grundlage dafür, ein erprobtes Versorgungsmodell über den einzelnen Standort hinaus nutzbar zu machen. Darauf aufbauend können weitere Geburtskliniken mit minimalem Aufwand eigene Angebote entwickeln und so die Versorgung von Frauen mit peripartalen psychischen Erkrankungen schweizweit nachhaltig verbessern.

2 Präambel

Darstellung der aktuellen Versorgungslage in der Schweiz, inklusive bestehender Herausforderungen und Versorgungslücken. Begründung, weshalb spezialisierte Angebote notwendig sind, und Einordnung der internationalen Entwicklungen (UK, Irland) sowie deren Relevanz für die Schweiz.

In der Schweiz gibt es bislang keine nationalen Leitlinien und nur wenige spezialisierte, peripartale Versorgungsangebote für Frauen und Familien, die von einer psychischen Erkrankung seitens der Mutter betroffen sind. Um die Früherkennung schon während der Schwangerschaft zu fördern, die peripartale Betreuung von betroffenen Frauen zu optimieren und somit Risiken für Mutter, Kind und die Familie zu minimieren, wurde an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern (FKI) in Zusammenarbeit mit dem Universitären Psychiatrischen Zentrum Bern (UPZ) ein interprofessionelles Angebot mit einer Advanced Practice Midwife (APM) entwickelt, implementiert und evaluiert (Sutter et al., 2024). Das Angebot richtet sich an Frauen mit psychischen Vorerkrankungen und/oder psychosozialen Belastungen.

Um auch anderen Schweizer Geburtskliniken den effizienten Aufbau eines APM-geleiteten Angebots zu ermöglichen und damit die Versorgung von betroffenen Frauen und Familien zu verbessern, wurde das vorliegende Handbuch über das APM-Angebot im Bereich peripartale psychische Gesundheit erarbeitet. Im Handbuch werden strukturelle, finanzielle, fachliche und interprofessionelle Voraussetzungen beschrieben, welche zur Realisierung des APM-Angebots notwendig sind. Es enthält Schulungsunterlagen für das systematische Screening auf Peripartale psychische Erkrankungen (PPE), diverse Assessments und Empfehlungen von Massnahmen zur Erkennung und Förderung der psychischen Gesundheit. Zudem werden Möglichkeiten in Bezug auf das Stillen bei Frauen mit psychischen Erkrankungen sowie die damit verbundenen Herausforderungen und deren Lösungsansätze aufgezeigt.

3 Hintergrund

Der Transformationsprozess einer Frau zur Mutter wird als eigenständige Lebensphase verstanden, dieser wird im entwicklungspsychologischen Kontext auch als «Matreszenz», «Matrescence» oder als «Muttertät» bezeichnet. Abgeleitet wurden die Begriffe aus «Mater» bzw. «Mutter» und «Adoleszenz/Adolescence» bzw. «Pubertät» (Athan, 2024; Krämer & Meyer, 2023) aufgrund gemeinsamer Parallelen dieser Lebensphasen, wo, neben den hormonell bedingten körperlichen Veränderungen, eine Übergangsperiode zwischen zwei Lebensabschnitten im Vordergrund steht (Orchard et al., 2023). Die Muttertät bringt sowohl Belastungen als auch persönliches Wachstum und Neuorientierung mit sich (Athan, 2024). Geprägt wird diese Phase durch zahlreiche Veränderungen und Anpassungen, welche sowohl positive Erfahrungen als auch besondere Herausforderungen für (werdende) Mütter mit sich bringen (Athan, 2024). Der Übergangsprozess stellt daher einen Risikofaktor für psychische Belastungen und/oder Erkrankung werdender Eltern dar (Obsan, 2025). Peripartale psychische Erkrankungen sind nicht selten. In westlichen Ländern wird die Prävalenz auf 20 % geschätzt (Howard & Khalifeh, 2020; WHO, 2022). In der Schweiz nehmen 16,7 % der Frauen während der peripartalen Zeit psychiatrische Dienste in Anspruch (Berger et al., 2017). Bei einer Geburtenzahl von 78’000 im Jahr 2024 (Bundesamt für Statistik, 2025) entspricht das etwa 13’260 Frauen. PPE umfassen verschiedene Krankheitsbilder wie beispielsweise die antepartale und/oder postpartale Depression, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen oder Psychosen.

Wenn sie nicht angemessen behandelt werden, können PPE schwerwiegende negative Auswirkungen auf die mütterliche und kindliche Gesundheit haben (Howard & Khalifeh, 2020; Jones et al., 2014). Zu den Folgen gehören beispielsweise ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten, ein geringeres Geburtsgewicht des Kindes, höhere Kaiserschnittraten und ein erhöhter Substanzkonsum der Mutter (Gentile, 2017; Jacques et al., 2019; Momen et al., 2025). PPE können sich auch negativ auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken, was das Risiko für Entwicklungsstörungen und spätere Verhaltensprobleme bei den Kindern (Nakic Radoš et al., 2023; Stein et al., 2014; Weigl & Garthus-Niegel, 2021) und Funktionsstörungen in der Familie (Chew-Graham et al., 2009) erhöhen kann. Darüber hinaus ist Suizid die häufigste Todesursache bei Müttern im ersten Jahr nach der Geburt (Lommerse et al., 2024).

3.1. Ausgangslage im In- und Ausland

Die Schweiz hinkt bei der Erkennung und Behandlung von PPE im Vergleich zu anderen westlichen Ländern – mit einer nationalen Erkennungsrate von 1–3 % und fehlenden veröffentlichten Leitlinien für die PPE-Versorgung – hinterher (Berger et al., 2017). Zudem zeigte die Untersuchung aus dem Jahr 2017, dass das Betreuungsangebot für peripartal psychisch erkrankte Frauen in der Schweiz einen Mangel an Fokus und Spezialisierung an den Tag legt und daher nicht ausreichend ist, um betroffene Frauen

angemessen zu versorgen (Berger et al., 2017). Seither gibt es zwar mehr Angebote, aber in der Schweiz sind psychologische oder psychiatrische Dienste gebietsweise stark ausgelastet und es ist mit Kapazitätsengpässen zu rechnen (Obsan, 2025). Dies kann dazu beitragen, dass sich die Symptomatik von PPE und damit verbundene negative Effekte weiter ausprägen können.

Im UK, in Irland, Kanada oder auch Australien haben grosse Geburtskliniken spezialisierte interprofessionelle Angebote etabliert. Im United Kingdom (UK) gibt es beispielsweise die – seit 2014 entwickelte und ab 2015 in nationalen Standards verankerte – Rolle der Specialist Maternal Mental Health Midwife (SMMHM) (Crabbe & Hemingway, 2014; Maternal Mental Health Alliance, 2015; Royal College of Midwifes, 2025). Die SMMHM entspricht einer erweiterten klinischen Hebammenrolle auf Master-Niveau, die auf ein hochspezialisiertes Praxisfeld fokussiert ist. Wie in Advanced Practice (AP)-Modellen üblich, integriert die Rolle klinische Expertise mit Funktionen in Leadership, Lehre und Qualitätsentwicklung. Die SMMHM agiert als klinische Expertin, Fallführende und Koordinatorin interprofessioneller Versorgung; sie schult Kolleg:innen, entwickelt Leitlinien und arbeitet an der Implementierung evidenzbasierter Verfahren zur Früherkennung und Prävention. Auch in Irland arbeiten bereits seit einigen Jahren Advanced Practice Midwives (APM) erfolgreich im Bereich der peripartalen psychischen Gesundheit (Begley, 2010).

4 Advanced Practice

Das bereits breit anerkannte Konzept von Advanced Practice Nursing (APN), wurde vor über 40 Jahren in den USA begründet und über weitere englischsprachige Länder wie Kanada, Grossbritannien, Australien und Neuseeland weiterentwickelt und verbreitet. Seither wurde die APN-Rolle weltweit in rund 80 Gesundheitssystemen implementiert. Zahlreiche Studien haben die klinischen Vorteile von Advanced Practice Nurses (APNs) nachgewiesen, und es gibt ausreichend Belege dafür, dass der Einsatz von APNs zu besseren Patientenergebnissen, geringeren Krankenhausaufenthalten und Wiederaufnahmeraten, einer geringeren Morbidität und einer höheren Patientenzufriedenheit und Lebensqualität führt (Htay & Whitehead, 2021).

Das Konzept der Advanced Practice (AP), als international etablierter Ansatz zur Stärkung nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen, wurde in der Schweiz circa ab Mitte der 1990-Jahre aus den USA und Kanada übernommen und gewann in erster Linie in der Pflege (Advanced Practice Nursing) an Bedeutung. Nicht-ärztliche Gesundheitsfachpersonen in AP-Rollen pflegen, behandeln, therapieren, begleiten oder beraten Patient:innen mit erweiterten Kompetenzen. Die Rolle der APN für die Schweiz ist im gemeinsamen Positionspapier der Berufsverbände Verein für Pflegewissenschaft (VfP) Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Institut universitaire de formation et de recherche en soins (IUFRS) und der Interessengruppe swiss-ANP beschrieben und definiert (swissANP, 2012).

4.1. Advanced Midwifery Practice

Im Gegensatz zum Konzept des Advanced Practice Nursing gewinnt die Advanced Midwifery Practice in der Schweiz erst in den letzten Jahren an Bedeutung. Darunter versteht man die erweiterte, spezialisierte und evidenzbasierte Hebammenpraxis, die Handlungsfelder umfasst, in welchen komplexe klinische, psychosoziale oder organisatorische Anforderungen bestehen. Sie basiert gemäss Goemaes et al. (2016) auf den nachfolgenden vier Kernpfeilern der Advanced Practice:

1. Klinische Expertise auf Masterniveau
2. Forschung und evidenzbasierte Praxis
3. Leadership und Beratung
4. Bildung und Qualitätsentwicklung.

Die erste und bislang einzige Rolle für Hebammen mit erweiterter Kompetenz in der Schweiz wurde von einer Hebamme im Rahmen ihrer Masterarbeit entwickelt. Diese bildet die Basis für das vorliegende Handbuch. In → *Kapitel 5* wird die Rolle näher beschrieben.

4.1.1. Kompetenzprofil APM und Abgrenzung zu CMS/MP

Die Begriffe Advanced Midwifery Practice (AMP) und Advanced Practice Midwife (APM) unterscheiden das Konzept (Praxisfeld) und die handelnde Person (professionelle Rolle). Dabei bildet APM den Überbegriff für erweiterte Hebammenrollen.

Im Jahr 2021 wurde von der Berufskonferenz Hebamme in enger Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Hebammenverband ein ***Positionspapier*** zu APM in der Schweiz verfasst. Darin wird beschrieben, dass eine APM eine Hebamme ist, welche über einen konsekutiven Masterabschluss – und somit über erweiterte klinische, wissenschaftliche und strategische Kompetenz verfügt (Cignacco et al., 2024). Die APM übernimmt komplexe Fälle mit hoher Eigenverantwortung, gestaltet Versorgungsmodelle mit und wirkt an Forschung, Ausbildung und Politik mit. Als typische Merkmale der APM-Rolle gelten gemäss Positionspapier:

- Eigenständige klinische Entscheidungsfindung (Assessment, Differentialdiagnostik, Interventionsplanung)
- Koordination komplexer Versorgungssituationen
- Führung und Supervision interprofessioneller Teams
- Mitwirkung an Forschungs- und Entwicklungsprojekten
- Politische und strategische Mitgestaltung der Versorgungspraxis.

Der Begriff Advanced Practice (erweiterte Praxis) wird international verwendet, aber die spezifischen Rollen wie Advanced Practice Midwife, Clinical Midwife Specialist (CMS) und Midwife Practitioner (MP) stammen meist aus dem angloamerikanischen System und beschreiben dort spezifische, weiter fortgebildete Rollen. In der Schweiz hingegen existieren sie nicht als offizielle oder formal definierte Bezeichnungen (Cignacco et al., 2024).

Angelehnt an die Rollen von Advanced Practice Nursing kann die Abgrenzung von APM zu CMS und NP folgendermassen abgeleitet werden:

Clinical Nurse Specialist (CNS): Zeichnet sich aus durch klinische Fachexpertise mit Schwerpunkt in fachkundiger klinischer und Prozess-Beratung in spezialisierten klinischen Praxisfeldern, Pflegeentwicklung und Qualitätsmanagement (Brügger, 2025; ICN, 2020).

Nurse Practitioner (NP): Bewegt sich im Feld der direkten erweiterten klinischen Versorgung mit Schwerpunkt in direkter klinischer Tätigkeit in verschiedenen Settings wie Grundversorgung, Akutversorgung oder Langzeitpflege, inklusive Diagnose, Verordnung und Therapiebegleitung in einem definierten Rahmen (ICN, 2020 SAMW 2025).

4.2. Gesetzliche und berufspolitische Rahmenbedingungen in der Schweiz

Seit 2017 besteht in der deutschsprachigen Schweiz der Studiengang Master of Science (MSc) in Midwifery. Damit wurde ein wesentlicher Grundstein für die Entwicklung erweiterter und spezialisierter Hebammenrollen gelegt. Trotz dieser bildungspolitischen Fortschritte existiert in der Schweiz bislang keine offizielle Definition von Advanced Midwifery Practice. Es fehlt an nationalen gesetzlichen Grundlagen, sowohl im Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) als auch im Krankenversicherungsgesetz (KVG). Dadurch sind Anforderungen, Kompetenzprofile und der Rahmen von AMP-Rollen nicht verbindlich geregelt (Cignacco et al., 2024). In der Praxis entstehen deshalb häufig institutionsgebundene oder projektbasierte

Rollenprofile, deren Umsetzung und Finanzierung stark von der jeweiligen Trägerschaft abhängen. Damit bleibt die flächendeckende Integration ins Gesundheitssystem aktuell blockiert (SAMW, 2025).

5 Entwicklung einer APM-Rolle mit Spezialisierung auf peripartale psychische Gesundheit in der FKI

Vor obengenanntem Hintergrund wurde im Zeitraum von 2018 bis 2020 an der Frauenklinik des Inselspitals (FKI) in Kooperation mit dem Universitären Psychiatrischen Zentrum Bern (UPZ), ein zur Specialist Maternal Mental Health Midwife analoges Angebot in Form einer Advanced Practice Midwife mit Spezialisierung auf peripartale psychische Gesundheit entwickelt, implementiert und evaluiert (Sutter et al., 2024).

Die APM-Rolle für die peripartale psychische Gesundheit wurde im Rahmen einer Masterarbeit ausgearbeitet. Grundlage für die Rollenentwicklung bildete der partizipative, evidenzbasierte und patientenzentrierte Entwicklungsprozess des PEPPA-Frameworks nach Bryant-Lukosius & DiCenso (2004) (Participatory, Evidence-Based, Patient-Centered Process for Advanced Practice Nursing Role Development). Dieses neunstufige Modell basiert auf den Prinzipien der partizipativen Aktionsforschung und bindet zentrale Anspruchsgruppen – darunter Patientinnen, Pflegende und weitere Gesundheitsfachpersonen – systematisch in den Entwicklungs- und Implementierungsprozess ein. Das PEPPA-Framework wurde gewählt, weil es sich sowohl national als auch international bewährt hat und erfolgreich zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation von APN-Rollen eingesetzt wurde (Boyko et al., 2016; Serena et al., 2015).

Im Rahmen der Rollenentwicklung wurden diverse Lücken entlang des gesamten Versorgungspfads aufgedeckt. Basierend auf diesen Versorgungslücken wurden gemeinsam mit den Entscheidungsträgern der FKI und UPZ nachfolgende vier prioritäre Ziele für ein verbessertes Versorgungsangebot festgelegt:

A. Früherkennung von PPE optimieren
B. Peripartale psychische Gesundheit stärken
C. Interprofessionelle Zusammenarbeit fördern
D. Koordination des Behandlungsverlaufs optimieren.

Dabei wurden, gestützt auf das Modell nach Hamric (Tracy & O'Grady, 2018), folgende Kernaufgaben für die APM-Rolle definiert:

- Aufklärung und Prävention
- Beratung von betroffenen Frauen/Familien
- Vermittlung an andere Gesundheitsfachpersonen
- Koordination des Behandlungsverlaufs bei Frauen mit einer PPE (Sutter et al., 2024).

Im weiteren Verlauf zeigte sich, dass eine vollständige und sofortige Implementierung aller Modellbestandteile im klinischen Alltag nicht realistisch ist. Dies entspricht auch den im PEPPA-Rahmenwerk beschriebenen Implementierungsprozessen, bei denen sich Rollenentwicklung und Umsetzung iterativ zwischen den Implementierungsschritten bewegen (Bryant-Lukosius & Dicenso, 2004).

Aufgrund der verfügbaren personellen und strukturellen Ressourcen sowie einer breiten Zustimmung der Stakeholder:innen wurde als erster Implementierungsschritt das systematische Screening der peripartalen psychischen Gesundheit eingeführt und dessen Evaluation geplant. Dies weil gerade bei PPE die Früherkennung und das frühzeitige Ergreifen von geeigneten Massnahmen eine zentrale Rolle für den weiteren Verlauf spielen und das systematische Screening auf PPE von internationalen Fachgesellschaften empfohlen wird (ACOG Clinical Practice Guideline, 2023; Highet, 2023; Howard & Khalifeh,

2020; NICE, 2018; Radoš et al., 2025; Rondung et al., 2024). Zudem bietet ein systematisches Screening die Möglichkeit, psychische Vorerkrankungen zu eruieren, das Suizidrisiko einzuschätzen und Behandlungsoptionen zu erörtern (Gimbel et al., 2024).

Beispielsweise deuten Clement et al. (2015) darauf hin, dass in der Allgemeinbevölkerung mehr als 50 % der Menschen mit psychischen Störungen unbehandelt bleiben. Es ist davon auszugehen, dass eine ebenso grosse oder sogar grössere Anzahl von Frauen von einer nicht entdeckten PPE betroffen ist. Spezifische Hindernisse wie beispielsweise Stigmatisierung, fehlende systematische PPE-Screenings sowie strukturelle Barrieren innerhalb des Gesundheitssystems erschweren den Frauen den Zugang zu peripartalen psychischen Gesundheitsdiensten (Patel et al., 2016).

Die qualitative Evaluation des eingeführten Screenings (im Rahmen einer weiteren Masterarbeit) zeigte, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit – insbesondere mit der APM – als entlastend und unterstützend wahrgenommen wurde (Sutter et al., 2024). Hebammen nutzten das APM-Angebot insbesondere in komplexen Situationen als direkte Ansprechperson. Ärzt:innen beschrieben eine deutliche Entlastung, da sie sich stärker auf medizinische Fragestellungen konzentrieren konnten. Aus Sicht der Fachpersonen wurde die thematische Auseinandersetzung mit psychischer Gesundheit von den Frauen und ihren Angehörigen positiv aufgenommen, und die Sensibilisierung für peripartale psychische Gesundheit nahm durch das routinemässige Screening zu. Als Herausforderungen wurden Kommunikationsbarrieren bei Frauen mit Migrationshintergrund sowie begrenzte zeitliche Ressourcen genannt (Sutter et al., 2024).

Trotz fehlender gesetzlicher Regulierung in der Schweiz konnte die anhand des PEPPA-Frameworks entwickelte APM-Rolle erfolgreich umgesetzt werden – ermöglicht durch institutionelle Unterstützung und das Engagement zentraler Stakeholder:innen (Sutter et al., 2024). Die APM-Sprechstunde erhöhte die Sensibilisierung des Fachpersonals, verbesserte die Identifikation von Risikosituationen (Sutter et al., 2024) und wird kontinuierlich weiterentwickelt und evaluiert. Das entwickelte Versorgungskonzept dient als übertragbares Modell für den Aufbau vergleichbarer APM-Angebote und leistet einen nachhaltigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Frauen und Familien im peripartalen Zeitraum.

5.1. Zielgruppe und Indikationsspektrum

Das Angebot richtet sich an Frauen mit vorbestehenden oder neu auftretenden psychischen Erkrankungen und/oder psychosozialen Belastungen (→ *vgl. Tabelle 1*).

Psychische Erkrankung	Psychosoziale Belastungssituation
• Psychische Vorerkrankung (Depression, Anpassungsstörung, Angststörung, Persönlichkeitsstörung / Bipolare Störung, ADHS, usw.) • Suchterkrankung • Frauen mit auffälligem psychischen Screening	• Häusliche- oder sexuelle Gewalterfahrung • Paarkonflikt • Schwangerschaftskonflikt • Belastung wegen kindlicher Erkrankung / auffälliger Pränataldiagnostik / unklarer Prognose • Status nach traumatischer Geburt • Folgeschwangerschaft nach Kindsverlust

Tabelle 1: Indikationsspektrum für die Zuweisung in die APM-Sprechstunde

5.2. Kompetenzrahmen und Grenzen des Betreuungsmodells

Das entwickelte APM-Angebot dient als Brücke zwischen Geburtshilfe und Psychiatrie und basiert dementsprechend auf einem Delegationsmodell. Die dabei zugewiesenen APM-Kompetenzen liegen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (→ *vgl. Abbildung 1*). Die APM bietet keine psychotherapeutischen Interventionen an.

Um den Kompetenzrahmen der APM situativ zielführend zu erweitern, delegiert die Psychiaterin bzw. der Psychiater Aufgaben, welche bei regelmässig durchgeführten Fallbesprechungen sowie im Rahmen von Supervision abgesprochen werden. → *Abbildung 1* bildet die Kompetenzbereiche der APM entlang des Pfades von Prävention (■) bis zur Behandlung (■) ab sowie die enge Zusammenarbeit zwischen Psychiater:innen, APM und externen Fachpersonen (■) ab.

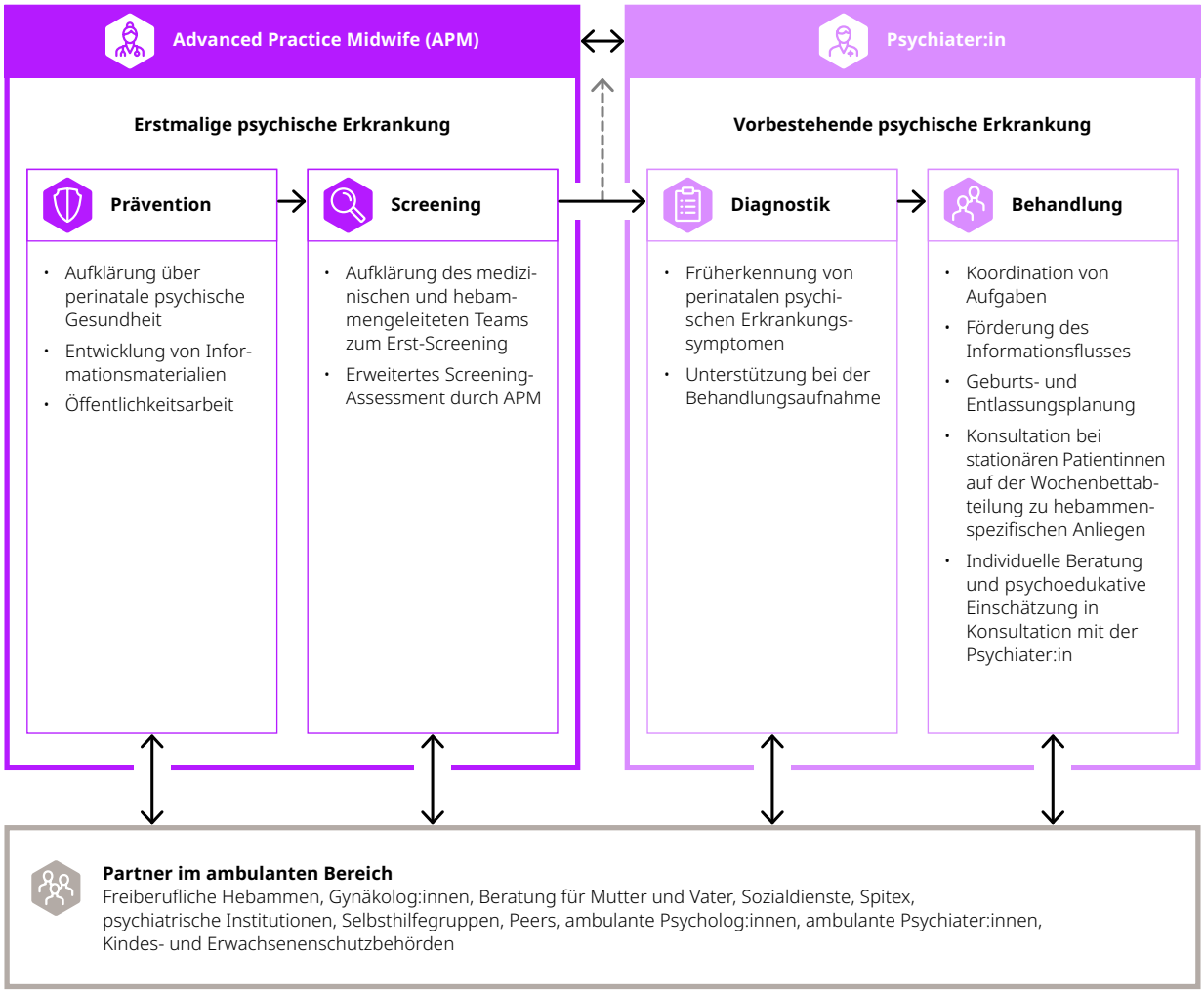


Abbildung 1: Kompetenzrahmen APM psychische Gesundheit (Sutter et al., 2024)

5.3. Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen ist ein zentrales Element des Angebots (→ *vgl. auch Abbildung 1*). Die APM koordiniert die Einbindung und den Informationsfluss unter den Beteiligten. Der Kommunikationsfluss wird sichergestellt durch einen monatlich stattfindenden psychosozialen Rapport (→ *vgl. Kapitel 6.4.1*). Gerade bei psychisch belasteten Frauen ist die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Fachpersonen effektiv und hilfreich (Archer et al., 2012; Gilbody et al., 2006). In Bezug auf Delegationsmodelle wird Vertrauen als einer der Schlüsselfaktoren für die Förderung einer nachhaltigen Arbeitsbeziehung zwischen der APM und den verschiedenen Interessengruppen identifiziert (Lauber et al., 2022). Um dieses Vertrauen zu gewährleisten, war es bei der Entwicklung der APM-Rolle entscheidend, die Interessengruppen einzubeziehen sowie gemeinsam die Kompetenzen zu klären und zu definieren.

Die APM ist gemeinsam mit dem/der Psychiater:in verantwortlich für die psychosoziale Sprechstunde. Der/Die Psychiater:in ist klinikintern die primäre Ansprechperson der APM in Bezug auf psychiatrische Fragestellungen und Supervision. Die spezifischen Aufgaben der APM sind im nachfolgenden Kapitel detailliert beschrieben.

6 Implementierung und Umsetzung der APM-Rolle an der FKI

An der Insel Gruppe, zu der die FKI gehört, wird seit 2011 der Aufbau von APN-Angeboten gefördert (Spichiger et al., 2018). Ziel ist es, Pflegefachpersonen und Hebammen durch effiziente Strukturen und Prozesse zu stärken, um eine hohe Versorgungsqualität und Patientensicherheit für Menschen mit komplexen Bedürfnissen zu gewährleisten sowie langfristig attraktive Arbeitsbedingungen zu schaffen. Zentrale Rollen übernehmen dabei Pflegeexpert:innen (APN) und Hebammenexpert:innen (APM). Die Funktion des/der Pflegeexpert:in APN vereint die erweiterten Aufgabenbereiche von Clinical Nurse Specialist (CNS) und Nurse Practitioner (NP) und umfasst sowohl die direkte ambulante und stationäre Versorgung als auch die klinisch-organisatorische Weiterentwicklung. Die erweiterten Kompetenzen basieren auf dem APN-Modell nach Hamric et al. (2022). Die Stellenprofile der Insel Pflege beschreiben die Hauptziele, konkrete Aufgaben, Verantwortungen, Befugnisse sowie das Anforderungsprofil eines/r Pflegeexpert:in APN resp. Hebammenexpert:in APM.

Die Implementierung und Umsetzung der Rolle wurde anhand der bei der Rollenentwicklung prioritär gesetzten Ziele geplant:

A. Optimierung der Früherkennung von PPE durch die Einführung eines systematischen Screenings, um rechtzeitig Betreuungs- und Behandlungsmassnahmen einzuleiten (→ *vgl. Kapitel 6.1*)
B. Stärkung der peripartalen psychischen Gesundheit durch Schwangerschaftsbegleitung und Beratungsgespräche (→ *vgl. Kapitel 6.2*)
C. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit (→ *vgl. Kapitel 6.3*)
D. Optimierung der Koordination des Behandlungsverlaufs (→ *vgl. Kapitel 6.4*).

Die Elemente Empowerment, Psychoedukation, Selbstwirksamkeit/Selbstvertrauen und Salutogenese bilden den konzeptionellen Rahmen des APM-Versorgungsangebots. Nachfolgend werden die Kernaufgaben im APM-Tätigkeitsspektrum detailliert dargestellt.

6.1. Optimierung der Früherkennung von PPE (Ziel A)

Systematisches Screening auf PPE

Um die Früherkennung von PPE zu verbessern, wird seit der Implementierung des APM-Angebots ein systematisches Screening auf PPE durch Hebammen und Ärzt:innen im geburtshilflichen Ambulatorium in den jeweiligen Sprechstunden erhoben. Bei auffälligem Ergebnis erfolgt die Zuweisung in die APM-Sprechstunde. Beim Screening geht es jedoch nicht nur darum, eine mögliche PPE zu identifizieren; es bietet grundsätzlich die Möglichkeit, um über die mentale Gesundheit zu sprechen. Frauen zeigen meist eine hohe Akzeptanz für das PPE-Screening und fühlen sich am wohlsten, wenn die Fachperson das Thema direkt anspricht (Kingston et al., 2015). Dabei stellt die Einfühlsamkeit von Fachpersonen einen förderlichen Faktor dar.

6.1.1. Empfehlungen und praktisches Vorgehen

Von der schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) wird bereits im Rahmen einer präkonzeptionellen Konsultation empfohlen, neben anderen Vorerkrankungen auch nach psychischen Vorerkrankungen und Belastungen zu fragen, um optimale Bedingungen für eine geplante Schwangerschaft zu schaffen und damit Risiken für Mutter und Kind zu reduzieren (*SGGG Expertenbrief No. 92*, 2025).

In der Schwangerschaft empfehlen aktuelle Leitfäden mehrere Screening-Zeitpunkte: Das erste pränatale Screening sollte so früh wie möglich in der Schwangerschaft (SS) stattfinden, gefolgt von mindestens einer Wiederholung im weiteren Verlauf der Schwangerschaft, etwa um die 30. Schwangerschaftswoche, und mindestens einmal, 6–12 Wochen postpartum (Giouleka et al., 2025). Die ACOG Clinical Practice Guideline (2023) empfiehlt zusätzlich ein viertes Screening, welches bis 12 Monate nach der Geburt stattfinden sollte.

In der FKI werden Frauen präkonzeptionell bis 12 Wochen postpartum im geburtshilflichen Ambulatorium betreut. Während dieses Zeitraums wird die psychische Gesundheit beurteilt; bei Bedarf werden die Frauen dem/der Konsiliarpsychiater:in und/oder der APM zugewiesen. → ***Abbildung 2*** zeigt den Screening-Pfad basierend auf den Empfehlungen der ACOG (2023), des Expertenbriefes der SGGG (2025) und des Reviews von Giouleka et al. (2025).



Abbildung 2: Screening-Ablauf und Ziele (eigene Darstellung)

6.1.2. Instrumente und Handlungsalgorithmus für das systematische Screening

Für das systematische Screening werden zwei Instrumente verwendet:

1. Die Whooley Questions (WQ), welche aus den folgenden zwei Fragen bestehen:
   a. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
   b. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Da mit der alleinigen Erfassung der Whooley Questions (→ ***vgl. Abbildung 3***) das Risiko falsch positiver Ergebnisse steigt, wird ein sekundäres Screening als sinnvoll erachtet (Smith et al., 2022). Hierfür wird die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) empfohlen (Levis et al., 2020).

2. Die ***EPDS*** als Selbstscreening-Fragebogen: Die EPDS besteht aus 10 Fragen, welche die Stimmung der letzten 7 Tage erfassen. Der Fragebogen ist in mehreren Sprachen abrufbar, was insbesondere in grossen Kliniken mit hohem Anteil an fremdsprachigen Frauen zielführend ist.

Cut-off-Werte der EPDS:
Obwohl die EPDS kein Diagnose-Instrument ist, deuten Werte zwischen 10 und 14 auf eine leichte Depression, Werte zwischen 15 und 19 auf eine mittelgradige Depression und Werte >19 auf schwere depressive Symptome und ein höheres Risiko für bipolare Störungen hin (Giouleka et al., 2025).

Die Wahl des Cut-off-Werts sollte kontextabhängig erfolgen, niedrigere Werte eignen sich insbesondere, wenn eine möglichst hohe Erkennungsrate priorisiert wird. Ein niedrigerer EPDS-Cut-off-Wert (z. B. 10 statt 13) verbessert die Sensitivität und reduziert falschnegative Ergebnisse, wodurch mehr Patientinnen mit potenziellem Abklärungsbedarf erkannt werden. Gleichzeitig nimmt jedoch die Zahl unnötiger Überweisungen zu (Giouleka et al., 2025). Bei EPDS-Werten zwischen 10 und 12 kann die Fachperson in einem Intervall von 2–4 Wochen ein erneutes Screening durchführen (Giouleka et al., 2025). In der FKI wird den Frauen ab einem EPDS-Score von 10 Punkten ein Gespräch bei der APM empfohlen (→ ***vgl. Abbildung 3***).

Handlungsalgorithmus systematisches Screening
→ ***Abbildung 3*** zeigt die schematische Darstellung des Screening-Ablaufs und verdeutlicht die Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen:

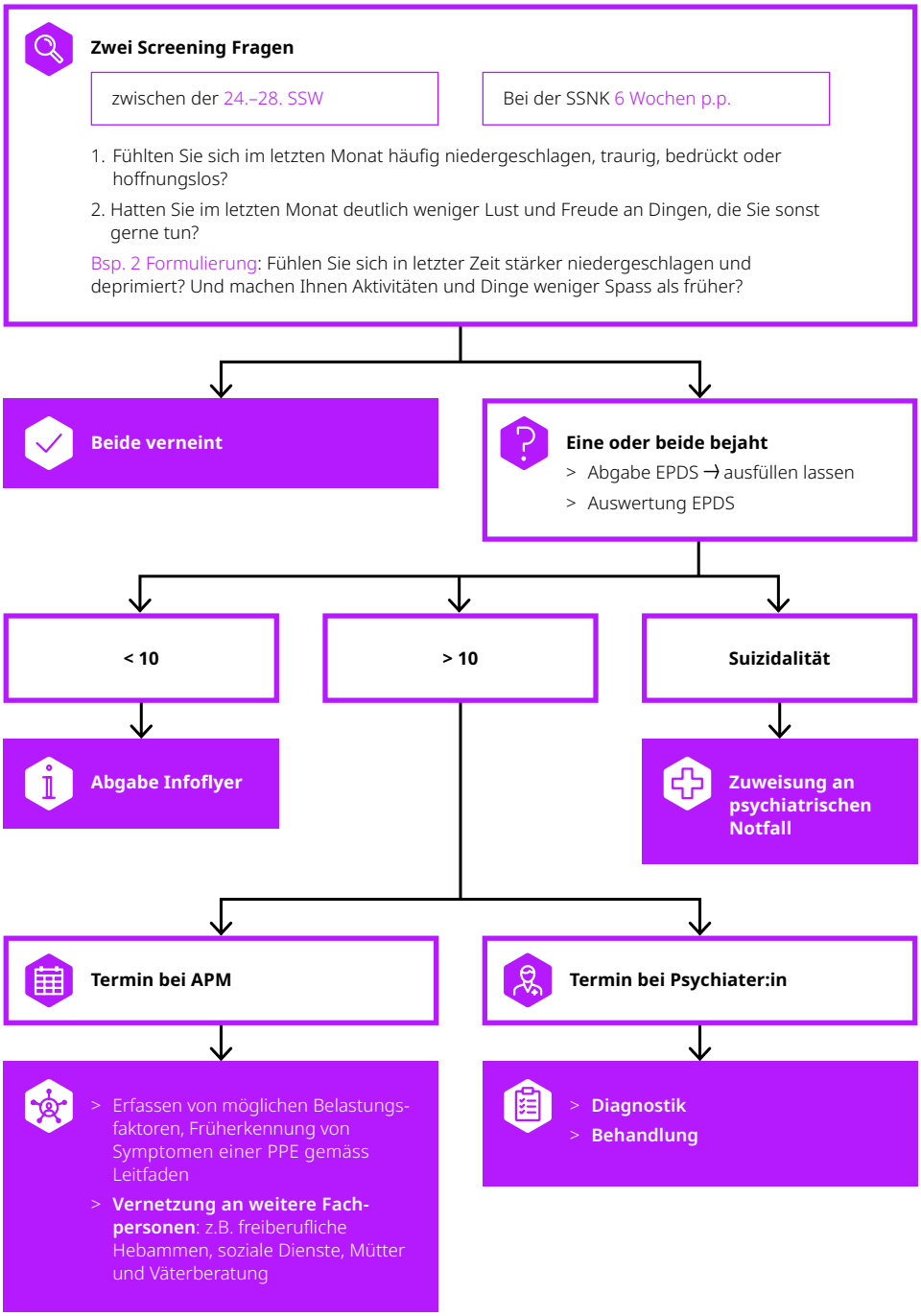


Abbildung 3: Systematisches Screening auf PPE mit Handlungsalgorithmus

6.2. Stärkung der peripartalen psychischen Gesundheit durch Schwangerschaftsbegleitung und Beratungsgespräche (Ziel B)

Beratungsgespräche bilden einen grossen Anteil der klinischen Sprechstunde. Das Spektrum der verschiedenen Beratungs- und Interventionsschwerpunkte wird im folgenden Abschnitt dargestellt. Die darin beschriebenen Screening-Instrumente und Gesprächsleitfäden sind verlinkt oder unter → *Kapitel 12* abgelegt.

Frauen, bei denen bereits eine PPE diagnostiziert wurde, werden der APM von dem/r Psychiater:in, dem Arzt / der Ärztin oder der Hebamme des geburtshilflichen Ambulatoriums sowie auch externen Fachpersonen für Beratungsgespräche und/oder Schwangerschaftskontrollen zugewiesen.

6.2.1. Gesprächskonsultationen bei auffälligem Screening (bei EPDS-Score ≥ 10)

Obwohl die APM keine Diagnostik betreibt und keine therapeutischen Massnahmen übernimmt, führt sie im Rahmen der erweiterten APM-Kompetenzen bei einem erhöhten EPDS-Score ein erweitertes psychisches Screening durch. Dafür wurde in Zusammenarbeit mit der UPZ ein Gesprächsleitfaden erstellt (siehe Dokumentationsvorlage, im → *Anhang, 12.1* abgelegt). Die APM erfasst in dem Gespräch die psychosoziale Situation, erhebt eine psychiatrische Anamnese und erfragt aktuelle Symptome. Ziel ist es abzuklären, ob der erhöhte Score auf eine PPE hindeutet oder andere psychosoziale Belastungen vorliegen.

Die APM verfügt dabei über die Möglichkeit mit entsprechenden Instrumenten eine erste Einschätzung des psychischen Zustands der Frau zu machen. So führt sie beispielweise Folgendes durch:

- die Einschätzung von angstbezogenen Symptomen und/oder Zwangsgedanken unter Verwendung von Instrumenten wie beispielsweise der deutschen Version des Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (*GAD 7*) und anamnestischen Angaben;
- die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs bei negativem Geburtserlebnis (Differentialdiagnose [DD]: Trauma) unter Verwendung von Instrumenten wie beispielsweise ***City Birth Trauma Scale***;
- bei suizidalen Gedanken eigenverantwortlich ein Fokus-Assessment (→ *vgl. Anhang, 12.2* Handlungsanleitung «Einschätzung der peripartalen Suizidalität in der APM-Sprechstunde – Fokus-Assessment bei suizidalen Gedanken»).

Bei Behandlungsbedarf respektive Verdacht auf PPE erfolgt die Zuweisung zum/r Psychiater:in, bei psychosozialen Belastungen zur Sozialberatung.

6.2.2. Gesprächskonsultationen bei Belastungssituationen

Diese beinhaltet z. B. Beratungen und/oder Begleitung:

- bei der Entscheidungsfindung betreffend des Geburtsmodus bei Status nach sexueller Gewalt oder nach traumatischen Vorerfahrungen sowie das Erstellen eines individuellen Geburtsplans (→ *vgl. Anhang, 12.3*, Handlungsanleitung «Geburtsplanung und -begleitung von Frauen mit traumatischen Erfahrungen»)
- bei der Entscheidungsfindung nach auffälliger (pränataler) Diagnose (→ *vgl. Anhang, 12.5*)
- bei einer Folgeschwangerschaft nach Kindsverlust
- bei Wunsch nach (spätem) Schwangerschaftsabbruch (→ *vgl. Anhang, 12.5*, Leitfaden Beratung bei Wunsch nach spätem Schwangerschaftsabbruch)
- nach Kindsverlust (hauseigenes Konzept, auf Anfrage erhältlich)

Nebst der ambulanten Sprechstunde bietet die APM auch Gesprächskonsultationen bei hospitalisierten Patientinnen an, sei es im Umgang mit der Hospitalisation bei einer Risikoschwangerschaft oder auch postpartum zur Beurteilung der aktuellen Stabilität oder der Planung des Austrittsprozederes. Weiter bietet die APM Coachings für Pflegende und Hebammen zur Betreuung von Frauen mit psychischen Erkrankungen an (Planung Austritt, Einschätzung Stabilität, Edukation in Bezug auf die psychiatrische Diagnose und den Umgang mit der Patientin).

6.2.3. Psychosoziale Hebammensprechstunde

Die psychosoziale Hebammensprechstunde bietet Frauen mit PPE einen niederschwelligen Zugang zu einer spezialisierten Betreuung in der Schwangerschaft. Alternierend zu den ärztlichen Kontrollen führt die APM bei Frauen mit PPE Schwangerschaftskontrollen durch, welche nach den Kriterien und Beratungsschwerpunkten des klinikinternen Schwangerschaftsflussplans erfolgen. Dabei ist die APM mit diversen psychiatrischen Krankheitsbildern wie Depression, Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen, div. Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, ADHS usw. konfrontiert und vertraut. Dies ist wichtig, da neben der Kontrolle die Förderung und Beurteilung der psychischen Gesundheit/Stabilität im Fokus stehen. Der Aufgabenbereich der Sprechstunde umfasst:

- Massnahmen zur Förderung des Selbstmanagements.
- Erfassung und Erkennung von Belastungsfaktoren sowie deren Auslösern.
- Psychoedukation in Bezug auf Symptome der PPE im Kontext der Peripartalzeit. Dadurch erhalten die Betroffenen und ihr Umfeld wichtige Informationen über ihre Erkrankung und wie sie mit deren Auswirkungen umgehen können. Gemeinsam werden Ressourcen, wie beispielsweise die Aktivierung eines Helfer-/Unterstützungsnetzes abgeleitet.
- Erfassen der aktuellen Medikation und/oder Beratung zu Medikationsfragen. Mit Eintreten der Schwangerschaft kann sich die Sicht der Frau auf die Einnahme von Psychopharmaka verändern oder Präparate/Dosierungen müssen neu angepasst werden (→ *vgl. Kapitel 6.2.5*).

- Erstellen eines Geburts- und Krisenplans mit dem Ziel, eine psychische Destabilisierung frühzeitig zu erkennen und Massnahmen einzuleiten. Dazu wurde ein Unterstützungsplan bei psychischer Krise in der Schwangerschaft und im Wochenbett basierend auf COPE Guidelines for Health Professionals und dem Best Practice Tool Kit NHS entwickelt. Die Vorlage ist im → ***Anhang 12.6*** abgelegt.

6.2.4. Beratung zum Stillen unter Einnahme von Psychopharmaka

Es ist davon auszugehen, dass die Thematik von Stillen und gleichzeitiger Psychopharmaka-Einnahme bei der Betreuung von Frauen in der Peripartalzeit zukünftig zunehmend an Relevanz gewinnen wird: einerseits aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen und andererseits aufgrund einer Zunahme der Psychopharmaka-Einnahme (Antidepressiva, Antipsychotika, Anxiolytika und Sedativa) bei jungen Patient:innen, wobei Frauen insgesamt häufiger betroffen sind, wie der Obsan-Bericht aus dem Jahr 2022 zeigt (Schuler et al., 2022).

In einer aktuellen Übersichtsarbeit, welche systematische Reviews und Metaanalysen von Beobachtungsstudien einschloss, wurde der Zusammenhang zwischen der Einnahme von Psychopharmaka während der Schwangerschaft und gesundheitlichen Folgen für Neugeborene untersucht (Fabiano et al., 2025). Die Autor:innen kommen zum Schluss, dass für die meisten untersuchten Psychopharmaka kein konsistenter Hinweis auf schwerwiegende neonatale Schäden besteht. Beobachtete Risiken, wie etwa neonatale Anpassungsstörungen oder Frühgeburtlichkeit, waren meist gering ausgeprägt und liessen sich teilweise durch die zugrundeliegende mütterliche psychische Erkrankung erklären (Fabiano et al., 2025). Gleichzeitig betonen die Autor:innen, dass die Risiken unbehandelter oder unzureichend behandelter mütterlicher psychischer Erkrankungen häufig unterschätzt werden. Entscheidungen sollten daher stets individualisiert, diagnosespezifisch und im Rahmen einer sorgfältigen Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden (Fabiano et al., 2025).

In der Frauenklinik erfolgt dies in der Regel durch die behandelnde Oberärztin bzw. den behandelnden Oberarzt, die Geburtshilfe und/oder den/die Psychiater:in der Frauenklinik. Zudem werden Frauen mit einer psychischen Erkrankung alternierend zu den ärztlichen Kontrollen in der psychosomatischen Hebammensprechstunde durch die APM betreut und in der Entscheidungsfindung unterstützt (→ ***vgl. Tabelle 2***). Als wichtiger Leitsatz bei der Beratung in Bezug auf die Psychopharmakotherapie gilt, dass eine gesunde Beziehung zu einer psychisch stabilen primären Betreuungsperson den grössten Nutzen für das Kind bietet (Galbally et al., 2018).

Obwohl laut Fabiano et al. (2025) die Risiken für das Neugeborene als gering eingestuft werden, kommt der klinischen Beobachtung eines Stillkindes eine Schlüsselrolle zu. Aufgrund der noch eingeschränkten Leber- und Nierenfunktionen (weshalb die aufgenommenen Psychopharmaka langsamer verstoffwechselt werden) besteht die Gefahr einer Akkumulation (Paulzen & Schoretsanitis, 2023). Mögliche Symptome beim Neugeborenen sind Trinkfaulheit, Hypotonie und letztlich Sedierung.

Zur Abschätzung der kindlichen Exposition in der Stillzeit sind drei Kriterien massgeblich:

- das Konzentrationsverhältnis eines Arzneimittels in der Milch relativ zum Plasma (Milch-zu-Plasma-Ratio, M/P),
- die absolute Kindsdosis (Absolute Infant Dose [AID]), diese gilt als besonders aussagekräftige Kenngrösse),
- die relative Kindsdosis (Relative Infant Dose [RID]) (Paulzen & Schoretsanitis, 2023).
- Bei der RID gilt ein Wert von < 10 % meist als stillverträglich, bei einer RID von > 10 % ist hingegen erhöhte Vorsicht geboten bzw. erfolgt eine Einzelfallentscheidung (Ito, 2000; Verstegen et al., 2022).

Nachschlagewerke für Fachpersonen:

- *LactMed®: Drugs and Lactation Database (LactMed®) – NCBI Bookshelf*
- *Embryotox: Embryotox-Startseite*

CAVE: Bei Frühgeborenen, kranken Neugeborenen und Neugeborenen in den ersten Lebenswochen (unreife Metabolisierung) sollte bei der Frage zum Stillen unter Psychopharmaka die Rücksprache mit der Neonatologie erfolgen.

6.2.5. Beratung zum Stillen bzw. der Ernährung des Neugeborenen bei Frauen mit PPE

Bei Frauen mit psychiatrischen Vorerkrankungen erfolgt die Beratung hinsichtlich der kindlichen Ernährung idealerweise in der Schwangerschaft. Wichtige Gesprächsinhalte für die individuelle Beratung sind in → *Tabelle 2* (→ *vgl. Kapitel 6.2.6*) zusammengestellt.

Generell erfordert auch hier die medikamentöse Behandlung eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung für Mutter und Kind (Paulzen & Schoretsanitis, 2023). Entscheidungen müssen individuell getroffen werden, wobei insbesondere die psychiatrische Vorgeschichte, der aktuelle Zustand der Mutter sowie das Risiko für das Kind berücksichtigt werden müssen.

Eine Psychopharmakotherapie wird empfohlen, wenn sie indiziert ist und:

1. die Symptome durch psychologische Behandlung nicht oder nur unzureichend abklingen,
2. die Symptome mittelschwer bis schwer sind und eine schnelle Behandlung erfordern oder
3. die Patientin dies gegenüber einer Psychotherapie bevorzugt (Dennis et al., 2024).

Psychopharmaka gehen in unterschiedlichem Masse in die Muttermilch über. Bei der Stillplanung muss berücksichtigt werden, dass bei bestimmten Erkrankungen, wie etwa bei bipolarer Störung, nach der Geburt eine Dosiserhöhung oder zusätzliche Medikamente nötig sein können, um einen Rückfall zu verhindern (Onken & Kayser, 2021). Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und Serotonin Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) gelten gemäss den meisten internationalen Leitlinien als Antidepressiva erster Wahl bei postpartaler Depression (Dennis et al., 2024). Als bevorzugte Präparate während der Stillzeit gelten Sertralin, Citalopram und Paroxetin. Generell gehen die meisten SSRIs und SSRNIs in die Muttermilch über, wobei die Konzentrationen bei Säuglingen üblicherweise sehr niedrig sind (< 10 % der mütterlichen Dosis), was als stillverträglich gilt. Trizyklische Antidepressiva (TZA) werden aufgrund ihres ausgeprägten Nebenwirkungsprofils in der Stillzeit im Allgemeinen eher vermieden (Dennis et al., 2024).

Bei der Einnahme von Antipsychotika ist das Stillen – beispielsweise unter der Therapie mit Quetiapin, Olanzapin und Risperidon – mit Vorbehalt akzeptabel (Dietmaier et al., 2019). Dabei gilt Quetiapin aufgrund der kleinsten teratogenen Wirkung als Mittel der ersten Wahl (Wang et al., 2025). In einer prospektiven Kohortenstudie entwickeln sich Kinder, deren Mütter während der Stillzeit psychotrope Wirkstoffe einnehmen, hinsichtlich des Wachstums und der Motorik normal. Eine vermehrte Schläfrigkeit beeinträchtigt die Entwicklung nicht und ist selbstlimitierend (Kronenfeld et al., 2018).

Erfolgt unter Therapie eines Antidepressivums trotz Dosisoptimierung keine Remission, wird häufig ein verstärkendes Mittel als «Zusatz» empfohlen (Dennis et al., 2024). Dazu stehen Mirtazapin oder Stimmungsstabilisatoren wie Lithium oder Lamotrigin zur Verfügung. Bei Lithium ist die Übertragung in die Muttermilch (RID oft > 20–30 %) hoch und geht mit kindlichen Risiken wie beispielsweise Intoxikation, Hypotonie, Hypothermie, Schilddrüsen- und Nierenproblemen einher. Daher ist Stillen nur in Ausnahmefällen unter engmaschigem Monitoring, welches u. a. die Kontrolle des Lithiumspiegels, Kreatinin und TSH beim Kind beinhaltet, möglich.

Eine Augmentation mit Antipsychotika der 2. Generation wie beispielsweise Quetiapin, Risperidon oder Olanzapin ist empfehlenswert. Wichtig zu wissen ist, dass bei Augmentation alle Medikamente in die Muttermilch übergehen, sodass der Säugling auf Nebenwirkungen wie Sedierung, Tremor oder Muskelrigidität überwacht werden sollte (Dennis et al., 2024). Bei stillenden Frauen ist in der Regel eine Monotherapie empfohlen (Dennis et al., 2024). Zudem sollte die niedrigste wirksame Dosis verordnet werden und die Einnahme direkt nach dem Stillen erfolgen (Spencer et al., 2022).

Bei der Verabreichung von Benzodiazepinen sind kurzwirksame Präparate wie beispielsweise Lorazepam oder Oxazepam zu bevorzugen. Die Verabreichung von Diazepam ist aufgrund der akkumulativen Wirkung zu vermeiden. Auch hier gilt eine sorgfältige klinische Überwachung/Beobachtung des Kindes auf mögliche Nebenwirkungen (Sedierung, Trinkschwäche, selten Atemdepression).

6.2.6. Mögliche Einflüsse des Stillens auf Mütter mit einer psychischen Erkrankung

Das Stillen wird häufig stark mit der Vorstellung der «guten Mutter/guten Mutterschaft» verknüpft. Frauen mit psychischen Erkrankungen berichteten, dass sie das Stillen als moralische Pflicht wahrnahmen und sich selbst unter erheblichen Druck setzten, um diesem Ideal zu entsprechen (Billings et al., 2024). Das Nichterfüllen dieser Ideale kann zu Schuldgefühlen, Selbstabwertung und dem Gefühl führen, als Mutter zu versagen (Billings et al., 2024). Gleichzeitig kann die Stillerfahrung bei Frauen mit psychischen Erkrankungen das Erleben von Nähe und Bindung zum Kind sowie ein gesteigertes Gefühl von Kompetenz und Leistung fördern und zu einer subjektiv stabilisierenden Bedeutung führen (Billings et al., 2024). In Bezug auf die Bindung wurden in einer Querschnittsbefragung zwischen Müttern mit unterschiedlichen Ernährungsformen des Kindes, auch unter Berücksichtigung der Dauer, in der ein Säugling Muttermilch erhielt, keine Unterschiede festgestellt (Davis & Sclafani, 2022).

Zu den weiteren Herausforderungen, von denen Frauen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf das Stillen berichten, zählen beispielsweise: das ausgeprägte Streben nach Kontrolle, fehlende soziale und professionelle Unterstützung, widersprüchliche oder unzureichende Beratung durch Gesundheitsfachpersonen, Unsicherheiten hinsichtlich der Sicherheit psychotroper Medikation während des Stillens sowie Sorgen über mögliche negative Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf Milchqualität und -menge (Billings et al., 2024).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass neben der sorgfältigen Auswahl und Dosierung von Psychopharmaka bei Müttern mit einer PPE die individuelle und umfassende Beratung zur Ernährung des Neugeborenen essenziell ist. In → *Tabelle 3* sind die verschiedenen Optionen dargestellt (Kapitelangaben beziehen sich auf die Stillleitlinie der FKI, auf Anfrage erhältlich).

Themen	Mögliche Inhalte
Erfassung von Wunsch und Motiv	• Thematisierung möglicher Stigmatisierung, bspw. durch gesellschaftliche Erwartungen an die «gute Mutter»
Stillanamnese erfassen	• Untersuchung der Brust, Beurteilung von Brustwarze und Hautbeschaffenheit • Erfahrung früherer Stillerfahrung • Bei Auffälligkeiten: gezielte Stillberatung zur Besprechung des weiteren Vorgehens
Psychiatrische Diagnose und aktuelle Stabilität	• Abklärung der aktuellen psychischen Verfassung der Mutter • Erfassen von Gründen für instabile Phasen in der Vergangenheit • Berücksichtigung von Einflussfaktoren wie Schlafmangel oder Stress
Psychopharmakotherapie	• Übersicht über aktuell eingenommene sowie geplante Medikamente nach der Geburt • Einbindung der Neonatologie bei Mehrfachmedikation oder komplexen Therapien
Förderung realistischer Erwartungen	• Aufklärung über die physiologischen Abläufe beim Stillbeginn (Stillen als anstrengende Arbeit, mögliche Schmerzen, vom Kind vorgegebener Rhythmus)

Tabelle 2: Gesprächsinhalte für die Beratung zum Stillen

A	**Ausschliessliches Stillen**
B	**Teilweises Stillen (Teilstillen)**
C	**Teilweises oder vollständiges Abpumpen der Milch**
D	**Nur Gabe von Kolostrum**
E	**Abstillen**

Tabelle 3: Stilloptionen

6.3. Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit (Ziel C)

Die Betreuung von Frauen mit peripartalen psychischen Erkrankungen oder komplexen psychosozialen Belastungen erfordert eine enge, strukturierte und wertschätzende Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen. Geregelte Kompetenzen sowie eine klare Rollen- und Aufgabenverteilung sind dabei entscheidend, um Zuständigkeiten transparent zu machen, Doppelstrukturen zu vermeiden und eine effiziente sowie patientinnenzentrierte Versorgung sicherzustellen. Um die Zusammenarbeit bzw. die Abgrenzung der verschiedenen Kooperationspartner:innen zu verdeutlichen, werden nachfolgend die verschiedenen Berufsgruppen sowie deren Rollen- bzw. Aufgabenklärung dargestellt.

6.3.1. Peripartal-Mental-Health (PMH) Team Frauenklinik

Seit der Einführung des APM-Angebots konnte in der FKI eine stabile und nachhaltige interprofessionelle Zusammenarbeit aufgebaut werden. Inzwischen hat sich das Team zu einem Peripartal-Mental-Health-Team (PMH-Team) weiterentwickelt, analog zu den Peripartal-Mental-Health-Angeboten im Vereinigten Königreich und in Irland. → *Abbildung 5* zeigt das Kernteam für die peripartale psychische Gesundheit und die möglichen Schnittstellen zu anderen Fachbereichen/-personen, welche ab → *Kapitel 6.3.2* einzeln beschrieben werden.

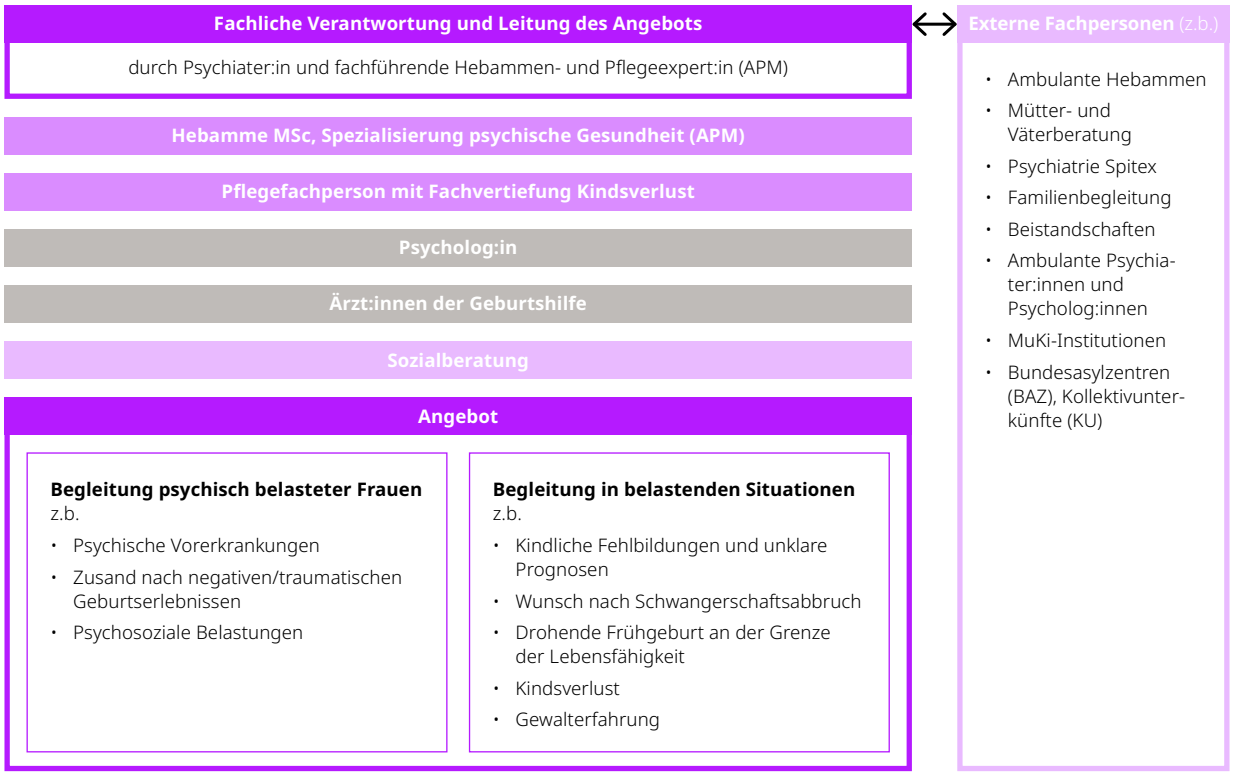


Abbildung 4: Zusammensetzung des PMH-Teams und beteiligte Fachpersonen

Für eine gelingende Zusammenarbeit ist es wichtig, dass die Kompetenzbereiche und Aufgaben des Peripartal-Mental-Health-Teams klar definiert sind. Daher werden diese nachfolgend detailliert beschrieben (→ *vgl. Abbildung 5*).

6.3.2. Universitäre Psychiatrische Zentrum Bern (UPZ) / Fachärzt:innen für Psychiatrie / Psycholog:innen

Die UPZ stellt eine der Hauptkooperationspartner:innen dar. Ohne diese institutionelle bzw. personelle Ressource (Psychiater:in) kann die APM-Sprechstunde nicht angeboten werden. Supervision und Intervision der APM werden durch den/die Psychiater:in der UPZ abgedeckt. Ein zentraler Punkt hierbei ist, dass der/die Psychiater:in eine gynäko-psychiatrische Spezialisierung aufweist oder sich in dem Bereich weiterbildet.

Die fachärztliche Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen, einschliesslich medikamentöser Therapie, psychiatrischer Krisenintervention, Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung sowie Urteilsfähigkeit bei ambulanten und stationären Patientinnen, erfolgt durch den/die Psychiater:in.

Psycholog:innen bieten psychologische Diagnostik und Therapie im ambulanten und stationären Setting an.

Die APM fungiert als Schnittstelle zwischen geburtshilflichem Setting und psychiatrischen Diensten, sie führt Psychoedukation, Krisenintervention, Gesprächskonsultationen sowie Schwangerschaftsbegleitung durch, sie koordiniert Zuweisungen und unterstützt die Kontinuität der Betreuung.

6.3.3. Sozialberatungsdienst

Der Sozialberatungsdienst ist zuständig für die Abklärung und Begleitung sozialer, finanzieller und rechtlicher Fragestellungen. Dazu gehören u. a. die Unterstützung bei existenziellen Belastungen, Fragen zur Wohn- und Arbeitssituation, zur sozialen Absicherung sowie zur Organisation externer Unterstützungsangebote. Das Behandlungsteam meldet der Sozialberatung den Bedarf einer Beratung, wenn folgende Aspekte – im Rahmen der Begleitung – Thema sind:

- Komplexe psychosoziale Schwierigkeiten (beispielsweise Sucht, Gewalt, psych. Erkrankungen, minderjährige Mütter)
- Wenn Behörden involviert sind (KESB, Beistandschaft der Mutter, fremdplatzierte Kinder)
- Bei Aufenthalt in Institutionen (beispielsweise Mutter-Kind-Institution)
- Bedarf nach finanziellem Support, je nach Ausgangslage (beispielsweise Reise- und Unterkunftskosten der Angehörigen, Kinderbetreuung zu Hause)
- Adoption
- Kindesschutz (vermutete Kindesschutzgefährdung)

Diese werden anschliessend im interprofessionellen Team besprochen und das Prozedere für den stationären Aufenthalt wird geplant. Umgekehrt ist die Sozialberatung Ansprechperson dieser Stellen, wenn es um Kindsschutz-Abklärungen, -Massnahmen oder Adoptionen geht. KESB-Meldungen erfolgen durch die Sozialberatung und eine ärztliche Fachperson (leitender Arzt bzw. leitende Ärztin des geburtshilflichen Ambulatoriums und/oder Psychiater:in).

In enger Zusammenarbeit mit der APM trägt der Sozialberatungsdienst dazu bei, bei schwierigen psychosozialen Situationen frühzeitig geeignete Massnahmen einzuleiten.

- Falls kein hausinterner Sozialberatungsdienst verfügbar ist, muss geprüft werden, mit welcher Sozialberatungsstelle (z. B. Gemeinde) zusammengearbeitet werden kann. Ggf. muss abgeklärt werden, ob die Frau bereits bei einem externen Sozialberatungsdienst eingebunden ist.

6.3.4. Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)

Obwohl PPE als Risiko für eine Gefährdung des Kindswohls gelten, sind nicht alle Kinder von betroffenen Müttern gefährdet (Howard & Khalifeh, 2020). Es muss zwischen akuten Gefährdungsmechanismen (beispielsweise bei einer mütterlichen Psychose), langfristigen Einschränkungen (beispielsweise das Risiko von Bindungsstörungen bei einer, über längere Zeit, unbehandelten Depression) und der Gefahr von Vernachlässigung (beispielsweise bei Suchterkrankungen) unterschieden werden (Heinisch et al., 2019; Lopes et al., 2021; Stein et al., 2014). Vor dem Ergreifen von Kindsschutzmassnahmen werden Rundtischgespräche organisiert oder der psychosoziale Rapport genutzt, um gemeinsam mit Psychiatrie, Neonatologie und Sozialdienst eine mögliche Gefährdung zu erfassen und bei Bedarf geeignete Massnahmen zu definieren.

Das Einschalten der ***KESB*** ist bei Betroffenen häufig mit Ängsten und Stigmatisierung verbunden, insbesondere mit der Sorge, dass ein Kind fremdplatziert wird. Hier ist es wichtig zu betonen, dass Kindesschutz auch bedeutet, Eltern und Familien frühzeitig zu unterstützen, damit sie angemessen für das Kind sorgen können. Eine Gefährdungsmeldung kann daher auch sinnvoll sein, um notwendige Unterstützungsangebote zu ermöglichen – beispielsweise finanzielle Unterstützung für einen gemeinsamen Aufenthalt von Elternteil und Kind in einer psychiatrischen Klinik oder andere Entlastungsmassnahmen, die zur psychischen Stabilisierung der Eltern beitragen.

Ggf. muss abgeklärt werden, mit welcher Meldestelle der KESB zusammengearbeitet werden kann. Die KESB sind regional aufgeteilt, zuständig ist die KESB des Wohnortes der Patientin.

6.3.5. Fachärzt:innen für Geburtshilfe und Hebammen

Die geburtshilflichen Fachpersonen tragen die Verantwortung für die medizinische Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Sie sind häufig erste Ansprechpersonen für schwangere Frauen und spielen eine zentrale Rolle in der Früherkennung psychischer Belastungen. Die leitenden Ärzt:innen der Geburtshilfe werden an den psychosozialen Rapport eingeladen. Die Teilnahme fördert den Informationsfluss und den Fachwissenstransfer.

6.3.6. Fachärzt:innen für Neonatologie/ Pädiatrie

Diese sind grundsätzlich verantwortlich für die medizinische Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit besonderem Unterstützungsbedarf. Sie werden teilweise auch bei Kindswohlgefährdung miteinbezogen und nehmen daher auf Einladung auch an Gefässen wie dem psychosozialen Rapport oder Ethikgesprächen teil. Bei komplexen Verläufen unterstützt die APM die Koordination zwischen Neonatolog:innen und psychosozialen Diensten, um die Eltern-Kind-Bindung zu fördern und Belastungen der Eltern frühzeitig aufzufangen.

6.3.7. Seelsorger:in, Care-Team, Medizinethik

Der/Die Seelsorger:in bietet emotionale, spirituelle und existenzielle Unterstützung, insbesondere in Krisen-, Verlust- oder Entscheidungssituationen. Sie bietet ein niedrigschwelliges Angebot, das unabhängig von religiöser Zugehörigkeit genutzt werden kann, und ergänzt die psychosoziale Betreuung sinnvoll. Das Care-Team ist Teil des Seelsorger-Teams und betreut die Angehörigen von hospitalisierten Patient:innen, stellt aber ihre notfallseelsorgliche bzw. notfallpsychologische Unterstützung auch Fachpersonen nach emotional belastenden Situationen 24/7 zur Verfügung.

Die Medizinethik bietet Unterstützung bei der Identifikation, Analyse und Antizipation ethischer Probleme und hilft, passende Lösungsansätze zu erarbeiten. Die APM organisiert und plant in Zusammenarbeit mit der Medizinethik ethische Fallbesprechungen bei komplexen ethischen Fragestellungen, wie beispielsweise bei späten Schwangerschaftsabbrüchen.

6.3.8. Interprofessioneller «Scope of Practice»

In → ***Abbildung 5*** ist die Aufgabenteilung zwischen den Hauptakteur:innen bei der Betreuung von Frauen mit PPE zusammengefasst.

6.3.9. Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen und Institutionen

Die Zusammenarbeit mit externen Fachpersonen und Institutionen ist wichtig (→ ***siehe Abbildung 5***). Spezialisierte stationäre Angebote mit Mutter-Kind-Einheiten sind auf der Webseite von ***Periparto*** aufgeführt. Weitere externe Fachpersonen sind Psychiater:innen und Psycholog:innen, Psychiatrische Pflege in der Spitex, Gynäkolog:innen, Geburtshelfer:innen und Hebammen mit eigener Praxis, Sozialdienste der Wohngemeinde, Elternberatung usw. Die APM stellt bei den von ihr betreuten Patientinnen auch hier das Bindeglied dar und übernimmt die fallübergreifende Koordination/Vernetzung mit weiteren externen Fachstellen/-personen (→ ***vgl. Kapitel 6.4.4***).

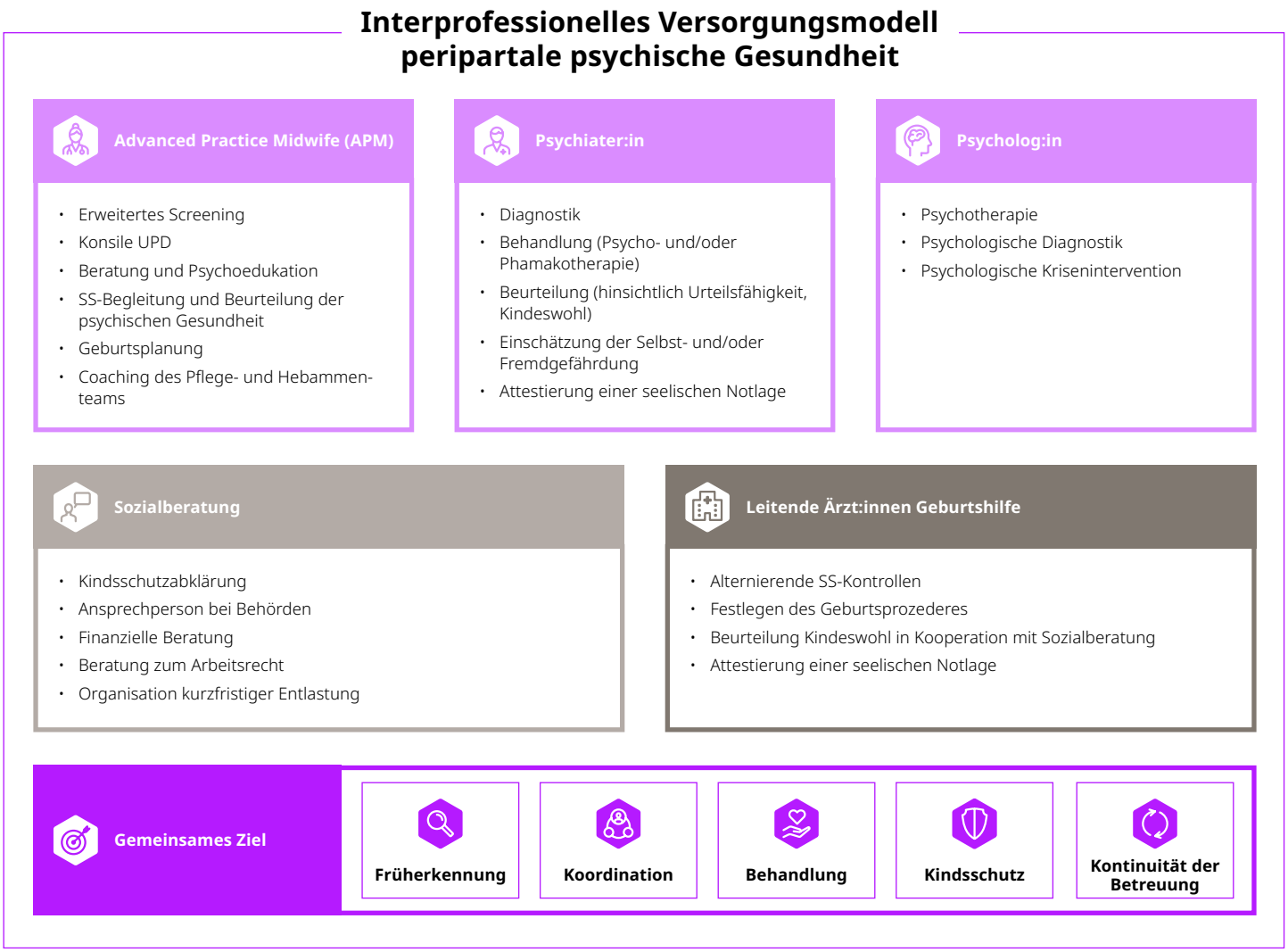


Abbildung 5: Interprofessionelle Zusammenarbeit/Aufgabenteilung

6.4. Optimierung der Koordination des Behandlungsverlaufs (Ziel D)

Dieser Aufgabenbereich der APM fokussiert auf die Optimierung des Behandlungsverlaufs in Form von organisatorischen und koordinativen Tätigkeiten.

6.4.1. Leitung des psychosozialen Rapports

Einmal pro Monat organisiert und leitet die APM den psychosozialen Rapport. Dieser dient dem interdisziplinären Austausch und enthält informative wie auch strategische Elemente. Einerseits wird das PMH-Team über die aktuellen Fälle und deren Verlauf unterrichtet, andererseits werden notwendige Massnahmen mit den verschiedenen Interessenvertretungen (leitende Ärztin / leitender Arzt, Psychiater:in, Sozialberatung, ggf. Neonatologie/Pädiatrie) abgesprochen, delegiert und organisiert.

6.4.2. Koordination der ethischen Fallbesprechungen

In der Schweiz kann ein Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenregelung bis zur 12. Schwangerschaftswoche straffrei durchgeführt werden. Liegt nach der 12. Schwangerschaftswoche eine schwerwiegende fetale Diagnose vor und gerät die schwangere Frau dadurch in einen Schwangerschaftskonflikt, kann der Wunsch nach einem späten Schwangerschaftsabbruch entstehen. In diesen Fällen findet eine interprofessionelle ethische Fallbesprechung statt. Ziel dieser Besprechung ist es zu prüfen, ob die Kriterien hinsichtlich des Vorliegens einer schweren seelischen Notlage der Frau vorliegen und ob dem Wunsch der Frau nach einem späten Schwangerschaftsabbruch entsprechend stattgegeben werden darf. Die APM ist zusammen mit ihrem Team verantwortlich für die Organisation, Koordination und Protokollführung. Zudem stellt sie im Rahmen der ethischen Fallbesprechung gemäss Leitfaden (→ *vgl. 12.5*) die psychosoziale Situation vor.

6.4.3. Kommunikationswege

Zu einer optimalen Koordination des Behandlungsablaufs gehören klare und verlässliche Kommunikationswege. Sie sind entscheidend für die koordinierte Betreuung von Frauen mit psychischen oder psychosozialen Belastungen im peripartalen Kontext. Sie ermöglichen eine zeitnahe Informationsweitergabe, unterstützen transparente Entscheidungsprozesse und stellen sicher, dass alle beteiligten Fachpersonen auf dem gleichen Wissensstand arbeiten.

Die APM trägt wesentlich dazu bei, diese Strukturen aufzubauen, zu pflegen und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dies beinhaltet unter anderem:

- Dokumentation im Klinikinformationssystem
- Aktualisierung und Instandhaltung der internen Plattform für Wissensvermittlung (Handlungsanleitungen, Checklisten usw.)
- Strukturen für Fallbesprechungen (psychosozialer Rapport, Ethikzirkel)

6.4.4. Fallübergreifende Koordination / Vernetzung mit weiteren externen Fachstellen/-personen

Die fallübergreifende Koordination bildet die Grundlage für eine kontinuierliche, gut abgestimmte Versorgung von Frauen mit erhöhtem psychosozialem oder psychischem Risiko. Durch eine frühzeitige, strukturierte Vernetzung aller beteiligten Akteur:innen stellt die APM zusammen mit dem PMH-Team sicher, dass Informationswege klar definiert, Versorgungslücken vermieden und Doppelstrukturen reduziert werden. Dies ermöglicht eine konsistente Betreuung über Sektorengrenzen hinweg und stärkt die Versorgungsqualität im gesamten peripartalen Behandlungspfad.

Komponenten für eine gelingende fallübergreifende Koordination:

- Systematische Abstimmung und frühe Vernetzung mit externen Fachpersonen/-stellen. Beispielsweise mit: Hebammen in eigener fachlichen Verantwortung, Gynäkolog:innen, Hausärzt:innen, Psychiater:innen, Psycholog:innen, Sozialdiensten, Mütter- und Väterberatungsstellen, KESB, Mutter-Kind-Institutionen und weiteren spezialisierte Therapeut:innen.
- Frühe Bedarfsklärung und Triage, um rechtzeitig geeignete Unterstützungsangebote zu vermitteln.
- Koordination von Übergaben zwischen stationären und ambulanten Bereichen und umgekehrt, z. B. beim Austritt aus der Wochenbettstation ins ambulante Setting. Dazu gehört die Etablierung standardisierter Informations- und Kommunikationswege, damit alle beteiligten Fachpersonen relevante Angaben zeitnah erhalten.
- Dokumentation und Evaluation relevanter fallübergreifender Prozesse, um Kontinuität, Qualität und Wirksamkeit der Vernetzung messbar zu machen.
- Aufbau und Pflege eines interdisziplinären Versorgungsnetzwerks zur Begleitung komplexer Fälle. Einbindung nicht-medizinischer Unterstützungssysteme wie Familienberatung, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen (wie beispielsweise Fachstelle Kindsverlust) oder Präventionsprogramme sowie Netzwerk von ambulanten Psychotherapeut:innen zur weiterführenden Betreuung.

7 Weitere Aufgabenbereiche der APM

7.1. Interne Weiterbildung, Schulungen und Coachings

Durch interne Wissensvermittlung in Form von zielgerichteten Weiterbildungen, Schulungen und Coachings trägt die APM dazu bei, die Fachkompetenz aller beteiligten Berufsgruppen zu stärken und eine qualitativ hochwertige sowie evidenzbasierte Versorgung sicherzustellen. Dies fördert ein gemeinsames Verständnis relevanter Prozesse, unterstützt die Früherkennung psychischer Belastungen und verbessert die Betreuung von Frauen mit peripartalen psychischen Erkrankungen.

Die APM übernimmt dabei folgende Aufgaben:

- Planung und Durchführung interner Weiterbildungen wie Lunch-Seminare oder Montagsfortbildungen, andere interne Fachwissenstransfergefässe für ärztliches, pflegerisches und weiteres klinisches Personal; Inhalte umfassen sowohl das APM-Angebot als auch aktuelle Evidenz zur peripartalen psychischen Gesundheit.
- Durchführung von Schulungen zum psychischen Erstscreening, adressiert an Ärzt:innen, Hebammen, medizinische Praxisassistent:innen und Pflegefachpersonen; Ziel ist eine standardisierte, sichere und professionell durchgeführte Screening-Praxis (siehe Schulungsunterlagen zur Durchführung des Screeningprozesses für neue MA, → ***Anhang 12.7***).
- Durchführung von Coachings für Fachpersonen im stationären und ambulanten Bereich zur Betreuung von Frauen mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Belastungssituationen, beispielsweise im Kontext von Hospitalisationen aufgrund drohender Frühgeburt oder hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen.
- Beratung und Supervision von Hebammen und Pflegefachpersonen auf den Abteilungen zu Themen wie Screening, Gesprächsführung und Prävention, um eine reflektierte, empathische und fachkundige Betreuung zu unterstützen.
- Psychiatrische Konsile bei hebammenspezifischen Fragestellungen in der UPZ bei dort hospitalisierten Schwangeren und Wöchnerinnen; entweder in Form einer direkten Beratung der Patientinnen oder als Coaching des Betreuungsteams.

7.2. Öffentlichkeitsarbeit & Forschung

Im Sinne des PEPPA-Plus Frameworks nach Bryant-Lukosius (2016) wird durch eine fortlaufende Evaluation die Weiterentwicklung der Rolle und des Angebots sichergestellt. Dies beinhaltet einen jährlichen Bericht an die Interessensvertreter:innen mit Abbildung der

- klinischen Tätigkeit: Anzahl der Patientinnen (ambulante und stationäre sowie externe Patient:innen an der UPZ, Gründe für die Nutzung, Art der Zuweisung),
- Abbildung der anderen Tätigkeiten: Publikationen, Referate
- Sowie Definition von Weiterentwicklungsmassnahmen: Thema sowie Projektstart und -dauer.

Mit Öffentlichkeitsarbeit und Forschung wird das Fachgebiet der peripartalen psychischen Gesundheit inner- und ausserhalb der Institution sichtbar gemacht und weiterentwickelt. Bildung, Qualitätsentwicklung, Forschung sowie evidenzbasierte Praxis gehören zu den Kernkompetenzen einer APM (Goemaes et al., 2016). Durch aktive Öffentlichkeitsarbeit wie Referate an Fachveranstaltungen, Mitarbeit in Netzwerken, Beiträge an fachspezifischen Unterrichtssequenzen, klinikinterne Weiterbildungen, Publikationen und Interviews trägt die APM dazu bei, Wissen zu verbreiten, Versorgungslücken aufzuzeigen und den interprofessionellen Austausch zu stärken. Gleichzeitig ist die APM in Forschung und Qualitätssicherung eingebunden, um die Wirksamkeit der eigenen Tätigkeit zu überprüfen und die Weiterentwicklung evidenzbasierter Versorgungsmodelle zu unterstützen.

7.3. Publikationen, Forschungsprojekte, Evaluation des APM-Angebots

Für zukünftige Forschung und eventuell die damit verbundenen Publikationen ist die Entwicklung geeigneter Evaluationsstrategien wichtig. Hierzu ist es zielführend, frühzeitig mit den Interessensvertreter:innen a) zu bestimmen, welche Daten evaluiert werden sollen und b) welche die dafür geeigneten Methoden sind. Dabei müssen mögliche Zugänge zu Evaluationsdaten mit den klinikinternen Gegebenheiten abgeglichen werden (Extraktionsmöglichkeiten von Daten aus dem Klinikinformationssystem, Format der extrahierten Daten, Aufwand zur Datenerhebung/-verarbeitung). Allenfalls bietet sich für die Evaluation eine Kooperation mit Hochschulen an, beispielsweise durch den Auftrag von Master-/Bachelorarbeiten zu Themen im Bereich PPE oder auch direkt die Evaluation des APM-Angebots.

8 Organisation und Einbettung des APM-Angebots in der FKI

Im nachfolgenden Kapitel werden strukturelle Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Implementierung der APM-Sprechstunde basierend auf den Umgebungsbedingungen der FKI beschrieben.

8.1. Setting und institutionelle Einbindung

- Die FKI bietet parallel zur ärztlichen Schwangerensprechstunde eine hebammengeleitete Sprechstunde an. Die Verteilung der Frauen in die jeweiligen Sprechstunden erfolgt nach den im Schwangerschaftsflussplan festgelegten Kriterien zur Erhebung des individuellen Risikoprofils. Das Screening auf PPE wird in beiden Sprechstunden gleichermassen durchgeführt. Interne Zuweisungen in die APM-Sprechstunden erfolgen beispielsweise nach einem auffälligen Screening (→ ***vgl. Abbildung 3***) oder bei anderen Belastungsfaktoren (→ ***vgl. Tabelle 1***).
- Schwangere mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Belastungsfaktoren (→ ***vgl. Tabelle 1***) zählen gemäss klinikinterner Weisung zu Schwangeren mit intermediärem Risiko oder Hochrisiko. Entsprechend finden die Schwangerschaftskontrollen folgendermassen statt:
  - Bei intermediärem Risiko betreut die Oberärztin / der Oberarzt für Geburtshilfe die Frau in Zusammenarbeit mit der Hebamme. Die Konsultationen finden alternierend bei der Hebamme resp. der Ärztin / dem Arzt statt.
  - Hochrisiko-Patientinnen werden in der Regel durch das ärztliche Team betreut.

Bei Frauen mit psychischen Erkrankungen finden die SS-Kontrollen alternierend zwischen Oberärzt:inund der APM in der psychosozialen Hebammensprechstunde statt.

Das APM-Angebot ist organisatorisch im geburtshilflichen Ambulatorium eingebettet. Dafür wurden von der Leitung Pflege Medizinbereich ursprünglich 20 Stellenprozente zur Verfügung gestellt. Das Pensum wurde aufgrund stetig steigender Nachfrage aufgestockt und beträgt aktuell 40–50 %. Die Stellenprozente werden anhand der Auslastung bzw. der Nutzung des Angebots berechnet.

- Die Stellenprozente werden unter den beiden APMs sowie einer Pflegefachfrau mit Fachvertiefung Kindsverlust aufgeteilt. Eine der beiden APM verfügt über eine Anstellung als fachführende Pflege- und Hebammenexpertin, die zweite APM über eine Anstellung als Hebammenexpertin. Die Pflegefachfrau ist als Stationskoordinatorin angestellt. Die damit verbundenen Stellenprozente gehen zu Lasten dieser Funktionen.
- Das zeitliche Angebot der APM-Sprechstunde beschränkt sich auf die Sprechstundenzeiten des geburtshilflichen Ambulatoriums (Terminvergabe wochentags Montag–Freitag, 08.00–17.00).
- Der Tätigkeitsbereich der APM umfasst die ambulante und stationäre Geburtshilfe der FKI (→ ***vgl. Abbildung 6***).
- Erreichbarkeit: per E-Mail oder telefonisch (eigene Rufnummer als Voraussetzung).

8.2. Strukturelle Rahmenbedingungen (Ressourcen, Räumlichkeiten, Finanzierung)

- Als strukturelle Ressource wird die im geburtshilflichen Ambulatorium eingebettete Schwangerensprechstunde genutzt. Der klinische Inhalt der Sprechstunden ist im Schwangerschaftsflussplan geregelt; dieser wird von Ärzt:innen und Hebammen gleichermassen eingehalten.
- Terminbuchungen werden durch die Anmeldung des geburtshilflichen Ambulatoriums sowie durch die APM selber im klinikeigenen Buchungssystem vorgenommen. Die Sprechstundenplanung ist an diejenige des geburtshilflichen Ambulatoriums angegliedert.
- Der/Die Psychiater:in der UPZ steht in der FKI an insgesamt 3 Wochentagen für die gynäkopsychiatrische Sprechstunde zur Verfügung (2 Halbtage, 1 ganzer Tag). An den verbleibenden Wochentagen findet die Sprechstunde an der UPZ statt, mit Konsiliar-Dienst in der FKI bei stationären Patientinnen, falls notwendig. Dringende Fragen bzw. kurzfristige Fallbesprechungen erfolgen per E-Mail über das klinikinterne Dokumentationssystem oder telefonisch (telefonische Erreichbarkeit für die APM an 5 Wochentagen).
- Für die Schwangerschaftskontrollen werden die Räumlichkeiten im geburtshilflichen Ambulatorium genutzt. Die Gesprächskonsultationen finden im Büro der fachführenden Pflege- und Hebammenexpertin statt. Bei hospitalisierten Schwangeren findet das Gespräch im Patientinnen-Zimmer oder im Büro der fachführenden Pflege- und Hebammenexpertin statt.
- Voraussetzung für die APM-Stelle ist eine Hebamme mit einem Master of Science-Abschluss. Dabei wird die Vertiefung im Bereich peripartale psychische Gesundheit vorausgesetzt (beispielsweise das Modul bzw. der Fachkurs «Peripartale psychische Gesundheit» der Berner Fachhochschule [BFH]). Hier fallen für die Klinik ggf. Kosten für die Aus-/Weiterbildung einer interessierten Hebamme an; alternativ wird die Stelle für eine Hebamme ausgeschrieben, welche bereits über den erforderlichen Abschluss verfügt. Für eine APM-Hebamme fallen höhere Lohnkosten an, welche der klinikinternen Einstufung bzw. Lohnbandregelung für eine Hebammen-/Pflegeexpert:in entspricht.

8.3. Zuweisungswege

Die Zuweisung der Frauen erfolgt intern durch Ärzt:innen, Hebammen oder Pflegefachpersonen sowie über externe Fachpersonen oder die UPZ (→ *vgl. Abbildung 6*).

8.4. Abrechnungsmöglichkeiten

Die Sprechstunde wird in der Schwangerschaft über den für Risikoschwangerschaft üblichen TARDOC-Tarif abgerechnet.

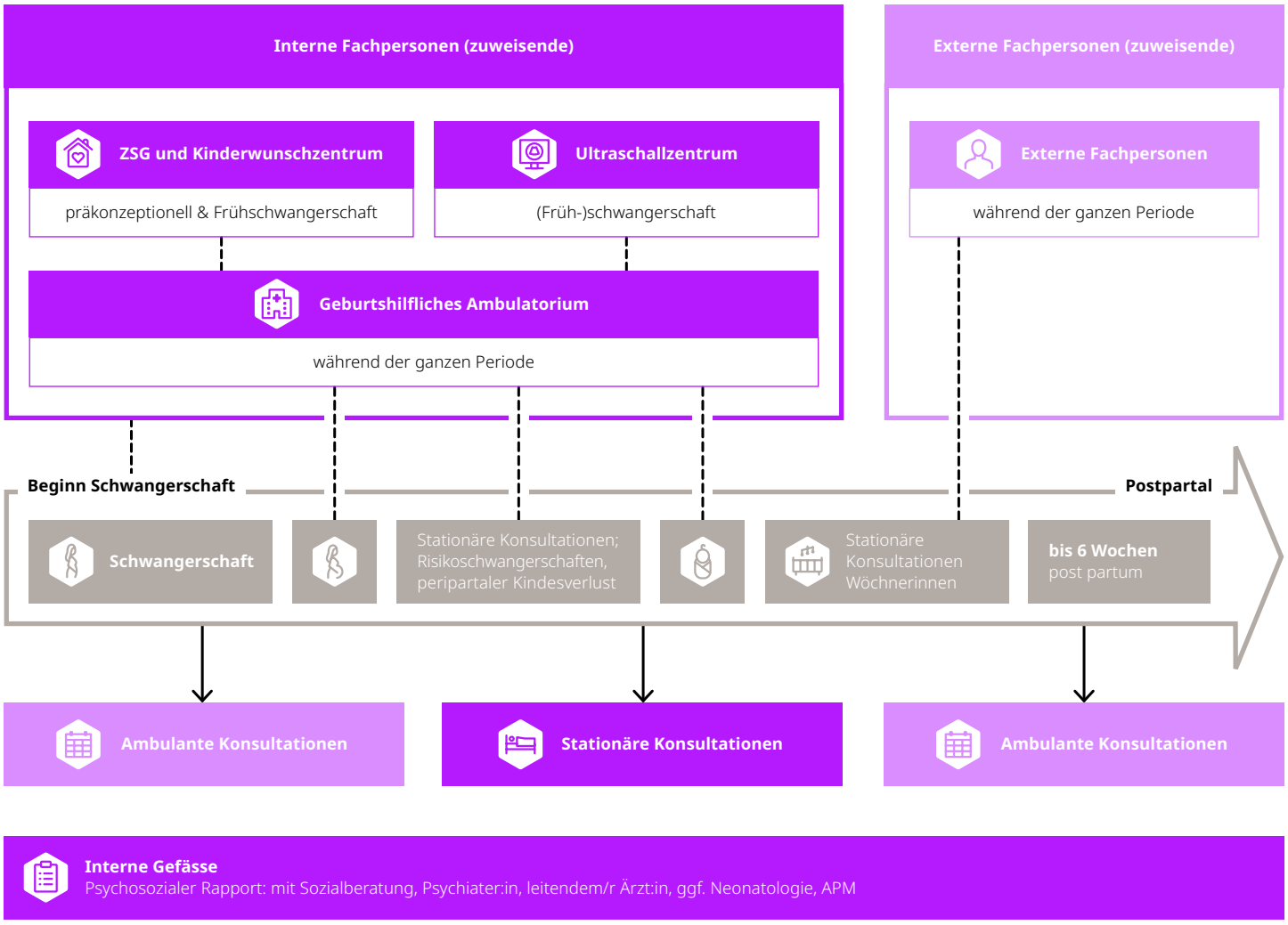


Abbildung 6: Patientinnenpfad und Zuweisungswege

9 Vorgeschlagenes Vorgehen für die Implementierung eines APM-Angebots im eigenen geburtshilflichen Setting

Implementierung einer APM-Rolle im geburtshilflichen Setting – in 8 Schritten (PEPPA)

1 Zielpopulation & Ist-Analyse

- Fallzahlen & Bedarf erheben (PPE / psychosoziale Belastung)
- Bestehende Angebote analysieren (z. B. Sozialberatung, Psychiatrie, Geburtshilfe, Hebammen, Neo)
- Lücken & Schnittstellen identifizieren

2 Stakeholder identifizieren & einbinden

- Schlüsselpersonen bestimmen (Leitung, Pflege, Psychiatrie, usw.)
- Erwartung & Unterstützung klären
- Einbindung über Rundtisch-Gespräche
- Unterstützung sichern

3 Bedarf für neues Modell bestimmen

- Ergebnisse aus Schritt 1 & 2 integrieren
- Versorgungslücken & strukturelle Lücken identifizieren
- Argumentationsbasis für APM-Sprechstunde schaffen

4 Probleme priorisieren & Ziele festlegen

- Herausforderungen priorisieren
- Konkrete Ziele definieren:
  → Früherkennung
  → Koordination
  → Entlastungsangebote
  → Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Basis für Modellentwurf

5 Modell & APM-Rolle definieren

- Aufgaben & Angebote der APM festlegen (z. B. Screening, Beratung, Koordination)
- Logic Model entwickeln: Input → Aktivitäten → Output → Outcome → Impact
- Rollen, Verantwortlichkeiten & Kommunikationswege klären

6 Implementierungsstrategien planen

- Stufenmodell definieren:
  1. Screening
  2. Beratung
  3. Koordination & Netzwerk
- Projekt- & Zeitplan mit Meilensteinen
- Ressourcen & Verantwortlichkeiten festlegen

7 Implementierungsplan umsetzen

- Information & Sensibilisierung
- Schulung & Qualifizierung
- Pilotphase mit Datenerhebung
- Change-Management & Mitarbeitende einbinden
- Erfolge sichtbar machen

8 Evaluation & Integration

- Wirksamkeit & Akzeptanz evaluieren (qualitativ & quantitativ)
- Monitoring & laufende Anpassungen
- Strukturelle Verankerung im Leistungsangebot
- Ressourcen sichern & institutionelle Anerkennung
- Anbindung an Fort- & Weiterbildungsstrukturen, Forschung & Politik

Nachhaltigkeit sicherstellen

10.1 Team- & Rollenentwicklung

- Regelmässige Austausch- und Reflexionsformate (Fallbesprechungen, Team-Reviews, Supervision)
- Klare Abgrenzung & Transparenz der Verantwortlichkeiten
- Gemeinsame Versorgungskultur fördern (APM als Ergänzung)
- Veränderungsprozesse begleiten (Change-Management)

→ Vertrauen & Akzeptanz stärken

10.2 Kriterien für die APM-Rolle

- MSc in Midwifery oder äquivalenter Abschluss
- Erweiterte klinische Expertise (z. B. peripartale psychische Gesundheit)
- Forschung & Qualitätsentwicklung
- Leadership & Koordination
- Kommunikative Kompetenzen (Beratung, Edukation, Schnittstellen)
- Verpflichtung zu Fort- & Weiterbildung

→ Qualität sichern & Rolle standardisieren

10.3 Verankerung & Kommunikation im Betrieb

- Aufnahme in strategische Dokumente (Organigramm, Leitbild, Personalstrategie)
- Definierte Prozesse & Abläufe (Zuweisung, Kompetenzen, Kooperation)
- Einbindung in Qualitäts- & Entwicklungsstrukturen
- Sichtbarkeit intern & extern (Website, Info-Material, Schulung)
- Klare Kommunikationswege (Führung, Mitarbeitende, Partner:innen)

→ Rolle sichtbar & fest verankern

10.4 Weiterentwicklung durch Fort- & Weiterbildung

- Fortlaufende Weiterbildung in Advanced-Kompetenzen
- Teilnahme an Kongressen & Netzwerken
- Engagement in Forschung & Qualitätssicherung
- Interne Bildungsaufgaben (Schulung von Kolleg:innen)
- Kooperation mit Hochschulen (Wissentransfer & Nachwuchsförderung)

→ Rolle weiterentwickeln & Zukunft sichern

Übergeordnetes Ziel: Früherkennung verbessern – Frauen ganzheitlich begleiten – Versorgung vernetzen – System nachhaltig entlasten.

Abbildung 7: Übersicht der 8 Implementierungsschritte nach PEPPA

In Anlehnung an die 8 PEPPA-Schritte und basierend auf unserer Erfahrung würden wir folgendes Vorgehen für die Implementierung einer APM-Rolle im Setting einer Geburtsklinik vorschlagen (Zusammenfassung → *siehe Abbildung 7).*

9.1. PEPPA-Schritt 1: Definition der Zielpopulation und Analyse des bestehenden Versorgungsmodells

Der erste Schritt umfasst die systematische Bedarfsklärung für die Einführung der APM-Sprechstunde.

Hierzu dienen aktuelle Fallzahlen der Zielpopulation (Frauen mit PPE oder psychosozialen Belastungen), welche erhoben und analysiert werden. Ergänzend erfolgt eine Ist-Analyse der bestehenden internen Versorgungsstrukturen, insbesondere der vorhandenen Angebote der Sozialberatung, der Psychiatrie, der Geburtshilfe, der Hebammen (mit MSc) sowie der Neonatologie. Diese Analyse bildet die Grundlage für die Darstellung der aktuellen Versorgung, der Identifikation von Versorgungslücken sowie Schnittstellenproblemen. Methodisch kann hier eine SWOT-Analyse hilfreich sein.

9.2. PEPPA-Schritt 2: Identifikation und Einbindung relevanter Stakeholder:innen

Die frühzeitige Identifikation und Einbindung zentraler Interessensvertretungen ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für die Entwicklung einer APM-Rolle. Internationale Studien zeigen, dass fehlende Unterstützung durch Führungspersonen im ärztlichen und pflegerischen Bereich eine wesentliche Hürde für den erfolgreichen Rollenaufbau darstellt (DiCenso et al., 2010; Wisur-Hokkanen et al., 2015).

Im Ursprungssetting wurden folgende Stakeholder:innen definiert:

- Chefärzt:innen mit Klinikleitungsfunktionen (UPZ und FKI),
- Pflegedienstleitungen (UPZ und FKI),
- Fachbereichsleitung für Geburtshilfe (FKI),
- Zuständige/r Psychiater:in (mit Anstellung in beiden Kliniken).

Die Einbindung erfolgt z. B. über strukturierte Rundtischgespräche (Stakeholder:innen-Roundtables), in denen Interesse, Erwartungen und Unterstützung abgeholt und geklärt werden. Die identifizierten Stakeholder:innen übernehmen eine wichtige Rolle bei der Bewilligung, Vertretung und institutionellen Unterstützung des Angebots.

9.3. PEPPA-Schritt 3: Bestimmung des Bedarfs für ein neues Versorgungsmodell

Basierend auf den Ergebnissen aus Schritt 1 und 2 wird der Bedarf für ein neues Versorgungsmodell systematisch abgeleitet. Dabei werden insbesondere bestehende Versorgungslücken, aber auch strukturelle Lücken (vorhandene und fehlende Kooperationspartner:innen) identifiziert. Dieser Schritt schafft

die argumentative Grundlage für die Einführung einer spezialisierten APM-Sprechstunde, zeigt auf, welche Versorgungsstrukturen noch miteinbezogen werden müssen und in welchem Umfang ein Angebot für peripartale psychische Gesundheit aufgebaut werden kann.

9.4. PEPPA-Schritt 4: Priorisierung der Versorgungsprobleme und Festlegung der Projektziele

In diesem Schritt werden die identifizierten Herausforderungen priorisiert und konkrete Ziele definiert, welche durch die Implementierung der APM-Rolle im eigenen Setting umgesetzt werden sollen (→ *vgl. Kapitel 5*).

Die Priorisierung erfolgt in enger Abstimmung mit den Stakeholder:innen und bildet die Basis für den Modellentwurf.

9.5. PEPPA-Schritt 5: Definition des neuen Versorgungsmodells und der APM-Rolle

In der Konzeptionsphase wird das inhaltliche und organisatorische Fundament der APM-Sprechstunde gelegt. Hier wird geprüft welche Angebote basierend auf dem Aufgabenkatalog der APM der FKI gemäss den Strukturen im eigenen Setting übernommen werden können und welche strukturellen Anpassungen vorgenommen werden müssen. Für diesen Schritt kann beispielsweise die Entwicklung eines Logic Models, das auf das klinikeigene Setting zugeschnitten wird, ein gutes methodisches Instrument darstellen. Dieses umfasst:

- Inputs: Ressourcen wie Personal, Zeit, Finanzen, Infrastruktur,
- Aktivitäten: z. B. Screening, Beratung, Schulungen, Fallführung,
- Outputs: Anzahl Sprechstunden, Schulungen, Netzwerkaktivitäten,
- Outcomes: verbesserte Früherkennung, Koordination, Patientinnenzufriedenheit,
- Impact: langfristige Entlastung des Systems und Reduktion von Folgekosten.

Parallel wird eine Kooperationsstrategie entwickelt, welche Rollen, Verantwortlichkeiten und Kommunikationswege zwischen Hebammen, Ärzt:innen, Psycholog:innen, Pflegefachpersonen, Sozialdiensten und Leitungsgremien klar regelt.

9.6. PEPPA-Schritt 6: Planung der Implementierungsstrategien

Aufbauend auf dem definierten Modell wird eine schrittweise Implementierungsstrategie erarbeitet. Empfohlen wird ein gestuftes Vorgehen, beginnend mit der Einführung eines standardisierten psychischen Screenings, gefolgt vom Ausbau der Beratungs-, Koordinations- und Vernetzungsangebote. Ein detaillierter Projekt- und Zeitplan mit klar definierten Arbeitspaketen, Meilensteinen und Verantwortlichkeiten unterstützt die Umsetzung.

9.7. PEPPA-Schritt 7: Umsetzung des Implementierungsplans

Die Umsetzung erfolgt in mehreren Phasen:

- Informations- und Sensibilisierungsphase: transparente Kommunikation über Ziele, Nutzen und Rollenabgrenzung,
- Schulungs- und Qualifizierungsphase: interprofessionelle Schulungen zu Screening, Kommunikation, Dokumentation und Krisenmanagement,
- Pilotphase: zeitlich begrenzte Erprobung der APM-Sprechstunde mit begleitender Datenerhebung,
- Change-Management: kontinuierliche Begleitung der Veränderungsprozesse, Einbindung der Mitarbeitenden und Sichtbarmachung von Erfolgen.

9.8. PEPPA-Schritt 8: Evaluation der APM-Rolle und des Versorgungsmodells

In der Betriebsphase wird die APM-Sprechstunde als fester Bestandteil der Versorgung etabliert. Die Wirksamkeit und Akzeptanz werden anhand quantitativer und qualitativer Indikatoren systematisch evaluiert. Ein kontinuierliches Monitoring ermöglicht die laufende Prozesssteuerung, datenbasierte Entscheidungsfindung und transparente Berichterstattung.

Langfristig erfolgt die nachhaltige Integration durch:

- strukturelle Verankerung im Leistungsangebot,
- gesicherte Ressourcen,
- institutionelle Anerkennung der APM-Rolle,
- Anbindung an Fort- und Weiterbildungsstrukturen,
- aktive Mitwirkung an Forschung und gesundheitspolitischer Weiterentwicklung.

10 Nachhaltigkeit sicherstellen

Die langfristige Sicherstellung der APM-Rolle erfordert eine strategische und systematische Verankerung auf organisatorischer, personeller und fachlicher Ebene. Nachhaltigkeit entsteht nicht allein durch die erfolgreiche Implementierung, sondern durch fortlaufende Weiterentwicklung, klare strukturelle Rahmenbedingungen und transparente Kommunikation. Ziel dieses Kapitels ist es, aufzuzeigen, welche Massnahmen notwendig sind, damit die APM-Funktion dauerhaft im Betrieb etabliert, akzeptiert und wirksam bleibt.

10.1. Team- und Rollenentwicklung

Die nachhaltige Integration der APM gelingt nur, wenn das interprofessionelle Team die Rolle versteht, mitträgt und aktiv unterstützt. Deshalb ist eine kontinuierliche Team- und Rollenentwicklung essenziell.

Zentrale Elemente der Team- und Rollenentwicklung:

- Regelmässige Austausch- und Reflexionsformate: dies sind z. B. interprofessionelle Fallbesprechungen, Team-Reviews, Coachings und Supervisionen.
- Klare Abgrenzung und Transparenz der Verantwortlichkeiten: schafft Sicherheit und verhindert Rollenkonflikte.
- Förderung einer gemeinsamen Versorgungskultur: APM dient als Ergänzung, nicht als Konkurrenz; gemeinsamer Fokus auf Qualitätssteigerung.
- Begleitung von Veränderungsprozessen: Change-Management unterstützt bei Unsicherheiten und fördert Akzeptanz.

Langfristig trägt diese Entwicklung dazu bei, die APM als integrale Fachperson im Team zu verankern und Vertrauen in ihre erweiterten Kompetenzen aufzubauen.

10.2. Kriterien für die Rolle der APM

Für eine nachhaltige institutionelle Implementierung braucht es verbindliche Kriterien, die definieren, wer eine APM-Funktion übernehmen kann und wie diese ausgestaltet wird.

Kriterien für die APM-Funktion:

- Abgeschlossene Hochschulqualifikation: Master of Science in Midwifery oder äquivalenter MSc-Abschluss. Das Studium beinhaltet je nach anbietender Hochschule bereits weitere relevante Voraussetzungen für die Ausübung der Rolle.
- Weitere Kriterien gemäss Goemaes et al. (2016) und dem Schweizer Positionspapier für APM- Rollen sind:
  - Erweiterte klinische Expertise: nachweisliche Erfahrung im relevanten Fachgebiet (z. B. Fachkurs peripartale psychische Gesundheit an der BFH),
  - Kompetenzen in Forschung und Qualitätsentwicklung: Fähigkeit, evidenzbasierte Projekte zu initiieren und Fortschritte zu evaluieren,
  - Leadership- und Koordinationskompetenzen: Case-Management, interprofessionelle Zusammenarbeit, Prozessgestaltung,
  - Kommunikative Fähigkeiten: Beratung, edukative Aufgaben, Übernahme von Schnittstellenfunktionen.

- Verpflichtung zu Fort- und Weiterbildung: Vorzugsweise auf dem Gebiet der peripartalen psychischen Gesundheit zum Ausbau der Advanced-Kompetenzen.

Diese Kriterien dienen sowohl der Qualitätssicherung als auch der Standardisierung der Rolle innerhalb der Institution.

10.3. Verankerung und Kommunikation im Betrieb

Nachhaltigkeit entsteht durch die klare strukturelle und organisatorische Einbettung der Rolle. Dazu gehört auch die frühzeitige Rekrutierung von Nachwuchs, damit das Angebot nicht personenabhängig ist.

Massnahmen zur institutionellen Verankerung:

- Aufnahme der APM in strategische Dokumente: Organigramme, Leitbilder, Kompetenzmodelle, Personalstrategien,
- Abrechnungsprozesse: vorgängig mit dem Controlling geklärt,
- Definierte Prozesse und Abläufe: Zuweisungswege, Entscheidungskompetenzen, Kooperationsvereinbarungen,
- Einbindung in Qualitäts- und Entwicklungsstrukturen: Projektgruppen, Fachgremien, Steuerungsgruppen,
- Sichtbarkeit im internen und externen Auftritt: Webseiten, Informationsmaterial, Jahresberichte, interne Schulungen,
- Klare Kommunikationswege: regelmässige Informationen an Führungspersonen, Mitarbeitende und externe Partner:innen.

Eine transparente Kommunikation stärkt das Verständnis für die APM-Rolle und positioniert sie langfristig als selbstverständlichen Bestandteil des Leistungsangebots.

10.4. Weiterentwicklung durch Fort- und Weiterbildung

Die Rolle der APM ist dynamisch und entwickelt sich in Abhängigkeit von Forschung, Versorgungsbedürfnissen und Gesundheitspolitik stetig weiter. Daher ist eine kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung unerlässlich.

Elemente der Weiterentwicklung:

- Fortlaufende Weiterbildung in Advanced-Kompetenzen: z. B. klinische Vertiefung des Fachgebiets psychische Gesundheit, Leadership,
- Teilnahme an Fachkongressen und Netzwerken: zur Förderung von Wissenstransfer und Sichtbarkeit,
- Engagement in Forschung und Qualitätssicherung: zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der eigenen Rolle,
- Interne Bildungsaufgaben: Schulung von Kolleg:innen zur Stärkung der Fachrolle und Teamkompetenz,
- Kooperation mit Hochschulen: für Zugang zu den neuesten wissenschaftlichen Entwicklungen und Verbesserung der Nachwuchsförderung.

11 Erfolgsfaktoren und Stolpersteine

Nachfolgend werden persönliche Erfahrungen aus der Implementierung des APM-Angebots an der FKI für eine gelingende Entwicklung und Implementierung des Angebots in anderen Geburtskliniken beschrieben.

11.1. «Lessons Learned» aus der Pilotierung

Die Entscheidung, im Rahmen eines Pilotprojekts mit dem Screening zu beginnen, erwies sich als sinnvoll. Dies, weil das Screening einer klaren Struktur folgt, die Zuweisungswege klar definiert sind und die APM auch beim erweiterten Screening einem Leitfaden folgen kann. Die klaren Abläufe trugen wesentlich zur Orientierung sowie der Akzeptanz der beteiligten Berufsgruppen bei.

Initial fand nach den Beratungsgesprächen ein regelmässiger Rapport an die Psychiaterin durch die APM statt. Dieser diente primär der Supervision der APM, ermöglichte das Sammeln erster Erfahrungen und förderte zugleich die interprofessionelle Zusammenarbeit, den Vertrauensaufbau sowie die Qualitätssicherung.

Die Evaluation des Pilotprojekts im klinischen Alltag erwies sich als ressourcenintensiv und erforderte eine hohe Präsenz sowie ein kontinuierliches Erinnern der Mitarbeitenden an das Durchführen der Screenings. Im Rahmen des Veränderungsprozesses zeigte sich – auch Widerstand innerhalb der eigenen Berufsgruppe – ein bekanntes Phänomen bei Change-Prozessen. Um diesem zu begegnen, erwiesen sich umfassende Aufklärungsarbeit, das Aufzeigen von Ergebnissen sowie die transparente Darstellung des Nutzens und positiver Erfahrungen als zentrale Erfolgsfaktoren.

11.2. Gelingensbedingungen im interprofessionellen Setting

Aufgrund der hohen Fluktuation der Mitarbeitenden war es notwendig, Informationen zu Zuweisungswegen, Konzepten und bestehenden Angeboten wiederholt zu vermitteln. Eine kontinuierliche Präsenz der APM im klinischen Alltag war dabei von zentraler Bedeutung. Als förderlich erwies sich zudem ein aktives Einbringen der APM in den Arbeitsalltag der verschiedenen Berufsgruppen. Dazu gehörte das proaktive Zugehen auf die Mitarbeitenden, statt auf eingehende Anfragen zu warten, das Pflegen von Kontakten und somit das Schaffen von niederschwelligen Austauschmöglichkeiten.

11.3. Herausforderungen und Lösungsansätze

Ad-hoc-Anmeldungen bei stationären Frauen stellten eine wiederkehrende Herausforderung dar, da es nicht immer möglich war, die Frauen kurzfristig zu besuchen, insbesondere, wenn zeitgleich bereits andere Fixtermine geplant waren. Als hilfreich erwies sich in diesem Zusammenhang das Blockieren von fixen Zeitfenstern für stationäre Einsätze sowie das Verteilen der Gesprächstermine über die ganze Woche anstatt auf bestimmte Wochentage.

In Bezug auf einen ungehinderten Kommunikationsfluss war es besonders bei komplexen Fällen wesentlich, den Dokumentationsort für das geplante Prozedere klar zu definieren. Dies erfolgte beispielsweise im elektronischen Patientendossier, ergänzt durch visuelle Hinweise (z. B. Tafel auf der Geburtsstation) oder auch durch gezielte Informationen per E-Mail direkt an relevante Leitungspersonen oder an die abteilungszuständigen Hebammenexpert:innen. Klar geregelte Kommunikationswege trugen zur Transparenz bei und reduzierten Informationsverluste.

11.4. Bedeutung einer wissenschaftlichen Begleitung

Eine kontinuierliche wissenschaftliche Begleitung erwies sich als zentral, um den tatsächlichen Bedarf des APM-Angebots systematisch zu erfassen und dieses damit evidenzbasiert weiterzuentwickeln. Durch ein fortlaufendes Monitoring konnten sowohl die Zahlen zur Nutzung des Screenings als auch der Anpassungsbedarf von Inhalt und Struktur des Angebots frühzeitig identifiziert werden.

Zusätzliche Ressourcen bot das Einbinden von Masterarbeiten – wie dies beispielsweise zur Evaluation des APM-Angebots genutzt wurde. Diese Einbindung bot die Möglichkeit, spezifische Fragestellungen vertiefter zu untersuchen und gleichzeitig wissenschaftliche Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Praxis zu generieren.

Darüber hinaus ist eine aktive Beteiligung in interprofessionellen Netzwerken von Bedeutung, z. B. im Interprofessionellen Netzwerk Peripartale Psychische Gesundheit (***INPPG***). Der regelmässige Austausch mit anderen Fachpersonen sowie die kontinuierliche Auseinandersetzung mit aktuellen wissenschaftlichen Studien, tragen dazu bei, neue Erkenntnisse zeitnah in die Praxis zu integrieren und somit die Qualität des Angebots zu steigern und langfristig sicherzustellen.

12.1. Dokumentationsvorlage für das erweiterte psychische Screening

Personalien	Name: Parität: aktuelle SSW: Zeitpunkt post partum:	
Symptome Depression	⎔ Antriebsarm (Leere) ⎔ Hoffnungslos ⎔ Insuffizienzgefühle ⎔ Innere Unruhe ⎔ Grübeln ⎔ Gefühl der Gefühllosigkeit ⎔ Klagsam ⎔ Traurigkeit (häufiges Weinen, Pessimismus)	⎔ Schuldgefühle ⎔ Konzentrationsstörungen ⎔ Zwangsgedanken ⎔ Sozialer Rückzug ⎔ Zwiespältige Gefühle dem Kind gegenüber ⎔ Appetitstörung ⎔ Schlafstörung ⎔ Erschöpfung (geistig & körperlich)
Symptome Psychose	⎔ Gestörter Antrieb ⎔ Schlafstörung ⎔ Wahn	⎔ Gestörte Ich-Wahrnehmung ⎔ Halluzinationen
Objektiv	⎔ Erscheinungsbild, Sprache, Mimik	
Psychosoziale Situation	⎔ Partnerschaft ⎔ Soziales Umfeld	⎔ Arbeitssituation/Finanzen ⎔ Gewalterfahrung
Psychiatrische Anamnese	Frühere psychische Erkrankung(en): Art der Erkrankung(en): Symptome: Diagnosen: Zeitpunkt: Dauer: Verlauf (phasisch, schubweise, chronisch, progredient): Suizidalität: Bestehende oder frühere Suchterkrankungen:	
Therapie	Ambulant Stationär	
Medikamente	Dauer: Dosis: Wirkung(en): Nebenwirkungen/Verträglichkeit: Absetzgründe:	
Prozedere		

Erstellt: L. Sutter, I. Müller, A. Ging, 2020. Vernehmlasst: A. Ging, L. Strongyli, S. Walther, D. Surbek, Februar 2020.
Überarbeitet und vernehmlasst: Dr. M. Sebestova, April 2026.

12.2. Einschätzung der peripartalen Suizidalität in der APM-Sprechstunde – Fokus-Assessment bei suizidalen Gedanken

Risikofaktoren für peripartale Suizidalität
Nach Bright et al. (2022) und Legazpi et al. (2022) stellen nachfolgende Faktoren Risiken dar, die zu peripartaler Suizidalität führen können:

- Psychische Erkrankungen (bestehend und/oder neu auftretend)
- Frühere Suizidversuche
- Gewalt in der Partnerschaft
- Misshandlungs- und/oder Missbrauchserfahrungen
- Trauma (körperlich, emotional, sexuell)
- Fehlgeburten und/oder perinataler Verlust

In der Studie von Peinado-Molina et al. (2025) waren zudem Schlafstörungen mit einem erheblichen Risiko für peripartale suizidale Gedanken verbunden, wobei Schlafstörungen auch in einem engen Zusammenhang mit psychischen Problemen stehen. Frauen mit psychischen Vorerkrankungen litten gemäss der Studie dreimal so häufig an suizidalen Gedanken gegenüber Frauen ohne psychische Probleme (Martínez-Galiano et al., 2024).

Die Autorinnen Reid et al. (2022) erstellten basierend auf Interviews mit Müttern nach einem Suizidversuch ein Modell. Dieses veranschaulicht in einem theoretischen Prozess, wie Mütter Selbstmordgedanken entwickeln bis hin zu der Absicht, einen Suizid zu begehen.

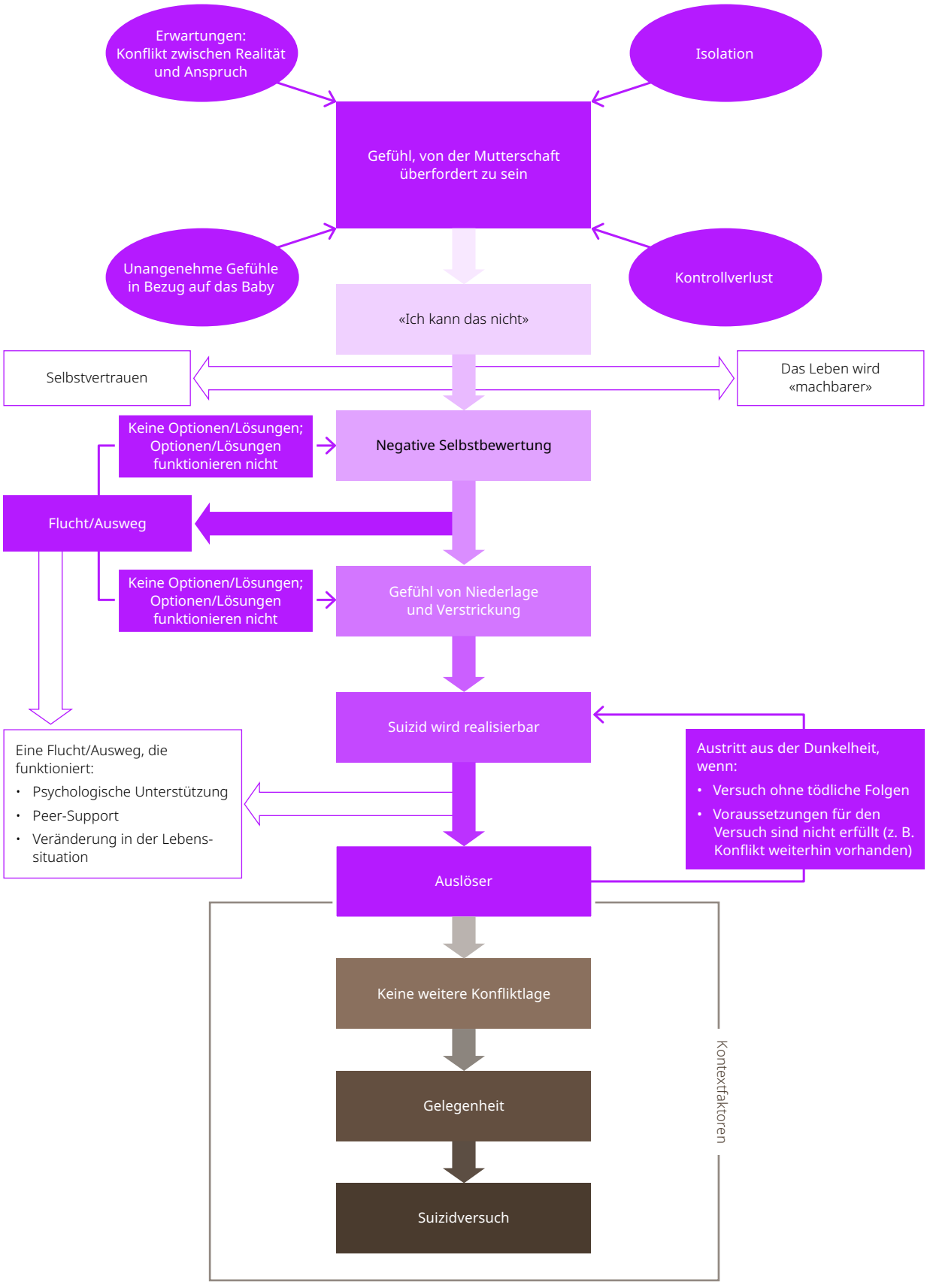


Abbildung 8: Eigene deutsche Übersetzung des Modells von Reid et al. (2022): verschiedene Phasen suizidaler Gedanken bis zur Handlung

Screening
Derzeit gibt es kein validiertes Instrument, welches zur Einschätzung der Suizidalität für die Peripartalzeit zulässig ist (Dudeney et al., 2023; Kobylski et al., 2023).

Item 10 der EPDS wird häufig zur Erfassung suizidaler Gedanken verwendet und zeigte in einigen Studien gute Sensitivität und Spezifität. Allerdings bezieht sich die Frage auf «Selbstverletzung», was nicht zwangsläufig als Suizidgedanke interpretiert wird (Dudeney et al., 2023). Dennoch kann diese Frage hilfreich sein, da Selbstverletzung ein Risikofaktor für Suizid ist (Dudeney et al., 2023). Zudem ist sie allenfalls ein Türöffner um über Suizidalität / suizidale Gedanken zu sprechen.

Ausserhalb der peripartalen Zeit stehen im Bereich der Pflege folgende Screening-Instrumente zur Verfügung:

- Die «Nurses' Global Assessment of Suicide Risk»-Skala (NGASR-Skala), welche 16 Risikofaktoren für Suizid oder Suizidversuch erfasst (Kozel et al., 2016) oder
- die «Pictorial Representation of Illness and Self Measure»-Methode (PRISM-S), eine einfache und schnell handhabbare Methode zur visuellen Darstellung und Beurteilung von Suizidalität (Harbauer et al., 2013).

Wichtig: Bei der Einschätzung der Suizidgefährdung sollte man sich nie allein auf standardisierte Instrumente verlassen, sondern immer den klinischen Gesamtkontext berücksichtigen. Gespräche und Verhaltensbeobachtungen müssen unbedingt eine professionelle und differenzierte Einschätzung der Suizidgefährdung ergänzen (Veterans Affairs Department, 2019). Bei einem positiven Screening-Befund und/oder bei deutlichen Hinweisen für eine Suizidgefährdung muss im Rahmen eines einfühlsamen Gesprächs eine vertiefte Einschätzung der Suizidgefährdung (Fokus-Assessment) vorgenommen werden.

Durchführung eines Fokus-Assessments
Im Vordergrund steht dabei die Exploration von:

- Suizidgedanken (Häufigkeit, Dauer, Intensität, Erleben und Gefühl der Kontrollierbarkeit),
- Suizidabsichten (Motivation, Druck, Wille zur Ausführung suizidaler Handlungen),
- Plänen zur Suizidausführung (Vorbereitungen, Methoden, gedankliches Durchspielen),
- früheren Suizidversuchen (kürzlich zurückliegend, bedauert oder nicht bedauert),
- aktuellem Befinden (psychischem Schmerz, Verzweiflung, Sinn, Ausweglosigkeit, Hoffnung),
- erleichtertem Zugang zu Suizidmethoden (Waffen, Medikamenten, hohen Gebäuden, Bahnlinien),
- protektiven Faktoren (soziale Unterstützung, soziale Einbindung, Religiosität und Weiterem) (Sutter & Kozel, 2024).

Im australischen Leitfaden gibt es für die peripartale Zeit einen Algorithmus zur Einordnung suizidaler Gedanken und zur nachfolgenden Anzeige von Massnahmen (Centre of Perinatal Excellence, 2017). Basierend auf der Empfehlung dieses Leitfadens wurde für die APM-Sprechstunde ein eigener Algorithmus erstellt. Wobei – entgegen der Empfehlung des Leitfadens – bereits im zweiten Schritt eine psychiatrische Zuweisung (anstatt eines Follow-ups) empfohlen wird und im dritten Schritt eine direkte Zuweisung durch den/die Notfallpsychiater:in erfolgen sollte.

Risiko-Stufe	Klinisches Bild	Erforderliche Massnahmen	Verbindlicher Zeitrahmen
Geringes Risiko	• Flüchtige Gedanken, kein Plan/Mittel	• Unterstützung besprechen • Hilfsangebote vermitteln	• Follow-up bei nächster Konsultation
Mittleres Risiko	• Gedanken und Absicht, kein Plan/ Mittel	• Sicherheitsplan entwickeln • Notfallplan für Eskalation aufstellen → **Zuweisung** zur psychosomatischen Sprechstunde	• Neubeurteilung in der psychosomatischen **Sprechstunde innerhalb 1 Woche**
Hohes Risiko	• Anhaltende Gedanken, Absicht, Plan und Mittel	• Sichere Umgebung gewährleisten → **Zuweisung in den psychiatrischen Notfall**	• Neubeurteilung **innerhalb von 24 Stunden** inkl. Überwachung

Hinweis: Das Risiko für das Kind ist über alle Triage-Stufen hinweg **zu jeder Zeit** zu berücksichtigen!

Abbildung 9: Risikoeinschätzung perinatale Suizidalität, eigene Darstellung angelehnt an Centre of Perinatal Excellence (2017)

In der klinischen Suizidrisikoeinschätzung ist es nicht erforderlich, dass alle klassischen Kriterien wie anhaltende Gedanken, Absicht, Plan und Zugang zu Mitteln gleichzeitig erfüllt sind. Vielmehr erfolgt eine Bewertung auf der Grundlage der Gesamtzahl der relevanten Risikofaktoren und des klinischen Urteils (Pal et al., 2025).

Dokumentation

Die Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil der Risikobeurteilung. Aus ihr muss hervorgehen, welche Gründe zu einer bestimmten Beurteilung der Suizidgefährdung geführt haben und welche Handlungskonsequenzen daraus abgeleitet werden. Wichtig ist eine möglichst konkrete Beschreibung (nicht nur «Suizidgedanken glaubhaft verneint», sondern auch begründete Beschreibung).

- z. B. «Patient:in hat unspezifische Suizidgedanken, ohne konkrete Vorstellungen zu einer Suizidmethode.»
- z. B. «Patient:in verneinte Suizidgedanken mit der Aussage, Suizid käme für sie/ihn nicht in Frage, dies könne er/sie seiner Familie nicht antun.»
- z. B. «Patient:in berichtet von teilweise wiederkehrenden Suizidgedanken mit konkreter Suizidmethode (Armeewaffe zuhause), kann sich im Gespräch aber von einer suizidalen Handlung distanzieren. Im geschützten Rahmen der Klinik würde er/sie sich nichts antun.» (Rother, 2024)
- z. B. «Akute Suizidgedanken, Absichten, Pläne werden verneint. Protektive Faktoren: XY. Das Suizidrisiko wird als tief, mittelgradig, hoch eingeschätzt.»

Literatur

Bright, A. M., Doody, O., & Tuohy, T. (2022). Women with perinatal suicidal ideation-A scoping review of the biopsychosocial risk factors to inform health service provision and research. PLoS One, 17(9), e0274862. ***https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274862***

Centre of Perinatal Excellence. (2017). Assessing suicide risk [Handout] [Handout]. ***https://www.cope.org.au/health-professionals/screening-and-assessment-tools/assessing-suicide-risk***

Dudeney, E., Coates, R., Ayers, S., & McCabe, R. (2023). Measures of suicidality in perinatal women: A systematic review. J Affect Disord, 324, 210-231. ***https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.091***

Harbauer, G., Ring, M., Schuetz, C., Andreae, A., & Haas, S. (2013). Suicidality assessment with PRISM-S — Simple, fast, and visual: A brief nonverbal method to assess suicidality in adolescent and adult patients. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 34(2), 131.

Kobylski, L. A., Keller, J., Molock, S. D., & Le, H.-N. (2023). Preventing perinatal suicide: an unmet public health need. The Lancet Public Health, 8(6), e402.

Kozel, B., Grieser, M., Abderhalden, C., & Cutcliffe, J. R. (2016). Inter-rater reliability of the German version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale. International journal of mental health nursing, 25(5), 409-417.

Legazpi, P. C. C., Rodríguez-Muñoz, M. F., Le, H. N., Balbuena, C. S., Olivares, M. E., & Méndez, N. I. (2022). Suicidal ideation: Prevalence and risk factors during pregnancy. Midwifery, 106, 103226. ***https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103226***

Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Peinado-Molina, R. A., & Hernández-Martínez, A. (2024). Validation of the Paykel Suicide Scale and the Plutchik Suicide Risk Scale in Spanish Women during the Perinatal Period. Depress Anxiety, 2024, 3741489. ***https://doi.org/10.1155/2024/3741489***

Peinado-Molina, R. A., Ballesta-Castillejos, A., Martinez-Galiano, J. M., Cano-Ibáñez, N., Khan, K. S., & Martínez-Vazquez, S. (2025). Suicidal ideation during the perinatal period: An umbrella review of prevalence and risk factors. Semergen, 51(7), 102567. ***https://doi.org/10.1016/j.semerg.2025.102567***

Reid, H. E., Pratt, D., Edge, D., & Wittkowski, A. (2022). What makes a perinatal woman suicidal? A grounded theory study. BMC Psychiatry, 22(1), 386. ***https://doi.org/10.1186/s12888-022-04015-w***

Rother, K. (2024). Dokumentation Suizidalität/ Risikobeurteilung In: Powerpoint Präsentation Pflegeentwicklung UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN

Sutter, L., & Kozel, B. (2024). Umgang mit Suizidalität bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Obstetrica, 1/2 2024 30-33.

Veterans Affairs Department, D. o. D. (2019). VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF PATIENTS AT RISK FOR SUICIDE. Retrieved from ***https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoD-CPG-Suicide-Risk-Full-CPG-2024_Final_508.pdf***

Erstellt: L. Sutter Januar 2021, Überarbeitet 2026
Vernehmlasst: J. Soldati, Dr. M. Sebestova, April 2026

12.3. Geburtsplanung und -begleitung von Frauen mit traumatischen Erfahrungen

12.3.1. Ziel

Die vorliegende Handlungsanleitung verfolgt das Ziel einer optimierten Geburtsbetreuung von Frauen mit traumatischen Erfahrungen, basierend auf folgendem Hintergrund:

- Eine traumasensible Geburtshilfe kann dazu beitragen, eine (Re-)Traumatisierung im Zusammenhang mit der Geburt zu verhindern (American College of Obstetrics and Gynecology, ACOG, 2021).
- Indem Hebammen und Geburtshelfer:innen Sicherheit in ihrem Vorgehen sowie fundiertes Fachwissen entwickeln und zugleich das Risiko einer Retraumatisierung in der peripartalen Phase berücksichtigen, tragen sie zu einer traumainformierten Versorgung bei (Gordon et al., 2025).
- Idealerweise wird bereits in der Schwangerschaft ein Gespräch mit der betroffenen Frau geführt. Dabei werden Wünsche, Befürchtungen und Bedürfnisse systematisch erfasst und dokumentiert, sodass bei Geburtsbeginn ein individualisierter Geburtsplan vorliegt. Dieser umfasst auch Überlegungen zu individuell auf die traumatischen Erfahrungen der Frau abgestimmten Massnahmen, die darauf abzielen, ihr während der Geburt ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln und dieses gezielt zu stärken. Diese präpartalen Gespräche werden in der APM-Sprechstunde geplant.
- Konnte im Vorfeld kein Gespräch stattfinden oder wird erst unter der Geburt deutlich, dass die Gebärende traumatische Vorerfahrungen hat, dient die Checkliste (→ *vgl. Kap. 5* Kurzfragen zur schnellen Erfassung der Bedürfnisse) als Orientierung für die Begleitung während und unmittelbar nach der Geburt.

12.3.2. Hintergrund

Grundsätzlich wird die Geburt von den Frauen sehr individuell erlebt und ist sie geprägt durch persönliche Wünsche, Überzeugungen und Vorstellungen in Bezug auf die Geburt, die im Kontext von gesellschaftlichen Bildern und Idealen stehen (Bolt & Häne, 2026). Zudem beeinflussen Erwartungen, die auf früheren Geburtserfahrungen basieren, das Geburtserleben (Preis et al., 2019).

Eine Geburt selbst kann als traumatisches Ereignis erlebt werden oder bereits bestehende traumatische (Vor-)Erfahrungen erneut aktivieren. Insbesondere für Frauen mit biografischen physischen und psychischen Gewalterfahrungen stellen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett einen vulnerablen Zeitraum dar (Leinweber et al., 2022). Biografische Gewalterfahrungen sind nicht selten. Die Resultate einer Meta-Analyse zeigen, dass weltweit fast jede dritte Frau Opfer von sexueller Gewalt wird (Li et al., 2023). Bei Asylsuchenden und geflüchteten Frauen zeigt sich eine noch höhere Prävalenz: nahezu jede zweite weibliche asylsuchende oder geflüchtete Person war mindestens einmal in ihrem Leben von sexualisierter Gewalt betroffen (Cayreyre et al., 2024). Das heisst, dass bei diesen Frauen auch routinemässig vorgenommene, körperliche Untersuchungen zu Reizüberflutung sowie zum Auftreten von

Triggern führen können, die Intrusionen, Flashbacks oder Dissoziationen – im Sinne einer Retraumatisierung – auslösen können (Leinweber et al., 2022), → *siehe Abbildung 10*.

Auch Frauen ohne vorherige traumatische Erfahrungen können die Geburt als traumatisch erleben. Studien zeigen, dass etwa 9–50 % der Mütter die Geburt des Kindes als traumatisches Erlebnis einstufen (Leinweber et al., 2022). Ein geringerer Anteil von Frauen entwickelt als Folge der traumatisch erlebten Geburt eine geburtsbezogene Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Sowohl bei einer primär traumatisch erlebten Geburt als auch bei der Reaktivierung früherer Traumata sind es insbesondere Gefühle von Hilflosigkeit und Kontrollverlust, die massgeblich zur Entwicklung posttraumatischer Stresssymptome beitragen (Leinweber et al., 2022). → ***Abbildung 10*** zeigt 2 auslösende Mechanismen, die zu einer posttraumatischen Belastungsstörung führen können. Die Prävalenz für maternale subklinische posttraumatische Stresssymptome liegt zwischen 12 % und 13 %. Bei Müttern mit Komplikationen wie Präeklampsie, Frühgeburt oder Kindsverlust bei 16 % bis 19 % (Horsch et al., 2024).

An einer geburtsbezogenen PTBS leiden zwischen 3 % und 6 % der Mütter und 1.2 % der Väter (Horsch et al., 2024).

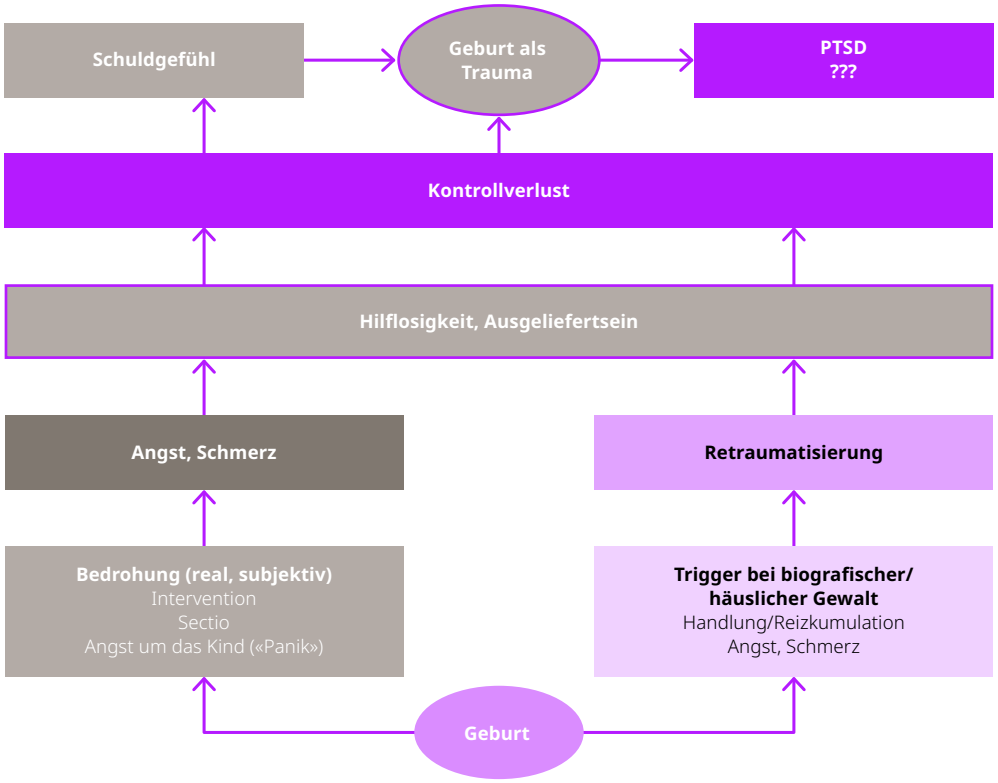


Abbildung 10: Darstellung primäre oder reaktivierte Traumatisierung aus Weidner et al. (2018), Seite 192

Neben anamnestischen Traumaerfahrungen und/oder PTBS haben Frauen mit psychischen Erkrankungen in der Vorgeschichte, phobischer Angst vor der Geburt (Tokophobie), gesundheitlichen Problemen und Schwangerschaftskomplikationen ein erhöhtes Risiko, die Geburt als traumatisch zu erleben (Horsch et al., 2024).

12.3.3. Begriff «Trauma»

Die Begriffe «traumatische Geburtserfahrung» und «postpartale oder geburtsbezogene PTBS» werden häufig synonym verwendet. Die Unterscheidung ist jedoch klinisch wichtig und wird nachfolgend erklärt.

12.3.3.1. Traumatische Geburtserfahrung

Dieser Begriff sollte sich auf Ereignisse und Interaktionen beziehen, die direkt mit der Geburt zusammenhängen (Leinweber et al., 2022). Eine interdisziplinäre Expertengruppe entwickelte literaturgestützt und in Zusammenarbeit mit betroffenen Frauen die nachfolgende Definition: Eine traumatische Geburtserfahrung bezieht sich auf die Erfahrung einer Frau aus Interaktionen und/oder Ereignissen in direktem Zusammenhang mit der Geburt, die überwältigende, belastende Emotionen und Reaktionen auslösen und zu kurz- und/oder langfristigen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Frau führen (Leinweber et al., 2022). Die Definition hebt die Bedeutung der Interaktionen der Fachpersonen mit der gebärenden Frau für das Geburtserleben hervor – aber auch das subjektive Erleben der Frau. Letzteres bedeutet, dass nicht alle objektiv bedrohlichen Verläufe in einer Traumatisierung münden und umgekehrt. Auch medizinisch unkomplizierte Geburten können von der Frau selbst (subjektiv) als bedrohlich wahrgenommen werden und zu einer als traumatisch erlebten Geburt führen (Bolt & Häne, 2026).

Die Definition von Leinweber steht im Einklang mit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) einer peripartalen Betreuung, die auf das psychische und emotionale Erleben der Frau fokussieren sollte (Oladapo et al., 2018; WHO, 2018).

12.3.3.2. Geburtsbezogene PTBS und postpartale PTBS

Eine geburtsbezogene PTBS bezieht sich auf die psychologischen Symptome, die sich – neben anderen psychischen Störungen – nach der Geburt oder als Folge einer primären Erfahrung entwickeln können (Leinweber et al., 2022). Die postpartale PTBS wiederum umfasst eine PTBS-Symptomatik, die zwar zeitlich nach der Geburt entsteht, sich inhaltlich aber auf ein früheres Trauma bezieht. Hier löst die Geburt eine Re-Aktivierung des früheren Traumas aus. Unabhängig von der individuellen Entwicklungsgeschichte zeigt sich bei der PTBS eine vergleichbare Symptomatik. Zu den PTBS-Symptomen gehören: Intrusionen, Flashbacks, Albträume, Vermeidung angstauslösender Reize, hohe Erregbarkeit, Trauer oder Niedergeschlagenheit. Diese Symptome müssen über einen Zeitraum von mehr als einem Monat anhalten (Forster, 2023).

Die nachfolgende Tabelle zeigt vereinfacht den Unterschied zwischen belastenden und traumatischen Erfahrungen:

Belastende Erfahrungen	Traumatische Erfahrungen
Erinnerungen über die wir in der Regel sprechen können.	Erinnerungen, die uns oftmals nur teilsweise zugänglich oder verdrängt sind.
Lösen vor allem emotionale Reaktionen wie z. B. Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Melancholie aus.	Gehen mit intensiver körperlicher Stressreaktion einher (Übererregung, Herzrasen, Schwitzen, Angst)
Werden klar als vergangen erlebt.	Können sich «gegenwärtig» anfühlen (z. B. bei Flashbacks).
Wir können uns entscheiden, an sie zu denken oder nicht.	Erinnerungen können sich unwillkürlich aufdrängen (Intrusionen, Triggerreaktionen).
Die Erinnerungen haben oft einen klaren Anfang und Ende.	Erinnerungen werden oft fragmentiert oder bruchstückhaft gespeichert. Daher kann es auch zu Erinnerungslücken kommen.
Inhalte können sich mit der Zeit verändern und integrieren.	Erinnerungen wirken oft «eingefroren», wenig integriert und emotional unverändert.

Tabelle 4: Eigene Abbildung adaptiert nach Brewin (2014); Brewin et al. (1996) und Van der Kolk (2014)

12.3.4. Erkennung und Betreuung von Frauen mit traumatisierenden Erlebnissen

Verschiedene Studien und auch Fachgesellschaften wie das American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG (ACOG 2021) empfehlen eine traumainformierte Versorgung (Trauma-Informed Care, TIC). Die TIC verfolgt das Ziel, ein Gefühl der psychologischen Sicherheit, Wahlmöglichkeit und Kontrolle zu fördern (Gordon et al., 2025). Sie umfasst 6 zentrale Prinzipien; (a) Sicherheit; (b) Vertrauenswürdigkeit und Transparenz; (c) Peer-Unterstützung; (d) Zusammenarbeit und Gegenseitigkeit; (e) Empowerment, Stimme und Wahlmöglichkeiten; sowie (f) kulturelle, historische und geschlechtsspezifische Aspekte (Donegan et al., 2025). Die TIC kann das Risiko einer Retraumatisierung minimieren, weil durch sie die Autonomie der Frauen sowie eine gemeinsame Entscheidungsfindung und die Selbstbestimmung (Erlaubnis einholen, fortzufahren oder zu stoppen) gefördert werden (Gordon et al., 2025).

Im klinischen Alltag sollten folgende Schritte beachtet werden:

Schritt 1: Erkennung
Hier ist die Anamnese zentral. Jede Frau sollte im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge nach Gewalterfahrungen befragt werden. Ziel dieses Screenings ist nicht primär die Offenlegung sensibler Informationen, sondern das Öffnen eines Gesprächsraums, um bedarfsgerechte Unterstützung anbieten zu können (Gordon et al., 2025; Owens et al., 2022). Zudem trägt ein traumainformierter Ansatz mit geschulten Fachpersonen dazu bei, Vertrauen aufzubauen und eine kontinuierliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu fördern (Donegan et al., 2025).

Mögliche Formulierung: «Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal körperliche oder sexuelle Gewalt erlebt?» Oder: «Wir wissen, dass viele Frauen von Gewalt betroffen sind und dies Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann. Deshalb stellen wir allen Schwangeren diese Frage: Gab oder gibt es in Ihrem Leben körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen?»

Schritt 2: Zuweisung an die APM-Sprechstunde
Für die Betreuung von Frauen mit traumatischen Erfahrungen wird eine Überweisung an spezialisierte Dienste sowie die Betreuung durch ein Team für peripartale psychische Gesundheit, Sozialarbeit und Beratungsdienste empfohlen (Donegan et al., 2025). In der Frauenklinik werden Frauen entsprechend in der APM-Sprechstunde angemeldet. Die APM leitet allfällige weitere Interventionen, wie z. B. eine Zuweisung in die psychosomatische Sprechstunde oder an die Sozialberatung ein.

Schritt 3: Geburtsplanung
Basierend auf den Prinzipien der TIC führt die APM ein Gespräch (→ *vgl. 12.4*) mit betroffenen Frauen durch. Ziel ist es, die psychosoziale und psychiatrische Vorgeschichte zu erfassen sowie die Frau in ihrer Entscheidungsfindung bezüglich des Geburtsmodus zu unterstützen. Dazu werden Phasen und Abläufe einer Geburt sowie realistische Erwartungen hinsichtlich dieser besprochen. Aber auch über mentale Gesundheit und Trauma wird aufgeklärt, insbesondere vor dem Hintergrund, dass viele Frauen sich un- oder falsch informiert fühlen (Donegan et al., 2025). Weiter werden Wünsche, Befürchtungen, Trigger, hilfreiche Strategien und unerwünschte Massnahmen besprochen und in einem spezialisierten Geburtsplan dokumentiert, damit das geburtshilfliche Team beim Eintritt der Frau vorbereitet ist. Dies ist wichtig, um bei den Fachpersonen das Verständnis über Auswirkungen von geburtshilflichen Vorgängen, Massnahmen oder Interventionen (wie beispielsweise Gebärpositionen, intimen Untersuchungen oder der Kommunikation) zu fördern und so einem Erleben von Kontrollverlust bei der Gebärenden entgegenzuwirken (Gordon et al., 2025). Die definitive Geburtsplanung erfolgt gemeinsam mit den betreuenden Geburtshelfer:innen unter Berücksichtigung der medizinisch-geburtshilflichen Vorgeschichte.

12.3.4.1. Post partum

In einer aktuellen Scoping-Review werden frühzeitige Interventionen post partum empfohlen, darunter die Erkennung von Belastungen, schnelle Überweisungen an Fachpersonen sowie ein universelles

Trauma-Screening (Donegan et al., 2025).
In der Frauenklinik werden diese Empfehlungen wie folgt umgesetzt:

- Ein Nachgeburtsgespräch wird bereits auf der Wochenbettstation angeboten.
- Es erfolgt ein Screening mittels Edinburgh-Postnatal-Depressions-Skala (EPDS) 6 Wochen post partum bei der Nachkontrolle. Dies ist wichtig, da eine traumatische Geburtserfahrung nicht nur eine PTBS, sondern auch eine Depression, Angst- oder Zwangsstörung auslösen kann (Bolt & Häne, 2026).
- Es wird gezielt nach der Geburtsverarbeitung gefragt (gemäss Flussplan). Ein einfühlsames Nachfragen ist essenziell, da viele Frauen befürchten, von Gesundheitsfachpersonen be(ver-)urteilt oder nicht ernst genommen zu werden. Meist – gänzlich unbewusst – möchten sich Frauen mit den Gesundheitsfachpersonen gut stellen und trauen sich nicht, Kritik zu äussern oder zu sagen, was sie nicht gut fanden («tend and be friend»-Strategie). Gefühle von Schuld und Scham können die Wahrnehmung von Stigmatisierung verstärken und die Inanspruchnahme von Hilfe erschweren (Donegan et al., 2025).
- Es finde eine Zuweisung in die APM- oder psychosomatische Sprechstunde statt. Die APM führt ein Gespräch oder ggf. ein Screening mittels ***City Birth Trauma Skalas*** durch, erfasst die psychosoziale Situation (Vorhandensein eines Helfernetzes) und weist die Frauen bei Bedarf in die psychosomatische Sprechstunde oder an eine/n Psychotherapeut:in weiter und vermittelt Selbsthilfeangebote. Insbesondere sozialer Support durch Familie und Peer-Gruppen verringert Gefühle von Isolation (Donegan et al., 2025).

12.3.4.2. Geburtsbetreuung von Frauen mit Status nach traumatisierenden sexuellen Erfahrungen

In einer aktuellen integrativen Review wurden Gebärpositionen, intime Untersuchungen, die Kommunikation des Betreuungsteams sowie das Erleben von Kontrollverlust als zentrale Faktoren identifiziert, die bei Frauen frühere traumatische Erfahrungen reaktivieren können (Gordon et al., 2025). Diese Erkenntnisse werden durch frühere Literatur gestützt, die im Folgenden – mangels aktuellerer Quellen – herangezogen wird, um konkrete Beispiele und Handlungsempfehlungen aufzuzeigen.

Triggerreize
Wie bereits beschrieben kann es während der Geburt zu einer erneuten Aktivierung früherer traumatischer Erfahrungen kommen (Retraumatisierung). Einerseits kann dies durch eine Reizkumulation entstehen und andererseits durch erlebte Trigger unter der Geburt, die zum Wiedererleben von Erinnerungsbildern früher erlebter Gewalt führen (Leinweber et al., 2022; Weidner et al., 2018).

Mögliche Auslöser von Triggerreizen
Nachfolgend werden einige Punkte nach Weidner et al. (2018) angeführt, die Triggerreize darstellen können:

- Berühren/Untersuchung des weiblichen Genitales;
- Gebär- und Untersuchungspositionen, die das Gefühl des Ausgeliefertseins (nicht weglaufen zu können) verstärken;
- Anwesenheit von männlichen Geburtshelfern: Falls nicht anders möglich, sicherstellen, dass die Frau nicht alleine mit einer männlichen Fachperson im Zimmer ist;

  - gesprochene Worte, wie: «Lassen Sie locker, das tut nicht weh!», «Haben Sie sich nicht so!», «Schreien Sie nicht so!», «So schlimm ist es doch noch gar nicht!», «Ist doch gleich vorbei!», … können an Tätersprache erinnern;
- Schmerzen mit Erleben eines Kontrollverlustes;
- Gerüche, Farben, Geräusche;
- Intransparenz des professionellen Handelns, was wiederum das Erleben des Kontrollverlusts verstärken kann;
- «Schreie» anderer Gebärender;
- Blutungen aus der Vagina, unwillkürlicher Urin- oder Stuhlabgang;
- Periduralanästhesie (PDA), v. a. bei Kontrollverlust der Sensibilität der Beine (nicht fliehen können);
- Körperliche Vorgänge während der Geburt (z. B. subjektiv spürbares Tiefertreten Kindes in der Vagina).

Mögliche Reaktionen auf Triggerreize

Nach Kruse (2017) können sich dabei folgende somatische Reaktionen zeigen:

- starkes Schwitzen
- Kreislaufprobleme
- Übelkeit
- Zittern
- blasse Gesichtsfarbe
- Schwindel

Aber auch andere Verhaltensweisen können sich bei der Gebärenden als Folge der Traumatisierung zeigen:

- Die Gebärende ist völlig ausser sich und nicht mehr erreichbar für Zuspruch (Hyperarousal).
- Oder sie wirkt wie erstarrt als wäre sie nicht anwesend, Informationen scheinen nicht anzukommen die Gebärende nimmt Körperempfindungen nicht mehr wahr (Dissoziationen).

Mögliche Massnahmen bei Triggerreizen

- Mit klarer deutlicher Stimme sprechen,
- Frau bitten, die Hände zu Fäusten ballen oder auszustrecken oder sich hinzustellen,
- Kalten Lappen in die Hand geben – allenfalls mit Aromaessenz (falls die Frau das toleriert – Duft vorher absprechen),
- Beschreiben lassen, was sie hört und riecht oder schmeckt, dazu allenfalls auch einem Duft oder Bonbon (beides vorher absprechen) anbieten (Kruse, 2017),
- Übung: im Moment sein:

Konzentriere dich auf deine Atmung, dann benenne:	
5	5 Dinge, die du sehen kannst
4	4 Dinge, die du berühren kannst
3	3 Dinge, die du hören kannst
2	2 Dinge, die du riechen kannst
1	1 Sache, die du schmecken kannst

Abbildung 11: Eigene Darstellung. Abbildung angelehnt an verschiedene Quellen, u.a.: Smith, Sara (2018). «5-4-3-2-1 Coping Technique for Anxiety.» Behavioral Health Partners Blog, 4.10.2018. *https://www.urmc.rochester.edu/behavioral-health-partners/bhp-blog/april-2018/5-4-3-2-1-coping-technique-for-anxiety* [abgerufen am 06.10.2026]

Im Falle einer plötzlichen Dissoziation sind Ansprache der Gebärenden mit deren Namen, Beschreiben der Situation und des Umfelds, und/oder Einsatz eines Duftstoffes (falls die Frau dies toleriert) anzuraten «Frau XYZ, ich bin Hebamme XYZ. Sie sind im Gebärsaal, Sie bekommen Ihr Kind. Ich halte Ihnen jetzt einen Duftstoff an die Nase. Versuchen Sie, ruhig zu und tief zu atmen.» In keinem Fall sollte die Gebärende gerüttelt oder grob angefasst werden, dies verstärkt die Dissoziation (Weidner et al., 2025).

Sicherheit und Kommunikation

Stabilität und Sicherheit zu vermitteln ist wichtig, damit die Gebärende sich entspannen kann. Folgende Massnahmen können dabei unterstützend wirken:

- Die Türen bleiben geschlossen, der Raum wird nur auf Aufforderung betreten.
- Die Frau weiss, wer bei der Geburt anwesend ist, und dass ihre Wünsche berücksichtigt werden. Das heisst: Vorstellung bei Schichtbeginn, auch anwesende Dienstärzt:innen/Oberärzt:innen in Absprache mit der Hebamme → nicht unangemeldet neue Personen ins Zimmer lassen (Kruse, 2017; Simkin & Klaus, 2015).

Kommunikation

Auf die eigene Sprache zu achten ist essenziell, denn Sprache kann Erinnerungen aktiveren, beispielsweise durch Sätze wie «Ich werde Sie untersuchen … besser Sie bewegen sich nicht» (Gordon et al., 2025). Daher gelten folgenden Empfehlungen:

- Das Reden auf Augenhöhe reduziert das Machtgefälle (Stuhl neben das Bett oder zur Frau runter knien).
- Potenziell triggernde Aussagen (siehe Beispiele oben) sind zu vermeiden. Besser sind offene Fragen wie «Wie fühlt sich das für Sie an?». Dies lässt Raum für Wahrnehmung und die Möglichkeit, diese zu äussern.
- Es sollte mit klarer, deutlicher Stimme gesprochen werden (Kruse, 2017; Simkin & Klaus, 2015).

Geburtshilfliche Interventionen

Während der Geburt sind bestimmte Interventionen notwendig und teilweise unvermeidbar. Hebammen und Geburtshelfer:innen sollten diese unter Berücksichtigung der Empfehlungen von Kruse (2017) und Simkin and Klaus (2015) durchführen:

- Vorsichtig mit Berührungen (CAVE: auch beim CTG-Gurte anlegen) → auf Stressreaktionen achten,
- Langsam vorgehen und jeden Schritt mit der Gebärenden besprechen,
- Die Frau in Entscheidungen einbeziehen, Wünsche/Bedenken äussern lassen (hilft zu verhindern, dass sich Frauen ausgeliefert / wieder als Opfer fühlen),
- Vor Massnahmen jeden Schritt besprechen, Feedback einholen,
- Vermeiden von Schmeicheleien oder sanftem Zureden (CAVE: Tätersprache) → nötige Massnahmen dezidiert und bestimmt erklären,
- Blasenkatheter (siehe vaginale Untersuchung, VU),
- Interventionen wie Vakuum-/Zangengeburt: Vorgehen wie bei VU, Partner:in einbeziehen (Halt geben, ablenken, zusprechen); CAVE: kann Dissoziation auslösen → Massnahmen ergreifen, die Frau wieder zurückholen (siehe oben).

Vaginale Untersuchung (VU)
Empfehlungen nach Kruse (2017) und Simkin and Klaus (2015):

- Erklären, warum VU nötig ist,
- Einwilligung einholen,
- Auf eine angenehme Position achten,
- Immer ankündigen, was als Nächstes passiert,
- Während der VU mit der Frau reden und auch Blickkontakt halten,
- Feedback einholen,
- Am Schluss der VU wieder in Kleider und entspannte Position helfen,
- Nachfragen, ob bei der nächsten VU etwas geändert werden soll.

Austreibungsphase (AP)
Empfehlungen für die letzte Geburtsphase nach Simkin and Klaus (2015):

- Förderung körperorientierter Wahrnehmung und physiologischer Geburtsarbeit → teilweise wird in der AP empfohlen an den Stuhlgang oder an das Sitzen auf Toilette zu denken, dies kann der Frauen helfen, den Beckenboden zu entspannen und dem Druck des Köpfchens nicht entgegenzuhalten.
- Erinnern, dass der Schmerz aus ihrem Körper kommt, physiologische Prozesse (Wehenschmerz, Druck usw.) erklären (→ Orientierung schaffen).
- Heisse Dammkompressen (wenn die Frau das toleriert): Mache Frauen fühlen sich durch das Auflegen einer heissen Kompresse auf den Damm / die Vulva weniger nackt und dadurch sicherer → kann Entspannung bringen.
- Geburtspositionen: aufrechte Sitzhaltung oder Seitenlage in AP, CAVE: 4-Füssler (mit dem Gesäss zu Wand, Gesäss bedecken oder über den Ball damit Hände frei sind → Möglichkeit sich zu wehren mit Händen.
- Interventionen wie Vakuum-/Zangengeburt → möglichst vermeiden, falls nötig: Vorgehen wie bei VU, Partner:in einbeziehen (Halt geben, ablenken, zusprechen). CAVE: kann Dissoziation auslösen → Massnahmen ergreifen, die Frau wieder zurückholen.

Sectio
Auch bei einer Sectio kann es Trigger geben, die zu beachten sind.

Mögliche Belastungssituationen:

- Liegend «festgeschnallt» sein → kann als absolute Überwältigung empfunden werden.
- Hervorrufen von Erinnerungen (beispielsweise rituellen Missbrauch mit scharfen Instrumenten).

Mögliche Massnahmen:

- Begleitperson mit in den OP kommen lassen, auch schon für die Spinalanästhesie → Unterstützung Selbstberuhigung,
- Arme auf OP-Tisch frei lassen,
- Schritt für Schritt Erklärungen geben durch Fachpersonen (Interventionen und Umlagerungen ankündigen) (Simkin & Klaus, 2015).

Hat die Gebärende unter der Geburt dissoziiert oder gab es andere Triggerreaktionen sollte im Wochenbett ein Debriefing erfolgen und, wenn nötig, psychotherapeutische Unterstützung angeboten werden, insbesondere bei Symptomen einer PTBS.

Bonding
Nach der Geburt ist es wichtig, das Baby nicht unaufgefordert nackt auf den Bauch der Mutter zu legen! Je nach dem sollte das Baby zuerst gewaschen und eingewickelt werden, dies sollte mit der Frau abgesprochen werden, ggf. kann ein erstes Bonding durch die Begleitperson stattfinden (Simkin & Klaus, 2015).

Mögliche weitere Herausforderungen nach Simkin and Klaus (2015):
- In seltenen Fällen kann das Neugeborene mit traumatischen Erinnerungen assoziiert werden.
- Dissoziationsepisoden unter der Geburt können die Bindung beinträchtigen.
- Eine als traumatisch erlebte Geburt kann Gedanken an das Baby in den Hintergrund drängen.

Mögliche Lösungen:
- Der Frau ermöglichen, Gefühle zu äussern, die das Baby weckt, (Wutgefühle, Mutlosigkeit, Widerwillen, ...).
- Einbezug von Partner:in oder anderer Bezugsperson für das Bonding.
- Kein Erzwingen des Kontakts zwischen Mutter und Kind → Zeit lassen zu realisieren, dass der Schmerz vorbei ist. Zeit geben, sich «wieder zu fassen». Die meisten Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, nehmen ihr Kind an.
- Zeigen, wie man das Baby entspannt halten kann.
- Unterstützung Mutter-Kind-Interaktion:
  - Erläutern wie das Baby auf die Mutter reagiert,
  - Signale des Babys erklären.

Stillen
Auch die Brust stellt eine intime Körperzone dar. Das Betreuungsteam sollte daher gemäss Simkin and Klaus (2015) auch in diesem Bereich auf folgende Aspekte sensibilisiert sein:
- Vermeiden des Anfassens der Brüste → Absprechen, falls nötig, und behutsam vorgehen (wie bei VU).

Mögliche Belastungssituationen:
- Saugen und Schmerzen können Flashbacks und Missbrauchserinnerungen hervorrufen.
- Schmerzen durch das Saugen an Brust können auslösen, dass das Baby als manipulativer böswilliger, verletzender, selbstsüchtiger Täter wahrgenommen wird.

Mögliche Lösungen:
- Klarmachen, dass das Baby nicht in der Lage ist, sie (die Frau) zu manipulieren oder ihr absichtlich Schmerzen zuzufügen.
- Falls der Wunsch besteht, das Baby mit Muttermilch zu ernähren: allenfalls Abpumpen und Flasche geben oder «Stillhüetli» ausprobieren.
- Anerkennen, dass manche Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, nicht stillen möchten bzw. können.

Kurzfragebogen Geburtsstation
Falls vorgängig kein Gespräch stattgefunden hat bzw. kein Geburtsplan vorliegt, können folgende Fragen helfen, um sich bei Eintritt zur Geburt ein Bild über den Zustand der Gebärenden zu machen (falls die Gebärende nicht mehr in der Lage ist, zu kommunizieren, kann auch die Begleitperson gefragt werden):

Beispielsweise: «Ich habe gelesen, dass Sie ein traumatisches sexuelles Erlebnis bzw. eine posttraumatischen Belastungsstörung haben, und möchte Sie daher fragen, ob es etwas gibt, das für uns in der Betreuung wichtig ist zu wissen»:

- «Gibt es Trigger, auf die wir achten können?»
- «Gibt es Massnahmen, die bei ausgelöster Reaktion helfen?» (eigene Strategien oder Begleitperson als Ressource)
- «Welche Massnahmen waren bisher bei Dissoziationen hilfreich und können unter der Geburt angewendet werden?» (kühler Lappen, Düfte, Igelball, …)
- «Haben Sie andere Wünsche/Bedürfnisse für die Geburt?» (PDA ja/nein; welche Gebärpositionen sind erwünscht / gar nicht vorstellbar)
- «Welche Untersuchungen sind für Sie gar nicht vorstellbar?»
- «Welche/s ist Ihre grösste Sorge/Angst?»

Coaching-Angebote für das Behandlungsteam
Bei Fragen oder/und Unsicherheiten stehen folgende Angebote zur Verfügung:

- APM peripartale psychische Gesundheit
- Psychosomatische Sprechstunde
- Hebammenexpert:innen FKI
- ***Care Team Insel Gruppe*** (24/7)

12.4. Gesprächsleitfaden für die Geburtsplanung in der APM-Sprechstunde basierend auf den Prinzipien von Trauma-Informed Care (TIC)

Gesprächsthemen	TIC-Prinzipien
Kontext, Ziel sowie Ablauf des Gesprächs erläutern	Sicherheit, Vertrauenswürdigkeit und Transparenz schaffen
Was beschäftigt Sie aktuell am meisten, wenn Sie an die Geburt denken? Warum?	Tieferes Verständnis für kulturelle, historische und geschlechtsspezifische Aspekte schaffen
Falls Ambivalenz, verschiedene Optionen besprechen: a. primäre Sectio b. vaginale Geburt mit (sehr) früh Periduralanästhesie (PDA) (bei Geburtsbeginn?) c. vaginale Geburt mit PDA und Möglichkeit – auch aus psychischen Gründen – grosszügig auf eine Sectio wechseln zu können	Empowerment, Stimme und Wahlmöglichkeiten
Ablauf der Geburtsoptionen erläutern, inkl. Massnahmen, die getroffen werden.	Transparenz und Wahlmöglichkeiten
Wünsche und Bedingungen besprechen	Empowerment, Stimme und Wahlmöglichkeiten
Potenzielle Trigger, Reaktionen und Massnahmen aufnehmen	Empowerment, Stimme und Wahlmöglichkeiten
Erfahrungen mit früheren Retraumatisierungen («Was wäre das Schlimmste, was passieren könnte?»)	Sicherheit (Abschätzen vom Risiko)
Rolle der Begleitperson und wie diese einbezogen werden soll	Peer-Unterstützung
Aktuelle psychiatrische Anbindung	Sicherheit (Abschätzung vom Risiko)

Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung für den Geburtsmodus

- Pro und Kontra notieren,
- Ängste betreffend den Geburtsmodi (Sectio, vaginale Geburt) notieren und den Möglichkeiten, diesen entgegenzuwirken
- Handlungsspielraum klären
- Übung «Schwanger gehen»:
  - 3 Tage durchs Leben gehen mit dem Gefühl sich für Variante A entschieden zu haben und spüren, wie es sich anfühlt.
  - 3 Tage durchs Leben gehen mit dem Gefühl sich für Variante B entschieden zu haben und spüren, wie es sich anfühlt.

  → Meistens löst eine Variante mehr Stress aus und fühlt sich eine Variante besser an.

Quellen

ACOG. (2021). Caring for patients who have experienced trauma: ACOG Committee Opinion, Number 825. Obstet Gynecol, 137(4), e94-e99.

Bolt, O., & Häne, A. (2026). Traumatisch erlebte Geburt. In Traumatisch erlebte Geburt: Ein Ratgeber für Betroffene (pp. 25-43). Springer.

Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. Psychological bulletin, 140(1), 69.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychological review, 103(4), 670.

Cayreyre, L., Korchia, T., Loundou, A., Jego, M., Théry, D., Berbis, J., Gentile, G., Auquier, P., & Khouani, J. (2024). Lifetime sexual violence experienced by women asylum seekers and refugees hosted in high-income countries: Literature review and meta-analysis. J Forensic Leg Med, 101, 102622. *https://doi.org/10.1016/j.jflm.2023.102622*

Donegan, H., Zhao, L., & Mansu, S. (2025). Best practice guidelines and service provision for supporting women with birth-related trauma: A scoping review of international literature. Midwifery, 145, 104364. *https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104364*

Forster, F. (2023). Psychische Störungen bei Frauen im Kontext der Elternschaft.

Gordon, J., Hunter, A., Callanan, F., Kiely, C., & Grealish, A. (2025). An integrative review exploring womens' experiences of Retraumatization within perinatal services. Journal of Midwifery & Women's Health, 70(1), 32-49.

Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. Am J Obstet Gynecol, 230(3s), S1116-s1127. *https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089*

Kruse, M. (2017). Begleitung traumatisierter Frauen während der Geburt. Hebamme, 30(03), 200-205.

Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. Birth, 49(4), 687-696. ***https://doi.org/10.1111/birt.12634***

Li, L., Shen, X., Zeng, G., Huang, H., Chen, Z., Yang, J., Wang, X., Jiang, M., Yang, S., Zhang, Q., & Li, H. (2023). Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. BMC Womens Health, 23(1), 196. ***https://doi.org/10.1186/s12905-023-02338-8***

Oladapo, O. T., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S., & Gülmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. Bjog, 125(8), 918-922. ***https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237***

Owens, L., Terrell, S., Low, L. K., Loder, C., Rhizal, D., Scheiman, L., & Seng, J. (2022). Universal precautions: the case for consistently trauma-informed reproductive healthcare. Am J Obstet Gynecol, 226(5), 671-677. ***https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.012***

Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2019). Between expectancy and experience: testing a model of childbirth satisfaction. Psychology of women quarterly, 43(1), 105-117.

Simkin, P., & Klaus, P. (2015). Wenn missbrauchte Frauen Mutter werden: die Folgen früher sexueller Gewalt und therapeutische Hilfen. Klett-Cotta.

Van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York, 3, 14-211.

Weidner, K., Garthus-Niegel, S., & Junge-Hoffmeister, J. (2018). Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und Vermeiden. Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie, 222(05), 189-196.

Weidner, K., Richter, L., & Garthus-Niegel, S. (2025). Traumatische Geburtserfahrung–Risikofaktoren und Auswirkungen auf die Partnerschaft. Gynäkologische Endokrinologie, 23(4), 241-246.

WHO, W. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, Geneva.

Erstellt: L. Sutter Mai 2023, überarbeitet April 2026
Mitarbeit: Dr. A. Häne
Vernehmlasst: J. Soldati, J. Zdanowicz, M. Sebestova Mai 2026

12.5. Beratung bei Wunsch nach spätem Schwangerschaftsabbruch (inkl. Gesprächsleitfaden)

Ausgangslage

Ein straffreier Schwangerschaftsabbruch (SAB) ist in der Schweiz bis zur 12. SSW möglich und unterliegt der Entscheidungsfreiheit der betroffenen Frau. Nach der 12. SSW muss – für einen straffreien Abbruch – eine medizinische und/oder eine sozial-medizinische Indikation vorliegen. Laut der Nationalen Ethikkommission ([NEK], 2019) setzt die medizinische Indikation voraus, dass der Abbruch nach ärztlichem Urteil geeignet und notwendig ist, um eine drohende schwerwiegende körperliche Schädigung von der schwangeren Frau abzuwenden. Die sozial-medizinische Indikation wird bejaht, wenn die Frau ohne den Abbruch in eine seelische Notlage geraten könnte. Letztere muss ärztlich attestiert werden. Je später der Wunsch geäussert wird, die Schwangerschaft zu beenden, desto grösser muss die «seelische Notlage sein». Dieser Sachverhalt ist im Gesetzestext des schweizerischen Strafgesetzbuches folgendermassen geregelt: Gesetzestext Art. 119 Abs 1 StGB: Der Abbruch einer Schwangerschaft ist straflos, wenn er nach ärztlichem Urteil notwendig ist, damit von der schwangeren Frau die Gefahr einer schwerwiegenden körperlichen Schädigung oder einer schweren seelischen Notlage abgewendet werden kann. Die Gefahr muss umso grösser sein, je fortgeschrittener die Schwangerschaft ist.

Nach auffälliger Pränataldiagnostik vergeht häufig Zeit, bis die endgültige Diagnose und eine mögliche Prognose für das Ungeborene gestellt werden kann. Frauen, welche sich infolge einer kindlichen Diagnose nicht in der Lage sehen das Kind auszutragen, überschreiten daher häufig den gesetzlich erlaubten Zeitrahmen von 12 SSW für einen straffreien Abbruch.

Um Frauen in solchen Situationen bzw. während des Entscheidungsprozesses bestmöglich zu unterstützen, bietet die Frauenklinik nebst der ärztlichen Beratung Gespräche durch die APM / spezialisierte Pflegefachperson an. Das Ziel ist die fundierte Erfassung der körperlichen und psychosozialen Situation der betroffenen Frau/Eltern. Insbesondere bei einem Wunsch nach einem Spätschwangerschaftsabbruch dient die Erfassung der Lebensumstände der besseren Einschätzung des Schweregrads der seelischen Notlage. Um eine standardisierte Erfassung zu gewährleisten, wurde basierend auf der ***Guideline der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)*** und unter Berücksichtigung weiterer Konzepte zur Förderung der psychischen Gesundheit im interprofessionellen Team der FKI ein spezifischer Gesprächsleitfaden (→ ***LIVE-Gespräche***) entwickelt.

Die «LIVE-Gespräche» werden idealerweise vor einer ethischen Fallbesprechung (welche im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs immer stattfinden sollten) durchgeführt.

Schwere seelische Notlage
Von einer schweren seelischen Notlage spricht man, wenn eine betroffene Person in einen dauerhaften psychischen Ausnahmezustand – der jedoch nicht einem Krankheitsbild entsprechen muss – geraten könnte (NEK, 2018).

Eine schwere seelische Notlage in Bezug auf einen Schwangerschaftskonflikt kann durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst werden.

- Beispielsweise stellen die Pflege und Erziehung des Kindes aufgrund der Umstände eine absolute (psychische/organisatorische/finanzielle) Überforderung dar. (CAVE: Hier ist zu beachten, dass auch ein SAB das Entstehen eines dauerhaften psychischen Ausnahmezustandes begünstigen kann).
- Die Persönlichkeitsstruktur sowie frühere, gegenwärtige und zukünftige Lebensumstände der Schwangeren.
- Allfällig vorbestehende psychische und/oder körperliche Erkrankungen.

Die Guideline der SGGG gibt zu bedenken, dass nur die betroffene Frau selbst für sich entscheiden kann, wo ihre Grenzen der Belastbarkeit liegen. Weiter wird angefügt, dass dabei ganz entscheidend sei, ob eine Familie mit ihren sozialen und psychischen Ressourcen der Herausforderung gewachsen ist, ein Kind mit einer Beeinträchtigung gut betreuen und ihm gerecht werden zu können (SGGG, 2022).

Cremer (2014) beschreibt, dass es für Betroffene schwierig sei, über eine Zukunft zu entscheiden, welche der bisherigen elterlichen Vorstellung nicht mehr entspricht. Individuelle Lebensentwürfe und die Frage nach persönlichem Glück müssen nach einer pränatalen Diagnose oft neu definiert werden; dabei werden Behinderungen häufig als nicht zu bewältigende Einschränkungen wahrgenommen (Cremer, 2014). Der emotionale Druck ist in solchen Situationen enorm hoch, dennoch müssen wichtige Entscheidungen getroffen werden (Znoj, 2009). Insbesondere ethische Dilemmata bei der Entscheidungsfindung stellen eine Herausforderung dar und können die psychische Gesundheit der Betroffenen stark belasten (Frank et al., 2017). Hier ist zu berücksichtigen, dass auch der Entscheid für einen Abbruch der Schwangerschaft die psychische Gesundheit einer Frau langfristig negativ beeinflussen kann.

Psychische Gesundheit
Gemäss der WHO ist die psychische Gesundheit ein Zustand des Wohlbefindens, in welchem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann (World Health Organization, 2019). Das psychische Wohlbefinden wird durch individuelle Merkmale, aber auch durch Umweltfaktoren und soziale Verhältnisse beeinflusst (→ *siehe Abbildung 12*). Diese Faktoren interagieren dynamisch und können das psychische Befinden einer Person belasten oder schützen (World Health Organization, 2019).

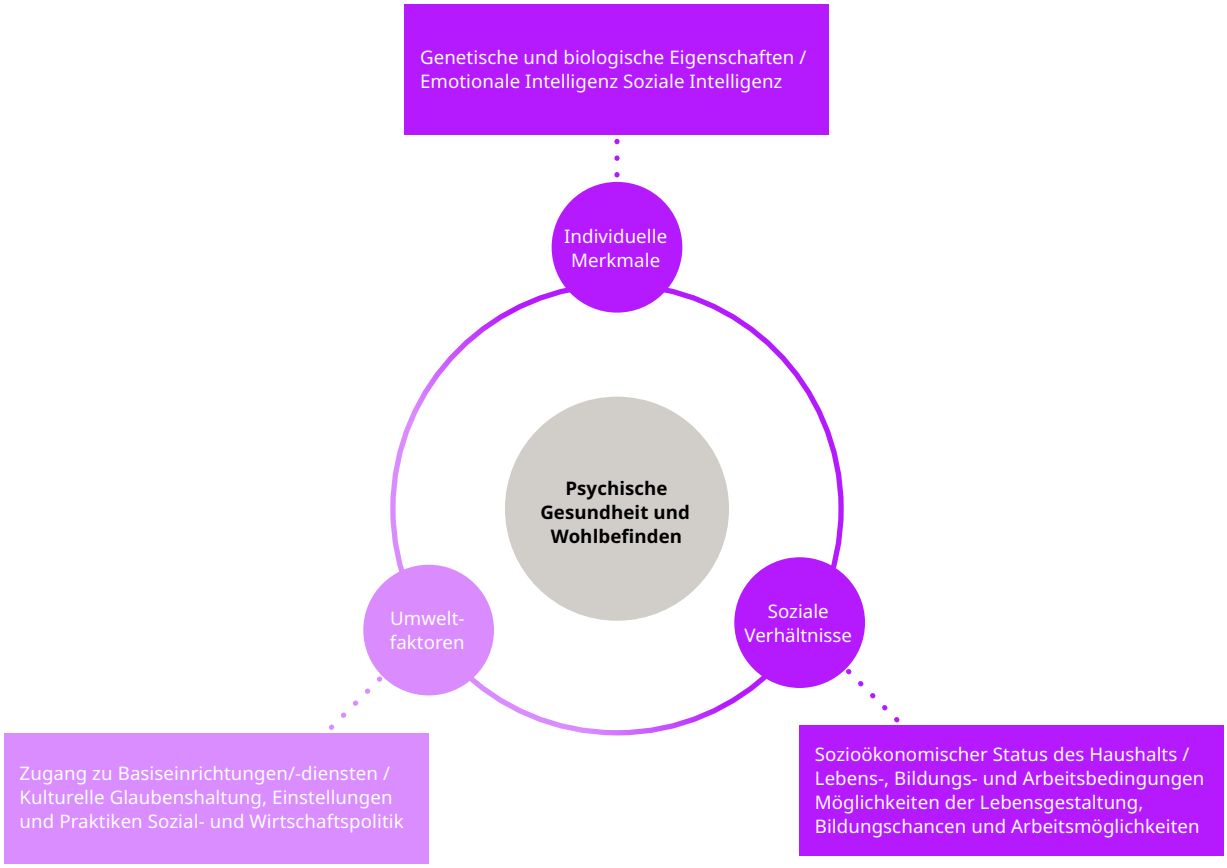


Abbildung 12: LIVE-Gesprächsleitfaden FKI, 2023
https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/30-12-2022Guideline_Empfehlung_spa_ter_SSabbruch_in_der_Schweiz.pdf

Auch die Gesundheitsförderung Schweiz baut ihren Leitfaden zur Unterstützung der psychischen Gesundheit werdender Eltern (Forster, 2021) auf den genannten Faktoren auf. Dabei spricht sie von Risiko- und Schutzfaktoren, die sich die Waage halten sollten, um psychisch gesund zu bleiben (Forster, 2021).

Psychische Krise

Im Vordergrund einer psychischen Krise steht das Fehlen oder das Zusammenbrechen individueller und/oder sozialer Bewältigungsstrategien im Zusammenhang mit belastenden Erkrankungen oder schwerwiegenden Lebensereignissen – in diesem Kontext meistens einer pränatalen kindlichen Diagnose. Es kommt dabei zu einer Überforderung der individuellen oder sozialen Ressourcen (Berger & Riecher-Rössler, 2004). Symptome sind vielfältig, z. B. Unruhe, Verzweiflung und Entscheidungsunfähigkeit, aber auch Selbst- oder Fremdgefährdung sind möglich (Berger & Riecher-Rössler, 2004; Pschyrembel, 2023).

Psychische Krisen können vor allem dann auftreten, wenn es im sozialen Leben zu bedeutsamen Veränderungen kommt (z. B. Geburt, Trennung) oder im Rahmen von biologischen Entwicklungsprozessen (z. B. Pubertät, Krankheit, Behinderung) Übergangs- oder Ausnahmesituationen auftreten (D'Amelio et al., 2006).

Eine Krise ist ein zeitlich befristetes Ereignis, welches aus der akuten Überforderung aufgrund des belastenden Ereignisses/ Auslösers resultiert. Bei fehlender Anpassungsfähigkeit ist auch das Entstehen einer psychischen Störung möglich (Pschyrembel, 2023).

Entscheidend mitbeeinflusst wird eine psychische Krise durch allfällig vorbestehende psychiatrische Erkrankungen und andere prädisponierende Faktoren (Persönlichkeitsmerkmale).

Akute Belastungsreaktion

Gemäss ICD-10 F43.0, ist die akute Belastungsreaktion unter anderem durch Zeitkriterien gekennzeichnet. Die Dauer wird mit Minuten bis Stunden (maximal 2–3 Tage) angegeben. Die akute Belastungsreaktion wird durch eine starke seelische Erschütterung aufgrund eines plötzlich hereinbrechenden und belastenden Ereignisses bei einem psychisch nicht unbedingt manifest belastenden Patienten ausgelöst. Die Symptome und Ausprägung sind von Person zu Person unterschiedlich und von individuellen Bewältigungsstrategien abhängig. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein wechselndes Bild, beginnend mit einer Art «Betäubung» mit einer gewissen Bewusstseinseinengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, und Desorientiertheit. Diesem Zustand können ein sozialer Rückzug bis hin zum dissoziativen Stupor oder Unruhe und Hyperaktivität folgen. Halten die Beschwerden länger als vier Wochen an, sollte eine Änderung der Diagnose zu einer Anpassungsstörung (ICD-10, F43.2) in Erwägung gezogen werden.

Fazit: Psychische Krisen oder auch eine akute Belastungsreaktion können als physiologische Reaktionen auf eine unerwartete Diagnose eintreten und die beschriebenen Symptome hervorrufen. Diese kurzfristigen Reaktionen (z. B. heftiges Weinen) deuten auf eine akute seelische Krise/«Notlage» hin, sind aber nicht per se mit einer schweren seelischen Notlage gleichzusetzen. Zudem werden sie durch eine allfällig vorbestehende psychiatrische Erkrankung mitbeeinflusst.

In der Guideline der SGGG (2022) beschreiben die Autor:innen, dass die Begleitung und Betreuung dieser Frauen für alle Beteiligten anspruchsvoll und belastend sei, aber infolge der Entwicklungen in der Pränataldiagnostik werde diese Thematik die Gynäkolog:innen und Gesundheitsfachpersonen voraussichtlich zukünftig in zunehmendem Masse konfrontieren. Der vorliegende Gesprächsleitfaden soll daher dazu dienen, die in der SGGG-Guideline (2022) beschriebenen sozialen und psychischen Ressourcen der Frau/ Familie, aber auch ihre persönlichen Werte, besser zu erfassen. Er wurde im interprofessionellen Team gemeinsam mit der Medizinethik entwickelt und bildet drei Domänen mit unterschiedlichen Fragekomplexen ab, welche als Orientierung dienen. Es ist nicht möglich und auch nicht sinnvoll, innerhalb eines Gesprächs alle Fragen abzufragen. → ***Ein konkretes Beispiel für den Gesprächsablauf.***

Gesprächsleitfaden LIVE-Gespräche:

LIVE steht für Lebenswelt – Individuell – Verstehen – Entscheiden

Individuelle Werte	
• Religion / Kultureller Hintergrund / Kultur und Religion als Ressource, Scham, ggf. sogar (Lebens-)Gefahr; • Was ist für die Familie im Leben wichtig / welche Werte sind wichtig? • Was bedeutet «lebenswertes Leben»? • Was darf auf keinen Fall passieren / Was ist das Schlimmste? Was darf möglichst niemand erfahren? **Erklärungsmuster/Erfahrungen** • Wie wurden Krisen bisher bewältigt? Welche Gesprächskultur herrscht in den Herkunftsfamilien und in der aktuellen Familie? • Erfahrungen mit Krankheit/Behinderung im eigenen Umfeld? • Verständnis/Erklärungsmodell von Gesundheit, Krankheit und Bedeutung der Diagnose; • Schwangerschaft erwünscht? Verlauf der SS/Vorgeschichte.	Psychische Ressourcen
Umweltfaktoren	
• Soziales Umfeld (Wohnsituation, Arbeit, Finanzen, Ressourcen); • Finanzielle Sicherheit: Wer arbeitet wie viel Prozent? • Vernetztes supportives kompetentes Gesundheitssystem: involvierte Personen (Fachpersonen, Vertrauenspersonen, Zugang zum Gesundheitssystem).	Soziale Ressourcen
Individuelle Werte	
• Andere Kinder/Geschwister? • Familiäres Umfeld, Helfernetz; • Paar-Beziehungsdynamik.	Psychosoziale Ressourcen

Weiterführende Fragen bzw. Informationsvermittlung zu folgenden Themen:

- Kenntnis über Selbsthilfegruppen
- Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu anderen betroffenen Familien
- Kenntnis über Entlastungsangebote (Sozialberatung, Informationsgespräch)
- Kenntnis über Möglichkeit des Austragens der Schwangerschaft mit anschliessender Adoption

Beispiel für einen möglichen Gesprächsablauf gemäss LIVE-Leitfaden:

- Ziel des Gesprächs erläutern

Einstieg Wie geht es Ihnen im Moment?	• Psychisches Befinden • Symptome der Krise • Dringendstes Anliegen
Möchten Sie erzählen, wie Sie die Schwangerschaft bis jetzt erlebten? Wie erlebten Sie die Schwangerschaft bis jetzt (bis zur Diagnose) → Gewollte SS? Ambivalenz? Dauer der Kinderwunschzeit? Wie/Wann/Durch wen haben Sie erfahren, dass bei Ihrem Kind (ein Verdacht auf) eine Fehlbildung / ein Syndrom vorliegt? → Wie gingen Sie damit um? Wie geht es Ihnen im Vergleich dazu heute? Was erwarten Sie: Was würde passieren, wenn Sie das Kind zur Welt bringen würden?	• Schwangerschaft erwünscht? Verlauf der SS/Vorgeschichte • Prozess der Diagnose: involvierte Personen (Fachpersonen, Vertrauenspersonen, Zugang zum Gesundheitssystem)
Gehören Sie einer Religion an? Ist diese Tatsache für Ihre gegenwärtige Situation und Entscheidung eher unterstützend oder eher belastend?	• Religion / Kultureller Hintergrund / Ressource / Scham • Religion / Kultureller Hintergrund → als Gefahrenquelle (beispielsweise Lebensgefahr aufgrund SS ohne Heirat usw.)
Falls Entscheidung für die Frau bereits klar: War für Sie die Entscheidung von Anfang an klar?	
Was ist Ihnen durch den Kopf gegangen, bevor Sie die Entscheidung getroffen haben? Welche Gründe waren dafür entscheidend? Frage an Partner:in der Schwangeren: Wie nehmen Sie die Situation wahr? Waren Sie sich von Anfang an einig?	• Erfahrung mit Krankheit/Behinderung im eigenen Umfeld • Verständnis/Erklärungsmodell von Gesundheit und Krankheit, Bedeutung der Diagnose • Paar-Beziehungsdynamik
Wurde das Thema Adaption schon einmal angesprochen/besprochen? Haben Sie sich dazu auch Gedanken gemacht?	• Möglichkeit der Adaption nach Austragen der Schwangerschaft besprechen (bei gesunden Feten oder nicht-letalen fetalen Fehlbildungen)
Falls im Enscheidungsprozess	
Wo stehen Sie aktuell? Was ist das Schwierigste? Was sagt der Kopf, was sagt das Herz? Wie wurden früher Entscheidungen getroffen? Frage an Partner:in der Schwangeren: Wie nehmen Sie die Situation wahr? Wo stehen Sie im Entscheidungsprozess?	• Was bedeutet ein «lebenswertes Leben»? • Erfahrungen mit Krankheit/Behinderung im eigenen Umfeld? • Verständnis/Erklärungsmodell von Gesundheit und Krankheit, Bedeutung der Diagnose • Paar-Beziehungsdynamik
Thema Adaption besprechen	• Siehe oben
Gibt es Menschen, die über die Diagnose Bescheid wissen? Menschen, die Sie unterstützen? Wissen Ihre anderen Kinder Bescheid? Welche Auswirkungen hätte ein Schwangerschaftsabbruch / ein behindertes Kind für die Familie / für die anderen Kinder?	• Andere Kinder/Geschwister? • Familiäres Umfeld, Helfernetz
Wie sieht Ihre berufliche Situation aus? Gibt es finanzielle Probleme?	• Finanzielle Sicherheit: Wer arbeitet wie viel Prozent? • Soziales Umfeld (Wohnsituation, Arbeit, Finanzen, Ressourcen)

Weiterführende Fragen:

Anamnestische Angaben:
«Haben Sie schon mal psychische Hilfe in Anspruch genommen? Haben Sie schon mal an einer psychischen Erkrankung gelitten?»
- Falls ja: welche?
- Nehmen Sie Psychopharmaka?
- Falls ja, wer ist Ihr/e behandelnde/r Psychiater:in Psycholog:in? Können Sie mit ihr/ihm über diese Themen sprechen?

Abschlussgespräch:
- Gibt es etwas was wir noch nicht besprochen haben, was Ihnen noch wichtig ist?
- Was brauchen Sie, um die Zeit bis zur Entscheidung / bis zum nächsten Termin zu überbrücken?

Vorhandenes Wissen:
- Kenntnis über Selbsthilfegruppen
- Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu anderen betroffenen Familien
- Kenntnis über Entlastungsangebote (Sozialberatung, Informationsgespräch)
- Möglichkeit der psychischen Unterstützung (psychologisch, psychiatrisch, Hebamme, ...)

Abschlussgespräch
- Information über weiteres Vorgehen

Quellen

Berger, P., & Riecher-Rössler, A. (2004). Definition der Krise und Krisenassessment. Riecher-Rössler, A., Berger, P., Yilmaz, AT & Stieglitz, 19-30.

Cremer, M. (2014). Interprofessionelle Kooperation im Kontext von Pränataldiagnostik. Pränatale Diagnostik und Therapie in Ethik, Medizin und Recht, 145-161.

D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P., & Pajonk, F. (2006). Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. Notfall+ Rettungsmedizin, 9(2), 194-204.

Forster, F. (2021). Psychische Störungen bei Frauen im Kontext der Elternschaft.

Frank, F., Maurer, F., Pehlke-Milde, J., & Fleming, V. (2017). Dying at Life's Beginning. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 80(6), 540-544.

World Health Organization. (2019). Psychische Gesundheit–Faktenblatt. Zugriff am, 24, 2019.

Znoj, H. J. (2009). Trauer. Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 3(05), 317-332.

Psychische Krise. In Pschyrembel online. Abgerufen am 31.8.2022 unter: ***Pschyrembel Online | psychische Krise***

Empfehlungen zum späten Schwangerschaftsabbruch der SGGG ***https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/30-12-2022Guideline_Empfehlung_spater_SSabbruch_in_der_Schweiz.pdf***

Erstellt: L. Sutter, H. Kössler, R. Porz, 2023,
Vernehmlasst: D Surbek, N. Fey 08, 2023

12.6. Dokumentationsvorlage: Unterstützungsplan bei psychischer Krise in der Schwangerschaft und im Wochenbett

Warnsignale (frühe/späte) einer psychischen Krise:
Woran merke ich, dass es mir nicht gut geht?

Coping-Strategien / Ressourcen: Was hilft (Orte, Personen, Tätigkeiten)?
Prävention/Strategien (kurzfristig): Was könnte jetzt helfen?

Notfallmedikation:

Unterstützung durch nahe Angehörige (ggf. externe Hilfsangebote):
Wer könnte was abnehmen?

Prävention/Strategien (längerfristig): Was brauche ich, um psychisch stabil zu werden?

Notfallkontakte
Mein Support (Helfernetz): z. B. Freunde, Kindsvater, Eltern, Grosseltern

Name	Nummer	Erreichbarkeit

Mein professionelles Helfernetz: z. B. Psychiater:in, Psycholog:in, Hebamme, Spitex, ...

Name	Nummer	Erreichbarkeit

Erstellt: L. Sutter 2023, überarbeitet April 2026
Vernehmlasst: Dr. M. Sebestova, April 2026

12.7. Schulungsunterlagen zur Durchführung des Screening-prozesses für neue Mitarbeitende

Schulung von (neuen) Mitarbeitenden
Ziel: Systematische Erfassung (Screening) der peripartalen psychischen Gesundheit aller Schwangeren und Wöchnerinnen sowie Empfehlen und Einleiten von weiterführenden Abklärungsmöglichkeiten zur Früherkennung von PPE.

Zeitpunkt des Screenings
- Alle* Schwangeren zwischen der 24. und 28. SSW (oder zum Zeitpunkt des Erstkontakts in der SS) werden systematisch zu ihrem psychischen Befinden befragt.
- Nach der Geburt werden alle Wöchnerinnen bei der Nachkontrolle (6 Wochen p.p.) erneut systematisch befragt.

* Ausschlusskriterium: Frauen, welche bereits eine psychiatrische Diagnose haben und zum Zeitpunkt der Befragung in einer Therapie sind werden nicht befragt.

Anleitung zur Befragung → ***mögliche Formulierungsvorschläge für das Erst-Screening***
- Stellen der zwei SCREENING-Fragen nach Whooley, Avins, Miranda & Browner (1997):
  1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?
  2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?
- Befragung in der Arztsprechstunde: → erste beide Fragen nach Whooley und allenfalls Abgabe der EPDS durch MPA → Auswertung und Besprechung des weiteren Vorgehens durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt.
- Befragung in der Hebammensprechstunde: → erste beide Fragen und allenfalls Abgabe der EPDS zum Ausfüllen, falls immer möglich während der Sprechstunde. In Ausnahmefällen (fehlende Zeitressourcen) kann die Frau die EPDS im Wartebereich ausfüllen und an der Triage abgeben. Die Kontaktaufnahme mit der Frau erfolgt telefonisch durch APM, falls die EPDS-Auswertung auffällig ist (EPDS-Score in verschiedenen Sprachen: ***https://periparto.ch/de/fuer-betroffene/selbsttests/epds-download***)

Dokumentation des Screenings
- Dokumentation des Screenings zu min. zwei Zeitpunkten in der Periparalzeit (präpartal und postpartal) im Klinikdokumentationssystem

Terminbuchung bei der APM
- Erfolgt in den verfügbaren Slots der APM-Sprechstunde im Klinikdokumentationssystem
- Falls kein Slot verfügbar → direkt mit der APM Kontakt aufnehmen für alternative Termine

Evaluation der Sprechstunde
- Ausgefüllte EPDS-Bögen ins Fächli der APM

Coaching für Hebammen im geburtshilflichen Ambulatorium

- Bei APM melden (Kontaktmöglichkeiten für interne Angaben) für Einführung, Coaching oder Supervision von (neuen) Mitarbeitende

Formulierungsvorschläge für die Screening Fragen

- «Wir befragen jede Frau, wie es ihr psychisch in der SS / nach der Geburt geht. Darf ich Sie fragen, fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Oder hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?»

  «Fühlen sie sich in letzter Zeit stärker niedergeschlagen und deprimiert? Und machen Ihnen Aktivitäten und Dinge weniger Spass als früher?»
- «Neben dem körperlichen Befinden ist es uns auch wichtig, zu erfassen, wie es ihnen psychisch geht. Dazu möchte ich Ihnen zwei Fragen stellen: Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?»
- «Studien zeigen, dass etwa jede 6. Frau in der Zeitspanne der SS und im ersten Jahr nach der Geburt unter psychischen Problemen leidet. Da dies so häufig vorkommt, befragen wir jede Frau routinemässig, wie es ihr psychisch geht. Dazu stelle ich Ihnen nun zwei Fragen: Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?»
- «Nun möchte ich Ihnen noch zwei Fragen zu Ihrem psychischen Befinden stellen: Wenn sie an die letzten vier Wochen denken, fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?»
- «Die Zeit der SS / nach der Geburt ist nicht für jede Frau eine glückliche Phase, leider wird viel zu wenig darüber gesprochen. Wenn Sie an die vergangenen vier Wochen denken, fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos? Und/oder: Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?»

Formulierungsvorschlag, wenn beide Fragen verneint wurden:

- z. B. «Schön zu hören, dass es Ihnen im Moment gut geht. Falls sich das ändert, dürfen Sie sich jederzeit bei uns melden. Ich gebe Ihnen gerne dazu unser Informationsmaterial ab, dort finden Sie weitere Informationen und Kontaktangaben zu unseren Beratungsmöglichkeiten.»

Formulierungsvorschläge, wenn eine der beiden Fragen mit Ja beantwortet wurde und der EPDS-Fragebogen abgegeben/ ausgefüllt werden soll:

- «Sie berichten mir, dass Ihre Stimmung in letzter Zeit eher niedergeschlagen oder deprimiert war. Stimmungsschwankungen gehören zu jeder Schwangerschaft und sind normal. Einige Schwangere fühlen sich

aber über das Erwartete hinaus unwohl. Ich würde dies gerne etwas besser einschätzen können. Die ganzheitliche Betreuung ist uns in der Schwangerschaftsbetreuung ein grosses Anliegen. Wir wissen, dass bei gewissen Schwangeren Depressionen vorliegen und dass diese das Erleben und den Verlauf der Schwangerschaft beeinträchtigen können.» (Formulierungsvorschlag USB, 2019)

- «Für eine genauere Einschätzung möchte ich Sie bitten, einen kurzen Fragebogen zu beantworten. Damit können wir einerseits schauen, wie stark Ihre Stimmungsschwankungen sind, anderseits auch besprechen, ob und wie wir weiter vorgehen könnten.»
- «Da Sie eine Veränderung wahrgenommen haben, möchte ich Ihnen einen Fragebogen abgeben, um ihr psychisches Befinden noch etwas genauer anzuschauen. Wären Sie bereit diesen auszufüllen?»
- «Da Sie mir gesagt haben, dass sie sich in den letzten vier Wochen …, würde ich gerne die Befragung noch etwas erweitern. Wären Sie bereit dazu? Sie dürfen natürlich den Fragebogen auch zu Hause ausfüllen und sich je nach Resultat wieder melden.»
- «Immer wenn eine der beiden Fragen mit Ja beantwortet wird, empfehlen wir einen Fragebogen auszufüllen, um Ihre psychische Gesundheit noch etwas besser zu erfassen. Sind sie bereit dazu, den Fragebogen auszufüllen?»
- «In unserer Klinik bieten wir Frauen an, mit einer Hebamme, welche auf psychische Gesundheit spezialisiert ist, oder einem/r Psycholog:in oder mit dem/der Psychiater:in ein Gespräch zu vereinbaren, um etwas genauer anzuschauen, was Gründe sein könnten, warum es Ihnen im letzten Monat nicht gut ging. Um etwas genauer einzuschätzen, welches Angebot für sie passen könnte, würde ich ihnen ein paar weitere Fragen (EPDS) stellen.»
- «Danke, dass Sie die Fragen so ehrlich beantwortet haben. Wir wissen, dass es nicht immer einfach ist, zu sagen, dass es einem nicht gut ging. Wären Sie bereit dazu, mir noch ein paar weitere Fragen (EPDS) zu beantworten?»

Im Fall von Zeitnot und/oder, wenn eine Frau sehr emotional wird, kann auch ohne EPDS-Score vorgeschlagen werden, einen Gesprächstermin bei der APM zu vereinbaren, um die Situation etwas genauer anzuschauen.

Formulierungsvorschläge nach Auswertung der EPDS

- «Ich sehe, Sie haben bei einigen Fragen (evtl. Beispiele nennen) angegeben, dass eine leichte oder mittlere Beeinträchtigung/Veränderung vorliegt. Dies ist auch in der Gesamtpunktzahl erkennbar, die über dem Wert liegt, den Schwangere in der Regel aufweisen. Das bedeutet nicht, dass Sie eine Depression haben. Die Wahrscheinlichkeit ist aber doch etwas erhöht. Ich schlage nun Folgendes vor: Sie können einen Termin in unserer Spezialsprechstunde erhalten. Dort wird man sich Zeit nehmen und Ihre Gesamtsituation mit Ihnen besprechen und eine Einschätzung machen über Ihre Stimmung. Gleichzeitig wird die Persion mit Ihnen schauen, ob Unterstützung im Moment sinnvoll und erwünscht wäre.»

Oder:

Punktzahl unter 10

- «Die Auswertung zeigt, dass Sie einen Score unter 10 Punkte haben. Das bedeutet, dass Ihr Depressionsrisiko aktuell gering ist. Wir würden vorschlagen, dass Sie weiter beobachten, wie es Ihnen geht. Ich gebe Ihnen Informationsmaterial ab und wenn Sie merken, dass sich etwas verändert, oder Sie ein weiteres Gespräch wünschen, dürfen Sie sich jederzeit melden.»

Punktzahl ab 10

- «Bei Frauen mit einer Punktzahl über 10 empfehlen wir einen Gesprächstermin mit unserer Hebamme, mit Spezialisierung auf psychische Gesundheit, abzumachen.»
- «Sie selber haben ja schon bemerkt, dass es Ihnen nicht gut geht. Es gibt viele Frauen, die in der SS oder nach der Geburt psychische Veränderungen erleben. Wichtig ist, dass man früh reagieren kann, um die Situation zu verbessern. Daher würden wir Ihnen vorschlagen, dass wir einen Termin bei unserer Psychiaterin/ unserem Psychiater oder spezialisierten Hebamme organisieren»
- «Da die Auswertung nun eine Punktzahl über 10 ergibt, würden wir Ihnen gerne einen Termin bei unserer spezialisierten Hebamme oder Psychiaterin/ Psychiater organisieren, um Ihre psychische Gesundheit etwas genauer anzuschauen.»

Erstellt: L. Sutter Oktober, 2020 überarbeitet Februar, 2024
Vernehmlasst: M. Müller, C. Stoller, 2020
A.Radan, K. Jungi, M. Sebestova 2025

13 Literaturverzeichnis

ACOG. (2021). Caring for patients who have experienced trauma: ACOG Committee Opinion, Number 825. Obstet Gynecol, 137(4), e94–e99.

ACOG Clinical Practice Guideline. (2023). Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 4. Obstet Gynecol, 141(6), 1232-1261. *https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005200*

Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev, 10(10), Cd006525. *https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2*

Athan, A. M. (2024). A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry [Perspective]. Frontiers in Psychiatry, Volume 15 - 2024. *https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1364845*

Begley, C. M. (2010). Evaluation of clinical nurse and midwife specialist and advanced nurse and midwife practitioner roles in Ireland (SCAPE). National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery ….

Berger, A., Bachmann, N., Signorell, A., Erdin, R., Oelhafen, S., Reich, O., & Cignacco, E. (2017). Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. Swiss Med Wkly, 147, w14417. *https://doi.org/10.4414/smw.2017.14417*

Berger, P., & Riecher-Rössler, A. (2004). Definition der Krise und Krisenassessment. Riecher-Rössler, A., Berger, P., Yilmaz, AT & Stieglitz, 19-30.

Billings, H., Horsman, J., Soltani, H., & Spencer, R. L. (2024). Breastfeeding experiences of women with perinatal mental health problems: a systematic review and thematic synthesis. BMC Pregnancy Childbirth, 24(1), 582. *https://doi.org/10.1186/s12884-024-06735-1*

Bolt, O., & Häne, A. (2026). Traumatisch erlebte Geburt. In Traumatisch erlebte Geburt: Ein Ratgeber für Betroffene (pp. 25-43). Springer.

Boyko, J. A., Carter, N., & Bryant-Lukosius, D. (2016). Assessing the Spread and Uptake of a Framework for Introducing and Evaluating Advanced Practice Nursing Roles. Worldviews Evid Based Nurs, 13(4), 277-284. *https://doi.org/10.1111/wvn.12160*

Brewin, C. R. (2014). Episodic memory, perceptual memory, and their interaction: foundations for a theory of posttraumatic stress disorder. Psychological bulletin, 140(1), 69.

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychological review, 103(4), 670.

Bright, A. M., Doody, O., & Tuohy, T. (2022). Women with perinatal suicidal ideation-A scoping review of the biopsychosocial risk factors to inform health service provision and research. PLoS One, 17(9), e0274862. *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274862*

Brügger, U. (2025). Advanced Practice Nurses: Eine neue Berusfsrolle als wichtiges Element der Gesundheitsversorgung? . SAMW Bulletin, 03/2025. *https://www.samw.ch/dam/jcr:353f58a9-4137-4eba-8752-779f988a74fa/bulletin_samw_2025_3.pdf*

Bryant-Lukosius, D., & Dicenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. J Adv Nurs, 48(5), 530-540. *https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x*

Cayreyre, L., Korchia, T., Loundou, A., Jego, M., Théry, D., Berbis, J., Gentile, G., Auquier, P., & Khouani, J. (2024). Lifetime sexual violence experienced by women asylum seekers and refugees hosted in high-income countries: Literature review and meta-analysis. J Forensic Leg Med, 101, 102622. *https://doi.org/10.1016/j.jflm.2023.102622*

Centre of Perinatal Excellence. (2017). Assessing suicide risk [Handout] [Handout]. *https://www.cope.org.au/health-professionals/screening-and-assessment-tools/assessing-suicide-risk*

Chew-Graham, C. A., Sharp, D., Chamberlain, E., Folkes, L., & Turner, K. M. (2009). Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. BMC Fam Pract, 10, 7. *https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-7*

Cignacco, E., Schlenker, A., Amman-Fiechter, S., Damke, T., de Labrusse, C. C., Krahl, A., Stocker Kalberer, B., & Weber-Käser, A. (2024). Advanced Midwifery Practice in Switzerland: Development and challenges [journal article]. European Journal of Midwifery, 8(April), 1-7. *https://doi.org/10.18332/ejm/185648*

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. Psychol Med, 45(1), 11-27. *https://doi.org/10.1017/s0033291714000129*

Crabbe, K., & Hemingway, A. (2014). Public health and wellbeing: A matter for the midwife? British Journal of Midwifery, 22(9), 634-640.

Cremer, M. (2014). Interprofessionelle Kooperation im Kontext von Pränataldiagnostik. Pränatale Diagnostik und Therapie in Ethik, Medizin und Recht, 145-161.

D'Amelio, R., Archonti, C., Falkai, P., & Pajonk, F. (2006). Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. Notfall+ Rettungsmedizin, 9(2), 194-204.

Davis, A. M. B., & Sclafani, V. (2022). Birth Experiences, Breastfeeding, and the Mother-Child Relationship: Evidence from a Large Sample of Mothers. Can J Nurs Res, 54(4), 518-529. *https://doi.org/10.1177/08445621221089475*

Dennis, C. L., Singla, D. R., Brown, H. K., Savel, K., Clark, C. T., Grigoriadis, S., & Vigod, S. N. (2024). Postpartum Depression: A Clinical Review of Impact and Current Treatment Solutions. Drugs, 84(6), 645-659. *https://doi.org/10.1007/s40265-024-02038-z*

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., & Treloar, C. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada. Canadian Health Services Research Foundation.

Donegan, H., Zhao, L., & Mansu, S. (2025). Best practice guidelines and service provision for supporting women with birth-related trauma: A scoping review of international literature. Midwifery, 145, 104364. *https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104364*

Dudeney, E., Coates, R., Ayers, S., & McCabe, R. (2023). Measures of suicidality in perinatal women: A systematic review. J Affect Disord, 324, 210-231. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.091*

Fabiano, N., Wong, S., Gupta, A., Tran, J., Bhambra, N., Min, K. K., Dragioti, E., Barbui, C., Fiedorowicz, J. G., Gosling, C. J., Cortese, S., Gandhi, J., Saraf, G., Shorr, R., Vigod, S. N., Frey, B. N., Delorme, R., & Solmi, M. (2025). Safety of psychotropic medications in pregnancy: an umbrella review. Mol Psychiatry, 30(1), 327-335. *https://doi.org/10.1038/s41380-024-02697-0*

Forster, F. (2021). Psychische Störungen bei Frauen im Kontext der Elternschaft.

Forster, F. (2023). Psychische Störungen bei Frauen im Kontext der Elternschaft.

Frank, F., Maurer, F., Pehlke-Milde, J., & Fleming, V. (2017). Dying at Life's Beginning. Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 80(6), 540-544.

Galbally, M., Bergink, V., Vigod, S. N., Buist, A., Boyce, P., Chandra, P., Kohan, R., & Howard, L. M. (2018). Breastfeeding and lithium: is breast always best? Lancet Psychiatry, 5(7), 534-536. *https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30085-3*

Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. Neuroscience, 342, 154-166. *https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.001*

Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A. J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med, 166(21), 2314–2321. *https://doi.org/10.1001/archinte.166.21.2314*

Gimbel, L. A., Weingarten, S. J., Smid, M. C., & Hoffman, M. C. (2024). Maternal mental health as a major contributor to maternal mortality. Semin Perinatol, 48(6), 151943. *https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151943*

Giouleka, S., Tsiona, E., Kapetanios, G., Zerva, C., Papazisis, G., Mamopoulos, A., Dagklis, T., & Tsakiridis, I. (2025). Mental Health Disorders in Pregnancy and the Puerperium: A Comprehensive Review of Guidelines on Screening, Diagnosis, and Management. Obstet Gynecol Surv, 80(4), 249–268. *https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000001384*

Goemaes, R., Beeckman, D., Goossens, J., Shawe, J., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2016). Advanced midwifery practice: An evolutionary concept analysis. Midwifery, 42, 29–37. *https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.09.004*

Gordon, J., Hunter, A., Callanan, F., Kiely, C., & Grealish, A. (2025). An integrative review exploring womens' experiences of Retraumatization within perinatal services. Journal of Midwifery & Women's Health, 70(1), 32–49.

Hamric, A. B. H., C. M.; Tracy, M. F.; O'Grady, E. T. . (2022). Advanced practice nursing: An integrative approach (Vol. 6th ed.). Elsevier.

Harbauer, G., Ring, M., Schuetz, C., Andreae, A., & Haas, S. (2013). Suicidality assessment with PRISM-S – Simple, fast, and visual: A brief nonverbal method to assess suicidality in adolescent and adult patients. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 34(2), 131.

Heinisch, C., Galeris, M.-G., Gabler, S., Simen, S., Junge-Hoffmeister, J., Fößel, J., & Spangler, G. (2019). Mothers With Postpartum Psychiatric Disorders: Proposal for an Adapted Method to Assess Maternal Sensitivity in Interaction With the Child [Original Research]. Frontiers in Psychiatry, Volume 10 – 2019. *https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00471*

Highet, N. (2023). Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline. Centre of Perinatal Excellence (COPE).

Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. Am J Obstet Gynecol, 230(3s), S1116–S1127. *https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089*

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. World Psychiatry, 19(3), 313–327. *https://doi.org/10.1002/wps.20769*

ICN, I. C. o. N. (2020). Guidelines on advanced practice nursing. *https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-advanced-practice-nursing-2020*

Ito, S. (2000). Drug Therapy for Breast-Feeding Women. New England Journal of Medicine, 343(2), 118–126. *https://doi.org/10.1056/NEJM200007133430208*

Jacques, N., de Mola, C. L., Joseph, G., Mesenburg, M. A., & da Silveira, M. F. (2019). Prenatal and postnatal maternal depression and infant hospitalization and mortality in the first year of life: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 243, 201–208. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.055*

Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P., & Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. Lancet, 384(9956), 1789–1799. *https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)61278-2*

Kingston, D. E., Biringer, A., McDonald, S. W., Heaman, M. I., Lasiuk, G. C., Hegadoren, K. M., McDonald, S. D., Veldhuyzen van Zanten, S., Sword, W., Kingston, J. J., Jarema, K. M., Vermeyden, L., & Austin, M. P. (2015). Preferences for Mental Health Screening Among Pregnant Women: A Cross-Sectional Study. Am J Prev Med, 49(4), e35–43. *https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.026*

Kobylski, L. A., Keller, J., Molock, S. D., & Le, H.-N. (2023). Preventing perinatal suicide: an unmet public health need. The Lancet Public Health, 8(6), e402.

Kozel, B., Grieser, M., Abderhalden, C., & Cutcliffe, J. R. (2016). Inter-rater reliability of the German version of the Nurses' Global Assessment of Suicide Risk scale. International journal of mental health nursing, 25(5), 409–417.

Krämer, S., & Meyer, H. (2023). Veränderungen und Herausforderungen in der Phase des Mutterwerdens: Matrescence, Matreszenz, Muttertät. Eine Begriffsannäherung IU Discussion Papers – Sozialwissenschaften No. 2, No. 2 (April 2023). *https://hdl.handle.net/10419/271065*

Kruse, M. (2017). Begleitung traumatisierter Frauen während der Geburt. Hebamme, 30(03), 200–205.

Lauber, E., Kindlimann, A., Nicca, D., Altermatt-von Arb, R., Sgier, C., Staudacher, S., Sailer Schramm, M., Vökt, F., & Zúñiga, F. (2022). Integration of an advanced practice nurse into a primary care practice: a qualitative analysis of experiences with changes in general practitioner professional roles in a Swiss multiprofessional primary care practice. Swiss Med Wkly, 152, w30199. *https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30199*

Legazpi, P. C. C., Rodríguez-Muñoz, M. F., Le, H. N., Balbuena, C. S., Olivares, M. E., & Méndez, N. I. (2022). Suicidal ideation: Prevalence and risk factors during pregnancy. Midwifery, 106, 103226. *https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103226*

Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. Birth, 49(4), 687–696. *https://doi.org/10.1111/birt.12634*

Levis, B., Negeri, Z., Sun, Y., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2020). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. Bmj, 371, m4022. *https://doi.org/10.1136/bmj.m4022*

Li, L., Shen, X., Zeng, G., Huang, H., Chen, Z., Yang, J., Wang, X., Jiang, M., Yang, S., Zhang, Q., & Li, H. (2023). Sexual violence against women remains problematic and highly prevalent around the world. BMC Womens Health, 23(1), 196. *https://doi.org/10.1186/s12905-023-02338-8*

Lommerse, K. M., Mérelle, S., Rietveld, A. L., Berkelmans, G., & van den Akker, T. (2024). The contribution of suicide to maternal mortality: A nationwide population-based cohort study. Bjog, 131(10), 1392–1398. *https://doi.org/10.1111/1471-0528.17784*

Lopes, A. I., Leal, J., & Sani, A. I. (2021). Parental Mental Health Problems and the Risk of Child Maltreatment: The Potential Role of Psychotherapy. Societies, 11(3), 108. *https://www.mdpi.com/2075-4698/11/3/108*

Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Peinado-Molina, R. A., & Hernández-Martínez, A. (2024). Validation of the Paykel Suicide Scale and the Plutchik Suicide Risk Scale in Spanish Women during the Perinatal Period. Depress Anxiety, 2024, 3741489. *https://doi.org/10.1155/2024/3741489*

Maternal Mental Health Alliance. (2015). Specialist Maternal Mental Health Midwives. *https://maternalmentalhealthalliance.org/campaign/projects/specialist-maternal-mental-health-midwives/*

Momen, N. C., Chatwin, H., Holde, K., Liu, X., Munk-Olsen, T., Madsen, K. B., & Petersen, L. V. (2025). Maternal mental disorders and neonatal outcomes: Danish population-based cohort study. Br J Psychiatry, 226(1), 31–38. *https://doi.org/10.1192/bjp.2024.164*

Nakic Radoš, S., Ayers, S., & Horsch, A. (2023). Editorial: From childbearing to childrearing: Parental mental health and infant development [Editorial]. Frontiers in Psychology, Volume 13 – 2022. *https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1123241*

NEK, N. E. i. B. d. H. (2018). Zur Praxis des Abbruchs im späteren Verlauf der Schwangerschaft Ethische Erwägungen und Empfehlungen Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Bern. *https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK_Stellungnahme_Schwangerschaftsabbruch_DFI.pdf*

NICE, N. I. f. H. a. C. E. G. (2018). In Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. In: National Institute for Health an Care Excellence.

Obsan, S. G. (2025). Psychische Gesundheit in der Schweiz: Entwicklung, Förderung, Prävention und Versorgung. Nationaler Gesundheitsbericht 2025.

Oladapo, O. T., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S., & Gülmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. Bjog, 125(8), 918–922. *https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237*

Onken, M., & Kayser, A. (2021). Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit. Hebammen Wissen, 2(3), 36–39. *https://doi.org/10.1007/s43877-021-0113-7*

Orchard, E. R., Rutherford, H. J. V., Holmes, A. J., & Jamadar, S. D. (2023). Matrescence: lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. Trends Cogn Sci, 27(3), 302–316. *https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.12.002*

Owens, L., Terrell, S., Low, L. K., Loder, C., Rhizal, D., Scheiman, L., & Seng, J. (2022). Universal precautions: the case for consistently trauma-informed reproductive healthcare. Am J Obstet Gynecol, 226(5), 671–677. *https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.012*

Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., Ferrari, A. J., Hyman, S., Laxminarayan, R., Levin, C., Lund, C., Medina Mora, M. E., Petersen, I., Scott, J., Shidhaye, R., Vijayakumar, L., Thornicroft, G., & Whiteford, H. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. Lancet, 387(10028), 1672–1685. *https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00390-6*

Paulzen, M., & Schoretsanitis, G. (2023). [Psychopharmacotherapy during pregnancy and breastfeeding-Part II: focus on breastfeeding : Support options by using therapeutic drug monitoring]. Nervenarzt, 94(9), 801–810. *https://doi.org/10.1007/s00115-023-01526-z* (Psychopharmakotherapie in der Schwangerschaft und Stillzeit – Teil II: Schwerpunkt Stillzeit : Möglichkeiten der Unterstützung durch therapeutisches Drug-Monitoring.)

Peinado-Molina, R. A., Ballesta-Castillejos, A., Martinez-Galiano, J. M., Cano-Ibáñez, N., Khan, K. S., & Martínez-Vazquez, S. (2025). Suicidal ideation during the perinatal period: An umbrella review of prevalence and risk factors. Semergen, 51(7), 102567. *https://doi.org/10.1016/j.semerg.2025.102567*

Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2019). Between expectancy and experience: testing a model of childbirth satisfaction. Psychology of women quarterly, 43(1), 105–117.

Radoš, S. N., Ganho-Ávila, A., Rodriguez-Muñoz, M. F., Bina, R., Kittel-Schneider, S., Lambregtse-van den Berg, M. P., Lega, I., Lupattelli, A., Sheaf, G., Skalkidou, A., Uka, A., Uusitalo, S., Bosteels-Vanden Abeele, L., & Moura-Ramos, M. (2025). Evidence-based clinical practice guidelines for prevention, screening and treatment of peripartum depression. Br J Psychiatry, 1–12. *https://doi.org/10.1192/bjp.2025.43*

Reid, H. E., Pratt, D., Edge, D., & Wittkowski, A. (2022). What makes a perinatal woman suicidal? A grounded theory study. BMC Psychiatry, 22(1), 386. *https://doi.org/10.1186/s12888-022-04015-w*

Rondung, E., Massoudi, P., Nieminen, K., Wickberg, B., Peira, N., Silverstein, R., Moberg, K., Lundqvist, M., Grundberg, Å., & Hultcrantz, M. (2024). Identification of depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and meta-analysis of test accuracy. Acta Obstet Gynecol Scand, 103(3), 423–436. *https://doi.org/10.1111/aogs.14734*

Rother, K. (2024). Dokumentation Suizidalität/ Risikobeurteilung In: Powerpoint Präsentation Pflegeentwicklung UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN

Royal College of Midwifes, R. (2025). Perinatal Mental Health. *https://rcm.org.uk/perinatal-mental-health/*

Schuler, D., Roth, S., & Peter, C. (2022). Psychopharmaka in der Schweiz. Mengen, Kosten, wer sie bezieht und wer sie verschreibt.[Internet]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Serena, A., Castellani, P., Fucina, N., Griesser, A. C., Jeanmonod, J., Peters, S., & Eicher, M. (2015). The role of advanced nursing in lung cancer: A framework based development. Eur J Oncol Nurs, 19(6), 740-746. *https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.05.009*

Simkin, P., & Klaus, P. (2015). Wenn missbrauchte Frauen Mutter werden: die Folgen früher sexueller Gewalt und therapeutische Hilfen. Klett-Cotta.

Smith, R. D., Shing, J. S., Lin, J., Bosanquet, K., Fong, D. Y., & Lok, K. Y. (2022). Meta-analysis of diagnostic properties of the Whooley questions to identify depression in perinatal women. Journal of Affective Disorders, 315, 148–155.

Spencer, J. P., Thomas, S., & Trondsen Pawlowski, R. H. (2022). Medication Safety in Breastfeeding. Am Fam Physician, 106(6), 638–644.

Spichiger, E., Zumstein-Shaha, M., Schubert, M., & Herrmann, L. (2018). [Focused development of advanced practice nurse roles for specific patient groups in a Swiss university hospital]. Pflege, 31(1), 41–50. *https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000594* (Gezielte Entwicklung von Advanced Practice Nurse-Rollen für spezifische Patient(inn)engruppen in einem Schweizer Universitätsspital.)

Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. The Lancet, 384(9956), 1800–1819. *https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0*

Sutter, L., & Kozel, B. (2024). Umgang mit Suizidalität bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Obstetrica, 1/2 2024 30–33.

swissANP. (2012). Positionspapier ANP CH Reglementierung der Pflegeexpertin APN. Interessengruppe Swiss-ANP Advanced Nursing Practice in der Schweiz. *http://www.swiss-anp.ch/berufsrolle.html*

Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2018). Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. Elsevier Health Sciences.

Van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. New York, 3, 14–211.

Verstegen, R. H. J., Anderson, P. O., & Ito, S. (2022). Infant drug exposure via breast milk. British Journal of Clinical Pharmacology, 88(10), 4311–4327. *https://doi.org/https://doi.org/10.1111/bcp.14538*

Veterans Affairs Department, D. o. D. (2019). VA/DoD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF PATIENTS AT RISK FOR SUICIDE. Retrieved from *https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/srb/VADoD-CPG-Suicide-Risk-Full-CPG-2024_Final_508.pdf*

Wang, E., Liu, Y., Wang, Y., Han, X., Zhou, Y., Zhang, L., & Tang, Y. (2025). Comparative Safety of Antipsychotic Medications and Mood Stabilizers During Pregnancy: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Congenital Malformations and Prenatal Outcomes. CNS Drugs, 39(1), 1–22. *https://doi.org/10.1007/s40263-024-01131-x*

Weidner, K., Garthus-Niegel, S., & Junge-Hoffmeister, J. (2018). Traumatische Geburtsverläufe: Erkennen und Vermeiden. Zeitschrift fur Geburtshilfe und Neonatologie, 222(05), 189–196.

Weidner, K., Richter, L., & Garthus-Niegel, S. (2025). Traumatische Geburtserfahrung–Risikofaktoren und Auswirkungen auf die Partnerschaft. Gynäkologische Endokrinologie, 23(4), 241–246.

Weigl, T., & Garthus-Niegel, S. (2021). Messinstrumente zur Erfassung von Bindungsaufbau während Schwangerschaft und nach der Geburt (Teil 3 einer Serie zur psychologischen Diagnostik im Peripartalzeitraum) [Questionnaires for the Assessment of Bonding During Pregnancy and after Birth (Part 3 of a series on psychological assessment during the peripartum period)]. Z Geburtshilfe Neonatol, 225(06), 468–472. *https://doi.org/10.1055/a-1471-8017*

WHO, W. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, Geneva.

WHO, W. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all.

Wisur-Hokkanen, C., Glasberg, A. L., Mäkelä, C., & Fagerström, L. (2015). Experiences of working as an advanced practice nurse in Finland – the substance of advanced nursing practice and promoting and inhibiting factors. Scandinavian journal of caring sciences, 29(4), 793–802.

World Health Organization. (2019). Psychische Gesundheit–Faktenblatt. Zugriff am, 24, 2019.
Znoj, H. J. (2009). Trauer. Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 3(05), 317–332.

Znoj, H. J. (2009). Trauer. Psychiatrie und Psychotherapie up2date, 3(05), 317–332.

13.1 Glossar zentraler Begriffe

ACOG	American College of Obstetricians & Gynecologists
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom
AID	Absolute Infant Dose
AMP	Advanced Midwifery Practice
AP	Advanced Practice
APN / APM	Advanced Practice Nurse / Advanced Practice Midwife
BFH	Berner Fachhochschule
CNS / CMS	Clinical Nurse Specialist / Clinical Midwife Specialist
DD	Differentialdiagnose
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FKI	Frauenklinik des Inselspitals
GAD 7	Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (Skala zur Erfassung von Angststörungen)
GesBG	Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe
INPPG	Interprofessionellen Netzwerk Peripartale Psychische Gesundheit
IUFRS	Institut universitaire de formation et de recherche en soins
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
KINDEX	Konstanzer Index (Instrument zur Erfassung psycho-sozialer Risikofaktoren für die Mutter-Kind-Beziehung)

KVG	Krankenversicherungsgesetz
ICM	International Confederation of Midwives
MP	Midwife Practitioner
M/P	Milch-zu-Plasma-Ratio
MSc	Master of Science
NGASR	Nurses' Global Assessment of Suicide Risk
NHS	National Health Service, United Kingdom
NP	Nurse Practitioner
OA/OÄ	Oberarzt/Oberärztin
PBQ	Postpartum Bonding Questionnaire
PEPPA	Participatory, Evidence-Based, Patient-Centered Process for Advanced Practice Nursing Role Development
PMH	Peripartal Mental Health
p. p.	post partum
PPE	Peripartale psychische Erkrankung/en
RID	Relative Infant Dose
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SGGG	Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

SMMHM	Specialist Maternal Mental Health Midwives
SNRI	Serotonin Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SS	Schwangerschaft
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SWOT	Strength, Weaknesses, Opportunities, Threats
TZA	Trizyklische Antidepressiva
UK	United Kingdom
UPZ	Universitäres Psychiatrisches Zentrum Bern
VfP	Verein für Pflegewissenschaft
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WQ	Whooley Questions

Disclaimer

Haftungsausschluss
Die Inhalte dieses Handbuchs wurden mit grösstmöglicher Sorgfalt zusammengestellt. Sie sollen geburtshilfliche Einrichtungen und Spitäler dabei unterstützen, ein Advanced-Practice-Midwife-(APM)-Angebot für peripartale psychische Gesundheit zu implementieren oder weiterzuentwickeln. Das Handbuch bietet einen evidenzbasierten und praxisorientierten Leitfaden zur Konzeption, Umsetzung, Evaluation und nachhaltigen Verankerung eines solchen Angebots im klinischen Kontext.

Dieses Handbuch dient ausschliesslich als Orientierungshilfe und enthält keine verbindlichen Anweisungen für die Ausgestaltung oder Umsetzung eines APM-Angebots. Es ist kein Rechtsdokument und ersetzt keine anwendbaren gesetzlichen Regelungen.

Das Handbuch erhebt keinen Anspruch darauf, verbindliche klinische oder sicherheitsbezogene Standards festzulegen.

Die Herausgeberin dieses Handbuchs, die Familie Larsson-Rosenquist Stiftung, übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit, Aktualität oder Vollständigkeit des Handbuchs oder seiner Inhalte. Haftungsansprüche gegenüber der Herausgeberin oder anderen an der Entwicklung des Handbuchs beteiligten Organisationen wegen materieller, immaterieller, direkter oder indirekter Schäden, die aus der Nutzung oder Nichtnutzung der bereitgestellten Informationen beziehungsweise aus der Nutzung fehlerhafter oder unvollständiger Informationen entstehen, sind ausdrücklich ausgeschlossen.

Dieses Handbuch ersetzt weder eine rechtliche, medizinische, fachliche oder anderweitig erforderliche Beratung noch die eigene konzeptionelle Arbeit der Nutzerinnen und Nutzer und deren rechtliche Umsetzung.

FAMILIE LARSSON ROSENQUIST STIFTUNG
dedicated to human milk

INSELSPITAL UNIVERSITÄTSSPITAL BERN HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE | Frauen KLINIK MATERNITÉ

LactaHub
A resource for evidence-based breastfeeding intelligence