

Vom Randthema zur Systemfrage: Versorgungslücken bei Postpartaler Depression schließen

Frauengesundheit stärken und Versorgungslücken bei der postpartalen Depression konsequent schließen

Frauen, die an einer postpartalen Depression (PPD) erkranken, fallen im deutschen Gesundheitssystem bis heute systematisch durch das Versorgungsraster¹. Es fehlen klare Zuständigkeiten, ausreichende Kapazitäten für Diagnostik und eine bundesweit einheitliche Versorgungsqualität. Selbst nach einer erfolgreichen Diagnose ist eine zeitnahe Therapie aufgrund beschränkter Ressourcen nicht garantiert. Dabei sind monatelange Wartezeiten gerade im Wochenbett mit einem Neugeborenen und häufig weiteren Kindern keine Option².

Eine PPD ist kein individuelles Schicksal und keine Nischendiagnose, sondern eine akute, zeitkritische Erkrankung an der Schnittstelle von Frauen- und mentaler Gesundheit. Mit einer Prävalenz von 10-15 % zählt sie zu den häufigsten medizinischen Komplikationen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt und betrifft etwa jede siebte Frau nach der Entbindung³⁻⁹.

Zudem unterscheidet sich die PPD grundlegend von einem vorübergehenden Babyblues: Während Letzterer nach seinem Höhepunkt meist innerhalb von zwei Wochen auch ohne ärztliche Hilfe abklingt, hält eine PPD über Monate oder gar Jahre an und schränkt die Lebensqualität der Mütter sowie der gesamten Familie stark ein¹⁰. Die Betroffenen leiden unter gravierenden Symptomen wie intensiven Schlafstörungen, erdrückender Erschöpfung und lähmenden Schuldgefühlen bis hin zu Suizidgedanken, des Weiteren das Gefühl keine gute Mutter zu sein und keine „richtigen“ Muttergefühle zu empfinden¹¹.

PPD betrifft nicht nur die Mütter: ohne rechtzeitige Diagnose, leiden der Aufbau einer gesunden Bindung und die kindliche Entwicklung spürbar¹². Bereits bei drei Wochen alten Säuglingen zeigen sich häufig Schlafprobleme, Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme und eine sehr hohe Anspruchshaltung des Kindes an die Mutter¹³. Später lässt sich bei Kindern im Alter von sechs Jahren teilweise sogar ein vermindertes Wachstum feststellen¹⁴. Als Jugendliche tragen diese Kinder zudem ein deutlich höheres Risiko für eigene depressive Erkrankungen¹⁵.

Psychische Gesundheit als lückenloser Versorgungspfad

Die Alarmsignale sind offenkundig und trotzdem wird die PPD viel zu spät erkannt und nicht entlang eines verlässlichen Versorgungspfades behandelt. Gesundheitspolitisch muss ein systemisches Umdenken einsetzen, um die Versorgung von Betroffenen zu verbessern. Frauengesundheit geht über die rein körperliche Geburtsmedizin hinaus.

¹ Pawlis S et al. Bundesgesundheitsbl. 2022;65:658-667.

² Kittel-Schneider S. Peripartale und postpartale Depression. In: Bauer M et al., Herausgeber. Psychische und Verhaltensstörungen in der Peri- und Postpartalzeit. Stuttgart: Thieme; 2021. S. 823-830.

³ Clavenna A et al. BMC Psychiatry. 2017;17(1):42.

⁴ Della Corte L et al. J Obstet Gynaecol. 2022;42(5):976-980.

⁵ Pataky EA, Ehrlert U. Arch Womens Ment Health. 2020;23(3):391-399.

⁶ Dekel S et al. J Psychiatr Res. 2019;113: 72-78.

⁷ Holm DL et al. BMC Psychiatry. 2022;22(1):202.

⁸ Jaeschke RR et al. Rev Bras Psiquiatr. 2017;39:154-159.

⁹ Kittel-Schneider S. Peripartale und postpartale Depression. In: Bauer M et al., Hrsg. Referenz Psychische Störungen. Stuttgart: Thieme; 2021: 826-831

¹⁰ Stein A et al. Lancet. 2014 Nov 15;384(9956):1800-19.

¹¹ Robert Koch-Institut. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Kapitel 7: Sexuelle und reproduktive Gesundheit [Internet]. Berlin: RKI; 2020 [zitiert am 14.09.2026]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitsberichterstattung/Berichte/Frauenbericht/07_Sexuelle_reproduktive_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile&v=1

¹² Saharoy R et al. Cureus. 2023;15(7):e41381.

¹³ Eastwood JG et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2012;12:148.

¹⁴ Surkan PJ et al. BMC Pediatr. 2014;14:185.

¹⁵ Netsi E et al. JAMA Psychiatry. 2018;75(3):247-253.

Zukünftige Reformen müssen daher einen verbindlichen, solide finanzierten und digital unterstützten Versorgungspfad etablieren. Es gilt, bestehende Früherkennungsstrukturen effizient zu nutzen, um Frauen mit positivem Screeningbefund ohne vermeidbare Verzögerungen oder Diagnostikbrüche direkt in eine bedarfsgerechte Behandlung zu lotsen. Denn: Die postpartale Depression ist gut behandelbar¹¹.

Zentrale Handlungsansätze für die Regelversorgung

Um die strukturelle Benachteiligung der mentalen Frauengesundheit zu beenden und das Gesundheitssystem zukunftsfähig aufzustellen, bedarf es vier konkreter Maßnahmen:

- 1. Aufklärung und Entstigmatisierung strukturell stärken:** Die mentale Gesundheit von Müttern gehört als fester Bestandteil in die geburtshilfliche Aufklärung vor der Entbindung und muss daher ein verbindlicher Inhalt **GKV-finanzierter Geburtsvorbereitungskurse** werden. Flankierend ist die verhaltensbezogene Prävention über das **Präventionsgesetz (§ 20 SGB V) bzw. als Teil der anstehenden Präventionsoffensive** zu stärken.
- 2. Verbindliches und standardisiertes Routine-Screening integrieren:** Ein qualitätsgesichertes Routine-Screening z. B. mit der validierten **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** muss flächendeckend in die bestehenden Versorgungsstrukturen rund um Schwangerschaft und Geburt integriert werden. Dies schafft die Voraussetzung für eine frühzeitige Diagnose und einen zeitnahen Zugang zu geeigneten Behandlungsangeboten. Dafür ist eine Anpassung der **Mutterschafts-Richtlinien** durch den **Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)** notwendig, um das Screening als eigenständig abrechenbare Leistung im **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** zu verankern¹⁶⁻¹⁷.
- 3. Sicherung bedarfsgerechter Behandlungskapazitäten:** Erforderlich sind priorisierte Akutangebote, digitale Lösungen wie die **Videodiagnostik**, der Ausbau stationärer **Mutter-Kind-Plätze** sowie der Schutz ambulanter Psychotherapien vor Budgetkürzungen. Dies setzt eine Anpassung der **Bedarfsplanungsrichtlinie** voraus, um zeitnahe Therapieplätze für erkrankte Mütter zu schaffen. Zudem müssen PPD-Behandlungsleistungen **extrabudgetär vergütet** werden, um finanzielle Fehlanreize für Leistungserbringer abzubauen. Weiterhin sollte die postpartale Depression mit auf die Positivliste der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) genommen werden¹⁸.
- 4. Einen bundesweiten, systematischen Versorgungspfad etablieren:** Bei auffälligem EPDS-Screening braucht es eine direkte Überführung in einen verbindlichen, sektorenübergreifenden Versorgungspfad, der die ambulante Versorgung, Psychiatrischen Institutsambulanzen, Tageskliniken und Mutter-Kind-Angebote miteinbezieht. Um **Gynäkologie, Hebammen, Pädiatrie, Psychotherapie, Psychiatrie, Hausärzt*innen und Frühe Hilfen** dafür nahtlos zu vernetzen, sollte dieser Pfad rechtlich als **Disease Management Programm (DMP)** strukturiert werden. Die Strukturierung des Versorgungspfades in einem Disease Management Programm hat dabei den Vorteil, dass klare **Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten** geschaffen werden und sich Betroffene so auf **standardisierte Versorgung** verlassen können.

¹⁶ Kassenärztliche Bundesvereinigung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): GOP 01770 – Betreuung einer Schwangeren [Internet]. Stand: 2026/Q3 [zitiert am 14.09.2026]. Verfügbar unter: <https://ebm.kbv.de/>

¹⁷ Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt [Internet]. Fassung vom 21. September 2023, zuletzt geändert am 16. Juli 2026 [zitiert am 14.09.2026]. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4201/Mu-RL_2026-07-16_IK-2026-08-25.pdf

¹⁸ GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V vom 30.04.2010. Anlage 1: Spezifizierung der Patientengruppe gemäß § 3 der Vereinbarung [Internet]. 19.09.2019 [zitiert am 14.09.2026]. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/documents/infotek/rechtsquellen/weitere-vertraege/praxen/pia/Psychiatrische_Institutsambulanzen.pdf