

Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische präkonzeptionelle Beratung von Frauen im gebärfähigen Alter

Langversion

Vertiefungslektüre mit weiterführenden Informationen und Begründungen zu den Behandlungsempfehlungen der SGPP für Fachpersonen zur Begleitung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung und möglichem Kinderwunsch mit dem Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstool (IPKB)

Jacqueline Binswanger, Ruth Baumann-Hölzle, Rahel Altwegg, Paola Barbier Colombo, Beate Priewasser, Pauline Bihari Vass, Adelheid Lang, Antje Heck, Erich Seifritz, Ulrich Hemmeter, Daniel Gregorowius



Herausgeber- und Autorenschaft

Autorinnen und Autoren der Psychiatrie St.Gallen

Dr. med. Jacqueline Binswanger
Dr. med. Paola Barbier Colombo
PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter
MSc Rahel Altwegg

Autorinnen und Autoren der Stiftung Dialog Ethik, Zürich

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius

Weitere Autorinnen und Autoren

Dr. Mag. BA. Beate Priewasser, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg
BSc Pauline Bihari Vass, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg
MSc Adelheid Lang, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg
Prof. Dr. med. Erich Seifritz, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Dr. med. Antje Heck, Psychiatrische Dienste Aargau

Zitiervorschlag

Binswanger, Jacqueline; Baumann-Hölzle, Ruth; Altwegg, Rahel; Barbier Colombo, Paola; Priewasser, Beate; Bihari Vass, Pauline; Lang, Adelheid; Heck, Antje; Seifritz, Erich; Hemmeter, Ulrich; Gregorowius, Daniel (2022): *Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische präkonzeptionelle Beratung von Frauen im gebärfähigen Alter – Langversion. Vertiefungslektüre zu den Behandlungsempfehlungen der SGPP für Fachpersonen zur Begleitung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung und möglichem Kinderwunsch mit dem Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstool (IPKB).* 1. Auflage. Stiftung Dialog Ethik; Zürich. Psychiatrie St.Gallen; St.Gallen. Paracelsus Medizinische Privatuniversität; Salzburg.

Kontaktpersonen

Stiftung Dialog Ethik:
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Stiftung Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418, CH-8050 Zürich
Tel. +41 (0)44 252 42 01, info@dialog-ethik.ch

Kompetenzbereich Gynäkopsychiatrie:
Psychiatrie St.Gallen
Bahnhofstrasse 18, CH-9435 Heerbrugg
Tel. +41 (0)58 178 77 00, heerbrugg@psychiatrie-sg.ch

Praxis Dr. med. Jacqueline Binswanger:
Dr. med. Jacqueline Binswanger
Seeblickstrasse 15, CH-9306 Freidorf
Tel: +41 (0)76 581 38 68, praxisbinswanger@hin.ch

sedes – Praxis für ganzheitliche Psychiatrie und Psychotherapie:
Dr. med. Paola Barbier Colombo
Marktgasse 46, CH-8400 Winterthur
Tel. +41 (0)52 235 31 11, praxis.sedes@hin.ch

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg:
Dr. Mag. BA. Beate Priewasser
Paracelsus Medizinische Privatuniversität
Strubergasse 21, A-5020 Salzburg
Tel. +43 (0)662 8044 5168, beate.priewasser@plus.ac.at

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich:
Prof. Dr. Erich Seifritz
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Lenggstrasse 31, CH-8032 Zürich
Tel. +41 (0)44 384 23 12, erich.seifritz@bli.uzh.ch

Psychiatrische Dienste Aargau AG:
Dr. med. Antje Heck
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Sprechstunde «Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit»
Königsfelderstrasse 1, CH-5210 Windisch
Tel. +41 (0)56 462 21 03, schwangerschaft@pdag.ch

Inhaltsverzeichnis

Vorworte	6
Vorwort von Dr. med. Fulvia Rota.....	6
Vorwort von Univ.-Prof. Dr. med. Karl Heinz Brisch	6
Vorwort von Prof. Dr. med. Anke Rohde	7
Danksagung	9
1 Einleitung	10
1.1 Entstehung und Ziele der Empfehlungen.....	10
1.2 Die Frage nach der «guten Mutter»	10
1.3 Aufbau und Nutzung der Empfehlungen	12
1.4 Adressatenkreis der Empfehlungen	12
1.5 Patientenklientel als Zielgruppe	12
2 Beziehung zwischen Fachperson und psychisch erkrankter Frau.....	14
3 Beratungsvorbereitung, Behandlungssetting und Selbstreflexion	15
3.1 Medizinisches Setting und Klärung des Beratungssettings sowie der Verantwortlichkeiten.....	15
3.2 Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch von psychisch erkrankten Frauen – kritische Reflexion eigener Vorstellungen und der Vorstellungen der Frau sowie ihres Lebensentwurfes.....	16
3.3 Gesellschaftlicher und rechtlicher Kontext der Beratung	16
4 Fachliche Anforderungen an die präkonzeptionelle Beratung.....	17
4.1 Fachkompetenzen der beratenden Fachperson	17
4.2 Einschätzung der Urteils- sowie der Erziehungsfähigkeit.....	17
4.2.1 Einschätzung der Urteilsfähigkeit und weiteres Vorgehen.....	17
4.2.2 Einschätzung der Erziehungsfähigkeit und weiteres Vorgehen.....	18
4.3 Ergebnisoffenheit der Beratung	18
5 Vorgehen bei der präkonzeptionellen Beratung	19
5.1 Faktenerhebung – Anamnese und Befund im präkonzeptionellen Kontext	19
5.2 Beurteilung des individuellen Unterstützungsbedarfs und der vorhandenen Kompensationsressourcen bei Realisierung des Kinderwunsches	19
6 Integratives Präkonzeptionelles Beratungstool für psychisch erkrankte Frauen im gebärfähigen Alter (IPKB)	20
6.1 Einbettung des Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstools (IPKB) im Rahmen der gängigen psychiatrischen Praxis.....	20

6.2 Beurteilung des Unterstützungs- und Handlungsbedarfs und der vorhandenen Kompensationsressourcen einer Frau bei abgeklärtem Kinderwunsch im präkonzeptionellen Kontext	23
6.2.1 Lebensgestaltung	23
6.2.2 Finanzielle Verhältnisse und sozioökonomischer Status	24
6.2.3 Partner beziehungsweise Partnerin der Frau	24
6.2.4 Unterstützende Matrix	25
6.2.5 Versorgungskompetenz	25
6.2.6 Beziehungsgestaltung	25
6.2.7 Eigene Bindungserfahrung, eigene mentale Repräsentation, eigene Muttergeschichte	26
6.2.8 Stressbelastung	26
6.2.9 Medizinische Aspekte (schwangerschaftsbezogen)	27
6.2.10 Psychopharmaka und Schwangerschaft	27
6.3 Auswertung der Anamnese und des Befundes für Beurteilung und Prozedere	28
6.4 Ansprechen sensibler Themen: Verhütung, Abbruch und Fremdplatzierung	28
7 Fachliche Bausteine zur vertieften Auseinandersetzung in der Beratung	30
7.1 Baustein Bindungsforschung: Interaktion zwischen Mutter und Kind bei psychischer Erkrankung	30
7.1.1 Entstehung und Bedeutung der frühkindlichen Mutter-Kind-Bindung	30
7.1.2 Mütterliche Beziehungskompetenzen für den Aufbau einer sicheren Bindung	31
7.1.2.1 Feinfühligkeit	31
7.1.2.2 Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit	31
7.1.3 Mögliche Einschränkungen mütterlicher Beziehungskompetenzen durch die psychische Erkrankung	32
7.1.4 Mütterliche Ressourcen für den Aufbau positiver Bindungsbeziehungen trotz psychischer Erkrankung	33
7.1.5 Potenzielle Schutzfaktoren für Kinder von psychisch erkrankten Eltern	34
7.1.6 Präventionsmassnahmen	35
7.1.6.1 Massnahmen im Hinblick auf die Prävention einer möglichen Verstärkung oder Auslösung der psychischen Erkrankung der Mutter durch Schwangerschaft, Geburt oder Elternschaft	35
7.1.6.2 Massnahmen zur Verbesserung der mütterlichen Kompetenzen im Hinblick auf die Förderung des Aufbaus einer guten Bindungsbeziehung zum Kind	35
7.1.6.3 Massnahmen zur Milderung des negativen Einflusses einer unsicheren Bindung auf die kindliche Entwicklung	36
7.2 Baustein Psychiatrie:	
Auswirkungen einer Schwangerschaft auf die Grunderkrankung und Betreuungskontext peripartal	36
7.2.1 Depression	36
7.2.1.1 Auswirkungen auf die Schwangerschaft	36
7.2.1.2 Betreuungskontext peripartal	38
7.2.2 Bipolare Erkrankung	38
7.2.2.1 Auswirkungen auf die Schwangerschaft	38
7.2.2.2 Betreuungskontext peripartal	39
7.2.3 Schizophrenie	39
7.2.3.1 Auswirkungen auf die Schwangerschaft	39
7.2.3.2 Betreuungskontext peripartal	40
7.2.4 Folgen perinataler psychischer Störungen für die fetale und kindliche Entwicklung	41
7.3 Baustein Genetik und Epigenetik:	
Fragen der Vererbung im Zusammenhang mit Depression, Bipolarer Störung und Schizophrenie	41
7.4 Baustein Psychopharmakologie: Grundlagen der Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit	42
7.4.1 Medikamentendosen und Therapiemonitorisierung	43
7.4.2 Nutzen	44
7.4.3 Risiken	44
7.4.4 Zulassung und Information	44
7.4.5 Grundsätzliche Punkte zu Pharmakotherapien in der Schwangerschaft	45
7.4.5.1 Auswahl eines Pharmakons	45
7.4.5.2 Monotherapie versus Polymedikation	45
7.4.5.3 Schlafstörungen	45
7.4.5.4 Folsäure	46
7.4.5.5 Phytopharmaka	46
7.4.5.6 Mittel der Wahl	46
7.4.5.7 Neonatale Anpassungsstörungen	46
7.4.5.8 Persistierende pulmonale Hypertonie des Neugeborenen	46
7.4.5.9 Frühgeburtlichkeit und Langzeitfolgen für das exponierte Kind	47
7.4.5.10 Kommunikation und Interdisziplinarität	47

7.5 Baustein Gesellschaft:	
Sozialer und sozioökonomischer Kontext einer Frau mit psychischer Erkrankung	48
7.5.1 Die Rolle der Frau als Mutter und Partnerin	48
7.5.2 Der Kinderwunsch im sozialen und ökonomischen Kontext	49
7.6 Baustein Recht:	
Rechtliche Grundlagen des ärztlichen und therapeutischen Handelns (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien) ...	49
7.6.1 Medizinalberufegesetz (MedBG)	49
7.6.2 Heilmittelgesetz (HMG)	50
7.6.3 Weiterbildungsreglements der FSP (WBR) und Psychologieberufegesetz (PsyG)	51
7.6.4 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB)	51
7.6.4.1 Beurteilung der Urteilsfähigkeit	51
7.6.4.2 Kindes- und Erwachsenenschutzrecht	51
7.7 Baustein Ethik:	
Normative Grundlagen der Beratung von psychisch erkrankten Frauen	51
7.7.1 «Richtige Fakten» und «gutes Leben»	51
7.7.2 Richtig und wahrheitsgetreu informieren und austauschen	52
7.7.3 Ethisch vertretbares Entscheiden und Handeln	52
7.7.4 Moral und Ethik unterscheiden sich	52
7.7.5 Frei und abhängig – urteilsfähig und urteilsunfähig	53
7.7.6 Die Frage der Erziehungsfähigkeit – die Frau in ihrer Rolle als Mutter	54
7.7.7 Lebensgestaltung als Lebensverantwortung	54
7.7.8 Ethik und Recht als Orientierung	55
7.7.9 Das Wohl von Mutter und Kind	55
7.7.9.1 Der Befähigungsansatz von Martha Nussbaum	56
7.7.9.2 Soziale Gerechtigkeit	56
8 Weiterführende Informationen, hilfreiche Adressen und Literatur	58
8.1 Hilfreiche und weiterführende Adressen	58
8.2 Nützliche und empfohlene Literatur	58
8.2.1 Schwangerschaft und psychische Erkrankung	58
8.2.2 Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen	58
8.2.3 Psychopharmakologie in Schwangerschaft und Stillzeit	58
8.2.4 Bindungstheorie und -psychotherapie	58
8.2.5 Einführung in die Ethik	59
8.2.6 Ethik in der Medizin	59
8.2.7 Ethik im Gesundheitswesen	59
8.2.8 Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)	59
8.3 Literaturverzeichnis (verwendete Quellen)	59
9 Hintergrund zu den Empfehlungen	67
10 Bezug der Empfehlungen und der dazugehörigen Broschüre	68
10.1 Bezug in digitaler Form	68
10.2 Einsatz in der Beratung	68
11 Impressum	69
12 Anhang	70

Vorworte

Vorwort von Dr. med. Fulvia Rota

Der Wunsch nach einem Kind spielt im Leben vieler Frauen früher oder später eine zentrale Rolle. Ob auf natürlichem Weg oder mittels Methoden der künstlichen Befruchtung, ob als alleinstehende Frau oder als Paar, sei es heterosexuell oder gleichgeschlechtlich: Die Vielfalt der Methoden sowie die Vielfalt der Paarkonstellationen werden heute privat wie öffentlich thematisiert. Der Kinderwunsch von Frauen mit einer psychischen Erkrankung hingegen ist nach wie vor ein grosses Tabu. Hier existiert ein blinder Fleck nicht nur in der Gesellschaft, sondern auch in der Fachwelt. Im Gegensatz zur postpartalen Depression, die gut erforscht ist und über die auch medial immer wieder berichtet wird, umgibt die Tatsache, dass auch psychisch erkrankte Frauen den Wunsch hegen können, Mutter zu werden, eine Mauer des Schweigens.

Das hat nicht nur mit einer gesellschaftlichen Tabuisierung, sondern auch mit Vorurteilen zu tun. Dem können sich auch Ärztinnen und Ärzte nicht entziehen. Fachleute müssen deshalb ihre Haltungen und Prägungen immer wieder hinterfragen und alles daransetzen, den betroffenen Frauen beziehungsweise der ganzen Familie einen bewussten Entscheid und einen stabilen Übergang in die neue Rolle als Mutter beziehungsweise Eltern zu ermöglichen – anstatt diesen Wunsch vorschnell als unrealistisch abzutun. Nur so erfüllen wir den Anspruch, jedem Individuum gerecht zu werden und es in seiner Selbstbestimmung zu stärken.

Wie können Frauen mit einer psychischen Erkrankung in dieser spezifischen Lebenssituation unterstützt werden? Was braucht es, damit das Wohl des Kindes ebenfalls sichergestellt ist? Eine ressourcenorientierte Perspektive bezieht das ganze Umfeld mit ein und verlässt den bisher dominierenden Pfad, der auf Schwangerschaftsverhütung und einseitig auf die Risiken für das Kind fokussierte.

Die Voraussetzungen dafür hat das dreijährige Forschungsprojekt des Kompetenzbereich Gynäkopsychiatrie der Psychiatrie St.Gallen in Zusammenarbeit mit der Stiftung Dialog Ethik geschaffen. Daraus lassen sich Empfehlungen insbesondere für psychiatrische und psychotherapeutische Fachpersonen ableiten, wie Frauen mit psychischen Erkrankungen in ihrem Kinderwunsch optimal begleitet und betreut werden können. Das betrifft nicht zuletzt Fragen der Pharmakotherapie während der Schwangerschaft. Als weiteres Resultat dieses Forschungsprojektes kann den betroffenen Frauen auch eine Entscheidungshilfe in Form einer Informationsbroschüre ausgehändigt werden.

Präventive Massnahmen in der peripartalen Psychiatrie brauchen dringend mehr Aufmerksamkeit. Denn es ist unbestritten, dass die ersten Lebensmonate und -jahre für die Entwicklung des Kindes sehr prägend sind. Aber genauso unbestritten ist die Tatsache, dass Schwangerschaft und Geburt nicht nur den Verlauf einer psychischen Erkrankung erheblich beeinflussen, sondern eine solche auch auslösen und die Bindung zum Kind beeinträchtigen können. Die vor-

liegenden Erkenntnisse sind deshalb nicht nur für Frauen, die unter schweren Depressionen, Bipolaren Störungen oder einer Schizophrenie leiden, von grossem Nutzen, sondern auch für Fachleute, für Frauen mit leichteren psychischen Problemen und generell für werdende Mütter.

Dr. med. Fulvia Rota

Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP

Bern/Schweiz, im Juli 2021

Vorwort von Univ.-Prof. Dr. med. Karl Heinz Brisch

Seit Jahren fehlen in der psychologischen und medizinischen Welt Empfehlungen für Frauen, die psychisch erkrankt sind und gerne schwanger werden möchten oder bereits schwanger sind und vor der Fragestellung stehen, ob und in welcher Weise sie ihr Kind austragen und dann auch als Mutter begleiten wollen. Dies bedeutet, dass Hebammen, Geburtshelferinnen und -helfer, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie auch Psychiaterinnen und Psychiater diese Frauen in einem mehr oder weniger grossen Vakuum behandeln und sehr individuell beraten. Letztendlich können sie dabei bislang auf keine wirklich differenzierten Empfehlungen oder Leitlinien zurückgreifen.

Es ist erstaunlich, dass dieses Problemfeld bisher quasi ein «weisser Fleck» auf der Landkarte im Bereich der biopsychosozialen Medizin und Psychologie sowie Medizinethik ist. Betrachtet man allerdings unsere fatale deutsche Geschichte der Euthanasie von sogenanntem «unwertem Leben» und der Vergasung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen sowie auch von Kindern, dann ist offensichtlich weiterhin ein grosses Tabu vorhanden, sich jetzt gezielt proaktiv mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Umso lobenswerter sind die vorliegenden Empfehlungen und das Nachschlagwerk, das sich an alle Professionen im psychosozialen Bereich richtet, die schwangere Frauen mit psychischen Erkrankungen begleiten, beraten oder auch medizinisch oder psychotherapeutisch behandeln. Es ist fatal, die Welt von schwangeren Frauen – und werdenden Vätern beziehungsweise Partnern oder Partnerinnen – in die gesunden und die psychisch erkrankten Frauen aufzuteilen. Diese Dichotomie ist in gar keiner Weise gerechtfertigt, da jeder Elternteil sowohl während der Schwangerschaftszeit als auch während späterer Entwicklungsphasen des Kindes psychisch erkranken kann. Die vorliegende Arbeit fokussiert auf schwangere, psychisch erkrankte Mütter; die Väter oder auch andere Partner beziehungsweise Partnerinnen werden im Wesentlichen als stabilisierende, manchmal auch als zusätzlich belastende Beziehungspersonen der Schwangeren gesehen und diskutiert.

Die vorliegenden Empfehlungen sind deswegen so kostbar,

weil sie keinen Bereich, der in diesem heiklen Feld tangiert ist, auslöst. Die psychologische und die psychiatrische Dimension, die Psychopharmakotherapie, alle wichtigen Aspekte der Bindungsentwicklung wie auch mit einem ganz grossen Kapitel alle ethischen Fragestellungen rund um dieses Thema werden hochdifferenziert von einem sehr renommierten Fachgremium, das inter- und multidisziplinär zusammengesetzt ist, bearbeitet.

Die Kompetenzen der Autorinnen und Autoren fügen sich in ein Gesamtwerk ein, das einen Meilenstein in der Beratung und Begleitung von psychisch erkrankten Frauen darstellt. Es ist für diejenigen Professionen, die aus medizinischer, psychologischer und sozialer Perspektive mit diesen Frauen und ihrer Begleitung und Beratung beschäftigt sind, eine grosse Hilfestellung. Das vorliegende Werk kann daher all diesen Professionen nur wärmstens empfohlen werden.

Die daraus hervorgegangene Broschüre ist aber auch eine fundierte Hilfe für alle Frauen, die sich vor dem Hintergrund ihrer psychischen Erkrankung mit der Frage einer Schwangerschaft beschäftigen und sich differenzierten Rat und Hilfe holen wollen.

Es ist zu erwarten, dass es eine grosse Resonanz auf dieses Werk geben wird und es die Grundlage für eine kritische und differenzierende Auseinandersetzung darstellen könnte. Insgesamt ist dem Werk eine weite Verbreitung in den deutschsprachigen Ländern zu wünschen. Übersetzungen in viele andere Sprachen wären empfehlenswert.

Ich wünsche den Autorinnen und Autoren, dass sie dieses Grundlagenwerk regelmässig einer Überarbeitung unterziehen, weil sich sowohl die gesellschaftlichen und medizinischen als auch die psychologischen Aspekte weiterentwickeln und sich auch die ethischen und rechtlichen Fragestellungen ständig ändern und im Fluss sind.

Univ.-Prof. Dr. med. Karl Heinz Brisch

Ehemaliger Vorstand des Lehrstuhls Early Life Care und ehemaliger Leiter des Forschungsinstitut an der PMU in Salzburg

Ulm/Deutschland, im Juli 2021

Vorwort von Prof. Dr. med. Anke Rohde

Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, Bipolare Störungen und Psychosen treten in der Regel im jungen bis mittleren Erwachsenenalter erstmals auf. Da heute das Alter von erstgebärenden Frauen um die 30 Jahre liegt, sind Betroffene oftmals bereits erkrankt, bevor sie sich mit der Frage der Familienplanung beschäftigen. Da heute Schwangerschaften und Geburten von Kindern sowohl in der Familie als auch in der Gesellschaft einen ganz besonderen Stellenwert haben und möglichst geplant und optimal gestaltet werden – dabei vor allem immer das Wohlergehen des Kindes im Blick –, stellt sich für Frauen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen die Frage, ob und wie ihr Kinderwunsch damit zu vereinbaren ist. Vor allem, wenn dauerhaft Medikamente eingenommen werden müssen, beispielsweise als Dauerbehandlung bei Angst- und Zwangserkrankungen oder als Prophylaxe bei

affektiven Störungen und Psychosen, geraten betroffene Frauen schnell in ein Dilemma.

Zwar wird heute nicht mehr die generelle Einstellung vertreten, dass Frauen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen auf Kinder verzichten sollten, aber die Einnahme von Psychopharmaka in der Schwangerschaft ist nach wie vor «angstbesetzt», obwohl mittlerweile vielfältige Daten zur Sicherheit von Medikamenten in der Schwangerschaft vorliegen und gezielt das geeignete Medikament ausgewählt werden kann. Zur Verunsicherung trägt nicht nur die Vielzahl von Informationen im Internet bei, wobei es für Betroffene und ihre Angehörigen mitunter schwer ist, seriöse von wenig seriösen Quellen zu unterscheiden, sondern nicht selten auch die Unsicherheit behandelnder Ärztinnen und Ärzte. Dies führt leider immer noch dazu, dass wegen eines Kinderwunsches oder bei Feststellung einer Schwangerschaft ein Medikament abgesetzt oder durch ein anderes ersetzt wird – oft abrupt und manchmal mit schwerwiegenden Folgen für die Patientin, wenn sie beispielsweise nach einer langen Phase der Stabilität wieder erkrankt und vielleicht sogar stationär behandelt werden muss.

Da der Umgang mit Fragen zu Fruchtbarkeit, Verhütung, Schwangerschaft und der Zeit nach einer Entbindung selbst für Psychiater und Psychiaterinnen nicht zur täglichen Routine gehört, finden Betroffene nicht immer die gewünschte Unterstützung. Die Gabe von Medikamenten und speziell Psychopharmaka in der Schwangerschaft oder bei stillenden Müttern ist bei Ärztinnen und Ärzten nach wie vor mit vielen Unsicherheiten verbunden, obwohl sogar die meisten Leitlinien Hilfestellung zur Behandlung psychischer Störungen in der Schwangerschaft geben.

Vor diesem Hintergrund ist das hier präsentierte Projekt sehr begrüssenswert, da es zum Ziel hat, Ärztinnen und Ärzte auf die spezielle Beratungssituation vorzubereiten und sie dabei zu unterstützen, das Beratungssetting professionell zu gestalten, nämlich mit Ratsuchenden alle Aspekte der angestrebten Mutterschaft zu besprechen. Dazu gehören neben der medikamentösen Behandlung auch die Sicherstellung von Unterstützung in der sozialen Umgebung, die Klärung der Erziehungsfähigkeit, die Erörterung der Auswirkungen auf das eigene Leben etc., und das Ganze seriös informationsbasiert und ergebnisoffen.

Als Leiterin der Gynäkologischen Psychosomatik am Universitätsklinikum in Bonn habe ich bei der Beratung von vielen hunderten Patientinnen mit psychischer Erkrankung in der Vorgeschichte und Kinderwunsch beziehungsweise akuter Erkrankung in der Schwangerschaft die Erfahrung gemacht, wie wichtig und Sicherheit gebend für betroffene Frauen und ihre Angehörigen das professionelle, vor allem aber gelassene Herangehen an den Kinderwunsch beziehungsweise die Schwangerschaft ist. Und vielleicht noch wichtiger: wie hilfreich und stabilisierend für die ganze zukünftige Familie eine gute und geplante Betreuung rund um die Entbindung ist. Sehr hilfreich ist dabei auch die Einbeziehung der betroffenen Frau in Entscheidungsprozesse, die sie nachvollziehen kann, was ihr Gefühl der Autonomie ganz erheblich verstärkt.

Selbst mit optimaler Beratung und Betreuung, wie im vorgestellten Projekt dargelegt, wird man nicht jede Frau davor bewahren können, in der Schwangerschaft Symptome zu zeigen oder ein postpartales Rezidiv zu erleiden. Aber jede einzelne Frau, die ihre Schwangerschaft und Mutterschaft mit weitgehender psychischer Stabilität erlebt, hat gute Chancen, eine positive Mutter-Kind-Bindung zu entwickeln, was wiederum zur positiven Entwicklung ihres Kindes und der gesamten Familie beiträgt.

Prof. Dr. med. Anke Rohde

Emeritierte Universitätsprofessorin für Gynäkologische Psychosomatik der Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Bonn/Deutschland, im August 2021

Danksagung

Zunächst sei an dieser Stelle den der Psychiatrie St.Gallen (Rechtsnachfolgerin der St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd und der Psychiatrie St.Gallen Nord) sowie der Schweizer Bundesagentur Innosuisse und Swisslos Kanton St.Gallen gedankt, ohne deren finanzielle Unterstützung das Projekt «Kinderwunsch psychisch kranker Frauen» und die Erstellung der Empfehlungen für Fachpersonen als Lang- und Kurzversion sowie der begleitenden Informationsbroschüre für Patientinnen und interessierte Frauen nicht zustande gekommen wäre. Auch für die ideelle Unterstützung des Projektes durch die Psychiatrie und Innosuisse sei hier gedankt. Unser Dank gilt auch der Sophie von Liechtenstein Stiftung für die finanzielle Unterstützung bei der Vorbereitung und Planung des Projektes.

Folgenden Fachpersonen danken wir für ihre engagierte Mitarbeit bei der Entstehung dieser Empfehlungen: MSc Rahel Altwegg, lic. phil. Sabine Bitter, Dr. med. univ. Angela Brucher, MAS und Mediator SDM Jürg Engler, Dr. med. Tina Fischer, Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser, Sozialpädagogin FH Bruno Gschwend, PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Pflegeexpertin HöFa II/FH/MAS Hildegard Huber, Dr. med. Anette Lang-Dullenkopf, Prof. Dr. med. Brigitte Leeners, PD Dr. med. Thomas Maier, Dr. med. Jürg Nadig-Lüdy, Dr. med. lic. theol. Diana Meier-Allmendinger, Dr. med. Jürg Pfisterer-Graber, MAS Rosa Plattner, Dr. Mag. BA. Beate Priewasser, Dr. med. Silvia Reisch-Fritz, lic. phil. Elena Rezzonico und MA Joel Walder. Weitere Expertinnen und Experten, die bei der Erstellung der Empfehlungen beteiligt waren und denen wir herzlich danken, sind Dr. med. Antje Heck, Prof. Dr. med. Erich Seifritz, BSc Pauline Bihari Vass und MSc Adelheid Lang. Weitere externe Expertise bei der Erstellung zum rechtlichen Kapitel kam von Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag, der wir für ihre Rückmeldungen zu den rechtlichen Ausführungen sehr danken. Ebenfalls danken möchten wir Dr. phil. Andrea Abraham, die an der Projektstruktur bei den Projekteingaben mitgearbeitet hatte.

Ein besonderer Dank geht an die Frauen mit einer psychiatrischen Diagnose, die im Rahmen von qualitativen Interviews bereit waren, über ihren möglichen Kinderwunsch zu sprechen. In diesem Zusammenhang danken wir auch Dr. med. Urs Stillhard und Dr. med. Joe Hättenschwiler für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Rekrutierung der Patientinnen. Ebenso möchten wir Prof. Dr. med. Anke Rohde für die kritische Durchsicht dieser Empfehlungen und der dazu gehörenden Broschüre und ihre wertvollen Rückmeldungen danken. Zuletzt gilt ein besonderer Dank auch der Lektorin Dr. rer. nat. Doris Kliem für die sehr genaue Durchsicht der Empfehlungen als Lang- und Kurzversion sowie der begleitenden Informationsbroschüre für Patientinnen.

1 Einleitung

Jacqueline Binswanger, Ruth Baumann-Hölzle, Rahel Altwegg, Paola Barbier Colombo, Daniel Gregorowius

Die medizinische Behandlung, die psychiatrische und psychotherapeutische Betreuung sowie die psychosoziale Begleitung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung im gebärfähigen Alter, die einen möglichen Kinderwunsch haben, stellen je nach Schweregrad der psychischen Erkrankung und der sozialen Einbettung des vielleicht gewünschten Kindes und seiner Mutter unterschiedliche Anforderungen an medizinische und therapeutische Fachpersonen¹. Eine Begleitung und Betreuung der Frauen vor, während und auch nach einer Schwangerschaft, bei der Geburt und in der Stillzeit gestalten sich daher sehr individuell². Gegenstand der vorliegenden Empfehlungen ist die **präkonzeptionelle Beratung** von Frauen mit einer psychiatrischen Diagnose einer Depression, Bipolaren Störung oder Schizophrenie, die sich im gebärfähigen Alter befinden. Sie können daher schwanger werden und haben vielleicht einen Kinderwunsch. Die vorliegenden Empfehlungen gehen ausführlich auf psychiatrische und psychotherapeutische Grundlagen ein und zeigen die ethischen und rechtlichen Voraussetzungen für eine präkonzeptionelle Beratung auf. Ziel der Empfehlungen ist es, Fachpersonen insbesondere aus der Psychiatrie bei der präkonzeptionellen Beratung der Frau zu unterstützen. Sie sollen aber auch gleichzeitig eine Hilfe für Fachpersonen aus der Gynäkologie und Allgemeinmedizin sein, sofern diese psychisch kranke Frauen behandeln.

Vorliegende Empfehlungen für Fachpersonen dienen in ihrer Ausführlichkeit als Vertiefungslektüre für Fachpersonen. Ergänzend zu dieser Langversion wurde eine Kurzversion als anerkannte Behandlungsempfehlungen der SGPP veröffentlicht³. Ferner wurde eine Informationsbroschüre für Frauen mit einer der drei genannten psychischen Erkrankungen im gebärfähigen Alter erstellt, um ihren Reflexions- und Entscheidungsfindungsprozess im Hinblick auf den Kinderwunsch zu unterstützen⁴. Die Broschüre bietet diesen Frauen nicht nur wertvolle Tipps zu den Themen Kinderwunsch und psychische Erkrankung, sondern ermöglicht auch eine kritische Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit dem eigenen Kinderwunsch. Es wird Fachpersonen, die mit diesen Empfehlungen arbeiten, dazu geraten, die Broschüre an Patientinnen und Patienten mit einem möglichen Kinderwunsch abzugeben. Nähere Informationen zum Bezug der Broschüre finden Sie am Ende der Empfehlungen⁵.

1.1 Entstehung und Ziele der Empfehlungen

Die Empfehlungen sind das Ergebnis eines interprofessionellen Kooperationsprojektes der Psychiatrie St.Gallen und der Stiftung Dialog Ethik, das von der Schweizer Bundesagentur Innosuisse und Swisslos Kanton St.Gallen mitfinanziert wurde. Erarbeitet wurde das Forschungsprojekt von einer interprofessionellen Leitungsgruppe, die ihrerseits von einer interprofessionellen Begleitgruppe unterstützt wurde. Zuerst wurden Frauen mit einer psychischen Erkrankung hinsichtlich eines möglichen Kinderwunsches befragt. Ebenfalls befragt wurden dann medizinische und therapeutische Fachpersonen im Hinblick auf die präkonzeptionelle Beratung. Die Ergebnisse aus diesen Interviews sind in die Empfehlungen eingeflossen.

Entscheiden und Handeln sind stets stark geprägt von persönlichen Haltungen und Berufskulturen. Deshalb wurden vor dem Hintergrund einer langen, eugenisch motivierten Sterilisationspraxis von psychisch erkrankten Frauen auch eugenische Fragen thematisiert und untersucht. Dazu wurde eine historische Studie mit Schwerpunkt auf der Zeitspanne der 1930er- bis 1990er-Jahre durchgeführt⁶. Sie ging der Frage nach einem möglichen «eugenischen Impuls» bei der präkonzeptionellen Beratung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung nach. Wie die Untersuchung zeigte, verflüchtigte sich dieser eugenische Impuls zu Beginn der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts. Er wurde ersetzt durch eine Diskriminierung, bei der psychisch erkrankten Frauen oft die Fähigkeit abgesprochen wird, eine «gute Mutter» zu sein, oder Sorge darüber besteht, was es die Gesellschaft «kosten» könnte⁷. Aufgrund des allgemein gültigen Autonomieanspruchs dürfen psychisch erkrankte Frauen im gebärfähigen Alter nicht gegen ihren Willen sterilisiert werden, wie dies in der Vergangenheit oft geschehen ist. Auch heute noch ist das Risiko gross, dass eine psychisch erkrankte Frau bei einem auftretenden Kinderwunsch stigmatisiert und nicht ernst genommen wird. Umgekehrt hat sie auch kein Anspruchsrecht auf ein Kind, das heisst, die Gesellschaft ist nicht verpflichtet, psychisch erkrankten Frauen – ebenso wenig einer psychisch gesunden Frau – zu einem Kind zu verhelfen.

1.2 Die Frage nach der «guten Mutter»

Die Frage, ob eine Frau ihre Mutterrolle angemessen übernehmen kann, wird abhängig von der Vorstellung des Mutterbildes beantwortet. Ein überhöhtes Mutterbild weckt unrealistische Erwartungen an eine Frau, was zu Gefühlen von Insuffizienz und Überforderung führen kann. Bereits

1953 postulierte der Pädiater und Psychoanalytiker Donald Winnicott die Wichtigkeit einer «angemessen guten Mutter» für die kindliche Entwicklung, die die Bedürfnisse des Kindes ausreichend gut, aber nicht perfekt versorgt und damit dem Kind auch ein gesundes Mass an Frustration zutraut⁸. Das Verständnis der Rolle der Mütter, zunehmend aber auch der Rolle der Väter beziehungsweise der Partner oder der Partnerinnen, ist nicht ausschliesslich an eine individuelle Erwartungshaltung geknüpft, sondern Teil einer gesellschaftlichen Entwicklung und Haltung. Dies hat unter anderem Auswirkungen auf politischer und gesetzlicher Ebene, wie beispielsweise die jüngsten Debatten über den Vaterschaftsurlaub zeigen. In die Frage nach der Realisierung des Kinderwunsches und nach dem Mutterbild fliessen daher auch immer gesellschaftliche und kulturelle Bilder mit ein⁹.

Auch die Frauen selbst beschäftigt die Frage, ob sie in der Lage sind, angemessen für ihr Kind zu sorgen. Die Interviews mit betroffenen Frauen haben gezeigt, dass sie sich ausserhalb der Krankheitsphasen fähig fühlen, eine «gute Mutter» zu sein. Gleichzeitig sind manche Frauen diesbezüglich aber auch verunsichert. Die Frage des Kinderwunsches wird – vielleicht auch aufgrund dieser Verunsicherung – oftmals weder von denjenigen, die psychisch erkrankte Frauen behandeln, noch von den Frauen selbst im Rahmen der Beratung oder Therapie explizit angesprochen, sondern von beiden Seiten häufig tabuisiert. Dies kann dazu führen, dass eine konkrete Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch zunächst vermieden wird und die Frauen sich erst dann damit beschäftigen, wenn der Kinderwunsch akut wird oder sie älter werden und die «biologische Uhr» auf die abnehmende Fruchtbarkeit mit erhöhten Risiken für Mutter und Kind hinweist. Die Frage nach den Anforderungen, eine «gute Mutter» sein zu können, beschränkt sich jedoch nicht nur auf die psychisch erkrankte Frau, sondern betrifft alle Frauen im gebärfähigen Alter¹⁰. Diese Empfehlungen können daher generell in der präkonzeptionellen Beratung auch bei Frauen ohne psychiatrische Diagnose hilfreich sein. Stellt man die Frage nach der Fähigkeit, eine «gute Mutter» sein zu können, grundsätzlich nur bei Frauen mit einer psychischen Erkrankung, verbirgt sich dahinter eine Diskriminierung. Zudem liegt die Verantwortung für das Kindeswohl nicht ausschliesslich bei der Frau, sondern bei den Eltern des Kindes. Darüber hinaus trägt auch die Gesellschaft eine Mitverantwortung gegenüber dem Wohl von Mutter und Kind. Diese Empfehlungen sollen denn auch zu einer ausgleichenden Gerechtigkeit innerhalb der Gesellschaft gegenüber Frauen mit einer psychiatrischen Diagnose und ihren Kindern beitragen. Eine gute Behandlung von Frauen im gebärfähigen Alter und geeignete gesellschaftliche Rahmenbedingungen operationalisieren ihren ethischen Gerechtigkeitsanspruch. Das bedeutet, dass in einer Beratung immer auch der systemische Kontext der Frau miteinbezogen wird, in erster Linie der Partner oder die Partnerin, aber auch die Lebenswelt der zukünftigen Eltern. Dabei gelten die Empfehlungen für die gesamte Vielfalt der Lebensgestaltung von Menschen,

die sich für ein Leben mit Kind entscheiden.

Vor diesem Hintergrund wurde eine systematische Literaturrecherche von soziologischen Fachartikeln zur Frage nach den gesellschaftlichen Trends bezüglich der Rolle der Frau als Partnerin und Mutter in der heutigen Gesellschaft allgemein und nicht spezifisch für Frauen mit einer psychischen Erkrankung durchgeführt. Wie diese Untersuchung zeigt, sind nicht die Familienformen für eine gute Entwicklung der Kinder ausschlaggebend, sondern die bewusst gestaltete Versorgung von Kindern unter Einhaltung der Kinderrechte¹¹. Eine wichtige Rolle spielen dabei personelle (beispielsweise Grosseltern, Haushaltshilfe, Babysitterin oder Babysitter, Kindertagesstätte) und finanzielle Ressourcen, die die Eltern bei der Betreuung und Erziehung von Kindern unterstützen und den Kindern gleichwohl eine gute Entwicklung ermöglichen können. Diese Ergebnisse machen deutlich, dass sich psychisch erkrankte Frauen im Zusammenhang mit dem Kinderwunsch, dem Kindeswohl und dem Wohl der Frauen selbst viele gleiche Fragen wie andere Frauen im gebärfähigen Alter stellen.

Darüber hinaus gibt es auch spezifische Fragestellungen, die mit der jeweiligen psychischen Erkrankung und einer Schwangerschaft, der Stillzeit und der Elternschaft zu tun haben. Die individuell vorhandenen psychosozialen Ressourcen sind im Hinblick auf einen möglichen Kompensationsbedarf hinsichtlich einer bewusst gestalteten Sorge für das Wohl von Mutter und Kind abzuklären¹². Ein humaner Staat stellt die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung. Über diese Möglichkeiten, aber auch über deren Grenzen, wird in einer guten präkonzeptionellen Beratung informiert. Doch gerade hier besteht Handlungsbedarf, wie die Befragungen der Frauen mit einer psychischen Erkrankung im gebärfähigen Alter und der Fachpersonen aufgezeigt haben. Ein möglicher Kinderwunsch – wenn überhaupt – wird sehr selten angesprochen, und zwar sowohl von den Frauen selbst als auch von den betreuenden und behandelnden Fachpersonen.

Die folgenden Beratungsempfehlungen sind an diese beiden Zielgruppen gerichtet. Sie sollen die behandelnden Fachpersonen beim Gespräch mit Frauen im gebärfähigen Alter über einen möglichen Kinderwunsch unterstützen und ihnen Orientierung geben, damit dieses existenzielle Thema überhaupt angesprochen wird. Dabei ist auch zu bedenken, dass je nach Quelle 10 bis 50% aller Schwangerschaften ungeplant eintreten¹³. Eine verantwortungsvolle Elternschaft beginnt bei der Frage nach einer zuverlässigen Verhütung, wenn sich das Paar nicht für ein eigenes Kind bereit fühlt. Das Ansprechen einer suffizienten Verhütung ist dabei ein wichtiger Aspekt in der Beratung von Frauen im gebärfähigen Alter. Die Frage nach der Verhütung kann auch ein guter Einstieg in das Thema Kinderwunsch und Familienplanung sein. Gleichzeitig möchten die Empfehlungen auch Hilfestellung für die Kommunikation, den Austausch und die Koordination zwischen verschiedenen ärztlichen Fachbereichen bieten, die die Frau gleichzeitig behandeln und betreuen. In einem sich zunehmend frag-

1 Vgl. Krumm (2010).

2 Vgl. Surbek (2014) und Rohde et al. (2016a).

3 Die Empfehlungen für Fachpersonen als Kurzversion wurde publiziert als Gregorowius et al. (2022).

4 Die Informationsbroschüre für Patientinnen wurde publiziert als Baumann-Hölzle et al. (2022).

5 Zum Bezug der Empfehlungen als Lang- und Kurzversion sowie der dazugehörigen Broschüre vgl. Kapitel 10.

6 Vgl. Walder et al. (2021).

7 Vgl. Walder et al. (2021). Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9.

8 Vgl. Winnicott (1953).

9 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.5.

10 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9.

11 Vgl. Vereinte Nationen (1989). Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.8.

12 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9.

13 Vgl. Feldhaus & Boehnke (2007) sowie Bergemann & Paulus (2016).

mentierenden Gesundheitssystem sind der interprofessionelle und interdisziplinäre Austausch sowie die Vernetzung der verschiedenen Organisationen miteinander sehr wichtig. Diese sind in den verschiedenen Kantonen und Regionen in der Schweiz im ambulanten Bereich in sehr unterschiedlichem Mass gegeben. Ein gutes Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Fachpersonen und Organisationen ist äusserst wichtig. Dazu können bereits bestehende Organisationsstrukturen genutzt werden. Dort, wo sie fehlen, sind entsprechende Strukturen zu schaffen. Die Patientin steht beim interprofessionellen und interorganisationalen Austausch stets im Fokus.

1.3 Aufbau und Nutzung der Empfehlungen

Um das wichtige Thema des Kinderwunsches in der Beratung, Behandlung und Betreuung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung angemessen aufzugreifen und ihm den entsprechenden Raum zu geben, sollen diese Empfehlungen Fachpersonen aus den verschiedensten Gebieten Orientierung bieten und deren präkonzeptionelle Beratungstätigkeit unterstützen. Zuerst werden im nachfolgenden Kapitel 2 daher spezifische Aspekte der Beziehung zwischen Fachperson und psychisch erkrankter Frau thematisiert. Anschliessend werden die Beratungsvorbereitung durch die Fachperson (Kapitel 3), die fachlichen Anforderungen an die präkonzeptionelle Beratung (Kapitel 4) und das Vorgehen bei der Beratung psychisch erkrankter Frauen mit möglichem Kinderwunsch behandelt (Kapitel 5). Kapitel 6 ist das Kernstück der vorliegenden Empfehlungen und stellt das Beratungstool zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs im peripartalen Kontext vor. In Kapitel 7 werden dann die Aspekte der Bindungsforschung (Kapitel 7.1), der Psychiatrie (Kapitel 7.2), der Genetik und Epigenetik (Kapitel 7.3), der Psychopharmakotherapie (Kapitel 7.4), der Sozialwissenschaften (Kapitel 7.5) sowie des Rechts (Kapitel 7.6) und der Ethik (Kapitel 7.7) im Sinne einer vertieften Lektüremöglichkeit und als theoretischer Hintergrund präsentiert.

Nutzungshinweise für die Empfehlungen: Die vorliegenden Empfehlungen geben ausführliche Sachinformationen und greifen breit psychiatrisch-psychotherapeutische, ethische, soziologische und rechtliche Themen auf. In Kapitel 6 werden die Bausteine des Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstools (IPKB) prägnant vorgestellt. Für eine vertiefte Auseinandersetzung werden in Kapitel 7 die einzelnen Bausteine ausführlich erörtert. Die Empfehlungen können daher als **Vertiefungslektüre** zu den einzelnen Fragestellungen genutzt werden. Ergänzt werden die Anwendungshinweise durch «Praktische Tipps».

1.4 Adressatenkreis der Empfehlungen

Die Empfehlungen für die präkonzeptionelle Beratung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung richten sich in erster Linie an Psychiaterinnen und Psychiater, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie entsprechend geschulte Psychosomatikerinnen und Psychosomatiker. Dies schliesst Hausärztinnen und Hausärzte, Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Pädiaterinnen und Pädiater sowie Familienberatungsstellen mit ein, sofern sie über das notwendige Fachwissen verfügen oder Frauen überweisen wollen, die einen Kinderwunsch geäussert haben und bei denen Unterstützungs- und Klärungsbedarf besteht. Die Überlegungen rund um das Wohl von Mutter und Kind gelten auch für die Zeit nach der Geburt bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Die präkonzeptionelle Beratung denkt daher bereits die Beratung für die Zeit nach einer erfolgreichen Schwangerschaft mit, um diese gegebenenfalls mit Blick auf das Wohl von Mutter und Kind vorbereiten zu können¹⁴.

1.5 Patientenklientel als Zielgruppe

Als Zielgruppe für die Empfehlungen wurden spezifisch Frauen mit einer Erkrankung aus dem depressiven, bipolaren oder schizophrenen Formenkreis definiert, nachfolgend für die bessere Lesbarkeit Depression, Bipolare Störung und Schizophrenie genannt. Diesen drei Erkrankungen ist gemeinsam, dass sie oft in Phasen verlaufen und eine biologisch-endogene Komponente haben, das heisst potenziell vererbbar und pharmakologisch behandelbar sind. Besonders Frauen mit diesen drei Diagnosen sind häufig von Stigmatisierung bezüglich ihres Kinderwunsches betroffen. Die für die gewählten psychischen Erkrankungen gültigen Ansätze in der Begleitung, Betreuung und Unterstützung von Patientinnen bei der Erfüllung eines Kinderwunsches, wie sie in Kapitel 6 dargestellt werden, sind aber auch auf andere psychische Erkrankungen übertragbar. Dabei sind die jeweiligen Spezifika einer Erkrankung für Therapie, Pharmakologie und Genetik zu berücksichtigen. Sowohl Angststörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen wie auch Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und andere psychische Erkrankungen weisen besondere Spezifika auf, die es in Bezug auf eine Schwangerschaft und Mutterschaft zu berücksichtigen gilt. Die Wahl der drei Erkrankungen bedeutet nicht, dass andere Erkrankungen ausgeschlossen werden.

Ziel der Empfehlungen ist es, Fachpersonen bei der präkonzeptionellen Beratung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung zu unterstützen. Dies gilt auch für die präkonzeptionelle Beratung von psychisch erkrankten Frauen, die sich in ihrer Entscheidung für oder gegen ein Kind sicher sind. Die Empfehlungen sollen der beratenden Fachperson

helfen, in unterschiedlichen Entscheidungssituationen persönliche, soziale und moralische Probleme zu erkennen, zu reflektieren und zu gewichten. Letztlich geht es darum, gemeinsam mit der Patientin und auch ihrem Partner oder ihrer Partnerin – mit der nötigen Sensibilität und Wachsamkeit – tragfähige Lösungsansätze für sie selbst und für ein Kind zu finden¹⁵.

Bei positiver Entscheidung für ein Kind und bei einer eingetretenen Schwangerschaft sind eine bedarfsgerechte interdisziplinäre medizinische und psychosoziale Beratung, Behandlung und Betreuung der werdenden Mutter unter Berücksichtigung des Wohles von Mutter, Kind und Familie eine weitere Zielsetzung dieser Empfehlungen.

Fazit: Unabhängig davon, ob die jeweilige Frau bereits einen Kinderwunsch geäussert hat oder nicht, ist die Frage eines möglichen Kinderwunsches in der Beratung von der behandelnden Fachperson behutsam und einfühlsam mit der Patientin zu thematisieren. Bei den Zielgruppen der vorliegenden Empfehlungen für die fachliche Beratung handelt es sich um die folgenden Frauen im gebärfähigen Alter:

- Frauen, die den Kinderwunsch formuliert haben und bei denen Unterstützungs- und Klärungsbedarf besteht,
- Frauen, die den Kinderwunsch formuliert haben und bei denen kein Unterstützungs- und Klärungsbedarf besteht,
- Frauen, die mit Blick auf ihren Kinderwunsch ambivalent sind und bei denen diesbezüglich Klärungsbedarf besteht,
- Frauen, die den Kinderwunsch noch nicht formuliert haben und bei denen diesbezüglich Klärungsbedarf besteht.

¹⁴ Zur bindungsbasierten Psychotherapie vgl. Brisch (2014). Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.

¹⁵ Zur Ethik in der Psychiatrie vgl. Hinterhuber (2017).

2 Beziehung zwischen Fachperson und psychisch erkrankter Frau

Ruth Baumann-Hölzle, Daniel Gregorowius, Jacqueline Binswanger, Paola Barbier Colombo, Rahel Altwegg

Eine Beratungssituation wird durch die Beziehung zwischen Fachperson und Patientin geprägt. Die nachfolgenden Empfehlungen für die Gestaltung der Beziehung zwischen der jeweiligen Fachperson und der psychisch erkrankten Frau als Patientin orientiert sich am Referenzmodell mit einer klar definierten partnerschaftlich gestalteten Fallführung, das im Rahmen eines Kooperationsprojektes der Stiftung Dialog Ethik mit der FMH erarbeitet wurde¹⁶. Die Beziehung zwischen der Fachperson und der psychisch erkrankten Frau ist demnach partnerschaftlich, weil die psychisch erkrankte Frau Expertin für ihren eigenen Kinderwunsch und ihre eigenen Lebensumstände ist¹⁷. Der Grad der Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit der Frau bestimmt, inwieweit die Lebensumstände beurteilt werden können, in die ein Kind hineingeboren wird¹⁸. Im Hinblick auf die Reflexion und den Entscheidungsfindungsprozess ist die jeweilige Fachperson in einer Berater- und nicht in einer Behandlerrolle¹⁹.

Um einen Kinderwunsch in Zusammenhang mit dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung adäquat und umfassend zu reflektieren, ist psychiatrisch-psychotherapeutisches, soziologisches, ethisches und rechtliches Fachwissen erforderlich. Die Patientin soll sich informiert und bewusst mit den Möglichkeiten und Grenzen ihrer individuellen Lebenssituation und vorhandener Unterstützungsmassnahmen auseinandersetzen können. Deshalb ist der professionelle und unterstützende Austausch mit Fachpersonen grundlegend wichtig für sie und ihren Partner beziehungsweise ihre Partnerin. Die präkonzeptionelle Beratung hat deshalb eine «unterstützende» Funktion mit Fürsorgeverpflichtungen, weil sich die jeweilige Fachperson stets im ethischen Spannungsfeld zwischen einerseits dem **Autonomieanspruch** der psychisch erkrankten Frau²⁰, wonach diese Eingriffe in ihre Integrität ausserhalb von Notfallsituationen abwehren darf, und andererseits der **Fürsorgeverpflichtung** gegenüber dem Wohl der psychisch erkrankten Frau und dem Wohl des zukünftigen Kindes befindet²¹.

Fazit: Aufgrund ihrer Doppelverantwortung gegenüber dem Wohl der Frau und gegenüber dem Wohl des potenziellen Kindes müssen Fachpersonen einschätzen können, ob sich Gefährdungssituationen für die Frau und beziehungsweise oder das zukünftige Kind ergeben könnten, die besondere Massnahmen zur Unterstützung erforderlich machen. Zusammen mit der psychisch erkrankten Frau wird dabei ein Konsens im Sinne eines sogenannten «Überlegungsgleichgewichts» gesucht²². Dieses zeichnet sich stets durch die Verhältnismässigkeit der zu treffenden Massnahmen im Rahmen bestimmter Wertvoraussetzungen aus.

16 Vgl. Kraft et al. (2018) sowie Stiftung Dialog Ethik & FMH (2018).

17 Vgl. Stiftung Dialog Ethik & FMH (2018).

18 Vgl. zu den Begriffen und weiteren Hintergründen Kapitel 7.1.1.

19 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.

20 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9.

21 Vgl. Stiftung Dialog Ethik & FMH (2018). Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9.

22 Vgl. hierzu die ethischen Grundlagen in Kapitel 7.7.3.

3 Beratungsvorbereitung, Behandlungssetting und Selbstreflexion

Ruth Baumann-Hölzle, Daniel Gregorowius, Jacqueline Binswanger, Paola Barbier Colombo, Rahel Altwegg

Das Behandlungssetting, das heisst die präkonzeptionelle Beratung einer Frau mit einer psychischen Erkrankung, die einen Kinderwunsch äussert, soll von der Fachperson gut informiert und reflektiert gestaltet werden: Dies bedeutet, dass sich die beratende Fachperson inhaltlich, aber auch räumlich und zeitlich auf das Gespräch vorbereitet, wie es für die medizinische Praxis und das Behandlungssetting etwa in der Psychiatrie üblich ist. Im präkonzeptionellen Beratungsprozess zwischen der Fachperson und der Patientin werden sowohl Wissen und Informationen als auch explizite und implizite Wertvorstellungen ausgetauscht. Letztere können bei der Fachperson und der Patientin unterschiedlich sein. Für die Fachperson ist es daher wichtig, die eigenen Grenzen des Wissens und der Kompetenzen zu kennen und sich sowohl des eigenen Lebensentwurfs als auch der eigenen Lebenswelt bewusst zu werden. In gewissen Situationen kann eine präkonzeptionelle Beratung das eigene Fachwissen und die eigenen Kompetenzen übersteigen oder ein Wertedissens kann dem Beratungsprozess Grenzen setzen.

Fazit: In Situationen, in denen das eigene Fachwissen und die eigenen Fachkompetenzen für die Beratung einer psychisch erkrankten Frau mit einem Kinderwunsch nicht ausreichen oder Wissenskonflikte mit den eigenen Werthaltungen entstehen, überweist die beratende Fachperson die Patientin an Kolleginnen und Kollegen oder Fachpersonen aus anderen Bereichen. Eine selbstkritische Distanz ist für einen guten Beratungsprozess unabdingbar.

3.1 Medizinisches Setting und Klärung des Beratungssettings sowie der Verantwortlichkeiten

Grundlage für eine gute Behandlung und Beratung ist selbstverständlich eine entsprechende Fachkenntnis der Thematik, das heisst das Wissen um das betreffende medizinische Setting. Als Vorbereitung auf die präkonzeptionelle Beratung einer psychisch erkrankten Frau ist es ebenso wichtig, dass sich die Fachperson über das eigentliche Beratungssetting Gedanken macht. Wie engmaschig beispielsweise die Betreuung und Begleitung einer Patientin bei ihrem Kinderwunsch sein sollten, ist auf Grundlage der Expertise der jeweiligen Fachperson und im Austausch mit der Patientin zu entscheiden.

Es sollte ausserdem geklärt werden, welche Fachperson die Fallführung bei der Beratung einer Patientin innehat, wenn unterschiedliche Fachpersonen beispielsweise aus der Allgemeinmedizin, der Psychiatrie und der Gynäkologie involviert sind. Die fallführende Behandlungsperson ist

dafür verantwortlich, andere Fachpersonen in die Behandlung miteinzubeziehen. Andere Fachpersonen gilt es zeitnah über den aktuellen Behandlungsstatus zu informieren. Zudem sollten im Sinne einer koordinierten Versorgungsstrategie die verschiedenen Verantwortlichkeiten gegenüber der Frau mit einer psychischen Erkrankung und dem zukünftigen Kind noch vor dessen Geburt eindeutig festgestellt werden. Im Verlauf eines solchen Versorgungsprozesses kann es auch zum Wechsel der Fallführungsfunktion kommen, das heisst, eine andere Fachperson übernimmt dann die hauptsächliche Begleitung und Betreuung der Patientin. Ein solcher Wechsel ist jeweils sorgfältig zu planen und der Patientin gegenüber klar zu kommunizieren, etwa der Wechsel von einer Psychiaterin beziehungsweise einem Psychiater zu einer anderen Psychiaterin beziehungsweise einem anderen Psychiater mit Kenntnis in Peripartalpsychiatrie.

Die Klärung der Verantwortlichkeiten und ein Wechsel der Fallführung können unter Umständen dann notwendig werden, wenn sich die Frau in einer neuen Lebensphase befindet, beispielsweise wenn sich der Kinderwunsch nach erfolgreicher Schwangerschaft erfüllt. Die präkonzeptionell beratende Fachperson muss einen möglichen Wechsel antizipieren sowie in der Lage sein, rechtzeitig zu reagieren. Dabei können schon vor der Schwangerschaft der Beizug von Fachpersonen aus der Pharmakologie und schon vor dem Ende einer erfolgreichen Schwangerschaft der Beizug von Fachpersonen etwa aus der Mütter- und Väterberatung, von Familienberatungsstellen oder auch aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich sein. Nachfolgende «Praktische Tipps» zeigen Fragen zur Selbstklärung auf, mit denen sich eine Fachperson auf ein Gespräch mit einer Patientin vorbereiten kann, wenn das Thema des Kinderwunsches thematisiert werden soll.

Praktische Tipps: In einer laufenden Behandlung oder Beratung soll das Thema des Kinderwunsches angesprochen werden. Es ist nicht die Frage nach dem «Ob», sondern nach dem «Wie» zu stellen. Dazu ist es notwendig, dass sich die Fachperson zu folgenden Fragen Gedanken macht:

- Hat sich die Patientin bereits zum Thema Kinderwunsch geäussert? Wenn ja, wie denkt sie darüber und was weiss sie dazu?
- Kann sich die Patientin für das Thema Kinderwunsch interessieren, sofern sie es von sich aus nicht anspricht? Wenn ja, wie kann ich als behandelnde Fachperson das Thema adäquat in welchem Setting und zu welchem Zeitpunkt ansprechen? Könnte die Frage nach einer Verhütung ein geeigneter Einstieg sein?

- Wie kann die Patientin reagieren, wenn ich das Thema des Kinderwunsches anspreche? Inwieweit kann ihr dies helfen beziehungsweise inwiefern kann ihr dies schaden?
- Bin ich die geeignete Person, mit der psychisch erkrankten Frau Fragen des Kinderwunsches zu thematisieren?

Diese Fragen zur Selbstklärung können helfen, um sich eine Strategie zu überlegen, wie das Thema des Kinderwunsches in der Behandlung oder Beratung angemessen angesprochen werden kann. Sind andere Fachdisziplinen involviert, gilt es auch die Frage der Verantwortlichkeit und der Fallführung zu klären.

3.2 Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch von psychisch erkrankten Frauen – kritische Reflexion eigener Vorstellungen und der Vorstellungen der Frau sowie ihres Lebensentwurfes

Ein Beratungsgespräch sollte nicht nur mit Blick auf das medizinische Setting und das Behandlungssetting gut vorbereitet werden, sondern auch mit Blick auf die übergreifenden sozialpsychologischen und ethischen Fragen zum Kinderwunsch der Patientin. Dazu gehört es, dass sich die beratende Fachperson im Vorfeld ihrer eigenen Wert- und Lebensvorstellungen und ihres Lebensentwurfes zum Thema Kinderwunsch, insbesondere zum Kinderwunsch psychisch kranker Frauen, bewusst wird und diese kritisch reflektiert. Je nachdem ist dazu eine Supervision einzuplanen oder die Patientin zu überweisen.

Im Beratungsgespräch geht es darum, den Reflexionsprozess hinsichtlich des Kinderwunsches einer Patientin im Kontext ihres Lebensentwurfes und ihrer Lebenswelt zu unterstützen, zu begleiten oder unter Umständen auch auszulösen. Mit ihren eigenen Wertvorstellungen hat sich die Fachperson²³ zurückzuhalten. Das Thema des Kinderwunsches und der Familienplanung ist bei allen Frauen im gebärfähigen Alter und nicht nur bei psychisch erkrankten Frauen mit verschiedenen ambivalenten Empfindungen verbunden. Den Reflexionsprozess mit der Patientin sollte die Fachperson nicht mit den eigenen Empfindungen und Wertvorstellungen einfärben oder gar vermischen. Die hier vorliegenden Empfehlungen möchten die Fachperson daher auch zu einer kritischen Reflexion ihrer Rolle als Behandlerin beziehungsweise Behandler einladen.

Ethische Reflexion und Entscheidungsfindung werden in der Praxis stark von der Art und Weise beeinflusst, wie die jeweilige Fachperson mit der Patientin verbal und a verbal kommuniziert²⁴. Mit ihrer Haltung gegenüber der Patientin kann sie Wertschätzung und Interesse oder genau das Gegenteil vermitteln. Der Kinderwunsch von Frauen mit einer psychischen Erkrankung löst bei Fachpersonen unterschiedliche Gefühle aus und betrifft eigene Wertvorstellungen. Dies darf nicht dazu führen, dass der Kinderwunsch

der Frau mit einer psychischen Erkrankung nicht ernst genommen und aus der Therapiebeziehung ausgeklammert wird. Mit den folgenden «Praktischen Tipps» werden Fragen aufgeführt, mit denen sich Fachpersonen selbstkritisch mit ihren eigenen Überlegungen zum Kinderwunsch von psychisch erkrankten Frauen auseinandersetzen können.

Praktische Tipps: Die Fachperson reflektiert hinsichtlich der nicht-direktiven Beratung die eigene Haltung zum Thema Kinderwunsch bei psychisch erkrankten Frauen. Zur Vorbereitung auf ein Beratungsgespräch empfiehlt es sich deshalb, dass die Fachperson im Sinne der Selbstreflexion folgende Orientierungsfragen für sich selbst beantwortet, um eine erfolgreiche Kommunikation mit der psychisch erkrankten Frau zu ermöglichen:

- Welche persönliche Meinung habe ich zur Mutterschaft von psychisch erkrankten Frauen?
- Was für Erfahrungen habe ich bisher mit psychisch erkrankten Frauen als Müttern gemacht?
- Was brauchen diese Frauen meiner Erfahrung beziehungsweise Einschätzung nach, damit sie eine «gute Mutter» sein können?
- Was für Erfahrungen habe ich bisher mit Kindern von psychisch erkrankten Frauen gemacht?
- Was brauchen deren Kinder für eine gute Entwicklung?
- Was ist mir persönlich bei der Beratung von psychisch erkrankten Frauen wichtig?
- Welche Ängste habe ich im Hinblick auf mögliche Auswirkungen einer Medikation?

3.3 Gesellschaftlicher und rechtlicher Kontext der Beratung

Eine Gesellschaft teilt bestimmte kulturelle und historische Werte, die bewusst und unbewusst die individuellen Wertvorstellungen rund um den Kinderwunsch oder die Kindererziehung beeinflussen. Dies wird beispielsweise dann deutlich, wenn individuelle Werte rund um den Kinderwunsch von denjenigen der Mehrheit einer Gesellschaft abweichen. Im Sinne eines patientenorientierten Ansatzes sollte die Fachperson solche individuellen kulturellen Werte einer Frau mit in den Blick nehmen. Sie sollte diese individuellen, auch ethischen Werte einer Frau²⁵ vor dem Hintergrund kultureller und gesellschaftlicher Werte und ihres möglichen Wandels betrachten²⁶. Gleichzeitig sind die Frau beziehungsweise das Paar wie auch die Fachperson an Recht und Gesetz ihres Landes gebunden²⁷, was höchste Priorität hat

²⁵ Vgl. zu den ethischen Aspekten in Kapitel 7.7.

²⁶ Vgl. zum Wandel der Mutterrolle in Kapitel 7.5.

²⁷ Vgl. zu den rechtlichen Aspekten in Kapitel 7.6.

4 Fachliche Anforderungen an die präkonzeptionelle Beratung

Jacqueline Binswanger, Paola Barbier Colombo, Rahel Altwegg, Ruth Baumann-Hölzle, Daniel Gregorowius

Die präkonzeptionelle Beratung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung hinsichtlich ihres Kinderwunsches stellt klare Anforderungen an die Fähigkeiten und Fertigkeiten der beratenden Fachperson. Dazu gehören über die klinische Beurteilung der Frau hinaus auch gewisse Kenntnisse mit Blick auf den peripartalen Kontext der Beratung.

4.1 Fachkompetenzen der beratenden Fachperson

Unter Einbezug aller in der Anamnese und Befundung erhobenen Fakten kann ein bewusst vollzogener **ethischer Reflexions- und Güterabwägungsprozess** einsetzen mit dem Ziel, dass alle Betroffenen möglichst im Konsens entscheiden und handeln können²⁸. Dieser Abwägungsprozess wiederum setzt bei den Patientinnen die Fähigkeit voraus, eigene Grenzen – auch mit Blick auf die Erkrankung – zu erspüren und anzuerkennen sowie diese im Hinblick auf die Realisierung des Kinderwunsches einzuschätzen (Reflexionsfähigkeit, Mentalisierungsfähigkeit, Lebensgestaltung). Psychiaterinnen und Psychiater wie auch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind darin geschult, diese Fähigkeiten bei Patientinnen einzuschätzen.

4.2 Einschätzung der Urteils- sowie der Erziehungsfähigkeit

Die Urteils- und die Erziehungsfähigkeit sind keine fixen Eigenschaften, sondern unterliegen krankheitsbedingtem Schwankungen²⁹. Es kann dabei Phasen mit reduzierter oder nicht vorhandener Urteilsfähigkeit geben. Bei chronischen Verläufen kann das persistierend sein. Dies deckt sich mit der Selbsteinschätzung der Frauen aus der Befragung. Es zeigt sich, dass der Kinderwunsch bei Frauen mit episodisch verlaufenden Erkrankungen vor allem in symptomlosen oder symptomarmen Zeiten auftritt. In diesen Zeiten sehen sich die Patientinnen in der Lage, für ein Kind selbst zu sorgen. Die Herausforderungen für ein Kind und sich selbst schätzen psychisch erkrankte Frauen während einer Krankheitsremission häufig sehr differenziert ein. Trotzdem wird dies von den meisten von ihnen

²⁸ Im Rahmen der Güterabwägung werden Gründe und Argumente für oder gegen bestimmte Güter gesucht, um zu einer Lösung zu kommen. Den Gütern kann dabei je nach Situation ein unterschiedliches Gewicht gegeben werden. Dies muss begründet werden. Es gibt unterschiedliche Methoden der ethischen Güterabwägung. Eine besonders schwierige Situation ist die Güterabwägung in einer Dilemmasituation, in einer Situation also, wenn zwei oder mehr gleichwertige Güter – beispielsweise das Wohl eines Kindes und das Wohl einer Mutter – nicht gleichzeitig verwirklicht werden können und quasi in Kollision geraten sind. Vgl. zu Konflikten und Güterabwägung auch Baumann-Hölzle (2009, S. 231), Wils & Baumann-Hölzle (2013, S. 67ff.), und Ruter & Baumann-Hölzle (2015, S. 90ff.).

²⁹ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.6 und in Kapitel 7.7.

nicht als Grund gesehen, um auf Kinder verzichten zu müssen. Demgegenüber verschwindet der Kinderwunsch meist während aktiver Krankheitsphasen. Zusammen mit der Patientin klärt die Fachperson daher zunächst in Phasen ohne oder mit leichten Krankheitssymptomen ab, zu welcher Frauengruppe die ratsuchende Frau gehört:

- Frauen, die den Kinderwunsch formuliert haben und bei denen Unterstützungs- und Klärungsbedarf besteht,
- Frauen, die den Kinderwunsch formuliert haben und bei denen kein Unterstützungs- und Klärungsbedarf besteht,
- Frauen, die mit Blick auf ihren Kinderwunsch ambivalent sind und bei denen diesbezüglich Klärungsbedarf besteht,
- Frauen, die den Kinderwunsch noch nicht formuliert haben und bei denen diesbezüglich Klärungsbedarf besteht.

4.2.1 Einschätzung der Urteilsfähigkeit und weiteres Vorgehen

Bei der Behandlung und Beratung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung, die einen Kinderwunsch äussern, ist vordergründig auch die Frage zu klären, inwiefern und wann – also zu welchem Zeitpunkt – die psychisch erkrankte Frau im gebärfähigen Alter im Hinblick auf den Kinderwunsch und dessen Realisierung urteilsfähig ist. Die Urteilsfähigkeit kann im Laufe der psychischen Erkrankung sehr unterschiedlich sein; dies muss nicht per se ein Grund für das Absprechen des Kinderwunsches sein, und zwar auch dann nicht, wenn eine Urteilsfähigkeit in einer bestimmten Krankheitsphase nicht vorliegt. Die Frage der Urteilsfähigkeit wird juristisch im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) geregelt. Näheres dazu ist im «Baustein Recht» in Kapitel 7.6.4 zu finden³⁰. Die ethischen Aspekte der Urteilsfähigkeit werden in Kapitel 7.7.5 behandelt.

Angesichts der langen eugenischen Tradition im Umgang mit psychisch erkrankten Frauen im gebärfähigen Alter ist die Klärung der Frage der Urteilsfähigkeit ethisch besonders heikel³¹. Selbst wenn in einer ausserordentlichen Situation mit einer Kindeswohlgefährdung und einer Fremdplatzierung eines Kindes gerechnet werden muss, gilt auch in dieser Situation «im Zweifel für die Autonomie» der Frau³². Letztendlich bleibt der Kinderwunsch immer die freie Entscheidung einer Frau und ihres Partners beziehungsweise ihrer Partnerin.

³⁰ Vgl. zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit in Kapitel 7.6.4.1.

³¹ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.5.

³² Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9.

Fazit: Eine urteilsfähige Frau entscheidet stets selbst, welche Form der Schwangerschaftsverhütung sie anwenden will. Dies kann sogar eine Sterilisation sein. Eine Sterilisation einer psychisch erkrankten Frau erfolgt ausschliesslich auf ihren wohlwollenden Wunsch hin, nachdem alle anderen Handlungsoptionen sorgfältig abgeklärt worden sind. Bei dauerhaft urteilsunfähigen psychisch erkrankten Frauen mit Kinderwunsch ist eine Sterilisation nach Art. 7 des Bundesgesetzes über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisationen vom 17. Dezember 2004 (Sterilisationsgesetz, Stand: Januar 2013) rechtlich verboten. Von diesem Verbot ausgenommen sind sogenannte «Ultima-Ratio-Situationen», das heisst zu begründende Ausnahmesituationen. Im Falle einer Kindeswohlgefährdung und beziehungsweise oder einer Gefährdung der Mutter ist ein Obhutentzug möglich. In einer solchen Situation ist die Frau schon vor einer Schwangerschaft darüber aufzuklären und die dafür notwendigen Schritte sollten schon während der Schwangerschaft eingeleitet werden.

4.2.2 Einschätzung der Erziehungsfähigkeit und weiteres Vorgehen

Von der Frage der Urteilsfähigkeit ist die Frage der Erziehungsfähigkeit zu unterscheiden. Die Beurteilung der Erziehungsfähigkeit ist eine gutachterliche Fragestellung und obliegt der Verantwortung der jeweils zuständigen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB)³³. Gutachten werden von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern ausgeführt. Mangelnde Erziehungsfähigkeit einer Frau kann eine Kindeswohlgefährdung darstellen, falls die Defizite in der Erziehungsfähigkeit nicht durch unterstützende Massnahmen kompensiert werden können.

Kriterien zur Bestimmung der Einschränkungen einer Frau in Bezug auf die Erziehungsfähigkeit und die daraus notwendig werdenden Unterstützungsmassnahmen können mit dem Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstool (IPKB) aus Kapitel 6 zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs erhoben werden. Diese Erhebung ersetzt aber im Falle des Verdachtes auf eine Kindeswohlgefährdung kein psychiatrisches Gutachten.

4.3 Ergebnisoffenheit der Beratung

Die Beratung und Behandlung der Frau mit einer psychischen Erkrankung sollte mit Blick auf den Kinderwunsch das Ziel verfolgen, der Patientin in der Beratungssituation ein «Sowohl-als-auch» aufzuzeigen, nämlich die Frau mit einem Kinderwunsch zu befähigen («Empowerment»), sowohl mit den eigenen Defiziten umzugehen, ohne dass dies den eigenen Kinderwunsch einschränkt, als auch gleichzeitig imstande zu sein, die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten kritisch zu hinterfragen («Reflexionsfähigkeit»), ob es mit den gegebenen Ressourcen und in der gegebenen Situation wirklich sinnvoll ist, ein Kind zu bekommen. Mit anderen Worten: Es geht um die Befähigung einer Frau im gebärfähigen Alter, sich informiert und bewusst für oder

gegen die Realisierung eines möglichen Kinderwunsches zu entscheiden. Frauen sollten sich im Vorhinein überlegen können, was es für sie und das Kind bedeutet, wenn die eigenen Kräfte vielleicht nicht für die Erziehung und Betreuung ausreichen. Dazu gehört es, dass sich die Frauen Gedanken dazu machen, ob und inwieweit sie bereit wären, Unterstützung in Anspruch zu nehmen – nicht nur durch die eigene Familie, sondern auch durch externe Helferinnen und Helfer – und zu akzeptieren, dass ihr Kind möglicherweise fremdbetreut würde oder in eine Pflegefamilie käme. Die Beratung durch die Fachperson sollte insofern ergebnisoffen, das heisst nicht-direktiv, sein. Eine nicht-direktive Beratung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie an den Gedanken, Einstellungen, Gefühlen und Impulsen der zu beratenden Person ansetzt, die um die Probleme und Konflikte der rat- beziehungsweise hilfeschuchenden Person kreisen³⁴. Was das Ziel einer nicht-direktiven und ergebnisoffenen Beratung sein sollte, nennen die nachfolgenden «Praktischen Tipps».

Praktische Tipps: Die Beratung einer psychisch erkrankten Frau ist mit Blick auf ihren Kinderwunsch ergebnisoffen zu gestalten. Das heisst, dass die zu beratende Frau beziehungsweise Patientin in ihrem Autonomieanspruch und ihrem Willen bei der Entscheidungsfindung ernst genommen und respektiert wird. Ihr sollte keine Entscheidung aufgezwungen werden; die Beratung ist deshalb «nicht-direktiv» zu gestalten. Dies bedeutet für die präkonzeptionelle Beratung, bei der Patientin sowohl Ressourcen als auch Defizite im Hinblick auf Kinderwunsch, Schwangerschaft und Kindererziehung zu erkennen. Die Beratung sollte sich am Wohl der Frau und am Wohl des potenziellen Kindes orientieren.

³⁴ Vgl. hierzu den personen- beziehungsweise klientenzentrierten Ansatz in der Psychologie gemäss Carl R. Rogers (1951).

5 Vorgehen bei der präkonzeptionellen Beratung

Jacqueline Binswanger, Paola Barbier Colombo, Rahel Altwegg, Ruth Baumann-Hölzle, Daniel Gregorowius

Die psychisch erkrankte Frau im gebärfähigen Alter hat Anspruch darauf, informiert und reflektiert über eine mögliche Schwangerschaft nachzudenken und zu sprechen. Dies beinhaltet nicht nur die übliche ärztliche Anamnese einschliesslich einer Sozialanamnese, sondern auch – spezifisch für den Kinderwunsch mit Blick auf die psychiatrische Diagnose – eine Untersuchung des Einflusses einer Schwangerschaft auf ihre Erkrankung und die Verwendung ihrer Medikamente sowie die Erhebung des individuellen Unterstützungsbedarfs und der vorhandenen Kompensationsressourcen. Diese Erhebung der Kompensationsressourcen diskriminiert die Frau mit einer psychischen Erkrankung nicht, sondern ist generell bei jeder Frau im gebärfähigen Alter sinnvoll. Sie ist deshalb angebracht, weil sich bei Personen ohne eine psychische Erkrankung mit Blick auf das Kindeswohl und das eigene Wohl zum Teil gleiche oder ähnliche Fragen hinsichtlich der Unterstützung bei der Erziehung stellen.

Die Beurteilung des potenziellen Unterstützungsbedarfes einer Frau im Rahmen ihrer Mutterschaft erfordert bei Fachärztinnen oder Fachärzten aus der Psychiatrie und Psychotherapie wie auch bei psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten prinzipiell keine zusätzlichen Spezialkenntnisse. Er lässt sich aus Anamnese, psychischem und somatischem Befund sowie der Beziehungsgestaltung zwischen Untersucher und Patientin im Rahmen einer Beratung oder Therapie beurteilen³⁵. Hausärztinnen und Hausärzte sowie Gynäkologinnen und Gynäkologen haben stets die Möglichkeit, bei Bedarf eine Überweisung beziehungsweise den Einbezug einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson vorzunehmen. Bei komplexen Fragestellungen steht die Kompetenz von Spezialisten beispielsweise der Gynäkopsychiatrie, des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD), der Psychopharmakologie und von Familienberatungsstellen zur Verfügung³⁶.

5.1 Faktenerhebung – Anamnese und Befund im präkonzeptionellen Kontext

Für die Reflexion und die Entscheidungsfindung³⁷ hinsichtlich der verschiedenen Aspekte im Rahmen des Kinderwunsches einer psychisch erkrankten Frau muss die zuständige Fachperson alle relevanten Fakten im Rahmen der Anamnese sorgfältig erheben, insbesondere den bisherigen Krankheitsverlauf beispielsweise im Hinblick auf Residualsymptomatik versus Vollremission und auf die Einschätzbarkeit der Rezidivgefahr. Dazu gehören neben der

³⁵ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 5.1.

³⁶ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.4.

³⁷ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.5.

allgemeinen Erhebung nach der gängigen psychiatrischen Praxis spezifische Fragen zu verschiedenen Aspekten eines möglichen Kinderwunsches und dessen Realisierung, die in Kapitel 6 vorgestellt und in Kapitel 7 fachlich vertieft werden. Die Ergebnisse aus der spezifischen Beurteilung zu Fragen des Kinderwunsches und des erforderlichen Unterstützungsbedarfs fliessen wiederum in die psychiatrische Beurteilung und das Prozedere ein, wie es im nachfolgenden Kapitel 6 beschrieben wird.

5.2 Beurteilung des individuellen Unterstützungsbedarfs und der vorhandenen Kompensationsressourcen bei Realisierung des Kinderwunsches

Nach der Anamnese- und Befunderhebung beurteilt die Fachperson im nächsten Schritt, wo der konkrete Unterstützungsbedarf bei der Patientin liegt und wie gross er ist. Das bedeutet, dass die Fachperson, sofern ein Kinderwunsch bei der Patientin vorliegt, für das weitere Vorgehen eine Einschätzung des Krankheitsgrades der Patientin und auch ihrer persönlichen Kompensationsressourcen vornimmt. Diese Einschätzung beeinflusst das weitere Vorgehen massgeblich. Der Unterstützungsbedarf setzt sich zusammen aus den vorhandenen persönlichen Ressourcen der Frau abzüglich der möglichen Einschränkungen ihrer Fähigkeiten, für sich und ein Kind zu sorgen. Die Beurteilung des Unterstützungsbedarfes erfordert einen Reflexions- und Einschätzungsprozess in Bezug auf erforderliche Kompetenzen für die Gestaltung des Alltags mit Kindern. Dies bedeutet wiederum, dass die präkonzeptionelle Beratung der Patientin nach der Schwangerschaft und Geburt in eine Unterstützung der Frau als Mutter und eine Unterstützung ihres Kindes übergehen kann. Dabei sollten vor allem die Ausbildung der Mutter-Kind-Bindung³⁸ und die Entwicklung des Kindes in den ersten drei Lebensjahren berücksichtigt werden³⁹.

³⁸ Zur bindungsbasierten Psychotherapie vgl. Brisch (2014). Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.

³⁹ Vgl. Cierpka (2012).

6 Integratives Präkonzeptionelles Beratungstool für psychisch erkrankte Frauen im gebärfähigen Alter (IPKB)

Jacqueline Binswanger, Paola Barbier Colombo, Rahel Altwegg, Ruth Baumann-Hölzle, Daniel Gregorowius

Das **Integrative Präkonzeptionelle Beratungstool (IPKB)** ist das Kernstück der Empfehlungen und ist deshalb auch besonders hervorgehoben. Es ist ein Instrument, das die Fachperson darin unterstützt, (1) einen möglichen Kinderwunsch einer psychisch erkrankten Frau beziehungsweise einer Frau im gebärfähigen Alter insgesamt zu klären sowie (2) den individuellen Unterstützungsbedarf und die Kompensationsmöglichkeiten bei vorliegendem Kinderwunsch zu erheben und einzuschätzen. Abbildung 1 zeigt das Integrative Präkonzeptionelle Beratungstool (IPKB) mit den einzelnen Elementen, deren Zusammenspiel und dem zeitlichen Ablauf. Die Fachperson muss sich der Rahmenbedingungen und Kontexte bewusst werden, in denen die Beratung stattfindet:

- Das **Beratungssetting und das medizinische Setting**, wie in Kapitel 3.1 beschrieben, stellen die fachlich-inhaltlichen sowie die räumlichen und zeitlichen Rahmenbedingungen der Beratung dar.
- In der Beratung wird die Fachperson mit dem **Lebensentwurf und der Lebenswelt der Frau**, wie in Kapitel 3.2 dargestellt, und ihrem Kinderwunsch konfrontiert, den es kritisch zu reflektieren gilt.
- Als Vorbereitung auf die Beratung ist es hilfreich, dass sich die Fachperson mit dem **eigenen Lebensentwurf und der eigenen Lebenswelt** auseinandersetzt, wie in Kapitel 3.2 beschrieben, das heisst die Beratung im Kontext eigener Überlegungen zu Fragen des Kinderwunsches kritisch betrachtet.
- Die Beratung findet nicht nur in dem biografischen Kontext in Form des Lebensentwurfs statt, sondern auch in einem **konkreten gesellschaftlichen und rechtlichen Kontext**, wie in Kapitel 3.3 beschrieben. Das heisst, Kultur und Geschichte einer Gesellschaft haben Einfluss auf unser individuelles Denken und Handeln, das Recht bildet die Grundlage unseres Zusammenlebens. Diesen Kontext gilt es ebenfalls kritisch zu reflektieren.

Nebst den fachlichen Grundlagen, die in Kapitel 4 dargelegt wurden, braucht es zur Beurteilung des Unterstützungs- und Kompensationsbedarfs somit weitere spezifische Fachkenntnisse im peripartalen Kontext, die in Kapitel 7 vertieft vorgestellt werden. Dort werden die theoretischen Hintergründe, die dem Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstool (IPKB) zugrunde liegen, näher erläutert. Kapitel 7 dient daher als Vertiefung des in Kapitel 6 vorgestellten Beratungstools.

Die präkonzeptionelle Beratung erfolgt im Allgemeinen im Rahmen der psychiatrischen Praxis, kann unter Umständen aber auch im Kontext einer hausärztlichen oder gy-

näkologischen Behandlung stattfinden. Zur Erhebung und Einschätzung des Kinderwunsches werden im Rahmen des Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstools zehn verschiedene Kriterien genutzt (vgl. Abbildung 1), die von zentraler Bedeutung sind, um den Unterstützungsbedarf bezüglich Schwangerschaft und anschliessender Mutter-beziehungsweise Elternschaft zu erfassen, zu beurteilen und Massnahmen daraus abzuleiten. Die Beurteilung des Unterstützungsbedarfs basiert dabei auf der Theorie der «Mutterschaftskonstellation» nach Daniel N. Stern⁴⁰ und zusätzlichen Aspekten der modernen Bindungsforschung sowie einer ethischen Reflexion der Lebensgestaltung und der Lebenswelt der Frau mit einem Kinderwunsch. Relevante medizinische Aspekte in Bezug auf die psychische Grunderkrankung und Psychopharmakotherapie in der Schwangerschaft stellen weitere zu beurteilende Punkte dar. Diese Kriterien sind eingebettet in die gängige psychiatrische Diagnostik – inklusive des Prozesses der Beurteilung und des Prozederes der späteren Beratung beziehungsweise Therapie – und wurden auf diese Weise zu diesem Beratungstool kombiniert. Ethisch begründet wird das Modell durch die Menschenwürde und die Menschenrechte und davon abgeleitet durch die Gerechtigkeitsansprüche gemäss der US-amerikanischen Philosophin Martha Nussbaum und ihrem Befähigungsansatz⁴¹. Im Folgenden werden die einzelnen Elemente beschrieben, die im IPKB zusammengefasst sind und so gemeinsam in diesem Modell angewandt werden.

6.1 Einbettung des Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstools (IPKB) im Rahmen der gängigen psychiatrischen Praxis

Im Rahmen der psychiatrischen Praxis muss mit der Frau als Patientin grundsätzlich die Frage des Kinderwunsches angesprochen und geklärt werden. Es geht dabei um die Frage, ob und inwieweit ein Kinderwunsch bei einer Patientin vorliegt und was dessen Umsetzung bedeutet, das heisst wo medizinisch und psychiatrisch jeweils Beratungs-, Unterstützungs- und Handlungsbedarf besteht⁴². Die konkrete Erhebung und Einschätzung des Unterstützungs- und Handlungsbedarfs zur Realisierung des Kinderwunsches erfolgt im Rahmen der gängigen psychiatrischen Praxis. Tabelle 1 zeigt die umfassende Erhebungsmatrix,

40 Vgl. Stern (1995) und Stern (2006).

41 Vgl. Nussbaum (1999a), Nussbaum (1999b) und Nussbaum (2006). Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9 und insbesondere in Kapitel 7.7.9.1.

42 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6.2 und in Kapitel 6.3.

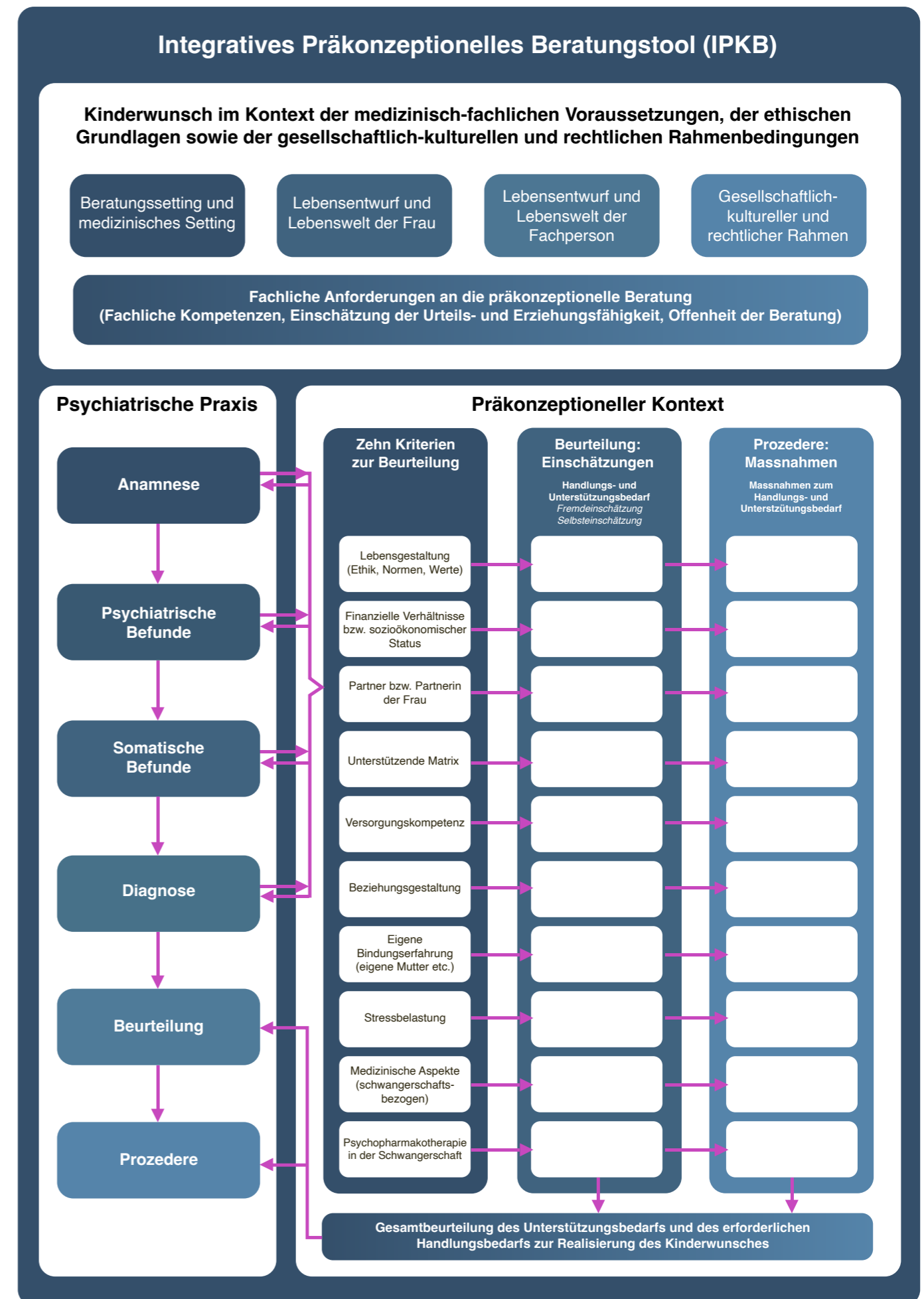


Abbildung 1: Integratives Präkonzeptionelles Beratungstool (IPKB) für psychisch erkrankte Frauen im gebärfähigen Alter

Tabelle 1: Anamnese, Befundstellung und Diagnostik inklusive Beurteilung und Prozedere im Rahmen der psychiatrischen Praxis mit Blick auf Fragen zur Realisierung des Kinderwunsches bei einer psychisch erkrankten Frau

X = Dort, wo ein X steht, sind von der Fachperson gezielt Fragen zur Abklärung an die Patientin zu stellen.

Erhebung des Handlungs- und Unterstützungsbedarfs im präkonzeptionellen Kontext in der gängigen psychiatrischen Praxis	finanzielle Verhältnisse bzw. sozioökonomischer Status	Partner bzw. Partnerin der Frau	unterstützende Matrix	Versorgungskompetenz	Beziehungsgestaltung	eigene Bindungserfahrung	Lebensgestaltung	Stressbelastung	medizinische Aspekte	Psychopharmaka und Schwangerschaft
1. Anamnese										
1.1. Jetziges Leiden								X	X	X
1.2. Sozialanamnese										
1.2.1. Schule und Beruf	X			X				X		
1.2.2. Finanzen	X	X						X		
1.2.3. Aktuelle/r Lebenspartner/in	X	X			X			X		
1.2.4. Partnerschaften, Beziehungen		X			X			X		
1.2.5. Freundschaften			X		X			X		
1.2.6. Familie / familiäre Beziehungen	X		X		X	X		X		
1.3. Psychiatrische Anamnese								X	X	X
1.3.1. Erstdiagnose									X	X
1.3.2. Bisheriger Verlauf				X				X	X	X
1.3.3. Medikamente				X					X	X
1.3.4. Aktuelle Behandlung und aktuelle Behandler/innen			X							
1.4. Familienanamnese								X		
1.4.1. Psychiatrisch									X	X
1.4.2. Somatisch									X	X
1.5. Somatische Anamnese								X		
1.5.1. Gynäkologische und geburtshilfliche Anamnese									X	X
1.5.2. Kontextuell relevante allgemeine somatische Anamnese				X					X	X
1.6. Substanzanamnese				X	X			X	X	X
1.7. Fremdanamnese (Kindesvater; Berichte; behandelnder Psychiater bzw. behandelnde Psychiaterin)				X	X				X	X
2. Befunde										
2.1. Psychopathologischer Befund				X	X				X	X
2.2. Syndromdiagnose									X	X
2.3. Interaktion / Gegenübertragungsphänomene / Art der Beziehungsgestaltung				X	X					
3. Kontextuell notwendige somatische Befunde (EKG/Labor)										
4. Diagnose							X			
5. Psychiatrische Beurteilung							X			
6. Psychiatrisches Prozedere										

die die sechs Schritte aus der psychiatrischen Praxis von der Anamnese über die Befundstellung und Diagnose bis zur Beurteilung und zum Prozedere mit zehn Kriterien zur Erhebung des Handlungs- und Unterstützungsbedarfs aus dem präkonzeptionellen Kontext kombiniert:

- In der ersten Spalte von Tabelle 1 sind detailliert die sechs Schritte in der psychiatrischen Praxis als erste Achse der Erhebungsmatrix wiedergegeben.
- In der ersten Zeile sind wiederum die zehn zentralen Kriterien zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs und der Kompensationsressourcen der Frau als zweite Achse aufgeführt, die in Kapitel 6.2 dargestellt werden.

Aus der Matrix ergeben sich nun die gekennzeichneten Felder, in denen gezielte Fragen aus dem präkonzeptionellen Kontext zu stellen sind, um den Handlungs- und Unterstützungsbedarf für die zehn Kriterien einschätzen zu können. Die Gesamtbeurteilung des Unterstützungs- und Handlungsbedarfs zur Realisierung eines möglichen Kinderwunsches fließt wiederum in Beurteilung und Prozedere der gängigen psychiatrischen Praxis ein (vgl. Abbildung 1).

6.2 Beurteilung des Unterstützungs- und Handlungsbedarfs und der vorhandenen Kompensationsressourcen einer Frau bei abgeklärtem Kinderwunsch im präkonzeptionellen Kontext

Die Erhebung des Unterstützungs- und Handlungsbedarfs sowie der Kompensationsressourcen mit Blick auf die Realisierung des Kinderwunsches orientiert sich an der «Mutterschaftskonstellation» nach dem US-amerikanischen Psychiater und Psychoanalytiker Daniel N. Stern⁴³ und wurde durch weitere Kriterien ergänzt, und zwar durch Ergebnisse aus der Bindungsforschung⁴⁴ und Fragen zur Stressbelastung und zu Aspekten zur Lebensgestaltung (einschliesslich der Werte und Einstellungen einer Person). Die sich daraus ergebenden Aspekte wurden um medizinische und pharmakologische Aspekte ergänzt, sodass sich insgesamt zehn Erhebungskriterien ergeben, die in Tabelle 2 aufgeführt werden. Bis auf die medizinischen und pharmakologischen Kriterien, die spezifisch für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung gelten, sind die übrigen Kriterien insgesamt für Frauen – und auch für Männer – mit einem Kinderwunsch auch ohne Vorliegen einer psychischen Erkrankung anwendbar.

Für die Arbeit mit dem Beratungstool IPKB ist es hilfreich, sich die Ressourcen der Frau und den Unterstützungsbedarf im Sinne eines Kontinuums vorzustellen, und zwar von einem geringen Grad der Unterstützung beziehungsweise einem hohen Grad der Ressourcen hin zu einem hohen Grad der Unterstützung beziehungsweise einem geringen Grad der Ressourcen. In diesem Sinne werden die in Tabelle 2 aufgeführten zehn Kriterien im Rahmen des IPKB von der Fachperson im präkonzeptionellen Kontext einge-

⁴³ Vgl. Stern (1995) und Stern (2006).

⁴⁴ Vgl. Brisch (2014). Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.

schätzt. In der gleichen Art und Weise kann auch die Frau ihre eigene Situation über eine mit diesen Empfehlungen verknüpfte Informationsbroschüre anhand der zehn Kriterien selbst einschätzen. Diese beiden Einschätzungen sind wichtige Grundlagen für den Reflexions- und Entscheidungsprozess der fallführenden Fachperson gemeinsam mit der Patientin, wie es in Kapitel 6.3 beschrieben wird. Die Einschätzung soll für die zehn Kriterien Reflexions- und Argumentationsräume eröffnen und Fachpersonen Begründungen dafür liefern, welche Art von Unterstützung hilfreich und möglich ist und in welchem Umfang eine psychisch erkrankte Frau letztendlich konkrete Unterstützung benötigt.

Tabelle 2: Übersicht über die zehn Aspekte beziehungsweise Kriterien zur Erhebung des Unterstützungsbedarfs einer Frau im gebärfähigen Alter mit besonderem Fokus auf dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung

1. Lebensgestaltung
2. Finanzielle Verhältnisse / sozioökonomischer Status
3. Partner/Partnerin der Frau
4. Unterstützende Matrix
5. Versorgungskompetenz
6. Beziehungsgestaltung
7. Eigene Bindungserfahrung, eigene mentale Repräsentation, eigene Muttergeschichte
8. Stressbelastung
9. Medizinische Aspekte (aus psychiatrischer Perspektive)
10. Psychopharmaka und Schwangerschaft

6.2.1 Lebensgestaltung

Die Lebensgestaltung einer Frau ist ein grundlegendes Kriterium im präkonzeptionellen Kontext. Darunter werden sehr unterschiedliche Aspekte gefasst. In der Psychologie wird Lebensgestaltung eng an den Begriff der Ziele geknüpft, und zwar im Sinne einer handlungsleitenden Präzisierung von Motiven⁴⁵. Unterschieden wird in der Lebensgestaltung zwischen (1) Alltagshandeln, dem Ziele von Einzelhandlungen und Routinezyklen zugrunde liegen, (2) dem alltagsübergreifenden Handeln, dem Projektziele und Strebungen zugrunde liegen, und (3) biografisch bedeutsamem Handeln, dem Lebensziele und Lebensaufgaben zugrunde liegen⁴⁶. Der Kinderwunsch einer Frau ist zwar auf allen Ebenen der Lebensgestaltung wirksam, im Sinne der psychiatrischen Anamnese und Befundstellung ist jedoch vor allem die Lebensgestaltung im Sinne des biografisch bedeutsamen Handelns relevant: Es geht um all jene Fragen, ob und wie Kinder zum eigenen Lebensentwurf und zu der eigenen Lebenswelt einer Frau dazugehören, wie und unter welchen Umständen sich das Ziel eigener Kinder realisieren lässt – und letztendlich auch darum, welche Werte und Wertkonzepte diesen Vorstellungen und Lebensentwürfen bei einer Frau zugrunde liegen. Lebensgestaltung ist dabei eng mit ethischen Fragen und den Werten einer Frau verknüpft⁴⁷. Dabei geht es sowohl um Fragen des individu-

⁴⁵ Vgl. Hoff (2006), S. 11f.

⁴⁶ Vgl. Hoff (2006), S. 13.

⁴⁷ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.7.

ellen Lebensentwurfes der Frau als auch um sozialetische Gerechtigkeitsfragen nach einforderbaren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, um einen Kinderwunsch gut realisieren zu können. Einerseits ist daher zu fragen, was einer Frau im Leben mit Blick auf die Realisierung eines Kinderwunsches wichtig ist (zum Beispiel im Vergleich zu beruflichen und sonstigen Lebenszielen), welchen Stellenwert ein Kind im Lebensentwurf hätte, wie mit Selbstbestimmung und Autonomie umgegangen wird und was die Frau für ein Selbstbild hat. Andererseits geht es auch darum zu fragen, was für Ressourcen die Frau mitbringt und welche Kompensationsmöglichkeiten die Gesellschaft ihr und ihrem Kind dafür zur Verfügung stellt. Zur Prüfung dieses Rahmens hat die US-amerikanische Philosophin Martha Nussbaum⁴⁸ das Konzept des Befähigungsansatzes mit zehn Fähigkeiten entwickelt, die eine humane Gesellschaft ihren Mitgliedern zur Verfügung stellen muss⁴⁹. Dazu gehören etwa das Recht auf Gesundheit, der Schutz vor Übergriffen oder Gewalt oder auch die Möglichkeit zur gesellschaftlichen Teilhabe. Martha Nussbaum sieht bestimmte Grundlagen eines «guten und gelingenden Lebens», die man aus Gerechtigkeitsgründen allen Menschen ermöglichen muss. Letztendlich begründet der Befähigungsansatz von Martha Nussbaum die Kriterien im Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstool (IPKB) und warum eine Frau in ihrer Lebensgestaltung ein Anrecht auf Unterstützung haben kann (vgl. Theorie der «Mutterschaftskonstellation» nach Daniel N. Stern)⁵⁰.

Die Lebensgestaltung ist ihrerseits auch eine wichtige Grundlage für andere Kriterien, etwa für Fragen rund um die Bindung zum Partner beziehungsweise zur Partnerin und für Fragen zur Beziehungsgestaltung und auch zur Erziehungsfähigkeit⁵¹. Wenn eine Fachperson mehr über die Lebensgestaltung der Patientin erfahren möchte, fragt sie diese ganz konkret nach ihrem Lebensentwurf und ihrer Lebenswelt, das heisst ihren Zielen im Leben, ihrem Alltag und auch ihren individuellen Werten und Bedürfnissen sowie ihrem Lebensumfeld. Es gilt gleichsam gemeinsam mit der Patientin zu klären, welches «Mutterbild» die Patientin hat, das heisst, wie sie sich selbst in der Zukunft als Mutter sieht. Dabei sind unter Umständen eigene kulturelle und gesellschaftliche Werte der Frau ebenso wie überhöhte und idealisierte Mutterbilder kritisch zu reflektieren⁵². Wie man als Fachperson Fragen zur Lebensgestaltung stellt, ist exemplarisch in der nachfolgenden Textbox «Praktische Tipps» zu finden.

Praktische Tipps: Fragen zur Lebensgestaltung sind wichtig, um die Patientin und ihre Lebenswelt, ihre Werte und Normen und den darauf basierenden Lebensentwurf zu kennen. Vieles kann die Fachperson indirekt im Gespräch erfahren, es lohnt sich aber auch, verschiedene Aspekte im Gespräch mit der Patientin konkret anzusprechen. Dabei können folgende Fragen helfen:

48 Vgl. Nussbaum (1999a), Nussbaum (1999b) und Nussbaum (2006).

49 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9 und insbesondere in Kapitel 7.7.9.1.

50 Ebd.

51 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9.

52 Vgl. Modell vom «Good enough Parent» nach dem Konzept des englischen Pädiaters und Psychoanalytikers Donald W. Winnicott (1953).

- Haben Sie sich mit der Frage beschäftigt, was für Sie im Leben besonders wichtig ist? Was ist für Sie das Ziel im Leben? Was macht Ihr Leben besonders lebenswert?
- Wie wichtig ist der Kinderwunsch, wenn Sie diesen als ein Lebensziel ansehen? Wie wichtig ist der Kinderwunsch im Vergleich zu anderen Zielen in Ihrem Leben?
- Können Sie sich vorstellen, keine Kinder zu haben? Was würde es für Sie bedeuten, keine Kinder zu haben?
- Ist es in Ihrem Lebensumfeld selbstverständlich, dass Frauen Kinder haben sollen? Wie gehen Sie mit dieser Selbstverständlichkeit um?
- Was bedeutet es für Sie, Mutter zu sein und Ihren Kinderwunsch zu erfüllen? Welches Bild einer «guten Mutter» haben Sie?

6.2.2 Finanzielle Verhältnisse und sozioökonomischer Status

Durch das Bildungsniveau, Sprachkenntnisse und den beruflichen Status ergeben sich Informationen zur Einschätzung der finanziellen Ressourcen einer Frau und ihres sozialen Netzes, um eine allfällige Einkommensminderung zu bewältigen beziehungsweise Betreuungsmöglichkeiten sowie auch Unterstützungsangebote zu finanzieren. Dabei ist zu beachten, welche finanziellen Veränderungen sich im Hinblick auf eine mögliche Elternschaft ergeben können und ob sich das Paar über diese Veränderungen und deren Konsequenzen im Klaren ist. Die Erhebung der finanziellen Verhältnisse der Frau und ihres sozioökonomischen Status (auch im Kontext des Partners oder der Partnerin beziehungsweise des Paares und möglicherweise auch von deren Eltern) zeigt daher auf, ob die Frau beziehungsweise das Paar nach der Geburt des Kindes auf finanzielle Unterstützung beziehungsweise Versorgung durch Dritte angewiesen ist, etwa durch den Staat. Ist ein solcher Hilfsbedarf vorhanden, ist die Unterstützung frühzeitig vor der Geburt zu organisieren und die Finanzierung ist abzuklären.

6.2.3 Partner beziehungsweise Partnerin der Frau

Die Bereitschaft sowie die Ressourcen des Partners oder der Partnerin einer psychisch erkrankten Frau, eine enge Beziehung zum eigenen Kind einzugehen und sich an der Erziehung des Kindes zu beteiligen, sind hinsichtlich des Kindeswohles in der Beurteilung des Unterstützungsbedarfs enorm wichtig. Die Bedeutung der Partnerschaft ist zunächst darauf zurückzuführen, dass die Beziehungsgestaltung und Bindungsfähigkeit anamnestische Auskünfte enthalten – und auf diese Weise Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen können⁵³. Der Partner beziehungsweise die Partnerin ist hinsichtlich der Beziehungsgestaltung auf verschiedene Arten zentral: Der Partner oder die Partnerin kann für eine Frau mit negativen Bindungserfahrungen aus der Herkunftsfamilie beispielsweise eine korrigierende Beziehungserfahrung ermöglichen. Die psychisch erkrankte Frau kann in einer tragfähigen Partnerschaft Stabilität und Unterstützung erhalten, sodass sich die mütterliche Belas-

53 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.

tung vermindert. Zudem kann der Partner beziehungsweise die Partnerin durch eine sichere Bindungsbeziehung zum Kind eine kompensatorische Ressource sein. Ferner ist die Partnerschaft das primäre Beziehungsmodell für Kinder. Es ist dabei zu bedenken und zu erheben, was für Bindungserfahrungen der Partner oder die Partnerin gemacht hat und welchen Einfluss diese auf die Bindungsgestaltung des Partners oder der Partnerin haben. Je nachdem kann sich das negativ oder positiv verstärkend auswirken⁵⁴.

Die Fachperson sollte im Rahmen eines Paargesprächs erheben, inwiefern der Partner oder die Partnerin gewillt und es für ihn oder sie möglich ist, sich in die Versorgung des Kindes miteinzubringen (emotionale und zeitliche Verfügbarkeit), um die Mutter damit direkt zu entlasten. Sie sollte ferner untersuchen, inwiefern er oder sie für indirekte Entlastung mitsorgen kann (Aktivierung des Helfernetzes, finanzielle Ressourcen, emotionale Unterstützung und Hilfe im Umgang mit der Erkrankung und möglichen Defiziten). Im Rahmen einer tragfähigen Partnerschaft kann ein Kind unter Umständen mit einer psychisch schwer belasteten Mutter gut aufwachsen – sofern der Partner oder die Partnerin dem Kind ausreichende Unterstützung und eine sichere Bindungsbeziehung anbietet⁵⁵. Dies setzt voraus, dass der Partner oder die Partnerin selbst und nicht etwa ein älteres Geschwisterkind, wie dies in Familien mit psychisch erkrankten Müttern häufig vorkommt, die Verantwortung für die Familie übernimmt⁵⁶.

6.2.4 Unterstützende Matrix

Mit der unterstützenden Matrix sind die personellen Ressourcen einer Frau und ihrer Partnerin oder ihres Partners in ihrer Lebenswelt gemeint. Dazu gehören andere den Eltern nahestehende Personen, die nach der Geburt verbindlich bereit sind und auch die Kapazitäten haben, die Eltern und ihr Kind nach der Geburt so zu unterstützen, dass die kindlichen Bedürfnisse versorgt sind und damit das Kindeswohl geachtet werden kann. Dies beinhaltet eine zumindest für die ersten drei Jahre verbindliche Bereitschaft, mit dem Kind eine intensive Beziehung aufzubauen, sodass im Krankheitsfall der Mutter eine Unterstützung durch das soziale Netz gesichert ist. Voraussetzung dafür ist einerseits das Vorhandensein der Personen sowie deren Bereitschaft und Verbindlichkeit, andererseits aber auch die Offenheit der Frau, Unterstützung zu suchen und anzunehmen. Dies wiederum wird massgeblich von der Krankheitsbewältigung beeinflusst⁵⁷.

Zur unterstützenden Matrix gehören auch Fachpersonen, etwa die Psychiaterin oder der Psychiater, die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut, die Hebamme, die Mütter- und Väterberatung oder ein Beistand. Sprachkenntnisse sind eine Grundvoraussetzung, damit das Helfernetz mit der Familie in Kontakt kommen kann. Migration kann zur Folge haben, dass die Familie über ein spärliches soziales Netz verfügt – bis hin zur sozialen Isolation. Zudem können

54 Ebd.

55 Ebd.

56 Ebd.

57 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.4.

andere kulturelle Vorstellungen über Elternschaft sowie Bedürfnisse und Rolle der Kinder zu Differenzen führen.

6.2.5 Versorgungskompetenz

Zur Versorgungskompetenz gehört die Fähigkeit der Frau, die Betreuung des Kindes faktisch handzuhaben und den Alltag mit einem Säugling und Kleinkind überhaupt zu gestalten und zu organisieren. Die Grundlage zur Beurteilung der Versorgungskompetenz ist das Funktionsniveau. Zum Funktionsniveau gehören auch die Feinfühligkeit sowie die Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit⁵⁸.

6.2.6 Beziehungsgestaltung

Kinder haben einen Anspruch auf Bindung im Rahmen einer wohlwollenden Beziehung. Dazu ist die Fähigkeit der feinfühligsten Beziehungsgestaltung durch die primären Bezugspersonen, meist die Mutter, eine entscheidende Grundlage⁵⁹. Viele Mütter sind trotz psychischer Erkrankung insbesondere in remissionsfreien Phasen in der Lage, auf die Signale des Kindes angemessen zu reagieren, auf dessen Bedürfnisse einzugehen und intuitive kommunikative Fähigkeiten zu zeigen. Ist eine Frau nicht fähig, eine haltende und sichere Beziehung zum Kind einzugehen, so müssen andere Personen die primäre sichere Bindungsbeziehung übernehmen können, um eine gesunde biopsychosoziale Entwicklung des Kindes sicherzustellen⁶⁰. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben und keine kontinuierliche wohlwollende Bezugsperson in Aussicht, so ist unter Umständen ein Obhutentzug zu erwägen.

Bindungsdiagnostik erfordert die Anwendung von empirisch untersuchten Diagnostikinstrumenten, die von ausgebildeten Fachpersonen ausgewertet werden. Um sich jedoch als Behandelnde oder Behandelnder der Bindungsfähigkeit einer Patientin in Bezug auf den Unterstützungsbedarf bei einer möglichen Mutterschaft zu nähern, ohne eine ausführende Bindungsdiagnostik durchzuführen, können Übertragungsphänomene aus bestehenden Beziehungen wertvolle Informationen liefern. Dabei kann die Fachperson mit der Patientin gemeinsam besprechen, welche wichtigen Beziehungen es aktuell im Leben der Patientin gibt. Um zu erheben, wie die Patientin Beziehungen gestaltet, kann sie dann gefragt werden, wie die Patientin sich selbst und andere in Beziehungen erlebt. Um weitere wichtige bindungsbezogene Informationen zu erhalten, sollte die Fachperson ausserdem reflektieren, wie andere Personen die Patientin erleben und sich selbst in Gegenwart der Patientin fühlen. Diese zweite Perspektive sollte durch die Übertragungsphänomene der Fachperson in der Arbeit mit der Patientin ergänzt werden. In einem Beratungsprozess ist eine ausführende Bindungsdiagnostik oftmals nicht möglich. Die Beziehungsgestaltung in aktuellen oder früheren (Psycho-)Therapien enthält wichtige (fremd-)anamnestische Informationen zur Bindungsfähigkeit: konkret, ob die Person sich auf eine Therapie einlassen kann, sich bei Schwierigkeiten

58 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.2.

59 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.

60 Ebd.

meldet, einen gemeinsamen Therapieplan (beispielsweise bei Medikamenten) mitträgt und eigene Anteile selbstreflexiv berücksichtigen kann. All diese Reflexionsfragen kann die Fachperson nutzen, um einen Eindruck davon zu erhalten, inwiefern die Patientin befähigt ist, sichere, stabile und wohlwollende Beziehungen aufzunehmen und aufrechtzuhalten. Mögliche Fragen an die Patientin zur Beziehungsgestaltung sind in der nachfolgenden Textbox «Praktische Tipps» zu finden.

Praktische Tipps: Die Fachperson sollte folgende Fragen zur Mutterschaft und zur Beziehungsgestaltung mit der Patientin thematisieren und sie zum Nachdenken anregen:

- Welches sind aktuell Ihre wichtigen Beziehungen?
- Wie würden Sie diese Beziehungen beschreiben?
- Gibt es in den aktuellen Beziehungen bestimmte Muster, zum Beispiel häufige Konflikte oder typische Probleme?
- Wie ist die Beziehung zu Ihren Eltern aktuell?
- Was haben Sie aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt?
- Was, hoffen Sie, wird Ihr Kind einmal aus seinen Erfahrungen mit seinen Eltern lernen?

6.2.7 Eigene Bindungserfahrung, eigene mentale Repräsentation, eigene Muttergeschichte

Inwieweit eine Frau Bindungsfähigkeit aufweist und die Mutterrolle übernehmen kann, hängt massgeblich davon ab, welche Erfahrungen sie mit ihren frühen Bezugspersonen gemacht hat – und inwieweit sie mögliche negative Erfahrungen aufarbeiten konnte. Die Forschung zeigt, wie sehr die eigene Muttergeschichte die eigene Mutterrolle prägt⁶¹. Dies konnte auch intensiv im Rahmen der empirischen Studien, das heisst im Rahmen der Interviews mit betroffenen Frauen, aufgezeigt werden. Es ist wichtig, dass diese Erfahrungen offen reflektiert werden. Damit können negative Selbstkonzepte, die sich ausgebildet haben, hinterfragt und korrigiert werden, um die eigenen Vorstellungen einer Mutterrolle realistisch gestalten zu können und in die zukünftige Lebensgestaltung zu integrieren⁶². Aber auch die Beziehungserfahrungen mit anderen Personen spielen eine Rolle, um eine eigene mentale Repräsentation von sich selbst und eine Vorstellung vom Muttersein zu entwickeln. Daher ist es zur Einschätzung der Patientin hilfreich zu erfassen, welche Erfahrungen diese mit verschiedenen Bezugspersonen in ihrem Leben gemacht hat und wie diese Erfahrungen mit den Bezugspersonen bereits integriert wurden. Mögliche Fragen dazu sind nachfolgend in der Textbox «Praktische Tipps» aufgeführt.

Praktische Tipps: Zur Ermittlung der Erfahrungen mit verschiedenen Bezugspersonen einer psychisch erkrankten Frau können Reflexionsfragen an die Frau aus dem «Adult Attachment Interview»⁶³ hilfreich sein, wie beispielsweise folgende Fragen:

61 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.3.

62 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6.2.1.

63 Vgl. George et al. (1996).

- Wie sah Ihre frühe Familiensituation aus?
- Wer waren wichtige Bezugspersonen in Ihrer Kindheit? Wie war die Beziehung zu ihnen?
- Wie beschreiben Sie die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihren Eltern hatten?
- Wenn Sie fünf Eigenschaftswörter auswählen, um die Beziehung als Kind zu Ihren Eltern zu beschreiben, welche treffen zu?
- Welche Ereignisse fallen Ihnen zu diesen Eigenschaftswörtern ein?
- Gibt es etwas, das Sie ganz anders machen möchten als Ihre Mutter beziehungsweise Ihre Eltern?

Bei der Beantwortung dieser Fragen, wie sie unter «Praktische Tipps» aufgeführt werden, ist besonders interessant, inwiefern die Patientin emotionalen Zugang zu den Erlebnissen hat und mit realen Erfahrungen in Zusammenhang bringen kann. In der Anamnese der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung in verschiedenen Kontexten (Paarbeziehung, Freundschaften, Familie) lassen sich Rückschlüsse ziehen, inwiefern die Person in der Lage ist, diese zu reflektieren. Im Gespräch über konkrete zwischenmenschliche Interaktionen (beispielsweise über Konflikte) zeigt sich, wie gut die Person eigene mentale Zustände und die von anderen erfassen kann und damit Verhaltensweisen begründet. In der Art der Bewältigung von schwierigen Situationen zeigt sich, inwiefern die Person funktionale Emotionsregulationsstrategien anwenden kann oder ob sie in dysfunktionale Strategien (Substanzkonsum, Beziehungsabbruch, Rückzug, Selbstverletzung etc.) verfällt.

In diesem Zusammenhang ist besonders wichtig zu betonen, dass die Thematisierung früher Bindungserfahrungen bei der Betroffenen teilweise unangenehme Gedanken und Gefühle auslösen kann und daher von der Fachperson ausserordentliche Behutsamkeit und besonderes Einfühlungsvermögen erfordert. Dafür ist es unabdingbar, dass die eigenen Grenzen als Behandelnde oder Behandelnder anerkannt werden. Wenn im Gespräch mit der Patientin eine starke Belastung und sogar frühe Traumatisierungen erkennbar sind, sollte von der Fachperson entschieden werden, ob der gegebene Rahmen und die Behandlungsbeziehung das schwierige Erleben der Patientin auffangen können. Sollte dies nicht ausreichen, ist im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit der Einbezug einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachperson zu thematisieren.

6.2.8 Stressbelastung

Auch bei Müttern, die grundsätzlich über Fähigkeiten zu Feinfühligkeit, Mentalisierung und Emotionsregulation verfügen, können diese situativ durch Stress und Belastung eingeschränkt sein⁶⁴. Kurzfristige Minderung der mütterlichen Beziehungskompetenzen wird dabei die kindliche Entwicklung nicht nachhaltig beeinträchtigen. Hohe und andauernde Belastungen und Stress der Mutter (beispielswei-

64 Vgl. Finegood et al. (2016).

se durch die Umwelt, durch physische und psychische Erkrankungen) können jedoch schon in der Schwangerschaft negative Auswirkungen auf das ungeborene Kind haben⁶⁵. Auch die Bindungsfähigkeit und damit die (emotionale) Versorgungskompetenz der Mutter können durch chronische Stressbelastung beeinträchtigt werden⁶⁶. Zudem stellt eine erhöhte Stressbelastung ein Risiko für den weiteren Krankheitsverlauf dar (Diathese-Stress-Modell). Daher kommt der Einschätzung der Stressbelastung der Patientin sowie ihres Umgangs mit Stress in der Erhebung des Unterstützungsbedarfs grosse Bedeutung zu. Dabei kann es hilfreich sein, zunächst besondere Stressoren und maladaptive Bewältigungsstrategien gemeinsam zu identifizieren, um dann im nächsten Schritt Techniken zur Stressbewältigung zu erlernen, möglicherweise auch im Rahmen einer weiterführenden Psychotherapie. Vorschläge für Fragen an die Patientin zur Stressbelastung sind in der folgenden Textbox «Praktische Tipps» zu finden.

Praktische Tipps: Anhaltender, starker Stress kann sich auf die Feinfühligkeit und Stabilität einer Frau im Umgang mit dem Kind auswirken – auch unabhängig von einer psychischen Erkrankung und deren Verlauf. Die Fachperson sollte sich daher mit den möglichen belastenden Stressfaktoren der Frau auseinandersetzen, wobei folgende Fragen behilflich sein könnten:

- Fühlen Sie sich häufig oder dauernd gestresst?
- In welchen Situationen sind Sie gestresst?
- Wie bewältigen Sie den Stress?
- Welche dieser Situationen lassen sich verändern?
- Welche lassen sich nicht verändern?
- Welche sind kaum zu bewältigen (Arbeit, Partnerschaft, Familie)?
- Wie, wann und vielleicht auch mit wem erholen Sie sich?
- Haben Sie eine Idee oder Vorschläge, wie Sie sich noch besser erholen könnten?

6.2.9 Medizinische Aspekte (schwangerschaftsbezogen)

Eine Schwangerschaft beeinflusst die Grunderkrankung durch psychologische und psychodynamische Faktoren, insbesondere durch die psychische Anpassungsleistung postpartal «von der Frau zur Mutter». Schlafmangel durch die nächtliche Versorgung des Kindes kann sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken und eine Verschlechterung bewirken. Des Weiteren birgt die Schwangerschaft per se durch die hormonellen Veränderungen bei den affektiven Störungen die Gefahr einer Aggravation einer bestehenden Symptomatik, eines Rückfalles (Depression) oder einer Entgleisung (Bipolare Störung). Die Schizophrenie bleibt weitgehend unbeeinflusst von den hormonellen Veränderungen, birgt jedoch in symptomatischen Phasen Risiken für das Wohl der Frau und des Kindes. Die ausgeprägte psychische Komorbidität zu weiteren psychischen Erkran-

65 Vgl. Wurmser et al. (2006).

66 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.3.

kungen und speziell auch zu Substanzmissbrauch ist dabei in der Erhebung zu berücksichtigen. Somatisch ist zum Beispiel die Komorbidität der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und von Diabetes zu berücksichtigen, die wiederum eine Folge von Nikotinabusus oder einer Gewichtszunahme sein können, zum Beispiel durch die Einnahme eines Psychopharmakons. Die genannten medizinischen Aspekte beeinflussen im Kontext eines Kinderwunsches daher die Therapieplanung und den Betreuungskontext gerade bei einer psychisch erkrankten Frau⁶⁷.

6.2.10 Psychopharmaka und Schwangerschaft

Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit ist oft sowohl bei den Behandelnden wie auch bei der Patientin angstbesetzt. Gleichzeitig gibt es eine grosse Anzahl von verschiedenen Medikamentengruppen, die in ihrer bisherigen Anwendung **kein erhöhtes Fehlbildungsrisiko** oder kindliche Entwicklungsstörungen zur Folge haben (vgl. Tabelle 3 in Kapitel 7.4.5)⁶⁸. Bei diesen Medikamenten ist das Risiko für die Mutter und das Kind relativ gering, der Nutzen der Medikamente kann aber sehr gross sein. Grundsätzlich lässt sich sagen: Je häufiger ein Medikament eingesetzt wurde und je älter es ist, desto mehr Daten liegen dazu vor, sodass die Empfehlungen auf einer breiteren Datenbasis beruhen. Innerhalb der verschiedenen Medikamentengruppen kann dies die Auswahl eines vertretbaren Medikaments beeinflussen. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung hinsichtlich einer möglichen Gefährdung von Mutter und Kind ist zentral bei der Entscheidung und Auswahl eines Medikaments⁶⁹. Da Schwere und Verlauf einer Erkrankung sehr unterschiedlich sind, ist dies bei jeder Frau individuell zu klären.

Auch durch eine **unbehandelte psychische Erkrankung** ergeben sich direkt Risiken für das Kind (etwa Geburtskomplikationen, geringeres Geburtsgewicht des Kindes)⁷⁰. Möglich sind aber auch indirekte Risiken durch eine erhöhte Belastung und geringere Leistungsfähigkeit der betroffenen Frau, durch verminderte Beziehung und Beschäftigung mit dem Kind bis hin zu einem erhöhten Suizidrisiko. Um das Risiko einer Medikation in der Schwangerschaft überblicken zu können, wird häufig empfohlen, nur ein einzelnes Medikament einzusetzen. Je nach Symptomen und Krankheitsausprägung ist eine Behandlung mit mehreren Substanzen dennoch häufig notwendig und auch sinnvoll, um die psychische Stabilität zu erhalten oder wiederherzustellen. Es muss bei der Therapieplanung berücksichtigt werden, dass eine Schwangerschaft oft erst spät, beispielsweise in der sechsten bis achten Woche nach der letzten Periode, manchmal sogar noch später, festgestellt wird. Dies bedeutet, dass bei etwa der Hälfte der Schwangerschaften diese erst weit im ersten Trimenon festgestellt wird, wenn die Organogenese bereits fortgeschritten ist. Vor diesem Hintergrund sollen Frauen im gebärfähigen Alter prinzipiell eine Medikation erhalten, die auch in einer möglichen Schwangerschaft fortgeführt werden kann.

67 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.2.

68 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.4.5.

69 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.4.

70 Vgl. Tosato et al. (2017), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.

Psychopharmaka während der Schwangerschaft und Stillzeit werden als sogenannter «Off-Label-Use» abgegeben, was bedeutet, dass sie von Swissmedic, der Heilmittelbehörde der Schweiz, nicht offiziell zugelassen sind. Ein wesentlicher Grund für die fehlende offizielle Zulassung während Schwangerschaft und Stillzeit ist, dass es für diese Medikamente keine systematischen Vergleichsstudien gibt. Solche Vergleichsstudien dürfen aus ethischen Gründen bei ungeborenen Kindern beziehungsweise an schwangeren Frauen nicht durchgeführt werden. Zudem ist die fehlende offizielle Zulassung eine rechtliche Absicherung der Vertriebsfirma. Sie kann aber zu Verunsicherung bei Betroffenen und Fachpersonen führen – selbst dann, wenn die klinischen Erfahrungen keine Hinweise auf schädigende Auswirkungen für das Kind zeigen. Kapitel 7.4 gibt weiterführende Grundlagen und Informationen zur Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit. Laufend aktualisierte Datenbanken mit Informationen zu den einzelnen Medikamenten und persönliche Beratung finden Fachpersonen und Patientinnen bei den in den nachfolgenden «Praktischen Tipps» genannten Quellen.

Praktische Tipps: Um nähere und persönliche Informationen zum Gebrauch von Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit zu bekommen, können folgende Quellen konsultiert werden:

- Das Angebot **Embryotox** wird interdisziplinär von erfahrenen Fachpersonen unter anderem aus den Bereichen Arzneimittelsicherheit, Psychiatrie, Gynäkologie und Pädiatrie betrieben. Das Angebot ist abrufbar unter www.embryotox.de.
- Das Angebot **Reprotox** berät auf Grundlage einer Datenbank persönlich unter www.uniklinik-ulm.de/frauenheilkunde-und-geburtshilfe/schwerpunkte/geburtsmedizin/medikamentenberatung.html.
- In der Schweiz gibt es von pharmakologischer Seite her die **Sprechstunde «Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit»**, in der in einer persönlichen Konsultation eine psychiatrische und beziehungsweise oder somatische Medikation im klinischen Kontext evaluiert und die Patientin umfassend über diese aufgeklärt wird. Die Anmeldung erfolgt via schwangerschaft@pdag.ch.
- Ferner existieren in immer mehr Kantonen **Angebote für Gynäkopsychiatrie**, die ebenfalls Medikamente im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes besprechen. Die Angebote sind via regionale Psychiatrieambulatorien auffindbar.

6.3 Auswertung der Anamnese und des Befundes für Beurteilung und Prozedere

Nach der Erhebung und Einschätzung des möglichen Unterstützungs- und Handlungsbedarfs und der vorhandenen Kompensationsressourcen der Patientin prüft die beratende Fachperson kritisch alle zuvor gesammelten Informationen (aus der Anamnese, aus dem Befund und eingebettet auch aus der Diagnose), wie in Abbildung 1 dargestellt.

Dazu untersucht und reflektiert sie die Haltungen und Einstellungen der Patientin zum Thema Kinderwunsch, die eigenen Haltungen und Einstellungen sowie die Fakten zur sozialen, psychiatrischen und psychologischen Anamnese und den aufgezeigten Handlungs- und Unterstützungsbedarf, wie er zuvor anhand der zehn Kriterien erhoben wurde⁷¹. Es ist hilfreich, die Ergebnisse der Einschätzung mit der Selbsteinschätzung der Patientin, wie sie über eine ergänzende Informationsbroschüre für betroffenen Frauen möglich ist, zu vergleichen und zu besprechen. Mögliche Abweichungen in der Selbsteinschätzung der Patientin und der Einschätzung der Fachpersonen sind besonders zu diskutieren. Gemeinsam mit der Patientin wird versucht, den Kinderwunsch vor dem Hintergrund der konkreten Lebenssituation vertieft zu reflektieren und je nach Bedarf eine informierte und fundierte Entscheidung zu treffen.

Ausgehend von der Prüfung der zehn Kriterien erfolgt nun eine Gesamtbeurteilung des Unterstützungsbedarfs der Frau zur Realisierung des Kinderwunsches. Gegebenenfalls werden auch konkrete Massnahmen zum Handlungsbedarf besprochen, beispielsweise eine Anpassung der Medikation, weiterführende Psychotherapien oder Entlastungsmöglichkeiten. Die Ergebnisse dieser Gesamtbeurteilung und die erforderlichen Massnahmen zum Kinderwunsch sind Teil der gängigen psychiatrischen Praxis und werden im Rahmen des üblichen Prozederes umgesetzt. Es empfiehlt sich, die Ergebnisse der Beratung schriftlich festzuhalten und der Frau, aber auch anderen beteiligten Fachpersonen (beispielsweise Ärztinnen und Ärzten, Geburtsspital, Beiständen) auszuhändigen. Im Sinne der interdisziplinären Zusammenarbeit fördert dies ein gemeinsames Fallverständnis und verhindert Missverständnisse, Unsicherheiten und unterschiedliche Beratungsziele. Was beim Festhalten des gemeinsam gefundenen, fundierten Entscheids beachtet werden sollte, ist in den nachfolgenden «Praktischen Tipps» aufgeführt.

Praktische Tipps: Der von Fachperson und Patientin gemeinsam getroffene Entscheid hinsichtlich der Medikation und des Unterstützungsbedarfs muss gut begründet, nachvollziehbar und transparent sein. Es empfiehlt sich, diesen Entscheid entsprechend gut zu dokumentieren und von Patientin und Fachperson schriftlich festhalten zu lassen, auch wenn der Entscheid vielleicht nur vorläufig ist. Gegenstand dieses Entscheids ist auch, dass die konkreten Unterstützungsmassnahmen darin aufgeführt werden. Der dokumentierte Entscheid kann zudem Orientierung und Hilfe für andere Fachpersonen oder auch Behörden wie die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sein.

6.4 Ansprechen sensibler Themen: Verhütung, Abbruch und Fremdplatzierung

Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Fremdplatzierung sind sehr sensible Themen, weil sie die physische, psychische und psychosoziale Integrität der

Frau und damit relevante Grundrechte betreffen. Vor diesem Hintergrund werden diese Aspekte im Gespräch mit der Patientin oft kaum bis gar nicht thematisiert. Sowohl die Patientin als auch die Fachpersonen vermeiden es häufig, diese heiklen Fragen anzusprechen. Diese Tabuisierung haben auch die Befragungen von psychisch erkrankten Frauen deutlich aufgezeigt. Die vorliegenden Empfehlungen möchten dazu ermutigen, sich auch über diese ethisch relevanten Fragestellungen auszutauschen, damit die Patientin beziehungsweise das Paar ihren beziehungsweise seinen Reproduktionsentscheid informiert und ethisch reflektiert zum eigenen Wohl und zu demjenigen des Kindes treffen kann.

⁷¹ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6.2.

7 Fachliche Bausteine zur vertieften Auseinandersetzung in der Beratung

Jacqueline Binswanger, Rahel Altwegg, Paola Barbier Colombo, Ulrich Hemmeter, Ruth Baumann-Hölzle, Daniel Gregorowius, Beate Priewasser (Kapitel 7.1), Pauline Bihari Vass (Kapitel 7.1), Adelheid Lang (Kapitel 7.1), Erich Seifritz (Kapitel 7.3), Antje Heck (Kapitel 7.4)

In diesem Teil werden die Grundlagen aufgeführt, die im Rahmen einer Beratung und Behandlung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung zu thematisieren sind. Das nachfolgende Kapitel stellt eine Vertiefung der Grundlagen dar, wie sie für das Verständnis der zehn Beurteilungskriterien im Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstool (IPKB) aus Kapitel 6 notwendig sind. Kapitel 7 ist in diesem Sinne als ein Nachschlagewerk für die Arbeit mit dem Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstool (IPKB) zu verstehen.

7.1 Baustein Bindungsforschung: Interaktion zwischen Mutter und Kind bei psychischer Erkrankung

In den ersten Jahren im Leben eines Kindes ist die Bildung einer sicheren und stabilen Bindungsbeziehung zu primären Bezugspersonen von zentraler Bedeutung. Wenn das Kind erlebt, dass seine Bedürfnisse von einer Bezugsperson verlässlich, adäquat und prompt beantwortet werden, ist der wichtigste Grundstein zur Entstehung einer sicheren Bindung gelegt. Die sichere Bindungserfahrung trägt grundlegend zur gesunden biopsychosozialen Entwicklung des Kindes bei und stellt somit einen Resilienzfaktor für das gesamte Leben dar⁷². Viele Studien zeigen, dass eine psychische Erkrankung der Mutter, und insbesondere die damit einhergehenden Probleme im Bereich der Emotionsregulation und Mentalisierungsfähigkeit, die beständige und feinfühlig Beantwortung der kindlichen Bedürfnisse erschwert und somit den Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung massgeblich beeinträchtigen kann⁷³. Die Behandlung, Betreuung und Beratung von psychisch erkrankten Frauen mit Kinderwunsch sollten daher aus bindungstheoretischer Perspektive dabei unterstützen, mögliche Einschränkungen hinsichtlich des Aufbaus einer sicheren Bindungsbeziehung gemeinsam zu reflektieren, um diesen individuelle Ressourcen und potenzielle Schutzfaktoren gegenüberstellen zu können. So können bereits vor Beginn der Schwangerschaft – zusätzlich zu einer engmaschigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung, in der auch traumatische Bindungserfahrungen thematisiert werden – bindungsorientierte Präventionsangebote zur Förderung der mütterlichen Feinfühligkeit und des Aufbaus einer sicheren Bindung gesetzt werden. Dazu zählt auch eine bindungsorientierte Haltung von Fachpersonen in der Begleitung der Frau bei ihrer Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch.

7.1.1 Entstehung und Bedeutung der frühkindlichen Mutter-Kind-Bindung

Eine sichere Bindung zu feinfühlig Beantwortung der kindlichen Bedürfnisse dient Kindern als sichere Basis, die es ihnen ermöglicht, ihre Umwelt zu erkunden und wichtige Entwicklungsschritte zu absolvieren. Im Alltag würde sich eine sichere Bindung zum Beispiel daran zeigen, dass sich ein Kind in Momenten, die ihm Angst machen oder Stress bereiten, unmittelbar durch Weinen, Rufen oder später auch Nachlaufen an seine Bindungsperson wendet. Die Bindungsperson wiederum hätte ihrerseits eine sogenannte «Bondingbereitschaft», das heisst eine Bereitschaft, auf das Bindungsbedürfnis ihres Kindes einzugehen und ihm zu helfen, es zu trösten und zu schützen. In solchen Momenten, in denen das kindliche Bedürfnis und die elterliche Bereitschaft fein abgestimmt zueinanderpassen, kann sichere Bindung entstehen und das Kind kann ein inneres Arbeitsmodell davon entwickeln, wie seine Bindungsperson beziehungsweise -personen in unterschiedlichen, manchmal auch angsteinflößenden oder stressvollen Situationen reagieren und wie sie ihm helfen, seine Gefühle zu organisieren und zu regulieren. Wird das Kind älter, reicht irgendwann die innere Repräsentation dieser sicheren Bindungsperson, um – auch wenn die Bindungsperson nicht direkt verfügbar ist – in stressauslösenden Alltagssituationen das Bindungsbedürfnis zu beruhigen und sich emotional wieder in einen ausgeglichenen Zustand zu bringen. Die tiefgreifende Bedeutung einer sicheren Bindung für die kindliche Entwicklung gilt mittlerweile als gesichert.

Fazit: Kinder, denen in den ersten Lebensjahren eine feinfühlig, zuverlässige und emotional verfügbare Bezugsperson zur Seite steht, zeigen im Verlauf ihrer Entwicklung bessere kognitive Leistungen, eine höhere Empathie- und Problemlösefähigkeit, mehr prosoziales Verhalten in Konfliktsituationen und tragfähigere Beziehungen zu Gleichaltrigen⁷⁴. Ausserdem bildet eine sichere Mutter-Kind-Bindung die Grundlage für Widerstandsfähigkeit (Resilienz) gegenüber Belastungen im weiteren Leben sowie für das Erleben von allgemeiner Lebenszufriedenheit⁷⁵. Aus diesem Grund postuliert die Bindungstheorie, dass für die seelische Gesundheit des heranwachsenden Kindes eine verlässliche und feinfühlig Fürsorge von zentraler Bedeutung und der Aufbau einer Bindung biopsychologisch notwendig ist⁷⁶.

74 Vgl. Weinfeld et al. (2008).

75 Vgl. Stafford et al. (2016).

76 Vgl. Grossmann & Grossmann (2014).

7.1.2 Mütterliche Beziehungskompetenzen für den Aufbau einer sicheren Bindung

Bindung ermöglicht, dass unter bedrohlichen, beängstigenden oder fremden Situationen Nähe und Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen gesucht wird, um ein Gefühl der Sicherheit zu erlangen. Ein Säugling hat dabei ab der Geburt verschiedene Verhaltensweisen (beispielsweise Wimmern, Weinen, Anklammern, Lächeln, Schreien) zur Verfügung, um diesen Kontakt herzustellen. Die jeweiligen Bedürfnisse des Kindes dann auch adäquat zu versorgen, erfordert die Feinfühligkeit der Bezugspersonen.

7.1.2.1 Feinfühligkeit

Die wichtige Fähigkeit der Feinfühligkeit der jeweiligen Bezugsperson beinhaltet, dass die Signale und wechselnden Bedürfnisse des Kindes differenziert wahrgenommen werden können und auf diese angemessen, also ohne Über- oder Unterstimulation und in einem entwicklungsfördernden Zeitfenster, reagiert werden kann⁷⁷. Die Fähigkeit der Feinfühligkeit erfordert von einer Mutter, dass diese aus der Sicht des Kindes handelt, also angepasst an die wechselnden Bedürfnisse und differenzierten Signale des Kindes⁷⁸. Diese Fähigkeit ist deshalb so wichtig, weil Säuglinge zunächst darauf angewiesen sind, dass sie in der Beziehung zu ihren primären Bezugspersonen bei der Regulation von physiologischen und emotionalen Zuständen unterstützt werden. Wenn ein Säugling erlebt, dass angemessen und zuverlässig auf ihn und seine Bedürfnisse reagiert wird, kann er mit der Zeit eigene Strategien für die Regulation und Bewältigung innerer Zustände entwickeln.

7.1.2.2 Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit

Ein Kind bei der Regulation seiner inneren Zustände adäquat zu unterstützen, erfordert von den Eltern auch, dass diese die Bedürfnisse, Gefühle und Gedanken ihres Kindes nachvollziehen können. Deshalb wurde in der neueren Forschung neben der Feinfühligkeit auch die **Reflexions- oder Mentalisierungsfähigkeit** identifiziert, die, ebenso wie die Feinfühligkeit, eine tragende Rolle bei der transgenerationalen Vermittlung einer sicheren Bindung spielt⁷⁹.

Die Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit beschreibt die Bezugnahme auf das innere Erleben bei der Interpretation von Verhaltensweisen. Mentalisierung ist also die Fähigkeit, das eigene Verhalten und das seiner Mitmenschen in Verbindung mit inneren Zuständen (Wünschen, Absichten, Gefühlen, Vermutungen, Hoffnungen) zu sehen und angemessen darauf zu reagieren⁸⁰. Es ist eine emotionale Kompetenz, um Verhalten zu verstehen und aus Verhaltensweisen ablesen zu können, was in jemandem vorgeht. Daher ermöglicht Mentalisierungsfähigkeit, soziale Situationen besser verstehen und einordnen und eigene Affekte besser regulieren zu können.

77 Vgl. Bigelow et al. (2010) sowie De Wolff & van Ijzendoorn (1997).

78 Vgl. Grossmann & Grossmann (2014).

79 Vgl. Slade et al. (2005).

80 Vgl. Fonagy et al. (2002).

Mentalisierungsfähigkeit wird intersubjektiv, insbesondere in der Interaktion mit den primären Bindungspersonen, erworben. Die Bezugsperson fühlt durch die eigene emotionale Aktivierung nach, was das Kind fühlt. Adäquate Mentalisierungsfähigkeit bedeutet dabei, dass die Bezugsperson zwischen dem Zustand des Kindes und der eigenen Aktivierung unterscheiden kann. Die Fähigkeit der Emotionsregulation ermöglicht darüber hinaus, dass die Mutter in der Lage ist, diese emotionale Aktivierung für sich selbst und das Kind zu regulieren. Eine ausgeprägte Mentalisierungsfähigkeit der Eltern hängt daher mit einer verbesserten Emotionsregulation und ausgeprägteren sozialen Fähigkeiten des Kindes zusammen⁸¹. Bezugspersonen mit einer starken Mentalisierungsfähigkeit und Feinfühligkeit sind in der Lage, das Verhalten des Kindes und die damit verbundenen Bedürfnisse zu verstehen und diese beständig und feinfühlig zu beantworten. Dies wiederum führt beim Kind zu einem positiven inneren Arbeitsmodell⁸² von sich selbst und den Erwartungen an die Bezugspersonen und damit zu einem sicheren Bindungsmuster.

Manche Mütter bringen die Voraussetzungen einer emotional verfügbaren Bindungsperson mit, weil sie selbst mit einer solchen aufwachsen durften und diese Erfahrung nun als mentale Repräsentation in sich tragen. Ihr inneres Arbeitsmodell evoziert Verhaltensweisen wie zum Beispiel die feinfühlig Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, die einen sicheren Bindungsaufbau ihres Kindes begünstigen. Frauen mit einer eigenen unsicheren oder gar traumatischen Bindungserfahrung, einer psychischen Erkrankung oder einer starken Belastung verfügen häufig nicht über diese intuitive Kompetenz. Sie können diese Fähigkeiten jedoch verbessern, indem sie feinfühlig Verhaltensweisen trainieren⁸³. Auch können positive, sichere Beziehungserfahrungen – etwa im Rahmen einer therapeutischen Beziehung – die Bindungsrepräsentation noch im Erwachsenenalter durch korrigierende Beziehungserfahrungen verändern⁸⁴.

Für den Beratungsprozess ist es unabdingbar, dass die Fachperson sich mit den Fähigkeiten sowie Grenzen der Patientin empathisch auseinandersetzt. In Bezug auf die Beziehungsgestaltungskompetenzen gibt es zwar verschiedene Verfahren, mit denen Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit diagnostisch erhoben werden können. Allerdings sollte der Beratungsprozess eher als gemeinsame Auseinandersetzung mit der inneren Welt der Patientin gestaltet werden. Dafür kann von Fachpersonen folgende Frage aus dem «Adult Attachment Interview» gestellt werden⁸⁵: «Gibt es etwas Bestimmtes, von dem Sie annehmen, dass Sie es aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt haben?». Bei der Beantwortung dieser Frage ist dann vor allem interessant, wie sehr die Patientin einen Bezug zu ihren eigenen inneren Zuständen und dem Verhalten herstellen kann, diese kohärent und komplex beschreiben und einen Zusammenhang zu ihrer Lebensgeschichte und äusseren Umständen herstellen kann. Die Reflexions- und Mentalisierungsfähigkeit zeigt sich also darin, wie gut es

81 Vgl. Sharp & Fonagy (2008).

82 Vgl. Bowlby (1975).

83 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.6.

84 Vgl. Taylor et al. (2015).

85 Vgl. George et al. (1996).

der Person gelingt, das eigene Verhalten sowie die Handlungsweisen der anderen plausibel mit inneren Zuständen zu begründen.

Dasselbe gilt für eine weitere Frage des «Adult Attachment Interview», die bei bestehendem Kinderwunsch gestellt werden könnte: «Was hoffen Sie, wird Ihr Kind einmal durch seine Erfahrungen mit seinen Eltern lernen?» Auch durch diese Frage kann sich die Fachperson einen Eindruck von inneren Vorstellungen, Gedanken und Wünschen hinsichtlich einer Mutterschaft verschaffen. Dabei ist interessant, welche Bandbreite an emotionalen Zuständen die Patientin schildert und inwiefern sie diese mit Erfahrungen verknüpfen kann.

Für die Verbesserung der mütterlichen Beziehungskompetenzen ist die psychotherapeutische Behandlung zentral. Daher sollte die Fachperson die Möglichkeit der Aufnahme einer Psychotherapie im Beratungsprozess bei gegebener Indikation mit der Patientin besprechen. Die (psycho-)therapeutische Beziehung selbst ist ein neues und eigenständiges Beziehungsangebot, in dem Patientinnen beziehungsweise Patienten in einem sicheren Rahmen lernen können, ihre eigenen inneren Zustände zu verstehen. Dies kann zudem die Sensibilität für das innere Erleben anderer Personen fördern und dadurch die Differenzierung zwischen dem Selbst und anderen unterstützen. Damit entsteht die Möglichkeit, soziale Situationen besser zu verstehen und vorherzusagen sowie damit verbundene Affekte besser zu regulieren. Hier wächst die bindungsrelevante Fähigkeit der Mentalisierung, die im Weiteren auch die Bindungsbeziehung zum Kind prägt.

Ausserdem können auch schwierige (Bindungs-)Erfahrungen im Rahmen einer sicheren therapeutischen Beziehung besprochen, im geschützten Rahmen (wieder-)erlebt und dadurch integriert werden. Gemeinsam kann dann reflektiert werden, wie diese Erfahrungen eine mögliche Mutterschaft und die Bindungsbeziehung zum Kind beeinflussen könnten. Dieser Prozess ist ein wichtiger Schritt, um die eigene Mutterschaft autonomer und kohärenter gestalten zu können.

Fazit: Es gibt bestimmte mütterliche Beziehungskompetenzen, die für die Entstehung einer sicheren Beziehung zwischen Mutter und Kind von grosser Bedeutung sind. Zu den wichtigsten zählen dabei die Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit der Mutter. Diese Kompetenzen werden zwar durch die eigenen frühen Bindungserfahrungen der Mutter erworben, können jedoch auch nachträglich beispielsweise im Rahmen einer Psychotherapie erlernt und verbessert werden.

7.1.3 Mögliche Einschränkungen mütterlicher Beziehungskompetenzen durch die psychische Erkrankung

Viele Frauen, insbesondere wenn sie mit einer psychischen Erkrankung leben müssen, beschäftigt die Frage, ob sie einem Kind eine gute Mutter sein können. Verschiedene Studien zeigen, dass Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit bei Betroffenen mit psychischer Erkrankung, negativer Bindungserfahrung und beziehungsweise oder

Traumatisierung eingeschränkt sein können, was sich auf die Interaktion mit dem Kind und dadurch auch auf die kindliche Entwicklung auswirken kann. Säuglinge sind in den ersten Monaten auf die vollständige Übernahme der Regulation ihrer emotionalen Spannungszustände durch primäre Bezugspersonen angewiesen⁸⁶. Durch diese Co-Regulation erlernen sie erste emotionsregulative Strategien, die sie im Laufe der Entwicklung beginnen, eigenständig anzuwenden⁸⁷. Die Entwicklung der Emotionsregulation erfolgt wesentlich über die «soziale Rückversicherung»: Säuglinge nehmen in Situationen, in denen sie unsicher sind, Kontakt zu den Bezugspersonen auf, um sich an deren emotionalem Ausdruck zu orientieren⁸⁸. Spiegeln diese Bezugspersonen die emotionalen Signale des Kindes wider, ohne dabei selbst vom emotionalen Erleben überwältigt zu sein, helfen sie dem Kind dabei, den eigenen emotionalen Ausdruck zu erleben und zu regulieren. Wenn die primäre Bezugsperson jedoch, zum Beispiel aufgrund einer depressiven Erkrankung, verminderte Reaktionen auf kindliche Emotionen erlebt und ausdrückt oder aufgrund einer anderen psychischen Erkrankung die Emotion des Kindes selbst nicht «lesen» kann und davon überfordert ist, kann sie die Regulation der kindlichen Emotionen nicht ausreichend übernehmen. Das Kind erlebt dann viele Situationen, in denen sein Befinden nicht adäquat wiedergespiegelt wird. In der Folge ist es für dieses Kind schwieriger, die eigenen Gefühle zu bewerten, zu regulieren und zu organisieren. Dies beeinträchtigt die weitere Entwicklung eigener Emotionsregulationsfähigkeiten⁸⁹. Daraus ergibt sich oft ein negativ aufgeladenes Klima aufgrund der Wechselwirkungen zwischen dem Problemverhalten des Kindes und den Belastungen durch die psychische Erkrankung. Besonders betroffen sind dabei Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen, aber auch affektive und psychotische Störungen können die Interaktionskompetenzen der Eltern einschränken.

Weitere Aspekte, die die Beziehungskompetenzen einschränken können, sind eigene **negative Bindungserfahrungen und Traumatisierungen**. Bei Frauen mit psychischen Erkrankungen findet man gehäuft unsichere Bindungsrepräsentationen⁹⁰. Es ist daher anzunehmen, dass psychisch erkrankte Mütter oftmals selbst als Kind keine Personen hatten, die ihnen zuverlässig Schutz und Sicherheit boten und sie zudem in ihrer Autonomieentwicklung unterstützten. Erfahrungen, die mit den Bindungspersonen gemacht werden, werden internalisiert und prägen später unbewusst das Beziehungsverhalten und -erleben von erwachsenen Personen – in besonderer Weise trifft das auch auf die Beziehung zu den eigenen Kindern zu⁹¹. Negative Bindungserfahrungen der Mutter beeinträchtigen ihre Fähigkeit, die Gefühle und Gedanken ihres Kindes richtig zu erkennen und für dieses zuverlässig verfügbar zu sein, und gefährden so auch die Entwicklung von Bindungssi-

cherheit beim Kind⁹². Auch **traumatische Erfahrungen** sind in psychiatrischen Stichproben häufiger zu finden als in gesunden Stichproben⁹³. Beachten Sie die nachfolgenden «Praktischen Tipps» für den Umgang mit Fragen zur Bindungsanamnese in der präkonzeptionellen Beratung.

Praktische Tipps: Bei der präkonzeptionellen Beratung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung, die einen Kinderwunsch äussern, empfiehlt es sich, die psychiatrische Anamnese mit Fragen zur Bindungsanamnese zu ergänzen, um schwierige und belastende Bindungserfahrungen (wie Trennungs- oder Missbrauchserfahrungen) zu erfassen. Um einer transgenerationalen Weitergabe negativer Bindungserfahrungen entgegenzuwirken, soll die Fachperson weiterführende Psychotherapie-Angebote vermitteln. So können Frauen mit Kinderwunsch beziehungsweise (werdende) Mütter dabei unterstützt werden, ihre Kindheit ausführlich zu reflektieren und die negativen Bindungserfahrungen in die eigene Biografie einzuordnen sowie individuelle Ressourcen zu erkennen. Zudem lassen sich im gemeinsamen Prozess «Triggerpunkte» der Frau im Zusammenhang mit der Mutterschaft identifizieren. Durch das Bewusstwerden der individuellen Auslösereize können Handlungsalternativen in impulsgeleiteten Situationen ermöglicht werden, was dem Kindeswohl dient.

7.1.4 Mütterliche Ressourcen für den Aufbau positiver Bindungsbeziehungen trotz psychischer Erkrankung

Ob sich eine sichere Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind entwickeln kann, wird durch psychosoziale, kontextuelle und persönlichkeitsbezogene Faktoren der psychisch erkrankten Mutter beeinflusst. Dabei gibt es verschiedene mütterliche Ressourcen, die durch Interventionen – teils sogar präventiv – verstärkt oder auch erworben werden können.

Eine sehr einflussreiche Ressource für psychisch erkrankte Mütter sind sichere Bindungserfahrungen sowie das Vorhandensein von tragfähigen und unterstützenden Beziehungen in der aktuellen Lebenssituation wie zum Beispiel Partner- und Freundschaftsbeziehungen. Während negative Bindungserfahrungen der Mutter die Bindungssicherheit des Kindes gefährden, wirkt ein sicheres Bindungsmuster der Mutter im Hinblick auf den negativen Einfluss ihrer psychischen Erkrankung auf das Kind hingegen schützend⁹⁴. Eine sichere Bindungsrepräsentation steht in engem Zusammenhang mit der Qualität der eigenen Partner- und in der Folge auch Elternschaft. Das bedeutet, dass sich die frühen Bindungserfahrungen der Eltern auch auf deren Partner- und Elternschaft auswirken. Eine positive Beziehung zwischen den Eltern ist für die Entwicklung eines Kindes von wesentlicher Bedeutung, das gilt im Besonderen für Kinder mit psychisch erkranktem Elternteil. Gute Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten der beiden Partner ermöglichen einen konstruktiven Umgang mit Konflikten und erhöhen die Zufriedenheit der Elternteile. Dies

hat zur Folge, dass Kinder weniger in elterliche Konflikte miteinbezogen und die stabilisierenden Grenzen der Eltern-Kind-Beziehung besser gewahrt werden⁹⁵. Eine **sichere Bindungsbeziehung zwischen psychisch erkrankter Mutter und dem zweiten Elternteil** ist daher als bedeutende kompensatorische Ressource zu sehen, die der psychisch erkrankten Mutter Stabilität und Unterstützung bietet und so den Einfluss der mütterlichen Belastung auf die kindliche Entwicklung mindert⁹⁶. Dies wirkt sich wiederum positiv auf den Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung zum Kind aus. Das zeigte sich in einer Längsschnittstudie darin, dass Kinder von jenen psychisch erkrankten Müttern, die eine positive Beziehung zum Partner hatten, häufiger sicher gebunden waren als Kinder von Müttern mit ähnlichen psychischen Erkrankungen, die jedoch in dysfunktionalen Partnerschaften lebten⁹⁷.

In einem Beratungsprozess sollte die Auswirkung einer sicheren, unterstützenden Partnerschaft auf die kindliche Entwicklung vermittelt werden. Dabei ist das Konzept des positiven Co-Parentings von grosser Bedeutung. Es hat sich gezeigt, dass positives Co-Parenting sowohl das Wohlbefinden der Familienmitglieder als auch die Qualität anderer Beziehungen innerhalb der Familie und die kindliche Bindungssicherheit positiv beeinflusst⁹⁸. Co-Parenting beschreibt dabei die Fähigkeit der Eltern, in ihrer Elternschaft zusammenzuhalten, sich gegenseitig zu unterstützen sowie aufkommende Konflikte gemeinschaftlich zu lösen. Ausserdem sind Wertschätzung und Akzeptanz des Partners oder der Partnerin als Vater beziehungsweise Mutter mit individuellen Werten und Bedürfnissen und das Finden eines gemeinsamen Konsenses in Erziehungsfragen sehr wichtig. Dieser positive Zusammenhalt reduziert elterlichen Stress und wirkt im Weiteren schützend gegen sozioemotionale Entwicklungsrisiken des Kindes⁹⁹.

Der erste Schritt bei Interventionen zur Verbesserung von Co-Parenting-Fähigkeiten ist zunächst, Patientinnen und Patienten die Bedeutung einer gemeinsamen, unterstützenden Elternschaft näherzubringen¹⁰⁰. Im Beratungsprozess kann dieses wichtige Thema achtsam integriert werden. Dabei kann gemeinsam mit der Patientin reflektiert werden, wie sie die eigene Partnerschaft erlebt und was dies im Hinblick auf eine mögliche gemeinsame Elternschaft bedeuten könnte. Ausserdem können weitere Schritte und Massnahmen erwogen werden, wie das Paar unterstützend auf die gemeinsame Elternschaft vorbereitet werden kann.

Die zweite einflussreiche Ressource für psychisch erkrankte Mütter ist eine **gute Krankheitsbewältigung**. Der Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung zwischen psychisch erkrankter Mutter und ihrem Kind wird zudem massgeblich davon beeinflusst, wie sehr die Mutter durch die psychische Erkrankung eingeschränkt ist und welche Bewältigungsmöglichkeiten ihr dafür zur Verfügung stehen. Die Chronizität und der Schweregrad der psychischen Er-

86 Vgl. Eisenberg et al. (2010).

87 Vgl. Sameroff & Fiese (2000).

88 Vgl. Walle et al. (2017).

89 Vgl. Sanders et al. (2015).

90 Vgl. van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg (1996).

91 Vgl. Atkinson et al. (2005).

92 Vgl. Bernier & Dozier (2003).

93 Vgl. Floen & Elklit (2007).

94 Vgl. Reck et al. (2016).

95 Vgl. Lenz & Kuhn (2011).

96 Vgl. Feinberg et al. (2009).

97 Vgl. Frosch et al. (2000).

98 Vgl. McHale & Lindahl (2011).

99 Vgl. Choi et al. (2019).

100 Vgl. Nunes et al. (2020).

krankung stehen dabei in engem Zusammenhang mit den Einschränkungen der mütterlichen Beziehungskompetenzen¹⁰¹: Je ausgeprägter die Symptomatik der Betroffenen, desto grösser sind die Auswirkungen auf die Bindungsbeziehung zum Kind. Ist die betroffene Frau jedoch in der Lage, bei Problemen und remittierten Symptomen rasch adäquate Hilfsmöglichkeiten zu suchen und diese auch anzunehmen¹⁰², erhält sie im Umgang mit ihrem psychischen Leiden Hilfe. Dies verringert einerseits die akute Belastung der Familienmitglieder und erhöht andererseits ihre mütterlichen Kompetenzen. So wirkte sich beispielsweise die regelmässige therapeutische Behandlung von an Depression erkrankten Müttern nicht nur positiv auf die Erkrankung der Mutter, sondern auch auf die Interaktionsqualität und damit auf die weitere kindliche Entwicklung aus¹⁰³. Eine adaptive Krankheitsbewältigung geht ausserdem mit einem akzeptierenden und enttabuisierten Umgang der Mutter mit ihrer Erkrankung einher. So kann Loyalitätskonflikten und Schuldgefühlen, die Kinder sehr häufig gegenüber psychisch erkrankten Elternteilen erleben, entgegengewirkt werden. Dadurch werden Kinder darin bestärkt, eigene Strategien zur Bewältigung familiärer Schwierigkeiten zu suchen. Als schützende Eigenschaften für Familien trotz gegebener Belastung haben sich Optimismus, die Fähigkeit zur Sinnfindung selbst in widrigen Lebensumständen, Akzeptanz für Veränderung und die Fähigkeit, Gefühle auszudrücken, erwiesen¹⁰⁴. Näheres zur bindungsorientierten Beratung können Sie den «Praktischen Tipps» entnehmen.

Praktische Tipps: In einer bindungsorientierten Beratung einer Patientin mit Kinderwunsch sollten die Bedeutung und Auswirkung des eigenen Umgangs mit der psychischen Erkrankung auf eine Mutterschaft betont werden. Dabei kann die Bedeutung der psychischen Stabilität der Beziehungspersonen für die kindliche Entwicklung ein sinnvoller motivationaler Faktor sein, um eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen beziehungsweise fortzuführen. Dabei ist es wichtig zu vermitteln, dass die Behandlung die Frau bei der eigenständigen und individuellen Gestaltung ihrer Rolle als Mutter unterstützen soll und es nicht etwa darum geht, sie zu kontrollieren oder ihre mütterlichen Kompetenzen infrage zu stellen.

Bereits im Beratungsprozess können gemeinsam Massnahmen für eine bessere Krankheitsbewältigung erarbeitet werden. Dabei sollte besprochen werden, wie auftretende Krisen bewältigt werden könnten, etwa wie in akuten Krisen Unterstützung eingeholt werden kann, um die gesamte familiäre Anspannung rasch zu reduzieren. Die individuelle Ausarbeitung eines Netzwerks an Helfenden, das aus Familienmitgliedern und Freunden sowie aus verschiedenen professionellen Unterstützungsangeboten bestehen kann, vermittelt mehr Sicherheit hinsichtlich möglicher Krisen und wirkt damit bereits präventiv dem Auftreten von Krisen entgegen.

101 Vgl. Pretis & Dimova (2016).

102 Vgl. Wiegand-Grefe et al. (2011).

103 Vgl. Cuijpers et al. (2015).

104 Vgl. Walsh (2003).

7.1.5 Potenzielle Schutzfaktoren für Kinder von psychisch erkrankten Eltern

Die folgenden Faktoren helfen Kindern psychisch erkrankter Eltern dabei, trotz elterlicher Pathologie eine adäquate (Bindungs-)Entwicklung zu erfahren.

Tragfähige und Sicherheit vermittelnde Beziehungen gelten als bedeutendster Schutzfaktor für Kinder von hochbelasteten Eltern¹⁰⁵. Denn auch wenn die Bindung zum erkrankten Elternteil eingeschränkt ist, können die Bindungsbedürfnisse der Kinder durch sichere Bindungserfahrungen mit anderen Personen erfüllt werden. Jede Person, die die Bindungsbedürfnisse des Kindes zuverlässig und feinfühlig beantwortet, kann zur primären Bindungsperson eines Kindes werden. Wenn also **der andere Elternteil** auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes adäquat eingeht, wird dem Kind dennoch eine sichere Bindung ermöglicht¹⁰⁶. Leider gibt es eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Partnerinnen beziehungsweise Partner von psychisch erkrankten Personen selbst unter einer psychischen Krankheit leiden¹⁰⁷. In diesem Fall kann der Einfluss eines psychisch erkrankten Elternteils häufig nicht vom jeweils anderen kompensiert werden. Dann kommt der **Verfügbarkeit von unbelasteten Bezugswelten für das Kind** eine grosse Bedeutung zu. Diese Bezugspersonen können auch aus dem erweiterten familiären Umfeld stammen, beispielsweise Grosseltern oder Nachbarn, und auch ausserfamiliäre nahe Kontakte (Tagesmutter, Kindertagesstätte) sein, die in die Betreuung des Kindes einbezogen werden und dieses bei wichtigen Entwicklungsaufgaben unterstützen können. Dabei ist gerade bei institutioneller Betreuung wichtig, dass möglichst oft die gleichen Personen das Kind betreuen und damit Bezugspersonen werden. Auch der Kontakt zu Gleichaltrigen kann sich schützend auf die Kinder psychisch erkrankter Eltern auswirken¹⁰⁸.

Im bindungsbezogenen Beratungsprozess kann die Patientin mit Kinderwunsch bereits im Vorfeld entlastet werden, indem ihr vermittelt wird, dass sie als Mutter nicht die alleinige Verantwortung für das Erleben von sicheren Bindungserfahrungen eines Kindes trägt. Es hat sich gezeigt, dass die Verfügbarkeit von Hilfe durch andere Personen für das Kind der grösste Schutzfaktor für Kinder psychisch erkrankter Eltern ist¹⁰⁹. Das Paar soll darin bestärkt werden, bereits im Vorfeld mit geeigneten und verlässlichen Personen aus seinem Umfeld die Entscheidung für ein Kind zu besprechen und diese auch später in die Betreuung des Kindes bewusst miteinzubeziehen. Der Patientin respektive dem Paar muss vermittelt werden, wie wichtig die Öffnung der Familie nach aussen ist. Das bedeutet, dass soziale Unterstützung für das Kind vorhanden ist und dann von der Familie auch genutzt und akzeptiert wird.

Besonders für Kinder von psychisch erkrankten Eltern ist es von grosser Bedeutung, dass sich die Familie «nach aussen öffnet». Der Einbezug von sozialer Unterstützung ausserhalb der Familie ist leider für Familien, die von

105 Vgl. Werner & Smith (1992).

106 Vgl. Matthejat & Lisofsky (2001).

107 Vgl. McGrath et al. (1999).

108 Vgl. Goodyear et al. (2009) und Price-Robertson et al. (2019).

109 Vgl. Pretis & Dimova (2016).

psychischen Erkrankungen der Eltern betroffen sind, erfahrungsgemäss sehr schwierig. Häufig herrscht hier ein Schweigegebot für die Kinder, nicht mit aussenstehenden Personen über die Probleme in der Familie zu sprechen¹¹⁰. In diesem Fall können Kinder ihre Gefühle oder Ängste nicht mit unterstützenden Beziehungspersonen teilen und bleiben mit diesen Gefühlen allein. Dabei sind Schuldgefühle, die durch ein Gefühl der Mitverantwortlichkeit für die Erkrankung und das Leiden der Eltern entstehen, ein verbreitetes Problem. Sie entstehen zum Teil dadurch, dass die Kinder die Symptome ihrer erkrankten Eltern nicht einordnen können. Rückblickend berichten Kinder psychisch erkrankter Eltern häufig, dass sie dies als besonders belastend erlebt haben¹¹¹. Dabei kann schützend für das Kind wirken, wenn die betroffenen Eltern das Kind alters- und entwicklungsadäquat über die eigene Krankheit aufklären¹¹². In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, dass die hier angesprochene Patientengruppe selbst in ihrer Kindheit in dieser Rolle war. Ausserdem ist von grosser Relevanz, dass die Kinder, wenn möglich, vom gesünderen Elternteil oder auch von behandelnden oder betreuenden Fachpersonen, zur Kommunikation über die psychische Erkrankung ermutigt werden, kindgerecht über die Krankheit und die damit verbundenen Symptome zu sprechen. So kann sich das Kind eher Unterstützung suchen, um besser mit seiner Lebenssituation umgehen zu können. Wenn das Kind mit seinen Fragen und Problemen Gehör findet, ist es nicht auf eigene Vermutungen und Interpretationen des Familiengeschehens angewiesen. Das Kind wird dadurch von einer unzumutbaren Verantwortung entlastet und auch geschützt. So gerät das Kind nicht in die Rolle des Versorgers für den erkrankten Elternteil oder die Geschwister, damit kann eine Parentifizierung verhindert werden.

7.1.6 Präventionsmassnahmen

Nachstehend werden die Möglichkeiten der Prävention auf primärer, sekundärer und tertiärer Ebene näher erläutert.

7.1.6.1 Massnahmen im Hinblick auf die Prävention einer möglichen Verstärkung oder Auslösung der psychischen Erkrankung der Mutter durch Schwangerschaft, Geburt oder Elternschaft

Aktuelle Forschung zeigt, dass die **Reduktion von elterlicher Psychopathologie** ein wesentlicher Faktor ist, um die positive Entwicklung des Kindes sicherzustellen¹¹³. Das wichtigste Ziel einer primären Prävention sollte daher sein, die psychische Erkrankung der werdenden Mutter adäquat zu behandeln und einer postpartalen Wiederauslösung oder Verschlimmerung der Symptomatik entgegenzuwirken¹¹⁴. Da die Zeit nach der Geburt ein erhöhtes Risiko für das Wiederauftreten einer psychischen Krankheitsepisode birgt¹¹⁵, sind jene Unterstützungsleistungen zentral, die

110 Vgl. Wiegand-Grefe et al. (2011).

111 Vgl. Schneider (2019).

112 Vgl. Reupert et al. (2012).

113 Vgl. Netsi et al. (2018).

114 Vgl. Pillhofer et al. (2016).

115 Vgl. Wesseloo et al. (2016).

sehr früh ansetzen – also bestenfalls noch vor der Geburt. Um Betroffene möglichst früh zu identifizieren, ist es zum einen relevant, dass Fachkräfte wie Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter für Hinweise und Symptome einer psychischen Erkrankung während der Schwangerschaft sensibilisiert werden¹¹⁶. Zum anderen sollten enge Kooperationen zwischen den Gesundheitssystemen sowie dem psychiatrischen und psychologischen Versorgungssystem etabliert werden. So können psychische Erkrankungen werdender Mütter besser diagnostiziert und frühzeitig hilfreiche Unterstützung für diese gefunden werden¹¹⁷. Im Anhang in Kapitel 12 befindet sich dazu eine Vorlage für das peripartale Management¹¹⁸, wie es im Kompetenzbereich Gynäkopsychiatrie der Psychiatrie St.Gallen umgesetzt wird.

7.1.6.2 Massnahmen zur Verbesserung der mütterlichen Kompetenzen im Hinblick auf die Förderung des Aufbaus einer guten Bindungsbeziehung zum Kind

Eine feinfühlige Interaktion und Kommunikation des Elternteils mit dem Kind sind ausschlaggebend für eine positive Bindungsentwicklung. Häufig zeigen sich bei psychisch erkrankten Elternteilen jedoch Unter- beziehungsweise Überstimulation des Kindes sowie ein stark wechselndes Interaktionsverhalten, weshalb präventive Massnahmen zur Verbesserung der mütterlichen Feinfühligkeit und Mentalisierungsfähigkeit initiiert werden sollten¹¹⁹. Dabei ist zum einen auf den **positiven Effekt von Psychotherapie auf die Mentalisierungsfähigkeit** hinzuweisen¹²⁰, zum anderen gibt es auch spezifische **Therapie- und Beratungsangebote**, die das Ziel haben, die mütterliche Fähigkeit zum Aufbau einer sicheren Bindungsbeziehung zu fördern. Für Deutschland und Österreich ist in diesem Zusammenhang das kostenlose und freiwillige Angebot der «Frühen Hilfen» zu nennen, eines multiprofessionellen Unterstützungssystems für belastete Familien in der Lebensphase der frühen Kindheit. Beginnend in der Schwangerschaft wird aufsuchend und bedarfsgerecht gearbeitet, mit dem Ziel, das Kindeswohl zu schützen¹²¹. Daneben gibt es im deutschsprachigen Raum Interventionsprogramme zur Prävention von frühkindlichen Bindungsstörungen. Wissenschaftlich evaluiert sind zum Beispiel die «Sichere Ausbildung für Eltern» (SAFE®)¹²² oder die «Entwicklungspsychologische Beratung» (EPB)¹²³. In beiden Programmen werden die elterlichen Bindungserfahrungen reflektiert, um eine mögliche Weitergabe von traumatischen Bindungserfahrungen an das Kind abzuwenden. Um eine entwicklungsgerechte Interaktion von Eltern mit ihrem Kind zu trainieren, werden videografisch aufgezeichnete Interaktionen angesehen und gemeinsam mit den Trainerinnen beziehungsweise Trainern reflektiert. Die gezeigten Signale des Kindes wer-

116 Vgl. Pillhofer et al. (2016).

117 Vgl. Frühe Hilfen (2016).

118 In Anlehnung an Dorsch & Rohde (2016). Vgl. auch Rohde et al. (2016a).

119 Vgl. Pillhofer et al. (2016).

120 Vgl. Allen & Fonagy (2014).

121 Vgl. Brisch (2020).

122 Vgl. Brisch (2010).

123 Vgl. Ziegenhain et al. (2004).

den beobachtet und auf ihre Bedeutung hin interpretiert, dadurch kann die Qualität der Interaktion verbessert und somit wahrscheinlicher eine sichere Bindung zum Kind aufgebaut werden. Sowohl SAFE® als auch EPB bieten Spezialisierungsmodule für die Beratung psychisch erkrankter Eltern. Ein weiteres Training zur Stärkung von allgemeinen Erziehungskompetenzen ist die «Marte-Meo-Methode», die auf Videofeedback basiert und ebenfalls bei psychisch erkrankten Eltern angewendet wird¹²⁴. Marte-Meo-Beratungen und -Ausbildungen werden unter anderem in allen drei deutschsprachigen Ländern angeboten, das heisst in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz.

7.1.6.3 Massnahmen zur Milderung des negativen Einflusses einer unsicheren Bindung auf die kindliche Entwicklung

Um die negativen Auswirkungen einer unsicheren Bindung zur psychisch erkrankten Mutter auf die kindliche Entwicklung zu mindern, sollten betroffene Kinder so früh wie möglich in das Behandlungs- oder Beratungskonzept miteinbezogen werden, etwa in Form von Mutter-Kind-Therapie, Familientherapie oder Gruppeninterventionen für Kinder psychisch erkrankter Eltern. Diese werden häufig im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie angeboten. Es scheint von zentraler Bedeutung, die Kinder altersgerecht über die Krankheit ihres Elternteils aufzuklären und dadurch die emotionale und kognitive Bewältigung ihrer Erfahrungen zu unterstützen. An diesem Beratungsprozess sollen im Idealfall alle Familienmitglieder teilnehmen. So wird das Thema enttabuisiert, die Kommunikation in der Familie wird verbessert und Ängste können reduziert werden.

Ein eindrucksvolles Beispiel für Prävention bei hochbelasteten Familien, von deren breit aufgestellten Massnahmen sowohl Mutter als auch Kind profitieren, ist das Projekt «Grow Together»¹²⁵. Darin werden hochbelastete Familien vor allem durch intensive, bindungsorientierte und aufsuchende Begleitung der Familien unterstützt. Zusätzlich bietet das Programm wöchentliche Eltern-Kind-Gruppen, Psychotherapie der Bezugspersonen und bindungsorientierte Kindergruppen. Das Ziel dieses Projektes ist es, dass Kinder aus hochbelasteten Familien sicher, bindungsorientiert und entwicklungsadäquat aufwachsen können. Die Evaluation des Programms zeigt einerseits, dass auch unter erschwerten Bedingungen eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind entstehen kann, in der das Kind bei seinen Entwicklungsaufgaben liebevoll und haltend unterstützt wird¹²⁶. Andererseits wird ebenso deutlich, dass das kindliche Aufwachsen in belasteten Bezugssystemen eine intensive und stabile Unterstützung nötig macht und eine herausfordernde Aufgabe für alle Beteiligten sein kann.

124 Vgl. Siringhaus-Bünder & Bünder (2005).

125 Vgl. Kruppa & Cejka (2019).

126 Vgl. Spiel et al. (2018).

Fazit: Damit die Unterstützungs- und Präventionsmassnahmen im Einzelfall wirksam greifen können, sind eine nachhaltige Behandlung der psychischen Erkrankung sowie die interdisziplinäre Vernetzung der Berufsgruppen und Hilfsangebote sehr wichtig. Dabei sollte die Patientin im Beratungsprozess darin unterstützt werden, Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Das entlastet sowohl Psychiater beziehungsweise Psychiaterinnen als auch Patientinnen, indem der Entscheidungsfindungsprozess und geeignete Präventionsmassnahmen von einem breit aufgestellten Helfersystem getragen werden können. Dabei ist die Bedeutung verschiedenster professioneller lokaler Kontakte (beispielsweise Psychotherapie oder Paartherapie) zu betonen, die im Bedarfsfall und nach Einwilligung der Patientin vermittelt werden können.

7.2 Baustein Psychiatrie: Auswirkungen einer Schwangerschaft auf die Grunderkrankung und Betreuungskontext peripartal

Eine Schwangerschaft hat immer Auswirkungen auf die Grunderkrankung und schliesslich auch den Betreuungskontext peripartal. Dies muss in einer Beratung im Rahmen des Kinderwunsches mit Patientinnen ebenfalls angesprochen werden. Grundlage für die nachfolgenden Darstellungen zu den Erkrankungen Depression (Kapitel 7.2.1), Bipolare Erkrankung (Kapitel 7.2.2) und Schizophrenie (Kapitel 7.2.3) sind die «Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression»¹²⁷, die «S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen»¹²⁸ und die «S3-Leitlinie Schizophrenie»¹²⁹, deren Lektüre dringend empfohlen wird. Ebenfalls zu empfehlen ist der Fachartikel aus «Der Nervenarzt» unter dem Titel «Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik» von Christine Kühner¹³⁰.

7.2.1 Depression

7.2.1.1 Auswirkungen auf die Schwangerschaft

Zeitpunkt und Lebensalter der Ersterkrankung wie auch der Verlauf der depressiven Erkrankung sind individuell sehr verschieden. Die Hälfte aller Patienten erkrankt bereits vor ihrem 31. Lebensjahr an einer Depression¹³¹. «Zudem besteht die Tendenz, dass die Ersterkrankungsraten in jüngeren Altersgruppen zunehmen (sog. «Kohorteneffekt [...]»)¹³². Die Jahresprävalenz für eine unipolare Depression für Frauen liegt bei 10,6%¹³³.

127 Vgl. DGPPN et al. (2017).

128 Vgl. Bauer et al. (2020).

129 Vgl. DGPPN (2019).

130 Vgl. Kühner (2016).

131 Vgl. Hiroe et al. (2005), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 22.

132 Vgl. Essau (2002) und Fava et al. (2000), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 22.

133 Vgl. DGPPN et al. (2017), S. 21.

Gemäss der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression¹³⁴ zeichnen sich Depressionen «typischerweise durch einen episodischen Verlauf aus, das heisst die Krankheitsphasen sind zeitlich begrenzt und klingen häufig auch ohne therapeutische Massnahmen ab»¹³⁵. «Untersuchungen aus der Ära vor der Einführung der Psychopharmaka belegen durchschnittliche Episodendauern einer unipolaren Depression von sechs bis acht Monaten»¹³⁶. «Die mittlere Episodendauer behandelter unipolarer depressiver Störungen wird 16 Wochen geschätzt, wobei bei ungefähr 90% der Patienten die depressive Episode als mittel- bis schwergradig eingeschätzt wird»¹³⁷.

«Die Verläufe depressiver Störungen weisen eine grosse interindividuelle Variabilität auf [...]. Eine depressive Episode kann vollständig remittieren, so dass der Patient in der Folgezeit völlig symptomfrei ist [...]. Bei unvollständiger Remission bleibt eine Residualsymptomatik bestehen [...], die u.a. das Risiko für eine erneute depressive Episode erhöht [...]. Eine Dysthymie ist von einer mindestens seit zwei Jahren bestehenden subsyndromalen depressiven Symptomatik gekennzeichnet [...], aus der sich eine zusätzliche depressive Episode entwickeln kann [...]. Im letzten Fall spricht man von einer so genannten doppelten Depression [...]. Hält eine depressive Episode länger als zwei Jahre ohne Besserung beziehungsweise Remission im Intervall an, spricht man von einer chronischen depressiven Episode»¹³⁸. «Über den Lebensverlauf betrachtet kommt es bei mindestens der Hälfte der Fälle nach der Ersterkrankung zu wenigstens einer weiteren depressiven Episode»¹³⁹. «Die Wahrscheinlichkeit einer Wiedererkrankung erhöht sich nach zweimaliger Erkrankung auf 70% und liegt nach der dritten Episode bei 90%»¹⁴⁰.

Gemäss der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression¹⁴¹ weisen depressive Erkrankungen «eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf»¹⁴². «Bezogen auf die letzten 12 Monate vor der Untersuchung wurde in einem nationalen deutschen Survey bei 60,7% aller Patienten mit unipolaren depressiven Störungen das Vorliegen einer Komorbidität erfasst, darunter bei 24,1% drei und mehr zusätzliche Diagnosen»¹⁴³. «Patienten mit komorbiden Erkrankungen haben ein höheres Chronifizierungsrisiko, eine ungünstigere Prognose und ein erhöhtes Suizidrisiko»¹⁴⁴. Als häufige Komorbiditäten zeigen sich Angst- und Panikstörung, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Zwangsstörungen¹⁴⁵.

134 Vgl. DGPPN et al. (2017), S. 30.

135 Vgl. Üstün et al. (2004), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 30.

136 Vgl. Berger & van Calker (2003), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 30.

137 Vgl. Kessler et al. (2003), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 22.

138 Vgl. American Psychiatric Association (2013), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 31.

139 Vgl. Murray & Lopez (1997), Olsson et al. (2000), Wittchen et al. (2000) und Craft et al. (2012), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 32.

140 Vgl. Kupfer (1991), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 32.

141 Vgl. DGPPN et al. (2017), S.23f.

142 Vgl. Kessler et al. (1996) und Pincus et al. (1999), zit. nach DGPPN et al. (2017), S.23f.

143 Vgl. Jacobi et al. (2014), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 24.

144 Vgl. Lönnqvist et al. (1995), zit. nach DGPPN et al. (2017), S. 24.

145 Vgl. DGPPN et al. (2017), S. 24.

«Die Prävalenzraten von Schwangerschaftsdepressionen betragen» ähnlich wie ausserhalb der Schwangerschaft «etwa 10-12%, die von postpartalen Depressionen etwa 10-15%, unter Einschluss von minoreren Depressionen und depressiven Anpassungsstörungen bis 19%»¹⁴⁶. Das Risiko einer Ersterkrankung, Wiedererkrankung oder einer Aggravation der depressiven Symptome ist postpartal signifikant erhöht. ¹⁴⁷«Das Auftreten depressiver Symptome während der Schwangerschaft gilt als wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Depression. Werden bei bekannter Depression die Antidepressiva oder Mood-Stabilizer nach Bekanntwerden der Schwangerschaft abgesetzt, kann von einer Rückfallrate von etwa 70%, deutlich höher als ausserhalb einer Schwangerschaft, ausgegangen werden»¹⁴⁸. «Der Rückfall erfolgt dann meist im 1. oder 2. Trimenon.»¹⁴⁹.

Bestehende depressive Syndrome können sich sowohl durch hormonelle Trigger wie auch durch Anpassungsschwierigkeiten nach der Geburt aufgrund der veränderten Lebensumstände verschlechtern. Kühner beschreibt, dass depressive «Episoden mit frühem postpartalem Beginn mit erhöhter Wahrscheinlichkeit hormonell getriggert sind»¹⁵⁰ «und sich auch prognostisch von antepartalen Depressionen unterscheiden, insbesondere durch das erhöhte Risiko eines bipolaren Verlaufs»¹⁵¹. «Die gemeinsame Subsumierung unter dem Begriff «peripartale Depressionen» mag diese Unterschiede verdecken»¹⁵².

Bereits in der präkonzeptionellen Beratung sind die Besonderheiten in Form des hormonellen Triggers des Abfalls des Östrogenspiegels nach der Entbindung zu berücksichtigen. Vorbestehende PMS-Symptome (Symptome eines prämenstruellen Syndroms) oder postpartale Aggravation depressiver Symptome von Familienangehörigen ersten Grades können auf eine gewisse «Hormonsensitivität» hinweisen. Ist dies der Fall, wird unter Berücksichtigung der Schwere des bisherigen Krankheitsverlaufs eine medikamentöse Prophylaxe beziehungsweise eine Erhöhung der aktuellen Dosierung des Antidepressivums am ersten Tag postpartum empfohlen. Bei leichten Erkrankungen kann ein exspektatives Vorgehen gewählt werden.

Schwere und chronische Verläufe der depressiven Erkrankung führen häufig zu biopsychosozialen Beeinträchtigungen, die mit Blick auf die Versorgung eines Kindes sorgfältig zu erheben sind¹⁵³. Auch leichte Verläufe betreffen mit ihren Anforderungen und Belastungen fast nie nur eine Person. Die jeweils spezifischen Belastungen und Konflikte möglichst aller Beteiligten in Primär- und Sekundärfamilie wahrzunehmen und deren vorhandene Ressourcen aufzuzeigen, kann den Krankheitsverlauf und die Familiengründung günstig beeinflussen¹⁵⁴.

146 Vgl. Kühner (2016), S. 926.

147 Vgl. Bergemann & Paulus (2016), S. 955

148 Vgl. Cohen et al. (2004) und Cohen et al. (2006), zit. nach Bergemann & Paulus (2016), S. 955

149 Vgl. Bergemann & Paulus (2016), S. 955.

150 Vgl. Howard et al. (2014) und Schiller et al. (2015), zit. nach Kühner (2016), S. 926.

151 Vgl. Munk-Olsen et al. (2012), zit. nach Kühner (2016), S. 926.

152 Vgl. Kühner (2016), S. 926.

153 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6.

154 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6 und in Kapitel 7.

7.2.1.2 Betreuungskontext peripartal

Depressive Erkrankungen manifestieren sich wie beschrieben zur Hälfte bereits vor dem 31. Lebensjahr – mit einer Tendenz einer Zunahme der Ersterkrankungen in jüngeren Altersgruppen. Viele Frauen mit depressiver Erkrankung mit Kinderwunsch haben bereits Krankheitserfahrung mit einer oder mehreren Episoden und können diese in ihren Lebensplan integrieren¹⁵⁵. Der Betreuungskontext von Frauen mit depressiven Erkrankungen ist aufgrund der hohen Variabilität der Ursachen und Verläufe sehr unterschiedlich.

Eine trialogische Behandlungs- und Beratungskultur hat sich in der Praxis des Kompetenzbereiches für Gynäkopsychiatrie der Psychiatrie St.Gallen bewährt¹⁵⁶. Betroffene sind «Experten in eigener Sache», Angehörige – hier besonders die Väter beziehungsweise die Partner oder Partnerinnen – haben eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und der Herstellung eines gesundheitsfördernden Milieus in den Wochen und Monaten nach der Geburt. Vor allem die Aspekte Reizabschirmung, Schlaf und soziale Unterstützung, wozu auch eine Sensibilisierung für individuelle Frühwarnzeichen einer Wiedererkrankung gehört, sind bereits präkonzeptionell anzusprechen und schriftlich niederzulegen. Diese Informationen sind an alle beteiligten Fachpersonen weiterzugeben (vgl. Anhang in Kapitel 12)¹⁵⁷. Auch soziale Unterstützung durch die Hebamme, die Mütter- und Väterberatung und unter Umständen eine Haushaltshilfe oder Spitex kann die junge Familie peripartal entlasten. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie sich die Betreuungssituation im Falle eines stationären Aufenthalts gestalten würde. Wenn es gelingt, eine möglichst gleichberechtigte Beratungs- und Behandlungsbeziehung zu etablieren – und Angehörige möglichst selbstverständlich einzubeziehen –, können individuelle und familiäre Ressourcen besser genutzt werden¹⁵⁸.

Gerade bei chronischen oder schweren Verläufen ist ein proaktives Vorgehen seitens der Behandler unumgänglich, da aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen das Kindeswohl gefährdet sein kann. In der Praxis des Kompetenzzentrums hat es sich bewährt, mit der Patientin die Auswirkungen der krankheitsbedingten Einschränkungen auf ein Kind offen zu besprechen und auf die Möglichkeit des Einbezugs der KESB zur Evaluation unterstützender Massnahmen wie zum Beispiel einer sozialpädagogischen Familienbegleitung aufmerksam zu machen. In Einzelfällen ist aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes und des bisherigen Verlaufs klar, dass bei zeitnahe Eintritt einer Schwangerschaft nicht von einer Erziehungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Hier ist es ratsam, dies gegenüber der Patientin und ihrem Partner beziehungsweise ihrer Partnerin bereits präkonzeptionell offen anzusprechen.

155 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.

156 Zum Trialog Patient-Angehöriger-Behandler vgl. Bauer et al. (2020), S. 16f.

157 In Anlehnung an Dorsch & Rohde (2016). Vgl. auch Rohde et al. (2016a).

158 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6 und in Kapitel 7.

7.2.2 Bipolare Erkrankung

7.2.2.1 Auswirkungen auf die Schwangerschaft

Gemäss der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen¹⁵⁹ gehen Bipolare Erkrankungen «mit einer hohen Rezidivrate einher, wobei der Verlauf individuell sehr variabel ist»¹⁶⁰. «Ein größerer Teil der Patienten erleidet einige wenige Phasen, immerhin rund 10% erleben jedoch mehr als 10 Episoden»¹⁶¹. «Zudem zeigen viele Patienten eine Residualsymptomatik, die das Risiko für eine Wiedererkrankung zusätzlich erhöht»¹⁶² und eine dauerhafte psychosoziale Beeinträchtigung bedeuten kann.

Bei Bipolaren Störungen besteht eine ausgeprägte Komorbidität mit verschiedenen anderen psychischen Störungen, die für den Verlauf und die Prognose und damit für die Integration des Kinderwunsches in die Lebensplanung von entscheidender Bedeutung sein können. Die epidemiologisch häufigsten Störungen sind Angst- und Zwangsstörungen, Substanzmissbrauch und -abhängigkeit, Impulskontrollstörungen und Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHD) und Persönlichkeitsstörungen¹⁶³.

Schwere und chronische Verläufe der Bipolaren Erkrankung führen häufig zu biopsychosozialen Beeinträchtigungen, die mit Blick auf die Versorgung eines Kindes sorgfältig zu erheben sind¹⁶⁴. Auch leichte Verläufe haben mit ihren Anforderungen und Belastungen fast nie nur Auswirkungen auf die betroffene Frau. Die jeweils spezifischen Belastungen und Konflikte möglichst aller Beteiligten in Primär- und Sekundärfamilie wahrzunehmen und deren vorhandene Ressourcen aufzuzeigen, kann den Krankheitsverlauf und die Familiengründung günstig beeinflussen¹⁶⁵.

«Bei der Bipolaren Störung besteht kein generelles Risiko für Neuerkrankungen und Rezidive in der Schwangerschaft, das Rückfallrisiko ist hier allerdings deutlich erhöht, wenn bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft die medikamentöse Behandlung abgesetzt wird.»¹⁶⁶. «Dagegen findet sich bei der bipolaren Störung eine klare Häufung von schweren postpartalen Erstepisoden und Rezidiven»¹⁶⁷. Auch eine «Fortführung der Medikation aus der Schwangerschaft reicht in der Regel nicht sicher aus, um eine neue Erkrankung zu verhindern»¹⁶⁸. «Frauen mit bipolaren Störungen – vor allem mit Bipolar-I-Störung – haben, wie oben beschrieben, ein hohes Risiko schwerer Postpartumpsychosen nach Entbindung, entweder als Erstdiagnose oder als Rezidiv.» In einem grossen Behandlungskollektiv wurde aufgezeigt, dass Frauen mit Bipolar-I-Störung insgesamt etwa zu 50% peripartale affektive Krankheitsepisoden auf-

159 Vgl. Bauer et al. (2020), S. 22.

160 Vgl. Marneros & Brieger (2002), zit. nach Bauer et al. (2020), S. 22.

161 Vgl. American Psychiatric Association (1994) und Goodwin & Jamison (2007), zit. nach Bauer et al. (2020), S. 22.

162 Vgl. Benazzi (2001), zit. nach Bauer et al. (2020), S. 22.

163 Vgl. Bauer et al. (2020), S. 66.

164 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6.

165 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6 und in Kapitel 7.

166 Vgl. Di Florio et al. (2013), zit. nach Kühner (2016), S. 927f.

167 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 928.

168 Vgl. Rohde et al (2016a), S. 62.

wiesen, davon über 90% postpartal¹⁶⁹. «Schwere manische und psychotische Episoden lagen bei mehr als 20% der Frauen mit Bipolar-I-Störung vor, hier wiederum fast ausschliesslich in der postpartalen Phase – und mit deutlich kürzerer Latenz des Beginns nach einer Entbindung als bei nichtpsychotischen depressiven Episoden»¹⁷⁰. In verschiedenen Studien hat sich gezeigt, dass bei der Hälfte der Fälle einer postpartalen Exazerbation (Bipolare oder Bipolar-schizoaffektive Störung) retrospektiv bereits in den ersten Tagen nach der Entbindung Symptome und Frühwarnzeichen zu erkennen waren¹⁷¹.

«Postpartumpsychosen treten hauptsächlich im Rahmen bipolarer Erkrankungen auf, seltener als isolierte Postpartumpsychose [...] oder bei vorbestehender psychotischer Depression beziehungsweise Schizophrenie»¹⁷².

«Das klinische Bild der Postpartum-Psychose ist meist durch eine schwere depressive, manische, gemischt affektive oder schizoaffektive Symptomatik gekennzeichnet, in der Regel mit Wahn und/oder Halluzination sowie mit Erregungs- und Verwirrheitszuständen und bizarrem Verhalten. Der Beginn ist in der Regel abrupt mit kurzer Latenz nach Entbindung, meist innerhalb der ersten zwei Wochen, häufig bereits innerhalb der ersten drei Tage»¹⁷³. «Schwere Stimmungsschwankungen und eine hohe Fluktuation der Symptomatik kennzeichnen das Bild. Zudem besteht erhöhte Suizid- und Infantizidgefahr. Es werden Behandlungsprävalenzen von 0,1 bis 0,2% berichtet»¹⁷⁴.

7.2.2.2 Betreuungskontext peripartal

Bipolare Erkrankungen manifestieren sich gemäss der S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen¹⁷⁵ vornehmlich im jugendlichen und jungen Erwachsenenalter. Viele Frauen mit Bipolarer Erkrankung mit Kinderwunsch haben bereits Krankheitserfahrungen mit sowohl manischen als auch depressiven Episoden gehabt und können diese in ihren Lebensplan integrieren¹⁷⁶.

Eine trialogische Behandlungs- und Beratungskultur hat sich in der Praxis des Kompetenzbereiches für Gynäkopsychiatrie der Psychiatrie St.Gallen bewährt. Betroffene sind «Experten in eigener Sache». Bei chronischen und schweren Verläufen kann dies jedoch beeinträchtigt oder sogar unmöglich sein. Angehörige – hier besonders die Väter beziehungsweise die Partner oder Partnerinnen – haben eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und der Herstellung eines gesundheitsfördernden Milieus in den Wochen und Monaten nach der Geburt. Vor allem die Aspekte Reizabschirmung, Schlaf und soziale Unterstützung, wozu auch eine Sensibilisierung für individuelle Frühwarnzeichen einer Wiedererkrankung gehört, sind bereits präkonzeptionell anzusprechen und schriftlich niederzulegen. Diese

169 Vgl. Di Florio et al. (2013), zit. nach Kühner (2016), S. 928.

170 Ebd.

171 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Rohde et al. (2016a), S. 62.

172 Vgl. Sit et al. (2006), zit. nach Kühner (2016), S. 927.

173 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 927.

174 Ebd.

175 Vgl. Bauer et al. (2020), S. 23.

176 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.

Informationen sind an alle beteiligten Fachpersonen weiterzugeben (vgl. Anhang in Kapitel 12)¹⁷⁷. Auch soziale Unterstützung durch die Hebamme, die Mütter- und Väterberatung und gegebenenfalls eine Haushaltshilfe oder Spitex kann die junge Familie peripartal entlasten. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie sich die Betreuungssituation im Falle eines stationären Aufenthalts gestalten würde. Wenn es gelingt, eine möglichst gleichberechtigte Beratungs- und Behandlungsbeziehung zu etablieren und Angehörige möglichst selbstverständlich einzubeziehen, können individuelle und familiäre Ressourcen besser genutzt werden¹⁷⁸. Die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen fordert die Besprechung einer möglichen Schwangerschaft bei jeder Patientin¹⁷⁹. «Bei bipolar erkrankten Frauen in gebärfähigem Alter sollten die Themen Kontrazeption und Schwangerschaft im Rahmen der Routinebehandlung und Psychoedukation besprochen werden»¹⁸⁰.

Gerade bei chronischen oder schweren Verläufen ist ein proaktives Vorgehen seitens der Behandler unumgänglich, da aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen das Kindeswohl gefährdet sein kann. In der Praxis des Kompetenzzentrums hat es sich bewährt, mit der Patientin die Auswirkungen der krankheitsbedingten Einschränkungen auf ein Kind offen zu besprechen und auf die Möglichkeit des Einbezugs der KESB zur Evaluation unterstützender Massnahmen wie zum Beispiel einer sozialpädagogischen Familienbegleitung aufmerksam zu machen. In Einzelfällen ist aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes und des bisherigen Verlaufs klar, dass bei zeitnahe Eintritt einer Schwangerschaft nicht von einer Erziehungsfähigkeit ausgegangen werden kann. Hier ist es ratsam, dies gegenüber der Patientin und ihrem Partner beziehungsweise ihrer Partnerin bereits präkonzeptionell offen anzusprechen.

7.2.3 Schizophrenie

7.2.3.1 Auswirkungen auf die Schwangerschaft

Gemäss der S3-Leitlinie Schizophrenie tritt die Erkrankung «bevorzugt erstmals zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr, bei ca. 65% der Betroffenen bereits vor dem 30. Lebensjahr auf»¹⁸¹. «Unter Personen mit niedrigem Bildungsabschluss und niedrigem sozioökonomischem Status ist die Krankheit gehäuft zu finden. Nicht abschließend geklärt ist die Frage, ob das gehäufte Auftreten der Erkrankung in benachteiligten sozialen Schichten auf eine soziale Mitverursachung oder einen sozialen Abstieg der Betroffenen (social selection vs. social drift) zurückzuführen ist»¹⁸².

Menschen mit einer Schizophrenie können weitere psychische Störungen aufweisen, die den Erkrankungsverlauf und den Behandlungserfolg ungünstig beeinflussen können. Zu diesen komorbiden Störungen zählen gemäss der aktuellen S3-Leitlinie Schizophrenie¹⁸³ Substanzmissbrauch und -ab-

177 In Anlehnung an Dorsch & Rohde (2016). Vgl. auch Rohde et al. (2016a).

178 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6 und in Kapitel 7.

179 Vgl. Bauer et al. (2020), S. 22.

180 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Bauer et al. (2020), S. 411.

181 Vgl. DGPPN (2019), S. 6.

182 Ebd.

183 Vgl. DGPPN (2019), S. 182.

hängigkeit (insbesondere Tabak, Alkohol und Cannabis), Depressionen und Suizidalität, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung und Angststörungen.

«Der Verlauf zeigt trotz hoher inter- wie intraindividuelle Variabilität unterschiedliche typische Grundformen. Nach mehr oder weniger akuter erster Krankheitsperiode mit Manifestation psychotischer Symptomatik kann es bei etwa 20% der Betroffenen zu einer Wiederherstellung der seelischen Gesundheit (Remission; [...]) ohne späteres Rezidiv kommen»¹⁸⁴. Bei «etwa zwei Dritteln der Betroffenen kann es zu einem episodischen Verlauf kommen, bei dem in den folgenden Jahren erneute psychotische Episoden auftreten. Hier werden zwei episodische Verlaufsformen beobachtet, bei denen es zwischen einzelnen Krankheitsepisoden zu klinischer Vollremission und wiedergewonnener Funktionalität oder zu Teilremissionen mit abgeschwächter, aber persistierender Symptomatik in Form psychotischer Symptome, Störungen von Antrieb, Affektivität und Psychomotorik (Negativsymptomatik) sowie neurokognitiven Störungen und Funktionalitätseinbußen kommt. Bei weiteren 5 bis 10% der Betroffenen kommt es zu chronisch-progredienten Verläufen ohne abgrenzbare einzelne Krankheitsepisoden»¹⁸⁵.

«Eine systematische Übersichtsarbeit zeigte, dass Frauen mit einer Schizophrenie ein höheres Risiko für Geburtskomplikationen, Frühgeburten, thromboembolische Ereignisse, Gestationsdiabetes, Gestationshypertonie und Eklampsie/Präeklampsie aufweisen. Weiterhin haben die Kinder nach der Geburt statistisch ein niedrigeres Körpergewicht»¹⁸⁶. «Auch die Rate von kongenitalen Malformationen war in einigen Studien erhöht»¹⁸⁷. «Diese Befunde können zum Teil mit einer Erhöhung der bekannten Risikofaktoren Rauchen, Alkoholkonsum, Drogenmissbrauch und niedrigem sozioökonomischem Status erklärt werden»¹⁸⁸. «Weiterhin erhalten Frauen mit einer Schizophrenie sowohl weniger Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft als auch postnatale Nachsorge»¹⁸⁹. «Dementsprechend ist von einer multifaktoriellen Genese der genannten Komplikationen auszugehen. Bei einer angenommenen Malformationsrate von 1% bis 3% in der Allgemeinbevölkerung werden relativ viele Fälle benötigt, um für die genannten konfundierenden Variablen zu korrigieren»¹⁹⁰. «Hieraus ergibt sich, dass eine evidenzbasierte Beurteilung durch diese konfundierenden Variablen und die fehlenden Studien [...] erschwert ist»¹⁹¹.

«Die Diagnose Schizophrenie scheint in der Peripartalzeit nicht mit erhöhten Neuerkrankungs- oder Rückfallraten assoziiert zu sein»¹⁹². Eine «große Studie zeigte sogar ein reduziertes Risiko psychiatrischer Aufnahmen und Notaufnahmen während der Schwangerschaft bis 12 Monate nach

der Entbindung»¹⁹³. «Das Absetzen einer stabilisierenden antipsychotischen Medikation erhöht jedoch die Rezidivgefahr, und bei chronisch kranken Frauen kann eine psychotische Leugnung von Schwangerschaft und Geburt eine Gefahr für Mutter und Kind darstellen»¹⁹⁴.

7.2.3.2 Betreuungskontext peripartal

Die Erkrankung tritt wie oben beschrieben bevorzugt erstmals zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr auf, bei 65% der betroffenen Frauen bereits vor dem 30. Lebensjahr. Viele Frauen mit schizophrener Erkrankung mit Kinderwunsch haben bereits Krankheitserfahrung mit Episoden mit paranoid-halluzinatorischem Syndrom und können diese in ihren Lebensplan integrieren¹⁹⁵. Auch bei Patientinnen mit Schizophrenie hat sich in der Praxis des Kompetenzbereiches Gynäkopsychiatrie der Psychiatrie St.Gallen eine triadische Behandlungs- und Beratungskultur bewährt. Betroffene sind «Experten in eigener Sache». Bei chronischem oder schwerem Verlauf kann dies jedoch beeinträchtigt oder sogar unmöglich sein. Angehörige – hier besonders die Väter beziehungsweise die Partner oder Partnerinnen – haben eine wichtige Funktion bei der Alltagsbewältigung und der Herstellung eines gesundheitsfördernden Milieus in den Wochen und Monaten nach der Geburt. Vor allem die Aspekte Reizabschirmung, Schlaf und soziale Unterstützung, wozu auch eine Sensibilisierung für individuelle Frühwarnzeichen einer Wiedererkrankung gehört, sind bereits präkonzeptionell anzusprechen und schriftlich niederzulegen. Diese Informationen sind an alle beteiligten Fachpersonen weiterzugeben (vgl. Anhang in Kapitel 12)¹⁹⁶. Auch soziale Unterstützung durch die Hebamme, die Mütter- und Väterberatung und gegebenenfalls eine Haushaltshilfe oder Spitex kann die junge Familie peripartal entlasten. Des Weiteren stellt sich die Frage, wie sich die Betreuungssituation im Falle eines stationären Aufenthalts gestalten würde. Wenn es gelingt, eine möglichst gleichberechtigte Beratungs- und Behandlungsbeziehung zu etablieren und Angehörige möglichst selbstverständlich einzubeziehen, können individuelle und familiäre Ressourcen besser genutzt werden¹⁹⁷.

Die S3-Leitlinie Schizophrenie fordert die Besprechung einer möglichen Schwangerschaft bei jeder Patientin. «Frauen mit einer Schizophrenie im reproduktiven Alter soll Beratung zur Familienplanung, zu Besonderheiten in der Schwangerschaft (insbesondere Medikation), und zu Unterstützungsmaßnahmen angeboten werden»¹⁹⁸. Die S3-Leitlinie Schizophrenie berücksichtigt die Schwangerschaft, nicht aber die Mutterschaft der betroffenen Frau. In der präkonzeptionellen Beratung ist jedoch die Abschätzung essenziell, in welchen Kontext ein Kind hineingeboren wird¹⁹⁹.

193 Vgl. Rochon-Terry et al. (2016), zit. nach Kühner (2016), S. 930.

194 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 930.

195 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.7.

196 In Anlehnung an Dorsch & Rohde (2016). Vgl. auch Rohde et al. (2016a).

197 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6 und in Kapitel 7.

198 Vgl. «Empfehlung 115» in DGPPN (2019), S. 210.

199 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 6 und in Kapitel 7.

184 Vgl. DGPPN (2019), S. 7.

185 Ebd.

186 Vgl. Tosato et al. (2017), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.

187 Ebd.

188 Vgl. Tosato et al. (2017) und Bennedsen (1998), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.

189 Vgl. Lin et al. (2009), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.

190 Vgl. Meador et al. (2008), Galbally et al. (2014) und Tosato et al. (2017), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.

191 Vgl. DGPPN (2019), S. 210.

192 Vgl. Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 930.

Gerade bei chronischen oder schweren Verläufen ist ein proaktives Vorgehen seitens der Behandler unumgänglich, da aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen das Kindeswohl gefährdet sein kann. In der Praxis des Kompetenzzentrums hat es sich bewährt, mit der Patientin die Auswirkungen der krankheitsbedingten Einschränkungen auf ein Kind offen zu besprechen und auf die Möglichkeit des Einbezugs der KESB zur Evaluation unterstützender Massnahmen wie zum Beispiel einer sozialpädagogischen Familienbegleitung aufmerksam zu machen. In Einzelfällen ist aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes klar, dass bei zeitnahe Eintritt einer Schwangerschaft aufgrund des bisherigen Verlaufs nicht von einer Erziehungsfähigkeit auszugehen ist. Auch hier ist es ratsam, dies der Patientin und ihrem Partner beziehungsweise ihrer Partnerin gegenüber bereits präkonzeptionell offen anzusprechen.

7.2.4 Folgen perinataler psychischer Störungen für die fetale und kindliche Entwicklung

«Eine grössere Anzahl von Studien und Metaanalysen bestätigt reifungsbezogene, kognitive und emotionale entwicklungsbezogene Folgen perinataler Störungen für die fetale und kindliche Entwicklung. Hier ist zu beachten, dass diese Effekte in der Regel klein bis moderat sind und mit der Schwere der psychischen Erkrankung variieren. Aufgrund der hohen Komorbidität lassen sich nur sehr beschränkt Aussagen zu spezifischen Folgen einzelner psychischer Störungen treffen. Schliesslich sind Folgen der Erkrankung häufig nur unzureichend von einem gegebenenfalls nachteiligen Gesundheitsverhalten betroffener Mütter zu trennen, aber auch von Behandlungsfolgen, wie dem Gebrauch von Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit»²⁰⁰. «Diese stellen wiederum selbst Indikatoren der Erkrankungsschwere dar»²⁰¹. Vergleiche dazu auch Kapitel 7.1 zum «Baustein Bindungsforschung» über die Interaktion zwischen Mutter und Kind bei einer psychisch erkrankten Frau.

7.3 Baustein Genetik und Epigenetik: Fragen der Vererbung im Zusammenhang mit Depression, Bipolarer Störung und Schizophrenie

Epidemiologische und genetische Studien zeigen, dass psychische Erkrankungen genetische Ursachen haben²⁰². Sie zeigen aber auch, dass Umgebungsfaktoren eine wichtige Rolle spielen – und dass letztlich die Gen-Umwelt-Interaktion entscheidend für das Auftreten psychischer Erkrankungen ist^{203,204}. Aus Zwillingsstudien wurden folgende Konkordanzraten (in %) berechnet:

- Zwangsstörungen (monozygote/dizygote Zwillinge): 87%/47%,

200 Vgl. DGPPN et al. (2015), zit. nach Kühner (2016), S. 931.

201 Vgl. Kühner (2016), S. 931.

202 Vgl. Anttila et al. (2018).

203 Vgl. Kendler et al. (2003).

204 Vgl. Kendler et al. (2011).

- Bipolare Störungen: 79%/19%,
- Schizophrenie: 59%/15%,
- Alkoholismus bei Männern: 59%/36%,
- Anorexia: 56%/5%,
- «endogene» Depression: 54%/24%,
- Panikstörung/Agoraphobie: 31%/0%,
- somatoforme Störungen: 29%/10%,
- generalisierte Angststörungen: 28%/17%,
- Alkoholismus bei Frauen: 25%/5%,
- Bulimie: 23%/8%,
- Posttraumatische Belastungsstörung: 17%/4%²⁰⁵.

Diese Zahlen sind mit Vorsicht zu interpretieren, da sie auf verhältnismässig kleinen Fallzahlen beruhen.

Basierend auf den Konkordanzraten aus Zwillingsstudien kann die sogenannte Heritabilität (Vererbbarkeit) bestimmt werden, die sich aus der doppelten Differenz zwischen der Konkordanz von eineiigen und zweieiigen Zwillingen errechnet und ein Mass für die Erblichkeit von komplexen Krankheiten darstellt. In Abbildung 2 sind die Resultate der grössten und aktuellen Registerstudie aus Schweden zusammengefasst, die Geschwister miteinander verglichen hat und die Heritabilität von acht wichtigen psychischen Erkrankungen errechnet. Zum Vergleich: Die Heritabilitätswerte für Hypertonie liegen bei 30 bis 50%. Wichtig ist in diesem Zusammenhang der Befund, dass bei einer Heritabilität für Schizophrenie von rund 50 bis 60% das Risiko, dass ein Kind diese Erkrankung erleidet, bei etwa 13% liegt, wenn ein Elternteil diese Diagnose hat²⁰⁶.

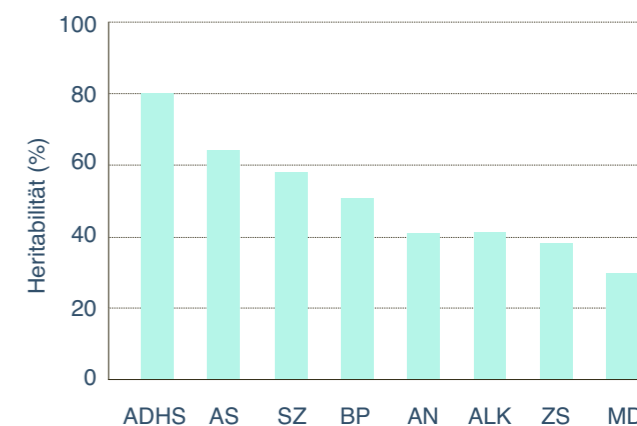


Abbildung 2: Heritabilitätswerte von acht psychischen Erkrankungen, errechnet aus der grössten Registerstudie mit über vier Millionen Geschwistern aus Schweden²⁰⁷. Abkürzungen: ADHS: Aufmerksamkeitshyperaktivitätssyndrom; AS: Autismusspektrum; SZ: Schizophrenie; BP: Bipolare affektive Störung; AN: Anorexia nervosa; ALK: Alkoholabhängigkeit; ZS: Zwangsstörung; MD: Major Depression. (Grafik verändert nach Pettersson et al. 2019.)

205 Vgl. Moeller et al. (2021).

206 Vgl. Gottesman & Erlenmeyer-Kimling (2001).

207 Vgl. Pettersson et al. (2019).

Bei komplexen Erkrankungen erlauben Register- und Zwillingsstudien jedoch nicht, die genetischen von den Umweltinflüssen klar abzugrenzen²⁰⁸. Die Gen-Umwelt-Interaktionen sind komplex. Man geht davon aus, dass nicht die psychische Krankheit per se, sondern die Vulnerabilität dazu vererbt wird und dass es bidirektionale Wechselwirkungen gibt²⁰⁹. Die Vulnerabilität äussert sich nicht im voll ausgeprägten klinischen Phänotyp, das heisst der Diagnose im engeren Sinne, sondern vielmehr in intermediären oder Endophänotypen²¹⁰. Beispiele solcher Endophänotypen²¹¹ sind neurokognitive Funktionen, strukturelle und volumetrische Eigenschaften des Gehirns, neurophysiologische Funktionen oder auch Empfindlichkeit gegenüber Stress^{212,213,214,215}. Darüber hinaus kommen weitere nicht genetische Risikofaktoren hinzu wie etwa das Alter der Eltern, Migration, Cannabiskonsum, Urbanisierung, Trauma, soziale Situation und anderes²¹⁶. Die Bidirektionalität der Gen-Umwelt-Wechselwirkungen bedeutet, dass die Vulnerabilität des Individuums wiederum einen gestaltenden Einfluss auf Umweltfaktoren hat. Diese Mechanismen können besonders in Risikokonstellationen für gezielte präventive Massnahmen genutzt werden.

Gross angelegte genetische genomweite Assoziationsstudien haben statistisch signifikante genetische Veränderungen gefunden, die mit bestimmten psychischen Erkrankungen korrelieren. Diese Korrelationen sind nur in sehr grossen Studiensamples sichtbar und haben Bedeutung für die Forschung, (noch) nicht aber für die klinische Praxis – insbesondere auch nicht für die Familienplanungsberatung. Sie zeigen auch, dass es erhebliche Überlappungen zwischen der genetischen Varianz und verschiedenen psychischen Krankheitsdiagnosen gibt²¹⁷, was dazu führt, dass man gelegentlich auch von einem gemeinsamen genetischen Risikofaktor spricht²¹⁸. Die Befunde der grossen genetischen Studien legen nahe, dass einzelne Gene eine Rolle spielen, dass es aber viele Gene sind – und wahrscheinlich Wechselwirkungen zwischen diesen –, die die Vulnerabilität und letztlich den klinischen Phänotyp determinieren. Aus diesem Grund werden sogenannte polygene Risikoscores errechnet, die eine statistisch engere Zuordnung zwischen Geno- und klinischem Phänotyp erlauben²¹⁹. Auch epigenetische Modifikationen spielen bei der Vermittlung von Umwelteinflüssen eine Rolle²²⁰. Neuere Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass diese für die personalisierte Therapieplanung in Zukunft eine Bedeutung haben werden.

208 Ebd.

209 Vgl. Uher (2014).

210 Vgl. Gottesman & Erlenmeyer-Kimling (2001).

211 Ebd.

212 Vgl. Myin-Germeys et al. (2001).

213 Vgl. Touloupoulou et al. (2007).

214 Vgl. Boos et al. (2007).

215 Vgl. Besteher et al. (2020).

216 Vgl. Mortensen et al. (2003).

217 Vgl. Pettersson et al. (2016).

218 Vgl. Caspi et al. (2014).

219 Vgl. Musliner et al. (2020).

220 Vgl. Shirvani-Farsani et al. (2021).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass psychische Erkrankungen – ähnlich wie alle anderen Krankheiten – auch genetische Ursachen haben. Die Heritabilität variiert zwischen verschiedenen Krankheiten. Jedoch ist hervorzuheben, dass der grosse Teil des Krankheitsrisikos in den Umweltfaktoren liegt. Bei der Kinderwunschberatung ist diesem Aspekt daher entsprechendes Gewicht zu verleihen – und insbesondere zu vermitteln, dass viele Umweltfaktoren modifizierbar sind und damit das Gesamtrisiko für das Kind beeinflusst werden kann. Bei Personen mit einem erhöhten genetischen und Umweltrisiko ist eine engmaschigere Begleitung indiziert und es sollten entsprechende präventive Massnahmen getroffen werden.

7.4 Baustein Psychopharmakologie: Grundlagen der Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit

Psychische Erkrankungen müssen auch in der Schwangerschaft erkannt und leitliniengerecht behandelt werden. Die Entscheidungsfindung für eine Pharmakotherapie wird in diesem Kontext aber durch verschiedene Faktoren erschwert: Einerseits wird bei jeder Psychopharmakotherapie das Ungeborene oder im Fall der stillenden Frau das Neugeborene mitmediziert, andererseits fordert die Schwangerschaft selbst von Frauen hohe Anpassungsleistungen, die ihre psychische Gesundheit beeinflussen können.

Auch psychische Erkrankungen können das Gedeihen eines ungeborenen Kindes beeinträchtigen, sodass in jedem Einzelfall eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung bezüglich einer Medikation vorgenommen werden muss. Ziel einer jeden Pharmakotherapie der Schwangeren bleibt dabei, die mütterliche Stabilität und Funktionalität im Alltag zu ermöglichen und gleichzeitig mögliche Risiken für das Kind zu minimieren. Bei komplexen Fragestellungen, einem hohen mütterlichen Informations- und Aufklärungsbedarf, laufend aktualisierter Datenlage und auch aus medikolegalen Gründen ist es notwendig, werdende Mütter und ihre Familien umfassend über eine geplante Medikation aufzuklären.

Idealerweise sollte auch bei jeder geplanten Pharmakotherapie bei Frauen im gebärfähigen Alter ein Kinderwunsch oder eine mögliche ungeplante Schwangerschaft in die Therapieplanung miteinbezogen werden. Immerhin treten 10 bis 50% aller Schwangerschaften ungeplant ein²²¹. Zudem muss berücksichtigt werden, dass eine Schwangerschaft oft erst spät, beispielsweise in der sechsten bis achten Woche nach der letzten Periode, manchmal sogar noch später, festgestellt wird. Dies bedeutet, dass bei etwa der Hälfte der Schwangerschaften diese erst weit im ersten Trimenon festgestellt wird, wenn die Organogenese bereits fortgeschritten ist. Je nach Eliminationshalbwertszeit oder allfälligen aktiven Metaboliten einer Substanz ist dann ein Medikament, selbst wenn es plötzlich abgesetzt würde, noch lange im Plasma der Schwangeren nachweisbar. Zudem können die meisten Psychopharmaka nicht plötzlich abgesetzt werden, sondern müssen ausgeschlichen werden. Damit würde der Embryo zum Zeitpunkt des Bekannt-

221 Vgl. Feldhaus & Boehnke (2008) sowie Bergemann & Paulus (2016).

werdens der Schwangerschaft intrauterin gegenüber dem entsprechenden Medikament gerade in derjenigen embryonalen Entwicklungsphase exponiert, in der eine besondere Sensibilität gegenüber toxischen Einflüssen besteht. Insbesondere ab der dritten und bis etwa zur neunten Woche nach der Befruchtung beziehungsweise der fünften bis elften Woche nach dem ersten Tag der letzten Periode besteht eine besonders ausgeprägte Vulnerabilität für Fehlbildungen. Vor diesem Hintergrund sollten Frauen im gebärfähigen Alter prinzipiell eine Medikation erhalten, die auch in einer möglichen Schwangerschaft fortgeführt werden kann.

In der präkonzeptionellen Beratung pharmakologisch behandlungsbedürftiger Frauen findet sich eine ideale Ausgangslage, eine Medikation mit einer für die Schwangerschaft etablierten Substanz zu beginnen oder auf eine solche zu wechseln. Ist eine Schwangerschaft bereits eingetreten, sollten die eingenommenen Substanzen bezüglich ihrer möglichen Teratogenität kritisch beurteilt werden. Dabei ist zu beachten, dass auch für gesunde und medikamentenfreie Frauen ein gewisses Basisrisiko besteht, ein Kind mit einer Fehlbildung zu bekommen. Zu berücksichtigen sind dann neben dem klinischen Zustandsbild der Schwangeren die Datenlage und teratologische Erfahrung mit den eingenommenen Substanzen, deren Halbwertszeit und Dosis sowie die Schwangerschaftswoche, in der die Frau sich befindet. Fehlbildungen können nicht mehr jenseits der Embryonalzeit (erstes Trimenon) ausgelöst werden, in der Fetalzeit (zweites und drittes Trimenon) können Wachstums- und Entwicklungsstörungen durch Medikamente oder Noxen verursacht werden. Zu jedem Zeitpunkt kann es zu einem Abort oder einer Frühgeburtlichkeit kommen. Genetische Aberrationen werden durch Psychopharmaka nicht ausgelöst.

In der präkonzeptionellen Beratung sind wie dargestellt Fragen zur medikamentösen Therapie sehr wichtig. Hierbei können Ihnen die folgende Fragen, die Sie unter «Praktische Tipps» finden, sehr hilfreich sein.

Praktische Tipps: Sind Diagnose und Indikation zur medikamentösen Therapie gestellt, wird unter Berücksichtigung zahlreicher Faktoren mit der Patientin ein geeignetes Psychopharmakon ausgewählt. Dabei können folgende Fragen helfen:

- Handelt es sich um Ersterkrankung oder Rezidiv?
- Wie häufig und wie schwerwiegend waren frühere Krankheitsphasen?
- Besteht eine Teil- oder Vollremission oder ein chronischer Verlauf?
- Wie sind die Erfahrungen der Patientin mit ihrer bisherigen Medikation? Gab es Absetzversuche, unerwünschte Wirkungen, besonders gut oder gar nicht wirkende Substanzen?
- Gibt es Hinweise auf eine psychische Instabilität unter hormonellen Schwankungen wie zum Beispiel ein prämenstruelles Syndrom (PMS) oder das prämenstruell dysphorische Syndrom (PDMS)?

- Welches sind die potenziellen Risiken des aktuellen oder eines neu gewählten Medikaments? Bestehen Teratogenität, Neurotoxizität oder mögliche Interaktionen bei Polypharmazie?

- Würde sich das Umstellen einer möglicherweise teratogenen Substanz noch «lohnend», falls die Schwangerschaft bereits fortgeschritten ist?

- Wie ist die Datenlage zum diskutierten Medikament für die Schwangerschaft?

- Welches sind die potenziellen Risiken durch Abstellen oder Umsetzen der Medikation?

- Falls ein Stillwunsch besteht: Wie ist die Verträglichkeit in der Stillzeit? In welchem Mass geht die Substanz in die Muttermilch über?

7.4.1 Medikamentendosen und Therapiemonitorisierung

Bezüglich der gewählten Dosen für Schwangere besteht manchmal eine irrational vorsichtige Haltung der Verschreibenden, die nicht selten bei den Patientinnen zu Krankheitsrezidiven führt. Mit Feststellen einer Schwangerschaft werden häufig – entweder von der Patientin oder von der Behandlerin beziehungsweise dem Behandler – Medikamente abgesetzt oder auf subtherapeutische Dosen reduziert, dies aus Angst, dem Ungeborenen zu schaden, und dem gleichzeitigen Bedürfnis, die Patientin dennoch weiter zu behandeln²²².

Die Schwangere stellt aber aus pharmakokinetischer Sicht eine völlig veränderte Umgebung für eine Substanz dar: So sind die Absorption und Distribution verändert sowie die Metabolisierungs- und Ausscheidungskapazität schon ab der frühen Schwangerschaft erhöht. Bei zahlreichen Substanzen führt dies zu veränderten, meist erniedrigten Plasmaspiegeln²²³. Im Fall von Mood-Stabilizern, Substanzen mit enger therapeutischer Breite oder bei hohen Dosierungen sollte daher während der Schwangerschaft ein wiederholtes «Therapeutisches Drug Monitoring» (TDM) durchgeführt werden. Bei Lamotrigin müssen beispielsweise bei induzierter Glucuronidierung und erhöhter renaler Ausscheidung die Dosen im Verlauf der Schwangerschaft unter Plasmaspiegelkontrollen häufig verdoppelt bis dreifach werden. Lithium ist insbesondere von der erhöhten glomerulären Filtrationsrate während der Schwangerschaft betroffen und muss in dieser Zeit engmaschiger kontrolliert und in seiner Dosis angepasst werden. Plasmaspiegel im unteren therapeutischen Bereich werden bevorzugt avisiert, solange für die individuelle Patientin ausreichend.

Besondere Aufmerksamkeit muss der Medikation in der unmittelbaren Postpartalzeit gelten: Da die physiologischen pharmakokinetischen Veränderungen rasch nach Geburt auf ihre Ausgangsaktivität zurückgehen, müssen die während der Schwangerschaft in ihrer Dosis erhöhten Medikamente spätestens nach Entbindung, eventuell unter TDM, wieder reduziert werden. In diesen Fällen ist eine schrift-

222 Vgl. Bauer & Ortel (2016).

223 Vgl. Menzler et al. (2016) und Hiemke et al. (2018).

liche pharmakologische Planung an die Entbindungsklinik zu richten, da es sonst zu Intoxikationen bei der Patientin oder zu Unsicherheiten bei den verschiedenen involvierten Fachpersonen kommen kann, die dann gegebenenfalls widersprüchliche Empfehlungen aussprechen und somit die Patientin weiter verunsichern können. Selbstverständlich ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den involvierten Fachärztinnen und Fachärzten wie etwa Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Geburtshelferinnen und Geburtshelfern in diesem Kontext mandatorisch.

In diesem Zusammenhang soll auf das «Bonner Konzept zum peripartalen Management» (BKPM) von Anke Rohde verwiesen werden, das auf der Basis der Erfassung von 420 Schwangerschaftsverläufen bei psychischen Erkrankungen inklusive postpartalem Verlauf entstand und eine umfassende Handlungsanweisung für psychiatrisch-psychotherapeutische Interventionen in der Geburtsklinik darstellt (vgl. Anhang in Kapitel 12)²²⁴.

Bezüglich der Auswahl einzelner Psychopharmaka sollte man sich aus Gründen der Aktualisierbarkeit bei laufend aktualisierter Datenlage auf wenige und gut etablierte Medikamente beschränken. Nachfolgende Auflistung in Kapitel 7.4.3 und die weiter unten stehende Tabelle 3 ersetzen keinesfalls eine fachliche Beratung und individuelle Therapieplanung durch die behandelnde Psychiaterin oder den behandelnden Psychiater. Kontinuierlich aktualisierte Monografien zu Einzelsubstanzen können beispielsweise unter www.embryotox.de oder in Fachbüchern wie beispielsweise «Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk» von Gerald G. Briggs und Mitarbeitern aus dem Jahre 2021 eingesehen werden²²⁵. In komplexen Fällen können Spezialangebote in Anspruch genommen werden, dies beispielsweise in der «Sprechstunde Schwangerschaft» der Psychiatrischen Dienste Aargau AG (PDAG).

7.4.2 Nutzen

Der Nutzen einer Psychopharmakotherapie ist im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes und nach Richtlinien der geltenden Behandlungsempfehlungen unbestritten. Eine Medikation soll dabei einen Rückgang der Symptome, eine Verbesserung der Befindlichkeit sowie eine Wiederherstellung der Stabilität mit ausreichender Funktionalität im Alltag bewirken. Eine stabilisierte Schwangere kann so die Zeit als werdende Mutter eher unbelastet erfahren und sich auf die anspruchsvolle Postpartalzeit vorbereiten. Ohne Beschwerden fühlt man sich wieder leistungsfähiger und belastbarer und kann seinen Alltag selbstbestimmter gestalten.

Eine akute stationäre Behandlung mit möglicherweise langen Phasen der Trennung von Mutter und Kind bringt neben Problemen bei der Bindung zwischen Mutter und Kind auch grosse Belastungen für das ganze System mit sich. Partnerschaften können darunter leiden, bis hin zu einer Trennung oder Scheidung. Zudem sind Mutter-Kind-Stationen in der Schweiz selten und haben eine beschränkte

224 In Anlehnung an Dorsch & Rohde (2016).

225 Vgl. Briggs et al. (2021).

Kapazität, sodass die Wartezeiten unter Umständen viele Wochen dauern können. Eine Akuthospitalisation via Kriseninterventionszentren kann wiederum zu Trennung von Mutter und Kind führen. Durch eine Medikation können weitreichendere Massnahmen wie zum Beispiel eine stationäre Behandlung oder Involvierung einer ambulanten Pflege häufig verhindert oder schneller beendet werden.

7.4.3 Risiken

Medikamente während der Schwangerschaft und Stillzeit sind immer auf ihre Auswirkungen auf das Kind zu prüfen. Die Risiken für embryonale Malformationen sowie somatische und psychische Entwicklungsstörungen des Kindes durch ein Medikament müssen im Voraus abgeklärt, nach Möglichkeit ausgeschlossen oder verringert werden.

Andererseits ergeben sich durch eine **unbehandelte psychische Erkrankung** direkt Risiken für das Kind (etwa Geburtskomplikationen oder geringeres Geburtsgewicht des Kindes)²²⁶, aber auch indirekt durch die erhöhte Belastung und geringere Leistungsfähigkeit der betroffenen Person, die verminderte Beziehung und Beschäftigung mit dem Kind bis hin zu einem erhöhten Suizidrisiko.

Wichtiger Hinweis: Eine gut eingestellte Medikation sollte ohne Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt nicht plötzlich abgesetzt oder verändert werden, da dies das Risiko einer Akzentuierung des Krankheitsbildes erhöht²²⁷.

Generelle Risiken von Medikamentengruppen sollten vor allem in der Schwangerschaft berücksichtigt werden: Zum Beispiel ist eine zusätzliche medikamentenassoziierte Gewichtszunahme – wie sie durch manche Antipsychotika wie Olanzapin oder Antidepressiva wie Mirtazapin bewirkt werden kann – in der Schwangerschaft mit zahlreichen Zusatzrisiken behaftet. Bei der Wahl einer Substanz sollte dies berücksichtigt werden. Zudem sollten Schwangere regelmässig bezüglich übermässiger Gewichtszunahme und metabolischer Symptome monitorisiert werden.

7.4.4 Zulassung und Information

Bei Psychopharmaka während der Schwangerschaft und Stillzeit liegt, da klinische Studien an Schwangeren auf dem Boden der «Good Clinical Practice» (GCP) in aller Regel nicht durchführbar sind, ein sogenannter **«Off-Label-Use»** vor. Das heisst, es besteht keine offizielle Zulassung durch Swissmedic. Der Hersteller schützt sich mit Aussagen wie: «Substanz XY sollte in der Schwangerschaft nicht eingenommen werden, es sei denn, es ist unbedingt notwendig» vor Haftungsfragen. Dies sagt nichts über das tatsächliche Risiko der Therapie für Mutter und Kind aus. Besteht ein belegtes Risiko, dann werden die dem Hersteller bekannten Risiken in der Fachinformation klar kommuniziert, teils mit einem «Black-Box Warning».

226 Vgl. Tosato et al. (2017), zit. nach DGPPN (2019), S. 210.

227 Vgl. Russel et al. (2013), Schiller et al. (2015) und Di Florio et al. (2013), zit. nach Kühner (2016), S. 927f. Vgl. ausserdem Jones et al. (2014), zit. nach Kühner (2016), S. 930.

Die rechtliche Absicherung der Pharmaindustrie kann aber zu Verunsicherung bei den Betroffenen und auch bei Fachpersonen führen. Ein «Off-Label-Use» einer indizierten Medikation ist während der Schwangerschaft gestattet. Aus rechtlicher Sicht muss die behandelnde Ärztin beziehungsweise der behandelnde Arzt über die schwangerschaftsbezogenen Risiken, die Nutzen- und Risikoabwägung sowie den «Off-Label-Use» aufklären und dies in ihren beziehungsweise seinen Unterlagen dokumentieren. Die Aufklärung muss nicht von der behandelten Patientin unterschrieben werden^{228,229}. Durch umfassende Sammlungen epidemiologischer Daten und Fallberichte besteht heute jedoch häufig eine gute Datenlage, sodass die Risiken einer Medikation während Schwangerschaft und Stillzeit in der Regel gut eingeschätzt werden können²³⁰. Telefonisch oder online können bei Embryotox und Reprotox in Deutschland Informationen zu Medikamenten in der Schwangerschaft von Fachpersonen und Patientinnen eingeholt werden. Quellen und Angebote zu Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit sind in der nachfolgenden Textbox «Praktische Tipps» zu finden.

Praktische Tipps: Um an nähere Informationen zum Gebrauch von Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit zu gelangen, können folgende Quellen konsultiert werden:

- Das Angebot **Embryotox** wird interdisziplinär von erfahrenen Fachpersonen unter anderem aus den Bereichen Arzneimittelsicherheit, Psychiatrie, Gynäkologie und Pädiatrie betrieben. Das Angebot ist abrufbar unter www.embryotox.de.
- Das Angebot **Reprotox** berät auf Grundlage einer Datenbank persönlich unter www.uniklinik-ulm.de/frauenheilkunde-und-geburtshilfe/schwerpunkte/geburtsmedizin/medikamentenberatung.html.
- In der Schweiz gibt es von pharmakologischer Seite her die **Sprechstunde «Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit»**, in der in einer persönlichen Konsultation eine psychiatrische und beziehungsweise oder somatische Medikation im klinischen Kontext evaluiert und die Patientin umfassend über diese aufgeklärt wird. Die Anmeldung erfolgt via schwangerschaft@pdag.ch.
- Ferner existieren in immer mehr Kantonen **Angebote für Gynäkopsychiatrie**, die ebenfalls Medikamente im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes besprechen. Die Angebote sind via regionale Psychiatrieambulatorien auffindbar.

7.4.5 Grundsätzliche Punkte zu Pharmakotherapien in der Schwangerschaft

7.4.5.1 Auswahl eines Pharmakons

In jeder Medikamentengruppe finden sich Substanzen, die in einer Schwangerschaft eingesetzt werden können. Besonders Antidepressiva und auch Antipsychotika bieten in diesem Kontext verschiedene Behandlungsoptionen. Doch

228 Vgl. FMCH (2020).

229 Vgl. beispielsweise § 13 GesG Zürich und Art. 26 GesG Bern.

230 Vgl. Bergemann & Paulus (2016).

auch bei diesen Substanzen gibt es pharmakodynamische und pharmakokinetische Besonderheiten wie beispielsweise eine sehr lange Eliminationshalbwertszeit von Fluoxetin, die im Kontext einer Schwangerschaft manchmal eine Umstellung innerhalb einer Substanzgruppe sinnvoll erscheinen lassen.

Unter den Antiepileptika hingegen finden sich diverse Teratogene, deren Einsatz mit psychiatrischer Indikation bei Kinderwunsch und in der Schwangerschaft kontraindiziert ist (beispielsweise Valproat oder Carbamazepin). Auch sind Substanzen dieser Klassen häufiger von pharmakokinetischen Besonderheiten in der Schwangerschaft betroffen und ein TDM ist häufiger sinnvoll und notwendig. Die Indikation für Substanzen aus diesen Gruppen wird eng gestellt und beschränkt sich auf wenige Optionen.

Innerhalb einer Substanzgruppe greift man generell häufig lieber auf ältere, lang etablierte Substanzen zurück, die aufgrund der umfangreicheren Datenlage besser bezüglich eines Einsatzes in der Schwangerschaft dokumentiert sind. Neue Substanzen werden eher zurückhaltend eingesetzt oder nur dann, wenn sich alle etablierten Substanzen bei einer Patientin als nicht wirksam erwiesen haben.

7.4.5.2 Monotherapie versus Polymedikation

Immer wieder wird betont, dass in einer Schwangerschaft eine Monotherapie durchgeführt werden sollte, da andernfalls die Risiken für Mutter und Ungeborenes nicht abgeschätzt werden können. Optimalerweise gelingt dies: So kann man beispielsweise mit dem Einsatz von Mirtazapin gleichzeitig einen antidepressiven, schlafanstossenden und antiemetischen Effekt erzielen. Im klinischen Alltag ist eine komplexe Medikation mit einer Vielzahl an somatischen oder psychiatrischen Substanzen aber an der Tagesordnung und auch in der Schwangerschaft häufig nicht vermeidbar. In diesem Fall sollte die Patientin mit Augenmass auch über die nicht abschätzbaren kumulativen Risiken aufgeklärt werden.

7.4.5.3 Schlafstörungen

Schlafanstossende Medikamente sollten so gewählt werden, dass keine Tachyphylaxie oder gar Abhängigkeit der Mutter entsteht, da davon auch das Neugeborene betroffen wäre. Schlafstörungen in der Schwangerschaft sind häufig, das Schlafmuster ist physiologisch verändert und häufig nicht behandlungsbedürftig. Dysfunktionale Annahmen der Patientin bezüglich Schlafdauer und -qualität müssen korrigiert werden, bevor eine Pharmakotherapie in Erwägung gezogen wird. Sollten die Schlafstörungen im Kontext einer Depression, einer obstruktiven Schlafapnoe oder eines Restless-Legs-Syndroms auftreten, sollte zunächst diese Grunderkrankung behandelt werden. In der Stillzeit müssen schlafanstossende Medikamente besonders vorsichtig eingesetzt werden, da sie zu sedierenden Effekten beim exponierten Kind führen können.

7.4.5.4 Folsäure

Der Folsäurebedarf ist während einer Schwangerschaft erhöht und kann allein mit der Ernährung nicht ausreichend gedeckt werden. Aus diesem Grund bekommt jede Frau mit Kinderwunsch ein geeignetes Folsäurepräparat, idealerweise schon präkonzeptionell. Gemäss amerikanischen Empfehlungen sollte die Folsäuredosis bei Einnahme eines jeden Antipsychotikums oder Antiepileptikums während des ersten Trimenons erhöht werden, um das Risiko eines Neuralrohrdefektes zu mindern. Empfohlen wird die zehnfache Dosis, das heisst 4 mg statt 400 µg²³¹. Bei gesunder Nierenfunktion ist diese Dosis unproblematisch.

7.4.5.5 Phytopharmaka

Sowohl behandelnde Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen bevorzugen während einer Schwangerschaft häufig phytopharmakologische Substanzen, da diese eine natürliche und gesündere Alternative zu chemisch hergestellten Pharmaka darstellen sollen. Zu beachten ist dabei ein rationaler, ebenso datenbasierter Therapieansatz, wie wir ihn auch bei Medikamenten anwenden: Denn auch Phytopharmaka können unerwünschte Wirkungen auf Mutter und exponiertes Kind haben. So sind Substanzen wie Ingwer oder Passionsblume Wehen auslösend und können damit zumindest nicht für einen Einsatz im letzten Trimenon empfohlen werden. Die Anwendung von Hopfen und Baldrian ist für die Schwangerschaft hingegen ausreichend belegt. Zu Substanzen, die aus Lavendel abgeleitet sind, ist die Datenlage aktuell noch nicht ausreichend. Im Fall von Johanniskraut ist der behandelnde Arzt beziehungsweise die behandelnde Ärztin besonders auf die Information der Patientin angewiesen und muss über die möglichen hepatischen Induktionsprozesse, die eine Unwirksamkeit zahlreicher Medikamente nach sich ziehen können, aufklären. Eine genaue Medikamentenanamnese, die auch gezielt nach allfällig mit der Schwangerschaft oder einer gegebenen Medikation interagierenden Substanzen wie Noxen, Vitaminen, Spurenelementen und Phytopharmaka fragt, gehört daher zu jeder präkonzeptionellen Beratung. Ansonsten kann Johanniskraut bei leichten Depressionen auch in der Schwangerschaft eingesetzt werden, wenn keine Pharmakotherapie indiziert ist. Negative Daten zur Substanz fehlen weitgehend²³².

7.4.5.6 Mittel der Wahl

In Tabelle 3 auf der nächsten Seite sind die wichtigsten Psychopharmaka aufgelistet. Die Spalte «Mittel der Wahl» beinhaltet diejenigen Medikamente, die in ihrer Anwendung breit untersucht wurden und für die kein relevant erhöhtes Risiko für Fehlbildungen gegenüber der Basisrate besteht. «Tolerabel» sind alternative Wirkstoffe mit ähnlichem Wirkungsspektrum, wobei die Datenlage ebenfalls gut, aber nicht ganz so breit untersucht ist wie bei den «Mitteln der Wahl». Die Spalte «nicht empfohlen» listet Wirkstoffe auf, die sich als schädlich für die Entwicklung des Kindes erwiesen ha-

ben. Die klinischen Erfahrungen der Autorin des Kapitels sowie der Projektleitung mit gewissen Medikamenten sind in die Tabelle eingeflossen; diese Abweichungen zur originalen Tabelle sind kursiv dargestellt und mit einer Fussnote versehen.

7.4.5.7 Neonatale Anpassungsstörungen

Nach Medikamenteneinnahme der Schwangeren können beim Neonaten kurzzeitig Symptome auftreten, die man als «neonatale Anpassungsstörung» bezeichnet²³³. Mögliche Symptome sind Hyperreflexie, Schlafstörungen, schrilles Schreien, Temperaturregulationsstörungen oder Sedation. Die Symptome legen sich meist nach den ersten Tagen und haben in der Regel keine langfristigen negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung. Bei einzelnen Medikamenten können diese Symptome länger andauern, Blutdyskrasien oder Schilddrüsenfunktionsstörungen hervorrufen oder zu einer Floppy-Infant-Symptomatik oder kindlichem Entzug führen.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass nach Behandlung mit der bei Schwangeren breit angewendeten Gruppe der SSRI (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) in der Regel in zugelassenen Dosen keine relevanten Anpassungsstörungen beim exponierten Neonaten auftreten. Nach SNRI-Medikation (Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) sind diese gerade in höheren Dosen jedoch häufiger zu beobachten. Die Entbindung ist bei chronischer Medikamenteneinnahme relevanter Substanzen oder unter Polypharmazie in einer Klinik mit angeschlossener Neonatologie empfohlen.

7.4.5.8 Persistierende pulmonale Hypertonie des Neugeborenen

Gelingt die unmittelbar postpartal eintretende Umstellung des fetalen Kreislaufs auf denjenigen des Neonaten nicht, kann eine persistierende pulmonale Hypertonie des Neugeborenen (PPHN) entstehen. Dabei handelt es sich um eine schwerwiegende Erkrankung, die auch zahlreichen Schwangeren bekannt ist und zu der die Verschreibende oder der Verschreibende Auskunft geben können muss. In zahlreichen Studien wurde ein Zusammenhang der PPHN mit der Einnahme von SSRI diskutiert. Tatsächlich konnte in einer aktuellen Metaanalyse ein kleines, dennoch signifikant erhöhtes Risiko konstatiert werden. Die Odds Ratio beträgt 1,5, das absolute Risiko für exponierte Frauen bleibt aber sehr gering und muss gegen den belegten Nutzen einer antidepressiven Therapie in der Schwangerschaft abgewogen werden²³⁴.

Tabelle 3: Mittel der Wahl nach Behandlungsindikation in Anlehnung an Dathe & Schaefer (2019)²³⁵ (Hinweis: Für Wahl der Medikamente vergleiche die aktuellen Angaben unter www.embryotox.de.)

Indikation (Grund für die Medikation)	Mittel der Wahl (Wirkstoff)	Tolerabel	Nicht empfohlen (kontraindiziert)	Bemerkung
Depressive Symptomatik, antriebsgemindert	Sertralin Citalopram Escitalopram	Andere etablierte Antidepressiva ²³⁶		Anpassungsstörungen in der Regel nach SSRI unwahrscheinlich
Depressive Symptomatik, agitiert	Amitriptylin Mirtazapin	Andere etablierte Antidepressiva ²³⁷		Anpassungsstörungen beim Neugeborenen möglich
Bipolare Störung	Quetiapin Lamotrigin	Lithium andere etablierte Antipsychotika ²³⁸	Keine Valproinsäure zur Phasenprophylaxe (Rückfallverhinderung)	Lithium bei stabiler Einstellung belassen; Anpassungsstörungen beim Neugeborenen möglich, insbesondere bei Lithium
Psychotische Symptome	Quetiapin Olanzapin Risperidon Aripiprazol <i>Haloperidol</i> ²³⁹	Andere etablierte Antipsychotika ²⁴⁰		Anpassungsstörungen beim Neugeborenen möglich
Schlafstörungen Anspannung Unruhe	Diphenhydramin <i>Amitriptylin</i> ²⁴¹ Mirtazapin Quetiapin <i>Lorazepam</i> ²⁴²	<i>Trazodon</i> ²⁴³ (dauerhafte Einnahme) Zolpidem Zopiclon (alle nur kurzzeitig)		Achtung: Entzug beim Neugeborenen bei Benzodiazepinen und Z-Substanzen im chronischen Gebrauch
Angsterkrankung	Sertralin Citalopram <i>Escitalopram</i> ²⁴⁴	Venlafaxin rtd andere Antidepressiva ²⁴⁵		Anpassungsstörungen beim Neugeborenen nach SSRI unwahrscheinlich, nach SNRI möglich
Zwangssymptomatik	Sertralin Citalopram <i>Escitalopram</i> ²⁴⁶	Andere etablierte Antidepressiva ²⁴⁷		Anpassungsstörungen beim Neugeborenen eher unwahrscheinlich

7.4.5.9 Frühgeburtlichkeit und Langzeitfolgen für das exponierte Kind

Unter Therapie mit einigen wenigen Substanzen wie Valproat sind neurokognitive Entwicklungsstörungen eindeutig

235 Die Tabelle wurde in Anlehnung an Dathe & Schaefer (2019) erstellt. Die klinische Erfahrung der Autorin des Kapitels sowie der Projektleitung mit gewissen Medikamenten ist in die Tabelle eingeflossen. Diese Abweichungen zur originalen Tabelle sind kursiv dargestellt und mit einer Fussnote versehen.

236 Gemeint sind andere Arzneimittel mit grossem Erfahrungsumfang in Bezug auf den Einsatz während der Schwangerschaft, einzusehen beim jeweiligen Arzneimittel in der Datenbank Embryotox.

237 Vgl. vorangehende Fussnote.

238 Vgl. vorangehende Fussnote.

239 Vgl. vorangehende Fussnote.

240 Vgl. vorangehende Fussnote.

241 Hier empfehlen die Autorin des Kapitels und die medizinischen Autorinnen der Empfehlungen die Nennung als Mittel der Wahl für den Akutbereich.

242 Hier empfehlen die Autorin des Kapitels und die medizinischen Autorinnen der Empfehlungen die Nennung als Erstwahlmedikament für den kurzfristigen Einsatz.

243 Trazodon ist für die Schwangerschaft nicht gut dokumentiert, in den berichteten Fällen gab es keine Hinweise auf zusätzliche kindliche Schädigungen. In der Schweiz breiter Einsatz als schlafantagonistisches Antidepressivum, das in Einzelfällen nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung in Erwägung gezogen kann.

244 Hier empfehlen die Autorin des Kapitels und die medizinischen Autorinnen der Empfehlungen eine gleichwertige Erwähnung mit Citalopram.

245 Gemeint sind andere Arzneimittel mit grossem Erfahrungsumfang in Bezug auf den Einsatz während der Schwangerschaft, einzusehen beim jeweiligen Arzneimittel in der Datenbank Embryotox.

246 Hier empfehlen die Autorin des Kapitels und die medizinischen Autorinnen der Empfehlungen eine gleichwertige Erwähnung mit Citalopram.

247 Gemeint sind andere Arzneimittel mit grossem Erfahrungsumfang in Bezug auf den Einsatz während der Schwangerschaft, einzusehen beim jeweiligen Arzneimittel in der Datenbank Embryotox.

belegt. Für alle in Tabelle 3 genannten Medikamente ist bisher kein Risiko für Frühgeburtlichkeit oder neurokognitive Entwicklungsdefizite aufgefallen. Die Studienlage verweist vielmehr auf einen ungünstigen Einfluss psychischer Erkrankungen auf die kindliche Entwicklung. Dies gilt unter anderem für eine mütterliche Schwangerschaftsdepression, eine symptomatische Schizophrenie oder eine Bipolare Störung²⁴⁸.

7.4.5.10 Kommunikation und Interdisziplinarität

Es ist sinnvoll, im Verlauf der Schwangerschaft die Einnahme notwendiger Medikamente wiederholt zu überprüfen und mit der werdenden Mutter zu besprechen: einerseits, da es auch während einer Schwangerschaft zur Verschlechterung des psychischen Befindens kommen kann, andererseits, da oben erwähnte physiologische Veränderungen zu subtherapeutischen Plasmaspiegeln führen können. Die Schwangere sollte verstehen, dass allfällige Dosiserhöhungen dem Therapieerhalt dienen und das Kind somit nicht erhöhten Plasmaspiegeln ausgesetzt ist. Nur eine gut aufgeklärte Patientin ist auch compliant und fühlt sich mit den ihr verschriebenen Medikamenten gut behandelt und sicher. Generell sollte mit Frauen im fertilen Alter wiederholt die Möglichkeit einer Schwangerschaft thematisiert werden, vor allem, wenn diesbezüglich suboptimale Substanzen eingesetzt werden.

248 Vgl. Bauer & Ortel (2016).

231 Vgl. NICE (2014) und Briggs et al. (2021).

232 Vgl. Mills et al. (2006) und Moretti et al. (2009).

233 Vgl. Dathe & Schaefer (2019).

234 Vgl. Ng et al. (2019).

Von gynäkologischer Seite gilt jede Schwangere mit einer der in den vorliegenden Empfehlungen behandelten Erkrankungen als Risikoschwangere. Ein frühzeitiges interdisziplinäres Vorgehen ist bereits präkonzeptionell anzustreben, da man je nach Schwere der psychischen Erkrankung nicht von regelmässigen Vorsorgeuntersuchungen bei der Gynäkologin oder dem Gynäkologen ausgehen darf. Im gesamten Verlauf der Schwangerschaft ist eine gute Kommunikation zwischen den behandelnden Ärztinnen und Ärzten aus den Fachgebieten der Psychiatrie und Gynäkologie notwendig. Vor der Entbindung sollte Kontakt mit der Entbindungsklinik aufgenommen und die Medikation in der Peripartal- und Stillzeit geplant werden.

Unter zahlreichen Psychopharmaka kann gestillt werden. Werden zusätzliche Schlafmittel oder weitere Medikamente notwendig, kann auch ein Teilstillen oder ein Abstillen diskutiert werden. Ferner sollte rechtzeitig dafür gesorgt werden, dass für den Fall einer erneuten Krankheitsphase ein helfendes Netz für die frischgebackene Mutter besteht: Es sollten Unterstützungsmöglichkeiten durch die Familie oder die Hebamme, ambulante oder auch stationäre Behandlungsmöglichkeiten besprochen und gegebenenfalls in die Wege geleitet werden.

Die bisherige Forschung zeigt, dass das Befinden der Mutter, das soziale Umfeld und das Miteinander von Mutter und Kind für die langfristige gesunde Entwicklung des Kindes mindestens so wichtig sind wie die Auswirkungen von Psychopharmaka während der Schwangerschaft²⁴⁹. Dies zeigt nochmals, wie wichtig Stabilität und Gesundheit einer werdenden Mutter sind.

7.5 Baustein Gesellschaft: Sozialer und sozioökonomischer Kontext einer Frau mit psychischer Erkrankung

Wie eine Gesellschaft mit psychisch erkrankten Frauen mit einem Kinderwunsch umgeht, wird massgeblich durch die historische Entwicklung einer Gesellschaft sowie der von ihr mehrheitlich geteilten Werte und Einstellungen sowie auch durch die Erwartungen an die Rolle der Frau als Mutter geprägt. Angesichts von sogenannten Megatrends (Globalisierung, Individualisierung, «Gender Shift», demografischem Wandel) entwickeln sich Rollenbilder und Rollenerwartungen an die Geschlechter aber stetig weiter, insbesondere in westlichen Demokratien wie der Schweiz. Solche Veränderungen in den Rollenbildern und -erwartungen gelten für alle Frauen und Männer, nicht nur für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Ein grundsätzliches Verständnis von der Rolle der Frau als Mutter und als Partnerin ist daher hilfreich für das Verständnis des Umgangs mit Frauen mit einer psychischen Erkrankung.

7.5.1 Die Rolle der Frau als Mutter und Partnerin

In den letzten Dekaden haben sich in westlichen Demokratien wie der Schweiz tiefgreifende soziale Emanzipations- und Transformationsprozesse abgespielt, die auch

249 Vgl. Dathe & Schaefer (2019).

Rollenbilder und -erwartungen an die Frau wie auch das Verhältnis der Geschlechter betroffen haben. Seit den 1970er-Jahren lassen sich in jüngeren Generationen deutlich egalitäre Vorstellungen und Haltungen bezüglich der Geschlechterrollen in Ehe und Familie feststellen²⁵⁰. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass die Rolle als «Ernährer der Familie» immer seltener nur vom Vater übernommen wird. Beziehung und Ehe werden – anders als vor Jahrzehnten – inzwischen eher zwischen Partnern mit einem vergleichbaren sozioökonomischen Status geschlossen²⁵¹. Mit der sozioökonomischen Angleichung von Männern und Frauen hat sich die Bedeutung der Ehe gewandelt, die von einer Versorgungsgemeinschaft vermehrt zu einem gemeinsamen Engagement für Kinder wird²⁵².

In westlichen Gesellschaften ist eine Bedeutungszunahme auch nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften zu beobachten, sodass Geburten auch zunehmend häufiger innerhalb nicht-ehelicher Lebensgemeinschaften erfolgen²⁵³. Insgesamt werden die Modelle des Zusammenlebens und des Aufwachsens von Kindern vielfältiger, etwa Lebensentwürfe mit sequenziellen Ehen, alleinerziehende Frauen und Männer mit einem oder mehreren Kindern und gleichgeschlechtliche Paarbeziehungen und Familien²⁵⁴. Für Frauen wie auch für Männer bedeutet dies je nach Form des Zusammenlebens und der Partnerschaft ein sehr individuelles Abwägen der Aufgabenverteilung in Erziehung, Freizeit, Hausarbeit und Berufstätigkeit. Trotz dieser Diversifizierung stellt sich nach wie vor insbesondere für Frauen die Frage der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, das heisst, es gibt noch immer auch tradierte Erwartungen an eine Frau als «gute Mutter» und «gute Partnerin». Gleichwohl zeigen Studien, dass Selbsterwartungen von Frauen nach wie vor hoch sind, wenn sie Mütter wurden: Sie messen der Elternschaft eine grössere Bedeutung zu als Väter, und zwar unabhängig davon, ob ein Kind geplant war oder nicht²⁵⁵.

Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Emanzipations- und Transformationsprozesse können sich psychisch erkrankte Frauen möglicherweise unter einen besonderen Druck gesetzt fühlen: In den letzten Dekaden wird zunehmend die Selbstständigkeit der Frau in der Kindererziehung und in der Partnerschaft erwartet. Zudem gibt es aufgrund einer psychischen Erkrankung bisweilen Zweifel an der Fähigkeit der Frau, eine «gute Mutter» sein und die Kinder angemessen erziehen zu können²⁵⁶. Zu besprechen wäre daher im Rahmen einer Beratung – und dies gilt unabhängig vom Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung –, woher bestimmte Bedenken oder auch Sehnsüchte hinsichtlich des Kinderwunsches herrühren, inwieweit diese mit Vorstellungen der Gesellschaft, der Familie und des Partners beziehungsweise der Partnerin zusammenhängen und wo eine Frau auch ihre Unabhängigkeit von Rollenerwartungen und kulturellen Traditionen leben kann.

250 Vgl. Trifan et al. (2014), Negraia et al. (2018) und Cranney & Miles (2020).

251 Vgl. Sassler & Lichter (2020).

252 Vgl. Lundberg & Pollak (2015).

253 Vgl. Sassler & Lichter (2020).

254 Vgl. Furstenberg et al. (2020).

255 Vgl. Laney et al. (2014).

256 Vgl. Walder et al. (2021).

Es wäre zudem gemeinsam abzuklären, welche Anteile in der Entscheidungsfindung bei einem Kinderwunsch extrinsisch und welche intrinsisch motiviert sind, inwieweit die Frau sich damit «wohl fühlt» und inwieweit dies in die Vorstellungen ihres eigenen Lebensentwurfs passt. Eine beratende Fachperson könnte an dieser Stelle gezielt nachfragen und der Patientin Orientierung anbieten, um ihre eigenen Ressourcen in ihrer Rolle als gleichberechtigte Partnerin und später als Mutter zu stärken.

7.5.2 Der Kinderwunsch im sozialen und ökonomischen Kontext

Der Rahmen, der dem Kinderwunsch durch die Rollenbilder und -erwartungen einer Gesellschaft vorgegeben wird, wird durch den sozialen und ökonomischen Kontext der Familie mitbestimmt, in dem eine Frau lebt und in den ein Kind hineingeboren wird. So haben zwar ein erfüllter Kinderwunsch und eine erfolgreiche Mutterschaft im Sinne eines «Mutterglücks» einen deutlichen Einfluss auf das Wohlbefinden einer Frau; gleichzeitig ist das Wohl einer Frau als Mutter aber auch abhängig von Faktoren wie Familienstand, Alter bei der Erstgeburt, Ethnizität beziehungsweise kulturellem Hintergrund und sozioökonomischem Status²⁵⁷. In dem Masse, wie sich das Verständnis der Ehe als ökonomischer Versorgungseinheit gewandelt hat, hat sich auch das Verständnis von Kindern von einem ökonomischen hin zu einem psychologischen Wert für ihre Eltern beziehungsweise von einem instrumentellen hin zu einem expressiven Wert gewandelt²⁵⁸. Kinder werden nicht mehr im Sinne einer späteren Absicherung im Alter betrachtet, sondern als etwas Sinnstiftendes, als eine Lebensaufgabe und Teil eines gemeinsamen Lebensentwurfs.

Die beiden aufgezeigten Entwicklungsstränge haben auf der einen Seite dazu geführt, dass sich Ehe und Partnerschaft durch eine zunehmende ökonomische Unabhängigkeit der Frau – insbesondere auch der Single-Frau oder der alleinerziehenden Frau – verändert haben²⁵⁹. Auf der anderen Seite wird versucht, dass Kindern im Sinne des Verständnisses als einem expressiven Wert möglichst viel geboten wird und sie weitgehend behütet aufwachsen. Bisweilen wird dies mit dem Bild der «Helikopter-Eltern» karikiert. Wenn Kinder in sozioökonomisch weniger stabilen Verhältnissen aufwachsen, kann dies soziale Disparitäten in einer Gesellschaft befördern. Auf das Kindes- und Mutterwohl muss sich dies zwar nicht unmittelbar auswirken. Es kann aber bei Müttern bestimmte Vorstellungen nähren, was es in materieller Hinsicht braucht, um eine «gute Mutter» zu sein. Dies kann unter Umständen zu Verunsicherungen und einem Erwartungsdruck führen, dem Kind finanziell und materiell möglichst viel zu bieten.

Diese Ausführungen zeigen, wie wichtig die Erhebung der sozioökonomischen Verhältnisse bei der Beratung von psychisch erkrankten Frauen mit einem Kinderwunsch ist. Gerade bei Frauen mit einer psychischen Erkrankung kann sich aufgrund von Unterbrüchen in der Erwerbsbiografie

257 Vgl. Umberson et al. (2010).

258 Vgl. Ivan et al. (2015).

259 Vgl. Sassler & Lichter (2020), S. 43.

infolge der Erkrankung oder auch wegen längerfristiger Arbeitsunfähigkeit eine schwierigere ökonomische Situation ergeben. Dies kann einerseits zu neuen Abhängigkeiten führen, andererseits aber auch – beim Wunsch nach stärkerer ökonomischer Unabhängigkeit – zu einer nur begrenzt erfüllbaren Erwartung, beruflich erfolgreicher zu sein oder den Kinderwunsch zu verschieben, bis die entsprechenden ökonomischen Voraussetzungen vermeintlich gegeben sind. Mit der Patientin ist daher gemeinsam abzuwägen, wie die eigenen Zielsetzungen und auch das Kindeswohl unter den gegebenen finanziellen Verhältnissen gut realisiert werden können. Dazu gehört es, dass das soziale Netz und Unterstützungsangebote erfasst werden, die der Frau bei einer Erwerbslosigkeit oder auch bei einer Berufstätigkeit in der Kinderbetreuung helfen können.

7.6 Baustein Recht: Rechtliche Grundlagen des ärztlichen und therapeutischen Handelns (Gesetze, Verordnungen, Richtlinien)²⁶⁰

Für das Handeln und Entscheiden einer Fachperson bei der Beratung einer Frau mit einer psychischen Erkrankung, die einen Kinderwunsch äussert, sind nicht nur gesellschaftliche und (standes-)ethische Werte und Normen zu beachten, sondern auch die rechtlich bindenden Gesetze auf Bundes- und kantonaler Ebene. Bei Zuwiderhandeln könnte sich eine Fachperson ansonsten haftbar und oftmals auch strafbar machen. Den gesetzlichen Rahmen von Behandlung, Beratung und Betreuung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung bilden unter anderem auf Bundesebene das «Gesetz über die universitären Medizinalberufe» (Medizinalberufegesetz, MedBG, Stand: Feb. 2020), das «Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte» (Heilmittelgesetz, HMG, Stand: Mai 2020) sowie das «Schweizerische Zivilgesetzbuch» (Zivilgesetzbuch, ZGB, Stand: Juli 2017) und das Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht, OR, Stand: Mai 2021). Wichtig ist, dass sich die Fachperson stets aktuell über die gültigen Gesetze und Verordnungen informiert, da die nachfolgende Darstellung nur den aktuellen Stand zum Zeitpunkt des Abfassens dieser Empfehlungen berücksichtigen kann.

7.6.1 Medizinalberufegesetz (MedBG)

Grundlage für das Handeln und Entscheiden einer medizinischen Fachperson – etwa einer Psychiaterin oder eines Psychiaters – bei der Behandlung und Beratung einer Frau mit einer psychischen Erkrankung ist das «Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe» vom 23. Juni 2006 (Medizinalberufegesetz, MedBG, Stand: Feb. 2020). Es regelt unter anderem Fragen der Qualität der universitären Ausbildung, der beruflichen Weiterbildung und der Fortbildung sowie der Berufsausübung von Fachpersonen im Bereich der Humanmedizin, der Zahnmedizin, der Chiropraktik, der Pharmazie und der Veterinärmedizin (vgl. Art. 1

260 Es wird nachfolgend die rechtliche Situation ausschliesslich bezogen auf die Schweiz geschildert.

MedBG). Das Gesetz formuliert darin den in Textbox 1 genannten Handlungsauftrag für die Berufsausübung. Explizit aufgeführt sind darin die interprofessionelle Zusammenarbeit, Fragen der Verantwortungsübernahme und ethische Fragen, wie sie auch Grundlage dieser Empfehlungen sind.

Textbox 1: Auswahl von relevanten Handlungsaufträgen für die psychiatrische Berufsausübung gemäss Art. 4, 6 und 7 Medizinalberufegesetz (MedBG)

Art. 4 MedBG (Ziele der Aus- und der Weiterbildung):

- 1 Aus- und Weiterbildung befähigen dazu, Gesundheitsstörungen von Menschen oder Tieren vorzubeugen, zu erkennen und zu heilen, Leiden zu lindern sowie die Gesundheit von Mensch und Tier zu fördern oder für die Vorbeugung und die Behandlung von Krankheiten Heilmittel herzustellen, abzugeben oder zu vertreiben.
- 2 Sie befähigen die Absolventinnen und Absolventen namentlich dazu:
 - a. Patientinnen und Patienten umfassend, individuell und qualitativ hochstehend zu betreuen;
 - b. Fragestellungen mit wissenschaftlich anerkannten Methoden und unter Einbezug ethischer und wirtschaftlicher Aspekte zu bearbeiten und entsprechende Entscheide zu fällen;
 - c. mit Patientinnen und Patienten und anderen Beteiligten sachgerecht und zielgerichtet zu kommunizieren;
 - d. Verantwortung im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der medizinischen Grundversorgung, und berufsspezifisch in der Gesellschaft zu übernehmen;
 - e. Organisations- und Managementaufgaben im Rahmen ihrer Berufstätigkeit wahrzunehmen;
 - f. den Kompetenzen anderer anerkannter Gesundheitsberufe Rechnung zu tragen;
 - g. im internationalen Wettbewerb zu bestehen.

Art. 6 MedBG (Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten):

- 1 Absolventinnen und Absolventen eines Studienganges müssen folgende Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten aufweisen:
 - a. Sie verfügen über die wissenschaftlichen Grundlagen, die für vorbeugende, diagnostische, therapeutische, palliative und rehabilitative Massnahmen erforderlich sind.
 - b. Sie verstehen die Grundsätze und Methoden der wissenschaftlichen Forschung.
 - c. Sie erkennen gesundheitserhaltende Einflüsse, können sie beurteilen und in der beruflichen Tätigkeit berücksichtigen.
 - d. Sie sind fähig, Patientinnen und Patienten in Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe zu beraten, zu begleiten und zu betreuen.
 - e. Sie sind fähig, medizinische Informationen sowie die Ergebnisse der Forschung zu analysieren, deren Erkenntnisse kritisch zu werten und in der beruflichen Tätigkeit umzusetzen.

- f. Sie sind in der Lage, in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Berufe zu lernen.
 - g. Sie kennen die gesetzlichen Grundlagen des schweizerischen sozialen Sicherungssystems und des Gesundheitswesens und können diese Kenntnisse in der beruflichen Tätigkeit umsetzen.
 - h. Sie sind fähig, die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit ihrer Leistungen zu beurteilen und sich danach zu verhalten.
 - i. Sie verstehen die Beziehungen zwischen der Volkswirtschaft und dem Gesundheitswesen und seinen verschiedenen Versorgungsstrukturen.
- 2 Sie sind im Stande, diese Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten im Beruf anzuwenden und fortlaufend zu ergänzen.

Art. 7 MedBG (Soziale Kompetenz und Persönlichkeitsentwicklung):

Die Studiengänge unterstützen die Entwicklung der sozialen Kompetenz und der Persönlichkeit der Studierenden im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit ihren zukünftigen Berufsanforderungen. Insbesondere wirken sie darauf hin, dass die Studierenden:

- a. die Grenzen der medizinischen Tätigkeit sowie die eigenen Stärken und Schwächen erkennen und respektieren;
- b. die ethische Dimension ihres beruflichen Handelns verstehen und ihre Verantwortung gegenüber Individuum, Gesellschaft und Umwelt wahrnehmen;
- c. das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Behandlung wahren.

7.6.2 Heilmittelgesetz (HMG)

Ärztinnen und Ärzte dürfen Medikamente verschreiben. Für das Handeln und Entscheiden der ärztlichen Fachperson ist daher auch das «Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte» vom 15. Dezember 2000 (Heilmittelgesetz, HMG, Stand: Mai 2021) massgebend. Das Gesetz regelt unter anderem in Abschnitt 4 den Vertrieb, die Verschreibung, die Abgabe und die Anwendung von Arzneimitteln. Dabei müssen die anerkannten Regeln der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaften beachtet werden. Dies ist gerade mit Blick auf die Risiken in der Schwangerschaft sehr wichtig, wie vorangehend geschilderte Grundlagen in Kapitel 7.2 deutlich gemacht haben. Ein Arzneimittel darf nur verschrieben werden, wenn der Gesundheitszustand der Konsumentin oder des Konsumenten beziehungsweise der Patientin oder des Patienten bekannt ist (vgl. Art. 26 HMG). Das HMG wird durch das Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG, Stand: Mai 2021) ergänzt (Art. 1b BetmG).

7.6.3 Weiterbildungsreglements der FSP (WBR) und Psychologieberufegesetz (PsyG)

Die zu behandelnden Patientinnen haben das Recht auf eine sorgfältige und gewissenhafte Behandlung. Psychologinnen und Psychologen oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind dazu verpflichtet, die Patientinnen nach bestem Wissen und Gewissen zu beraten beziehungsweise zu behandeln. Sie müssen dabei nach dem aktuellen Stand des Wissens handeln und sind auch zu permanenter Fortbildung verpflichtet, wie es Art. 37 bis 44 des Weiterbildungsreglements der FSP (WBR) und Art. 27 des Psychologieberufegesetzes (PsyG) regeln. Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sind für die psychotherapeutische Behandlung der Patientin zuständig. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt durch einen Facharzt beziehungsweise eine Fachärztin für Psychiatrie.

7.6.4 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB)

Im Schweizerischen Zivilgesetzbuch werden zwei grundlegende Aspekte für die Arbeit der Fachpersonen, das heisst für ihr fachliches Handeln und Entscheiden, geregelt:

- Beurteilung der Urteilsfähigkeit,
- Kindes- und Erwachsenenschutzrecht.

7.6.4.1 Beurteilung der Urteilsfähigkeit

Die Urteilsfähigkeit ist der faktische Dreh- und Angelpunkt jeder gemeinsamen Entscheidungsfindung. Denn nur wer urteilsfähig ist, kann verantwortlich entscheiden und handeln. Urteilsfähigkeit ist immer nur im Hinblick auf eine konkrete Fragestellung gegeben und nicht mit Volljährigkeit oder Geschäftsfähigkeit gleichzusetzen (vgl. Textbox 2 in Kapitel 7.7.5).

Von einem Menschen kann nur das verlangt werden, wozu er in der Lage ist. Auch ist er nur für das verantwortlich, was er tun oder lassen kann. Denn ein «Sollen» setzt ein «Können» voraus. Die Einschätzung der Urteilsfähigkeit ist eine grosse Herausforderung²⁶¹. Die Urteilsfähigkeit unterscheidet sich von der Handlungsfähigkeit. Für die Handlungsfähigkeit muss ein Mensch in der Schweiz mindestens 18 Jahre alt und urteilsfähig sein (Art. 13 ZGB). Die Einschätzung der Urteilsfähigkeit kann auch gemäss der durch den deutschen Forensiker Volker Dittmann aufgestellten vier Komponenten erfolgen²⁶², die in Kapitel 7.7.5 vorgestellt werden.

7.6.4.2 Kindes- und Erwachsenenschutzrecht

Das Schweizerische Zivilgesetzbuch regelt auch das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht: Mit dem am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht wurde das alte Vormundschaftsrecht aus dem Jahr 1907 ersetzt und modernisiert. Die neuen Regelungen

²⁶¹ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.5.

²⁶² Vgl. Dittmann (2008).

gen sowie die Institution der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) sind seither teilweise heftig kritisiert worden. In der Folge hat das Parlament den Bundesrat mit mehreren Postulaten beauftragt, verschiedene Fragen im Zusammenhang mit dem neuen Recht zu überprüfen.

Über das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht werden auch freiheits- und bewegungseinschränkende Massnahmen gesetzlich geregelt. Die Behandlung einer psychischen Störung einer urteilsunfähigen Person in einer psychiatrischen Klinik richtet sich nach den Bestimmungen über die fürsorgerische Unterbringung (Art. 380 und Art. 426).

7.7 Baustein Ethik: Normative Grundlagen der Beratung von psychisch erkrankten Frauen

Eine gute präkonzeptionelle Beratung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung setzt ethisches Fachwissen für die notwendige Reflexion und die anstehenden (gemeinsamen) Entscheidungen voraus. Im Folgenden werden die ethischen Grundlagen der Empfehlungen nach dem Ansatz der **integrativen Verantwortungsethik** dargelegt, die von der Stiftung Dialog Ethik entwickelt wurden: Die normative Basis dieses Ansatzes sind die Menschenwürde und die Menschenrechte, die mittels integrativen, transparenten und verbindlichen Reflexions- und Verfahrensprozessen operationalisiert werden und ethisch vertretbares Handeln fördern und unterstützen sollen. Daraus abgeleitet setzen die zehn Fähigkeiten von Martha Nussbaum einforderbare Gerechtigkeitsansprüche²⁶³. Wichtig bei ethischen Reflexions- und Entscheidungsfindungsprozessen ist es, empirisch-deskriptive Faktenaussagen von moralisch-normativen Aussagen klar zu unterscheiden, jedoch im Reflexionsprozess aufeinander integrativ zu beziehen. Dazu sind in einem guten Beratungsprozess unterschiedliche Perspektiven bei der Einschätzung vorhandener Fakten zu gewährleisten (Perspektivenvielfalt) und die verschiedenen Moralvorstellungen (Ansatzvielfalt) zum Wohle der Frau und ihres potenziellen Kindes zu einem Konsens zu führen. Diese verschiedenen Aspekte werden im Folgenden dargelegt und auch ethisch begründet.

7.7.1 «Richtige Fakten» und «gutes Leben»

Für alle Beteiligten hat ethisch vertretbares und plausibles Entscheiden und Handeln stets gut informiert und durch richtige, das heisst evidenzbasierte und begründete Fakten zu erfolgen, die jedoch aus unterschiedlichen Perspektiven auch verschieden eingeschätzt werden können. Fakten stellen eine «Ist-Aussage» dar und sagen nichts darüber aus, was man konkret tun sollte. Demgegenüber basiert das «Sollen», also das, was man tun sollte, stets auf normativ-moralischen Überlegungen. Verantwortliches Entscheiden und Handeln basieren somit auf allgemeinverbindlichen Normen und Werten etwa im Hinblick auf gutes Leben und gutes Sterben. Dies gilt auch für diese Empfehlungen.

²⁶³ Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9.1.

Fazit: Vorliegende Empfehlungen bilden Reflexions- und Entscheidungshilfen für Fachpersonen und psychisch erkrankte Frauen im gebärfähigen Alter, die auch zum Nachdenken über «richtige Fakten» und «gutes Leben» anregen sollen. Psychiaterinnen und Psychiater oder behandelnde Ärztinnen und Ärzte von psychisch erkrankten Frauen haben bei der Beratung der Frau beziehungsweise Patientin daher eine doppelte Aufgabe zu erfüllen, denn sie sollen

- a) richtig und wahrheitsgetreu über **Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten und Behandlungsmöglichkeiten** informieren und faktische Risiken einer Schwangerschaft in einer konkreten Lebenssituation einschätzen, also Fakten «richtig» wiedergeben, und
- b) zusammen mit der Patientin über die angemessene **Behandlung und Betreuung** hinsichtlich des Wohles der Frau und des Kindes vor, während und nach der Geburt nachdenken und für beide Seiten ethisch vertretbare und plausible Entscheide im Hinblick auf die notwendigen und vorhandenen Betreuungsressourcen treffen und entsprechend handeln.

7.7.2 Richtig und wahrheitsgetreu informieren und austauschen

Man sollte einer schwangeren Frau kein Wissen vorenthalten. Es sind daher stets sowohl die möglichen positiven als auch die negativen Auswirkungen ihrer Erkrankung auf das Kindeswohl und ihr eigenes Wohl zu thematisieren. Für eine solchen wahrheitsgetreuen Austausch zwischen der Fachperson und der Patientin ist eine zugewandte und respektierende Haltung gegenüber der Patientin eine wichtige Voraussetzung. Dazu gehört es auch, eigene Bedenken – aber nicht Vorurteile – im Hinblick auf das Wohl der Frau und das potenzielle Kind zu thematisieren. Dies ist aber nur in einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Fachperson und Patientin möglich.

7.7.3 Ethisch vertretbares Entscheiden und Handeln

Im Gegensatz zum naturwissenschaftlich beschreibenden Faktenwissen kann man eine normativ-moralische und bewertende Reflexion oder Entscheidung nicht beweisen. Reflexion und Entscheidung sind nur plausibel für die betroffenen Menschen und werden moralisch gemäss dem jeweiligen Lebensentwurf mit seinen Moralvorstellungen begründet. In einer pluralistischen Gesellschaft mit unterschiedlichsten Lebensentwürfen und Moralvorstellungen besteht deshalb die grosse Herausforderung, gemeinsam zu Entscheidungen und Handlungen zu kommen, die ethisch vertretbar sind. Aufgabe einer psychiatrischen, präkonzeptionellen Beratung von psychisch erkrankten Frauen mit einem Kinderwunsch ist daher eine gemeinsam erarbeitete und getroffene Entscheidung ohne Bevormundung («Shared Decision Making»²⁶⁴), die auf einer gemeinsamen Sachebene aufbaut und an den individuellen Moralvorstellungen der Lebensgestaltung der Frau anknüpft²⁶⁵.

264 Vgl. Gerber et al. (2014).

265 Vgl. Elwyn et al. (2012) und Hoffmann et al. (2014).

Die Anknüpfung an die Lebenswelt und die Lebensgestaltung ist aber nur möglich, wenn die Bereitschaft besteht, die Möglichkeit einer Schwangerschaft überhaupt zu thematisieren. Eine zentrale Erkenntnis aus der Befragung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung ist, dass sowohl die befragten Frauen wie auch die Mehrheit der sie behandelnden Psychiaterinnen und Psychiater den Kinderwunsch im Rahmen der psychiatrischen Arzt-Patient-Beziehung kaum ansprechen, und zwar entweder aus Scham und Scheu, weil es sich um ein intimes Thema handelt, oder aus dem Gefühl heraus, sich als Frau als ausreichend gesund und fähig zur Kindererziehung einzuschätzen.

Für die Betreuung und Begleitung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung bedeutet dies, dass der Kinderwunsch durch Fachpersonen einfühlsam und respektvoll, aber zugleich offen und authentisch angesprochen werden sollte. Dabei ist stets zu bedenken, dass die Patientin und die Fachperson unterschiedliche Moralvorstellungen haben können. Dies leitet über zum nächsten Punkt, nämlich dem Unterschied zwischen Moral und Ethik.

Voraussetzung für ein gemeinsames Entscheiden ist das Erreichen eines Konsenses im Sinne eines «Überlegungsgleichgewichts». Darunter versteht man – angelehnt an die Gerechtigkeitstheorie des US-amerikanischen Philosophen John Rawls²⁶⁶ – eine Methode, mit der man anerkannte und begründete moralische Alltagsurteile und allgemeine moralische Prinzipien zu einem widerspruchsfreien, kohärenten Gesamtsystem von Aussagen zusammenfügen kann. Auf diese Weise kann die moralische Beurteilung der medizinischen Fachperson auch an die Präferenzen bei der Lebensgestaltung der Patientin anknüpfen. Darüber hinaus muss die Entscheidung der Patientin mit rechtlichen Normen und allgemein anerkannten moralischen Prinzipien einer Gesellschaft übereinstimmen²⁶⁷.

7.7.4 Moral und Ethik unterscheiden sich

Das gemeinsame Nachdenken über unterschiedliche Normen- und Wertvorstellungen bei der Lebensgestaltung ist Aufgabe der Ethik als Wissenschaft der Moral²⁶⁸. Sie soll die Normen- und Wertvorstellungen der medizinischen Fachperson und der Patientin hinsichtlich des Kinderwunsches im Horizont des Wohles von Mutter und Kind möglichst zu einem Konsens bringen. Dabei hat die Frau aufgrund ihres Integritätsanspruches und Abwehrrechtes, was insbesondere durch ihren Menschenwürde- und Autonomieanspruch und die Menschenrechte begründet wird, die Entscheidungshoheit über ihren Körper²⁶⁹. Das bedeutet für die Behandlung: Man darf eine Patientin nicht gegen ihren Willen unfruchtbar machen oder zur Schwangerschaftsverhütung zwingen, da sie das alleinige Recht hat, über ihren Körper zu verfügen. Gleichzeitig gibt es kein Recht auf ein Kind. Auch die Ärztin beziehungsweise der Arzt und die Psychologin beziehungsweise der Psychologe haben diesen Autonomieanspruch. Mit anderen Worten: Sie können

266 Vgl. Rawls (1975).

267 Vgl. Baumann-Hölzle & Arn (2009), S. 148f.

268 Vgl. Pieper (2017).

269 Zum Begriff der Menschenwürde vgl. Sandkühler (2014).

Massnahmen, die sie nicht mit ihrem Gewissen vereinbaren können, auch ablehnen.

In pluralistischen, freiheitlich orientierten Gesellschaften hat sich die Moral weitgehend zum persönlichen Lebensentwurf reduziert und die Ethik sich zur gesellschaftlichen Metamoral erweitert²⁷⁰, die die geteilte und nachvollziehbare Grundlage für Entscheiden und Handeln bildet. Beratung und Begleitung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung, die einen Kinderwunsch äussern, müssen den individuellen Vorstellungen ebenso gerecht werden wie den gemeinsamen, also gesellschaftlich geteilten Werten – wie etwa dem Kindeswohl. Das bedeutet, dass in der Beratung eine offene Abwägung zwischen dem Wohl der Mutter und dem Wohl des Kindes zu erfolgen hat. Dabei spielen die psychosozialen Ressourcen der Frau eine wichtige Rolle. Dank diesen kann sie krankheitsbedingte Einschränkungen kompensieren.

7.7.5 Frei und abhängig – urteilsfähig und urteilsunfähig

Die Grundvoraussetzung des Anspruchs auf Entscheidungsfreiheit, sich für oder gegen eine Schwangerschaft und ein Kind zu entscheiden, geht auf die Vorstellung des Philosophen Immanuel Kant zurück, dass der Mensch einen freien Willen besitzt und sich deshalb auch frei entscheiden kann²⁷¹. Zur Entscheidungsfreiheit gehört auch, dass sich der Mensch nicht nicht entscheiden kann. Ethisch vertretbares Entscheiden und Handeln sind aber durch die Urteilsfähigkeit und andere Abhängigkeiten eines Menschen eingeschränkt. Ist ein Mensch nicht urteilsfähig, so ist stellvertretend für ihn zu entscheiden. Im Zweifel gilt ausserhalb von Notfallsituationen das Primat des autonomen Willens. In jedem Entscheidungsfindungsprozess sind somit die unterschiedlichen Abhängigkeiten, in denen sich ein Mensch befindet, herauszuarbeiten. Es ist ebenso zu prüfen, ob überhaupt und, wenn ja, wie sie seine Entscheidungsfreiheit einschränken. Es besteht eine grundsätzliche Pflicht, Menschen ein Handeln in Urteilsfähigkeit zu ermöglichen. Beratung und Behandlung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung sollen daher auch zu einer Stärkung und Sensibilisierung dieser Frauen beitragen, zum Ernstnehmen ihres Kinderwunsches und zu ihrem «Empowerment»²⁷².

Über die präkonzeptionelle Beratung sollte die Fachperson die psychisch erkrankte Frau in ihren Fähigkeiten dahingehend stärken, dass sie ihre eigenen Ressourcen nutzen kann. Man spricht dabei von «Empowerment». Für die Praxis bedeutet dies: Die Fachpersonen können auf die Stärken, Fähigkeiten und Möglichkeiten der psychisch erkrankten Frau bei der Realisierung ihres Kinderwunsches hinweisen und auch die Notwendigkeit einer adäquaten Behandlung feststellen. Dabei ist aber immer auch die Urteilsfähigkeit der Frau im Hinblick auf ihren Kinderwunsch zu berücksichtigen. «Empowerment» bedeutet zugleich auch, dass die psychisch erkrankte Frau dazu befähigt wird, ihre

270 Vgl. Pieper (2017).

271 Vgl. Kant (1785).

272 Vgl. Krumm (2010).

eigene Gesundheit und Stabilität im Blick zu behalten und darum zu wissen, dass Veränderungen in der Lebenssituation, die sich durch ein Kind in hohem Masse ergeben, ihre Gesundheit gefährden können.

Textbox 2: Auszug aus Art. 16 Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB)

Art. 161A. Persönlichkeit im Allgemeinen / II. Handlungsfähigkeit / 2. Voraussetzungen / d. Urteilsfähigkeit:

Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.

Die Urteilsfähigkeit ist der faktische Dreh- und Angelpunkt jeder ethischen Reflexion und Entscheidungsfindung. Denn nur wer urteilsfähig ist, kann rational nachdenken und verantwortlich entscheiden und handeln²⁷³. Urteilsfähigkeit ist immer im Hinblick auf eine konkrete Fragestellung in einer ganz konkreten Situation zu prüfen und nicht mit Volljährigkeit oder Handlungsfähigkeit gleichzusetzen (vgl. Textbox 2). Urteilsfähigkeit ist zudem auf einen bestimmten Kontext bezogen und kann nicht generell einem Menschen entzogen oder zugesprochen werden. Die Einschätzung der Urteilsfähigkeit muss immer durch eine Fachperson im Rahmen der Betreuung und Begleitung der Frauen mit einem Kinderwunsch erfolgen – unter Umständen unter Beizug behördlicher Stellen. Sie kann sich an den von Volker Dittmann, einem deutschen forensischen Psychiater und Rechtsmediziner, aufgestellten vier Komponenten orientieren²⁷⁴, die unter den nachfolgenden «Praktischen Tipps» genannt werden.

Praktische Tipps: Die Einschätzung der Urteilsfähigkeit ist eine grosse Herausforderung und hat gemäss Dittmann (2008) vier Komponenten:

1. **Erkenntnisfähigkeit:** den Sachverhalt einer Fragestellung kennen und über das für die Entscheidung notwendige Wissen verfügen,
2. **Wertungsfähigkeit:** auch verstehen können, um was es geht, und die Bedeutung dieses Wissens im Hinblick auf die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft einordnen und gemäss Ihrem Lebensentwurf bewerten können,
3. **Fähigkeit zur Willensbildung:** fähig sein, sich einen Willen zu bilden, ob Sie etwas tun oder unterlassen wollen, und
4. **Fähigkeit, auch in der Lage zu sein, Ihren Willen umzusetzen,** wenn Sie nicht von äusseren Bedingungen daran gehindert werden.

273 Vgl. Trachsel et al. (2014).

274 Vgl. Dittmann (2008).

Medizinische Entscheidungen sind höchstpersönliche Rechte, die ausserhalb von Fällen der Urteilsunfähigkeit nicht stellvertretend für andere Menschen getroffen werden dürfen. Gleichwohl besteht die Verpflichtung, weitere Fragen im Hinblick auf das Wohl der Frau mit einer psychischen Erkrankung und ihres potenziellen Kindes zu klären. Die Ärztin oder der Arzt und die Psychologin oder der Psychologe sind in ihrem Entscheiden und Handeln nicht völlig frei, sondern müssen in ihrem Entscheidungsfindungsprozess in Beratung und Behandlung die gesetzlichen Vorgaben erfüllen. Zudem sind die medizinethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die oftmals in das Landesrecht der FMH übernommen wurden und insoweit für die Mitglieder der FMH bindend sind, zu beachten²⁷⁵. Ist sich eine medizinische Fachperson hinsichtlich der Urteilsfähigkeit der zu behandelnden Patientin unsicher, so bedarf es grundsätzlich eines Gutachtens bezüglich der Urteilsfähigkeit. Die Einschätzung der Urteilsfähigkeit, ebenso wie die Einschätzung der Erziehungsfähigkeit, ist eine gutachterliche Tätigkeit²⁷⁶.

7.7.6 Die Frage der Erziehungsfähigkeit – die Frau in ihrer Rolle als Mutter

Die Erziehungsfähigkeit als Handlungskompetenz für die konkrete Alltagsgestaltung beim Leben mit einem Kind ist für das Kindeswohl eine der zentralen Grundbedingungen²⁷⁷. Sie beinhaltet fünf Kernkompetenzen:

- die Fähigkeit und Bereitschaft, als Bindungsperson für das Kind zu fungieren,
- die Bedürfnisse und Signale des Kindes zu erkennen und angemessen auf sie zu reagieren,
- Werte und Regeln zu vermitteln,
- dem Kind Wertschätzung entgegenzubringen sowie
- Kontinuität in Erziehung, Beziehung und Umfeld zu sichern²⁷⁸.

Die Frage nach der Erziehungsfähigkeit ist eine gutachterliche Fragestellung. Die Erziehungskompetenz beinhaltet, dass die Frau in ihrer Mutterrolle fähig ist, dem Kind ihren Lebensentwurf zu vermitteln und ihm so auch Orientierung für seine Lebensgestaltung geben zu können. Dies bedingt, dass die Mutter sich ihrer eigenen Werte bewusst ist, diese kritisch reflektiert und dem Kind so eine eigene Wertorientierung geben kann. Als Grenze dieser individuellen Wertorientierung gilt das Kindeswohl, denn es gibt extreme Lebensentwürfe, die beispielsweise mit speziellen Diätvorschriften und beziehungsweise oder religiösen Vorstellungen das Kindeswohl derart gefährden können, dass sie die physische und beziehungsweise oder psychische Entwicklung beeinträchtigen oder gar direkt schädigen können.

7.7.7 Lebensgestaltung als Lebensverantwortung

Der Begriff der «Lebensgestaltung» ist eng mit Fragen des Lebensentwurfs, der Lebensführung und der Lebensverantwortung gegenüber anderen Menschen allgemein, der Gesellschaft oder gar der Weltgemeinschaft verknüpft. Es geht auch um eine «Ethik des gelebten Lebens»²⁷⁹. Solange der Mensch lebt, gestaltet er sein Leben. Dabei orientiert er sich bewusst und unbewusst an seinem Lebensentwurf mit seinen Werten und Normen in einer ganz bestimmten Lebenswelt, die ihrerseits bestimmte Wertvoraussetzungen hat. Die Möglichkeiten und Grenzen der individuellen Lebensgestaltung werden durch die individuellen und sozialen Fähigkeiten, Handlungsspielräume und Rahmenbedingungen bestimmt. Dazu gehören auch Rechte und Pflichten gegenüber sich selbst und anderen Menschen. Der mögliche Lebensentwurf eines Menschen wird im Kontext einer bestimmten Lebenswelt gestaltet, die diesen Lebensentwurf im Sinne einer Lebensführung begrenzt. Der Begriff der «Lebensführung» beschreibt somit einen tatsächlich realisierten Lebensentwurf zwischen potenziell möglicher Lebensgestaltung und der Lebenswelt.

Die präkonzeptionelle Beratung hat die Aufgabe, zusammen mit der Frau und ihrem Partner oder ihrer Partnerin zu klären, ob Kinder zum individuellen Lebensentwurf gehören und dem Wunsch der Frau entspringen – und wie eine gewünschte oder erstrebte Lebensgestaltung mit einem Kind aussehen würde. Dabei steht das Wohl von Mutter und Kind im Zentrum der Überlegungen. In diesem Zusammenhang gilt es auch zu klären, ob die Frau, respektive das Paar, fähig ist, über die Mittel verfügt und sich so organisieren kann, dass die Verantwortung gegenüber dem potenziellen Kind verbindlich und langfristig wahrgenommen werden kann. Die Fachperson bespricht mit der psychisch erkrankten Frau also die vorhandenen Ressourcen und möglichen Unterstützungen, um zu klären, inwiefern sich der persönliche Lebensentwurf im Sinne einer Lebensführung praktisch umsetzen lässt. Fragen der Lebensgestaltung und Wertorientierung sind dabei unmittelbar Gegenstand der Auseinandersetzung mit dem Lebensentwurf der Frau – und somit auch Gegenstand einer präkonzeptionellen Beratung. In die Auseinandersetzung mit dem Lebensentwurf einer Frau gehört auch die Frage nach den Voraussetzungen für ihr gelingendes Leben, was also zu ihrem Wohl und zum Wohl des Kindes beiträgt²⁸⁰.

Die Auseinandersetzung der Fachperson mit dem Lebensentwurf einer Patientin wird stets auch durch den eigenen Lebensentwurf der Fachperson, das heisst durch die eigenen Werte und Normen, beeinflusst. Es ist möglich, dass sich der Lebensentwurf der Fachperson fundamental von dem Lebensentwurf einer Patientin unterscheidet. Dies ist so lange nicht relevant, wie die Fachperson die Patientin professionell und mit der gebotenen Distanz beraten kann. Ist diese professionelle Distanz vom eigenen Lebensentwurf und dem der Patientin jedoch nicht möglich, steht es der Fachperson frei – im Sinne der eigenen Freiheit und

eigenen Autonomie –, die präkonzeptionelle Beratung einer Patientin abzulehnen. In einem solchen Fall soll sie der Patientin andere präkonzeptionelle Beratungsangebote vermitteln.

7.7.8 Ethik und Recht als Orientierung

In der Schweiz können die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger grundsätzlich den gesetzlichen Handlungsspielraum festlegen. Die Medizinerin beziehungsweise der Mediziner ebenso wie auch die psychologische Psychotherapeutin beziehungsweise der psychologische Psychotherapeut, alle Fachpersonen also, müssen sich an die gesetzlichen Vorgaben halten. Der gesetzliche Rahmen für Behandlung, Beratung und Betreuung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung, die einen Kinderwunsch äussern, sind insbesondere das Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG, Stand: Feb. 2020) und das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (geregelt im Schweizerischen Zivilgesetzbuch), wie es in Kapitel 7.6.1 ausgeführt wurde. Ferner ist für den Bereich der psychologischen Psychotherapie das Bundesgesetz über die Psychologieberufe (Psychologieberufegesetz, PsyG, Stand: Feb. 2020) zu beachten²⁸¹. Die gesetzlichen Voraussetzungen sind gegenüber ethischen Voraussetzungen zwingend. Entscheiden und Handeln können bei Letzteren eingeschränkter sein als durch die gesetzlichen Vorgaben, dürfen aber nicht über diese hinausgehen.

Die gesetzlichen Grundlagen in der Schweiz und in anderen Staaten mit demokratischer Verfassung basieren normativ auf der Menschenwürde und den Menschenrechten. Nach dem Zweiten Weltkrieg hat sich im Anschluss an die Nürnberger Gerichtsverfahren der Anspruch auf Menschenwürde und Menschenrechte international als Metamoral als plausibel erwiesen und sich auch als Völkerrecht in Form der «Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte» vom 10. Dezember 1948 durchgesetzt²⁸². Der Mensch hatte die existenzielle Erfahrung gemacht, dass humanes Zusammenleben diese Wertvoraussetzungen braucht, auch wenn sie nicht naturwissenschaftlich beweisbar sind. Seither werden der Anspruch auf Menschenwürde und die Menschenrechte als Grundvoraussetzungen jeglichen Entscheidens und Handelns anerkannt. Sie sind völkerrechtlich verankert.

Neben den Menschenrechten ist in internationaler Hinsicht das Übereinkommen über die Rechte des Kindes von 1989, die sogenannte UN-Kinderrechtskonvention, eine wichtige normative Grundlage insbesondere mit Blick auf das Kindeswohl²⁸³. Auch die Schweiz hat die UN-Kinderrechtskonvention unterzeichnet (1. Mai 1991) und ratifiziert (24. Februar 1997). Die Konvention beschreibt in 54 Artikeln Fragen zum Überleben, zum Schutz und zur Entwicklung von Kindern. Relevant für die Fragen des Schutzes des Kindes sind als essenzielle Grundprinzipien das Recht auf Wahrung des Kindeswohls (Art. 3, Abs. 1) und das Recht auf Leben und persönliche Entwicklung (Art. 3, Abs. 6). Zu den fundamentalen **Versorgungsrechten** von Kindern

gehören die Rechte auf eine funktionierende Gesundheitsversorgung, Bildung, angemessene Lebensbedingungen, Ernährung und Kleidung, soziale Sicherheit und ein menschenwürdiges Wohnen²⁸⁴. Diese Rechte sind allen Kindern zu gewährleisten. Grundlegende **Schutzrechte** sind ergänzend die Rechte auf Schutz vor körperlicher und seelischer Gewalt, vor Misshandlung oder Verwahrlosung, vor grausamer oder erniedrigender Behandlung und Folter, vor sexuellem Missbrauch und vor wirtschaftlicher oder sexueller Ausbeutung²⁸⁵. Ethisch begründet werden sowohl die Versorgungsrechte als auch die Schutzrechte durch den Anspruch auf die Menschenwürde und die Menschenrechte und davon abgeleitet auf Gerechtigkeit.

Im Sinne der Wahrung der Kinderrechte muss der Sozialstaat im Sinne seiner Fürsorgeverpflichtung sicherstellen, dass die Betreuung und Erziehung von Kindern durch die Eltern insofern gewährleistet werden kann, dass ihre fundamentalen Versorgungs- und Schutzrechte nicht missachtet werden. Es ist Aufgabe der beratenden Fachperson, eine mögliche Kindeswohlgefährdung zu erkennen, sie zu thematisieren und unter Umständen die notwendigen Massnahmen zu ergreifen. Wichtige medizinethische Richtlinien und Empfehlungen zu Fragen der Autonomie der Mutter und zum Kindeswohl finden Sie in der nachfolgenden Textbox «Praktische Tipps» mit Verweisen auf die Literatur.

Praktische Tipps: Bei den medizinethischen Richtlinien sind Empfehlungen der «Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften» (SAMW) handlungsleitend. Sie werden bei Gerichtsverfahren zur Auslegung bei Gesetzeslücken beigezogen. Im Zusammenhang mit der Begleitung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung, die einen Kinderwunsch äussern, sind die Veröffentlichungen «Patienten und Angehörige beteiligen. Bericht zuhanden der SAMW» (2016a), «Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber» (2016b) und «Autonomie und Fürsorge. Urteilsunfähigkeit verlangt Entscheide – von wem und nach welchen Kriterien?» (2018) sowie die Leitfäden «Kommunikation im medizinischen Alltag» (2013) und «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag» (2020) hilfreich. Besonders hervorzuheben ist die medizinethische Richtlinie «Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis» (2018). Freiheitseinschränkende Massnahmen regelt die Richtlinie «Zwangsmassnahmen in der Medizin» (2015).

7.7.9 Das Wohl von Mutter und Kind

Bei der psychiatrisch-präkonzeptionellen Beratung einer Frau mit einer psychischen Erkrankung über ihren Kinderwunsch und eine mögliche Schwangerschaft ist die behandelnde Fachperson sowohl für die Beziehungsgestaltung mit der Patientin verantwortlich als auch dafür, dass die Patientin durch die Beratung keinen Schaden nimmt. Fachpersonen sollten sich dessen bewusst sein, dass auch eine unterlassene oder nicht erfolgte Beratung einen Schaden bei einer Frau verursachen kann und sie in ihrem Wohl gefährdet. Darüber hinaus sind die psychisch erkrankte Frau

275 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.6.

276 Vgl. Ludewig et al. (2015).

277 Ebd.

278 Ebd.

279 Vgl. Krebs et al. (2011).

280 Zum Befähigungsansatz vgl. Nussbaum (1999a), Nussbaum (1999b) und Nussbaum (2006). Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.7.9 und vor allem in Kapitel 7.7.9.1.

281 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.6.3.

282 Vgl. Vereinte Nationen (1948).

283 Vgl. Vereinte Nationen (1989).

284 Ebd.

285 Ebd.

und die Ärztin oder der Arzt und die psychologische Psychotherapeutin oder der psychologische Psychotherapeut gegenüber dem Wohl des potenziellen Kindes verantwortlich²⁸⁶. Je kränker die Frau und je eingeschränkter ihre Urteilsfähigkeit ist, umso grösser sind die medizinischen, psychiatrisch-psychologischen und ethischen Schwierigkeiten.

Diese Empfehlungen legen den Schwerpunkt auf das Wohl der Mutter und die optimalen Entwicklungschancen für das Kind vor allem in den ersten drei Lebensjahren. Die involvierten Fachpersonen sind daher sowohl dem Wohl der Frauen mit einer psychischen Erkrankung als auch dem Kindeswohl verpflichtet²⁸⁷. Je grösser das Spannungsfeld zwischen diesen beiden Polen ist, desto grösser ist auch die Verantwortung der involvierten Fachpersonen. Die Mutterschaft ist für alle Frauen und ihre Kinder sowie für ihr Lebensumfeld eine Herausforderung. Diese Herausforderung ist umso grösser, je geringer die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Kompensation von Krankheitsphasen der psychisch erkrankten Mutter sind.

Für das Wohl eines Kindes bei einer psychisch erkrankten Frau ist ein gut abgestütztes psychosoziales Beziehungsnetz unabdingbar. Je besser die Beziehungen der Menschen untereinander rund um das Kind sind, desto besser geht es auch dem Kind selbst. Für Krisenzeiten müssen Kinder auf ein solches Netz zurückgreifen können beziehungsweise ein solches Netz soll Kinder in Krisenzeiten unterstützen²⁸⁸. Dies wiederum hängt stark von den zur Verfügung stehenden sozialen Ressourcen ab und ist daher auch eine sozialetische Fragestellung. Dies sollte bereits im Rahmen der präkonzeptionellen Beratung thematisiert werden, was vorgängig in den Grundlagen aus der Bindungsforschung näher beschrieben wurde²⁸⁹.

Was zum Wohl einer Mutter und zum Wohl eines Kindes beitragen kann, lässt sich am besten erfassen, wenn man danach fragt, was insgesamt zu einem guten Leben beziehungsweise zu einer gelingenden praktischen Lebensführung beiträgt. Mit solchen Fragen haben sich unter anderem der indische Ökonom und Nobelpreisträger Amartya Sen²⁹⁰ sowie die US-amerikanische Philosophin Martha Nussbaum²⁹¹ befasst, die das **Konzept des Befähigungsansatzes oder Verwirklichungschancenansatzes** (englisch für «Capability Approach») entwickelt haben. Nachfolgend soll der Befähigungsansatz nach Martha Nussbaum, der eine wichtige Grundlage für die zehn Kriterien des Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstools (IPKB) und insbesondere der Lebensgestaltung darstellt, vorgestellt werden.

7.7.9.1 Der Befähigungsansatz von Martha Nussbaum

Um das Wohl von Mutter und Kind näher bestimmen zu können, ist der Befähigungsansatz ein hilfreicher Anknüpfungspunkt. Von der Philosophin Martha Nussbaum wurden darin zehn Kriterien der Befähigung wie etwa die

286 Vgl. Dettenborn (2010), Lätsch et al. (2015) und Abraham et al. (2016).

287 Ebd.

288 Ebd.

289 Hintergründe hierzu vgl. in Kapitel 7.1.

290 Vgl. Sen (1992) und Sen (2000).

291 Vgl. Nussbaum (1999b) und Nussbaum (2006).

grundsätzliche Befähigung zum Überleben, der Schutz vor Übergriffen, Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe entwickelt²⁹²: Im Kern geht es darum, dass die Gesellschaft oder auch bestimmte gesellschaftliche Strukturen es ermöglichen müssen, dass Menschen diese Fähigkeiten aus Gerechtigkeitsgründen erlangen können. Mit anderen Worten: Die Gesellschaft ist dafür verantwortlich, dass Kinder in ihren Kompetenzen und Lebensräumen gefördert werden.

Die zehn Fähigkeiten beziehungsweise Kompetenzen oder Lebensräume sind eine Weiterentwicklung der auf empirischen Erkenntnissen basierenden Bedürfnispyramide beziehungsweise Bedürfnishierarchie des US-amerikanischen Psychologen Abraham Maslow²⁹³. Martha Nussbaum hat dies mit Gerechtigkeitsüberlegungen vereint²⁹⁴. Die zehn «Fähigkeiten» sind kein individualethisches Anforderungsprofil, das Menschen erfüllen müssen, sondern sie sind sozialetische Anforderungen, die die Gesellschaft den Kindern und generell den Menschen zur Verfügung zu stellen hat, die selbst keinen Zugang dazu haben.

7.7.9.2 Soziale Gerechtigkeit

Der Befähigungsansatz von Martha Nussbaum ist ein sozialetischer Gerechtigkeitsansatz und macht deutlich, dass alle Menschen, also auch psychisch erkrankte Frauen und ihre Kinder, ethischen Anspruch auf gesellschaftliche Förderung und Unterstützung, das heisst «Empowerment», haben – und zwar vor allem in den Bereichen, in denen sie überfordert sind und nicht ausreichend für sich selbst sorgen können. Das Wohl von Mutter und Kind ist eng an gesellschaftliche Rahmenbedingungen gebunden und darf nicht individualethisch verkürzt als eine rein individuelle Verantwortung der jeweiligen Frau betrachtet werden. Kinder zu haben, ist nicht nur eine private Entscheidung und Verantwortung, sondern hat stets auch gesamtgesellschaftliche Dimensionen (beispielsweise Elternzeit, Kinderbetreuung, Früherziehung, Bildung und Ausbildung). Werden Letztere ausgeblendet, ist das Wohl von allen Müttern und Kindern in einer Gesellschaft gefährdet. Das Wohl von psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern ist denn auch ein Seismograf für gesamtgesellschaftliche Rahmenbedingungen für ein «gutes Leben» von Müttern und Vätern beziehungsweise ihren Partnern oder Partnerinnen mit ihren Kindern. Tabuisierung und Stigmatisierung des Kinderwunsches von psychisch erkrankten Frauen blenden diese sozialetische und gesamtgesellschaftliche Dimension aus²⁹⁵.

292 Vgl. Nussbaum (1999b).

293 Vgl. Maslow (1943).

294 Vgl. Nussbaum (1999a), Nussbaum (1999b) und Nussbaum (2006).

295 Vgl. Walder et al. (2021).

Fazit: Der Befähigungsansatz von Martha Nussbaum ist ein wichtiger Ansatz für die Voraussetzung und die Gestaltung des «guten Lebens» in einer Gesellschaft – nicht nur für psychisch erkrankte Frauen, sondern für Frauen und Männer insgesamt. Psychisch erkrankte Frauen und ihre Kinder haben wie alle Menschen Anspruch darauf, dass sie Zugang zu den Befähigungsvoraussetzungen zu einem «guten Leben» in einer Gesellschaft bekommen. Dort, wo sie fehlen, ist das Wohl der Menschen in einer Gesellschaft gefährdet. Die Befähigungen müssen gesamtgesellschaftlich aber gewährleistet werden. Die gesamtgesellschaftliche Dimension des Wohles von Mutter und Kind wird rechtsstaatlich in der Schweiz von den Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden umgesetzt. Sie kommt im Einzelfall in überfordernden Situationen zum Einsatz. Ist das Wohl von Mutter und Kind gefährdet, muss die Psychiaterin oder der Psychiater die KESB unter Umständen schon vor der Geburt eines Kindes einschalten. Dies kann dazu führen, dass ein Kind gleich nach der Geburt fremdplatziert wird. Für eine solche «Ultima-Ratio-Handlung» sind vorgängig aber alle anderen Handlungsoptionen auszuschöpfen.

8 Weiterführende Informationen, hilfreiche Adressen und Literatur

8.1 Hilfreiche und weiterführende Adressen

Nachfolgend finden Sie nützliche und weiterführende Adressen im Internet, die Informationen anbieten und unter denen Sie Kontaktpersonen zu Fragen rund um den Kinderwunsch von psychisch erkrankten Frauen finden. Über verschiedene Anlaufstellen erhalten Sie auch Informationen zu kantonalen Unterstützungsmöglichkeiten. Die kantonalen psychiatrischen Angebote können dazu Auskunft geben.

Embryotox: Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin:
www.embryotox.de

Reprotax: Beratungsstelle für Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit – Wissenschaftlicher Schwerpunkt Reproduktionstoxikologie, Dr. Wolfgang Paulus, Universitätsklinikum Ulm:
www.uniklinik-ulm.de/frauenheilkunde-und-geburtshilfe/schwerpunkte/geburtsmedizin/medikamentenberatung.html

Kompetenzbereich Gynäkopsychiatrie, Psychiatrie St.Gallen:
www.psychiatrie-sg.ch/gynaekopsychiatrie

Marcé Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V. Dr. Luc Turmes, LWL-Klinik Herten:
www.marce-gesellschaft.de

Marcé Gesellschaft – The International Marcé Society for Perinatal Mental Health, Brentwood, USA:
www.marcesociety.com

Mutterglück!? Ostschweizer Forum für Psychische Gesundheit:
www.ofpg.ch/projekte/mutterglueck

Spezialprechstunde Medikamente in Schwangerschaft und Stillzeit, Dr. med. Antje Heck, Psychiatrische Dienste Aargau AG:
www.pdag.ch/fuer-patientinnen-patienten-und-angehoerige/angebote-fuer-kinder-und-jugendliche/offers/spezialprechstunde-medikamente-in-schwangerschaft-und-stillzeit/

8.2 Nützliche und empfohlene Literatur

Nachfolgend finden Sie eine Auflistung von empfehlenswerter Literatur zur weiteren Vertiefung verschiedener Aspekte rund um die Thematik des Kinderwunsches psychisch kranker Frauen.

8.2.1 Schwangerschaft und psychische Erkrankung

Kühner, C. (2016): Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. In: *Der Nervenarzt*, 87(9): 926–936.

Rohde, A.; Dorsch, V.; Schaefer, C. (2014): *Psychisch krank und schwanger – geht das? Ein Ratgeber zu Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillzeit und Psychopharmaka*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Stern, D. (1995): *Mutterschaftskonstellation*. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

8.2.2 Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen

Bauer, M.; Pfennig, A.; Schäfer, M.; Falkai, P. (2020): *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

DGPPN (Hrsg.) (2019): *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Berlin: Springer Verlag.

DGPPN; BÄK; AWMF; KBV (Hrsg.) (2017): *Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

8.2.3 Psychopharmakologie in Schwangerschaft und Stillzeit

Briggs, G. G.; Freeman, R. F.; Yaffe, S. F. (2021): *Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. 12th edition. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.

Rohde, A.; Dorsch, V.; Schaefer, C. (2016): *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.

8.2.4 Bindungstheorie und -psychotherapie

Brisch, K. H. (2010): *SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern. Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (2014): *Schwangerschaft und Geburt: Bindungspsychotherapie*. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H.; Sperl, W.; Kruppa, K. (Hrsg.) (2020): *Early Life Care: Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr. Das Grundlagenbuch*, 107. Stuttgart: Klett-Cotta.

8.2.5 Einführung in die Ethik

Höffe, O. (2008): *Lexikon der Ethik*. 7., neubearbeitete und erweiterte Auflage. München: C. H. Beck.

Höffe, O. (2018): *Ethik. Eine Einführung*. 2., durchgesehene Edition. München: C. H. Beck.

Panza, C.; Potthast, A. (2011): *Ethik für Dummies*. Weinheim: Verlag Wiley-VCH.

Pieper, A. (2017): *Einführung in die Ethik*. 7., überarbeitete Auflage. Bern u. München: A. Francke UTB.

8.2.6 Ethik in der Medizin

Rufer, L.; Baumann-Hölzle, R. (2015): *Mantelbüchlein Medizin & Ethik III. Basiswissen*. Zürich: Schulthess Juristische Medien.

Wils, J.-P.; Baumann-Hölzle, R. (2013): *Mantelbüchlein Medizinethik I. Basiswissen*. Zürich: Schulthess Juristische Medien.

Wils, J.-P.; Baumann-Hölzle, R. (2013): *Mantelbüchlein Medizinethik II. Vertiefung*. Zürich: Schulthess Juristische Medien.

8.2.7 Ethik im Gesundheitswesen

Arn, C.; Weidmann-Hügler, T. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 2: Ethik für Fachpersonen*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Baumann-Hölzle, R.; Arn, C. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 3: Ethiktransfer in Organisationen*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Christen, M.; Baumann, M. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 4: Verantwortung im politischen Diskurs*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

Meier-Allmendinger, D.; Baumann-Hölzle, R. (Hrsg.) (2009): *Handbuch Ethik im Gesundheitswesen 1: Der selbstbestimmte Patient*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverlag.

8.2.8 Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013): *Kommunikation im medizinischen Alltag*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2015): *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016a): *Patienten und Angehörige beteiligen. Bericht zuhanden der SAMW*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016b): *Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018): *Autonomie und Fürsorge. Urteilsunfähigkeit verlangt Entscheide – von wem und nach welchen Kriterien?* Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018): *Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020): *Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

8.3 Literaturverzeichnis (verwendete Quellen)

Die nachfolgende Literatur wird in den vorliegenden Empfehlungen zitiert und kann interessierten Leserinnen und Leser als Quelle für die Beratung dienen.

Abraham, A.; Battaglia, D.; Huber, A.; Baumann-Hölzle, R.; Pfändler, M.; Staubli, G. (2016): *Kindeswohl im Spital. Eine qualitative Studie zum Wohlbefinden hospitalisierter Kinder und Jugendlicher*. Zürich: Institut Dialog Ethik und Kinderspital Zürich.

Allen, J. G.; Fonagy, P. (2014): Mentalizing in psychotherapy. In: *Hales, R. E.; Yudofsky, S. C.; Roberts, L. W. (eds.) (2014): The American Psychiatric Publishing textbook of psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 1095–1118.

American Psychiatric Association (1994): Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder. American Psychiatric Association. In: *American Journal of Psychiatry*, 151(Suppl. 1): 1–36.

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Anttila, V.; Bulik-Sullivan, B.; Finucane, H. K. et al. (2018): Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. In: *Science*, 360(6395): eaap8757.

Atkinson, L.; Goldberg, S.; Raval, V.; Pederson, D.; Benoit, D.; Moran, G.; Poulton, L.; Myhal, N.; Zwiars, M.; Gleason, K.; Leung, E. (2005): On the relation between maternal state of mind and sensitivity in the prediction of infant attachment security. In: *Developmental Psychology*, 41(1): 42.

- Barnes, J.; Theule, J. (2019):** Maternal depression and infant attachment security: a meta-analysis. In: *Infant Mental Health Journal*, 40(6), 817–834.
- Bauer, M.; Oertel, W. H. (2016):** Diagnostik und Behandlung psychiatrischer und neurologischer Störungen in der Peripartalzeit. In: *Der Nervenarzt*, 87(9): 923–925.
- Bauer, M.; Pfennig, A.; Schäfer, M.; Falkai, P. (2020):** S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.
- Baumann-Hölzle, R. (2009):** «7 Schritte-Dialog» – Exemplarische Vertiefung der Methodik einer Fallbesprechung. In: *Baumann-Hölzle, R.; Arn, C. (Hrsg.) (2009): Ethiktransfer in Organisation*. Basel: Schwabe AG Verlag, EMH Schweizerischer Ärzteverband; 215–240.
- Baumann-Hölzle, R.; Arn, C. (2009):** Nutzen oder Würde – zwei ethische Paradigmen im Widerstreit. Ethiktransfer in der Medizinethik am Beispiel der Schweiz. In: *Hoffmann, T. S.; Schweidler, W. (Hrsg.) (2009): Normkultur vs. Nutzenkultur*. Berlin: Walter de Gruyter; 117–172.
- Baumann-Hölzle, R.; Binswanger, J.; Heck, A.; Seifritz, E.; Gregorowius, D.; Altwegg, R. (2022):** Kinderwunsch bei psychischer Erkrankung – Informationsbroschüre für Patientinnen. Stiftung Dialog Ethik; Zürich. Psychiatrie St.Gallen; St.Gallen.
- Bäumli, J.; Pitschel-Walz, G. (2016):** Spezifische Aspekte der Psychoedukation in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: *Bäumli, J.; Pitschel-Walz, G.; Henningsen, P.; Behrendt, B.; Pitschel-Walz, G. (Hrsg.) (2016): Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer Verlag (Klett); 12–16.
- Benazzi, F. (2001):** Prevalence and clinical correlates of residual depressive symptoms in bipolar II disorder. In: *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5): 232–238.
- Bennedsen, B. E. (1998):** Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. In: *Schizophrenia Research*, 33(1–2): 1–26.
- Bergemann, N.; Paulus, W. E. (2016):** Affektive Störungen in der Schwangerschaft. Therapie mit Antidepressiva und Mood Stabilizern? In: *Der Nervenarzt*, 87(9): 955–966.
- Berger, M.; van Calker, D. (2003):** Affektive Störungen. In: *Berger, M. (Hrsg.) (2003): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München und Jena: Urban und Fischer; 541–636.
- Bernier, A.; Dozier, M. (2003):** Bridging the attachment transmission gap: the role of maternal mind-mindedness. In: *International Journal of Behavioral Development*, 27(4): 355–365.
- Besteher, B.; Brambilla, P.; Nenadic, I. (2020):** Twin studies of brain structure and cognition in schizophrenia. In: *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 109(6): 103–113.
- BfS – Bundesamt für Statistik (2019):** Häufigkeit von Depressions-Symptomen. Zuletzt aktualisiert: 10. April 2019. Bern: Bundesamt für Statistik (Schweizerische Gesundheitsbefragung). **Quelle:** www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/depressionssymptome (Letzter Zugriff: 26. Oktober 2020).
- Bigelow, A. E.; MacLean, K.; Proctor, J.; Myatt, T.; Gillis, R.; Power, M. (2010):** Maternal sensitivity throughout infancy: continuity and relation to attachment security. In: *Infant Behavior and Development*, 33(1): 50–60.
- Boos, H. B.; Aleman, A.; Cahn, W.; Hulshoff Pol, H.; Kahn, R. S. (2007):** Brain volumes in relatives of patients with schizophrenia: a meta-analysis. In: *Archives of General Psychiatry*, 64(3): 297–304.
- Bowlby, J. (1975):** Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Bindung. Hamburg: Kindler.
- Briggs, G. G.; Freeman, R. F.; Yaffe, S. F. (2021):** *Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk*. 12th edition. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Brisch, K. H. (2010):** SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern. Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2014):** Schwangerschaft und Geburt: Bindungspsychotherapie. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2020):** Bindung, Trauma und Bindungsstörungen. In: *Brisch, K. H.; Sperl, W.; Kruppa, K. (Hrsg.) (2020): Early Life Care: Frühe Hilfen von der Schwangerschaft bis zum 1. Lebensjahr. Das Grundlagenbuch*, 107. Stuttgart: Klett-Cotta; 107–133.
- Caspi, A.; Houts, R. M.; Belsky, D. W.; Goldman-Mellow, S.; Harrington, H.; Israel, S. (2014):** The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? In: *Clinical Psychological Science*, 2(2): 119–137.
- Choi, J. K.; Wang, D.; Reddish, L.; Brand, G. (2019):** Efficacy of Co-Parenting for Successful Kids: A Longitudinal Pilot Investigation. In: *Journal of Divorce & Remarriage*, 60(8): 630–644.
- Cierpka, M. (Hrsg.) (2012):** Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Berlin: Springer Verlag.
- Cohen, L. S.; Nonacs, R. M.; Bailey, J. W.; Viguera, A. C.; Reminick, A. M.; Altshuler, L. L.; Stowe, Z. N.; Faranone, S. V. (2004):** Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. In: *Archives of Women's Mental Health*, 7(4): 217–221.
- Cohen, L. S.; Altshuler, L. L.; Harlow, B. L.; Nonacs, R.; Newport, D. J.; Viguera, A. C.; Suri, R.; Burt, V. K.; Hendrick, V.; Reminick, A. M.; Loughhead, A.; Vito- nis, A. F.; Stowe, Z. N. (2006):** Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. In: *JAMA*, 295(5): 499–507.
- Craft, L. L.; Vaniterson, E. H.; Helenowski, I. B.; Rade- maker, A. W.; Courneya, K. S. (2012):** Exercise effects on depressive symptoms in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. In: *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 21(1): 3–19.
- Cranney, S.; Miles, A. (2020):** Desperate Housewives? Differences in Work Satisfaction between Stay-At-Home and Employed Mothers, 1972–2012. In: *Journal of Family Issues*, 38(11): 1604–1625.
- Cuijpers, P.; Weitz, E.; Karyotaki, E.; Garber, J.; Anders- son, G. (2015):** The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(2): 237–245.
- Dathe, K.; Schaefer, C. (2019):** Arzneimittelbehandlung der Schwangeren. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 116(46): 783–790.
- Deneke, C.; Lucas, T. (2008):** Ambulante und teilstationäre Behandlung psychisch kranker Mütter und Väter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. In: *Lenz, A.; Jungbauer, J. (Hrsg.) (2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte*. Tübingen: dgvt-Verlag; 39–62.
- Dettenborn, H. (2010):** Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte. 3., überarbeitete Auflage. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- De Wolff, M.; van IJzendoorn, M. H. (1997):** Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. In: *Child Development*, 68(4): 571–591.
- DGPPN (Hrsg.) (2019):** S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer Verlag.
- DGPPN; KBV; AWMF; AkdÄ; BpTK; BApK; DAG SHG; DEGAM; DGPM; DGPs; DGRW (Hrsg.) (2015):** Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung. 2. Auflage, Version 5. AWMF-Register-Nr.: nvl-005. Berlin: ÄZQ – Redaktion Nationale VersorgungsLeitlinien.
- DGPPN; BÄK; AWMF; KBV (Hrsg.) (2017):** Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.
- Dib, E. P.; Padovani, F. H. P.; Perosa, G. B. (2019):** Mother-child interaction: implications of chronic maternal anxiety and depression. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(1): 10.
- Di Florio, A.; Forty, L.; Gordon-Smith, K.; Heron, J.; Jones, L.; Craddock, N.; Jones, I. (2013):** Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. In: *JAMA Psychiatry*, 70(2): 168–175.
- Dittmann, V. (2008):** Urteilsfähigkeit als Voraussetzung für Aufklärung und Einwilligung. In: *Therapeutische Umschau*, 65(7): 367–370.
- Dorsch, V.; Rohde, A. (2016):** Postpartale psychische Störungen – Update 2016. In: *Frauenheilkunde update*, 10(4): 355–374.
- Eisenberg, N.; Spinrad, T. L.; Eggum, N. D. (2010):** Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. In: *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1): 495–525.
- Elwyn, G.; Frosch, D.; Thomson, R.; Joseph-Williams, N.; Lloyd, A.; Kinnersley, P.; Cording, E.; Tomson, D.; Dodd, C.; Rollnick, S.; Edwards, A.; Barry, M. (2012):** Shared decision making: a model for clinical practice. In: *Journal of General Internal Medicine*, 27(10): 1361–1367.
- Essau, C. A. (2002):** Epidemiologie. In: *Essau, C. A. (Hrsg.): (2002): Depression bei Kindern und Jugendlichen: psychologisches Grundlagenwissen*. München: Friedrich Reinhardt; 45–62.
- Fava, M.; Rosenbaum, J. F.; Hoog, S. L.; Tepner, R. G.; Kopp, J. B.; Nilsson, M. E. (2000):** Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depression: tolerability and efficacy in anxious depression. In: *Journal of Affective Disorders*, 59(2): 119–126.
- Feinberg, M. E.; Kan, M. L.; Goslin, M. C. (2009):** Enhancing coparenting, parenting, and child self-regulation: effects of family foundations 1 year after birth. In: *Prevention Science*, 10(3): 276–285.
- Feldhaus, M.; Boehnke, M. (2008):** Ungeplante Schwangerschaften: wider das Ideal der Naturbeherrschung? 33. Kongress „Die Natur der Gesellschaft“, Kassel 2006. Frankfurt a. M.: Campus Verlag; 1680–1693.
- Finegood, E. D.; Blair, C.; Granger, D. A.; Hibel, L. C.; Mills-Koonce, R. (2016):** Psychobiological influences on maternal sensitivity in the context of adversity. In: *Developmental Psychology*, 52(7): 1073.
- Floen, S. K.; Elkliit, A. (2007):** Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. In: *Annals of General Psychiatry*, 6(1): 12.
- FMCH – Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica (2020):** Richtlinien der FMCH für die Patienten-Aufklärung 2020. Bern: FMCH – Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica. **Quelle:** www.fmch.ch/wp-content/uploads/2020/04/Richtlinien_Aufklaerung_FMCH_DE.pdf (Letzter Zugriff: 23. Juni 2021).
- Fonagy, P.; Gergeley, G.; Jurist, E. I.; Taget, M. (2002):** Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frosch, C. A.; Mangelsdorf, S. C.; McHale, J. L. (2000):** Marital behavior and the security of preschooler-parent attachment relationships. In: *Journal of Family Psychology*, 14(1): 144.
- Frühe Hilfen (2016):** Hilfe und Unterstützung für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder – Ausgewählte Literatur (2009–2016). **Quelle:** www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Themenliste_Psychisch_kranke_Eltern.pdf (Letzter Zugriff: 6. Oktober 2020).
- Furstenberg, F. F.; Harris, L. E.; Pesando, L. M.; Reed, M. N. (2020):** Kinship Practices Among Alternative Family Forms in Western Industrialized Societies. In: *Journal of Marriage and Family*, 82(5): 1403–1430.
- Galbally, M.; Snellen, M.; Power, J. (2014):** Antipsychotic drugs in pregnancy: a review of their maternal and fetal effects. In: *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 5(2): 100–109.
- George, C.; Kaplan, N.; Main, M. (1996):** Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley (Third Edition), April, 1996.

- Gerber, M.; Kraft, E.; Bossard, C. (2014):** Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. In: *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(50): 1883–1881.
- Goodwin, F. K.; Jamison, K. R. (2007):** *Manic-Depressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression*. 2nd edition. New York: Oxford University Press.
- Goodyear, M.; Cuff, R.; Maybery, D.; Reupert, A. (2009):** CHAMPS: A peer support program for children of parents with a mental illness. In: *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3): 296–304.
- Gottesman, I. I.; Erlenmeyer-Kimling L. (2001):** Family and twin strategies as a head start in defining prodromes and endophenotypes for hypothetical early-interventions in schizophrenia. In: *Schizophrenia Research*, 51(1): 93–102.
- Gregorowius, D.; Baumann-Hölzle, R.; Altwegg, R.; Binswanger, J.; Barbier Colombo, P.; Hemmeter, U. (2022):** Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische präkonzeptionelle Beratung von Frauen im gebärfähigen Alter. Anerkannte Behandlungsempfehlungen der SGPP für Fachpersonen zur Begleitung von Frauen mit einer psychischen Erkrankung und möglichem Kinderwunsch mit dem Integrativen Präkonzeptionellen Beratungstool (IPKB). 1. Auflage. Stiftung Dialog Ethik; Zürich. Psychiatrie St.Gallen; St.Gallen.
- Grossmann, K.; Grossmann, K. E. (2014):** *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heilmittelgesetz, HMG (2020):** *Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte vom 15. Dezember 2000* (Stand am 1. August 2020). SR-Nummer 812.21. **Quelle:** www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002716/index.html (Letzter Zugriff: 26. August 2020).
- Hiemke, C.; Bergemann, N.; Clement, H. W.; Conca, A.; Deckert, J.; Domschke, K.; Eckermann, G.; Egberts, K.; Gerlach, M.; Greiner, C.; Gründer, G.; Haen, E.; Havemann-Reinecke, U.; Hefner, G.; Helmer, R.; Janssen, G.; Jaquenoud, E.; Laux, G.; Messer, T.; Mössner, R.; Müller, M. J.; Paulzen, M.; Pfuhlmann, B.; Riederer, P.; Saria, A.; Schoppek, B.; Schoretsanitis, G.; Schwarz, M.; Silva Gracia, M.; Stegmann, B.; Steimer, W.; Stingl, J. C.; Uhr, M.; Ulrich, S.; Unterecker, S.; Waschgler, R.; Zernig, G.; Zurek, G.; Baumann, P. (2018):** Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. In: *Pharmacopsychiatry*, 51(1–2): 9–62.
- Hinterhuber, H. (2017):** Ethik in der Psychiatrie. In: *Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.) (2017): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 5. Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag; 69–93.
- Hiroe, T.; Kojima, M.; Yamamoto, I.; Nojima, S.; Kinoshita, Y.; Hashimoto, N.; Watanabe, N.; Maeda, T.; Furukawa, T. A. (2005):** Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. In: *Psychiatry Research*, 135(3): 229–235.
- Hoff, E.-H. (2006):** Alte und neue Formen der Lebensgestaltung. Segmentation, Integration und Entgrenzung von Berufs- und Privatleben. **Beitrag zu:** *Jurczyk, K.; Oechsle, M. (Hrsg.) (2006): „Das Private neu denken.“* Band zu einer Tagung im Zentrum für interdisziplinäre Forschung. Bielefeld, Mai 2006.
- Hoffmann, T. C.; Légaré, F.; Simmons, M. B.; McNamara, K.; McCaffery, K.; Trevena, L. J.; Hudson, B., Glasziou, P.; Del Mar, C. (2014):** Shared decision making: What do clinicians need to know and why should they bother? In: *The Medical Journal of Australia*, 201(1): 35–39.
- Howard, L. M.; Molyneaux, E.; Dennis, C. L.; Rochat, T.; Stein, A.; Milgrom, J. (2014):** Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. In: *Lancet*, 384(9956): 1775–1788.
- Ivan, G.; Da Roit, B.; Knijn, T. (2015):** Children First? Changing Attitudes toward the Primacy of Children in Five European Countries. In: *Journal of Family Issues*, 36(14): 1982–2001.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Siegert, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M. A.; Hapke, U.; Maske, U.; Seiffert, I.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H.-U. (2014):** Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3): 304–319.
- Jones, I.; Chandra, P. S.; Dazzan, P.; Howard L. M. (2014):** Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. In: *Lancet*, 384(9956): 1789–1799.
- Kant, I. (1785):** *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Leipzig: Verlag J. F. Hartknoch.
- Kendler, K. S.; Prescott, C. A.; Myers, J.; Neale, M. C. (2003):** The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. In: *Archives of General Psychiatry*, 60(9): 929–937.
- Kendler, K. S.; Aggen, S. H.; Knudsen, G. P.; Roysamb, E.; Neale, M. C.; Reichborn-Kjennerud, T. (2011):** The structure of genetic and environmental risk factors for syndromal and subsyndromal common DSM-IV axis I and all axis II disorders. In: *American Journal of Psychiatry*, 168(1): 29–39.
- Kessler, R. C.; Nelson, C. B.; McGonagle, K. A.; Liu, J.; Swartz, M.; Blazer, D. G. (1996):** Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. In: *The British Journal of Psychiatry*, 168(S30): 17–30.
- Kessler, R. C.; Berglund, P.; Demler, O.; Jin, R.; Koretz, D.; Merikangas, K. R.; Rush, A. J.; Walters, E. E.; Wang, P. S.; National Comorbidity Survey Replication (2003):** The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). In: *JAMA*, 289(23): 3095–3105.
- Kraft, E.; Nadig, J.; Pfisterer, J.; Projektteam (2018):** Meilenstein beim Behandlungspfad Kolorektalkarzinom erreicht! Interprofessioneller sektorenübergreifender Behandlungspfad Kolorektalkarzi-nom veröffentlicht. In: *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(7): 198–201.
- Krebs, A.; Pfeleiderer, G.; Seelmann, K. (Hrsg.) (2011):** *Ethik des gelebten Lebens. Basler Beiträge zu einer Ethik der Lebensführung*. Zürich: Pano Verlag.
- Krumm, S. (2010):** *Biografie und Kinderwunsch bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine soziologische und sozialpsychiatrische Studie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kruppa, K.; Cejka, S. (2019):** Früh traumatisierte Menschen werden Eltern. In: *Brisch, K. H. (Hrsg.) (2019): Familien unter Hoch-Stress: Beratung, Therapie und Prävention für Schwangere, Eltern und Säuglinge in Ausnahmesituationen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kühner, C. (2016):** Psychiatrische Erkrankungen in Schwangerschaft und Stillzeit. Häufigkeit, Verlauf und klinische Diagnostik. In: *Der Nervenarzt*, 87(9): 926–936.
- Kupfer, D. (1991):** Long-term treatment of depression. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(Suppl. 1): 28–34.
- Laney, E. K.; Carruthers, L.; Lewis Hall, M. E.; Anderson, T. (2014):** Expanding the Self: Motherhood and Identity Development in Faculty Women. In: *Journal of Family Issues*, 35(9): 1227–1251.
- Lätsch, D.; Hauri, A.; Jud, A.; Rosch D. (2015):** Ein Instrument zur Abklärung des Kindeswohls – spezifisch für die deutschsprachige Schweiz. In: *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 1(1): 1–26.
- Lenz, A.; Kuhn, J. (2011):** Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über die Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: *Wiegand-Greife, S.; Matthejat, F.; Lenz, A. (Hrsg.) (2011): Kinder mit psychisch kranken Eltern: Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 269–298.
- Lin, H. C.; Chen, Y. H.; Lee, H. C. (2009):** Prenatal care and adverse pregnancy outcomes among women with schizophrenia: a nationwide population-based study in Taiwan. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9): 1297–303.
- Lönnqvist, J.; Henriksson, M. M.; Isometsä, E. T.; Marttunen, M. J.; Heikkinen, M. E.; Aro, H. M.; Kuopasalmi, K. I. (1995):** Mental disorders and suicide prevention. In: *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 49(Suppl. 1): S111–S116.
- Ludewig, R.; Baumer, S.; Salzgeber, J.; Häfeli, C.; Albersmann, K. (2015):** Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil. In: *FamPra.ch – Die Praxis des Familienrechts (FamPra)*, 2015(3): 562–622.
- Lundberg, S.; Pollak, R. A. (2015):** The Evolving Role of Marriage: 1950 –2010. In: *The Future of Children*, 29(2): 29–50.
- Marneros, A.; Brieger, P (2002):** Prognosis of bipolar disorder: a review. In: *Maj, M.; Akiskal, H. S., López-Ibor, J. J.; Sartorius, N. (eds.) (2002): Bipolar Disorder. Chapter 2*. Chichester: John Wiley and Sons; 97–148.
- Maslow, A. (1943):** A Theory of Human Motivation. In: *Psychological Review*, 50(4): 370–396.
- Mattejat, F.; Lisofsky, B. (Hrsg.) (2001):** *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- McGrath, J. J.; Hearle, J.; Jenner, L.; Plant, K.; Drummond, A.; Barkla, J. M. (1999):** The fertility and fecundity of patients with psychoses. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(6): 441–446.
- McHale, J. P.; Lindahl, K. M. (2011):** *Coparenting: a conceptual and clinical examination of family systems*. Washington DC: American Psychological Association.
- Meador, K.; Reynolds, M. W.; Crean, S.; Fahrbach, K.; Probst, C. (2008):** Pregnancy outcomes in women with epilepsy: a systematic review and meta-analysis of published pregnancy registries and cohorts. In: *Epilepsy Research*, 81(1): 1–13.
- Medizinalberufegesetz, MedBG (2020):** *Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006* (Stand am 1. Februar 2020). SR-Nummer 811.11 **Quelle:** www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/index.html (Letzter Zugriff: 26. August 2020).
- Menzler, K.; Fuest, S.; Immisch, I.; Knake, S. (2016):** Epilepsie und Schwangerschaft. In: *Der Nervenarzt*, 87(9): 937–942.
- Mills, E.; Dugoua, J.-J.; Perri, D.; Koren, G. (2006):** *Herbal Medicines in Pregnancy and Lactation. An Evidence-Based Approach*. London: Taylor & Francis.
- Moeller, H. J.; Laux, G.; Deister, A. (2021):** *Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Stuttgart: MVS Medizinverlage Stuttgart.
- Moretti, M. E.; Maxson, A.; Hanna, F.; Koren, G. (2009):** Evaluating the safety of St. John’s Wort in human pregnancy. In: *Reproductive Toxicology*, 28(1): 96–99.
- Mortensen, P. B.; Pedersen, C. B.; Melbye, M.; Mors, O.; Ewald, H. (2003):** Individual and familial risk factors for bipolar affective disorders in Denmark. In: *Archives of General Psychiatry*, 60(12): 1209–1215.
- Munk-Olsen, T.; Laursen, T. M.; Meltzer-Brody, S.; Mortensen, P. B.; Jones, I. (2012):** Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. In: *Archives of General Psychiatry*, 69(4): 428–434.
- Murray, C. J.; Lopez, A. D. (1997):** Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: *Murray, C. J.; Lopez, A. D. (1997): The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected in 2020*. Harvard: Harvard University Press; 201–246.
- Musliner, K. L.; Krebs, M. D.; Albiñana Albinana, C.; Vilhjalmsson, B.; Agerbo, E.; Zandi, P. P.; Hougaard, D. M.; Nordentoft, M.; Børglum, A. D.; Werge, T.; Mortensen, P. B.; Østergaard, S. D. (2020):** Polygenic Risk and Progression to Bipolar or Psychotic Disorders Among Individuals Diagnosed With Uni-

- polar Depression in Early Life. In: *American Journal of Psychiatry*, 177(10): 936–943.
- Myin-Germeys, I.; van Os, J.; Schwartz, J. E.; Stone, A. A.; Delespaul, P. A. (2001):** Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. In: *Archives of General Psychiatry*, 58(12): 1137–1144.
- Negraia, D. V.; Augustine, J. M.; Prickett, K. C. (2018):** Gender Disparities in Parenting Time Across Activities, Child Ages, and Educational Groups. In: *Journal of Family Issues*, 39(11): 3006–3028.
- Netsi, E.; Pearson, R. M.; Murray, L.; Cooper, P.; Craske, M. G.; Stein, A. (2018):** Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. In: *JAMA Psychiatry*, 75(3): 247–253.
- Ng, Q. X.; Venkatanarayanan, N.; Ho, C. Y. X.; Sim, W. S.; Lim, D. Y.; Yeo, W.-S. (2019):** Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn: An Update Meta-Analysis. In: *Journal of Women's Health*, 28(3): 331–338.
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence (2014):** *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline*. Veröffentlicht: 17. Dezember 2014. Zuletzt aktualisiert (Update): 11. Februar 2020. London: NICE – National Institute for Health and Care Excellence. **Quelle:** www.nice.org.uk/guidance/cg192 (Letzter Zugriff: 23. Juni 2021).
- Nunes, C. E.; de Roten, Y.; El Ghaziri, N.; Favez, N.; Darwiche, J. (2020):** Co-Parenting Programs: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Family Relations*, 70(3): DOI:10.1111/fare.12438.
- Nussbaum, M. (1999a):** *Gerechtigkeit oder das gute Leben*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Nussbaum, M. (1999b):** *Sex and Social Justice*. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Nussbaum, M. (2006):** *Frontiers of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Olfson, M.; Shea, S.; Feder, A.; Fuentes, M.; Nomura, Y.; Gameroff, M.; Weissman, M. M. (2000):** Prevalence of anxiety, depression, and substance use disorders in an urban general medicine practice. In: *Archives of Family Medicine*, 9(9): 876–883.
- Pettersson, E.; Larsson, H.; Lichtenstein, P. (2016):** Common psychiatric disorders share the same genetic origin: a multivariate sibling study of the Swedish population. In: *Molecular Psychiatry*, 21(5): 717–721.
- Pettersson, E.; Lichtenstein, P.; Larsson, H. et al. (2019):** Genetic influences on eight psychiatric disorders based on family data of 4 408 646 full and half-siblings, and genetic data of 333 748 cases and controls. In: *Psychological Medicine*, 49(7): 1166–1173.
- Pieper, A. (2017):** *Einführung in die Ethik*. 7., aktualisierte Auflage. Tübingen: A. Francke Verlag.
- Pillhofer, M.; Ziegenhain, U.; Fegert, J. M.; Hoffmann, T.; Paul, M. (2016):** *Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Kontext der Frühen Hilfen*. Köln: BZgA.
- Pincus, H.; Zarin, D.; Tanielian, T.; Johnson, J. L.; West, J. C.; Pettit, A. R.; Marcus, S. C.; Kessler, R. C.; McIntyre, J. S. (1999):** Psychiatric patients and treatments in 1997: findings from the American Psychiatric Practice Research Network. In: *Archives of General Psychiatry*, 56(5): 441–449.
- Pretis, M.; Dimova, A. (2016):** Resilienzprozesse bei hochbelasteten Kindern psychisch kranker Eltern. In: *Kindheit und Entwicklung*, 25(2): 68–76.
- Price-Robertson, R.; Reupert, A.; Maybery, D. (2019):** Online peer support programs for young people with a parent who has a mental illness: service providers' perspectives. In: *Australian Social Work*, 72(3): 274–286.
- Rawls, J. (1975):** *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- Reck, C.; Nonnenmacher, N.; Zietlow, A. L. (2016):** Inter-generational transmission of internalizing behavior: the role of maternal psychopathology, child responsiveness and maternal attachment style insecurity. In: *Psychopathology*, 49(4): 277–284.
- Reupert, A.; Goodyear, M.; Maybery, D. (2012):** Engaging with, and understanding children whose parents have a dual diagnosis. In: *Child and Adolescent Mental Health*, 17(3): 153–160.
- Rochon-Terry, G.; Gruneir, A.; Seeman, M. V.; Ray, J. G.; Rochon, P.; Dennis, C. L.; Grigoriadis, S.; Fung, K.; Kurdyak, P. A.; Vigod, S. N. (2016):** Hospitalizations and emergency department visits for psychiatric illness during and after pregnancy among women with schizophrenia. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(4): 541–547.
- Rogers, C. R. (1951):** *Client-centered therapy*. Oxford (England): Houghton Mifflin.
- Rohde, A.; Dorsch, V.; Schaefer, C. (2016a):** *Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit*. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag.
- Rohde, A.; Hocke, A.; Meurers, A.; Dorsch, V. (2016b):** Peripartales Management bei psychischer Vorerkrankung. In: *Der Nervenarzt*, 87(9), 980–988.
- Rufer, L.; Baumann-Hölzle, R. (2015):** *Mantelbüchlein Medizin & Ethik III. Basiswissen*. Zürich: Schulthess Juristische Medien.
- Russell, E. J.; Fawcett, J. M.; Mazmanian, D. (2013):** Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(4): 377–385.
- Sameroff, A. J.; Fiese, B. H. (2000):** Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: *Shonkoff, J. P.; Meisels, S. J. (Hrsg.) (2000): Early intervention: a handbook of theory, practice, and analysis*. 2. edition. New York: Cambridge University Press; 135–159
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013):** *Kommunikation im medizinischen Alltag*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2015):** *Zwangsmassnahmen in der Medizin*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016a):** *Patienten und Angehörige beteiligen. Bericht zuhanden der SAMW*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2016b):** *Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018):** *Autonomie und Fürsorge. Urteilsunfähigkeit verlangt Entscheide – von wem und nach welchen Kriterien?* Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2018):** *Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- SAMW – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020):** *Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).
- Sanders, W.; Zeman, J.; Poon, J.; Miller, R. (2015):** Child regulation of negative emotions and depressive symptoms: the moderating role of parental emotion socialization. In: *Journal of Child and Family Studies*, 24(2): 402–415.
- Sandkühler, H. J. (2014):** *Menschenwürde und Menschenrechte: über die Verletzbarkeit und den Schutz der Menschen*. Freiburg und München: Verlag Karl Alber.
- Sassler, S.; Lichter, D. T. (2020):** Cohabitation and Marriage: Complexity and Diversity in Union-Formation Patterns? In: *Journal of Marriage and Family*, 82(1): 35–61.
- Schechter, D. S.; Myers, M. M.; Brunelli, S. A.; Coates, S. W.; Zeanah, Jr., C. H.; Davies, M.; Grienenberger, J. F.; Marshall, R. D.; McCaw, J. E.; Trabka, K. A.; Liebowitz, M. R. (2006):** Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. In: *Infant Mental Health Journal*, 27(5): 429–447.
- Schechter, D. S.; Suardi, F.; Manini, A.; Cordero, M. I.; Rossignol, A. S.; Merminod, G.; Gex-Fabry, M.; Moser, D. A.; Serpa, S. R. (2015):** How do maternal PTSD and alexithymia interact to impact maternal behavior? In: *Child Psychiatry & Human Development*, 46(3): 406–417.
- Schiller, C. E.; Meltzer-Brody, S.; Rubinow, D. R. (2015):** The role of reproductive hormones in postpartum depression. In: *CNS Spectrums*, 20(1): 48–59.
- Schneider, S. (2019):** Kinder psychisch kranker Eltern. In: *Schneider, S. (2019): Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer Verlag; 887–900.
- Sen, A. (1992):** *Inequality Re-examined*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. (2000):** *Ökonomie für den Menschen. Wege zu Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft*. München: DTV.
- Sharp, C.; Fonagy, P. (2008):** The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: constructs, measures and implications for developmental psychopathology. In: *Social Development*, 17(3): 737–754.
- Shirvani-Farsani, Z.; Maloum, Z.; Bagheri-Hosseinabadi, Z.; Vilor-Tejedor, N.; Sadeghi, I. (2021):** DNA methylation signature as a biomarker of major neuropsychiatric disorders. In: *Journal of Psychiatric Research*, 141(2): 34–49.
- Sirringhaus-Bünder, A.; Bünder, P. (2005):** Systemische Perspektive, Selbstwirksamkeit und video-unterstützte Beratung nach der MARTE MEO-Methode. In: *Kontext*, 36(2): 166–181.
- Sit, D.; Rothschild, A. J.; Wisner, K. L. (2006):** A review of postpartum psychosis. In: *Journal of Women's Health*, 15(4): 352–368.
- Slade, A.; Grienenberger, J.; Bernbach, E.; Levy, D.; Locker, A. (2005):** Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. In: *Attachment & Human Development*, 7(3): 283–298.
- Spiel, C.; Popper, V.; Graf, D. (2018):** *Ergebnisbericht. Evaluation Grow Together*. Wien: Institut für Angewandte Psychologie: Arbeit, Bildung, Wirtschaft, Universität Wien. **Quelle:** www.growtogether.at/wp-content/uploads/2018/12/Ergebnisbericht-Evaluation-GrowTogether.pdf (Letzter Zugriff: 15. Dezember 2020).
- Stafford, M.; Kuh, D. L.; Gale, C. R.; Mishra, G.; Richards, M. (2016):** Parent-child relationships and offspring's positive mental wellbeing from adolescence to early older age. In: *The Journal of Positive Psychology*, 11(3): 326–337.
- Sterilisationsgesetz (2004):** *Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisationen vom 17. Dezember 2004* (Stand am 1. Januar 2013). SR-Nummer 211.111.1. **Quelle:** www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2005/425/de (Letzter Zugriff: 26. Juni 2021).
- Stern, D. N. (1995):** *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2006):** *Mutter und Kind. Die erste Beziehung*. Aus dem Englischen von T. M. Höpfer. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Stiftung Dialog Ethik; Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) (2018):** *Qualitätskriterien für Patienteninformationsmaterialien und Entscheidungshilfe am Beispiel des interprofessionellen, sektorenübergreifenden Behandlungspfades Kolorektalkarzinom*. Schlussbericht. Zürich und Bern: Stiftung Dialog Ethik und Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH).
- Surbek, D. (2014):** Die Betreuung Schwangerer mit psychischen Erkrankungen. Pränatalmedizinische und geburtshilfliche Empfehlungen. In: *Gynäkologie*, 2014(1): 14–21.
- Taylor, P. J.; Rietzschel, J.; Danquah, A.; Berry, K. (2015):** The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. In: *Psychology and Psychotherapy: Theory*,

Tosato, S.; Albert, U.; Tomassi, S.; Iasevoli, F.; Carmasi, C.; Ferrari, S.; Nanni, M. G.; Nivoli, A.; Volpe, U.; Atti, A. R.; Fiorillo, A. (2017): A Systematized Review of Atypical Antipsychotics in Pregnant Women: Balancing Between Risks of Untreated Illness and Risks of Drug-Related Adverse Effects. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(5): e477–e489.

Toulopoulou, T.; Picchioni, M.; Rijdsdijk, F.; Hua-Hall, M.; Ettlinger, U.; Sham, P.; Murray, R. (2007): Substantial genetic overlap between neurocognition and schizophrenia: genetic modeling in twin samples. In: *Archives of General Psychiatry*, 64(12): 1348–1355.

Trachsel, M.; Hermann, H.; Biller-Andorno, N. (2014): Urteilsfähigkeit: ethische Relevanz, konzeptuelle Herausforderung und ärztliche Beurteilung. In: *Swiss Medical Forum*, 14(11): 221–225.

Trifan, T. A.; Stattin, H.; Tilton-Weaver, L. (2014): Have Authoritarian Parenting Practices and Roles Changed in the Last 50 Years? In: *Journal of Marriage and Family*, 76(4): 744–761.

Uher, R. (2014): Gene-environment interactions in severe mental illness. In: *Frontiers in Psychiatry*, 5(9): 48.

Umberson, D.; Pudrovskaja, T.; Reczek, C. (2010): Parenthood, Childlessness, and Well-Being: A Life Course Perspective. In: *Journal of Marriage and Family*, 72(3): 612–629.

Üstün, T. B.; Ayuso-Mateos, J. L.; Chatterji, S.; Mathers, C.; Murray, C. J. L. (2004): Global burden of depressive disorders in the year 2000. In: *The British Journal of Psychiatry*, 184(5): 386–392.

Van IJzendoorn, M. H.; Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996): Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1): 8.

Vereinte Nationen (1948): *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. A/RES/217, UN-Doc. 217/A-(III). Dritte Tagung: Resolution der Generalversammlung 217 A (III), 183. Plenarsitzung. Paris, 10. Dezember 1948.

Vereinte Nationen (1989): *Übereinkommen über die Rechte des Kindes* (UN-Kinderrechtskonvention, KRK, Convention on the Rights of the Child, CRC). Registration am 2. September 1990, No. 27531, in Übereinstimmung mit Artikel 49. Vereinte Nationen, New York, 20. November 1989.

Walder, J.; Gregorowius, D.; Baumann-Hölzle, R.; Binswanger, J. (2021): Die Frage nach einem «eugenischen Impuls» gegenüber psychisch kranken Frauen mit Kinderwunsch in der Schweiz. In: *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 172: w03186.

Walle, E. A.; Reschke, P. J.; Knothe, J. M. (2017): Social referencing: defining and delineating a basic process of emotion. In: *Emotion Review*, 9(3): 245–252.

Walsh, F. (2003): Family resilience: a framework for clinical practice. In: *Family Process*, 42(1): 1–18.

Weinfield, N. S.; Sroufe, L. A.; Egeland, B.; Carlson, E. (2008): Individual differences in infant-caregiver attachment: conceptual and empirical aspects of security. In: *Cassidy, J.; Shaver, P. S. (eds.) (2008): Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. 2nd edition. New York and London: The Guilford Press; 78–101.

Werner, E. E.; Smith, R. S. (1992): *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca: Cornell University Press.

Wesseloo, R.; Kamperman, A. M.; Munk-Olsen, T.; Pop, V. J.; Kushner, S. A.; Bergink, V. (2016): Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta-analysis. In: *American Journal of Psychiatry*, 173(2): 117–127.

Wiegand-Grefe, S.; Mattejat, F.; Lenz, A. (Hrsg.) (2011): *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wils, J.-P.; Baumann-Hölzle, R. (2013): *Mantelbüchlein Medizinethik I. Basiswissen*. Zürich: Schulthess Juristische Medien.

Winnicott, D. (1953): Transitional objects and transitional phenomena. In: *International Journal of Psychoanalysis*, 34(2): 89–97.

Wittchen, H.-U.; Müller, N.; Schmidt-kunz, B.; Winter, S.; Pfister, H. (2000): Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. In: *Fortschritte der Medizin*, 118(Orig. Sonderh. 1): 4–10.

Wurmser, H.; Rieger, M.; Domogalla, C.; Kahnt, A.; Buchwald, J.; Kowatsch, M.; Kuehnert, N.; Buske-Kirschbaum, A.; Papousek, M.; Pirke, K.-M.; von Voss, H. (2006): Association between life stress during pregnancy and infant crying in the first six months postpartum: a prospective longitudinal study. In: *Early Human Development*, 82(5): 341–349.

Ziegenhain, U.; Fries, M.; Bütow, B.; Derksen, B. (2004): *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.

Zivilgesetzbuch, ZBG (2020): *Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907* (Stand am 1. Juli 2020). SR-Nummer AS 24 233. **Quelle:** www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html (Letzter Zugriff: 26. August 2020).

9 Hintergrund zu den Empfehlungen

Die vorliegenden Empfehlungen wurden im Rahmen eines dreijährigen Projektes zwischen November 2018 und November 2021 von der Stiftung Dialog Ethik und dem Kompetenzbereich Gynäkopsychiatrie als Angebot der Psychiatrie St.Gallen erstellt. Finanziert wurde das Projekt zu gleichen Teilen durch die Schweizer Bundesagentur Innosuisse und Psychiatrie St.Gallen (Rechtsnachfolgerin der St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd und der Psychiatrie St.Gallen Nord). Weitere finanzielle Unterstützung kam durch Swisslos Kanton St.Gallen zur Fertigstellung der Empfehlungen für Fachpersonen. Der Kompetenzzentrum für die Gynäkopsychiatrie des Kantons St.Gallen, das Frauen bei Kinderwunsch, Schwangerschaft und Wochenbett berät und behandelt, hat diese Empfehlungen angestossen. Denn in der Beratungspraxis zeigt sich immer wieder, dass Frauen mit einer psychischen Erkrankung viele Fragen rund um ihren Kinderwunsch haben. Ethische und sozialwissenschaftliche Expertise kam vom Interdisziplinären Institut für Ethik im Gesundheitswesen der Stiftung Dialog Ethik, die sich seit über 20 Jahren im Bereich ethischer und sozialer Fragen im Gesundheitswesen engagiert, dazu forscht und Weiterbildungen sowie Beratungen anbietet.

Um die Bedürfnisse von Frauen als Grundlage für die Erstellung dieser Empfehlungen in Erfahrung zu bringen, wurden von Hildegard Huber (Stiftung Dialog Ethik) über 20 Frauen mit einer psychischen Erkrankung im gebärfähigen Alter befragt, wie sie mit einem Kinderwunsch umgehen. Die Mehrheit dieser Frauen sagte, dass sie es sich trotz ihrer Erkrankung zutrauen, eine gute Mutter zu sein. Die Frauen erzählten, dass der Kinderwunsch während schwerer Krankheitsphasen in den Hintergrund rücke und vor allem während Zeiten ohne Krankheitssymptome am stärksten sei. Sie berichten auch, dass sie selten von Fachpersonen auf einen Kinderwunsch angesprochen werden und sich mehr Raum für die und Unterstützung bei der Beantwortung ihrer Fragen wünschten. Auch die Sichtweise der handelnden Fachpersonen wurde mit zusätzlichen Einzelinterviews untersucht, die von Daniel Gregorowius (Stiftung Dialog Ethik) durchgeführt wurden. Die Ergebnisse beider Befragungen sind neben dem aktuellen Stand des Wissens aus der Fachliteratur in die Entwicklung der Empfehlungen eingeflossen. Berücksichtigt wurden auch die Ergebnisse aus einer historischen Literaturstudie zur Eugenik innerhalb der Psychiatrie²⁹⁶. Der Kompetenzbereich für Gynäkopsychiatrie der Psychiatrie St.Gallen wurde später angefragt, Rückmeldungen zu einer ersten Version der Empfehlungen zu geben, um das vorliegende Material zu verbessern. Die vorliegenden ausführlichen Empfehlungen wurden als Vertiefungslektüre und Nachschlagewerk für Fachpersonen erarbeitet. Zu dieser ausführlichen Version wurde eine Kurzversion als anerkannte Behandlungsempfehlungen erstellt.

Die vorliegenden Empfehlungen entstanden unter Mitarbeit und Beratung einer interprofessionell zusammengesetzten Begleitgruppe aus verschiedenen Expertinnen und Experten. Der Begleitgruppe gehörten an MSc Rahel Altwegg, Dr. med. Paola Barbier Colombo, lic. phil. Sabine Bitter, Dr. med. univ. Angela Brucher, MAS und Mediator SDM Jürg Engler, Dr. med. Tina Fischer, Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser, Sozialpädagogin FH Bruno Gschwend, PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Pflegeexpertin HöFaII/FH/MAS Hildegard Huber, Dr. med. Anette Lang-Dullenkopf, Prof. Dr. med. Brigitte Leeners, PD Dr. med. Thomas Maier, Dr. med. Jürg Nadig-Lüdy, Dr. med. lic. theol. Diana Meier-Allmendinger, Dr. med. Jürg Pfisterer-Graber, MAS Rosa Plattner, Dr. Mag. BA. Beate Prieuwasser, Dr. med. Silvia Reisch-Fritz, lic. phil. Elena Rezzonico und MA Joel Walder. Weitere Expertinnen und Experten, die bei der Erstellung der Empfehlungen beteiligt waren, sind Dr. med. Antje Heck, Prof. Dr. med. Erich Seifritz, BSc Pauline Bihari Vass und MSc Adelheid Lang. Expertise bei der Erstellung zum rechtlichen Kapitel kam von Prof. Dr. iur. utr. Brigitte Tag. Einige Mitglieder der Begleitgruppe sowie externe Expertinnen wurden zu Co-Autorinnen der Empfehlungen.

10 Bezug der Empfehlungen und der dazugehörigen Broschüre

Die anerkannten Behandlungsempfehlungen als Kurzversion und die vorliegenden Empfehlungen als Langversion zum Einsatz als Vertiefungslektüre für die integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische präkonzeptionelle Beratung von Frauen im gebärfähigen Alter sowie eine dazu gehörende Informationsbroschüre für psychisch erkrankte Frauen können in digitaler Form bezogen werden.

10.1 Bezug in digitaler Form

In digitaler Form erhalten Sie die vorliegenden Empfehlungen als Langversion oder die anerkannten Behandlungsempfehlungen als Kurzversion und die dazugehörige Broschüre für Patientinnen über nachfolgend genannte Webadressen:

Stiftung Dialog Ethik

Schaffhauserstrasse 418
CH-8050 Zürich

Tel.: +41 (0)44 252 42 01
Fax: +41 (0)44 252 42 13

E-Mail: info@dialog-ethik.ch
Web: www.dialog-ethik.ch

Webadressen zum digitalen Bezug der Empfehlungen und der Broschüre:

Stiftung Dialog Ethik:
www.dialog-ethik.ch/praekonzeptionelle-beratung

Psychiatrie St.Gallen:
www.psychiatrie-sg.ch/gynaekopsychiatrie

10.2 Einsatz in der Beratung

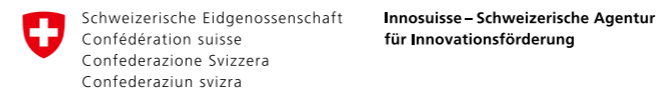
Um die vorliegenden Empfehlungen in der Langversion oder als anerkannte Kurzversion in der Praxis einzusetzen, können Gesundheitsfachpersonen die zu den Empfehlungen gehörende Informationsbroschüre über die erwähnten Webadressen den interessierten Patientinnen zugänglich machen.

11 Impressum

Redaktion und Herausgeber: Stiftung Dialog Ethik, Zürich; Psychiatrie St.Gallen; St.Gallen

Autorinnen und Autoren: Dr. med. Jacqueline Binswanger, Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, MSc Rahel Altwegg, Dr. med. Paola Barbier Colombo, Dr. Mag. BA. Beate Priewasser, BSc Pauline Bihari Vass, MSc Adelheid Lang, Dr. med. Antje Heck, Prof. Dr. med. Erich Seifritz, PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius

Finanzierung und Unterstützung: Das Projekt unter dem Titel «Kinderwunsch psychisch kranker Frauen», in dessen Rahmen vorliegende Empfehlungen entstanden sind, wurde zu gleichen Teilen mitfinanziert durch die Psychiatrie St.Gallen (Rechtsnachfolgerin der St.Gallischen Psychiatrie-Dienste Süd und der Psychiatrie St.Gallen Nord) sowie die Schweizer Bundesagentur Innosuisse, die Projekte zwischen Forschung und Praxis aus Bundesmitteln unterstützt. Das Vorprojekt zur Vorbereitung und Planung des Projektes wurde finanziell unterstützt durch die Sophie von Liechtenstein Stiftung. Unterstützt wurde die Fertigstellung der Empfehlungen für Fachpersonen ferner durch Swisslos I Kanton St.Gallen. Eine ideelle Unterstützung bei der Erstellung der Empfehlungen für Patientinnen erfolgte zur Qualitätssicherung durch die FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte – im Rahmen eines eigenständigen Vernetzungsprojektes.



Interessenskonflikte: Es bestehen keine Interessenskonflikte. Die an der Erstellung der Empfehlungen beteiligten Fachpersonen hatten keine finanziellen Interessen.

Fachberatung: Die vorliegenden Empfehlungen entstanden unter Mitarbeit und Beratung einer interprofessionell zusammengesetzten Begleitgruppe aus verschiedenen Expertinnen und Experten. Der Begleitgruppe gehörten an MSc Rahel Altwegg, Dr. med. Paola Barbier Colombo, lic. phil. Sabine Bitter, Dr. med. univ. Angela Brucher, MAS und Mediator SDM Jürg Engler, Dr. med. Tina Fischer, Dr. phil. Maria Teresa Diez Grieser, Sozialpädagogin FH Bruno Gschwend, PD Dr. med. Dr. phil. Ulrich Hemmeter, Pflegeexpertin HöFa II/FH/MAS Hildegard Huber, Dr. med. Anette Lang-Dullenkopf, Prof. Dr. med. Brigitte Leeners, PD Dr. med. Thomas Maier, Dr. med. Jürg Nadig-Lüdy, Dr. med. lic.

theol. Diana Meier-Allmendinger, Dr. med. Jürg Pfisterer-Graber, MAS Rosa Plattner, Dr. Mag. BA. Beate Priewasser, Dr. med. Silvia Reisch-Fritz, lic. phil. Elena Rezzonico und MA Joel Walder. Weitere Expertinnen und Experten, die bei der Erstellung der Empfehlungen beteiligt waren, sind Dr. med. Antje Heck (Autorin der psychopharmakologischen Ausführungen) und Prof. Dr. med. Erich Seifritz (Autor der Ausführungen zu Genetik und Epigenetik). Die Erstellung der Empfehlungen (Ausführungen zur Bindungsforschung) wurde ausserdem begleitet durch BSc Pauline Bihari Vass und MSc Adelheid Lang (zusammen mit Dr. Mag. BA. Beate Priewasser).

Informationsquellen: Die Empfehlungen wurden auf Grundlage des aktuellen Standes des Wissens durch die Autorinnen und Autoren zusammen mit den unter «Fachberatung» aufgeführten Personen erstellt. Im Vorfeld der Erstellung der Empfehlungen wurden unter anderem 20 Interviews mit betroffenen Frauen und weitere Einzelinterviews mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Bei der Auswahl und Nutzung der verwendeten wissenschaftlichen Quellen wurden die Kriterien der evidenzbasierten Medizin zugrunde gelegt. Die verwendeten Quellen sind unter «Literaturverzeichnis» aufgeführt. Der Kompetenzbereich für Gynäkopsychiatrie der Psychiatrie St.Gallen wurde später angefragt, Rückmeldungen zu einer ersten Version der Empfehlungen zu geben, um das vorliegende Material zu verbessern.

Qualitätskontrolle: Die Qualitätskontrolle der Empfehlungen wurde über die interprofessionell zusammengesetzte Begleitgruppe sowie weitere externe Expertinnen und Experten gewährleistet (vgl. Anmerkungen unter «Fachberatung»). Frühere Versionen der Empfehlungen wurden im Rahmen mehrerer Sitzungen der Begleitgruppe und in einem Austausch mit der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) im Rahmen eines Vernetzungsprojektes geprüft. Ergebnisse aus dieser Prüfung sind in die Überarbeitung der Empfehlungen eingeflossen.

Gestaltung und Realisation: Ewa Christina Ming, Gidon Wessner, ming agentur ag (Zürich); Carmelo Di Stefano, Stiftung Dialog Ethik (Zürich)

Titelbild und Grafiken: Ewa Christina Ming, Gidon Wessner, ming agentur ag (Zürich)

Lektorat: Dr. rer. nat. Doris Kliem, Urbach (Deutschland)

Stand und Auflage: 22. Mai 2023, 1. Auflage

12 Anhang



**Kompetenzbereich Gynäkopsychiatrie:
Psychiatrische Information an Geburtsklinik / Geburtshelfer (PIG)**

(In Anlehnung an das Bonner Konzept zum peripartalen Management [BKPM] nach Rhode et al. [2016a].)

Patientendaten	Name	Vorname	Geb.	Adresse
Schwangerschaft				
Beratung seit/am				
Partner/in				

Psychische Erkrankung	
Diagnose	
Verlauf	
Aktuelle Situation	

Mit der Patientin wurden einvernehmlich folgende Empfehlungen zum Vorgehen bei bzw. nach der Geburt besprochen:

Empfehlungen	
Geburt	<i>Beispiel: Aus psychiatrischer Sicht besteht kein Einwand gegen eine Spontangeburt.</i>
Stillen	
Postpartal	
Medikation Empfehlungen entsprechend der aktuellen Literatur zu Medikation in Schwangerschaft und Stillzeit	präpartal:
	postpartal:
	Nutzen-Risiko-Abwägung / Indikation für Medikation:
Warnsignale	<i>Erläuterung: Wie kann durch Dritte eine psychische Verschlechterung erkannt werden? Beispiel: Unruhe oder fehlende Kommunikation etc.</i>
Psychosoziale Situation	
Mitbetreuung peripartal	

Behandler/in	
Therapeut/in, Psychiater/in	
Hebamme	
Gynäkologin / Gynäkologe	
Hausärztin / Hausarzt	
Geburtsklinik	

Erstellt am:

Unterschrift:

Finanzielle Unterstützung erfolgte durch:



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Innosuisse – Schweizerische Agentur
für Innovationsförderung

Kanton St.Gallen



SWISSLOS