

BeKind – Vertrag zur Früherkennung und Vermeidung von postpartalen Depressionen

Von Hanna Balzhyk, Svenja Miltner, Annabelle Müller, Cheyenne Paula Pegelow, Felicitas Rixgens, David Rösler und Matthias Ziesch

Indikation im Fokus: Postpartale Depressionen

Die Geburt eines Kindes geht mit tiefgreifenden physischen, emotionalen und sozialen Veränderungen für die gesamte Familie einher. Während der neuen Lebensphase nach der Entbindung erleben zahlreiche Mütter psychische Belastungen, die über eine gewöhnliche erste Anpassungsphase oder den bekannten "Baby Blues" hinausgehen. Eine schwerwiegende Belastung ist die postpartale Depression (PPD), eine affektive psychische Störung, die zehn bis 20 % aller Mütter in den ersten Wochen bis zu 12 Monaten nach der Geburt betreffen kann (Amer et al., 2024). Aufgrund des schleichenden Verlaufs, fehlender Sensibilisierung und unzureichender Routinediagnostik bleibt die PPD häufig unentdeckt – mit entsprechend hoher Dunkelziffer (Amer et al., 2024; Cox et al., 2016; Pawils et al., 2016).

Unbehandelte oder langanhaltende PPD erhöht das Risiko für eine chronische Beeinträchtigung der mütterlichen psychischen Gesundheit und kann dadurch sekundär auch die Entwicklung ihrer Kinder negativ beeinflussen, etwa durch schwächere schulische Leistungen oder ein erhöhtes Risiko für Verhaltensauffälligkeiten und depressive Erkrankungen (Netsi et al., 2018). Neben der individuellen Belastung verursachen postpartale Depressionen erhebliche gesellschaftliche und ökonomische Folgekosten, etwa durch einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung, sowie Ausfälle und Produktivitätsverluste im Berufsleben (Bauer, 2018; Moran et al., 2020). Trotz vorhandener Leitlinien und validierter Screening-Instrumente erhält nur ein kleiner Teil der betroffenen Frauen eine leitliniengerechte Behandlung, was auf strukturelle und versorgungsbezogene Defizite hinweist (Cox et al., 2016; Pawils et al., 2016).

BeKind: Qualitätsvertrag zur Früherkennung und Vermeidung postpartaler Depression

Hier setzt das qualitätsorientierte, integrierte Versorgungsmodell „BeKind“ an. Ziel ist es, durch die enge Vernetzung von Geburtskliniken, psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs), IT-Dienstleistern und Krankenkassen eine frühzeitige Identifikation, leitliniengerechte Behandlung und nachhaltige Nachsorge für Frauen mit PPD-Risiko sicherzustellen.

BeKind basiert auf einem Qualitätsvertrag gemäß § 140a SGB V. Kern des Modells ist ein standardisiertes, digitales Screening mithilfe der Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), das bereits während der Schwangerschaft startet und im ersten Jahr nach der Geburt fortgeführt wird. Die Patientinnen füllen den EPDS-Fragebogen wiederholt über eine App aus;

die Werte werden automatisiert ausgewertet. Bei Überschreiten eines definierten Schwellenwertes wird ein Alarm ausgelöst: Die Geburtsklinik nimmt binnen 48 Stunden Kontakt zur betroffenen Frau auf und leitet sie an die kooperierende PIA weiter. Dort wird innerhalb von vier Wochen ein fachpsychiatrisches Erstkonsil angeboten, auf dessen Basis – falls erforderlich – eine Kurzintervention mit sechs bis acht Sitzungen initiiert oder in andere Hilfsangebote (z. B. „Frühe Hilfen“) übergeleitet wird.

Der Vertrag ist für alle beteiligten Akteure attraktiv ausgestaltet: Geburtskliniken können ihr Profil im Bereich patient:innenzentrierter Geburtshilfe schärfen, psychiatrische Ambulanzen erhalten planbare zusätzliche Fälle und Vergütung, Krankenkassen profitieren von reduzierten chronischen Verläufen und Folgekosten, und der IT-Anbieter etabliert sich mit einer skalierbaren Lösung im Gesundheitswesen.

Die Elemente des Qualitätsvertrags

Die Konzeption des Vertrags folgt explizit dem Value-Based-Healthcare-Ansatz. Hierfür wurden Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren entwickelt, die sowohl der Steuerung der Versorgung als auch der leistungsorientierten Vergütung dienen. Auf Prozessebene stehen u. a. eine hohe Screeningquote (Ziel: $\geq 90\%$ aller Geburten), kurze Zeitspannen bis zur Kontaktaufnahme nach einem Alarm sowie der Anteil der Patientinnen mit eingeleiteter Therapie im Fokus. Auf Ebene der Ergebnisqualität werden vor allem Veränderungen der EPDS-Scores, die Reduktion chronischer Verläufe und die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Versorgung herangezogen. Der EPDS fungiert damit als zentrales, patientinnenberichtetes Outcome (PROM) im Sinne von VBHC.

Die wirtschaftlichen Effekte wurden im Rahmen einer Modellrechnung für eine Geburtsklinik mit 2.500 Geburten pro Jahr und einer PPD-Prävalenz von 15 % abgeschätzt. Bei einer angenommenen Screeningquote von 90 % und konservativen Annahmen zu Behandlungs- und Überleitungsraten verschiebt BeKind die Versorgung von stationären zu ambulanten Leistungen: Stationäre psychiatrische Aufenthalte und chronische Verläufe werden reduziert, während mehr Frauen frühzeitig ambulant behandelt werden. Über einen Zeitraum von drei Jahren ergibt sich daraus ein Einsparpotenzial von rund 904.000 € je Geburtenjahrgang. Dem stehen zusätzliche vertragliche Aufwendungen der Krankenkasse von etwa 200.000 € pro Jahrgang gegenüber (≈ 80 € pro entbundenem Fall), sodass ein geschätzter ökonomischer Nettonutzen von rund 700.000 € resultiert. Auch für die beteiligten Leistungserbringer entsteht ein finanzieller Mehrwert durch zusätzliche, zweckgebundene Vergütungsbestandteile.

Momentane Hürden und potenzielle Lösungen

Die Umsetzung des Modells ist mit Herausforderungen verbunden. Dazu zählen der zusätzliche Personal- und Koordinationsaufwand in der Geburtsklinik, die

sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen stationärer Geburtshilfe und ambulanter Psychiatrie, Datenschutzerfordernisse sowie die Integration einer digitalen Lösung in bestehende IT- und Vergütungssysteme, die primär auf Einzelleistungen ausgerichtet sind. Besonders Kliniken ohne eigene PIA-Anbindung müssen zunächst geeignete Kooperationsstrukturen aufbauen.

BeKind adressiert diese Hürden durch klare Rollenverteilungen, eine refinanzierte Zusatzvergütung für den Mehraufwand, die frühzeitige Einbindung eines IT-Partners sowie ein indikationsspezifisches Set an Qualitätsindikatoren, das Transparenz über Outcomes und Kosten schafft. Insgesamt zeigt das vorgeschlagene Qualitätsvertragsmodell, dass eine systematische, digital unterstützte Früherkennung postpartaler Depressionen die Versorgungsqualität für Mütter und Kinder verbessern und gleichzeitig substantielle ökonomische Vorteile für das solidarische Gesundheitssystem generieren kann.

Referenzen

- Amer, S. A., Zaitoun, N. A., Abdelsalam, H. A., Abbas, A., Ramadan, M. S., Ayal, H. M., Ba-Gais, S. E. A., Basha, N. M., Allahham, A., Agyenim, E. B., & Al-Shroby, W. A. (2024). Exploring predictors and prevalence of postpartum depression among mothers: Multinational study. *BMC Public Health*, *24*(1), 1308. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18502-0>
- Bauer, G. (2018). Delivering Value-Based Care With E-Health Services. *Journal of Healthcare Management*, *63*(4), 251–260. Scopus. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-18-00077>
- Cox, E. Q., Sowa, N. A., Meltzer-Brody, S. E., & Gaynes, B. N. (2016). The Perinatal Depression Treatment Cascade: Baby Steps Toward Improving Outcomes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *77*(09), 1189–1200. <https://doi.org/10.4088/JCP.15r10174>
- Moran, P. S., Wuytack, F., Turner, M., Normand, C., Brown, S., Begley, C., & Daly, D. (2020). Economic burden of maternal morbidity – A systematic review of cost-of-illness studies. *PLOS ONE*, *15*(1), e0227377. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227377>
- 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. *JAMA Psychiatry*, *75*(3), 247. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4363>
- Pawils, S., Metzner, F., Wendt, C., Raus, S., Shedden-Mora, M., Włodarczyk, O., & Härter, M. (2016). Patients with Postpartum Depression in Gynaecological Practices in Germany – Results of a Representative Survey of Local Gynaecologists about Diagnosis and Management. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, *76*(08), 888–894. <https://doi.org/10.1055/s-0042-103326>