



Perinatale psychische Gesundheit – Versorgungsangebot in der Schweiz

Evaluationsbericht

Im Rahmen einer Projektarbeit am Departement Gesundheit der Berner Fachhochschule wurde untersucht, welche psychiatrischen Kliniken und Mutter-Kind-Institutionen in der Schweiz stationäre Betreuungsplätze für perinatale psychisch erkrankte Frauen anbieten. Dieser Bericht bietet einen Überblick über die vorhandenen Mutter-Kind-Plätze und zeigt die aktuelle Situation in der Schweiz auf.

Pascale Koller, Gabriela König, Lena Sutter
25. Februar 2024

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	3
2	Ausgangslage und Versorgungslücke	3
3	Fragestellung	3
4	Ziele	4
5	Methode	4
6	Ergebnisse	4
6.1	IST-Situation	4
6.2	Ergebnisse der Interviewanalyse	5
6.2.1	Unklarheit betreffend Auslastung und Wartezeit	5
6.2.2	Barrieren für die Aufnahme in ein stationäres Setting mit Kind	6
6.2.3	Fehlendes Fachwissen und Angebote zur Erkennung und Förderung der Mutter-Kind- Beziehung	7
6.2.4	Wunsch nach niederschweligen Angeboten und besserer Vernetzung	7
7	Diskussion	8
8	Schlussfolgerungen	9
9	Abgeleiteter Handlungsbedarf	9
10	Abkürzungsverzeichnis	10
11	Literaturverzeichnis	11
12	Anhang	13
12.1	Interviewleitfaden	13

1 Hintergrund

In der Perinatalzeit, welche die Zeit von der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr des Kindes umfasst, sind etwa 10-20 % der Frauen von einer perinatalen psychischen Erkrankung (PPE) betroffen (Howard et al., 2022; Howard & Khalifeh, 2020; WHO, 2022). In der Schweiz nehmen 16.7 % der Frauen – also praktisch jede sechste Frau – Hilfe aufgrund psychischer Probleme in Anspruch (Berger et al. 2017). Berechnet an der schweizerischen Geburtenrate von 2021 könnten ungefähr 8'965-17'930 Frauen von einer PPE betroffen sein (Bundesamt für Statistik (BFS) 2022). PPE umfassen verschiedene Krankheitsbilder wie die antenatale oder postnatale Depression, Angstzustände, posttraumatische Belastungsstörungen, sowie Psychosen. PPE können negative Auswirkungen auf die Frau selbst, sowie auf ihre Kinder und ihr ganzes Umfeld haben (Howard et al. 2014; Howard und Khalifeh 2020). Eine Fehl- oder Nichtbehandlung von PPE kann zu einer beeinträchtigten Mutter-Kind-Beziehung führen (Jones et al. 2014) und das Risiko für psychische- sowie Entwicklungsstörungen des Kindes erhöhen (Stein et al. 2014) oder zum Tod führen. In Grossbritannien und den USA war Suizid die häufigste Todesursache von Müttern im ersten Jahr nach der Geburt (Admon et al., 2021; Knight et al., 2022).

Die Prävention und Behandlung von PPE erfolgt häufig in der primären und sekundären geburtshilflichen Gesundheitsversorgung. Brauchen die Frauen zusätzliche Unterstützung oder erfordert die Schwere der PPE mehr als eine ambulante Versorgung, erfolgt eine tertiäre, stationäre Behandlung (Amiel Castro et al. 2015).

2 Ausgangslage und Versorgungslücke

Gillham und Wittkowski (2015) belegten die positive Auswirkung einer gemeinsamen Behandlung von Mutter und Neugeborenem auf die psychische Gesundheit der Mütter -, die Beziehung zwischen Mutter und Kind - und möglicherweise auf die zukünftige Entwicklung des Kindes. Auch die Richtlinien des National Instituts for Health and Care Excellence (NICE) (2014) empfehlen Mutter und Kind für die Behandlung nicht zu trennen. Stattdessen sollte die Bindung und Beziehung zum Kind gefördert werden (Stein et al., 2014).

In der Schweiz sind Plätze für die gemeinsame Betreuung von Mutter und Kind jedoch rar. Laut «Postnatale Depression Schweiz» gibt es derzeit 120 stationäre Plätze für Frauen mit einer PPE. Angesichts der oben erwähnten potenziell Betroffenen (bis zu 17'929 Frauen pro Geburtskohorte) lässt sich feststellen, dass von einem Mangel an stationären Plätzen ausgegangen werden muss, wenngleich wahrscheinlich nur ein kleiner Teil der Betroffenen in eine stationäre Einrichtung eingewiesen werden müsste.

Die meisten Betroffenen würden von einem niederschweligen und leicht zugänglichen ambulanten Angebot profitieren. Gemäss Aussagen von «Postnatale Depression Schweiz» (Redlich, 2023) können psychiatrische Kliniken in der Schweiz häufig nur die Betreuung und Versorgung der psychisch erkrankten Mutter – ohne deren Neugeborenes – anbieten. Mutter-Kind-Institutionen und Einrichtungen für betreutes Wohnen, welche auf vulnerable Mütter mit ihren Kindern ausgerichtet sind, bieten häufig keine Betreuung von akut psychisch erkrankten Frauen an. Eine Auflistung der vorhandenen Angebote wird auf der Internetseite des Vereins «Postpartale Depression Schweiz» zur Verfügung gestellt (Postpartale Depression Schweiz 2022).

3 Fragestellung

Um eine Übersicht vorhandener Mutter-Kind Plätze zu gewinnen, wurde eine Erhebung initiiert mit der Frage: «Wie sieht die aktuelle Situation von Mutter-Kind Betreuungsplätzen für perinatal psychisch erkrankte Frauen in der Schweiz aus?»

4 Ziele

1. Das primäre Ziel der Erhebung war eine Darstellung der IST-Situation (Angebot, Zulassungsbedingungen, Therapiemöglichkeiten) von Mutter-Kind-Betreuungsplätzen für perinatal psychisch erkrankten Frauen in psychiatrischen Kliniken oder Mutter-Kind Institutionen in der Schweiz.
2. Speziell sollte dabei das Angebot und das Fachwissen der Expert*innen im Bereich der Mutter-Kind-Beziehung abgefragt werden. Dies dient dazu, eventuelle Versorgungslücken bei der stationären Behandlung psychisch erkrankter Mütter in Begleitung ihrer Kinder zu identifizieren

5 Methode

Es wurde eine Befragung mittels strukturierten Leitfadeninterviews durchgeführt. Dazu wurde ein Interviewleitfaden erstellt (vgl. Anhang 10.1.). Die Rekrutierung fand über die auf der Homepage von «Postnatale Depression Schweiz» aufgeführten psychiatrischen Kliniken mit Mutter-Kind-Plätzen (Mu-Ki-Plätzen) und Mutter-Kind-Institutionen (Mu-Ki-Institutionen) statt. Für die Interviewteilnahme wurden Stations- oder Abteilungsleitungen dieser Kliniken schriftlich angefragt. Die Interviews wurden online durchgeführt und die Ergebnisse zusammengefasst und anschliessend den Interviewpartner:innen zur Vernehmlassung zugesendet. Die Resultate wurden danach in einer Excel-Tabelle übertragen. Dabei wurden Personen und Institutionen anonymisiert.

6 Ergebnisse

6.1 IST-Situation

Insgesamt wurden 22 Institutionen für die Teilnahme angefragt. Drei davon haben aus mangelnden zeitlichen Ressourcen ein Interview abgelehnt. Vier Institutionen haben sich gegen ein Interview entschieden, die Fragen jedoch schriftlich beantwortet. Insgesamt konnten 15 Interviews in sieben verschiedenen Kantonen durchgeführt werden. Zehn davon in psychiatrischen Kliniken (52,6 %) und neun in Mu-Ki-Institutionen (47,4 %). Insgesamt konnten die Daten von 19 Institutionen ausgewertet werden.

Mutter-Kind-Plätze

Die befragten Kliniken und Institutionen bieten eine unterschiedliche Anzahl Plätze an. Es wird von 2-20 Plätzen pro Institution berichtet. Im Rahmen der vorliegenden Umfrage konnten 98 Mu-Ki-Plätze in der Schweiz dokumentiert werden (Stand März 2023) (vgl. Tabelle 2).

Kanton	Anzahl Mu-Ki-Plätze in Psychiatrische Kliniken (n=10)	Anzahl Mu-Ki-Plätze in Mu-Ki-Institutionen (n=9)	Total Mu-Ki-Plätze pro Kanton (n=98 /102 ab 2023)
Basel	1	18 (8 davon teilstationär)	19 (8 davon teilstationär)
Bern	8	11	19
Zürich	14 (ab Sommer 2023 16)	28	42 (ab Sommer 2023 44)
Graubünden	4 (ab Mai 2023 6)	-	4 (Ab Mai 2023 6)
Luzern	-	5	5
Solothurn	-	4	4
Thurgau	-	5	5

Tabelle 1: Anzahl Mu-Ki-Plätze in der Schweiz

Die Verteilung der Plätze über die Kantone (vgl. Abb. 1) zeigt, dass nur in sieben von 26 Kantonen Mu-Ki-Plätze angeboten werden. Die Kantone Basel (BS), Bern und Zürich ergeben zusammen 81 % aller erhobenen Mu-Ki-Plätze. Davon befinden sich 43 % im Kanton Zürich.

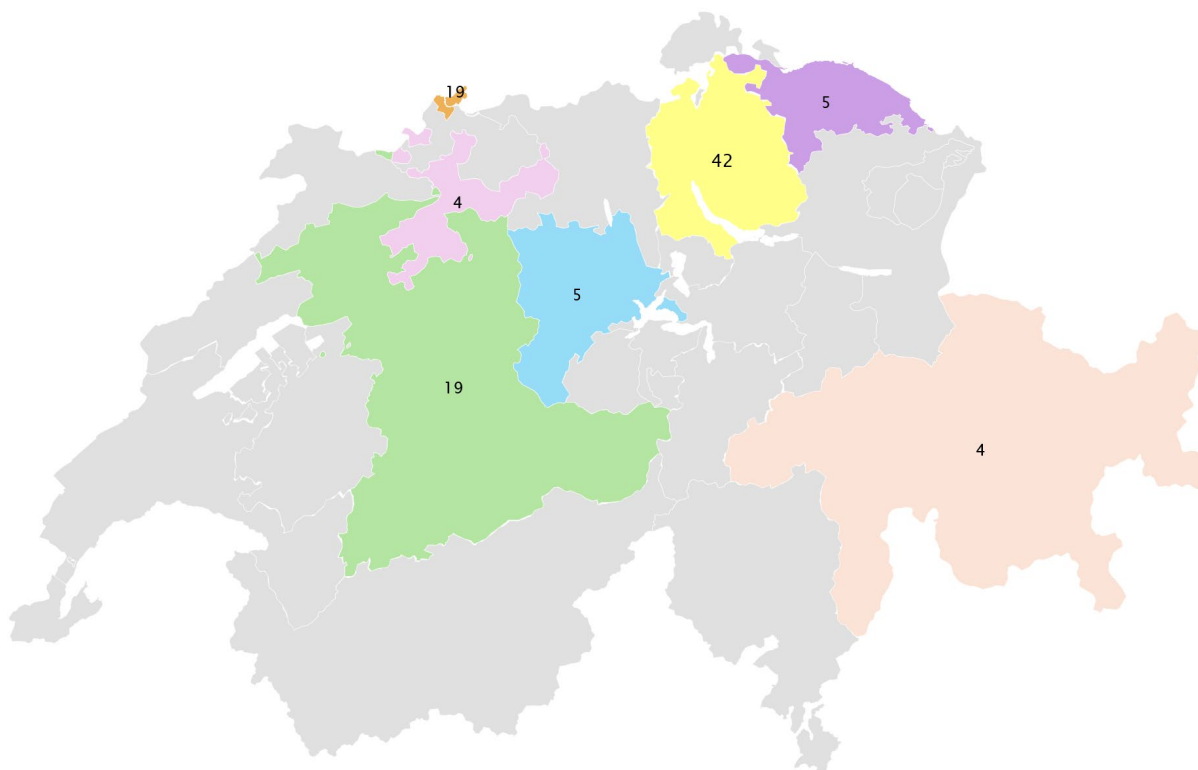


Abbildung 1: Mu-Ki-Plätze nach Kanton (eigene Abbildung)

Alle Institutionen verfügen über Kinderbetten und Wickel­einheiten. Einige Institutionen bieten auch Spielsachen an. Babynahrung, Kleider, Pflegeprodukte und Wickelzubehör müssen die Mütter in den meisten Institutionen selbst mitnehmen.

70 % der psychiatrischen Kliniken erheben eine Tagespauschale von 50 CHF für das Kind, welche zu Lasten der Frau bzw. der Familie geht. Wenn dies die finanziellen Mittel der Betroffenen übersteigt, werde der Betrag über den Sozialdienst (aus Fonds oder Stiftungen) finanziert. Zwei psychiatrische Kliniken decken die Kosten mittels Querfinanzierung ab.

6.2 Ergebnisse der Interviewanalyse

Die Analyse der Interviews mit den Fachpersonen ergab vier Schwerpunktthemen;

- Unklarheit betreffend Auslastung und Wartezeit
- Die psychische Instabilität und andere Barrieren für die Aufnahme in ein stationäres Setting mit Kind
- Fehlendes Fachwissen und Angebote zur Erkennung und Förderung der Mutter-Kind-Beziehung
- Fehlendes standardisiertes Schnittstellenmanagement.

6.2.1 Unklarheit betreffend Auslastung und Wartezeit

Die Befragung hinsichtlich der Auslastung und Wartezeiten ergab eine unklare Situation. Lediglich eine psychiatrische Klinik erhebt Zahlen zur Auslastung. Der grösste Teil der Mu-Ki-Institutionen (89 %) erfasst diesbezüglich keine Daten. Die Belegung wird als stark schwankend angegeben und bewegt sich auf dem Spektrum von freien Betten bis hin zum Führen von Wartelisten. Zwei der psychiatrischen Kliniken planen aufgrund der hohen Auslastung und Nachfrage für das Jahr 2023 eine Aufstockung der Plätze (vgl. Tabelle 2).

Die Wartezeiten bis zum Eintritt in die Klinik oder Mu-Ki-Institution sind ebenfalls sehr unterschiedlich. Bei einer akuten psychischen Erkrankung können Frauen in einigen psychiatrischen Kliniken rasch aufgenommen werden (innerhalb einiger Stunden). Rund die Hälfte der Kliniken berichtet von Wartezeiten von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen. Eine Klinik beschreibt sogar Wartezeiten von zwei bis drei Monaten. Etwas mehr als die Hälfte der Mu-Ki-Institutionen garantiert die Aufnahme innerhalb einer Woche. Bei den übrigen Institutionen variiert die Aufnahmedauer von einigen Wochen bis zu drei Monaten. Als Gründe für die Wartezeit werden bspw. das Warten auf die Bestätigung der Diagnose, die Finanzierungsabklärung und die Kapazität von freien Betten angegeben.

Bei über der Hälfte (53 %) der befragten psychiatrischen Kliniken und Mu-Ki-Institutionen gibt es keine Mindestaufenthaltsdauer. Rund 16 % sprechen eine Empfehlung zur minimalen Aufenthaltsdauer aus und knapp ein Drittel der Befragten (31 %) beschreiben eine Mindestaufenthaltsdauer, welche zwischen drei Nächten und drei Monaten variiert. Mehr als zwei Drittel (78 %) der Mu-Ki-Institutionen empfehlen eine minimale Aufenthaltsdauer oder setzen diese voraus. Begründet wird dies mit der verminderten Therapiewirksamkeit bei einer kürzeren Aufenthaltsdauer.

Im psychiatrischen Setting beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer achteinhalb Wochen. Die maximale Aufenthaltsdauer wird je nach Klinik zwischen sechs Wochen bis zu mehreren Monaten angegeben.

Die Mu-Ki-Institutionen gehen im Schnitt von einer längeren Aufenthaltsdauer von durchschnittlich fünf Monaten aus. Die maximale Aufenthaltsdauer bewegt sich zwischen vier Wochen bis zu drei Jahren. Alle Befragten haben in den Interviews bestätigt, dass die Aufenthaltsdauer immer individuell bestimmt wird und bei Bedarf verlängert werden kann.

6.2.2 Barrieren für die Aufnahme in ein stationäres Setting mit Kind

Es wurden mehrere Barrieren identifiziert, welche Mütter mit einer psychischen Erkrankung überwinden müssen, um mit dem Kind in ein stationäres Setting aufgenommen zu werden.

Psychische Erkrankung der Mutter

Für die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind gelten in den Institutionen unterschiedliche Bedingungen. Ausschlaggebend ist laut den befragten Institutionen die Stabilität resp. Instabilität der psychischen Erkrankung. Dabei zählen akute Suizidalität, Suchterkrankungen, schwere Psychosen, Selbst- und Fremdgefährdung zu den Ausschlusskriterien. Als Grund wird die Sicherheit von Mutter und Kind angegeben, da die Gebäude nicht gesichert seien und die 24/7 Betreuung nicht gewährleistet werden kann. In den psychiatrischen Kliniken müssen die Mütter ausreichend stabil sein, um ihr Kind selbstständig zu versorgen. Zwei der psychiatrischen Kliniken bieten als Lösung die primäre Aufnahme der Frau an und erst nach deren Stabilisation die Aufnahme des Kindes.

Aufnahme und Betreuung der Kinder

Die Aufnahme von einem Kind oder Mehrlingen ist unter den oben beschriebenen Bedingungen in 90 % der psychiatrischen Kliniken möglich. Bei über der Hälfte (60 %) der psychiatrischen Kliniken ist die Aufnahme von Kindern im ersten Lebensjahr möglich. Die Altersbeschränkung wird mit der zunehmenden Mobilität der Kinder – und des damit steigenden Betreuungsaufwands – begründet. Für die Teilnahme an Therapiesitzungen oder kurze Auszeiten wird die Kinderbetreuung in den meisten psychiatrischen Kliniken (70 %) durch das Pflegepersonal abgedeckt, falls dies von der Stationsauslastung her möglich ist. In vier Kliniken besteht zusätzlich die Möglichkeit einer Betreuung in einer Kindertagesstätte (KiTa). In den meisten psychiatrischen Kliniken stellt der Fachkräftemangel und die damit verbundenen fehlenden personellen Ressourcen die grösste Herausforderung dar. Dies schränke je nach Auslastung der Abteilung/Station vor allem die Kinderbetreuung ein, insbesondere nachts und am Wochenende besteht kaum die Möglichkeit, die Kinderbetreuung zu übernehmen.

In den Mu-Ki-Institutionen können in der Regel mehrere Kinder aufgenommen werden. In fast der Hälfte aller Mu-Ki-Institutionen können Kinder bis ins Vorschulalter (5-jährig) mitgenommen werden. Lediglich eine Mu-Ki Institution beschränkt das Aufnahmealter auf das erste Lebensjahr. Als Hauptgründe für die Altersbegrenzung werden der steigende Aufwand, wenn die Kinder in den Kindergarten oder zur Schule gehen, sowie die fehlende pädagogische Ausbildung der betreuenden Fachpersonen genannt. Die Mu-Ki-Institutionen verfügen über ein grösseres Kinderbetreuungsangebot als die psychiatrischen Kliniken. Bspw. bieten 70 % eine interne KiTa an. Ziel sei jedoch, dass die Frau ihre Kinder möglichst selbständig betreuen kann. In fast allen Mu-Ki-Institutionen besteht für die eingewiesene Frauen die Möglichkeit, im Notfall die Kinder auch in der Nacht punktuell zur Betreuung abzugeben. Jedoch wird in über einem Drittel (37 %) angefügt, dass dies durch den steigenden Mangel an qualifiziertem Personal zunehmend schwierig werde.

Die Kosten (Tagespauschale für das Kind) werden von den Interviewpartner:innen als Hürde beschrieben, da oft gerade junge, alleinerziehende Mütter oder finanziell schwach gestellte Familien einen Mu-Ki-Platz benötigen.

6.2.3 Fehlendes Fachwissen und Angebote zur Erkennung und Förderung der Mutter-Kind-Beziehung

Nur zwei von neun Mu-Ki-Institutionen (22.2 %) gaben an, dass sie ein Instrument zur Erfassung der Mutter-Kind-Beziehung anwenden. Dabei handelt es sich einerseits um ein selbstentwickeltes Kinderschutzinstrument zur Erfassung der Bindung und andererseits um die KOSS-Methodik (Kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings). Die restlichen Institutionen (78 %) verwenden kein Instrument zur Einschätzung der Mu-Ki-Beziehung. Gemäss der vorliegenden Umfrage haben die Mitarbeitenden in den Mu-Ki-Institutionen keine spezifischen fachlichen Weiterbildungen in dem Bereich. Nur eine Mu-Ki-Institution gab an, dass alle Mitarbeitenden eine Weiterbildung für Emotionelle Erste Hilfe (EEH) absolviert hätten.

Auch in den psychiatrischen Kliniken erfolgt nur an einer Klinik eine standardisierte Einschätzung der Mu-Ki-Beziehung. Diese Klinik gibt die Verwendung eines klinikintern entwickelten Instruments an, welches die Psychiater:innen umsetzen. Alle anderen gaben an, dass die Bindung intuitiv anhand der Beobachtung durch Pflegenden eingeschätzt werde. Wobei die Umfrage im Weiteren zeigte, dass lediglich eine psychiatrische Klinik die Teammitglieder in der Erkennung einer auffälligen Mu-Ki-Interaktion schult.

Die Interviewpartner:innen gaben an, dass sie sich mehr qualifiziertes Personal, Schulungen und Instrumente zur Einschätzung der Mu-Ki-Beziehung sowie verbindliche Standards wünschen.

Angebote zur Förderung der Mu-Ki-Beziehung gehören ebenfalls nicht zum Standard. Lediglich vier der befragten psychiatrischen Kliniken (40 %) bieten spezifische Therapien zur Förderung der Mu-Ki-Beziehung an. Dies sind zum Beispiel Videoanalysen der Mu-Ki-Interaktion, Rebonding, Babymassage, Verhaltenstherapie mit dem Kind zusammen oder Interaktionstherapie.

In den Mu-Ki-Institutionen wird die Beziehung in erster Linie durch die gemeinsame Zeit von Mutter und Kind gefördert. Nur zwei Institutionen (22 %) bieten Mu-Ki-Interaktionstherapie oder EEH zur Bindungsförderung.

6.2.4 Wunsch nach niederschweligen Angeboten und besserer Vernetzung

Alle Kliniken und Institutionen arbeiten für den Übergang ins heimische Setting mit ambulanten Fachpersonen zusammen, dazu zählen;

- die Mütter-Väterberatung (MVB),

- der Sozialdienst,
- die Psychiatrie-Spitex,
- der Betreuungsdienst des Roten Kreuzes,
- Tagesmütter oder
- die KiTa.

Am häufigsten findet eine Zusammenarbeit und/oder Übergabe an die MVB (60 %) statt. Die Zusammenarbeit an der Schnittstelle gestaltet sich je nach Kanton unterschiedlich. Drei Mu-Ki-Institutionen geben an, dass die MVB die Frauen bereits während des Aufenthalts regelmässig besuche. Auch eine psychiatrische Klinik gab an, dass sie dieses Angebot der MVB nutzen. Bei zwei Mu-Ki-Institutionen bleiben die Mütter und ihre Kinder für den Übergang nach Hause noch an die Institution angebunden und werden durch das interne Fachpersonal weiterbegleitet.

Die Interviewpartner:innen gaben an, dass sie sich eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit und nationale Vernetzung der Angebote wünschen würden. Auch sollte es mehr niederschwellige Angebote von Mu-Ki-Einrichtungen geben. Weiter wurde bemerkt, dass im Kontext perinataler psychischer Erkrankungen ein Diskurs über mehr gesellschaftliche Akzeptanz und eine Enttabuisierung der Thematik überlasteter Familiensysteme stattfinden sollte

7 Diskussion

Das Hauptziel dieser Arbeit bestand darin, die IST-Situation von Mutter-Kind-Betreuungsplätzen für perinatal psychisch erkrankte Frauen in der Schweiz zu erfassen, wobei speziell das Angebot und das Fachwissen der beteiligten Fachpersonen im Bereich der Mutter-Kind-Beziehung abgefragt wurden, um mögliche Versorgungslücken bei der stationären Behandlung psychisch erkrankter Mütter in Begleitung ihrer Kinder zu identifizieren.

Behandlungsangebot in der Schweiz

Insgesamt zeigte sich eine grosse Heterogenität im gesamten Behandlungspfad von den Zulassungskriterien, über das Angebot der einzelnen Kliniken und Institutionen bis hin zum Austrittsmanagement. Die Analyse ergab, dass lediglich in sieben von 26 Kantonen Mu-Ki-Plätze verfügbar sind, wovon sich die meisten (43 %) im Kanton Zürich befinden. Ob dies den Bedarf deckt ist schwierig zu eruieren, da weder die Auslastung noch der Bedarf erhoben werden. Auch die Wartezeiten variieren stark, zwischen einigen Tagen und einigen Monaten. Auch hierzu gibt es kein Monitoring. Unter anderem werden als Grund für die Wartezeit administrative Hürden (bspw. Kostengutsprachen) genannt. Dies bedeutet, dass je nach Versicherungsmodell Frauen, die in einem Kanton ohne ein stationäres Angebot wohnen, eine verzögerte Behandlung erhalten. Eine Nicht- oder Fehlbehandlung ist mit erheblichen gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind verbunden (Howard & Khalifeh, 2020). Für Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status kann die Kostengutsprache oder allfällige Kosten infolge eines ausserkantonalen Aufenthalts eine Hürde darstellen. Und gerade diese Gruppe ist eher von chronischen – darunter auch psychischen – Erkrankungen betroffen und hat generell einen erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen (Thorshaug et al. 2021). Zusätzliche Kosten fallen an, da eine Tagespauschale von CHF 50 für das Kind verrechnet wird. Bei einer Aufenthaltsdauer von 6 Wochen beträgt der Selbstkostenanteil CHF 2'184.

Bezüglich Aufenthaltsdauer wird im internationalen Vergleich ersichtlich, dass sie mit durchschnittlich sechs Wochen im psychiatrischen klinischen Setting etwas unter dem Durchschnitt von acht bis elf Wochen in anderen Ländern liegt. Gemäss anderen Autor:innen (Whitmore et al. 2011; Howard et al. 2004; Glangeaud-Freudenthal et al. 2011; Buist et al. 2004) profitieren betroffene Mütter von einer längeren Aufenthaltsdauer. Gemäss unseren Ergebnissen ist das Austrittsmanagement sowie die weiterführende Anbindung ebenfalls sehr heterogen. Hier wäre es besonders wichtig, dass die Frauen und Familien eine gute Weiterbetreuung haben, da ein Drittel der Frauen mit einer perinatalen psychischen Erkrankung auch nach 18 Monaten noch an Symptomen leiden (Boots Family Trust Alliance 2013).

Mutter-Kind-Behandlung

Laut internationalen Leitlinien wird empfohlen, psychisch belastete Mütter bei einem stationären Aufenthalt gemeinsam mit dem Baby aufzunehmen (Jordan et al., 2012). Die Vermeidung einer Trennung

durch die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind fördert die Bindung, entlastet das Familiensystem und beugt künftiger Episoden psychischer Erkrankungen vor (Mikoteit & Riecher-Rössler, 2008). Aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit geht hervor, dass ein stationäres Mu-Ki-Angebot in der Schweiz nur möglich ist, wenn die Mutter die Betreuung und Pflege des Kindes selbständig übernehmen kann. Die psychische Stabilität der Mutter stellt demnach ein wichtiges Kriterium dar. Dies lässt die Frage offen, ob Frauen, welche die Kinderbetreuung 24/7 übernehmen können, wirklich einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik benötigen.

Die psychische Erkrankung der Mutter kann die Mu-Ki-Beziehung und die kindliche Entwicklung negativ beeinflussen, daher wird empfohlen, die Mu-Ki-Beziehung zu beobachten und zu erfragen, sowie den Müttern Informationen und Behandlungsmöglichkeiten zugänglich zu machen (NICE, 2014, Austin et. al., 2019).

Obwohl die Erkennung von Bindungsstörungen und deren Folgen eine wichtige Grundlage darstellt (Jung & Heinrichs, 2023), ergab die vorliegende Arbeit, dass die Mehrheit (85 %) der Interviewpartner:innen angab, kein Instrument oder Assessment zu nutzen, um die Mu-Ki-Beziehung einzuschätzen. Eine fehlende standardisierte Einschätzung kann die Erkennung von Bindungsstörungen verzögern (Rocha et al., 2020). Erschwerend kommt hinzu, dass die Mitarbeitenden nicht geschult werden und unklar ist, wie der Wissenstand hinsichtlich dieser Thematik ist.

Ebenso gehören Angebote zur Förderung der Mu-Ki-Beziehung nicht zum Standard; lediglich in sechs von 19 stationären Angeboten gibt es ein Therapieangebot (31 %). Obwohl es Evidenzen über Therapien zur Beziehungsförderung zwischen Mutter und Kind gibt (National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2007), werden diese in der Schweiz nicht konsequent angeboten.

8 Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht zeigt die grosse Heterogenität in Bezug auf die stationäre Versorgung von Mu-Ki-Angeboten bei Frauen mit perinatalen psychischen Erkrankungen auf. Da es kein Monitoring zur Anfrage, Nutzung und Wartezeiten gibt ist unklar, ob das aktuelle Angebot den Bedarf deckt. Als Zugangsbarrieren können die mütterliche psychische Stabilität/Instabilität beschrieben werden. Die betroffenen Frauen sollten sich im stationären Setting weitgehend im Umfang von 24/7 selbst um das Kind kümmern können. Eine weitere Zugangsbarriere sind allfällige Selbstkosten.

Obwohl bekannt ist, dass die Erkennung und Förderung der Mutter-Kind-Beziehung bei Frauen mit psychischen Erkrankungen von Bedeutung sind, gibt es in den stationären Angeboten kaum geschultes Personal, die diese Einschätzung qualifiziert vornehmen könnten noch ist eine standardisierte Erfassung der Mutter-Kind-Beziehung bekannt. Nur ein Drittel der stationären Angebote hat ein spezifisches Mutter-Kind- Therapieangebot.

9 Abgeleiteter Handlungsbedarf

- Einführung eines Monitoring Systems (Anfragen, Wartezeiten, Aufnahmen) zur Erfassung des Bedarfes von stationären Mu-Ki- Angeboten in der Schweiz.
- Einführung eines systematischen Screenings der Mutter-Kind- Beziehung zur Früherkennung.
- Etablierung eines therapeutischen Angebotes zur Förderung und Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung.
- Weiterbildungsmöglichkeiten für Fachpersonen, die in dem Bereich arbeiten.
- Definieren von Strategien für einen verbesserten Zugang und ein besseres Angebot für Frauen mit perinatalen psychischen Erkrankungen.

10 Abkürzungsverzeichnis

EEH	Emotionelle Erste Hilfe
KiTa	Kindertagesstätte
KOSS	Kompetenzorientierte Arbeit in stationären Settings
Mu-Ki	Mutter-Kind
MVB	Mütter-Väter-Beratung
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
PPE	Perinatale psychische Erkrankungen
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

11 Literaturverzeichnis

- Amiel Castro, Rita T.; Schroeder, Katrin; Pinard, Claudia; Blöchliger, Patricia; Künzli, Hansjörg; Riecher-Rössler, Anita; Kammerer, Martin (2015): Perinatal mental health service provision in Switzerland and in the UK. In: *Swiss medical weekly* 145, w14011. DOI: 10.4414/smw.2015.14011.
- Bauer, Annette; Parsonage, Michael; Knapp, Martin; Lemmi, Valentina; Adelaja, Bayo (2014): The costs of perinatal mental health problems.
- Berger, Anke (2019): Perinatale psychische Erkrankungen. In: *Psychiatrische Pflege* 4 (1), S. 17-20. DOI: 10.1024/2297-6965/a000224.
- Berger, Anke; Bachmann, Nicole; Signorell, Andri; Erdin, Rebekka; Oelhafen, Stephan; Reich, Oliver; Cignacco, Eva (2017): Perinatal mental disorders in Switzerland: prevalence estimates and use of mental-health services. In: *Swiss medical weekly* 147, w14417. DOI: 10.4414/smw.2017.14417.
- Boots Family Trust Alliance (2013): Perinatal Mental Health Experiences of Women and Health Professionals.
- Buist, A.; Minto, B.; Szego, K.; Samhuel, M.; Shawyer, L.; O'Connor, L. (2004): Mother-baby psychiatric units in Australia - the Victorian experience. In: *Archives of women's mental health* 7 (1), S. 81-87. DOI: 10.1007/s00737-003-0040-6.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2022): Lebendgeburten nach Kanton und Staatsangehörigkeitskategorie der Mütter, 1970-2021. Online verfügbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.html>, zuletzt geprüft am 29.07.2022.
- Dennis, Cindy-Lee; Chung-Lee, Leinic (2006): Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: a qualitative systematic review. In: *Birth (Berkeley, Calif.)* 33 (4), S. 323-331. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x.
- Gillham, Rebecca; Wittkowski, Anja (2015): Outcomes for women admitted to a mother and baby unit: a systematic review. In: *International journal of women's health* 7, S. 459-476. DOI: 10.2147/IJWH.S69472.
- Glangeaud-Freudenthal, N. M-C; Sutter, A-L; Thieulin, A-C; Dagens-Lafont, V.; Zimmermann, M-A; Debourg, A. et al. (2011): Inpatient mother-and-child postpartum psychiatric care: factors associated with improvement in maternal mental health. In: *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 26 (4), S. 215-223. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.03.006.
- Gürber, Susanne; Bielinski-Blattmann, Daniela; Lemola, Sakari; Jaussi, Chantal; Wyl, Agnes von; Surbek, Daniel et al. (2012): Maternal mental health in the first 3-week postpartum: the impact of caregiver support and the subjective experience of childbirth - a longitudinal path model. In: *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology* 33 (4), S. 176-184. DOI: 10.3109/0167482X.2012.730584.
- Howard, L. M.; Thornicroft, G.; Salmon, M.; Appleby, L. (2004): Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. In: *Acta psychiatrica Scandinavica* 110 (5), S. 347-355. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2004.00375.x.
- Howard, Louise M.; Khalifeh, Hind (2020): Perinatal mental health: a review of progress and challenges. In: *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 19 (3), S. 313-327. DOI: 10.1002/wps.20769.
- Howard, Louise M.; Molyneaux, Emma; Dennis, Cindy-Lee; Rochat, Tamsen; Stein, Alan; Milgrom, Jeanette (2014): Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. In: *Lancet (London, England)* 384 (9956), S. 1775-1788. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61276-9.
- Jordan, W., Bielau, H., Cohrs, S., Hauth, I., Hornstein, C., Marx, A., Reck, C., & Einsiedel, R. von. (2012). Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungslage von Mutter-Kind-Einheiten für schwangerschaftsassozierte psychische Störungen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 39(5), 205-210. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1304918>
- Jones, Ian; Chandra, Prabha S.; Dazzan, Paola; Howard, Louise M. (2014): Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. In: *Lancet (London, England)* 384 (9956), S. 1789-1799. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2.
- Jung, A., & Heinrichs, N. (2023). Coding Dyadic Behavior in Caregiver-Child Interaction from a Clinical Psychology Perspective: How Should Multiple Instruments and Outcomes Be Dealt with? *Children*, 10(11), Article 11. <https://doi.org/10.3390/children10111765>

-
- Matei, I., Curio, N., & Eiselt, S. (2022). Adäquate Behandlung für Mutter und Kind. *PPH*, 28(2), 66–72. <https://doi.org/10.1055/a-1717-7060>
-
- Mikoteit, T., & Riecher-Rössler, A. (2008). Mutter-Kind-Behandlungsangebote in der Psychiatrie. *Nervenheilkunde*, 27(6), 513–519. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1627205>
-
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2007): Antenatal and postnatal mental health. Clinical management and service guidance. Online verfügbar unter <http://guidance.nice.org.uk/CG45/Guidance>, zuletzt geprüft am 01.03.2023.
-
- Origlia, Paola; Jevitt, Cecilia; Sayn-Wittgenstein, Friederike zu; Cignacco, Eva (2017): Experiences of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative Review. In: *Journal of midwifery & women's health* 62 (5), S. 589–598. DOI: 10.1111/jmwh.12627.
-
- Postpartale Depression Schweiz (2022): Homepage. Verein Postpartale Depression Schweiz. Online verfügbar unter <https://postpartale-depression.ch/de/>.
-
- Rocha, N. A. C. F., Dos Santos Silva, F. P., Dos Santos, M. M., & Dusing, S. C. (2020). Impact of mother-infant interaction on development during the first year of life: A systematic review. *Journal of Child Health Care: For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 24(3), 365–385. <https://doi.org/10.1177/1367493519864742>
-
- Ross-Davie, Mary; Elliott, Sandra; Sarkar, Anindita; Green, Lucinda (2006): A public health role in perinatal mental health: Are midwives ready? In: *British Journal of Midwifery* 14 (6), S. 330–334. DOI: 10.12968/BJOM.2006.14.6.21181.
-
- Stein, Alan; Pearson, Rebecca M.; Goodman, Sherryl H.; Rapa, Elizabeth; Rahman, Atif; McCallum, Meaghan et al. (2014): Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. In: *Lancet (London, England)* 384 (9956), S. 1800–1819. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
-
- Thorshaug, Kristin; Schwegler, Charlotte; Müller, Franziska (2021): Wie erheben wir Geschlecht, Wie erheben wir Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischen Status? Methodische Ansätze zur Evaluation der Zielgruppenerreichung.
-
- Whitmore, Jennifer; Heron, Jessica; Wainscott, Gillian (2011): Predictors of parenting concern in a Mother and Baby Unit over a 10-year period. In: *The International journal of social psychiatry* 57 (5), S. 455–461. DOI: 10.1177/0020764010365412.
-
- Wisner, K. L.; Jennings, K. D.; Conley, B. (1996): Clinical dilemmas due to the lack of inpatient mother-baby units. In: *International journal of psychiatry in medicine* 26 (4), S. 479–493. DOI: 10.2190/NFJK-A4V7-CXUU-AM89.

12 Anhang

12.1 Interviewleitfaden

für telefonische, strukturierte Interviews mit Fachpersonen aus Kliniken und Institutionen mit Mutter-Kind-Platz

Fragestellung	Wie sieht die aktuelle IST-Situation von Mutter-Kind-Angeboten in psychiatrischen Kliniken oder Mutter-Kind-Institutionen in der Schweiz aus?
Ziel	Ziel der Befragung ist daher die Erhebung der IST-Situation des Mutter-Kind-Angebotes in psychiatrischen Kliniken oder Institutionen mit MUKI-Platz. Die Angaben sollen dazu dienen eine bessere Übersicht zu bekommen zum jeweiligen Angebot und allfällige Versorgungslücken aufzeigen.
Datum Interview	
Interviewte Person	
Interviewerin	Pascale Koller

Planung Interviewdurchführung

Dauer	Ablauf	Materialien (Ort)
1'	<ul style="list-style-type: none"> – Begrüssung – Bedanken für die Teilnahme und Zeit 	<ul style="list-style-type: none"> – Telefon – Laptop
Start des Interviews		
1'	<ul style="list-style-type: none"> – Start der Aufnahme mit Datum, Zeit und Einwilligung der teilnehmenden Person. – Nachfrage, ob sie mit der Aufnahme des Interviews für Auswertungszwecke einverstanden ist. 	<ul style="list-style-type: none"> – Unterzeichnete Einverständniserklärung – Vorbereitetes Word Dokument für Notizen
10'	<ul style="list-style-type: none"> – Fragen zu den Themenblöcken (Reihenfolge variabel) 	
3'	<ul style="list-style-type: none"> – Abschluss und Bedanken – Erinnerung, dass das Transkript mit den Antworten nochmals zum Gegenlesen versendet wird. – Verabschiedung – Gesprächsnotizen (Postskriptum) anfertigen 	<ul style="list-style-type: none"> – Aufnahme abspeichern – Interviewnotizen ablegen

I Begrüssung und Einstieg

Guten Tag Herr/Frau X

Vielen Dank, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen.

Das Ziel des Interviews ist die Erhebung der IST-Situation des Mutter-Kind-Angebotes in psychiatrischen Kliniken oder Institutionen mit MUKI-Platz. Die Angaben dienen dazu, eine bessere Übersicht der jeweiligen Angebote zu erhalten sowie allfällige Versorgungslücken aufzuzeigen.

Das Interview wird ca. 15 Minuten dauern.

Die Antworten werden in einer Tabelle, stichwortartig erfasst. Wie im Mail erwähnt, werde ich Ihnen das Ergebnis noch zur Vernehmlassung zusenden.

Wenn Sie einverstanden sind, zeichne ich unser Telefonat auf, damit ich die Informationen bei Bedarf nochmals anhören kann. Die Aufzeichnung wird nach der Verschriftlichung gelöscht. Es werden keinerlei personenbezogene Daten weitergegeben oder veröffentlicht. Ausserdem werden alle Angaben, aus denen Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können, anonymisiert.

Gibt es Ihrerseits noch Fragen?
Dann würde ich nun mit meinen Fragen starten.

II Fragen

Einstiegsfrage

Sie bieten in Ihrer Klinik/Institution Mutter-Kind-Plätze an. Auf der Homepage konnte ich schon wertvolle Informationen zum Angebot gewinnen, die ich nun zum Einstieg gerne Überprüfen/ ergänzen möchte:

Ist es korrekt, dass Sie XX Mu-Ki-Plätze haben? Oder Wie viele Mutter-Kind-Plätze haben Sie?

Angebot

- Zugang zum Angebot
 - Wie ausgelastet sind/ ist der MUKI- Platz?
 - Wie lange ist die reguläre Wartezeit, bis eine Mutter mit Kind Ihnen aufgenommen werden kann?
 - Wie lange ist die minimale/ maximale Aufenthaltsdauer?
- Aufnahmebedingungen
 - Was sind Aufnahmebedingungen? Aufzählen lassen:
 - Mütterliche Stabilität?
 - Gibt es psychiatrische Diagnosen, wo Sie ablehnen? Z.B. Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, ...

Nun möchte ich spezifisch auf den MUKI-Platz eingehen:

MUKI-Platz

- Wissen Sie, was der Grund war/ ist, weshalb Ihre Klinik/ Institution sich dazu entscheiden hat ein MUKI- Platz anzubieten?
 - Bedarf/ Bedürfnis...
- Wie viele Kinder kann die Frau mitnehmen?
 - Zwillinge, Geschwisterkinder?
- Gibt es eine Altersbeschränkung für das Kind/die Kinder?
- Muss die Frau das Kind 24/7 selbst betreuen oder gibt es Betreuungsangebote?
 - Wenn ja, welche?
 - Zugangsbedingungen zu Betreuungsangebot: Alter des Kindes, Kosten.
- Üblicherweise gilt das Baby als Besucher: in, und es werden Kosten anfallen – ist das bei Ihnen auch so?
 - wie hoch ist der Betrag?
 - Wer zahlt diese Kosten?
 - Muss die Frau etwas mitnehmen für das Baby? (z.B. Bett, Babynahrung, Kleidung)

Mutter-Kind-Beziehung

- Psychische Erkrankungen können die MUKI- Beziehung auch negativ beeinflussen: Wie beurteilen Sie die Mutter-Kind- Beziehung oder wie erkennen Sie Störungen (Auffälligkeiten) in der MUKI- Beziehung?
 - Verwenden Sie dazu spezifische Instrumente?
 - Und/oder wurde ihr Team geschult Anzeichen einer gestörten MUKI-Interaktion zu erkennen?
- Wie reagieren Sie, wenn sie Auffälligkeiten in der MUKI- Beziehung/ Interaktion wahrnehmen?
 - Massnahmen? -> z.B. Förderung der Beziehung -> wie
 - Oder Trennung MUKI; Betreuung Kind durch Vater oder anderes Familienmitglied?
- Gibt es spezifische Therapieangebote zusammen mit dem Kind? z.B. MUKI-Interaktionstherapie
 - Wenn ja, welche?
 - Durch welche Fachperson werden diese angeboten?
 - Werden diese bei jeder Frau angeboten oder nur auf Indikation?
- Werden Angehörige (der Kindsvater/ Partnerin/ Geschwisterkinder) in die Therapie einbezogen?
 - Wenn ja, wie?

Austrittsplanung

- Arbeiten Sie mit Hebammen oder Mütter-Väter-Beraterinnen zusammen? Während dem Aufenthalt oder für Austrittsplanung?

Abschlussfragen

- Sind Sie zufrieden mit Ihrem MUKI- Angebot oder gibt es etwas, was Sie verbessern möchten?
- Gibt es aus Ihrer Sicht noch etwas, was sie gerne sagen würden und was wir noch nicht angesprochen haben?

III Abschluss/Verabschiedung

- Ich bedanke mich herzlich bei Ihnen für Ihre Zeit und die spannenden Informationen.
- Ich werde Ihnen die Zusammenfassung des Interviews wie vereinbart zur Vernehmlassung zukommen lassen.
- Gibt es noch Fragen?
- Verabschiedung