



Marie Meierhofer Institut für das Kind
Assoziiertes Institut der Universität Zürich

Wissenschaftliche Evaluation des SOS-Kinderdorf Liechtenstein Angebots in Mutter-Kind-Stationen

Schlussbericht

Autor:innen: Dr. phil. Raquel Paz Castro, B. Sc. Sven Staub, Dr. phil. Patricia Lannen

Wissenschaftliche Mitarbeit:

B. Sc. Noelle Glauser
B. Sc. Rahel Hubacher
B. Sc. Susanne Bieri

Laufzeit:

Oktober 2022 – Dezember 2023

Kontakt:

Dr. phil. Patricia Lannen
Institutsleitung
Marie Meierhofer Institut für das Kind
Kulturpark Zürich West
Pfingstweidstrasse 16
8005 Zürich
lannen@mmi.ch

Zürich, im Dezember 2023

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
1 Ausgangslage, Auftrag und Vorgehen der Evaluation	4
2 Literaturübersicht	6
2.1 Vorgehen der Literaturübersicht	6
2.2 Definition, Entstehung und Verlauf der postpartalen Depression.....	7
2.3 Gesellschaftliche Relevanz des Themas	8
2.4 Bedürfnisse des Säuglings	9
2.5 Auswirkungen der postpartalen Depression auf das Kind	9
2.6 Definition und Eingrenzung von stationären Mutter-Kind-Angeboten.....	10
2.7 Wirkung von stationären Mutter-Kind-Angeboten und von finanziellen Unterstützungsangeboten.....	11
3 Umsetzungsevaluation	13
3.1 Vorgehen der Umsetzungsevaluation	13
3.1.1 <i>Nicht-teilnehmende Beobachtung</i>	13
3.1.2 <i>Interviews</i>	14
3.1.3 <i>Auswertung</i>	14
3.2 Ergebnisse.....	14
3.2.1 <i>Eintritt, Aufenthalt sowie Aufenthaltskosten in Mutter-Kind-Stationen</i>	15
3.2.2 <i>Umsetzung des Finanzierungsangebots von SOS-Kinderdorf Liechtenstein</i>	18
3.2.3 <i>Stärken und Optimierungsmöglichkeiten der Umsetzung</i>	21
3.2.4 <i>Wirkung des Angebots</i>	23
4 Diskussion	24
5 Schlussfolgerungen	28
6 Danksagungen	28
7 Literaturverzeichnis	29
8 Anhang.....	33

Zusammenfassung

Das SOS-Kinderdorf Liechtenstein finanziert seit dem Jahr 2020 Zusatzkosten für den Klinikaufenthalt von jungen Kindern postpartal-depressiv erkrankter Mütter, wenn sich diese in der Schweiz oder Liechtenstein auf einer Mutter-Kind-Station in Behandlung begeben.

Von Oktober 2022 bis Dezember 2023 wurde die Umsetzung und Wirkungsorientierung dieses **Finanzierungsangebots durch das Marie Meierhofer Institut für das Kind (MMI) extern evaluiert**. In einem kombinierten Verfahren wurde zuerst der aktuelle Forschungsstand zu den Themen 1) postpartale Depression, 2) Bedürfnisse des jungen Kindes und 3) stationäre Behandlungen sowie deren Auswirkungen auf die Mutter, das Kind und die Mutter-Kind-Interaktion und -Bindung aufgearbeitet. Nachfolgend wurde die Umsetzung des Finanzierungsangebots des SOS-Kinderdorf Liechtenstein anhand von 18 Interviews mit betroffenen Müttern und Fachpersonen als auch mittels 3 Vor-Ort-Beobachtungen in den Kliniken, Spitälern und gemeinnützigen Institutionen (Stiftungen), mit denen das SOS-Kinderdorf Liechtenstein im definierten Zeitraum kooperiert, untersucht.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, wie weitreichend die Konsequenzen einer postpartalen Depression für das junge Kind sind und wie wichtig es ist, dass es während einem stationären Aufenthalt bei der Mutter bleiben darf, vor allem wenn der Aufenthalt eine Bearbeitung der Mutter-Kind-Interaktion und -Bindung vorsieht: Zum einen geht eine postpartale Depression in den meisten Fällen mit einem Rückzug und einer eingeschränkten Feinfühligkeit der Mutter einher. Das junge Kind ist jedoch darauf angewiesen, dass die Mutter und seine Bezugspersonen feinfühlig auf seine Signale reagieren. Feinfühlig bedeutet, dass sie die Signale des Kindes passend «lesen» und angemessen und rasch darauf reagieren. Ein Rückzug und eine eingeschränkte Feinfühligkeit seitens der Mutter kann zu einer beeinträchtigten Mutter-Kind-Beziehung führen, die wiederum Konsequenzen für verschiedene Entwicklungsbereiche des jungen Kindes (z.B. Sprache, Kognition, Motorik), aber auch langfristig mit schlechteren Schulleistungen oder einem erhöhten Risiko, selbst an einer Depression zu erkranken, einhergeht.

Werden Mütter befragt, die in eine *allgemeine psychiatrische Einrichtung* aufgenommen und damit von ihren Kindern getrennt werden, geben sie an, dies mehrheitlich als belastend und als schädlich für die Mutter-Kind-Beziehung zu empfinden, weil sie durch die Trennung nicht die Möglichkeit haben, ihre eigenen Erziehungs- und Interaktionsfähigkeiten zu entwickeln.

Andererseits zeigt der aktuelle Forschungsstand weiter, dass Mütter nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt in einer *Mutter-Kind-Station* deutliche Symptomverbesserungen aufweisen, dass jedoch mit der Besserung der mütterlichen Depression nicht zwangsläufig eine positive Entwicklung der Mutter-Kind-Interaktion und -Bindung einhergeht. Dies ist erst dann der Fall, wenn die Förderung einer angemessenen Mutter-Kind-Interaktion fester Bestandteil des therapeutischen Angebots ist.

Die Umsetzungsevaluation konnte zeigen, dass das Finanzierungsangebot von SOS-Kinderdorf Liechtenstein eine grosse Lücke schliesst, da die Aufenthaltskosten der Kinder nur in seltenen Fällen durch Zusatzversicherungen oder Sozialdienste übernommen werden (und bei Letzteren zudem die Gefahr einer nachträglichen Verschuldung besteht). SOS-Kinderdorf Liechtenstein ermöglicht den Kindern den Aufenthalt bei der Mutter – teilweise gemeinsam mit anderen Stiftungen – auf eine unkomplizierte Art und Weise. Dabei wird der persönliche und verständnisvolle Kontakt zum Personal des SOS-Kinderdorf Liechtenstein, die unkomplizierte Abwicklung und schnelle Rückmeldung zu Anträgen und die transparenten und verständlichen

Erwartungen als ausgesprochen positiv hervorgehoben. Es zeigt sich, dass bereits das Wissen um das Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein bei den betroffenen Müttern bzw. Familien zu grosser Entlastung, Erleichterung, Hoffnung und einem Gefühl des Rückhalts führt. Durch die gesprochenen Finanzierungen können sich die betroffenen Mütter dann vollkommen auf die Therapie fokussieren.

Bei einem Wegfall des Angebots befürchten die Fachpersonen, dass die Mütter nicht in die Klinik eintreten oder den stationären Klinikaufenthalt frühzeitig abbrechen, was das Risiko einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung bei der Mutter und das Risiko für eine problematische Entwicklung beim Kind erhöht. Falls die Mutter sich ohne ihr Kind in eine stationäre Therapie begeben würde, hätte dies in den meisten Fällen wiederum negative Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung, die (Bindungs-) Sicherheit, das Wohlergehen des Kindes und der Mutter wie auch auf die Familienstruktur, die durch die anfallende Kinderbetreuung mit einer neuen Belastungssituation konfrontiert ist.

Wenn die Ergebnisse der vorliegenden Umsetzungsevaluation mit dem aktuellen Forschungsstand trianguliert werden, können einzelne Punkte festgehalten werden, die zur Steigerung der Wirkungsorientierung angegangen werden könnten. Dies sind unter anderem 1) ein verstärkter Austausch mit den kooperierenden Kliniken und Institutionen, um den Blick für die Bedürfnisse der Mütter *und* der Kinder weiter zu schärfen (doppelte Anspruchsgruppe) und die Möglichkeiten des Finanzierungsangebots besser auszuschöpfen sowie 2) die Unterstützung von unbegleiteten Müttern beim Beantragen der Finanzierung. Ob und wie stark SOS-Kinderdorf Liechtenstein Ressourcen für die genannten Optimierungsvorschläge einsetzen kann, ist jedoch eine strategische Entscheidung, welche wiederum von den finanziellen Mitteln abhängt, welche der Verein in den kommenden Jahren einnehmen kann.

Abschliessend gilt es festzuhalten, dass SOS-Kinderdorf Liechtenstein mit seinem Finanzierungsangebot deutlich dazu beiträgt, die Auswirkungen von postpartalen Depressionen auf die Mutter-Kind-Beziehung zu minimieren und eine grosse Lücke füllt, die mit grosser Sicherheit dazu beiträgt, transgenerationale Kosten dieser psychischen Erkrankung zu verringern. Dies lässt sich mit den Untersuchungen von Nobelpreisträger James Heckman untermauern, welcher zeigen konnte, dass der "Return on Investment" zur Erreichung von sozialer und ökonomischer Chancengleichheit zu keinem anderen Zeitpunkt grösser ist als in der frühen Kindheit.

1 Ausgangslage, Auftrag und Vorgehen der Evaluation

Der Verein SOS-Kinderdorf Liechtenstein wurde im Jahr 2019 gegründet und ist Teil einer privaten Hilfsorganisation, welche mittlerweile in 138 Ländern dieser Welt tätig ist (SOS-Kinderdorf, 2023). Ziel des Vereins in Liechtenstein ist es, Kindern, Jugendlichen und Familien in Not zu helfen: Lokal, regional und international. Nebst den bekannten SOS-Kinderdörfern, in welchen weltweit über 81'000 Kinder und Jugendliche aufwachsen, liegt der Fokus des Vereins auf Familienstärkungsprogrammen. Der Ansatz von SOS-Kinderdorf lautet, Familien, welche aufgrund von Armut, Krankheit oder sonstigen Umständen vom Auseinanderbrechen bedroht sind, möglichst frühzeitig zu unterstützen. Damit möchte der Verein einen Ausweg aus der Situation bieten und die Kinder vor langfristigen negativen Folgen schützen.

Als eine Massnahme, um Kinder und deren Familien zu unterstützen, nahm das SOS-Kinderdorf Liechtenstein ein spezifisches Finanzierungsangebot in das eigene Portfolio mit auf. Der Verein unterstützt seit 2020 Mütter dabei, die Zusatzkosten eines Klinikaufenthalts für ihre Kinder zu tragen, wenn diese a) von einer postpartalen psychischen Erkrankung betroffen sind oder b) bereits vor ihrer Mutterschaft an einer affektiven, neurotischen sowie Belastungs- und somatoformen Störung gelitten haben. In den meisten Fällen erscheint eine Trennung des Kindes / der Kinder von der Mutter gar nicht umsetzbar, da der Kindsvater oder andere nahe Bezugspersonen arbeiten müssen oder nicht im Familienleben präsent sind, eine externe Betreuung schwierig zu koordinieren ist oder ein Baby gestillt werden muss.

Die Idee zu diesem Finanzierungsangebot entwickelte sich im Gespräch mit den Verantwortlichen des Clinicum Alpinum (Gaflei, Liechtenstein), welches 2019 neu aufgebaut und eröffnet wurde und den Bedarf für Mutter-Kind-Therapien als «dringlich» erklärte. Gleichzeitig bestand eine Finanzierungslücke der durch das Kind generierten Kosten (z.B. für die Betreuung während die Mutter in Therapiesitzungen ist oder für die Zusatz-Therapien zur Stärkung der Mutter-Kind-Bindung), da diese durch Krankenkassen und Versicherungen nur in den seltensten Fällen getragen werden. In den Folgejahren machte das SOS-Kinderdorf Liechtenstein dieses Finanzierungsangebot auch anderen Kliniken in der Schweiz proaktiv bekannt. Dadurch wurde der Zugang zum Finanzierungsangebot neben dem Clinicum Alpinum auch Frauen aus weiteren Kliniken ermöglicht (Klinik Beverin (Cazis, Graubünden); Psychiatrische Klinik Münsterlingen (Thurgau); Spital Affoltern (Zürich); Ita Wegman Mutter-Kind-Haus (Gempfen, Solothurn)). Das SOS-Kinderdorf Liechtenstein und das Clinicum Alpinum erhielten für ihren Einsatz im November 2020 den Anerkennungspreis für Chancengleichheit von der Liechtensteinischen Regierung verliehen.

Wie aus der nachfolgenden Tabelle 1 ersichtlich wird, fand bereits im zweiten Programmjahr (2022) eine Verdoppelung der Kostenübernahmen und finanzierten Betreuungstage betroffener Mütter statt. Der Therapie-Aufenthalt der finanzierten Mütter dauerte in der Regel etwa 5 Wochen. Die Kinder waren dabei durchschnittlich 31 Tage mit ihren Müttern zusammen in einer spezialisierten Klinik. Mit dem aktuellen Programmjahr (2023) zeichnet sich weiter eine Tendenz zu einer längeren durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Mütter in den Kliniken ab. Zudem zeigt sich, dass besonders viele Mütter einen Finanzierungsantrag während des Klinikaufenthalts - und gemäss Auskunft der Angebotsverantwortlichen häufig nur wenige Tage vor dem Klinikaustritt - beim SOS-Kinderdorf Liechtenstein einreichten.

Tabelle 1*Finanzierungen des SOS-Kinderdorf Liechtenstein nach Programmjahr*

Programmjahr	Anzahl Antragsstellungen nach Zeitpunkt in Bezug auf			Mütter total	Kinder total	mittlere Aufenthaltsdauer in Tagen	Finanzierte Betreuungstage total	Kostenübernahme
	vor	während	danach					
2021	8	6	3	17	24	28	663	CHF 45'300.-
2022	5	14	9	28	42	32	1327	CHF 90'200.-
2023*	9	19	4	32	41	48	1963	CHF 93'900.-

* Werte für 2023: geltend per Mitte November 2023, bei der Kostenübernahme handelt es sich um vorläufig beantragte Kosten, da für einen Teil der Finanzierungen eine definitive Schlussabrechnung noch aussteht

Die Zusatzfinanzierung erfolgte in gewissen Fällen für die gesamten Betreuungskosten, in anderen Fällen erfolgte die Finanzierung eines Teilbetrags. Dieser Umstand war jeweils abhängig von der gesamten finanziellen Situation der Mütter und wurde anhand eines Antragsformulars geprüft (siehe Anhang A). Vereinzelt wurden auch Verlängerungsfinanzierungen gewährt, wenn die Kliniken der Ansicht waren, dass die betroffenen Mütter ihren Therapie-Aufenthalt zur vollständigen Genesung verlängern sollten. In Einzelfällen (2-3 Fälle pro Jahr, ca. 10%) wurden die Finanzierungs-Anträge auch abgelehnt. Gründe dafür waren in der Regel ein zu hohes Einkommen bzw. vorhandenes Vermögen. Zur Gewährung der Finanzierung wurden jedoch auch weitere Aspekte neben dem Finanziellen mitberücksichtigt. Beispielsweise die Stabilität des sozialen Netzwerks (Kindsvater präsent vs. abwesend) oder die Anzahl zu betreuender Kinder. Im Folgenden werden drei ausgewählte Fälle geschildert, die in den Jahren 2021-2022 durch das SOS-Kinderdorf Liechtenstein eine Zusatzfinanzierung für ihr Kind erhielten:

Fall A: Während der Schwangerschaft mit dem zweiten Kind hat der Kindsvater einen Suizidversuch unternommen. Die Mutter kümmerte sich infolgedessen um ihren Mann, das ältere Kind und gebar das zweite Kind. Danach erfolgte der psychische Zusammenbruch. Die Familie fragte um finanzielle Unterstützung an, da hohe Krankenkassenkosten für den Mann entstanden, er lange Zeit kein geregeltes Einkommen hatte und auch Kosten für die externe Kinderbetreuung anfielen. Die Mutter ist mit beiden Kindern in die Klinik eingetreten. Es fielen also für beide Kinder Zusatzkosten an, die die Familie alleine nicht hätte tragen können.

Fall B: Eine Frau mit Baby, die Partnerschaftskonflikte und häusliche Gewalt erlebt hat und sich daher von ihrem Mann trennte. Der Mann hatte bereits Kinder und somit finanzielle Verpflichtungen aus erster Ehe. Die Frau erhielt seitens des Mannes keinerlei finanzielle Unterstützung. Vor der Geburt war sie in einem Niedriglohnbereich tätig, sodass sie keine Ersparnisse vorzuweisen hatte.

Fall C: Eine sehr junge Frau, die mit 18 Jahren Mutter wurde. Das Kind war in der Zwischenzeit 1.5-jährig und die Mutter wurde depressiv. Der vermeintliche Kindsvater hatte die Vaterschaft nicht anerkannt und bezahlte keinen Unterhalt. Die junge Frau wohnte daher bei ihren Eltern (inkl. ihren jüngeren Geschwistern) und erhielt lediglich rund CHF 250.- im Monat vom Sozialamt für ihr Kind, da gemäss Sozialamt die Eltern für die Frau zuständig seien bis sie 25 Jahre alt ist. Die Eltern der Frau hatten jedoch auch keine finanziellen Mittel zur Verfügung.

Von Oktober 2022 bis Dezember 2023 beauftragte das SOS-Kinderdorf Liechtenstein das Marie Meierhofer Institut für das Kind (MMI) mit einer externen Evaluation, um die Umsetzung und Wirkungsorientierung des Angebots zu überprüfen. Das MMI ist ein Kompetenzzentrum für die frühe Kindheit und vereint verschiedene Disziplinen (Psychologie, Erziehungswissenschaft, Soziologie) sowie Forschung und Praxis unter einem Dach. Seit seiner Gründung vor 65 Jahren setzt es nahtlos vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierte Forschung um. Seit 2018 ist das MMI ein assoziiertes Institut der Universität Zürich. Seit ebenso langer Zeit engagiert sich das MMI mittels Evaluationen dafür, die Wirkungsorientierung von Angeboten und Programmen in der Praxis zu stärken.

Als Grundlage für die Evaluation dienten die folgenden Fragen:

- 1) Was ist der aktuelle Wissensstand zu postpartaler Depression und deren Auswirkungen auf die Mutter, das Kind/die Kinder und die Mutter-Kind-Beziehung? Welche Wege gibt es, um diese Auswirkungen zu mindern? Welche Evidenz und Potenzial gibt es zu Finanzierungsangeboten ähnlich dem des SOS-Kinderdorfs?
- 2) Wie wird das Finanzierungsangebot umgesetzt? Was sind besonders förderliche Faktoren und Stärken der Umsetzung und wo besteht Optimierungspotenzial?

Zur Bearbeitung dieser Fragen wurde ein kombiniertes Vorgehen gewählt. Einerseits wurde eine Literaturübersicht zum aktuellen Forschungsstand erarbeitet (Kapitel 2) und eine Umsetzungsevaluation durchgeführt (Kapitel 3). Im Rahmen der Umsetzungsevaluation wurden einerseits nicht-teilnehmende Beobachtungen in Mutter-Kind-Stationen sowie Interviews mit betroffenen Müttern, Angehörigen und Klinik-Angestellten sowie den Angebotsverantwortlichen durchgeführt. Das detaillierte Vorgehen der Umsetzungsevaluation sowie die Auswertung der Daten werden im entsprechenden Abschnitt beschrieben. Zum Schluss werden die Ergebnisse der Umsetzungsevaluation mit dem bisherigen Wissenstand verglichen und Schlussfolgerungen für die weitere Umsetzung des Angebots getroffen.

2 Literaturübersicht

2.1 Vorgehen der Literaturübersicht

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde eine Literaturübersicht durchgeführt. Im Rahmen dieser Literaturübersicht wurde der Wissenstand zu den Auswirkungen von postpartalen Depressionen, deren Behandlung und dem Potenzial von Finanzierungsangeboten zur Unterstützung der Behandlung von Müttern im Beisammensein derer Kinder überprüft. Dabei wurde ein Fokus auf Mütter und Kinder gelegt, die aus prekären sozialen Verhältnissen stammen.

Da sich die vorliegende Literaturübersicht inhaltlich im Themenfeld der Psychologie bewegt, wurde für die Recherche auf Treffer aus der Datenbank PsycInfo zurückgegriffen. Desweiteren wurden die Datenbank des Bundesamts für Statistik und punktuell - im Sinne einer Triangulation - Suchen in Google Scholar und nach dem Schneeball-Verfahren (Konsultation von früheren Publikationen, auf die die gefundenen Ergebnisse verweisen) hinzugezogen. Dabei wurden vorwiegend Artikel und Fachbücher gesucht, die in den letzten 20 Jahren publiziert wurden. Die Suche ergab im Endeffekt 55 Treffer. Die Suchergebnisse wurden nach theoretischen,

methodischen sowie formalen Gesichtspunkten überprüft, was schlussendlich zur Hinzunahme von drei aktuellen und umfassenden Übersichtsarbeiten führte.

2.2 Definition, Entstehung und Verlauf der postpartalen Depression

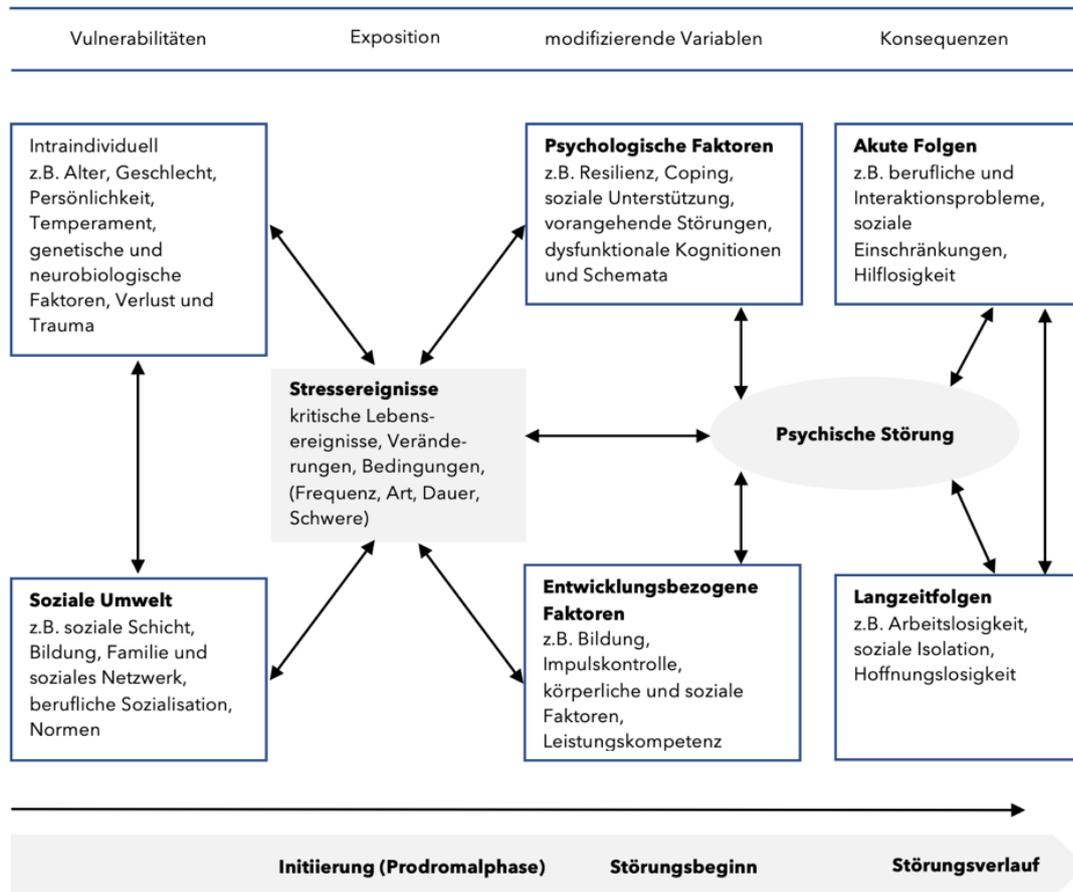
Als postpartale bzw. postnatale Depression werden alle behandlungsbedürftigen depressiven Erkrankungen bezeichnet, die im ersten Jahr nach der Entbindung auftreten oder bestehen (Riecher-Rössler, 2016). Von postpartalen Depressionen abzugrenzen ist die postpartale Dysphorie, die besser unter postpartaler Blues bekannt ist, bei dem es sich um eine leichtere Verstimmung in den ersten Tagen nach der Entbindung handelt. Diese Verstimmung klingt in der ersten Woche wieder ab, ohne dass eine Behandlung nötig wäre.

Grundsätzlich unterscheiden sich die Symptome postpartaler Depressionen nicht von Depressionen, die durch andere Ereignisse verursacht wurden (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006). Die Symptome reichen von Antriebsmangel, Freudlosigkeit, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Ängsten und Sorgen, Zwangsgedanken, bis zu Schuldgefühlen und Suizidgedanken (Nonnenmacher et al., 2018). Auffällig bei der postpartalen Depression ist hingegen, dass sich die Inhalte des depressiven Grübelns und der Zwangsgedanken *häufig um das Neugeborene und das Thema Mutterschaft drehen* (Wimmer-Puchinger & Riecher-Rössler, 2006). Viele Mütter berichten, dass sie ihrem Kind gegenüber nichts fühlen, was zu Schuld- und Schamgefühlen führt, die wiederum verhindern können, dass sich die betroffenen Frauen in Behandlung begeben. Ausserdem können betroffene Frauen unter zwanghaften Gedanken leiden, welche die Schädigung des eigenen Kindes beinhalten (Nonnenmacher et al., 2018). Aus der Forschung ist desweiteren bekannt, dass die Symptome postpartaler Depressionen nicht immer als solche wahrgenommen, sondern oftmals den Belastungen der frühen Mutterschaft zugeschrieben werden (Riecher-Rössler, 2016).

Die Entstehung einer postpartalen Depression ist häufig auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Nach der Entbindung sind Frauen mit vielen Veränderungen und Herausforderungen konfrontiert. Umstellungen von Lebensgewohnheiten, Beziehungen, Rollen aber auch Veränderungen auf körperlicher und hormoneller Ebene führen dazu, dass die Anfälligkeit für psychische Erkrankungen erhöht ist. Weitere Risikofaktoren können auch weniger stark in Verbindung mit der Geburt stehen. Zum Beispiel frühere depressive Episoden in der persönlichen Vorgeschichte, traumatische Erlebnisse und Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, sozio-ökonomische Faktoren sowie unzureichende soziale Unterstützung und geringe Zufriedenheit mit partnerschaftlichen Beziehungen (Reck et al., 2004). Mikoteit und Riecher-Rössler (2013) gehen zusammenfassend von einem Vulnerabilitäts-Stress-Modell – welches in Abbildung 1 grafisch dargestellt wird – aus: Die Geburt eines Kindes und die damit einhergehenden biologischen, psychischen und sozialen Herausforderungen können mit weiteren psychosozialen Stressoren bzw. einer Kumulation von adversen Bedingungen und einer individuellen Prädisposition zu einer postpartalen Depression führen.

Abbildung 1

Entstehung und Verlauf psychischer Störungen (Abbildung nach Wittchen und Hoyer [2011])



Unbehandelt kann eine postpartale Depression meist mehrere Monate oder sogar länger als ein Jahr andauern (Riecher-Rössler, 2016).

2.3 Gesellschaftliche Relevanz des Themas

International liegt die mittlere Prävalenzrate für postpartale Depressionen bei 10-15% (Riecher-Rössler, 2016; Weidner et al., 2021), was annähernd der Prävalenzrate in der Schweiz und im Liechtenstein entspricht (Postpartale Depression Schweiz, 2023). Bei bestimmten Bevölkerungsgruppen – etwa bei Migrantinnen (Collins et al., 2011) oder bei Müttern von Mehrlingen (Wenze & Battle, 2018) – ist aufgrund diverser Belastungsfaktoren mit zusätzlich erhöhten Prävalenzraten zu rechnen. In der Schweiz bewegten sich die Geburtenzahlen von 2019 bis 2021 zwischen 86'172 und 89'644 Geburten pro Jahr (Bundesamt für Statistik [BFS], 2023). Wird von einer Prävalenzrate von 15% ausgegangen, heisst das, dass in der Schweiz pro Jahr über 13'500 Frauen an einer postpartalen Depression erkrankten. Desweiteren führen psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten zu einer durchschnittlichen Erhöhung der jährlichen Gesundheitskosten von 1'214 Schweizer Franken pro Geburt (Berger et al., 2017). Wird dies anhand der geschätzten 13'500 Frauen, die jährlich an einer postpartalen Depression erkranken, als gesamtwirtschaftliche Kostenfolge hochgerechnet, müsste man von knapp 16.4 Millionen Schweizer Franken ausgehen. Dabei ist

zu bedenken, dass eine Erkrankung nicht nur für die betroffenen Frauen Leiden verursacht, sondern sich auch auf deren Umfeld und die Kleinkinder auswirkt und damit zu *transgenerationalen Kosten* führt.

2.4 Bedürfnisse des Säuglings

Für den Säugling ist es zentral, von Bezugspersonen Nähe und Sicherheit zu erfahren (Bell & Richard, 2000). Nach der Bindungstheorie von John Bowlby ist der Mensch mit angeborenen Verhaltenssystemen ausgestattet, die dazu beitragen, Nähe, Zuwendung und Schutz einer vertrauten Person zu suchen (Brisch, 2009). Unmittelbar nach der Geburt beginnt der Säugling damit, Bindungsverhaltensweisen zu zeigen (Lohaus & Vierhaus, 2019). Die sich entwickelnde Beziehung zwischen Säugling und Bezugsperson wird sowohl vom Bindungsverhalten des Säuglings beeinflusst als auch vom Fürsorgeverhalten der Bezugsperson. Der Säugling setzt Verhaltensweisen wie Weinen oder Lächeln ein, um Nähe zur Bezugsperson und emotionale Sicherheit zu erreichen. Dabei ist der Säugling darauf angewiesen, dass die Bezugsperson sein Bedürfnis nach Nähe und Sicherheit durch Fürsorgeverhaltensweisen wie Blickkontakt, Streicheln, Wiegen, Anlächeln, auf den Arm nehmen, Singen usw. befriedigt. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Bezugsperson dem Säugling bei der Emotionsregulation hilft und ihm Lernerfahrungen ermöglicht.

Eine wesentliche Grundlage für die Qualität der Bindung spielt das Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit, das von Mary Ainsworth entwickelt wurde (Grossmann et al., 2015). Dieses Konzept wurde für die vorliegende Literaturübersicht auf *elterliche* Feinfühligkeit ausgeweitet und so auch auf allfällige andere Hauptbezugspersonen übertragen. Feinfühliges Verhalten besteht darin, dass die Bezugsperson das Kind passend «liest», auf seine Signale reagiert und seine Bedürfnisse angemessen und rasch befriedigt (von Suchodoletz, 2007). Neben der Feinfühligkeit sind die Fürsorge der Bezugsperson und ihre emotionale Verfügbarkeit Indikatoren für die Bindungsqualität. Werden die Bedürfnisse des Säuglings missachtet oder nur ungenügend oder unzuverlässig befriedigt, kann sich eine unsichere bzw. beeinträchtigte Bindung entwickeln (Brisch, 2009).

2.5 Auswirkungen der postpartalen Depression auf das Kind

Wie oben ausgeführt wurde, kann eine postpartale Depression die Mutter-Kind-Bindung einschränken. Die Prävalenzrate bei depressiven Müttern ist diesbezüglich deutlich höher als bei psychisch gesunden Müttern: In einer Studie berichten ca. 6% der gesunden Mütter von Schwierigkeiten, eine emotionale Bindung zu ihrem Kind herzustellen, während bei depressiven Müttern 17-29% diese Angabe machen (Brockington et al., 2001; Nonnenmacher et al., 2018). Der depressive Rückzug der Mütter ist begleitet von Aspekten wie mangelnder Feinfühligkeit (im Sinne von Ainsworth; siehe Abschnitt oberhalb), wodurch eine Beeinträchtigung der Mutter-Kind-Beziehung zustande kommt (Nonnenmacher et al., 2018). Dies wiederum zieht schwerwiegende Folgen nach sich, da die Mutter-Kind-Beziehung entscheidend für die Entwicklung des Kindes ist. Depressionen im Postpartalzeitraum können erhebliche negative Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung, die Bindungssicherheit des Säuglings und verschiedene Entwicklungsbereiche der Kleinkinder, wie bspw. die soziale, motorische, kognitive sowie sprachliche Entwicklung, mit sich bringen (Letourneau et al., 2017). Ausserdem können sie mit höheren Risiken für Verhaltensauffälligkeiten beim Neugeborenen sowie Veränderungen der Immunabwehr und langfristig sogar mit negativen Folgen für die schulischen Leistungen des Kindes einhergehen (Letourneau et al., 2017; Weidner et al., 2021).

Darüber hinaus führt eine postpartale Depression der Mutter zu einem mehrfach erhöhten Risiko für das Kind, später selbst an einer Depression zu erkranken (Nonnenmacher et al., 2018).

Wichtig hierbei anzumerken ist, dass je nach Ausprägung der mütterlichen Depression – welche beeinflusst wird durch den Zeitpunkt des Auftretens, die Dauer und den Schweregrad der Störung – ein unterschiedlicher Einfluss auf die kindliche Entwicklung festgestellt wird, wobei nicht alle depressiven Mütter ein beeinträchtigtes Beziehungsverhalten aufweisen (Nonnenmacher et al., 2018). Dann können auch keine Defizite in der kognitiven und emotionalen Entwicklung des Kindes nachgewiesen werden (Reck et al., 2016). In der Regel drückt sich eine postpartale Depression allerdings in der Mimik, der Sprache und der emotionalen Reaktionsfähigkeit der Mutter aus. Das Kind beginnt dann, sich anders zu verhalten, indem es den Blickkontakt zur Mutter vermeidet oder sich körperlich abwendet, um sich auf diese Weise vor der emotional abwesenden Mutter zu schützen (Schwarz-Gerö, 2006).

Über die erwähnten Entwicklungsrisiken hinaus können weitere Stressoren bzw. nachteilige Lebensumstände dazukommen, die das Risiko dafür vergrößern, dass Kinder von Beeinträchtigungen – ausgelöst durch die postpartale Depression der Mutter – betroffen sind. Rayce et al. (2020) haben in ihrer Übersichtsarbeit festgestellt, dass diejenigen Kinder die grössten Entwicklungsrisiken zeigen, die unter kumulativen adversen Lebensumständen aufwachsen. Dies bedeutet, bei denen die Mütter depressiv waren und gleichzeitig von Armut oder zusätzlichen psychischen Erkrankungen betroffen waren. Familien mit einem höheren sozio-ökonomischen Status scheinen demnach von den Auswirkungen einer postpartalen Depression weniger stark betroffen zu sein. Dabei wird auf die Komplexität der Beziehung zwischen elterlicher Depression einerseits und Faktoren wie Eltern-Kind-Interaktion, elterlicher Feinfühligkeit und kindlicher Entwicklung andererseits verwiesen. In welcher Wechselwirkung diese Faktoren genau stehen, ist noch nicht vollständig geklärt.

2.6 Definition und Eingrenzung von stationären Mutter-Kind-Angeboten

Ab den 1950er-Jahren deuteten erste Forschungsergebnisse darauf hin, dass es für eine stabile Mutter-Kind-Beziehung besser ist, von psychischen Störungen betroffene Mütter und ihre Babys nicht voneinander zu trennen (Friedman, 2010). Dies führte in den späten 1950er-Jahren zur konzeptionellen Entwicklung und Etablierung erster Mutter-Kind-Stationen in England und in den späten 1970er-Jahren zu entsprechenden Angeboten in Frankreich, gefolgt von Australien und Belgien (Connellan et al., 2017). Die Entwicklung von Mutter-Kind-Angeboten beruht auf den oben vorgestellten Erkenntnissen von John Bowlby und Mary Ainsworth über die Bedeutung der kindlichen Bindungsentwicklung, aber auch auf allgemeinen Entwicklungen und Verbesserungen im Bereich der Psychiatrie. Obwohl mittlerweile viele Länder Mutter-Kind-Angebote etabliert haben – allen voran Grossbritannien, Australien und Frankreich, darüber hinaus aber auch weitere Länder innerhalb und ausserhalb Europas –, gibt es bislang (auch in der Schweiz und im Liechtenstein) keine flächendeckend verbindlichen Vorgaben dazu, was ein Mutter-Kind-Angebot umfassen soll und wie es abzulaufen hat (Amiel Castro et al., 2014). Generell herrscht die Meinung, dass Mutter-Kind-Angebote über reine Rooming-in-Angebote – also die gemeinsame Unterbringung der Mütter und ihrer Kinder im selben Zimmer – hinausgehen sollen (Turmes & Hornstein, 2007). Viel eher sollen mit den unterschiedlichen Massnahmen – neben der Sicherstellung des Wohlergehens und der medizinischen Gesundheit – auch positive Interaktionen zwischen den Müttern und Kindern gezielt gefördert und damit potenzielle Interaktionsstörungen behandelt werden (Glangeaud-Freudenthal et al., 2014;

Turmes & Hornstein, 2007). Ziel ist die Prävention und Behandlung von Bindungsstörungen, die sich kurz- sowie langfristig nachteilig auf die Entwicklung des Kindes auswirken können (Tschauner & Becker, 2018). In Mutter-Kind-Angeboten sind Fachleute aus verschiedenen Disziplinen involviert. Gegenwärtig sind Mutter-Kind-Angebote in Grossbritannien, Australien und Frankreich am besten etabliert. Im Jahr 2007 boten in der Schweiz 24 der 26 Kantone (92%) eine gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind in allgemeinen psychiatrischen Abteilungen an (Amiel Castro et al., 2014).

Aktuell werden in den verschiedenen Einrichtungen, die in der Schweiz und Liechtenstein Mutter-Kind-Stationen führen, eine Bandbreite an unterschiedlichen therapeutischen Massnahmen angeboten. Zu den am häufigsten vertretenen Behandlungsmöglichkeiten gehören dabei die Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting, (videogestützte) Förderung einer gesunden Mutter-Kind-Interaktion sowie kreativtherapeutische Angebote. Das soziale Umfeld (z.B. der Lebenspartner) wird dabei sofern möglich immer miteinbezogen und die Säuglinge während den Therapiezeiten durch Pflegefachkräfte betreut. Dies lässt sich aus einer Analyse der gegenwärtig in der Schweiz betriebenen Mutter-Kind-Angebote herleiten (Postpartale Depression Schweiz, 2023).

Dass solche Angebote bestehen, heisst jedoch nicht automatisch, dass betroffene Frauen und ihre Kinder in jedem Fall schnell und unkompliziert eine Behandlung in einer Mutter-Kind-Station erhalten. Insbesondere bei Frauen, die aufgrund eines Niedrigeinkommens mit sozio-ökonomischen Herausforderungen konfrontiert sind, zeigen sich diverse Barrieren (Hansotte et al., 2017). Dazu gehören u.a. finanzielle Hürden, die sowohl die Bezahlung der Behandlung selbst als auch die Betreuung von Kindern während der Behandlungszeit sowie die Transportkosten zum Behandlungsort betreffen.

2.7 Wirkung von stationären Mutter-Kind-Angeboten und von finanziellen Unterstützungsangeboten

Als allererstes stellt sich die Frage, welche Elemente solche Mutter-Kind-Stationen idealerweise beinhalten sollten, um die Bedürfnisse der Mütter und Kinder zu berücksichtigen und negative Folgen für die Kinder zu reduzieren.

Aus der Forschung zeigt sich, dass die Behandlung depressiver Erkrankungen im Postpartum grundsätzlich derjenigen depressiver Erkrankungen in anderen Lebensabschnitten entspricht, wobei den Besonderheiten der Postpartalzeit und der Gesundheit des Kleinkindes jedoch zusätzlich Rechnung zu tragen sind. Dazu gehört eine Aufklärung der Mütter über ihre Erkrankung, um einer Reduktion allfälliger Scham- und Schuldgefühle beizutragen. Ebenfalls bedeutsam sind Unterstützungsmassnahmen der Frauen in ihrem neuen Alltag mit dem Kind sowie Massnahmen, die auf eine Gewährleistung des nächtlichen Schlafs der Mütter abzielen. Übereinstimmend wird in der Literatur eine Psychotherapie empfohlen. Bei schweren Depressionen bzw. wenn die Psychotherapie nicht ausreichend wirksam ist, wird auf den zusätzlichen Einsatz von Antidepressiva verwiesen (Mikoteit & Riecher-Rössler, 2013). Jedoch gibt es auch Befunde, die darauf schliessen lassen, dass mit der Besserung der mütterlichen Depression nicht zwangsläufig eine positive Entwicklung der interaktionellen Verhaltensmuster einhergeht, sondern bei gewissen Mutter-Kind-Paaren die ungünstigen Muster fort dauern können (Reck et al., 2004; Stephenson et al., 2018).

Die negativen Auswirkungen der mütterlichen Depression, Passivität und Nicht-Responsivität auf das Kind, auf die Mutter-Kind-Interaktion sowie auf die Bindungssicherheit des Kindes

veranschaulichen die Notwendigkeit der Schaffung geeigneter Bedingungen für den Mutter-Kind-Kontakt im Postpartum, welche zur (Bindungs-)Sicherheit und zum Wohlergehen des Kindes beitragen. Klinische Studien verdeutlichen hier die Dringlichkeit von umfassenden Behandlungsprogrammen, welche mütterliche, kindliche und interaktionelle Faktoren miteinbeziehen (Reck et al., 2016; Stephenson et al., 2018).

Die meisten Mütter äussern eine deutliche Präferenz dafür, zusammen mit ihrem Kind in einer Klinik aufgenommen zu werden (Griffiths et al., 2019). Sie erachten den kontinuierlichen Kontakt zum Kind als Wegbereiter für ihre Genesung. Mütter, die in eine allgemeine psychiatrische Einrichtung aufgenommen und damit von ihren Kindern getrennt werden, empfinden dies mehrheitlich als belastend und als schädlich für die Mutter-Kind-Beziehung, weil sie durch die Trennung nicht die Möglichkeit haben, die Bindung zu ihrem Kind und ihre eigenen Erziehungs- und Interaktionsfähigkeiten zu entwickeln. Diese Sichtweise der Frauen wird vom medizinischen Fachpersonal geteilt. Verbesserungsmöglichkeiten bei den Mutter-Kind-Angeboten sehen sowohl Mütter als auch medizinische Fachkräfte im Hinblick auf einen vereinfachten Zugang (mehr Behandlungsplätze und kürzere Distanz zwischen Familienwohntort und Mutter-Kind-Station) sowie in Bezug auf eine kontinuierlichere und zuverlässigere Versorgung nach der Entlassung.

In der Forschungsliteratur werden aber auch Risiken diskutiert, welche für Kinder bestehen können, wenn sie mit ihren Müttern Teil eines stationären Mutter-Kind-Angebotes sind. Die erwähnten Risiken betreffen in erster Linie die Sicherheit der Kinder, da postpartale Bindungsstörungen von Ablehnung, Vernachlässigung, Feindseligkeit sowie aggressiven Impulsen der Mütter gegenüber ihren Kindern begleitet sein können (Nonnenmacher et al., 2018). Das Ziel von stationären Mutter-Kind-Angeboten bestehe demzufolge nicht immer darin, Mutter und Kind ungeachtet der Risiken zu jedem Zeitpunkt zusammenzuhalten (Glangeaud-Freudenthal et al., 2014). Vielmehr sei es wichtig, vor der Aufnahme von Mutter und Kind sorgfältige Abklärungen vorzunehmen. Dazu gehöre, das spezifische Erkrankungsbild der Mutter genau zu untersuchen, Hintergründe und Kontext zu analysieren, den Entwicklungsstand und die Bedürfnisse des Kindes zu erheben sowie das Risiko einer Schädigung des Kindes abzuschätzen. Die Risiken für Selbstverletzung bei den Müttern und für eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Säuglings sind auch während stationären Mutter-Kind-Aufenthalten gegeben und sollten deshalb stetig kontrolliert werden (Saraf et al., 2017).

Desweiteren stellt sich die Frage, was bislang zu den Wirkungen solcher Mutter-Kind-Angebote für das Kind und die Mutter bekannt ist.

In mehreren grossangelegten Studien konnte in Mutter-Kind-Stationen in Frankreich und Grossbritannien nachgewiesen werden, dass mehr als zwei Drittel aller befragten Frauen nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt symptomfrei waren oder deutliche Symptomverbesserungen aufwiesen (Glangeaud-Freudenthal et al., 2011; Salmon et al., 2003). Untersuchungen belegen darüber hinaus die starken statistischen Effekte der bindungsfokussierten und der interaktionszentrierten Behandlungsmethoden in Mutter-Kind-Stationen für die Entwicklung der Gesundheit und Bindung zwischen den Müttern und ihren Kindern (Weidner et al., 2021). Fast alle Frauen (87%), die bei Behandlungsbeginn von Beeinträchtigungen der Mutter-Kind-Bindung berichteten, wiesen zum Zeitpunkt der Entlassung keine Mutter-Kind-Bindungsstörung mehr auf. Ausserdem liessen sich zwischen Aufnahme und Entlassung erhebliche Verbesserungen der depressiven Symptomatik der Frauen feststellen. Ebenso zeigten sich bei den Mutter-Kind-Paaren deutliche Verbesserungen in ihrer Interaktion (Kenny et al., 2013). Zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung sind sie nicht nur bedeutend einfühlsamer, kooperativer und reaktionsfähiger

miteinander als Kontrollgruppen mit psychisch erkrankten Müttern, die zu Hause untergebracht waren, sondern darüber hinaus genauso eingespielt wie Mutter-Kind-Paare, die von Beginn an als gesund eingestuft wurden. Für die Behandlung postpartaler Depressionen mithilfe der Mutter-Kind-Interaktionsberatung und psychotherapeutischer Gruppenangebote konnten u.a. bedeutsame positive Effekte auf das elterliche Kompetenzgefühl und die kindliche Gesundheit (z.B. anhand des Cortisol-Spiegels) nachgewiesen werden (Letourneau et al., 2017). Auffällig bei den wissenschaftlichen Befunden ist, dass in der früheren Forschung vorwiegend die therapeutischen Effekte auf die Mütter beleuchtet wurden. Mit dem zunehmenden Einbezug der Mutter-Kind-Interaktion und der Bindungsqualität ist in den vergangenen Jahren – wie anhand der obigen Beispielen ersichtlich – auch die Frage nach den Vorteilen und Risiken eines Aufenthalts in einer Mutter-Kind-Station für die Säuglinge stärker in den Fokus gerückt.

Zur Frage, wie sich finanzielle Unterstützungsangebote auf postpartal-depressive Mütter und deren Kinder auswirken können, lassen sich momentan noch keine Aussagen machen. Es wurden weder international noch national Studien gefunden, die ähnliche Finanzierungsangebote wie die des SOS-Kinderdorf Liechtenstein untersucht hätten und es wäre fraglich, inwiefern Studienergebnisse aus anderen Ländern auf den Schweizer Kontext – in dem die Personen mehrheitlich selbst in der Pflicht stehen, für die Aufenthaltskosten, auch mit Hilfe der Krankenkasse oder Zusatzversicherungen, aufzukommen – zu übertragen wären.

An diesem Punkt setzt die vorliegende Umsetzungsevaluation nun an, deren Ergebnisse im folgenden Kapitel dargestellt werden.

3 Umsetzungsevaluation

3.1 Vorgehen der Umsetzungsevaluation

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage wurde eine Umsetzungsevaluation durchgeführt. Im Rahmen dieser Umsetzungsevaluation des Angebotes von SOS-Kinderdorf Liechtenstein wurden zwei Datenerhebungsmethoden angewandt, die im Folgenden näher beschrieben werden.

3.1.1 Nicht-teilnehmende Beobachtung

Die nicht-teilnehmende Beobachtung ist eine empirische Forschungsmethodik, bei der Menschen, Ereignisse oder Gegebenheiten durch die Forschenden mit gewisser Distanz und von aussen in ihrer natürlichen Umgebung analysiert werden (Grüner, 1974). Ziel der Beobachtungen in dieser Evaluation war nicht eine systematische Datenerhebung, sondern das Kennenlernen des Angebots vor Ort sowie die Bildung eines ersten Eindrucks und einer Vorstellung seitens des Evaluationsteams über das Geschehen vor Ort. Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Einrichtung und Organisation der Wohn-, Besprechungs-, Therapie- und Kinderbetreuungsräumlichkeiten auf den Mutter-Kind-Stationen gelegt. Alle anwesenden Familien und Fachpersonen wurden über den Zweck der Beobachtung informiert.

3.1.2 Interviews

Im Rahmen halbstrukturierter Interviews (Renner & Jacob, 2020) wurden Gespräche mit betroffenen Müttern und Angehörigen sowie verschiedenen Personengruppen geführt, die ebenfalls in den Finanzierungsprozess des SOS-Kinderdorf Liechtenstein involviert sind. Die dafür genutzten Interviewleitfäden wurden speziell für diese Evaluation entwickelt. Es wurden zwei leicht unterschiedliche Leitfäden erstellt (siehe Anhang B). Einer davon richtete sich an Fachpersonen der Kliniken und Spitäler, die sich in ihrer täglichen Arbeit mit der Thematik der Finanzierung der Mutter-Kind-Therapieplätze auseinandersetzen. Der andere Leitfaden wurde auf betroffene Mütter bzw. Eltern ausgelegt, die sich aufgrund einer postpartalen depressiven Erkrankung in einer der obengenannten Kliniken und Spitäler in Behandlung begeben hatten und durch ihre schwierige finanzielle Lage auf die Unterstützung des SOS-Kinderdorf Liechtenstein angewiesen waren. Dabei wurden von Beginn an lediglich Mütter bzw. Familien für die Interviews ausgewählt, bei denen der Finanzierungsantrag angenommen und den Betroffenen der Entscheid über die Finanzierung bereits mitgeteilt worden war. Hiermit sollte sichergestellt werden, dass die potenziell zusätzliche psychische Belastung aufgrund des Interviews möglichst gering gehalten wird. In Anlehnung an die oben aufgeführten Fragestellungen beinhalteten die Interviews unter anderem Fragen zu den Abläufen bei der Einweisung in eine Klinik, der Therapie vor Ort, der Tragweite der Finanzierungsthematik für die betroffenen Familien, der Umsetzung des Angebots in der Zusammenarbeit zwischen den Kliniken bzw. Spitälern und dem SOS-Kinderdorf Liechtenstein sowie zu den Stärken und Verbesserungspotenzialen dieses Angebots.

Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und schriftlich protokolliert. Vor den Interviews wurde von allen befragten Personen ein schriftliches informiertes Einverständnis durch die wissenschaftlichen Mitarbeitenden des Marie Meierhofer Instituts (MMI) eingeholt. Somit wurde sichergestellt, dass den Teilnehmenden bewusst war, in welchem Rahmen und zu welchem Zweck sie Auskunft erteilten, dass alle Informationen in anonymisierter Form verarbeitet wurden und ein Rückzug aus der Evaluation jederzeit möglich gewesen wäre.

3.1.3 Auswertung

Die Interviews wurden nachfolgend transkribiert, anonymisiert, inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2000) und systematisch strukturiert. Die Strukturierung erfolgte entlang der Leitfragen und Checkpunkte aus dem halbstrukturierten Interviewleitfaden. Für jedes Thema und Unterthema wurden die Aussagen aller interviewten Mütter und Fachpersonen einander gegenübergestellt und zu einem grundsätzlichen Fazit verdichtet, welches im nachfolgenden Ergebnisteil Eingang findet.

Die aus den teilnehmenden Beobachtungen erstellten Feldnotizen wurden ebenfalls digitalisiert, in anonymisierter Form verschriftlicht und entsprechend für die Kontextualisierung der gewonnenen Interviewdaten herangezogen.

3.2 Ergebnisse

Insgesamt wurden dem Evaluationsteam des MMI im Juli 2023 in Begleitung von Fachpersonen nicht-teilnehmende Beobachtungen vor Ort im Spital Affoltern, der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen und dem Clinicum Alpinum in Gaflei (LI) ermöglicht (Total 3 Beobachtungen vor Ort). Zudem konnten im Rahmen der vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation 18 Interviews,

davon 11 mit betroffenen Müttern und Angehörigen sowie 7 mit Fachpersonen aus den mit SOS-Kinderdorf Liechtenstein kooperierenden Institutionen (dazu gehören: Sozialarbeiter:innen, Fachärzt:innen für Psychiatrie, Klinikleitungsmitglieder und diplomierte Hebammen) durchgeführt werden. Zusätzlich konnten 2 Interviews mit den Angebotsverantwortlichen durchgeführt werden.

Im folgenden Kapitel wird zuerst der Kontext des Eintritts und des Aufenthalts in Mutter-Kind-Stationen dargestellt, bevor in einem zweiten Schritt die Frage beantwortet wird, wie das Finanzierungsangebot von SOS-Kinderdorf Liechtenstein umgesetzt wird, wo die Stärken und Optimierungsmöglichkeiten des Angebots liegen und welche Wirkung das Angebot aus Sicht der Befragten entfaltet.

3.2.1 Eintritt, Aufenthalt sowie Aufenthaltskosten in Mutter-Kind-Stationen

Der Eintritt in eine Mutter-Kind-Station, welche in einer psychiatrischen Klinik oder einem Spital integriert ist, erfolgt für gewöhnlich über die Zuweisung durch eine Fachperson (bspw. ambulante Psycholog:in, Psychiater:in, Hausärzt:in, Gynäkolog:in). Die Wahl der Klinik wird den betroffenen Müttern dabei in der Regel selbst überlassen. Mütter, die eine Mutter-Kind-Station in einer gemeinnützigen Institution (Stiftung) aufsuchen, organisieren ihren Therapieplatz hingegen komplett durch Eigenleistung und somit erfolgt eine Selbsteinweisung.

Unabhängig von der Einweisungsart sind viele Mütter im Vorfeld angehalten, eine aufwändige Recherche zu betreiben, um eine passende Klinik sowie einen Therapieplatz für sich und ihr Kind zu finden. Das Internet wird dabei als wichtiges Informations- und Unterstützungswerkzeug genannt, da die in dieser Evaluation untersuchten Kliniken und Spitäler in der Regel über einen aufschlussreichen Internetauftritt hinsichtlich ihren Mutter-Kind-Stationen verfügen.

«Ich bin zur Psychiaterin gegangen, da es mir nach der Geburt meiner Tochter nicht so gut ergangen ist. Sie hat rasch festgestellt, dass es sich um eine postpartale Depression handelte. Sie wollte mich eigentlich in einer Klinik anmelden. Ich habe jedoch zwei Kinder. Aufgrund dessen habe ich mich ein wenig umgeschaut und bin schliesslich auf die [Info einer] Mutter-Kind-Station gestossen. Ich habe mich dort angemeldet und nach einer gewissen Wartezeit auch einen Platz bekommen.»

(Mutter, Frau H.)

Der erste Kontakt mit der ausgewählten Institution erfolgt anschliessend häufig telefonisch, wobei erste Fragen geklärt und ein Termin für ein Vorgespräch vereinbart werden. Das Vorgespräch wird daraufhin bevorzugt in der Mutter-Kind-Station durchgeführt, sodass sich die Mütter ein Bild vom künftigen Aufenthaltsort machen können. Im Vorgespräch selbst werden unter anderem die Bedürfnisse der Mutter sowie ihre Therapieziele erörtert.

Überdies erfolgt oft bereits zu diesem Zeitpunkt ein Austausch *über die Aufenthaltskosten*. Wie sich zeigt, ist in den meisten Fällen den Müttern nicht bewusst, dass sie bzw. die Familie für die Aufenthaltskosten des Kindes aufkommen müssen. Wenige haben eine solche Information auf der Klinik-Website entdeckt, können diese jedoch nicht einordnen. In einigen Fällen werden die Mütter bereits von ihrem ambulanten Betreuungssystem vorinformiert. Laut den interviewten

Fachpersonen müssen die Zuweisenden jedoch zuerst selbst Kenntnis über die ungedeckten Kosten haben, um die Mütter entsprechend auf das Thema vorbereiten zu können, was nicht immer der Fall ist.

«Ich wusste nicht, wie das läuft, weil auf der Webseite vom Spital steht, dass man 50 Franken für das Kind pro Tag bezahlen muss. Und dass man in der Lage sein sollte, dies zu bezahlen. Aufgrund dessen haben wir angerufen und sie haben uns gesagt, wir sollen zuerst mit der Krankenkasse schauen. Es gäbe Krankenkassen, welche die Kosten übernehmen. Und dann haben wir es so gemacht. Wir wussten nicht, wie wir die Kosten bezahlen sollen, falls ich länger als zwei Monate hierbleiben müsste.»

(Mutter, Frau G.)

«Ich hatte keine Ahnung, dass ich einen Selbstbehalt habe. Also der Selbstbehalt bei der Krankenkasse war klar, aber die Erwartung war, dass es eine Mutter-Kind-Station ist und es deshalb klar ist, dass das Kind dabei ist.»

(Mutter, Frau S.)

Eine Mutter, welche sich für einen Therapieplatz in einer psychiatrischen Klinik oder in einem Spital entscheidet, darf *in der Regel* auf die Unterstützung ihrer Krankenkasse zählen. Hierbei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass Familien, welche finanziell bescheiden leben, oft über den höchsten Selbstbehalt der Franchise verfügen. Ein Klinikaufenthalt bedeutet daher Kosten in Form der Franchise sowie des Selbstbehalts. Ebenfalls muss je nach Institution ein Aufpreis für ein Einzelzimmer berücksichtigt werden, was in der Folge zu ungedeckten Kosten im Umfang von CHF 5'000.- bis CHF 7'000.- führen kann. Entscheidet sich eine Mutter für einen Aufenthalt in einer gemeinnützigen Institution, muss sie oftmals den kompletten Aufenthalt durch Eigenleistung zahlen, da auch die Zusatzversicherungen der Krankenkassen im Regelfall keinen Beitrag an einen solchen Aufenthalt entrichten. Die Kosten für den alleinigen Aufenthalt der Mutter belaufen sich bei einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von drei bis vier Wochen in einer solchen Mutter-Kind-Station auf ca. CHF 11'000.-.

Wie aus der Untersuchung hervorgeht, variieren die Kosten für den Aufenthalt des Kindes je nach Mutter-Kind-Station. Diese können sich auf CHF 50.- bis CHF 120.- pro Tag für ein zu betreuendes Kind belaufen. Überdies ist ein Aufenthalt im Wohnkanton mit weniger Kosten verbunden. Wie sich in unserer Untersuchung weiter deutlich gezeigt hat, besteht in der Schweiz nach wie vor der Missstand, dass nur *in wenigen Fällen eine Zusatzversicherung* für die Aufenthaltskosten eines Kindes auf einer Mutter-Kind-Station aufkommt.

Gewisse Institutionen lassen eine Mutter erst dann eintreten, wenn sie belegen kann, dass die Finanzierung des Therapieplatzes sichergestellt ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass vermieden werden soll, dass eine Mutter den Aufenthalt abbrechen muss, weil sie die Finanzierung nicht regeln konnte. Solche Mütter müssen dann in ihrem bereits stark belasteten psychischen Zustand den kompletten Prozess der Finanzierung selber regeln.

In anderen Organisationen wird die Finanzierung hingegen erst nach dem Eintritt gemeinsam mit Fachpersonen genauer beleuchtet. Es handelt sich dabei um Case Manager:innen, Sozialarbeiter:innen oder Bezugspfleger:innen. Diese Fachpersonen stehen den Müttern während des Aufenthalts zur Seite und begleiten sie im kompletten Finanzierungsprozess.

Dabei werden je nach Bedarf mehrere Sitzungen aufgewendet und die Mütter werden auch über den Finanzierungprozess (für den Aufenthalt in der Station) hinaus bezüglich ihrer zukünftigen finanziellen Situation beraten. Eine Fachperson berichtet beispielsweise von Müttern, die die Aufenthaltskosten in einem ersten Schritt vom Sozialdienst des Kantons erhalten, diese dann aber zurückerstatten müssen und sich somit verschulden.

Der Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Station wird durch die betroffenen Mütter sehr unterschiedlich erlebt, denn die Stationen sind je nach Institution ganz anders aufgebaut. Bereits der Standort der verschiedenen Mutter-Kind-Stationen variiert stark. Dieser liegt beispielsweise inmitten der Natur abseits einer Ortschaft oder aber in einer urbanen Landschaft. Eine der besuchten Mutter-Kind-Stationen erinnert dabei an ein gehobenes Hotel mit Wellnessbereich. In den anderen Fällen wirken die Stationen wie ein Spitaltrakt, da sie in eine psychiatrische Klinik integriert sind.

Letztere Mütter und deren Kinder befinden sich dadurch auf einer Etage mit anderen Patient:innen, welche aufgrund verschiedenster psychischer Erkrankungen stationär behandelt werden. Die Zimmer unterscheiden sich dabei zu den anderen stationären Zimmern im Hinblick darauf, dass sie auch für die Betreuung des Kindes zweckmässig eingerichtet sind (bspw. durch einen Wickeltisch, Kinderbett). Teilweise wirken die Zimmer jedoch sehr karg und erinnern an eine Spitalunterkunft.

Je nach Institution ist in die Mutter-Kind-Station zudem eine Kindertagesstätte (Kita) integriert, welche Kindern eine neue Alltagsstruktur ermöglicht und die Mütter zu Beginn stark entlasten kann, wenn sie in einem erschöpften Zustand in die Station eintreten. In anderen Institutionen kümmert sich hingegen die Pflege um das Kind, weil keine gesonderte Kita vorhanden ist. Dort wo eine Betreuung der Kinder stattfindet, wird diese teilweise mit den Müttern abgesprochen und auf die Bedürfnisse von Mutter und Kind abgestimmt. Die Mütter schätzen ein solches Angebot im Grossen und Ganzen sehr und auch die Kinder fühlen sich ihren Aussagen zufolge oftmals sehr wohl.

«Mein damals dreieinhalbjähriger Sohn war sehr gerne in [Name Klinik]. Meine Tochter war fast noch ein Baby. Mein Sohn hat dies sehr positiv in Erinnerung. Als wir wieder gingen, war er sehr traurig. Ich glaube, die Kinder nehmen dies nicht wie die Erwachsenen als Psychiatrie wahr.»

(Mutter, Frau H.)

In gewissen Kliniken ist die Kinderbetreuung aber auf die Öffnungszeiten der Kita begrenzt. In dieser Zeit müssen sich die Mütter folglich um ihre Therapiesitzungen, offene Finanzierungsangelegenheiten und alle weiteren persönlichen Belange kümmern und haben dadurch wenig Raum zur Erholung bevor sie das Kind wieder aus der Kita abholen und sich um dieses kümmern müssen. Eine Mutter berichtet darüber hinaus, dass sich der ältere Sohn gar nicht hatte fremdbetreuen lassen wollen und sie daher die Therapie hatte unterbrechen müssen.

Einzelne Fachpersonen hingegen erwähnen, wie die etwas älteren Kinder nach einer gewissen Zeit die Namen des Personals kennen und mit den anderen Kindern auf der Station spielen. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass durch die grosse Belastung im System bei den meisten Kindern eine erhöhte Traurigkeit sowie verzögerte Entwicklung (bspw. sozial, emotional,

motorisch, kognitiv oder sprachlich) ersichtlich sei. Hier unterscheiden sich die Vorgehensweisen je nach Mutter-Kind-Station deutlich. Während in einer Mutter-Kind-Station das Kind psychologisch abgeklärt, betreut und eine Nachsorge organisiert wird, werden Kinder in den restlichen Mutter-Kind-Stationen als Gast angesehen und der Fokus liegt vollständig auf der Mutter sowie der Mutter-Kind-Interaktion.

Diese Interaktion wird laut Angaben der Fachpersonen genau beleuchtet, was viele Mütter sehr schätzen. Sie realisieren dabei, dass sie vieles bereits sehr gut machen, was dem Selbstwert zuträglich ist.

«Die Personen, die mit einer postpartalen Depression hierherkommen, haben oft das Gefühl, alles sei schlecht und man sei ebenfalls eine schlechte Mutter. Oft geht die betroffene Person dann davon aus, dass sie alles in Bezug auf ihr Kind schlecht macht. Aufgrund dessen ist es wichtig, immer wieder zu hören, dass sie es gut macht. Dies stellt stets eine grosse Freude und einen Genesungsanstoss dar, da die Betroffenen erkennen, dass sie es nicht so schlecht machen, wie sie es ursprünglich befürchtet hatten.»

(Fachperson, Frau R.)

In den Interviews mit den Fachpersonen wird jedoch auch klar, dass gewisse Mütter eine Behandlung mit falschen Erwartungen beginnen und diese dann nach kurzer Zeit wieder abbrechen wollen und die Station verlassen. Können sich die Mütter jedoch auf die Therapie einlassen, resultiert in vielen Fällen positive Entwicklung sowohl für die Mutter als auch für das Kind.

3.2.2 Umsetzung des Finanzierungsangebots von SOS-Kinderdorf Liechtenstein

Dass das SOS-Kinderdorf Liechtenstein Mütter in belastenden Situationen dabei unterstützt, einen Therapieplatz auf einer Mutter-Kind-Station sicherzustellen, ist den Müttern nicht bewusst, bis sie sich mit einem bevorstehenden Aufenthalt im Rahmen eines Vorgesprächs auseinandergesetzt haben oder bereits in eine solche Station eingetreten sind.

«Ich habe bereits gewusst, dass es das SOS-Kinderdorf gibt, weil ich auch schon mit meinem Ex-Mann zusammen Spenden an das SOS-Kinderdorf gezahlt habe. In der Psychiatrie habe ich erst erfahren, dass das SOS-Kinderdorf auch finanzielle Unterstützung leistet.»

(Mutter, Frau A.)

In denjenigen Institutionen, in denen die Mütter die Finanzierung vor Eintritt geregelt haben müssen, füllen diese in kompletter Eigenleistung das Gesuchsformular für das SOS-Kinderdorf Liechtenstein aus (siehe Anhang A). Diese Mütter erleben den Antragsprozess beim SOS-Kinderdorf Liechtenstein durchwegs als sehr belastend. Erstens belastet die Überwindung, um Geld bitten zu müssen, den Selbstwert. Zweitens wird ein grosser administrativer Aufwand beschrieben, welcher in diesem ausserordentlichen psychischen Zustand kaum bewältigbar erscheint und die letzten Kräfte raubt. Dies führt teilweise dazu, dass Anträge nicht vollständig

eingereicht werden und SOS-Kinderdorf Liechtenstein rückfragen muss, was den Prozess unter Umständen verzögert. Drittens beschreiben sie die Angst, den Aufenthalt nicht antreten zu können, sollte es mit der Finanzierung nicht funktionieren.

«Mir hat es in meinem Herzen wehgetan, dass ich diese Unterstützung brauche und ich einen Brief schreibe, in dem ich sie bitte, die Zusatzkosten für meine Kinder zu zahlen. Ich hatte so viel Ehre und Stolz und habe mir gedacht, ich mache dies nicht. Ich schaue selber, dass ich dies bezahlen kann. Weil wenn man jahrelang selbstständig ist, viel Geld verdient hat, dann ist dies nicht einfach, irgendwo einen Brief zu schreiben und um Geld zu bitten.»

(Mutter, Frau O.)

«Also ich hatte [...] im Voraus die ganzen Stiftungsanfragen gemacht. Das war damals ein riesiger Aufwand. Also ich brauchte wirklich meine absolut letzten Kräfte irgendwie noch dafür auf.»

(Mutter, Frau D.)

Die Fachpersonen in diesen Institutionen wissen letztendlich nicht, ob die Mütter vom SOS-Kinderdorf Liechtenstein eine Finanzierung erhalten haben oder nicht. Die Mütter bestätigen lediglich mit einer Unterschrift, dass die Finanzierung des Klinikplatzes geregelt ist. Eine Mutter erklärt in diesem Kontext, dass sie ihr Gesuch erst zwei Jahre nach dem Klinikaufenthalt beim SOS-Kinderdorf Liechtenstein eingereicht habe, weil sich ihre finanzielle Situation während des Aufenthalts verändert habe und es ihr im Nachgang nicht gelungen sei, die vereinbarte Ratenzahlung einzuhalten.

Andererseits sind da jene Institutionen, welche den Eintritt in die Mutter-Kind-Station nicht an die Bedingung des Vorhandenseins finanzieller Mittel knüpfen. Eine Institution, entschied sich bewusst dazu, das Angebot von SOS-Kinderdorf Liechtenstein erst nach dem Eintritt vorzustellen, um keine falschen Hoffnungen bei den Müttern hervorzurufen. Aus ihrer Sicht müsse zuerst die finanzielle Situation beleuchtet werden, bevor diese Option angeboten werden kann. Eine befragte Mutter erfuhr somit erst auf der Station, also verhältnismässig spät, durch eine andere Mutter vom Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein.

Teilweise übernehmen die Fachpersonen in den Kliniken den Kontakt zum Verein und klären beispielsweise ab, was zu tun ist, wenn gewisse Unterlagen nicht aufgetrieben werden können. Ebenfalls reichen gewisse Fachpersonen den Antrag für die Mutter – jedoch in deren Anwesenheit – abschliessend ein. Dies wird von den Fachpersonen mit dem labilen Zustand der Mütter begründet. Insbesondere berichten die Fachpersonen wie belastend es für die Mütter sei, dass sie im Rahmen des Antrags ihre familiären und finanziellen Verhältnisse beschreiben müssen. Die Fachpersonen sind weiter sehr bemüht, das soziale Netzwerk miteinzubeziehen (Partner:innen, Eltern, Kolleg:innen, ambulante Fachpersonen). Das familiäre System hilft jedoch in vielen Fällen aufgrund von Konflikten ungenügend mit, was die Vorbereitungszeit für das Gesuch verzögert.

Mütter, welche den Antragsprozess während des Klinikaufenthalts regeln, berichten vorwiegend von der Schwierigkeit, parallel zum Therapiealltag die Unterlagen zusammentragen

zu müssen. Die wenige Freizeit wird zu diesem Zeitpunkt der Finanzierung gewidmet. Der Fokus kann dadurch nicht vollständig auf die Therapie gerichtet werden. Dies wird durch die Beobachtungen der Fachpersonen bestätigt, die dadurch in den Therapiesitzungen mehrheitlich mit der emotionalen Bewältigung der finanziellen Situation beschäftigt sind, als mit der Bearbeitung der Depression.

Abschliessend sind jene Fachpersonen hervorzuheben, welche den Antrag selbständig erledigen und die betroffenen Mütter dadurch involvieren, indem sie ihnen abschliessend das Formular zur Unterschrift vorlegen. In einer Institution wurde eine Mutter überdies dermassen entlastet, dass dieser im Zuge des Interviews gar nicht bewusst war, dass das SOS-Kinderdorf Liechtenstein tatsächlich einen finanziellen Zuschuss an den Aufenthalt geleistet hatte.

In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass die involvierten Fachpersonen eine klinikinterne Vorselektion vornehmen. Die Fachpersonen haben teilweise persönliche Grenzen dafür festgelegt, wie viel eine Mutter bzw. Familie verdienen darf, damit sie einen Finanzierungsantrag mit Unterstützung der Fachperson ausfüllen kann. Dies begründen sie mit ihren bisherigen Erfahrungen mit dem SOS-Kinderdorf Liechtenstein und anderen Stiftungen. Für sie muss eine «finanzielle Notlage» gegeben sein.

«Der Verein zahlt dann, wenn sich jemand in einer gewissen Notlage befindet und man muss auch aufzeigen, wieso diese finanzielle Notlage besteht. Auch wenn das beim SOS-Kinderdorf Liechtenstein sehr unkompliziert geht. [...] Aber so kann man mit grosser Sicherheit sagen, dass es möglich sein wird, die Gelder zu erhalten.»

(Fachperson, Frau P.)

Ebenfalls legen in gewissen Fällen die Fachpersonen fest, welche Beträge auf den Gesuchsformularen notiert werden sollen und damit bei den verschiedenen Stiftungen angefragt werden.

Aus Sicht der Fachpersonen werden entsprechend nur Gesuche eingereicht, welche erfahrungsgemäss gerechtfertigt sind und voraussichtlich durch die Stiftungen angenommen werden. So befürchten einzelne Fachpersonen, die Unterstützungsbereitschaft des SOS-Kinderdorf Liechtenstein oder anderer Stiftungen bei zu hohen Gesuchsbeträgen auszureizen, wie sie im Gespräch betonen.

Grundlegend sind die Fachpersonen jedoch darum bemüht, genügend monetäre Unterstützung einzufordern, damit die Mütter den Klinikaufenthalt nicht frühzeitig abbrechen müssen, weil das Geld nicht mehr ausreicht. Erscheint der gewünschte Unterstützungsbetrag aus Sicht der Fachpersonen für eine alleinige Anfrage an das SOS-Kinderdorf Liechtenstein zu gross, werden mehrere Stiftungen gleichzeitig um Unterstützung gebeten. Das bedeutet, dass die Mütter teilweise mehrere Antragsgesuche stellen müssen. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der komplette Aufenthalt durch Eigenleistung bezahlt werden muss.

Eine weitere Vorselektion wird in gewissen Institutionen zudem in Bezug auf die Wohnregion vorgenommen. Da es neben dem SOS-Kinderdorf Liechtenstein weitere Stiftungen gibt, welche Mütter für einen Mutter-Kind-Therapieplatz unterstützen, schlugen einige Fachpersonen das SOS-Kinderdorf Liechtenstein nur jenen Müttern vor, welche geografisch in einem Schweizer Kanton in der Nähe der Landesgrenze zu Liechtenstein leben.

Aus dem Interview mit den Angebotsverantwortlichen geht desweiteren hervor, dass oftmals keine Kenntnis darüber besteht, ob und wie die Mütter zu ihrem Therapieplatz gelangen. Mit den zuweisenden Fachpersonen (ambulante Psycholog:innen, Psychiater:innen, Hausärzt:innen, Gynäkolog:innen usw.) besteht selten Kontakt. Der Prozess des SOS-Kinderdorf Liechtenstein sowie der Kontakt zu den betroffenen Müttern endet also in der Regel mit der Zusage oder Ablehnung eines Finanzierungsgesuchs. Hin und wieder melden sich aber finanziell unterstützte Mütter im Nachhinein telefonisch oder per Post beim SOS-Kinderdorf Liechtenstein, um sich zu bedanken.

Ausserdem geben die Angebotsverantwortliche an, dass sie trotz tragfähiger und vertrauensvoller Arbeitsbeziehung zwischen ihnen und den Fachpersonen der kooperierenden Kliniken und Spitäler «keinen Einfluss auf die Abläufe und die Arbeit der Fachpersonen» nehmen können. Die involvierten Fachpersonen der Kliniken und Spitäler äussern hingegen eine grosse Wertschätzung für die Art der Zusammenarbeit, da diese in der Regel dazu beiträgt, dass betroffene Mütter rasch und unbürokratisch Hilfe erhalten und so Raum für eine wirkungsvolle Therapie ermöglicht wird. Eine Klinik betont sogar, dass sie auf die Kooperation mit dem SOS-Kinderdorf Liechtenstein angewiesen sei, da sie aktuell mit keiner anderen Stiftung zusammenarbeite.

3.2.3 Stärken und Optimierungsmöglichkeiten der Umsetzung

Das Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein wird aus der Sicht der Fachpersonen als eine unkomplizierte, zuverlässige, grosszügige und unbürokratische Unterstützung für die anfallenden ungedeckten Kinderaufenthaltskosten einer Mutter-Kind-Therapie bezeichnet. Für sie handelt es sich um eine niederschwellige Soforthilfe. Einfach strukturierte Antrags-Formulare sowie die speditive Arbeit des Personals, welche eine zeitnahe Entscheidung betreffend die Finanzierung ermöglichen, werden hervorgehoben. Gesunder Menschenverstand und Vertrauen stehen ihren Beobachtungen nach über der Bürokratie. Kann eine Mutter vereinzelte Angaben aufgrund ihres psychischen Zustandes nicht aufreiben, erfährt sie Verständnis für ihre Situation und die finanzielle Leistung erfolgt nach Ermessen von SOS-Kinderdorf Liechtenstein trotzdem.

«Es ist von hoher Bedeutung und gleichzeitig sollte man die Mütter und die Systeme nicht mit solchen Themen belasten. Am Ende des Tages, wenn ich eine Herzkatheter-Untersuchung brauche, frage ich auch nicht nach einer Kostengutsprache. Faktisch handelt es sich um einen psychiatrischen Notfall und bei Notfallbehandlungen sollte es keine Diskussionen oder ein Hoffen und Bangen geben müssen.»

(Fachperson, Herr R.)

Ebenfalls ist das SOS-Kinderdorf Liechtenstein für seinen wohlwollenden Umgang mit Ausnahmefällen bekannt, beispielsweise wenn eine finanzielle Unterstützung gesprochen wird, obwohl die Situation vordergründig (noch) nicht danach aussieht, als wäre eine Unterstützungsleistung möglich.

«Sie sind keine Paragraphenreiter, wie es oftmals bei den Ämtern vorkommt. Sie sind nahe am Menschen.»

(Fachperson, Frau R.)

Die Angestellten des Vereins stellen folglich den Menschen und seine Situation ins Zentrum. Die Fachpersonen betonen überdies, wie wichtig es für die Mütter ist, die Möglichkeit zu erhalten, ihr Anliegen persönlich am Telefon zu schildern. Dieser persönliche Kontakt zum Verein wird als einzigartig beschrieben, mache Mut und werde sehr geschätzt.

«Sie waren einfach sehr sympathisch und sie haben einem Mut gemacht am Telefon. Ja, sagen wir einfach herzlich und menschlich und das ist natürlich in so einem Moment extrem wichtig.»

(Mutter, Frau R.)

Desweiteren loben die Fachpersonen das hohe Engagement für die Unterstützung von psychisch kranken Müttern und Vätern, welches durch die Arbeit des SOS-Kinderdorf Liechtenstein deutlich spürbar werde. Psychisch Erkrankte haben oftmals keine «Stimme», weshalb es Gewicht habe, dass sich eine Institution wie das SOS-Kinderdorf Liechtenstein um die Finanzierung eines Mutter-Kind-Programms bemüht.

«Ich glaube es wäre schade um das Signal nach aussen, da das Thema halt wichtig ist. Und das SOS-Kinderdorf hat natürlich eine weitere Streukraft als wir. Wenn man erkennt, dass eine Institution wie sie so etwas fördert oder unterstützt, ist das politisch und gesellschaftlich schon ein gutes Signal, dass der Bedarf da ist, meiner Meinung nach.»

(Fachperson, Frau R.)

Zudem entstehe zwischen den Fachpersonen und den Mitarbeitenden des SOS-Kinderdorf Liechtenstein oftmals ein tragfähiges Vertrauensverhältnis, welches im Rahmen der Unterstützungsarbeit für die belasteten Mütter äusserst wertvoll sei.

Auch wenn die Thematik der ungedeckten Kosten für Mütter belastend ist und Angst erzeugen kann, zeigen die Gespräche mit Müttern auch auf, wie wertvoll bereits das Wissen um das Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein ist. Viele beschreiben das Erleben einer ersten Entlastung, wenn im Antragsprozess klar wird, dass es diesen Verein gibt. Die Mütter verspüren Erleichterung, Hoffnung sowie Rückhalt. Sie fühlen sich nicht allein gelassen und sind dankbar.

Die Kostenthematik sollte ihrer Meinung nach vor dem Eintritt besprochen werden. Diesbezüglich wird auch der Wunsch geäußert, über das SOS-Kinderdorf Liechtenstein so früh wie möglich informiert zu werden, da das Wissen um das Vorhandensein dieses Angebots entlastend wirke. Zudem sind sich die Mütter alle einig, dass das Angebot noch viel breiter bekannt sein müsste.

3.2.4 Wirkung des Angebots

Sowohl die Gespräche mit den Müttern wie jene mit den Fachpersonen zeigen deutlich auf, wie wertvoll das Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein ist. Der durch den finanziellen Zuschuss des SOS-Kinderdorf Liechtenstein ermöglichte Aufenthalt in einer Mutter-Kind-Station bewirkt eine Entlastung und Erleichterung im schwierigen Alltag der Mütter. Der Aufenthalt ermöglicht den Aufbau einer neuen Alltagsstruktur und lässt die Mütter wieder Kraft und Energie tanken. Ebenfalls beschleunigt der Aufenthalt die Genesung und mindert die Gefahr einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung.

Die Fachpersonen beschreiben wie Raum für wichtige Themen nach dem finanziellen Zuschuss von SOS-Kinderdorf entstehe, welchen Mütter aufgrund der finanziellen Sorgen bis zu diesem Zeitpunkt oftmals nicht zulassen können. Ebenfalls machen Fachpersonen die Erfahrung, dass Mütter das Geld des SOS-Kinderdorf Liechtenstein viel besser annehmen können als von Gemeinde oder Kanton. Sie erzählen von Eltern, die sich schämten, weil sie aus ihrer Sicht nicht das perfekte Umfeld für ihr Kind schaffen konnten und sich über verschiedene Seiten verschuldet und dabei Geld aus ihrem sozialen Netzwerk oder sogar von ambulantem ärztlichen Fachpersonal erhalten hatten, um den Aufenthalt finanzieren zu können. In solchen Situationen ist es wichtig, eine Unterstützung wie das SOS-Kinderdorf Liechtenstein zu haben, sodass nicht auf verschiedensten Ebenen Schulden generiert werden.

Weiter macht die jeweils schnelle Zusage des SOS-Kinderdorf Liechtenstein jenen Müttern Mut, welche sich bei weiteren Stiftungen gemeldet haben. Laut der Aussage von Fachpersonen darf erfahrungsgemäss bei der Zusage einer Stiftung auch mit der Zusage weiterer Stiftungen gerechnet werden.

Dort wo dies aufgrund der psychischen Verfassung der Mutter möglich ist, wird die Entlastung von positiven Emotionen begleitet. Teilweise wird die Dankbarkeit und weitere positive Emotionen jedoch erst verzögert verspürt, da die vorherrschende Depression solche Gefühle während der Zusage verunmöglicht.

«Das war wie so ein kleines Fest, ich freute mich wirklich so riesig und konnte dann auch beim Aufenthalt besser loslassen, in dem Wissen, dass es erledigt und gut ist und ich mir nicht noch Sorgen machen muss.»

(Mutter, Frau D.)

Würde dieses Angebot fortan wegfallen, so würde dies die Mütter und somit deren Kinder jedoch unterschiedlich tangieren.

Einige Mütter hätten aufgrund der fehlenden Finanzierbarkeit laut eigenen Angaben auf den Aufenthalt verzichtet oder die Behandlung vorzeitig abgebrochen. Für die Kinder bedeutet dies, dass sie in einer ungesunden Alltagsstruktur verweilen, in welcher sie sich nicht entfalten oder bestmöglich entwickeln können.

Die Fachpersonen bestätigen diese Punkte. Die Finanzierung bzw. Selbstbehalte sowie die Franchise der Krankenkasse führen immer wieder dazu, dass betroffene Mütter sich nicht in Behandlung begeben. Die Folgen sind dann unter anderem belastete Kinder.

«Ich habe heute drei Vorgespräche gehabt, die eine Mutter ist bereits seit 10 Jahren depressiv und jetzt ist es der Sohn auch. Da denke ich mir manchmal wirklich, das kann es doch nicht sein. Die Mütter, die theoretisch, zahlenmässig während oder einem Jahr nach der Schwangerschaft in Behandlung sein müssten, sind nirgends, die treten im ambulanten, stationären, teilstationären System unterrepräsentiert auf.»

(Fachperson, Herr R.)

In anderen Fällen, in denen die Mutter-Kind-Stationen nur mit dem SOS-Kinderdorf Liechtenstein zusammenarbeiten, würden sich die Mütter laut Angaben der Fachpersonen beim Wegfallen des Angebots verschulden. Dies, weil sie sich aufgrund ihres schlechten psychischen Zustands dringend in Behandlung begeben müssen und nicht über den Zeitpunkt des Therapiebeginns entscheiden können.

In solch einem Fall kann der stationäre Aufenthalt zu Mahnungen und Betreibungen führen, was für bereits sozial und finanziell benachteiligte Mütter fatale Konsequenzen nach sich ziehen kann (bspw. Wohnungssuche mit Betreibungseintrag).

«Ich bin ja dann gegangen und es war nicht geklärt, und das hat mich mega belastet... Ich hatte schlaflose Nächte, weil man weiss: Kinder kosten pro Tag 100 Franken und dann summiert sich das und dann rechnet man das aus... Wie viel ein Monat ist, sechs Wochen... Wie viel Minus man trägt, oder? Und man hat dann mit dem Lohn, den man hat, sofern man überhaupt gearbeitet hat, nicht so viel übrig.»

(Mutter, Frau B.)

Nur in denjenigen Fällen, in denen die Mutter-Kind-Stationen mit verschiedenen Stiftungen zusammenarbeiten, welche einen finanziellen Beitrag an einen Mutter-Kind-Therapieplatz leisten, könnte eine stationäre Behandlung für die Mutter und das Kind trotzdem finanziert werden.

4 Diskussion

Der frühen Kindheit kommt für die Biografie eines Menschen eine hohe Relevanz zu. Was ein Kind mit seinen nächsten Bezugspersonen emotional und sozial erlebt, beeinflusst seine Entwicklung in jeder Hinsicht (Black et al., 2017). Dabei sind Kinder für eine gesunde Entwicklung von Beginn an auf stabile Beziehungen zu Bezugspersonen angewiesen, welche ihre körperlichen und psychischen Bedürfnisse erfüllen können (Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization [WHO], 2004).

Kinder von depressiven Müttern bzw. Eltern, die gleichzeitig von Armut oder zusätzlichen psychischen Erkrankungen betroffen sind, gehören zu einer Hochrisikopopulation und weisen häufig Entwicklungsrisiken auf (Rayce et al., 2020). Demzufolge profitieren diese Kinder ganz besonders von Unterstützungsmassnahmen. Auch der Nobelpreisträger James Heckman konnte zeigen, dass der "Return on Investment" zur Erreichung von sozialer und ökonomischer Chancengleichheit zu keinem anderen Zeitpunkt grösser ist als in der frühen Kindheit (Heckman, 2011).

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, wie weitreichend die Konsequenzen einer postpartalen Depression für das junge Kind sind und wie wichtig es ist, dass es während einem stationären Aufenthalt bei der Mutter bleiben darf, vor allem wenn der Aufenthalt eine Bearbeitung der Mutter-Kind-Interaktion und -Bindung vorsieht: Zum einen geht eine postpartale Depression in den meisten Fällen mit einem Rückzug und einer eingeschränkten Feinfühligkeit der Mutter einher (Nonnenmacher et al., 2018). Das junge Kind ist jedoch darauf angewiesen, dass die Mutter und seine Bezugspersonen feinfühlig auf seine Signale reagieren (Grossmann et al., 2015; Suchodoletz, 2007). Feinfühlig bedeutet, dass sie die Signale des Kindes passend «lesen» und angemessen und rasch darauf reagieren. Ein Rückzug und eine eingeschränkte Feinfühligkeit seitens der Mutter kann zu einer beeinträchtigten Mutter-Kind-Beziehung führen, die wiederum Konsequenzen für verschiedene Entwicklungsbereiche des jungen Kindes (z.B. Sprache, Kognition, Motorik), aber auch langfristig mit schlechteren Schulleistungen oder einem erhöhten Risiko, selbst an einer Depression zu erkranken, einhergeht (Letourneau et al., 2017; Weidner et al., 2021).

Werden Mütter befragt, die in eine *allgemeine psychiatrische Einrichtung* aufgenommen und damit von ihren Kindern getrennt werden, geben sie an, dies mehrheitlich als belastend und als schädlich für die Mutter-Kind-Beziehung zu empfinden, weil sie durch die Trennung nicht die Möglichkeit haben, ihre eigenen Erziehungs- und Interaktionsfähigkeiten zu entwickeln (Griffiths et al., 2019).

Andererseits zeigt der aktuelle Forschungsstand weiter, dass Mütter nach einem mehrwöchigen stationären Aufenthalt in einer *Mutter-Kind-Station* deutliche Symptomverbesserungen aufweisen (Glangeaud-Freudenthal et al., 2011; Salmon et al., 2003), dass jedoch mit der Besserung der mütterlichen Depression nicht zwangsläufig eine positive Entwicklung der Mutter-Kind-Interaktion und -Bindung einhergeht (Reck et al., 2004; Stephenson et al., 2018). Dies wiederum unterstreicht, wie wichtig es ist, dass in Mutter-Kind-Stationen sowohl die Behandlung der mütterlichen pathologischen Symptome als auch die Sicherstellung einer gesunden Mutter-Kind-Interaktion Bestandteil des Angebots sein sollten (Stephenson et al., 2018; Weidner et al., 2021).

Die Umsetzungsevaluation konnte zeigen, dass das Finanzierungsangebot von SOS-Kinderdorf Liechtenstein eine grosse Lücke schliesst, da nur in seltenen Fällen die Aufenthaltskosten der Kinder durch Zusatzversicherungen oder Sozialdienste übernommen werden (und bei Letzteren zudem die Gefahr einer nachträglichen Verschuldung besteht). SOS-Kinderdorf Liechtenstein ermöglicht den Kindern den Aufenthalt bei der Mutter - teilweise gemeinsam mit anderen Stiftungen - auf eine unkomplizierte Art und Weise.

Beim Wegfall des Angebots befürchten Fachpersonen, dass die Mütter nicht eintreten oder den stationären Klinikaufenthalt frühzeitig abbrechen, was das Risiko einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung bei der Mutter und das Risiko für Entwicklungsstörungen beim Kind erhöht. Falls die Mutter sich ohne ihr Kind in eine stationäre Therapie begeben würde, hätte dies in den meisten Fällen wiederum negative Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung, die (Bindungs-)Sicherheit, das Wohlergehen des Kindes und der Mutter wie auch auf die Familienstruktur, die durch die anfallende Kinderbetreuung mit einer neuen Belastungssituation konfrontiert ist.

Es zeigt sich, dass bereits das Wissen um das Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein bei den Müttern zu grosser Entlastung, Erleichterung, Hoffnung und einem Gefühl des Rückhalts führt. Durch die gesprochenen Finanzierungen können sich die betroffenen Mütter dann vollkommen auf die Therapie und die Verbesserung ihrer Symptome fokussieren. Dies

bestätigen auch Fachpersonen. Die Gesundheit von Müttern mit postpartaler Depression und deren Kinder kann durch die ermöglichten Therapieplätze auf einer Mutter-Kind-Station massgeblich verbessert werden.

Aus den geführten Interviews mit betroffenen Müttern und Fachpersonen wird jedoch auch deutlich, dass die Therapie in erster Linie auf die Mutter abgestimmt ist und der Fokus nur indirekt auf dem Kind liegt. Nur selten wird das Kind ebenfalls psychologisch begutachtet und eine parallele Versorgung während des Klinikaufenthalts eingeleitet. Die Herausforderung, beiden Anspruchsgruppen - nämlich Mutter und Kind - gerecht zu werden, wurde in einer aktuellen Evaluation von stationären Mutter-Kind-Angeboten im Kanton Zürich herausgearbeitet (Bombach et al., 2017; Gabriel et al., 2017; Keller et al., 2016). Von den Fachpersonen wurde in der genannten Evaluation insbesondere die Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle gegenüber Mutter und Kind als zentrale Herausforderung wahrgenommen. Da die Fachpersonen mit jeder Frage oder Beobachtung die mütterlichen Kompetenzen infrage stellen könnten, besteht die Gefahr seitens der Mütter gegenüber den Fachpersonen misstrauisch oder verunsichert zu werden. SOS-Kinderdorf Liechtenstein könnte in der Zusammenarbeit mit den Kliniken den Fokus vermehrt auf das Kind und seine Entwicklung richten und gleichzeitig unterstützend die entsprechenden Herausforderungen anerkennen.

Denkbar wäre, dass SOS-Kinderdorf Liechtenstein den fachlichen Austausch mit den kooperierenden Kliniken verstärkt und anregt, dass für die weitere Zusammenarbeit bestimmte Standards des Mutter- und Kindeswohls gemeinsam definiert werden. So wurden beispielsweise einige Zimmer-Einrichtungen als karg wahrgenommen und nicht alle Kliniken verfügten über eine hauseigene Kinderbetreuungseinrichtung. Während im ersten Punkt durch eine liebevolle Einrichtung das Wohlbefinden des Kindes gesteigert werden könnte, braucht es in Bezug auf den zweiten Punkt eine Umstrukturierung und Erweiterung des Klinik-Angebots.

Die Literaturrecherche machte auch deutlich, dass es im Bereich der Mutter-Kind-Stationen nach wie vor keine flächendeckend verbindlichen Vorgaben dazu gibt, wie Mutter-Kind-Angebote umzusetzen sind und dass ohne expliziten Fokus auf die Mutter-Kind-Interaktion und -Bindung, nicht von einer positiven Entwicklung bei den Kindern ausgegangen werden kann (Amiel Castro et al., 2014; Letourneau et al., 2017). Sie machte zudem deutlich, dass es sorgfältige Abklärungen vor dem Eintritt in die stationäre Behandlung braucht, um zu verhindern, dass das Kind durch Begleiterscheinungen¹ der postpartalen Depression der Mutter geschädigt wird (Nonnenmacher et al., 2018). Die Literatur betonte weiter, dass der Kontext immer mitberücksichtigt werden sollte und es relevant ist, auch während des Aufenthalts zu kontrollieren, ob ein solches Risiko für das Kind besteht. Sollte dies der Fall sein, muss darauf reagiert werden, indem die Mutter und das Kind nicht zu jedem Zeitpunkt zusammengehalten werden. Priorität ist in diesem Fall, das Kind vor dem Risiko einer Schädigung durch die Mutter zu schützen. Aus der Literaturrecherche ging auch hervor, dass die kontinuierliche und zuverlässige Versorgung nach der Entlassung aus einer Mutter-Kind-Station weiterhin eine Herausforderung im Gesundheitssystem darstellt (Griffiths et al., 2019).

Demzufolge könnten in der Zusammenarbeit zwischen dem SOS-Kinderdorf Liechtenstein und den kooperierenden Kliniken implizite Erwartungen, die das SOS-Kinderdorf Liechtenstein bislang an die Arbeitsweise der kooperierenden Kliniken hatte, in praxisnahen und für alle

¹ wie beispielsweise Ablehnung, Vernachlässigung, Feindseligkeit und aggressive Impulse.

Beteiligten umsetzbaren Standards explizit gemacht werden. Dies könnte im Dialog mit den Kliniken geschehen und immer dem doppelten Anspruch der Therapie und Genesung der Mutter sowie der gesunden Entwicklung des Kindes mit allen möglichen Mitteln Rechnung tragen. Auch soll hier nochmals betont werden, dass in den durchgeführten Interviews keine negativen Auswirkungen des stationären Klinikaufenthalts auf das Kind festgestellt werden konnten.

Hinsichtlich der konkreten Umsetzung des Angebots wird der persönliche und verständnisvolle Kontakt zum Personal des SOS-Kinderdorf Liechtenstein, die unkomplizierte Abwicklung und schnelle Rückmeldung zu Anträgen und die transparenten und verständlichen Erwartungen als ausgesprochen positiv hervorgehoben. Dies gilt es sicherlich beizubehalten und dafür zu sorgen, dass im Zuge einer möglichen Skalierung und Professionalisierung die Niederschwelligkeit nicht verloren geht.

Trotz der grossen Belastung, die durch das Erfahren der ungedeckten Kosten entsteht, wünschen sich die betroffenen Mütter, so früh wie möglich darüber in Kenntnis gesetzt und über mögliche Finanzierungsmöglichkeiten, wie jene des SOS-Kinderdorf Liechtenstein, informiert zu werden. Aus Sicht der Fachpersonen wäre es gar empfehlenswert, dass der Antrag für eine finanzielle Unterstützung des SOS-Kinderdorf Liechtenstein schon vor Beginn des stationären Aufenthalts erfolgt und bewilligt wird. Eine Empfehlung könnte hier lauten, künftige Ressourcen in die verstärkte Zusammenarbeit und Information von bekannten Zuweisenden zu investieren und / oder die kooperierenden Kliniken darauf hinzuweisen, dass sie die Information an betroffene Mütter und Angehörige gleich zu Beginn und über unterschiedliche Kanäle (telefonisch, im persönlichen Gespräch vor Ort, auf der Website) mitteilen.

Das Ausfüllen der Formulare wird von einigen Müttern als herausfordernd und kräftezehrend beschrieben. Das Schildern der familiären und finanziellen Situation auf dem Antragsformular für das Finanzierungsgesuch wird durch die Fachpersonen als besonders grosse Belastung hervorgehoben. Diese Belastung akzentuiert sich insbesondere, wenn die Mütter das Antragsformular selbstständig und ohne ausreichend Unterstützung von Fachpersonen erledigen müssen.

Hier empfiehlt es sich allenfalls, durch Zusatzmassnahmen dafür zu sorgen, dass die Mütter und Angehörigen entsprechende Unterstützung erhalten, was die Hebelwirkung des Angebots deutlich steigern könnte. Zum Beispiel könnte SOS-Kinderdorf Liechtenstein dem Antragsformular eine einzelne Frage vorschalten, anhand welcher überprüft wird, ob der Klinikaufenthalt noch bevorsteht bzw. der Klinikaufenthalt bereits im Gange ist, die Mutter jedoch das Antragsformular alleine auszufüllen hat. SOS-Kinderdorf Liechtenstein könnte in diesen Fällen selbst eine Unterstützung für die Bearbeitung des Formulars anbieten oder die Kliniken, die über knappe Ressourcen verfügen, dabei unterstützen, Case-Manager:innen, Sozialarbeiter:innen etc. einzustellen, die diese Aufgabe übernehmen. Dabei ist es wichtig, dass die Fachpersonen, die mit den Müttern in Kontakt sind, ihnen stets die Möglichkeit geben, selbst zu entscheiden, wie viel sie über ihre persönliche Situation preisgeben möchten. Dies kann durch ein behutsames und schrittweises Vorgehen gefördert werden und zeigte sich in der MMI-Studie mit ehemals institutionalisierten Personen als erfolgreich (vergleiche dazu das Ethical Framework von Lannen et al., 2022). So kann vorgebeugt werden, dass die Antragsstellung die Mütter unverhältnismässig stark emotional aufwühlt.

Wie die Evaluation weiter zeigt, könnte eine verstärkte Kommunikation in Bezug auf die möglichen Unterstützungsleistungen zwischen den involvierten Fachpersonen und SOS-Kinderdorf Liechtenstein von Vorteil sein. Dies, um (unterschiedliche) klinikinterne

Vorselektionsprozesse zu vermeiden bzw. zu begrenzen, welche zu einer Benachteiligung oder Ungleichbehandlung gewisser Mütter führen könnten. Zum Beispiel könnte SOS-Kinderdorf Liechtenstein den Fachpersonen klar kommunizieren, dass die klinikinterne Vorselektion der Finanzierungsgesuche für sie zwar wertvoll und ressourcenschonend ist, die Fachpersonen jedoch keine Sorge darüber tragen müssen, die Unterstützungsbereitschaft von SOS-Kinderdorf Liechtenstein mit zu vielen Gesuchen oder zu hohen Finanzierungsanfragen zu gefährden. Desweiteren könnte SOS-Kinderdorf Liechtenstein überlegen, ob und wie oft sie den Fachpersonen mitteilen wollen, wie viele Mittel der Verein für den entsprechenden Standort zur Verfügung hat und ob auch Mütter mit ausreichenden finanziellen Mitteln berücksichtigt oder Mütter in sehr bescheidenen finanziellen Verhältnissen mit grösseren Beiträgen - als von den Fachpersonen angenommen - unterstützt werden können. Wie aus der Evaluation deutlich wird, sind viele Familien mit grundsätzlich hohen Kosten für den Aufenthalt konfrontiert oder verfügen über wenig Ersparnes, weshalb es sich hier lohnt, die Fachpersonen dafür zu sensibilisieren, dass keine tieferen Beträge gefordert werden sollten, als tatsächlich zur Ausfinanzierung des Mutter-Kind-Aufenthalts anstehen.

Ob und wie stark SOS-Kinderdorf Liechtenstein Ressourcen für die genannten Optimierungsvorschläge einsetzen kann, ist jedoch eine strategische Entscheidung, welche wiederum von den finanziellen Mitteln abhängt, welche der Verein in den kommenden Jahren einnehmen kann.

5 Schlussfolgerungen

Abschliessend gilt es festzuhalten, dass SOS-Kinderdorf Liechtenstein mit seinem Finanzierungsangebot deutlich dazu beiträgt, die Auswirkungen von postpartalen Depressionen auf die Mutter-Kind-Beziehung zu minimieren und eine grosse Lücke füllt, die mit grosser Sicherheit dazu beiträgt, transgenerationale Kosten dieser psychischen Erkrankung zu verringern.

Das Angebot könnte vor einer weiteren, geographischen Verbreitung darin investieren, die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Kliniken zu intensivieren, sodass das Mutter- und Kindeswohl vor, während und nach dem Klinikaufenthalt gesteigert werden dann.

6 Danksagungen

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Müttern, Familienangehörigen, Fachpersonen und Klinikangestellten bedanken, die sich an der Umsetzungevaluation beteiligt haben und uns einen Einblick in die Mutter-Kind-Stationen ermöglicht haben. Zusätzlich möchten wir uns bei den studentischen Mitarbeiterinnen Sandra Friedli, Sofie Künzle und Catarina Quarck für die Protokollierung der Interviews bedanken.

7 Literaturverzeichnis

Amiel Castro, R. T., Schroeder, K., Pinard, C., Blöchliger, P., Künzli, H., Riecher-Rössler, A., & Kammerer, M. (2014). Perinatal mental health service provision in Switzerland and in the UK. *Swiss Medical Weekly*, 144(0708), Article w14011. <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14011>

Bell, D. C., & Richard, A. J. (2000). Caregiving: The forgotten element in attachment. *Psychological Inquiry*, 11(2), 69–83. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1102_01

Berger, A., Bachmann, N., Signorell, A., Erdin, R., Oelhafen, S., Reich, O., & Cignacco, E. (2017). Perinatal mental disorders in Switzerland: Prevalence estimates and use of mental-health services. *Swiss Medical Weekly*, 147(0910), Article w14417. <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14417>

Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)

Bombach, C., Gabriel, T., Keller, S., & Stohler, R. (2017). Stationäre Betreuung für Mütter und ihre Kinder: Zentrale Bereiche zur Qualitätsentwicklung einer «neuen» Unterbringungsform. *SozialAktuell*, 2017(12), 28–30.

Brisch, K. H. (Hrsg.). (2009). *Bindungsstörungen: Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Klett-Cotta.

Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C., & Murdoch, C. (2001). A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3, 133–140. <https://doi.org/10.1007/s007370170010>

Bundesamt für Statistik. (2023, 13. Januar). Geburten. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/geburten.html>

Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: Rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 3–11. <https://doi.org/10.1007/s00737-010-0198-7>

Connellan, K., Bartholomaeus, C., Due, C., & Riggs, D. W. (2017). A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Archives of Women's Mental Health*, 20, 373–388. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0718-9>

Department of Child and Adolescent Health and Development. (2004). *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: A review*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/924159134X>

Friedman, T. (2010). Psychiatric mother and baby units. In D. Kohen (Ed.), *Oxford Textbook of Women and Mental Health* (pp. 193–198). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199214365.003.0021>

Gabriel, T., Keller, S., Bombach, C., Stohler, R., & Ibrahim, B. (2017). *Wirkungsanalyse von Mutter-Kind-Angeboten im Kanton Zürich: Die wichtigsten Ergebnisse und Herausforderungen*.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.21256/zhaw-2765>

Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C., Howard, L. M., & Sutter-Dallay, A.-L. (2014). Treatment – Mother-infant inpatient units. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 147–157. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.015>

Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C., Sutter, A.-L., Thieulin, A.-C., Dagens-Lafont, V., Zimmermann, M.-A., Debourg, A., Massari, B., Cazas, O., Cammas, R., Rainelli, C., Poinso, F., Maron, M., Nezelof, S., Ancel, P.-Y., & Khoshnood, B. (2011). Inpatient mother-and-child postpartum psychiatric care: Factors associated with improvement in maternal mental health. *European Psychiatry*, 26(4), 215–223. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.03.006>

Griffiths, J., Lever Taylor, B., Morant, N., Bick, D., Howard, L. M., Seneviratne, G., & Johnson, S. (2019). A qualitative comparison of experiences of specialist mother and baby units versus general psychiatric wards. *BMC Psychiatry*, 19, Article 401. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2389-8>

Grossmann, K. E., Bretherton, I., Waters, E., & Grossmann, K. (Eds.). (2015). *Maternal sensitivity: Mary Ainsworth's enduring influence on attachment theory, research, and clinical applications*. Routledge.

Grüner, K. W. (1974). Die strukturierte nicht-teilnehmende Beobachtung. In E. K. Scheuch & H. Sahner (Hrsg.), *Techniken der Datensammlung 2 - Beobachtung. Studienskripten zur Soziologie* (S. 186–250). Vieweg+Teubner. https://doi.org/10.1007/978-3-322-94913-4_7

Hansotte, E., Payne, S. I., & Babich, S. M. (2017). Positive postpartum depression screening practices and subsequent mental health treatment for low-income women in western countries: A systematic literature review. *Public Health Reviews*, 38, Article 3. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0050-y>

Heckman, J. J. (2011). The economics of inequality: The value of early childhood education. *American Educator*, 35(1), 31–35. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ920516.pdf>

Keller, S., Stohler, R., & Bombach, C. (2016). Doppelte Zielgruppe, doppelte Herausforderung? – Wenn Mütter und Kinder gemeinsam platziert werden: Über Herausforderungen für die Adressatinnen und die Praxis Sozialer Arbeit im normativen Feld «gelingender Mutterschaft». *Sozial: Magazin der ZHAW Soziale Arbeit*, 6, 2–3. <https://doi.org/10.21256/zhaw-1671>

Kenny, M., Conroy, S., Pariante, C. M., Seneviratne, G., & Pawlby, S. (2013). Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: Before and after treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 47(9), 1192–1198. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.05.012>

Lannen, P., Bombach, C., Sticca, F., Simoni, H., & Jenni, O. G. (2022). The LifeStories project: Empowering voices and avoiding harm – Ethics protocol of a long-term follow-up study of individuals placed in infant care institutions in Switzerland. *Frontiers in Psychology*, 13:1032388. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1032388>

Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Cosic, N., & Linder, J. (2017). The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and Anxiety*, 34(10), 928–966. <https://doi.org/10.1002/da.22687>

Lohaus, A., & Vierhaus, M. (Hrsg.). (2019). Frühe Eltern-Kind-Interaktion und Bindung. In *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor* (4. Aufl., S. 119-130). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59192-5_8

Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 469-483). Rowohlt.

Mikoteit, T., & Riecher-Rössler, A. (2013). Depression in der frühen Mutterschaft. *Therapeutische Umschau*, 67(11), 576-580. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000098>

Nonnenmacher, N., Zietlow, A.-L., Noe, D., & Reck, C. (2018). Depressionen in der Peripartalzeit: Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung im Blickpunkt. *Familiendynamik*, 43(2), 100- 107. <https://doi.org/10.21706/fd-43-2-100>

Postpartale Depression Schweiz. (2023, 13. Januar). Willkommen bei Postpartale Depression Schweiz. <https://postpartale-depression.ch/de/>

Rayce, S. B., Rasmussen, I. S., Væver, M. S., & Pontoppidan, M. (2020). Effects of parenting interventions for mothers with depressive symptoms and an infant: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 6(1), Article E9. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.89>

Reck, C., Weiss, R., Fuchs, T., Möhler, E., Downing, G., & Mundt, C. (2004). Psychotherapie der postpartalen Depression: Mutter-Kind-Interaktion im Blickpunkt. *Der Nervenarzt*, 75, 1068-1073. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1766-8>

Reck, C., Zietlow, A.-L., Müller, M., & Dubber, S. (2016). Perceived parenting stress in the course of postpartum depression: The buffering effect of maternal bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 473-482. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0590-4>

Renner, K.-H., & Jacob, N.-C. (Hrsg.) (2020). Was ist ein Interview? In *Das Interview* (S. 1-17). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60441-0_1

Riecher-Rössler, A. (2016). Depression in der Peripartalzeit – Diagnostik, Therapie und Prophylaxe. *Frauenheilkunde up2date*, 10(6), 531-545. <https://doi.org/10.1055/s-0042-117546>

Salmon, M., Abel, K., Cordingley, L., Friedman, T., & Appleby, L. (2003). Clinical and parenting skills outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 556-562. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01253.x>

Saraf, G., Chandra, P., Desai, G., & Thippeswamy, H. (2017). Systematic risk assessment in a mother-baby unit (MBU) – Importance for maternal and infant safety. *European Psychiatry*, 41(S1), S363-S363. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.363>

Schwarz-Gerö, J. (2006). Postpartale Depression und Säuglingspsychosomatik – Interaktion und Therapie. In B. Wimmer-Puchinger & A. Riecher-Rössler (Hrsg.), *Postpartale Depression* (S. 127-139). Springer. https://doi.org/10.1007/3-211-29956-4_10

SOS-Kinderdorf (2023, 19. Oktober). Mutter-Kind-Therapie für psychisch schwer erkrankte Mütter mit ihren Babys und Kleinkindern, Liechtenstein / Schweiz. https://assets.ctfassets.net/bz153o7147zb/19GmVjGLqneqQYBxmtc0As/8db0c102ca1353b5bad1c0c532523423/Projektbeschreibung_Mutter-Kind-Therapie_FL-CH.pdf

Stephenson, L. A., Macdonald, A. J. D., Seneviratne, G., Waites, F., & Pawlby, S. (2018). Mother and baby units matter: Improved outcomes for both. *BJPsych Open*, 4(3), 119-125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.7>

Tschauner, K., & Becker, T. G. (2018). Implementierung eines Mutter-/Kind-Behandlungsangebots: Erfahrungsbericht nach drei Jahren. *Psychiatrische Praxis*, 45(1), 46-48. <https://doi.org/10.1055/s-0043-119238>

Turmes, L., & Hornstein, C. (2007). Stationäre Mutter-Kind-Behandlungseinheiten in Deutschland: Ein Bericht zum Status quo. *Der Nervenarzt*, 78, 773-779. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2185-9>

von Suchodoletz, W. (Hrsg.). (2007). *Prävention von Entwicklungsstörungen*. Hogrefe.

Weidner, K., Junge-Hoffmeister, J., Coenen, A., Croy, I., & Bittner, A. (2021). Verbesserung der psychischen Gesundheit und Bindung bei postpartal psychisch erkrankten Frauen – Evaluation einer interaktionszentrierten Therapie in einer Mutter-Kind-Tagesklinik. *PPmP – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 71(7), 274-283. <https://doi.org/10.1055/a-1283-6422>

Wenze, S. J., & Battle, C. L. (2018). Perinatal mental health treatment needs, preferences, and barriers in parents of multiples. *Journal of Psychiatric Practice*, 24(3), 158-168. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000299>

Wimmer-Puchinger, B., & Riecher-Rössler, A. (Hrsg.). (2006). *Postpartale Depression: Von der Forschung zur Praxis*. Springer.

Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl.). Springer.

8 Anhang

Anhang A

Abbildung 1

Antragsformular SOS-Kinderdorf Liechtenstein



Antragsstellung Kostenübernahme Mutter-Kind Behandlung

Antragstellerin	
Name:	
Vorname:	
Strasse:	
PLZ-Ort:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
Beruf/Arbeitgeber beider Elternteile:	

Familiäre und finanzielle Verhältnisse (Kurzbeschreibung Ihrer Situation)

(Berufstätigkeit, Anzahl Kinder, Zivilstand, Wohn- und Einkommenssituation)

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer in der Klinik

Von
Bis

Voraussichtlich anfallende gesamthafte Kosten für Ihr Kind / Ihre Kinder (in CHF)

Gewünschter Unterstützungsbeitrag (in CHF)

Jedem Kind ein liebevolles Zuhause

SOS-Kinderdorf (Liechtenstein) e.V.
Schaanerstrasse 29a
9490 Vaduz, Liechtenstein

Telefon +423 222 01 01
willkommen@sos-kinderdorf.li
www.sos-kinderdorf.li

HR FL-0002.608.910-6 | PEID Steuernummer 2608910
VP Bank AG, Vaduz | Clearing-Nr. 8805 | SWIFT: VPBVLI2X
CHF Konto-Nr. 50.412.361.004, IBAN LI53 0880 5504 1236 1000 4
EUR Konto-Nr. 50.412.361.005, IBAN LI26 0880 5504 1236 1000 5

Angaben zu Ihren Einkünften (in CHF)	
Monatliche Einkünfte Frau/Mutter (Lohn/Arbeitslosengeld/Rente/Krankentaggeld)	
Monatliche Einkünfte Mann/Kindsvater (Lohn/Arbeitslosengeld/Rente/Krankentaggeld)	
Kinderzulagen	
Alimente / Unterhaltszahlungen	
Ergänzungsleistungen (z.B. IV)	
Sonstige Einkünfte	

Angaben zu Ihrem Vermögen (summarische Aufzählung Ihrer Vermögenswerte, Kontostand)

Angaben zu allfälligen Schulden

Benötigte Beilagen:

- Bestätigung der Klinik über Ihre Aufnahme
- Bestätigung der Klinik über die anfallenden Kosten für Ihr Kind/Ihre Kinder
- Kopie Ihres letzten Steuerabrechnungsbescheides
- Kopie einer aktuellen Lohnabrechnung sämtlicher Einkommen
- Monatsauszug Bank-/Postscheckbelege der letzten zwei Monate

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Unterschrift: _____

Ort und Datum: _____

Besten Dank für Ihren Antrag und Ihr Vertrauen. Gerne prüfen wir den Antrag und melden uns innert 5-7 Arbeitstagen bei Ihnen.

Jedem Kind ein liebevolles Zuhause

SOS-Kinderdorf (Liechtenstein) e.V.
Schaanerstrasse 29a
9490 Vaduz, Liechtenstein

Telefon +423 222 01 01
willkommen@sos-kinderdorf.li
www.sos-kinderdorf.li

HR FL-0002,608,910-6 | PEID Steuernummer 2608910
VP Bank AG, Vaduz | Clearing-Nr. 8805 | SWIFT: VPBVLI2X
CHF Konto-Nr. 50,412,361,004, IBAN LI53 0880 5504 1236 1000 4
EUR Konto-Nr. 50,412,361,005, IBAN LI26 0880 5504 1236 1000 5

Anhang B

Abbildung 1

Leitfaden für das Interview mit Fachpersonen

Einführende Fragen		
*	<p>Wenn Sie mir ganz kurz beschreiben könnten: Aus welchen Aufgaben und Zuständigkeiten besteht Ihre Tätigkeit als _____?</p> <p>Erzählen Sie mir kurz vom Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein aus Ihrer Perspektive.</p> <p>Das Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein unterstützt Mütter in belasteten Situationen dabei, die Finanzierung eines Mutter-Kind-Therapieplatzes sicherzustellen. Stellen wir uns vor, dass es dieses Angebot fortan nicht mehr gäbe: Können Sie mir dazu mögliche Szenarien aufzeigen, wie sich Ihre Begleitung der Mütter verändern würde?</p> <p>Was würde dies Ihrer Ansicht nach für die Genesung der Mütter und die Entwicklung der Kinder bedeuten?</p>	
Leitfrage	Check	Aufrechterhaltende Fragen
I	<p>Wann und wie erfahren betroffene Mütter i.d.R. von diesem Angebot?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weg zum Therapieplatz (z.B. über Zuweisung, Selbsteinweisung?) <input type="checkbox"/> Bewusstsein bzgl. (ungedeckter) Kosten <ul style="list-style-type: none"> o Zeitpunkt der Aufklärung o Durch wen? Wie? <input type="checkbox"/> Bewusstsein hinsichtlich des Angebots des SOS-Kinderdorf Liechtenstein <ul style="list-style-type: none"> o Zeitpunkt der Aufklärung (optimaler Zeitpunkt?) o Durch wen? Wie? 	<p>Zum Beispiel...</p> <p>Wie läuft das genau ab?</p> <p>Wie geht es den Müttern dabei?</p>

II	Ihrer professionellen Ansicht nach: Inwiefern ist die Finanzierung des Therapieplatzes vor oder während dem Klinikaufenthalt für die betroffenen Mütter von Bedeutung?	<input type="checkbox"/> Überlegungen zur Inanspruchnahme <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verhindert Finanzierungsaspekt die Inanspruchnahme der Therapie? <input type="checkbox"/> Konsequenzen für Mütter & Kinder <input type="checkbox"/> Einfluss auf den Therapieverlauf <input type="checkbox"/> Persönliche Erfahrungen <input type="checkbox"/> Hindernisse / Herausforderungen <input type="checkbox"/> Veränderungen	<p>Zum Beispiel...</p> <p>Wie viel wissen die Mütter zu jenem Zeitpunkt?</p> <p>Wie beeinflusst dies die Entscheidung(en) der Mütter?</p>
III	Erzählen Sie mir ein bisschen über die Gespräche und den Prozess der Unterstützungsprüfung mit denjenigen Müttern, bei denen finanzielle Belastungen hervortreten. Wie läuft dies ab?	<input type="checkbox"/> Ablauf, Häufigkeit, Zeitrahmen Gespräche <input type="checkbox"/> Ablauf Antragsgesuch bei SOS-Kinderdorf Liechtenstein <input type="checkbox"/> Klinikinterne Vorselektion vor Antragsgesuch <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vorteile / Nachteile? <input type="checkbox"/> «Häufige / Typische Fälle» <input type="checkbox"/> Einbezug soziales Umfeld der Mütter <input type="checkbox"/> Bildungsferne Mütter / Mütter mit Sprachbarrieren <input type="checkbox"/> Erfolgsgeschichten! <input type="checkbox"/> Risiken durch eine Fehlentscheidung beim Prozess der Unterstützungsprüfung	<p>Zum Beispiel...</p> <p>Wie äussert sich das?</p> <p>Was ist / war dabei besonders wichtig?</p>
IV	Was denken Sie, welche Auswirkungen hat es auf die betroffenen Mütter und ihre Kinder, wenn Sie vom SOS-Kinderdorf Liechtenstein eine finanzielle Unterstützung erhalten?	<input type="checkbox"/> Auswirkungen auf Mütter (+ / -) <input type="checkbox"/> Auswirkungen auf Kinder (+ / -) <input type="checkbox"/> Auswirkung durch das Wissen bzgl. des SOS-Kinderdorf Liechtenstein-Angebots	<p>Zum Beispiel...</p> <p>Worin sehen Sie die Veränderung für... ?</p>

		<input type="checkbox"/> Empfindungen der Mütter während Antragsgesuch und nach der Zusage <input type="checkbox"/> Wichtigste Veränderungen (Priorisierung) <input type="checkbox"/> Hindernisse / Herausforderungen	Was ist für Sie dabei am wichtigsten?
V	Was sind aus Ihrer Sicht die Stärken dieses Angebots und wo gibt es Verbesserungspotenzial bei der Umsetzung?	<input type="checkbox"/> Massnahmen / Ressourcen: Was würde helfen? Wie? <input type="checkbox"/> Relevante Instanzen <input type="checkbox"/> Personelles <input type="checkbox"/> Organisatorisches <input type="checkbox"/> Ressourcen <input type="checkbox"/> Notwendige Zusammenarbeit / Verbesserung Zusammenarbeit mit SOS-Kinderdorf Liechtenstein	

Abbildung 2

Leitfaden für das Interview mit betroffenen Müttern bzw. Angehörigen

Leitfrage		Check	Aufrechterhaltende Fragen
I	Das Angebot des SOS-Kinderdorf Liechtenstein unterstützt Mütter in belasteten Situationen dabei, die Finanzierung eines Mutter-Kind-Therapieplatzes sicherzustellen. Wann und wie haben Sie persönlich von diesem Angebot erfahren?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weg zum Therapieplatz (z.B. über Zuweisung, Selbsteinweisung?) <input type="checkbox"/> Bewusstsein bzgl. (ungedeckter) Kosten <ul style="list-style-type: none"> o Zeitpunkt der Aufklärung o Durch wen? Wie? <input type="checkbox"/> Bewusstsein hinsichtlich des Angebots des SOS-Kinderdorf Liechtenstein <input type="checkbox"/> Zeitpunkt der Aufklärung <input type="checkbox"/> Durch wen? Wie? 	<p>Zum Beispiel...</p> <p>Wie ist das genau abgelaufen?</p> <p>Wie ist es Ihnen dabei gegangen?</p>
II	Inwiefern war die Finanzierung des Therapieplatzes vor oder während dem Klinikaufenthalt für Sie von Bedeutung?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Überlegungen zur Inanspruchnahme <ul style="list-style-type: none"> o Hätte fehlende Finanzierung Inanspruchnahme der Therapie verhindert? o Konsequenzen für Mutter selbst und für Kind (z.B. Unterbringung Kind?) <input type="checkbox"/> Einfluss auf den Therapieverlauf <input type="checkbox"/> Gespräche mit Case Managern <input type="checkbox"/> Persönliche Erfahrungen <ul style="list-style-type: none"> o Hindernisse / Herausforderungen o Veränderungen 	<p>Zum Beispiel...</p> <p>Wie viel wussten Sie zu jenem Zeitpunkt?</p> <p>Wie hat dies Ihre Entscheidung(en) beeinflusst?</p>
III	Was denken Sie, welche Auswirkungen hatte es auf Sie persönlich und Ihr Kind, dass Sie vom SOS-Kinderdorf Liechtenstein eine finanzielle Unterstützung erhalten haben?	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auswirkungen auf Mutter (+ / -) <input type="checkbox"/> Auswirkungen auf Kind (+ / -) <input type="checkbox"/> Auswirkung durch das Wissen bzgl. des SOS-Kinderdorf Liechtenstein-Angebots 	<p>Zum Beispiel...</p> <p>Worin sehen Sie die Veränderung für...?</p>

		<input type="checkbox"/> Empfindungen während Antragsgesuch und nach der Zusage <input type="checkbox"/> Wichtigste Veränderungen (Priorisierung) <input type="checkbox"/> Hindernisse / Herausforderungen	Wie ist es Ihnen dabei gegangen? Was war für Sie dabei am wichtigsten?
IV	Was sind aus Ihrer Sicht die Stärken dieses Angebots und wo gibt es Verbesserungspotenzial bei der Umsetzung?	<input type="checkbox"/> Massnahmen / Ressourcen: Was würde helfen? Wie? <input type="checkbox"/> Relevante Instanzen <input type="checkbox"/> Personelles <input type="checkbox"/> Organisatorisches <input type="checkbox"/> Ressourcen <input type="checkbox"/> Notwendige Zusammenarbeit	