

1 Historische Entwicklung und Bedarfssituation

Luc Turmes

1.1 Historische Entwicklung

Die natürlichste Beziehung der Welt, die frühe Bindung zwischen Mutter und Neugeborenem wurde zum Ende des 19. Jahrhunderts wegen – zumindest aus heutiger Sicht – fragwürdiger Erkenntnisse der westlichen Medizin nachdrücklich gestört: Seit Mitte/Ende des 19. Jahrhunderts kam es in den Industrienationen zunehmend zur Einrichtung von Entbindungskliniken, und die Wöchnerinnen wurden anstatt der früher üblichen Hausgeburt regelhaft, nicht nur bei Risikogeburten, hospitalisiert. Der Übergang zum 20. Jahrhundert brachte eine Wende in der Infektionsprävention mit sich: Argumente der Hygiene führten dazu, dass Mutter und Säugling nach der Entbindung strikt voneinander getrennt wurden. Dem gingen die Erkenntnisse von Ignaz Semmelweis voraus, der das unterschiedlich starke Auftreten von Kindbettfieber auf mangelnde Hygiene bei den Krankenhausärzten zurückführte und sich bemühte, Hygienevorschriften einzuführen. Durch die ordnungsgemäße Desinfektion der Hände und Instrumente mit Chlorkalk vor jeder vaginalen Untersuchung konnte er 1848 die Sterblichkeitsrate auf seiner geburtshilflichen Station im Allgemeinen Krankenhaus in Wien von 15 % auf 1,3 % senken; der erste praktische Fall von evidenzbasierter Medizin in Österreich. Allerdings wurden seine Erkenntnisse von den Meinungsführern seiner Zeit als spekulativer Unfug abgelehnt, Hygiene galt als Zeitverschwendung und unvereinbar mit den damaligen Theorien über Krankheitsursachen. 1862 drohte Semmelweis in einem offenen Brief an die Ärzteschaft, die geburtshelfenden Ärzte öffentlich als Mörder anzuprangern, da sie seine Hygienevorschriften immer noch nicht anwendeten, 1865 wurde er ohne Diagnose von drei Ärztekollegen in die Irrenanstalt Döblin bei Wien eingeliefert und starb dort zwei Wochen nach seiner Einweisung. Der schottische Chirurg Joseph Baron Lister (1827–1912) demonstrierte unter Berufung auf Semmelweis 1867, dass das Besprühen des Operationsfelds mit desinfiziertem Karbol zu einem drastischen Rückgang der Operationsmortalität führte, und eine Ärztesgeneration später setzte sich die Umsetzung von Hygienemaßnahmen bei Frauen im Kindbett durch. Medizinhistorisch sei die These erlaubt, dass die Dramatik des Falls Semmelweis mit dazu beitrug, dass die nächste Generation von Geburtshelfern mit ihren überzogenen Hygienemaßnahmen und der damit verbundenen frühen Trennung von Mutter und Säugling im Rahmen einer Reaktionsbildung deutlich übers Ziel hinausschoss.

Der Begründer der englischen Sozialpädiatrie Sir James C. Spence (1947) eröffnete bereits 1925 ein Krankenhaus für Säuglinge in Newcastle Upon Tyne mit dem expliziten Ziel, dass die Mütter ihre Säuglinge selbst versorgen. Jackson (1946,

1948) und Barnett (1947) führten in den 1940er Jahren in den USA in der Geburtshilfe das Rooming-in ein im Sinne einer gemeinsamen Unterbringung von Mutter und Neugeborenem in einem Raum der Wochenstation. Erneut spielte die Hygiene, diesmal allerdings die Psychohygiene, eine Rolle beim Plädoyer für dieses Betreuungssetting: Die Autoren führten explizit psychohygienische Gründe für die Einrichtung von Rooming-in-Einheiten an. Sie plädierten für eine integrierte Pflege von Mutter und Kind, um die Mutter sicherer im Umgang mit ihrem Neugeborenen aus der Klinik zu entlassen und die Entwicklung der frühen Mutter-Kind-Beziehung zu fördern, anstatt sie zu belasten. Dieser Ansatz wurde in der BRD erst in den 1970er Jahren aufgegriffen, nachdem – über die Frauenbewegung der 1960er Jahre – in der Bevölkerung zunehmend Kritik an der weitreichenden Technisierung der Geburtshilfe artikuliert wurde, die Hausgeburt wieder in die Diskussion kam und Frauen dazu übergingen, Entbindungskliniken nach Kriterien des dort angebotenen Betreuungskonzepts im Sinne einer familienorientierten Geburtshilfe zu wählen. Weiter rezipiert und differenziert wurde das ursprüngliche Konzept in der Pädiatrie. Bei Erkrankungen des Säuglings, aber auch älterer Kinder, wurden die Eltern zur Verbeugung von Hospitalismussyndromen auf die Kinderstation mit aufgenommen.

Die Arbeiten der Psychoanalytiker René Spitz (z. B. Spitz 1945) in New York, Anna Freud und John Bowlby in London (z. B. Bowlby 1956 und 1958) fokussierten nachdrücklich nicht nur die frühkindliche Entwicklung, sondern speziell auch die störanfällige Bindung zwischen Mutter, Säugling und Kleinkind. Insbesondere Spitz et al. beschrieben 1946 die schweren Schäden bis hin zur anaklitischen Depression bei Babys, die von ihren Müttern getrennt wurden. Diese Forschungsergebnisse förderten die Entwicklung von Rooming-in in Geburtshilfe und Pädiatrie, doch welche Wirkung entfalteten sie in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie? Im Unterschied zu den somatischen Fächern, die primär das Kind im Auge haben und präventive Ziele verfolgen, fokussiert die Psychiatrie ja darüber hinaus die postpartale psychische Erkrankung der Mutter und die daraus resultierenden Überforderungen angesichts der neuen Anforderungen, die mit Geburt, Versorgung und Pflege eines Säuglings verbunden sind.

Gwenyth Douglas publizierte als Erste 1956 eine Fallserie mit guten Ergebnissen hinsichtlich der mütterlichen Kompetenzen nach der Entlassung von sechs psychotischen Müttern, die zusammen mit ihren Säuglingen behandelt worden waren. Interessanterweise fanden die Behandlungen in enger Kooperation zwischen psychiatrischer, geburtshilflicher und pädiatrischer Abteilung im West Middlesex Hospital in Großbritannien statt. An biologischen Therapiemöglichkeiten standen in den 1950er Jahren Insulinkur und EKT zur Verfügung, Chlorpromazin war 1953 als erstes Psychopharmakon gerade am Horizont aufgetaucht. Douglas begründete die Mitaufnahme des Säuglings mit ihrer klinischen Erfahrung, dass bei postpartalen Psychosen die Trennung von Mutter und Säugling zu häufigen Exazerbationen der mütterlichen Erkrankung nach der Entlassung führte und zu einer Störung der Mutter-Kind-Beziehung. Nach damaligen gängigen psychoanalytischen Vorstellungen (Deutsch 1947) vermutete die Autorin bei allen Wochenbettpsychosen, unabhängig von ihrem psychopathologischen Bild, eine unbewusste Feindseligkeit der Mutter gegenüber dem Neugeborenen. Dieser unerträgliche Konflikt im Wochenbett führe zu einem Zusammenbruch der Persönlichkeitsstruktur, zu einer Reaktualisierung der eigenen frühkindlichen Konflikte und münde schließlich in einem psychotischen Zustandsbild. Gleichzeitig ermögliche der primärprozesshaf-

te Zustand der Mutter einen leichteren psychotherapeutischen Zugang zu ihren ansonsten verdrängten Konflikten und Einstellungen zu sich und wichtigen Nächsten. Die Anwesenheit des Säuglings motiviere nachdrücklich die Mutter zur Psychotherapie und erleichtere einen deutenden Zugang zu ihren Konflikten, auf dass sie gemäß D. W. Winnicott »an ordinary devoted mother« werde.

Unter dem Eindruck von James C. Spence (1892–1954; »Die Trennung von Mutter und Kind beinhaltet immer eine doppelte Gefahr: Die Vernachlässigung der körperlichen und affektiven Gesundheit des Kindes sowie die Unterminierung der mütterlichen Zuversicht in ihre ureigensten Fähigkeiten«) entschloss sich T. F. Main, Ärztlicher Direktor des Cassel Hospitals in Surrey – ein psychiatrisches Fachkrankenhaus – 1948 als Erster wegen fehlender Versorgung des Kindes eine Patientin mit ihrem Kleinkind aufzunehmen. Main – einer der Väter der »therapeutischen Gemeinschaft« (Jones 1968) – begründete die Aufnahme der Kinder damit, dass diese der »Beruf« der Mutter seien und das Thema Arbeit keineswegs während einer Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus vernachlässigt werden dürfe. Er beschrieb, dass ihm bis 1954 eigentlich nicht bewusst war, seelisch erkrankte Mütter zu behandeln, vielmehr sei er davon ausgegangen, neurotisch gestörte Frauen zu therapieren, die aufgrund äußerer Gegebenheiten ihre Kleinkinder und Säuglinge mit ins Krankenhaus bringen mussten. Main führt aus, dass er nach einer hilfreichen Beratung und dem kollegialen Austausch mit Gwenth Douglas 1955 die bewusste Entscheidung traf, zukünftig Mütter nur noch mit ihren Kindern aufzunehmen. Er schreibt: »Bisher wurde bemerkenswert wenig über mütterliche Eigenschaften und ihre Störungen publiziert. Dabei braucht die Psychiatrie die Rahmenbedingungen, um schwere Störungen der Mutter-Kind-Beziehung zu beobachten und zu beschreiben.«

Als er 1958 seinen Artikel publizierte, lebten 18 Säuglinge und Kleinkinder Seite an Seite mit den mütterlichen Patientinnen in dem 100-Betten-Fachkrankenhaus. Es gab keine eigene Mutter-Kind-Einheit, die Mütter wurden mit ihren Kindern auf einer der vier 25-Betten-Stationen aufgenommen. Im Rahmen des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft wurden die durch die Anwesenheit der Kinder entstandenen Probleme – wie z. B. die benötigte Ruhe zu den Schlafzeiten der Babys, das Waschen der Windeln sowie das Herstellen und Reparieren von Kindermöbeln – nach und nach durch Diskussionsrunden zwischen allen Patienten und dem therapeutischen Team gelöst. So beschloss die Gemeinschaft zum Beispiel, dass die Mütter und ihre Kinder gesonderte Essenszeiten erhalten, ein Gemeinschaftsraum in ein Spielzimmer für Kinder umgewandelt und eine Stunde der Fernseher für sie reserviert wurde. Zu Beginn der gemeinsamen Mutter-Kind-Behandlung hatten viele Patienten der Klinik Einwände, vor allem in den Wintermonaten, wenn die Kinder drinnen bleiben mussten. Diese relativierten sich aber rasch und nur selten mussten einschränkende Maßnahmen ergriffen werden. Feindseligkeit von anderen Patienten gegenüber den Kindern war kein großes Problem, nur in einem Fall wurde die Aufnahme eines Patienten – mit Tötungsimpulsen gegenüber Kindern – abgelehnt. Jede Mutter lebte zusammen mit ihrem Kind samt Spielzeug in einem eigenen Zimmer. Den Bedenken des Teams, die Kleinkinder mit ihren Müttern in einem Zimmer schlafen zu lassen, stellte Main die Tatsache gegenüber, dass dieses ja auch die häusliche Normalität der Patientinnen und ihrer Kinder sei. Main betonte, wie die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung und die gegenseitige Unterstützung der Mütter dazu führte, dass schwer kranke, passive und dependente Mütter rasch aktiviert und einen psychotherapeutischen Zugang zu ihrer Störung fanden. Das

Krankenhaus förderte primär die mütterliche Autonomie und bot nur dort Unterstützung, wo zwingend notwendig. Unter diesen Rahmenbedingungen wurden bis zu drei Kinder pro Mutter aufgenommen, manchmal musste Schulunterricht für ältere Kinder arrangiert werden. Gelegentlich – im Falle einer psychischen Erkrankung des Vaters – wurde die ganze Familie aufgenommen und behandelt. Sogar Familienzimmer, für den Besuch der Väter am Wochenende, wurden angeboten.

Aus heutiger Sicht ist die Arbeit von Main auch unter dem Aspekt interessant, dass er für viele diagnostische und therapeutische Herausforderungen die bis zum heutigen Tag Mutter-Kind-Einheiten beschäftigen, erste Lösungsansätze suchte. So wurde bspw. die Aufnahmeindikation durch den Hausbesuch einer psychiatrischen Fachkrankenschwester gestellt, welche den Dringlichkeitsgrad einer gemeinsamen Aufnahme der Familie erfasste und die zu erwartenden Behandlungs- und Pflegeprobleme antizipierte. Der Hausbesuch ermöglichte auch die problemlosere Integration des Ehemanns in die Behandlung, sodass das Krankenhaus keine Konkurrenz zum gemeinsamen Heim darstellte. Besonders bemerkenswert ist, dass Main bereits 1958 von der zuständigen Behörde zehn Betten – in einem Fachkrankenhaus für Erwachsenenpsychiatrie – für die explizite Behandlung schwer gestörter Kinder zugewiesen und finanziert bekam.

Im Cassel Hospital wurden hauptsächlich neurotische und depressive Störungen behandelt bis hin zu schweren postpartalen depressiven Zuständen, einschließlich infantizidaler Fantasien und Wünsche, nicht jedoch Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder schwerere Störungen, die zu einer Zwangseinweisung führten. Die Therapie fand hauptsächlich in Form von Psychotherapie statt, und die durchschnittliche gemeinsame Behandlungsdauer von Mutter und Kind lag bei 6,05 Monaten (SD: 1,81). Main beschreibt, wie rasch die Kinder indirekt von der Besserung des mütterlichen Zustands profitierten und der gesamten Familie die sonst leider häufige fulminante Familienkatastrophe erspart blieb, die üblicherweise nach einer psychischen Dekompensation der jungen Mutter im Postpartum erfolgte. In einer nichtsystematischen schriftlichen Nachuntersuchung fand er die positiven Behandlungsergebnisse bezüglich der Mutter-Kind-Beziehung insbesondere bei den Säuglingen bestätigt.

Eine erste, Hypothesen geleitete systematischere Untersuchung der Vor- oder Nachteile der gemeinsamen Mutter-Säugling-Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgte von Baker et al. Während in der damaligen Literatur (z. B. Hemphill 1952) der postpartalen Schizophrenie eine schlechte Prognose attestiert wurde, vermuteten Baker und Kollegen (1961) bei postpartalen Psychosen eher eine gute Prognose, da die erste psychotische Phase unter dem Geburtsstress bei Frauen exazerbierte, die ein gewisses Ausmaß an Reife und sozialer Integration erreicht hätten. Die übliche klinische Praxis, Mutter und Säugling nach Aufnahme ins psychiatrische Krankenhaus zu trennen, sahen Baker et al. als ursächlich für eine prognostische Verschlechterung und sie erwarteten von der gemeinsamen Aufnahme von Mutter und Säugling einen therapeutischen Effekt. Erste klinische Erfahrungen zeigten, dass schizophren erkrankte Mütter eher dazu neigten ihre Kinder zu vernachlässigen als ihnen zu schaden, und 1959 eröffnete Baker im Banstead Hospital in Surrey eine 8-Betten Mother-Baby-Unit (MBU). Es wurden alle Patientinnen mit einer postpartalen Psychose einschließlich katatonen Erregungszustände aufgenommen sowie ihre bis zu einem Jahr alten Säuglinge. Die Behandlung erfolgte durch EKT und Chlorpromazin, auf eine deutende Psychotherapie wurde verzichtet, dafür wurde ein von emotionaler Wärme und Unterstützung geprägtes

Stationsklima angeboten. Baker beschreibt, dass die schizophren erkrankten Mütter auch unter EKT und Chlorpromazinmedikation durchgehend und problemlos ihre Säuglinge stillen konnten, die Babys keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung zeigten und deutlich zufriedener als die mit der Flasche versorgten.

Die Autoren verglichen 20 Mütter der MBU mit 20 Müttern, die ohne Säugling vom selben Psychiater behandelt worden waren. Beide Gruppen waren erstgebärend, vergleichbar hinsichtlich Alter, Ersterkrankung und familiärer genetischer Belastung. Anhand des »Wittenborn Score« – ein Instrument zur Erfassung des Schweregrads der Psychopathologie – zeigte sich, dass die Mütter der MBU bei Aufnahme einen höheren Punktwert hatten, als jene Mütter, die ohne Säugling behandelt wurden (34,6 zu 29,4).

Bei Entlassung kam es zu einer Umkehr der Werte (13,6 zu 17,6), d. h. die mit ihren Kindern gemeinsam aufgenommenen Mütter zeigten eine bessere Reaktion auf die Therapie, obwohl sie bei der Aufnahme merklich kränker waren. Die Verweildauer war bei den Patientinnen der MBU deutlich kürzer (11 statt 17 Wochen) und die Reexazerbationsrate innerhalb von sechs Monaten signifikant niedriger (3/20 statt 10/20). Besonders bemerkenswert und eindrucksvoll war die Tatsache, dass alle 20 Mütter der MBU die volle Verantwortung für ihre Babys übernehmen konnten, während in der Vergleichsgruppe sieben der 20 Mütter dazu nicht in der Lage waren. Die Behandlungsergebnisse für die ersten 40 Mütter der MBU waren im Vergleich zu den ersten 20 nahezu identisch.

Eine weitere Pioniereinheit wurde am Shenley Hospital in der Nähe von St. Albans eröffnet; im Jahre 1956 nahm Bardon hier erstmals eine Mutter mit ihrem Säugling auf. Im Jahre 1959 wurde eine fünf bis zehn Betten-Einheit mit einem großen Spielzimmer eröffnet. In psychotherapeutischer Hinsicht wurden die aufgrund der Trennung entstandenen Schuldgefühle der Mutter gegenüber ihren Kindern fokussiert. Bardon schreibt: *»Bei Verlängerung der Trennung entsteht eine sukzessive Erlahmung der Sehnsucht und der Sorge für die Kinder, was wiederum die Entstehung von Schuldgefühlen beschleunigt, die dazu führen, dass eine Mutter sich nur widerstrebend um ihre Kinder kümmert.«*

In der Literatur finden sich weitere Publikationen zu Konzeptdarstellungen (z. B. Glaser, 1962 über die o. g. MBU am Shenley Hospital) und Behandlungsmethoden. So beschreiben Fowler und Brandon (1965) als Erste eine sogenannte Mother-Baby-Facility (MBF) – im Unterschied zu den MBUs deutlich kleiner mit zwei bis drei Betten, typischerweise aber in eine allgemeinspsychiatrische Station integriert. Nach Eröffnung der Einheit nahm die Zahl der Entlassungen gegen ärztlichen Rat deutlich ab, und die Atmosphäre und Stimmung auf der gesamten Station besserte sich nachdrücklich. Die deutliche Ausbreitung in ganz Großbritannien der gemeinsamen Mutter-Kind-Behandlung in den 1970er und 1980er erfolgte bevorzugt durch die Einrichtung von MBFs.

Bardon et al. publizierten 1968 im BMJ eine erste Studie mit dem Ziel statistisch besser abgesicherte Ergebnisse hinsichtlich der positiven Wirkung von MBUs bei der Behandlung perinataler psychischer Störungen nachzuweisen. In der Zeit von August 1959 bis Mai 1965 wurden 193 Mütter mit ihren Kindern behandelt, bei den 115 der in die Studie eingeschlossenen Patientinnen handelte es sich um rein peripartale psychische Störungen (60 % Depressionen, 10,4 % Manien, 27,8 % Schizophrenien, 1,7 % Neurosen). Die Mütter wurden von 131 Kindern begleitet, davon 16 Zwillingen. Das Durchschnittsalter der 115 Mütter lag bei 28,3 Jahren, 61 waren Erstgebärende; das Durchschnittsalter der Säuglinge lag bei 13 Wochen. Trotz des hohen

Prozentsatzes an depressiver Störungen erkrankten über 70 % der Mütter innerhalb der ersten vier Wochen nach der Entbindung, bei knapp 48 % handelte es sich um das Rezidiv einer bekannten psychischen Störung. Aus diesen Daten können wir schlussfolgern, dass Bardon und Kollegen die typische schwerkranke Klientel eines psychiatrischen Fachkrankenhauses behandelten und untersuchten.

In therapeutischer Hinsicht wurden Antidepressiva, Tranquilizer (majore und minore – d. h. Neuroleptika und Benzodiazepine), EKT und stützende Psychotherapie eingesetzt. Nur fünf Patientinnen erhielten EKT, insbesondere bei Suizidalität und ausgeprägten manischen Verhaltensstörungen. Die Psychotherapie erfolgte als supportive oder deutende Einzeltherapie und alle Patientinnen nahmen an einer regelmäßigen psychodynamischen Gruppentherapie teil. Bemerkenswert ist die Erfahrung des therapeutischen Teams, dass die Diagnose der Patientin keine valide Einschätzung ihrer mütterlichen Kompetenzen gegenüber dem Säugling ermöglichte: Einige Mütter mit psychotischen Erkrankungen erwiesen sich als sehr fürsorglich, einige Mütter mit neurotischen Störungen zeigten kein Interesse an der Versorgung des Babys. Wie bereits in der Studie von Baker et al. (1961) lag die durchschnittliche Verweildauer der MBU mit sieben Wochen erneut unter der Verweildauer einer Vergleichspopulation von peripartal erkrankten Müttern, die ohne ihren Säugling behandelt wurden.

Als primäre Behandlungsziele einer MBU betonten Bardon et al. zum einen die Etablierungen einer guten und gegenseitig befriedigenden Mutter-Kind-Beziehung, zum anderen die Behandlung der mütterlichen peripartalen psychiatrischen Erkrankung. Von den 115 Fällen verstarben drei Patientinnen während der stationären Behandlung, bei zwei handelte es sich um einen Suizid außerhalb der MBU; es kam zu keinem Infantizid. Von den 112 Müttern konnten bei Entlassung 50 symptomfrei die volle Versorgung des Säuglings verantwortlich übernehmen. Von den 62 Patientinnen mit einer gewissen Restsymptomatik waren 50 voll in der Lage, das Baby zu versorgen, sechs brauchten Unterstützung bei der Versorgung ihres Kindes und sechs waren nicht in der Lage, sich ausreichend gut um das Baby zu kümmern. Insgesamt wurde also bei über 89 % nach der Entlassung ein befriedigendes Behandlungsergebnis hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung erreicht. In einer Follow-up-Untersuchung, durchschnittlich 32 Monate nach Entlassung, konnten 81 Mütter erreicht werden. Bezüglich der Mutter-Kind-Beziehung und der eigenen Symptomatik waren 51,8 % in einem guten, 33,3 % in einem ausreichend guten und 14,8 % in einem schlechten Zustand.

Die Autoren schlussfolgerten, dass die Behandlung in einer MBU bei 89 % der nicht selektierten und peripartal erkrankten Patientinnen eines psychiatrischen Fachkrankenhauses zu guten Ergebnissen hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung führte. Sie empfahlen, in zukünftigen Studien die psychophysische Entwicklung der Kinder der Patientinnen über mindestens fünf Jahre begleitend zu untersuchen. Der Bedarf an stationären Behandlungsplätzen war durchgehend höher als die Bettenzahl der MBU; postpartal exazerbierte Neurosen und Persönlichkeitsstörungen zeigten eine längere Verweildauer und schlechtere Behandlungsergebnisse als postpartale Psychosen, die innerhalb einer stabilen Ehe auftraten. Nachdem Bardon et al. diese Erfahrungen als Aufnahmekriterium einsetzten, sank bei einer weiteren Untersuchung an 97 Patientinnen zwischen Mai 1965 und November 1967 die Verweildauer von 7 auf 4,3 Wochen.

Die Weiterentwicklung der MBU und MBF in Großbritannien zeigte sich in zwei landesweiten Untersuchungen in England und Wales. Aston et al. (1986) erhielten

in ihrer Befragung Antworten von 293 der 305 Fachkrankenhäuser und Abteilungen für Psychiatrie aus England und Wales. Von den 305 Kliniken boten 149 die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung an, davon 141 als stationäre und acht als tagesklinische Behandlung. In den 294 Betten (5,8 auf 1 Million Einwohner) wurden 1.209 Fälle im Jahr (1,9 auf 1.000 Geburten) behandelt. Von den 149 Einheiten war die Mehrzahl eine MBF mit einem bis drei Betten, sieben MBU hatten acht bis zehn Betten. Eine weitere Untersuchung von Prettyman et al. (1991) – diesmal nicht direkt an die Krankenhäuser, sondern an die Gesundheitsbehörden von England und Wales gerichtet – erfasste 133 Betten (ca. zwei auf 1 Million Einwohner), eine beeindruckende Reduzierung von mehr als der Hälfte in fünf Jahren.

Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Ökonomisierungszwangs im englischen Gesundheitswesen äußerten sich Kumar et al. (1995) besorgt hinsichtlich der Bettenreduzierung und Schließung von MBU und MBF ab den 1990er Jahren und wiesen nachdrücklich darauf hin, dass die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung sowie die Therapie der erkrankungsbedingten häufigen Bindungsstörungen zwischen Mutter und Säugling notwendigerweise zu höheren Personalkosten in Höhe des 1,5- bis zweifachen Tagespflegesatzes führten. Kumar und Kollegen fanden in ihrer Studie drei primäre Behandlungsziele einer MBU gesichert:

- Die Behandlung und Wiederherstellung von Müttern, die eine akute und schwere postpartale psychotische Störung entwickeln, typischerweise mit einer guten Prognose.
- Die Behandlung und Rehabilitation von Frauen, die kürzlich ein Kind entbunden hatten und anamnestic an einer vorbestehenden oder chronischen psychischen Erkrankung litten, in einigen dieser Fälle konnte die Prognose hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung weniger günstig sein.
- Die Beurteilung des aktuellen oder potenziellen Risikos für die Kinder im Kontext der mütterlichen psychischen Erkrankung sowie die primäre Prävention der Säuglinge hinsichtlich einer eigenen psychischen Erkrankung in der Zukunft.

Die Studie von Kumar et al. untersuchte 100 konsekutive Aufnahmen in den Jahren 1988 bis 1989 der MBU der Bethlem Royal and Maudsley Hospitals, eine Mutter-Kind-Einheit mit acht Betten. In diagnostischer Hinsicht waren 20 Mütter postpartal an einer Schizophrenie, 56 an einer affektiven Psychose und 24 an einer postpartalen nichtpsychotischen Störung erkrankt. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei zwei Monaten. In der Gruppe der Mütter mit einer postpartalen affektiven Psychose und nichtpsychotischen Störung wurden 93 % zusammen mit ihren Säuglingen entlassen, dieser Prozentsatz sank auf 50 % bei den schizophren erkrankten Müttern. Die Autoren machten auf den Mangel an Richtlinien aufmerksam hinsichtlich der Einschätzung des aktuellen oder zukünftigen Schädigungsrisikos der Kinder im Zusammenhang mit der mütterlichen psychischen Erkrankung.

In Frankreich erfolgten die ersten gemeinsamen Mutter-Kind-Behandlungen in den 1960er Jahren (Racamier et al. 1961), die erste eindeutige MBF mit drei Betten wurde 1979 in einer Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Créteil bei Paris eröffnet (Isserlis et al. 1980). Gegen Ende der 1990er Jahre existierten in Frankreich 17 Mutter-Kind-Einheiten, davon sechs im Großraum Paris und elf über das ganze Land verteilt (Sutter et al. 1998). Während in England die MBU vor allem in der Erwachsenenpsychiatrie angesiedelt sind, entwickelte sich in Frankreich ein Schwerpunkt bei psychoanalytisch orientierten Kinderpsychiatern (Cazas et al. 2004).

In Australien wurde 1983 im Bundesstaat Victoria im Larundel Psychiatric Hospital (Buist et al. 1989) die erste Mother-Baby-Unit nach englischem Vorbild eröffnet. Im internationalen Vergleich zeigte Australien in 2004 eine gute Versorgung mit MBU (Buist et al. 2004). In Neuseeland gibt es seit den 1990er Jahren in Christchurch ein integriertes ambulantes und stationäres Angebot (The Christchurch Mothers and Babys Psychiatric Service) für Frauen ab dem zweiten Schwangerschaftstrimester und Mütter mit ihren bis zu einjährigen Säuglingen (Wilson et al. 2004).

In Deutschland entwickelte sich – in Analogie zum Rooming-in in Geburtshilfe und Pädiatrie – auch in der Psychiatrie die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung erst eine Generation später: W. Hartmann (1981) nahm 1975 in Göttingen aus einer äußeren Notlage heraus erstmals einen Säugling zusammen mit seiner Mutter auf, die an einer paranoiden Wochenbettpsychose erkrankt war. Von 1975 bis 1981 wurden von Hartmann elf gemeinsame Fälle beschrieben, er benannte folgende drei Gründe: Das schrittweise Einüben der Säuglingspflege und damit verbunden eine gut zu steuernde Belastung der Mutter bei der Übernahme der Versorgung, die emotionale Entlastung der Mutter sowie die Förderung ihrer Compliance sich ausreichend lang stationär behandeln zu lassen, und als zentralen Punkt die Förderung der Mutter-Kind-Beziehung. Nach Hartmann wurden durch die gemeinsame Behandlung nicht nur drohende Schäden für das Kind und die Mutter-Kind-Beziehung vermieden, auch die Genesung der Mutter schritt rascher voran und sie war bei der Entlassung sicherer im Umgang mit ihrem Kind. Letzteres verminderte die Rückfallgefahr und stabilisierte die Mutter-Kind-Beziehung. Hartmann empfahl die gemeinsame Aufnahme mit einem Kleinkind, wenn die Beziehung zum Kind im Mittelpunkt einer neurotischen Symptomatik stand.

Weitere Rooming-in-Angebote bestanden an der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin (von 1986 bis 1995 wurden immerhin 35 Fälle behandelt), der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen sowie an den Rheinischen Kliniken Bonn.

Freyberger et al. (1996) beschrieben 15 Fälle, die von 1990 bis 1994 in Lübeck behandelt wurden. Es zeigte sich dabei, dass Mütter mit schwerwiegenden nicht-psychotischen psychiatrischen Störungen, die zwingend einer stationären Behandlung bedurften, sich differenziert mit einem Rooming-in-Ansatz behandeln ließen; das Alter der Kinder variierte von einem Monat bis 36 Monate. Die gemeinsame Behandlung erlaubte eine adäquatere Diagnostik der Interaktionsprobleme zwischen Mutter und Kind, und unter Einbeziehung des multidisziplinären Teams deren gezieltere Therapie. Des Weiteren ermöglichte der Rooming-in-Ansatz in besonderer Weise das Herausarbeiten und Aufarbeiten von Zusammenhängen zwischen biografisch relevanten Ereignissen und den mit der Geburt und Versorgung des Kindes verbundenen Aktualkonflikten.

Ab Mitte der 1970er Jahre bis Ende der 1990er Jahre wurde also die gemeinsame Mutter-Kind-Behandlung in Deutschland nur in wenigen psychiatrischen Zentren fallweise durchgeführt. Die Arbeiten von HP Hartmann (1997) sowie die Publikation von Lanczik und Brockington im *Deutschen Ärzteblatt* im gleichen Jahr erbrachten eine gewisse Trendwende.

HP Hartmann sammelte in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Weilmünster ab 1989 kontinuierlich, gerade in der ersten Zeit auch sehr ambivalente und das therapeutische Team stark belastende Erfahrungen bei der gemeinsamen Behandlung der Mütter mit ihren Säuglingen und Kleinkindern. So führte die erste (und auch hinsichtlich der Mutter-Kind-Beziehung erfolgreiche!) Behand-

lung einer Patientin mit der zweiten Phase einer schizophrenen Wochenbettpsychose dazu, dass das Mutter-Kind-Projekt erstmals wieder für zwei Jahre ruhte. In der Zeit von 1989 bis Sommer 2005 wurden in Weilmünster 43 Mutter-Kind-Paare behandelt, davon allein 33 in den letzten 2,5 Jahren, d. h. ab ca. 2003 gehörte die Mutter-Kind-Behandlung zum Klinikalltag. Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 71 Tagen mit einer Variationsbreite von vier bis 158 Tagen, lagen in diagnostischer Hinsicht 14 Wochenbettpsychose, 14 chronische Psychose, die postpartal exazerbierten, vier affektive Störungen, zwei organische Psychose, zwei Suchterkrankungen sowie sieben Neurosen und Persönlichkeitsstörungen vor. In sieben Fällen kam das Kind nach Entlassung in Pflege (sechs chronische Psychose, eine organische Psychose). Hinsichtlich der psychotherapeutischen und pädagogischen Einwirkungen auf Mutter und Kind griff Hartmann in seinem Behandlungskonzept auf psychoanalytisches, kinderanalytisches und bindungstheoretisches Wissen zurück. Er beschrieb sehr praxisnah die unterschiedlichen Erfahrungen der therapeutischen Teams, die Behandlungsbedürfnisse der Kinder sowie die therapeutischen Erfolge und die erkrankungsbedingten Grenzen in der Therapie der Bindungsstörung zum Kind bei den psychotischen, depressiven oder persönlichkeitsgestörten Müttern. Die gute Prognose der Mutter-Kind-Beziehung fand Hartmann bei Wochenbettpsychose bestätigt, empfahl aber auch bei chronisch-schizophrenen Müttern eine gemeinsame Behandlung und riet zur Einrichtung von solitären Mutter-Kind-Einheiten, da die Mütter und ihre Familien diese viel eher akzeptierten. Schlussendlich betonte Hartmann die große sozialpsychiatrische Bedeutung von leistungsfähigen ambulanten Betreuungsangeboten für psychisch kranke Mütter und ihre Kinder.

Die Übersichtsarbeit von Lanczik und Brockington (1997) im *Deutschen Ärzteblatt* fokussierte erstmals die Aufmerksamkeit der gesamten deutschen Ärzteschaft auf die besondere Problematik der Peripartalpsychiatrie. Um die Benachteiligung postpartal psychisch erkrankter Frauen zu beenden und die Chance der Primärprävention für die Kinder der erkrankten Mütter zu nutzen, forderten die Autoren in Anlehnung an die Zahlen aus England (typische MBU in Birmingham mit 80 stationären Aufnahmen auf eine Million Einwohner und fünf stationären Geburten auf 1 000 Geburten, durchschnittliche Auslastung der Bettenkapazität 96 %, mittlere Verweildauer 44 Tage) für die Bundesrepublik mindestens 9,6 Mutter-Kind-Betten pro eine Million Einwohner. Bezogen auf die Bevölkerungszahl und die Geburtenrate in Deutschland errechneten sie für die Bundesrepublik 750 Betten zur stationären Aufnahme von psychisch kranken Müttern mit ihren Kleinkindern.

In der deutschsprachigen psychiatrischen Fachliteratur erschien – ebenfalls 1997 – eine erste umfassende Übersichtsarbeit von Riecher-Rösser zu psychischen Störungen und Erkrankungen nach der Entbindung (Baby-Blues, postpartale Depression und Postpartalpsychose).

Die Gründung der deutschen Sektion der internationalen Marcé-Gesellschaft (www.marce-gesellschaft.de) im Dezember 2000 sowie der – unter der Organisation und Leitung von Lanczik im Frühjahr 2001 in Berlin durchgeführte – 1. World Congress on Women's Mental Health förderten in der deutschen Psychiatrie eine Dynamik, die von vereinzelt »Rooming-in-Angeboten« hin zu weiteren, konzeptuell sehr differenzierten Mutter-Kind-Einheiten (z. B. Turmes 2003; Hornstein et al. 2006, 2007; Lier-Schehl 2003, 2008) tendierte. Diese Entwicklung bildete sich kontinuierlich auf der Homepage (www.schatten-und-licht.de) der Selbsthilfe-Organisation »Schatten und Licht – Krise nach der Geburt« e. V. ab (z. B. Surholt 2005).

1.2 Bedarfsanalyse und Ist-Soll-Abgleich

Um eine erste bundesweite Datenerfassung bezüglich der stationären und teilstationären Mutter-Kind-Behandlungen durchzuführen, gründete sich im Jahre 2005 unter der Federführung von Turmes et al. (2007) der Arbeitskreis »Qualitätssicherung in der Mutter-Kind-Behandlung« der deutschen Sektion der internationalen Marcé-Gesellschaft. Im Mai 2005 wurden bundesweit alle Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, alle Fachkrankenhäuser (einschließlich Tageskliniken) für Psychiatrie und Psychotherapie sowie alle Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie an somatischen Krankenhäusern angeschrieben, mit der Bitte, einen Kurzfragebogen (s. **Abb. 1**) zur Erfassung von tagesklinischen und stationären Behandlungsplätzen, zur Anzahl der Behandlungsfälle auszufüllen und ggf. zusammen mit den Unterlagen zum Behandlungskonzept zurückzusenden.

Insgesamt gibt es in 64 Einrichtungen die Möglichkeit einer integrativen Unterbringung.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	4	5,2	5,9	5,9
	Ja	64	83,1	94,1	100,0
	Gesamt	68	88,3	100,0	
Fehlend	System	9	11,7		
Gesamt		77	100,0		

68 Stationen werden als gemischtgeschlechtlich geführt. Drei sind reine Frauenstationen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	reine Frauenstation	3	3,9	4,2	4,2
	gemischtgeschlechtlich	68	88,3	95,8	100,0
	Gesamt	71	92,2	100,0	
Fehlend	System	6	7,8		
Gesamt		77	100		

Auf 66 Stationen werden auch andere Krankheitsbilder therapiert.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	auch andere Krankheitsbilder	66	85,7	93,0	93,0
	nein	5	6,5	7,0	100,0
	Gesamt	71	92,2	100,0	
Fehlend	System	6	7,8		
Gesamt		77	100,0		

Folgende Anmerkungen sind noch zu machen:

- die durchschnittliche stationäre Fallzahl 2004 der Kliniken liegt bei 2.602, 42 Fällen. Im Maximum 9.366 und im Minimum 432.
- die durchschnittliche tagesklinische Fallzahl 2004 der Kliniken liegt bei 318,69 Fällen. Im Maximum 900 und im Minimum 80.
- 19 Anlagen wurden beigefügt

Abb. 1: Kurzfragebogen zur Erfassung von tagesklinischen und stationären Behandlungsplätzen