

Begleitung von Eltern bei einem Kindsverlust

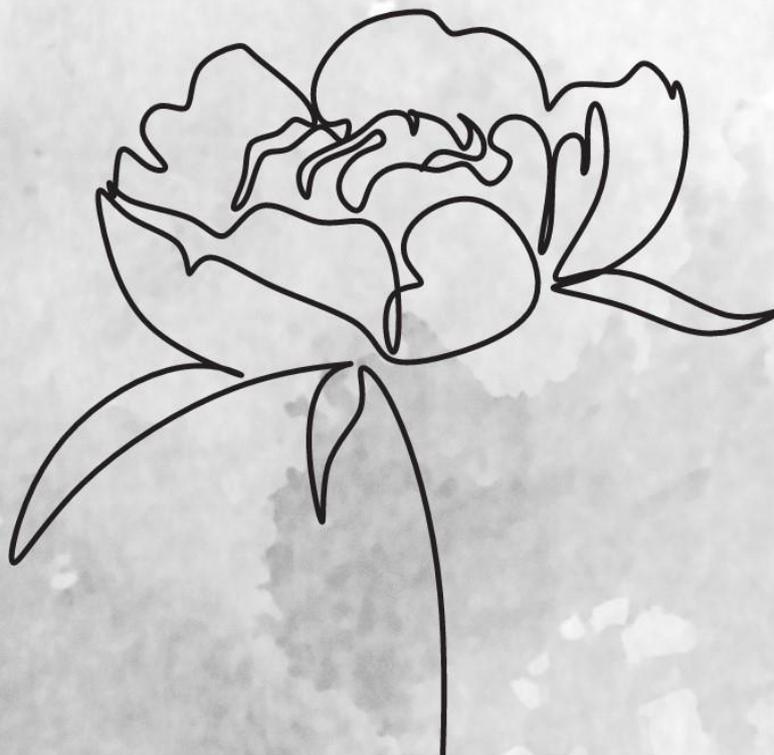
Zuständigkeitsbereiche und Handlungspotenziale
der Sozialen Arbeit

Bachelorarbeit

Janine Brand und Nadine Pfyffer

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Juli 2023



Bachelorarbeit

Ausbildungsgang: Sozialarbeit

Kurs: VZ 2020-2023

Janine Brand und Nadine Pfyffer

Begleitung von Eltern bei einem Kindsverlust

Zuständigkeitsbereiche und Handlungspotenziale der Sozialen Arbeit

Diese Arbeit wurde am **31. 07.2023** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2023

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel «Begleitung von Eltern bei einem Kindsverlust». Zuständigkeitsbereiche und Handlungspotenziale der Sozialen Arbeit» ist eine Literaturarbeit und gibt einen detaillierten Einblick in das tabuisierte Thema des Kindsverlusts. Wenn Eltern ein Kindsverlust erleben, sind sie mit diversen Herausforderungen konfrontiert. Durch fehlende Anerkennung des Elternseins und der entrechteten Trauer wird die Bewältigung umso mehr erschwert. Der Schlussbericht der Studie von Meier Magistretti et al. (2019) zeigt diverse Lücken in der Begleitung von betroffenen Eltern auf. Um diese Lücken zu schliessen, leiten Janine Brand und Nadine Pfyffer die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit her. Durch das dritte Mandat der Profession kann sich die Soziale Arbeit selbst den Auftrag erteilen, im Thema Kindsverlust tätig zu werden. Die klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit mit ihrer psychosozialen Perspektive und dem Fokus auf die soziale Dimension im Gesundheitswesen kann durch spezifische Interventionen einen optimalen Beitrag zur Unterstützung von betroffenen Eltern leisten. Es besteht grosses Handlungspotenzial die ambulante Begleitung durch die klinische Sozialarbeit auszubauen und in bestehende Organisationen zu integrieren. Das Potenzial liegt konkret in der Förderung der interprofessionellen Kooperation, der Sicherstellung eines lückenlosen Informationsflusses und der öffentlichen Sensibilisierungsarbeit. Dadurch besteht die Möglichkeit, eine ganzheitliche Begleitung der Eltern zu gewährleisten. Sozialarbeitende müssen spezifische Kompetenzen erwerben, um wichtige Aufgaben als Berater:in, Netzwerker:in und Trauerbegleiter:in zu übernehmen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	III
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Ziel und Fragestellung	2
1.3 Abgrenzung.....	3
1.4 Aufbau der Arbeit	4
2 Fakten zum Thema Kindsverlust	5
2.1 Begriffe zum Kindsverlust.....	5
2.2 Gesellschaftlicher Wandel der Anerkennung eines Kindsverlusts	6
2.3 Von der Diagnose bis hin zur postnatalen ambulanten Versorgung.....	7
3 Auswirkungen und Herausforderungen eines Kindsverlusts	11
3.1 Kindsverlust als Krise	11
3.2 Biopsychosoziale Auswirkungen bei einem Kindsverlust.....	13
3.2.1 Körperliche Auswirkungen	13
3.2.2 Psychische Auswirkungen.....	14
3.2.3 Soziale Auswirkungen.....	16
3.3 Die Entrechtung der Trauer als besondere Herausforderung.....	18
3.4 Rechtliche Bestimmungen zur Thematik.....	19
4 Theorie der Sozialen Arbeit zur Zuständigkeit bei einem Kindsverlust.....	22
4.1 Berufskodex der Sozialen Arbeit	22
4.2 Auftrag der Sozialen Arbeit nach Silvia Staub-Bernasconi	25
4.3 Unterstützung bei der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch	28
4.4 Mögliche Zuständigkeitsbereiche in der Begleitung von betroffenen Eltern	31
5 Praxis der klinischen Sozialarbeit zum Thema Kindsverlust.....	33
5.1 Klinische Sozialarbeit.....	33
5.2 Interprofessionelle Kooperation	36
5.3 Ambulante Versorgung bei einem Kindsverlust durch die klinische Sozialarbeit	39
5.3.1 Soziale Arbeit in der Arztpraxis	39
5.3.2 Fachstelle kindsverlust.ch als Nichtregierungsorganisation	42
5.4 Interventionen und Methoden der klinischen Sozialarbeit	44
5.4.1 Krisenintervention.....	46
5.4.2 Soziale Netzwerkarbeit.....	48
5.4.3 Psychosoziale Beratung	49
6 Schlussfolgerungen für die Praxis.....	51
6.1 Handlungspotenziale	51

6.2	Profil der klinischen Sozialarbeit in der Begleitung von betroffenen Eltern	54
6.2.1	Kompetenzen	54
6.2.2	Rollen und Aufgaben	58
6.3	Fazit	59
6.4	Ausblick.....	61
7	Literaturverzeichnis.....	64

Gemeinsame Autorenschaft: Janine Brand und Nadine Pfyffer

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Begriffe zur Thematik Kindsverlust (eigene Darstellung)	5
Abbildung 2: Übersicht zum Prozess und den involvierten Akteur:innen (eigene Darstellung auf Basis von Meier Magistretti et al., 2019)	7
Abbildung 3: Traumatische Krise (Cullberg, 1978, zit. in Sonneck et al., 2016, S. 16)	12
Abbildung 4: Mögliche Beiträge der klinischen Sozialarbeit (eigene Darstellung nach Dettmers & Spreng, 2007, S. 5).....	36
Abbildung 5: Soziale Arbeit als fehlendes Puzzleteil (leicht modifiziert nach Rüegg et al., 2022b, S. 18)	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich zwischen einer einfachen und einer komplizierten Trauerreaktion (leicht modifiziert nach Znoj, 2016a, S. 16)	16
Tabelle 2: Konzepte für die hospizliche und klinische Sozialarbeit (eigene Darstellung auf der Basis von Student et al., 2020, S. 103)	45
Tabelle 3: Sozialkompetenzen von Sozialarbeitenden in der Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust (eigene Darstellung)	55
Tabelle 4: Fachkompetenzen von Sozialarbeitenden in der Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust (eigene Darstellung)	56
Tabelle 5: Methodenkompetenzen von Sozialarbeitenden in der Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust (eigene Darstellung).....	56
Tabelle 6: Selbstkompetenzen von Sozialarbeitenden in der Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust (eigene Darstellung)	57
Tabelle 7: Synthese der Aufgaben (eigene Darstellung auf der Basis von Pauls, 2013; Rüegg et al., 2022b; Student et al., 2020)	58

1 Einleitung

Die Einleitung schafft einen Überblick zur gesamten Bachelorarbeit. Inhalt dieses Kapitels ist die Beschreibung der Ausgangslage, das Ziel und die dazugehörigen Fragestellungen, die Abgrenzung und zum Schluss der Aufbau der Arbeit.

1.1 Ausgangslage

Im Jahr 2021 beläuft sich die Zahl der Totgeburten auf 395 und somit ist die Totgeburtenrate in der Schweiz im Vergleich zum Vorjahr von 3.7 auf 4.4 pro 1'000 Geburten gestiegen (Bundesamt für Statistik, 2022). Diese Zahlen erscheinen zwar klein, jedoch ist ein Kindsverlust ein stark einschneidendes Ereignis für die betroffenen Eltern und deren Umfeld. Nur ein Bruchteil der betroffenen Frauen erhält professionelle Hilfe (Meier Magistretti et al., 2019, S. 5). Hinzu kommt, dass Tot- und Fehlgeburten¹ in der Gesellschaft tabuisiert sind und somit sehr selten darüber gesprochen wird (Funk, 2017, S. 7). Dies hat auch zur Folge, dass bloss Schätzungen zur Anzahl der Fehlgeburten vorliegen (Hirslanden, 2023). Es ist davon auszugehen, dass die Fehlgeburtenrate höher liegt, da nicht bei jeder Fehlgeburt eine Meldung gemacht wird. In der Schweiz wird geschätzt, dass jede fünfte Frau eine Fehlgeburt erleidet (ebd.). Stohn (2013) betont, dass Frauen bei einem Kindsverlust durch ein gesellschaftliches Netz fallen, da sie sich wie Eltern fühlen, gemäss dem Gesetz es aber nicht sind. Sie trauern um ein Kind, welches von der Gesellschaft nicht als solches angesehen wird (S. 57).

Der Schlussbericht der Studie von Meier Magistretti et al. (2019) zeigt diverse Lücken in der Unterstützung der betroffenen Eltern vom Diagnoseprozess bis zum ambulanten postnatalen Prozess auf. Die Studie belegt die Wichtigkeit von kontinuierlicher und ganzheitlicher Begleitung und Betreuung während dem ganzen Prozess, und dass diese den Eltern fehlte. Die Qualität der professionellen Begleitung und der Versorgung der Mütter beeinflusste das Auftreten von negativen Langzeitfolgen (ebd., S. 57). Meier Magistretti et al. (2019) erwähnen im Schlussbericht die am Prozess beteiligten Professionen. Darin wird die Soziale Arbeit nicht genannt. An diese Erkenntnisse soll die vorliegende Bachelorarbeit anknüpfen. Unter der Berücksichtigung der interprofessionellen Kooperation mit Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Hebammen² und Psycholog:innen soll die mögliche Zuständigkeit, Rolle, Kompetenzen sowie Aufgaben der Sozialen Arbeit abgeleitet werden.

Im Mittelpunkt steht die ambulante klinische Sozialarbeit sowie Handlungspotenziale für eine ganzheitliche Begleitung von Eltern, die von einem Kindsverlust betroffen sind.

¹ Die Definition der Bezeichnungen Totgeburt und Fehlgeburt folgt in Kapitel 2.1.

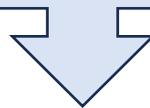
² Der Begriff Hebamme bezieht sich auf alle Berufsangehörige, einschliesslich männliche (Tegethoff, 2020)

1.2 Ziel und Fragestellung

Diese Bachelorarbeit legt den Fokus auf die ganzheitliche Begleitung der Eltern bei einem Kindsverlust. Diesbezüglich soll die Thesis die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit klären und mögliche Handlungspotenziale darlegen. Dazu dienen die untenstehenden Fragestellungen. Diese werden in separaten Kapiteln sukzessive abgehandelt und dienen als Leitfaden für die Arbeit.

Fragestellung 1

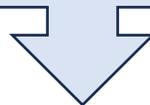
Was ist unter einem Kindsverlust zu verstehen und mit welchen möglichen Herausforderungen sind die betroffenen Eltern konfrontiert?



Die Beantwortung der ersten Fragestellung soll die wichtigsten Fakten rund um die Thematik aufzeigen und einen Überblick geben. Es soll verdeutlicht werden, welche Auswirkungen und Herausforderungen ein Kindsverlust mit sich bringen kann.

Fragestellung 2

Wie kann die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld Sterben und Tod zum Thema Kindsverlust hergeleitet werden?



Mithilfe ausgewählter Theorien der Sozialen Arbeit soll die Zuständigkeit hergeleitet werden. Dies ist zentral, da die Soziale Arbeit in diesem Themenfeld nicht erwähnt wird.

Fragestellung 3

Inwiefern kann die klinische Sozialarbeit zu einer ganzheitlichen Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust beitragen?

Die dritte und letzte Fragestellung behandelt die Verbindung der vorherigen Themen. Es sollen mögliche ambulante Akteure vorgestellt werden und die dazu gehörigen Interventionen. Zudem sollen die Handlungspotenziale sowie das Profil der klinischen Sozialarbeit im ambulanten Bereich ausgearbeitet werden.

1.3 Abgrenzung

Nicht untersucht werden freiwillige Schwangerschaftsabbrüche in Form von Abtreibungen. Der Prozess und die rechtlichen Bedingungen bei einem unfreiwilligen Abbruch unterscheiden sich von Abtreibungen und dies würde den Rahmen der Bachelorarbeit überschreiten. Dasselbe gilt für den plötzlichen Säuglingstod. Zu diesem Thema haben die Autorinnen zu wenig Literatur gefunden, um differenzierter darauf einzugehen. Weiter wird nicht auf Neugeborene eingegangen, welche mit komplexen chronischen Erkrankungen und folglich mit einer verkürzten Lebenserwartung zur Welt kommen. Sie werden durch Praxispädiater:innen mitbetreut. Ausserdem wird eine Abgrenzung zu anderen beteiligten Professionen, namentlich der Psychologie und der Medizin gemacht.

Psychologische und medizinische Begleitung sowie Beratung sind genauso bedeutsam wie die Unterstützung durch die Soziale Arbeit. Jedoch liegen diese Aufgaben bei den genannten Professionen und nicht bei der Sozialen Arbeit. Deswegen beziehen sich die Autorinnen explizit nur auf Theorien der Sozialen Arbeit. Die gesamte Schwangerschaft wird in der Regel im ambulanten Bereich betreut (kindsverlust.ch, ohne Datum b, S. 6-12). Aus diesem Grund liegt der Fokus auf der ambulanten Versorgungsstruktur und die Soziale Arbeit im stationären Arbeitsfeld wird nicht weiter erwähnt. Näher grenzen die Autorinnen die ambulante Versorgung auf das Aufgabenfeld der klinischen Sozialarbeit ein. Sie ermöglicht einen ganzheitlichen Blick auf die Thematik, betont die sozialen Aspekte im Gesundheitswesen und fokussiert daneben die interprofessionelle Kooperation. Die Autorinnen erheben keinen Anspruch drauf, dass die klinische Sozialarbeit als einzige Fachsozialarbeit in Frage kommt. Hierfür ist empirische Forschung notwendig, um weitere Potenziale in anderen Arbeitsfeldern der Sozialen Arbeit zu erkennen.

Weitere Angehörige, wie beispielsweise Geschwister und Grosseltern werden berücksichtigt und sind wichtige Personen des Familiensystems, jedoch wird nicht im Detail auf ihren Trauerprozess eingegangen. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturarbeit. Da es sich um keine empirische Forschungsarbeit handelt, können keine konkreten Massnahmen für die Praxis abgeleitet werden.

1.4 Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung wird im Kapitel 2 auf Fakten zum Kindsverlust eingegangen. Dazu werden diverse Begriffe rund um die Thematik sowie der gesellschaftliche Wandel in Bezug auf die Anerkennung eines Kindsverlusts erklärt. Ausserdem wird der Ablauf von der Diagnose bis zum postnatalen ambulanten Prozess beschrieben und auf Lücken in der Unterstützung von betroffenen Eltern gemäss der Studie von Meier Magistretti et al. (2019) hingewiesen. Im Kapitel 3 wird anfänglich erörtert, ob ein Kindsverlust als Krise gilt oder eine auslösen kann. Danach werden die diversen Auswirkungen anhand des biopsychosozialen Modells aufgezeigt, die im Zusammenhang mit einem Kindsverlust auftreten können. Unter den psychischen Auswirkungen werden unter anderem wichtige Aspekte der Trauerreaktion erläutert. Nach den biopsychosozialen Auswirkungen wird auf die entrechtete Trauer als besondere Herausforderung eingegangen. Anschliessend werden die rechtlichen Bestimmungen bei einem Kindsverlust thematisiert. Kapitel 4 zeigt die Herleitung der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit zum Thema Kindsverlust auf. Dazu werden Verknüpfungen der Thematik mit dem Berufskodex der Sozialen Arbeit gemacht sowie in Verbindung zu den Theorien von Silvia Staub-Bernasconi und Lothar Böhnisch gebracht. Im darauffolgenden Kapitel 5 wird das Aufgabenfeld der klinischen Sozialarbeit und die Wichtigkeit von funktionierender, interprofessioneller Kooperation erläutert. Danach folgen zwei Formen von Unterstützungsmöglichkeiten zu Sozialarbeit in der Thematik Kindsverlust: Sozialarbeit in der Arztpraxis und die Fachstelle Kindsverlust als Nichtregierungsorganisation. Zusätzlich werden Interventionsmöglichkeiten und Methoden der klinischen Sozialarbeit vorgestellt, welche in der Begleitung eines Kindsverlusts hilfreich sein können.

Im Kapitel 6 zu den Schlussfolgerungen werden die Handlungspotenziale sowie das Profil der klinischen Sozialarbeit inklusive Kompetenzen, Rollen und Aufgaben beschrieben. Abschliessend wird ein Fazit gezogen. Zusätzlich wird im Ausblick auf die Weiterentwicklung und Forschung der Sozialen Arbeit im Thema Kindsverlust eingegangen.

2 Fakten zum Thema Kindsverlust

Im folgenden Kapitel werden diverse Fakten zum Thema Kindsverlust beschrieben. Zuerst werden die verschiedenen Begriffe erklärt. Danach wird auf den gesellschaftlichen Wandel der Anerkennung eines Kindsverlust eingegangen. Am Schluss des Kapitels folgt die Erläuterung des Prozesses ab Erhalt der Diagnose, um ein Überblick zum Kontext zu erhalten.

2.1 Begriffe zum Kindsverlust

Wenn in der Fachliteratur von Kindsverlust oder Kindstod geschrieben wird, werden unterschiedliche Bezeichnungen verwendet, die in der untenstehenden Grafik (siehe Abbildung 1) dargestellt werden. Die Bezeichnungen beziehen sich auf die jeweilige Schwangerschaftswoche (SSW).

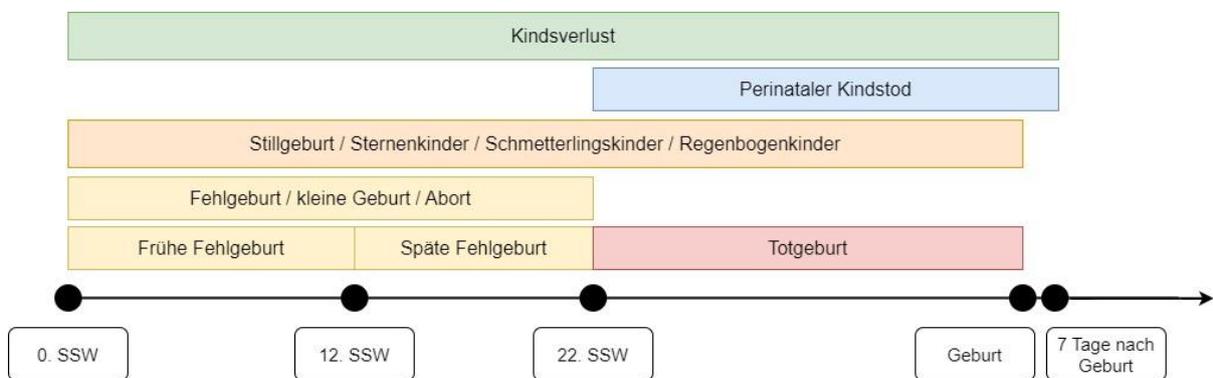


Abbildung 1: Begriffe zur Thematik Kindsverlust (eigene Darstellung)

Im Folgenden werden die wesentlichen Begriffe erläutert.

Als Totgeborenes wird gemäss Zivilstandsverordnung ZStV ein Kind benannt, das «(...) ohne Lebenszeichen auf die Welt kommt und ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm oder ein Gestationsalter von mindestens 22 vollendeten Wochen aufweist» (Art. 9 Abs. 2 ZStV).

Eine Fehlgeburt, auch Abort sowie kleine Geburt genannt (Böcker, 2022b, S. 27), bezieht sich auf Säuglinge, die ohne Lebenszeichen geboren werden und ein Gewicht von unter 500 Gramm haben sowie dessen Schwangerschaftsdauer weniger als 22 Wochen beträgt (Art. 9a Abs. 1 ZStV). Fehlgeburten werden weiter unterschieden in frühe oder späte Fehlgeburten, wobei sich frühe Fehlgeburten auf den Verlust in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen beziehen und späte auf den Zeitraum von der zwölften bis zur 22. Schwangerschaftswoche (Bundesamt für Statistik [BFS], 2016).

Der perinatale Kindstod bezieht sich auf den Zeitraum ab der 22. Schwangerschaftswoche bis sieben Tage nach der Geburt (BFS, 2016).

Die Bezeichnung Stillgeburt wird alternativ für Tot- oder Fehlgeburt verwendet, um den negativen Nebenbedeutungen und den Stigmatisierungen entgegenzuwirken. Mit der Verwendung von Stillgeburt wird die Geburt nicht verneint. Weitere lebensweltliche Begriffe sind Sternenkinder, Schmetterlingskinder oder Regenbogenkinder (Böcker, 2022b, S. 30-32).

Die schweizerische Fachstelle kindsverlust.ch verwendet den Begriff Kindsverlust und bietet Unterstützung «(...) beim Tod eines Kindes während der Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit» (kindsverlust.ch, ohne Datum a) an. Somit nutzt die einzige Fachstelle der Schweiz den Begriff als zusammenfassende Bezeichnung. Diese Bachelorarbeit schliesst sich der Fachstelle an und wird zur Vereinfachung in den folgenden Kapiteln den Begriff Kindsverlust ebenfalls als zusammenfassende Bezeichnung verwenden.

2.2 Gesellschaftlicher Wandel der Anerkennung eines Kindsverlusts

Nicht erfolgreiche Schwangerschaften galten früher als Normalität, denn wie Warland und Davis (2011, zit. in Böcker, 2022a) erwähnen, war es bis in die 1970er Jahre normal, totgeborene Babys zusammen mit dem Klinikabfall zu entfernen und dies ohne, dass die Eltern ihr Kind sehen konnten (S. 74). Die medizinischen Fortschritte führten dazu, dass sich das Verhältnis von Lebend- zu Totgeburten rasant verbesserte, wodurch heute die Annahme besteht, dass jede Schwangerschaft beim ersten Mal gelingt (Vetter, zit. in Stohn, 2013, S. 57). Durch die zunehmende Individualisierung und die nun kleineren sowie instabileren sozialen Netzwerke nimmt das Erfahrungswissen in Bezug auf familiäre und individuelle Rituale ab (Hofer-Moser et al., 2020, S. 104). Somit sind für die Betroffenen immer weniger Deutungsmöglichkeiten, Bewältigungsroutrinen oder verbindliche Rituale verfügbar. Dies suggeriert einen Status eines Einzelschicksals, dessen Eintritt weniger wahrscheinlich scheint als in der Vergangenheit. Aus diesem Grund können solche Schicksale schwerer zu verarbeiten sein (Böcker, 2022b, S. 74).

Heute bestehen zwar eindeutige Empfehlungen zur Unterstützung der Eltern nach einem Kindsverlust (Limbo, 2012; von der Hude & Glückselig, 2014, zit. in Böcker, 2022a, S. 74), doch in der westlichen Gesellschaft wird der Tod nur als ein normatives Ereignis anerkannt, wenn er unausweichlich ist (Znoj, 2016a, S. 19). Dies ist bei einem Kindsverlust nicht der Fall. Die Initiativen, die bereits seit mehr als 40 Jahren laufen, kritisieren die fehlende Sichtbarkeit eines Verlusts und die fehlende Empathie sowie die Entrechtung der Trauer. Durch die Anerkennung eines Kindsverlusts möchten einige Aktivist:innen zur Etablierung eines eindeutigen Status von Fehl- und Totgeborenen beitragen. Der kulturelle Wandel wurde durch die digitale Kommunikation vorangetrieben. Gemeinschaften und Selbsthilfeforen trugen zur Entstehung eines kollektiven Selbstverständnisses von individuell betroffenen Sterneltern bei (Böcker, 2022a, S. 71).

Weiter wird den Erfahrungen mit Stillgeburten in den Medien mehr Aufmerksamkeit gewidmet, indem betroffene, prominente Personen von ihren Geschichten berichten (Böcker, 2022a, S. 60). Auf der gesetzlichen Seite fanden bereits erfolgreiche Bestrebungen für separate Grabfelder und Denkmale für Stillgeborene sowie Gesetzesänderungen in diversen EU-Ländern statt. So wurden auch in der Schweiz Änderungen im Personenstandsregister vorgenommen (ebd., S. 61). Durch diese Änderungen ist es möglich, Einträge der verstorbenen Kinder beim Zivilstandsamt zu machen. Der Wandel wurde durch Betroffene angestoßen, die schlechte Erfahrungen in der Begleitung erlebt haben. Die öffentlichen Forderungen bezogen sich auf die Weiterentwicklung von medizinischen Prozessen, der Rechtsprechung und der Unterstützung durch Organisationen. Die Hauptforderung bestand darin, dass ein Kindsverlust als Geburt eines Kindes und die Betroffenen als Eltern anerkannt werden (ebd., S. 62).

2.3 Von der Diagnose bis hin zur postnatalen ambulanten Versorgung

Für den Schlussbericht der Studie von Meier Magistretti et al. (2019) wurden zahlreiche Interviews mit betroffenen Müttern durchgeführt, um die Unterstützung während des Prozesses eines Kindsverlusts zu analysieren. Bei der Auswertung wurde die Versorgung bewertet sowie Lücken und Best-Practice Ansätze bestimmt (S. 13). Die untenstehende Grafik (siehe Abbildung 2) zeigt auf, welche Prozessschritte beim Kindsverlust folgen und welche Akteure beteiligt sind.

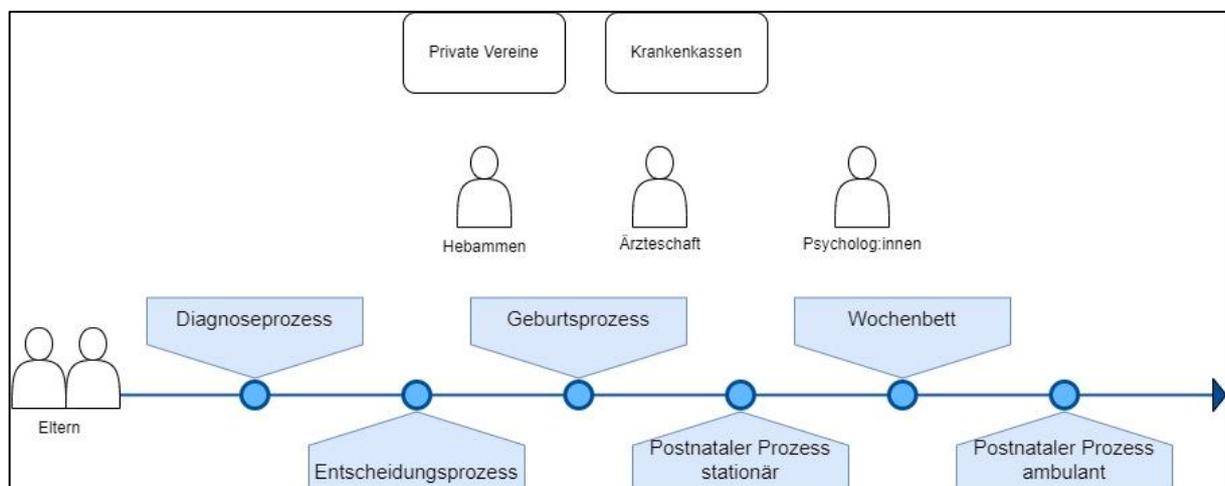


Abbildung 2: Übersicht zum Prozess und den involvierten Akteur:innen (eigene Darstellung auf Basis von Meier Magistretti et al., 2019)

Im Folgenden wird spezifisch auf die Lücken und Herausforderungen in jedem Prozessschritt eingegangen.

Der Diagnoseprozess beinhaltet das Kommunizieren der Todesnachricht. Als Lücken benannten die befragten Mütter die mangelhafte Koordination und Kommunikation zwischen den Fachpersonen und Spitälern sowie die fehlende Wahrnehmung ihrer Bedürfnisse und Anliegen (Meier Magistretti et al., 2019, S. 15).

Die Eltern vermissten Sorgfalt und Umsicht seitens der Fachpersonen (Meier Magistretti et al., 2019, S. 15). So wurden beispielsweise die Bedenken einer Mutter am Telefon bagatellisiert oder in einem anderen Fall nicht rechtzeitig gehandelt, was zum Tod des ungeborenen Kindes führte (ebd., S. 16). Die Kommunikation der Diagnose nahmen die Eltern als unsensibel war, da diese oft nur per Telefon oder in einem kurzen Gespräch stattgefunden hat. Sie fühlten sich deswegen alleingelassen (ebd., S. 17). Die dritte genannte Lücke betraf die Väter, welche in diesem Prozess zu wenig Unterstützung erhalten haben (ebd., S. 18).

Der Entscheidungsprozess verläuft meistens parallel zum Diagnoseprozess, denn es müssen zeitgleich viele wichtige Entscheidungen getroffen werden. Die Entscheidungen beziehen sich auf allfällige Interventionen, Analysen oder auf die Geburt an sich. Der Entscheidungsprozess wurde als besonders herausfordernd, aber auch sinnvoll und notwendig wahrgenommen (ebd., S. 19). Oft erwähnten die Eltern, dass sie sich zu Entscheidungen gedrängt gefühlt hatten und sich mit widersprüchlichen Informationen auseinandersetzen mussten (Meier Magistretti et al., 2019, S. 19). Die befragten Mütter wünschten sich mehr psychologische Unterstützung vor Ort und zu Hause während der Zeit zwischen Diagnose und Geburt. Ein aufsuchendes³ Angebot hätten sie als bedeutsam erachtet, da sie sich zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage fühlten, selbst Unterstützung zu organisieren (ebd., S. 21).

Während des Geburtsprozesses fühlten sich die Eltern am umfassendsten und hilfreichsten im Vergleich zu den anderen Prozessschritten unterstützt und begleitet (ebd., S. 22). Rückblickend bewerteten die Mütter die Geburtserfahrung als positiv und wichtig, um bleibende psychische Probleme zu verhindern (ebd., S. 23). Die Lücken bezogen sich auf die Vorbereitung, auf teilweise fehlende Empathie seitens des Fachpersonals und auf strukturelle Verhältnisse, die nicht den Bedürfnissen der befragten Mütter entsprachen. Das Personal war teilweise zu wenig gut informiert oder vorbereitet, um auf diese ausserordentliche Situation der Eltern einzugehen, was Mütter als verletzend empfanden. Die Verletzlichkeit der Mütter wurde nicht überall ausreichend beachtet oder unterschätzt. Beispielsweise führten Konfrontationen mit lebenden Säuglingen oder auch der Gang durch die Geburtsabteilung zu Stressempfindungen bei den Müttern (Meier Magistretti et al., 2019, S. 24).

Die stationäre postnatale Begleitung bezieht sich auf die ersten Stunden und Tage nach der Geburt sowie die Vorbereitung auf den Austritt, die Wochenbettbetreuung und Beratung der Eltern in Bezug auf praktische und juristische Themen (ebd., S. 25).

³ Aufsuchende Angebote bedeuten, dass diese dorthin gebracht werden, wo sich die Zielgruppe oder Klientel, aufhalten. Die Fachpersonen bewegen sich in den sozialen Räumen der Zielgruppe (Höllmüller, 2019).

Im Trauer- und Verarbeitungsprozess fehlten den Eltern oft die Unterstützung und Begleitung (Meier Magistretti et al., 2019, S. 25). Die Kommunikation nach der Geburt bezeichneten die Eltern als mangelhaft, da entweder sehr unsensibel mit ihnen gesprochen wurde oder der interne Informationsfluss zwischen den Fachpersonen nicht stattfand. Dieser Umstand sorgte für Verletzungen der Gefühle der Eltern (ebd., S. 28). In Bezug auf die Lücken in der Vorbereitung auf den Spitalaustritt wurden die mangelnde psychologische und praktische Vorbereitung genannt oder schlimme Fälle, in denen der Körper des Kindes im Spital verloren ging. Rückblickend wünschten sich einige Mütter Hilfen für die Zeit nach dem Spitalaustritt, wie ein Informationsblatt mit Kontaktdaten, Webseiten, Buchempfehlungen oder Selbsthilfegruppen (ebd., S. 30).

Die Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme dient der medizinischen Versorgung und Begleitung nach einer Geburt. Jedoch hatte das Wochenbett meistens eine grössere Bedeutung für die Mütter, da viele Fragen erst nach dem Spitalaustritt auftraten, welche dann beim Besuch der Hebamme geklärt werden konnten. Weiter bedeuteten die Wochenbettbesuche für die betroffenen Müttern auf psychologischer Ebene sehr viel. Sie halfen zur Strukturierung des Tages und unterstützten die Mütter, den Umgang mit der Trauer und dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit zu finden. Nicht zu unterschätzen war das Gefühl der Normalität, welches der Hebammenbesuch auslöste, denn die Frauen wurden als Wöchnerin wie jede andere begleitet. Durch diese Begleitung wurde das Muttersein anerkannt, welches viele Frauen nach einem Kindsverlust in Frage stellten (Meier Magistretti et al., 2019, S. 32).

Die Lücken während dieser Phase zeigten sich einerseits im Kontakt mit Krankenkassen. Diese hatten teilweise unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Rückerstattung von besonderen Leistungen in Bezug auf den Kindsverlust. Weiter zeigten sie wenig Verständnis und keine Sensibilität für die Gegebenheiten (ebd.). Andererseits empfanden die befragten Mütter die psychologische Unterstützung als schwer zugänglich. Sie berichteten von schlechten Erfahrungen mit Psycholog:innen, sogar mit jenen, die sich auf Kindsverluste spezialisiert hatten. Der Findungsprozess einer kompetenten Fachperson gestaltete sich daher äusserst schwierig und umständlich. Zudem waren Psycholog:innen bzw. Psychiat:innen, welche von Krankenkassen anerkannt und deren Leistungen übernommen wurden, auf lange Zeit ausgebucht. Demnach suchten sich die Eltern auch psychologische Unterstützung bei nicht krankenkassen-erkannten Praxen, was für sie zu höheren Kosten führte (Meier Magistretti et al., 2019, S. 33).

Ab der Zeit nach dem Wochenbett fühlten sich die betroffenen Eltern oft alleingelassen. Beim Wiedereinstieg in den Beruf, der Trauerverarbeitung sowie der Vorbereitung auf eine allfällige Folgeschwangerschaft waren sie auf sich selbst gestellt. Zahlreiche Eltern wünschten sich medizinische und genetische Abklärungen der Todesursache. Besonders im Hinblick auf Folgeschwangerschaften empfahlen es auch medizinische Fachpersonen. Die Forderung nach diesen Abklärungen schien von den Krankenkassen nicht berücksichtigt zu werden, da die Handhabung sehr unklar ist (Meier Magistretti et al., 2019, S. 36).

Vielen Eltern fehlte ausserdem eine Aufklärung über die unterschiedlichen Trauerweisen, Ritualen sowie Rhythmen von Männern und Frauen. Dieses Unwissen führte zu Konflikten zwischen einigen Paaren. Alle Mütter erachteten mehr Zeit als unabdingbar in der postnatalen ambulanten Begleitung (ebd., S. 36- 37). In der Schweiz bestehen nach wie vor keine staatlichen Institutionen zur Begleitung betroffener Eltern. Einige private Vereine versuchen diese Lücken zu schliessen, wie beispielsweise kindsverlust.ch (ebd., S. 35).

Wie die Beschreibung von der Diagnose bis zum postnatalen ambulanten Prozess zeigt, ist die Soziale Arbeit als Profession nicht explizit erwähnt. Jedoch könnte sie einige begleitende, informierende und unterstützende Aufgaben übernehmen, die eine Besserstellung der betroffenen Eltern fördert. Mögliche Zuständigkeiten und Interventionen werden in den Kapiteln 4 und 5 dargestellt und begründet.

3 Auswirkungen und Herausforderungen eines Kindsverlusts

Nachdem auf diverse Fakten zum Thema Kindsverlust eingegangen wurde, befasst sich dieses Kapitel mit der Frage, mit möglichen Auswirkungen und Herausforderungen Eltern, welche einen Kindsverlust erleben, konfrontiert sind. Zu Beginn wird der Krisenbegriff erläutert und dieser in Verbindung mit der Thematik Kindsverlust gesetzt. Danach werden mögliche Auswirkungen für die betroffenen Eltern anhand des biopsychosozialen Modells dargelegt. Nach den biopsychosozialen Auswirkungen wird die Entrechtung der Trauer als besondere Herausforderung beschrieben. Zum Schluss werden die rechtlichen Bestimmungen zur Thematik aufgelistet und erklärt.

3.1 Kindsverlust als Krise

Meier Magistretti et al. (2019) betonen, dass es sich bei einem Kindsverlust um ein besonders einschneidendes Ereignis handelt (S. 5). Auch Kribs (2014) benennt den Kindsverlust als kritisches Lebensereignis, bei dem Merkmale von unterschiedlichen Ereignissen wie Schwangerschaft, Geburt, Verlust eines nahestehenden Menschen vereint werden (S. 64). Aufgrund dieser Ausführungen wird nachfolgend auf die Krise eingegangen und anhand einer metatheoretischen Perspektive ein Überblick zur Krisenthematik geschaffen.

Oevermann (2016) bezeichnet das Sterben als «mächtigste Krise» (S. 91). Einerseits, weil Sterben vorbestimmt ist und andererseits, weil die Krise im Vergleich zu anderen Krisenereignissen zu dem Zeitpunkt am grössten ist, in welchem die Gewissheit über den Tod feststeht. Bei allen anderen Krisen ist es lediglich die Unvorhersehbarkeit, welche die Krise auslöst (ebd., S. 91).

Da der Kindsverlust auch ein unvorhersehbares Ereignis ist, ordnet es Worden (2018) aus diesem Grund den besonders schwer zu verarbeitenden Todesfällen zu (S. 173).

Der Krisenbegriff ist ein unbestimmter Begriff. Es gibt kein abschliessendes Begriffskonzept in der Sozialen Arbeit. Die Bezeichnung findet in verschiedenen Disziplinen sowie in der Alltagssprache Gebrauch (Wildrich-Sanchez, 2022, S. 7–13). Aus diesem Grund lässt sich die Krise anhand zentraler Charakteristika enger fassen (Sonneck et al., 2016, S. 62).

Eine Krise ist eine subjektiv erfahrene Situation, in welcher sich eine Überforderung abzeichnet. Diese Überforderung führt zu einer subjektiven Wahrnehmung von Hilf-, Macht-, und/ oder Orientierungslosigkeit. Bisherige Werte, Ziele und Normen werden in Frage gestellt. Aufgrund von fehlenden funktionalen Bewältigungsstrategien wird die Situation als nicht bewältigbar bewertet. Eine Krise ist zeitlich begrenzt und es bleibt offen, wie die Krise weiterverläuft (Sonneck et al., 2016, S. 32).

Gemäss Sonneck et al. (2016) ist es bedeutsam, eine Krise zu erkennen und zu verstehen, um überhaupt mit dieser komplexen und vielschichtigen Situation umgehen zu können (S. 32). Wichtig zu erwähnen ist, dass eine Krise und deren Verlauf sehr individuell sind. Hierfür kann der modellhafte Krisenverlauf von Cullberg (1978) helfen, welcher im Folgenden kurz erläutert wird.

Traumatische Krisen beschreibt Cullberg (1978) anhand verschiedener Phasen. Dabei werden die Phasen des Schocks, der Reaktion, der Bearbeitung und der Neuorientierung dargestellt (siehe Abbildung 3).

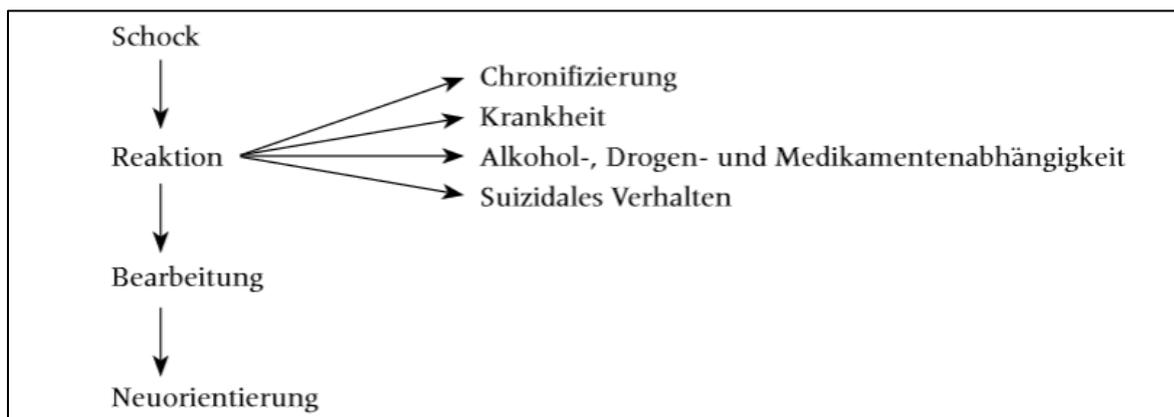


Abbildung 3: Traumatische Krise (Cullberg, 1978, zit. in Sonneck et al., 2016, S. 16)

Solche Krisen können durch Schicksalsschläge wie Todesfälle ausgelöst werden. Nach dem Auslöser tritt der Schock ein, welcher von einigen Sekunden bis zu einem Tag andauern kann (zit. in Sonneck et al., 2016, S. 16). Nach dem Schock folgt die Reaktionsphase. Diese Phase kann einige Tage bis Wochen dauern und ist von wechselnden Gefühlen wie Apathie, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, depressiver Stimmung, Hilflosigkeit, Feindseligkeit oder Aggression begleitet (ebd., S. 33-34).

In dieser Phase besteht die Gefahr von Fehlanpassungen wie Chronifizierung, Missbrauch von Alkohol und Medikamenten, dem Ausbruch von Krankheiten, psychischem Zusammenbruch und Suizidalität. Da die Reaktionsphase nicht kontinuierlich verläuft, ergeben sich Möglichkeiten zur Bearbeitung und Neuorientierung. Es muss jedoch damit gerechnet werden, dass Betroffene immer wieder in die Reaktionsphase zurückfallen können, was das Risiko einer Fehlanpassung erhöht. Wenn es gelingt, den Auslöser der Krise und die damit verbundenen Konsequenzen zu bewältigen und eine Neuorientierung zu erreichen, zeigt sich der innovative Charakter einer Krise (zit. in Sonneck et al., 2016, S. 34).

Zur Korrelation vom Zeitpunkt des Kindsverlusts und dem traumatischen Krisenerleben konnten die Autorinnen keine Studien finden.

Sie gehen davon aus, dass der Zeitpunkt des Verlusts ein relevanter Indikator dafür sein könnte, inwiefern der Erhalt der Diagnose tatsächlich eine traumatische Krise auslöst. Die Autorinnen richten die Aufmerksamkeit auf das individuelle Erleben, daher spielt der Zeitpunkt des Verlusts eine sekundäre Rolle. Auch wenn sich der Verlust in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft ereignet und in dieser Zeit eine erhöhte Wahrscheinlichkeit eines Verlusts vorliegt, bleibt die Tatsache trotzdem bestehen, dass es sich um einen individuell erlebten Verlust handelt. So scheint der Erhalt der Diagnose in dieser Zeitspanne vielleicht weniger überraschend zu sein, trotzdem können Ängste, Zweifel und Gefühle des Versagens, vor allem in Bezug auf eine Folgeschwangerschaft auftreten (Worden, 2018, S. 190). Worden (2018) zeigt auf, dass die näheren Umstände einer Verlusterfahrung Einfluss auf die Intensität und den Verlauf des Trauerprozesses nehmen (S. 127).

3.2 Biopsychosoziale Auswirkungen bei einem Kindsverlust

Masciulli Jung (2022) führt aus, dass Trauer Betroffene auf verschiedenen Ebenen verletzlich macht. Dies kann in emotionaler, sozialer, beruflicher oder finanzieller Hinsicht der Fall sein (S. 20).

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden mögliche Auswirkungen auf betroffene Eltern anhand des biopsychosozialen Modells beschrieben. Der Grundgedanke des Modells besagt, dass die drei Teilbereiche, die biologisch-organischen, die psychischen und die sozialen Faktoren, in einer kontinuierlichen Wechselbeziehung zueinanderstehen und sich daher gegenseitig beeinflussen. Die Faktoren und deren Veränderungen können als Erklärung für die Entwicklung und den Verlauf von Störungen dienen (Jungnitsch, 2009, S. 33-34). Pauls (2013) weist auf die Wichtigkeit der sozialen Dimension hin, denn soziale Unterstützung und psychosoziale Integration wirken unterstützend bei der Gesundung von Krankheiten oder Störungen (S. 32).

Die folgende Aufzählung der möglichen Auswirkungen gilt selbstverständlich als nicht vollständig abgeschlossen. Es soll hier in einem kurzen Umriss verdeutlicht werden, inwiefern ein solch einschneidendes Lebensereignis weitere soziale Probleme nach sich ziehen kann.

3.2.1 Körperliche Auswirkungen

Auf körperlicher Ebene kann es aufgrund der hormonellen Situation nach einem Kindsverlust eine gewisse Zeit dauern, bis die betroffene Frau körperlich wieder gesund wird. Die Dauer hängt mit der jeweiligen Schwangerschaftswoche zusammen, bis das Schwangerschaftshormon entsprechend abgebaut ist. Das bedeutet, je länger die Schwangerschaft gedauert hat, desto mehr Zeit benötigt der Abbau vom Schwangerschaftshormon (Funk, 2019, S. 39).

Da sich der weibliche Körper auf die Schwangerschaft vorbereitet und dementsprechend verändert hat, kommt der Abbruch bei einem Kindsverlust sehr abrupt. Aus diesem Grund sollte sich die betroffene Frau genauso im Wochenbett schonen und umsorgen lassen, wie bei einer gewöhnlichen Geburt (Funk, 2019, S. 39). Die Bereitschaft zur Bindung, die sich während der Schwangerschaft entwickelt, kann durch den Kindsverlust nicht vollendet werden. Die Verinnerlichung des Kindes wird durch die hormonelle Situation gesteuert und bleibt auch nach einem Kindsverlust bestehen. Wenn die Mutter nach dem Tod nicht den Kontakt zum Kind aufnehmen kann, werden diese beiden Faktoren der biologischen Erwartung nicht befriedigt (Kribs, 2014, S. 64).

3.2.2 Psychische Auswirkungen

Das verstorbene Kind hinterlässt eine Leerstelle in der Familie. Das Ereignis wirkt sich auf die Eltern als Individuen, als Paar und schliesslich auch auf das gesamte Familiensystem sowie die weiteren Lebensbereiche aus (Böcker, 2022b, S. 49). Stroebe und Schutt (1999) sprechen von multiplen Verlusten nach dem Tod eines Kindes. Die Eltern verlieren durch den Tod ihres Kindes auch Zukunftspläne, Hoffnungen sowie die elterliche Identität (zit. in Böcker, 2022b, S. 50).

Znoj (2016a) betont, dass es «keine genormte Trauerreaktion» (S. 5) gibt. Der Ausdruck der Trauer kann sich in intensiven Emotionen, Gefühlskälte, Gedankenleere, Betäubungsverhalten und Impulsivität zeigen (ebd., S. 5-6). Trauerreaktionen sind vielfältig und müssen individuell betrachtet werden. Generell lässt sich jedoch sagen, dass die Trauer umso stärker ist, je länger die Schwangerschaft andauerte (Worden, 2018, S. 190). Durch den Erhalt der Todesnachricht befinden sich viele Personen in einem dissoziativen Zustand (Znoj & King, 2013, S. 28). Die Eltern können sich wie betäubt oder fern ab vom Alltagsgeschehen fühlen (ebd.). Eine mögliche Reaktion nach der Diagnose ist die impulsive Forderung nach einem direkten Kaiserschnitt, um «das Kind so schnell wie möglich aus dem Körper weghaben zu wollen» (Meier Magistretti et al., 2019, S. 19).

Jedoch sollen diese Forderungen nicht sofort umgesetzt werden, denn am Anfang ist vor allem das Aushalten der schmerzlichen Situation nötig. Die Eltern benötigen Zeit, um zu realisieren, dass der Kindsverlust den Tod des eigenen Kindes bedeutet (Lexa, 2017, S. 24).

Das häufigste Gefühl, welches bei betroffenen Frauen auftritt, ist das Schuldgefühl. Frauen stellen sich nach einem Kindsverlust die Frage, was sie falsch gemacht haben (Funk, 2019, S. 51). Jedoch kann in den meisten Fällen keine genaue Ursache gefunden werden. Schuldgefühle können zudem den Trauerprozess behindern (Kribs, 2014, S. 65).

Ein unerfüllter oder unvollendeter Kinderwunsch kann deswegen psychische Folgen nach sich ziehen, weil existenzielle Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden können. Einerseits möchte die Generationenfolge gesichert werden, andererseits besteht das Bedürfnis, Geborgenheit und Nähe zu geben sowie zu empfangen. Die Zuwendung zum eigenen Kind kann ausserdem das Gefühl von Absicherung gegen Verlustängste geben (Kribs, 2014, S. 60). Funk (2019) weist darauf hin, dass die Verarbeitung eines Kindsverlusts unterschiedlich lange dauern kann. Bei einer länger andauernden Hilfslosigkeit, die nicht allein bewältigt werden kann, sollte dringend psychologische Unterstützung geholt werden (S. 51).

Eine internationale Studie von Farren et al. (2016) befasste sich mit der psychischen Verfassung von Frauen nach einem Kindsverlust (S. 1 / eigene Übersetzung). Laut der Untersuchung zeigten 28% der befragten Frauen Symptome, die den diagnostischen Kriterien einer wahrscheinlichen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) entsprechen. Viele dieser Frauen litten unter mittelschweren bis schweren Angstzuständen (32%), während einige auch mit Depressionen (16%) zu kämpfen hatten. Selbst nach drei Monaten litten noch immer 20% unter den Symptomen einer Angststörung und 5% unter Symptomen einer Depression. Die Anzahl der Frauen, welche die Kriterien einer PTBS erfüllten, war um 10 Prozentpunkte angestiegen und lag nach drei Monaten bei 38% (ebd., S. 2-8 / eigene Übersetzung). Diese Studie bestätigt, was auch Worden (2018, S. 189) und Funk (2019, S. 39) darlegen, nämlich dass die Auswirkungen auf die Psyche deutlich später erkannt und oftmals unterschätzt werden. Der frühe Tod eines Kindes ist besonders schockierend, da die erwartete Lebenszeit von Kindern normalerweise jene der Eltern übersteigt. Viele Eltern empfinden den Tod ihres Kindes als Verlust eines Teils von sich selbst (Znoj, 2016a, S. 32). Diese Widernatürlichkeit kann bei den betroffenen Eltern lebenslange Belastungen hervorrufen (ebd.). Ausserdem müssen trauernde Eltern eine besondere Reifungsaufgabe bewältigen und sind damit oft auf sich allein gestellt (Kribs, 2014, S. 65). Bei einer gescheiterten Bewältigung können dauerhafte körperliche und seelische Wunden die Folgen sein (ebd.).

Znoj unterscheidet zwischen einfacher und komplizierter Trauerreaktion (2016a, S. 15). Gemäss Znoj (2016a) lässt sich die komplizierte Trauer folgendermassen definieren: «Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst. Manchmal verzögerte Trauerreaktion. Keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität. Die Trauer wird oft nicht als Traurigkeit erlebt. Die Anpassung an die neue Wirklichkeit gelingt nicht» (S. 15). Während bei einer einfachen Trauerreaktion eine allmähliche Anpassung an die Realität geschieht, können also bei einer komplizierten Trauer starke, impulsive emotionale Reaktionen auftreten (ebd.). In der untenstehenden Tabelle (siehe Tabelle 1) wird ersichtlich, wie sich die beiden Trauerreaktionen in Verlauf und Symptomatik unterscheiden und welche gesundheitlichen und sozialen Folgen daraus resultieren (Znoj, 2016a, S. 16).

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
Verlauf	Mit der Zeit gewöhnen sich Betroffene allmählich an die neue Realität und die Intensität der empfundenen Trauer nimmt im Vergleich dazu ab. Es ist möglich, sich an eine neue Realität anzupassen, in der die verstorbene Person nicht mehr präsent ist.	Es gibt starke und impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst, die auftreten. Im Gegensatz zur einfachen Trauerreaktion nimmt die Intensität der Trauer nicht kontinuierlich ab. Die Trauer wird oft nicht als Traurigkeit empfunden und es fällt schwer, sich an neue Realitäten anzupassen.
Symptomatik	Die Trauer äussert sich oft durch Rückzug und häufiges Weinen. Wie Trauer ausgedrückt wird, ist jedoch stark von kulturellen Normen beeinflusst.	Selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktionen, exzessive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, das Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit prägen die komplizierte Trauerreaktion.
Gesundheit	Langfristig bestehen keine gesundheitlichen Folgen.	Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit auf Infektionserkrankungen beeinträchtigen die Gesundheit.
Soziale Folgen	Kurzfristig geschieht ein Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig gibt es keine negativen Folgen.	Vernachlässigung des eigenen sozialen Netzes, Einbussen im Bereich der beruflichen Leistungsfähigkeit, Vereinsamung sind soziale Folgen.

Tabelle 1: Vergleich zwischen einer einfachen und einer komplizierten Trauerreaktion (leicht modifiziert nach Znoj, 2016a, S. 16)

Basierend auf verschiedenen Studien nennt Murray, et al. (2000) unter anderem eine «unzureichende soziale Unterstützung, traumatische Begleitumstände und schwierige Beziehungen in der Kernfamilie» (S. 277/ eigene Übersetzung) als Risikofaktoren für die komplizierte Trauerreaktion (ebd.).

3.2.3 Soziale Auswirkungen

Wie Znoj (2016a) ausführt, besteht insbesondere bei aussergewöhnlichen Verlusten die Gefahr der sozialen Isolation. Der fehlende soziale Austausch kann wiederum dazu führen, dass der Verlust als surreal interpretiert wird und sich die Personen dadurch im ständigen Zweifel fühlen (S. 36). Ohne den Einfluss von Personen, welche die gleiche Erfahrung gemacht haben, kann das emotionale Gleichgewicht kaum wiederhergestellt werden (ebd.).

Stelling und Jungbauer (2013) haben festgestellt, dass die meisten Menschen zwar ihre Trauer allein bewältigen können, sie sich aber oft nach Zuwendung, Begleitung und Unterstützung durch andere sehnen. In der Regel finden Hinterbliebene Trost und Unterstützung in ihrem bestehenden sozialen Umfeld wie Familie, Verwandtschaft oder Freunden. Einige trauernde Menschen suchen externe oder professionelle Hilfe, zum Beispiel bei Seelsorgenden, Beratungsstellen oder Ärztinnen und Ärzten (S. 54-55). Bei einem Kindsverlust erhalten die betroffenen Eltern oft wenig soziale Unterstützung, da ihr Kind im sozialen Umfeld als nicht real wahrgenommen wird oder das Umfeld in einer solchen Situation hilflos und überfordert ist. Hinzu kommen fehlende Rituale, die Halt geben (Kribs, 2014, S. 65). Gemäss dem Schlussbericht von Meier Magistretti et al. (2019) erlebten Frauen oft eine nicht notwendige Schonung, indem Personen aus dem Umfeld bewusst oder unbewusst nicht mit ihnen über das Thema sprachen. Ausserdem waren unsensible Reaktionen seitens ihres Umfeldes aufgrund des fehlenden Verständnisses oft der Fall (S. 39).

Glaser (2008) stellt in ihrer Dissertation abschliessend fest, dass ein Kindsverlust ein Risiko für die Partnerschaft darstellen kann. Dieser Faktor soll aber nicht zu hoch gewichtet werden. Die Paarbeziehung ist zwar belastet und die Wahrscheinlichkeit von Trennungen ist im Vergleich höher als zu Paaren, welche keinen Kindsverlust erlebt haben (S. 30.). Jedoch zeigt sich, dass sich der Verlust auf die Zufriedenheit in der Ehe und in der Paarbeziehung kaum negativ auswirkt. Nach einiger Zeit gleichen sich die Unterschiede gegenüber Paaren ohne Verlusterfahrungen wieder aus (ebd., S. 36). Meuter (2019) bestätigt die Belastung von Beziehungen, ausgelöst wird diese insbesondere durch Kommunikationsschwierigkeiten von Gefühlen und nicht geäusserten Erwartungen (S. 72-73). Die Trauer der Eltern kann sich zusätzlich auf die Geschwister auswirken (ebd., S. 61-62).

Der Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag ist für die meisten Eltern herausfordernd und es besteht eine grosse Unsicherheit, wie mit dem Verlust umgegangen werden soll. Betroffene Eltern berichten von Unterschieden von der Zeit vor und nach dem Kindsverlust. So kann eine Arbeit, welche zuvor leichtgefallen ist, nach dem Ereignis zur Überforderung führen (kindsverlust.ch, 2021, S. 19).

Tot- und Fehlgeburten scheinen doppelt tabuisiert zu sein. Einerseits gelten Schwangerschaft und Geburt in der Gesellschaft als glückliche und freudvolle Ereignisse, auf der anderen Seite sind Tod und Trauer gesellschaftliche Randthemen, welche hauptsächlich im privaten Umfeld einen Platz haben (Meier Magistretti et al., 2019, S. 39).

3.3 Die Entrechtung der Trauer als besondere Herausforderung

Im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Wandel zum Kindsverlust und den dargelegten sozialen Auswirkungen, erscheint es den Autorinnen als besonders relevant, das Zustandekommen der Tabuisierung genauer zu untersuchen. Der nachfolgende Abschnitt ist der entrechteten Trauer gewidmet.

Von entrechteter Trauer wird gesprochen, wenn die Trauer nicht als solche von der Gesellschaft anerkannt wird. Thompson und Doka (2017) definieren die entrechtete Trauer folgendermassen: «Obwohl eine Person Trauerreaktionen durchlebt, hat sie aus Sicht des sozialen Umfeldes kein Recht zu trauern und keinen Anspruch auf Mitgefühl oder soziale Unterstützung» (S. 177/ eigene Übersetzung). Doka (2014) spricht bei einem Kindsverlust von entrechteter Trauer. Oftmals bleibt die Würdigung vom Verlust des Kindes aus, da das Kind noch nicht als sozial bedeutsam anerkannt wird (S. 7).

Die entrechtete Trauer zeigt einen soziologischen Blickwinkel auf die Thematik des Trauerns und des Verlusts auf, welcher in der Theorie bis anhin als ein psychischer Prozess galt (Doka, 2014, S. 4). Die Konsequenz, dass das Umfeld die Trauer nicht würdigt, kommt in diesem Konzept der entrechteten Trauer deutlich zur Geltung. Das Umfeld trägt massgeblich dazu bei, wie sich der Trauerprozess gestaltet. Die fehlende Anerkennung macht sich in verschiedenen Aspekten bemerkbar. Neben der aberkannten Rolle der trauernden Person, fehlen zudem die Unterstützungsangebote durch Angehörige. Dies könnte einerseits daran liegen, dass bei einem frühen Verlust die Schwangerschaft in vielen Fällen noch nicht allgemein bekannt war (Worden, 2018, S. 189). Andererseits kann es sein, dass die Angehörigen keine Notwendigkeit sehen, ihre Unterstützung anzubieten und Empathie für die trauernde Person zu zeigen (ebd.). Doka (2014) nennt als Beispiel dazu eine verständnislose Reaktion der Arbeitsstelle auf die Anfrage nach Beurlaubung. Wie Trauer von der jeweiligen Gesellschaft und dem nahen Umfeld gelebt wird, ist auf Normen zurückzuführen. Diese Normen prägen das Verständnis massgeblich, wie und in welchem Ausmass das Trauerverhalten, die Gefühle und die Gedanken rundum um den erlebten Verlust als legitim angesehen werden. Dabei findet immer auch eine Bewertung statt, welche Art von Verlust es zu betrauern gilt und welche Trauerart für welchen Verlust passend erscheint. Diese Normvorstellungen zeigen dem Umfeld auf, ob und wie sie ihre Anteilnahme zum Ausdruck bringen und inwiefern sie mit unterstützenden Handlungen reagieren sollen (S.4). Diese Bedeutungen helfen, das Verlusterleben einzuordnen (Rechenberg-Winter & Fischinger, 2018, S. 72).

Laut Worden (2018) zeigt sich das Umfeld oftmals mit der Trauer der betroffenen Personen überfordert, was wiederum eine ablehnende Haltung begünstigt. Als Folge bagatellisieren oder unterdrücken Trauernde ihre Empfindungen, wodurch sich Schuld- und Schamgefühle entwickeln. Nebst Traditionen, Bräuchen sowie informellen Verhaltensregeln tragen formale Regeln wie Gesetzestexte grundlegend zu diesem Normverständnis bei (S. 190-191).

Wie im folgenden Kapitel 3.4 ausgeführt wird, gelten auch bei einem Kindsverlust rechtliche Bestimmungen, ab wann beispielsweise das Recht auf Mutterschaftsurlaub in Anspruch genommen werden kann. Doch die Trauer lässt sich nicht vollständig durch Normvorstellungen und gesellschaftlichen Regeln definieren. Deswegen kommt es vor, dass die individuelle Trauer gegen herrschende Trauernormen verstösst. Nicht selten kommt es durch den gesellschaftlichen Druck zu einer Selbstentrechtung der Trauer. Die Person glaubt, dass die von ihr empfundene Trauer unangebracht ist (Worden, 2018, S. 190-191).

Doka (2014) führt aus, dass das Hauptproblem bei entrechteter Trauer die Widersprüchlichkeit ist. Trauernde, deren Rolle oder Verlust nicht anerkannt wird, brauchen eine besonders enge und intensive Unterstützung von ihrem engen Umfeld. Durch die geringere Anteilnahme oder gar das Ausbleiben der Hilfsangebote, wird die Trauerreaktion intensiviert (S. 8).

Die vorherrschenden Normvorstellungen und die daraus resultierenden Regeln und Verhaltensweisen verändern sich im Laufe der Zeit. In einer heterogenen Gesellschaft mit verschiedenen Subkulturen⁴ kann eine Subkultur wesentlichen Einfluss auf die Entrechtung nehmen. Das bedeutet, was in der einen Subkultur entrechtet wird, kann in einer anderen gefördert werden (Doka, 2014, S. 6).

3.4 Rechtliche Bestimmungen zur Thematik

Für die rechtlichen Bestimmungen muss zuerst auf die Zivilstandsverordnung (ZStV) hingewiesen werden. Wie in Kapitel 2.1 erwähnt, definiert die Verordnung, was als Tot- und Fehlgeburt gilt. Die Meldepflichten stützen sich auf diese Definitionen beim Zivilstandsamt. Obwohl Tot- und Lebendgeburten meldepflichtig sind, gilt dies nicht für Fehlgeburten (Art. 9 Abs. 1 ZStV). Jedoch besteht die Möglichkeit einer freiwilligen Meldung von Fehlgeburten auf dem Zivilstandsamt, welches eine Bestätigung ausstellt (Art. 9a Abs. 2 ZStV). Die Bestätigung hat jedoch eher eine symbolische Bedeutung und zieht keinen Eintrag in das Personenstandsregister mit sich. Somit werden Totgeburten im Personenstandsregister eingetragen, Fehlgeburten nicht (ebd.).

⁴ Subkulturen sind autonome Kultureinheiten, die sich innerhalb einer grösseren Kultur befinden und durch eigene Lebensstile davon ablösen. Die Kulturen haben ein eigenes Orientierungs- und Normensystem (Spektrum Akademischer Verlag, 2000).

Der Vor- und Familiennamen des Kindes kann auf Wunsch der Eltern bei einer Totgeburt im Personenstandsregister und bei einer Fehlgeburt in der Bestätigung erwähnt werden (Art. 9 Abs. 3 und Art. 9c Abs. 3 ZStV). Die Fachstelle kindsverlust.ch unterstreicht die Wichtigkeit dieser Bestätigung. Die Ausstellung bestätigt die offizielle Existenz des fehlgeborenen Kindes und dass die Eltern effektiv Eltern geworden sind (kindsverlust.ch, 2021, S. 6).

Laut der Fachbroschüre über rechtliche Fragen der Fachstelle kindsverlust.ch kann es für die betroffenen Eltern von grosser Bedeutung sein, die Zeit bis zur Bestattung mit dem Kind selbst zu gestalten und das Kind nach Hause zu nehmen. Dies ist gesetzlich erlaubt und erfordert kein bestimmtes Fahrzeug wie einen Leichenwagen. Bei nicht meldepflichtigen Kindern besteht keine gesetzliche Frist zur Bestattung des Kindes. Für meldepflichtige Kinder müssen die kantonalen Bestimmungen hinzugezogen werden, in der Regel wird aber auf die Bedürfnisse der Eltern eingegangen (kindsverlust.ch, 2021, S. 8).

Da das Bestattungswesen kantonal und kommunal geregelt ist, wird auf die jeweiligen Richtlinien des Wohnorts verwiesen. Grundsätzlich haben meldepflichtige Kinder aber ein Anrecht auf Bestattung, nicht meldepflichtige Kinder haben dieses Anrecht nicht. In den letzten Jahren haben einige Städte und Gemeinden in der Schweiz besondere Grabfelder oder Gemeinschaftsgräber für Fehlgeborene eingeführt (kindsverlust.ch, 2021, S. 14).

Gemäss Art. 23 der Erwerbsersatzverordnung (EOV) entsteht ein Anspruch auf Entschädigung bei Mutterschaft, sofern das Kind lebend zur Welt kommt oder die Schwangerschaftsdauer mindestens 23 Wochen beträgt. Somit besteht bei Fehlgeburten kein gesetzlicher Anspruch auf Entschädigung. Die Fachstelle kindsverlust.ch empfiehlt in solchen Fällen eine ärztliche Krankschreibung (kindsverlust.ch, 2021, S. 16). Für den Vaterschaftsurlaub gilt eine andere Rechtslage: Der Anspruch auf bezahlten Vaterschaftsurlaub erlischt, wenn das Kind vor oder während des Vaterschaftsurlaub verstirbt (ebd., S. 18).

Bei einer komplikationslosen Schwangerschaft übernimmt die Grundversicherung alle Kosten ab dem ersten Tag der Schwangerschaft im Rahmen der besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), Art. 29). In Anlehnung an das Informationsschreiben vom Bundesamt für Gesundheit [BAG] (2018a) betreffend den Leistungen bei Mutterschaft und Kostenbeteiligung gelten die Kosten, die bei einer Fehlgeburt vor der 13. Schwangerschaftswoche entstehen, nicht zu den besonderen Leistungen bei Mutterschaft (S. 9). Somit werden jene Kosten nicht von der Grundversicherung übernommen. Bei Fehl- oder Totgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche wird keine Kostenbeteiligung gegenüber betroffenen Eltern erhoben (Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG).

Das Gesetz definiert eine Fehl- oder Totgeburt ab der 23. Schwangerschaftswoche als Niederkunft. Diese ist ebenfalls von der Kostenbeteiligung befreit (Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG i.V.m. Art. 105 Abs. 2 Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)). Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass nur die entstandenen Kosten nach einer Fehl- oder Totgeburt ab der 13. Schwangerschaftswoche im vollen Umfang und ohne Selbstbehalt durch die Grundversicherung übernommen werden (kindsverlust.ch, 2021, S. 23). Laut Art. 16 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) übernimmt die Versicherung gewisse Leistungen von Hebammen. Für Fehlgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche werden höchstens 10 Hausbesuche bezahlt, für weitere Hausbesuche ist eine ärztliche Verordnung notwendig (Art. 16 KLV Abs. 1 lit. a^{bis}).

In ihrer Fachbroschüre zu rechtlichen Fragen fasst die Fachstelle kindsverlust.ch die Leistungen von ärztlichen Personen oder Geburtshelfenden zusammen, welche durch die Grundversicherung übernommen werden. Diese Leistungen gelten unabhängig davon, ob das Kind lebt oder nicht (2021, S. 24-25). Dazu zählen beispielsweise die Geburtsvorbereitung, die Wochenbettbetreuung sowie das Anrecht auf Stillberatung. Teilweise besteht eine Kostenbeteiligung, welche ab einer gewissen Summe durch die Franchise gedeckt wird (kindsverlust.ch, 2021, S. 24-25).

In Anbetracht der diversen gesetzlichen Bestimmungen bestehen somit deutliche Unterschiede in Bezug auf Anrecht und Anspruch auf Leistungen bei Fehl- und Totgeburten. Eltern, die eine Fehlgeburt erleben, haben signifikant weniger Ansprüche und müssen teils hohe Kosten selbst tragen. Diese unterschiedliche Handhabung wird im Kapitel 4.1 anhand des Berufskodex aus Sicht der Sozialen Arbeit beurteilt.

4 Theorie der Sozialen Arbeit zur Zuständigkeit bei einem Kindsverlust

Wie in Kapitel 3 beschrieben, kann ein Kindsverlust zu diversen Herausforderungen führen. An diese Analyse knüpft Kapitel 4 an und beschäftigt sich mit der Frage, wie die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld Sterben und Tod zum Thema Kindsverlust hergeleitet werden kann. Um Antworten darauf zu erhalten, erachten es die Autorinnen als grundlegend, Metatheorien der Sozialen Arbeit beizuziehen, um die Zuständigkeit zu legitimieren. Nebst der Erläuterung der theoretischen Grundlagen wird konkret auf die Thematik des Kindsverlusts Bezug genommen und es werden relevante Aspekte betrachtet, welche die Soziale Arbeit bearbeiten kann.

Die Soziale Arbeit befasst sich grundsätzlich mit sozialen Problemen wie beispielsweise Armut, Arbeitslosigkeit und Gewalt (Krüger, 2022, S. 102). Beim einem Kindsverlust handelt es sich aber nicht per se um ein soziales Problem. So stellt sich die Frage, inwiefern die Soziale Arbeit sich mit dem Thema Kindsverlust befassen soll, wo doch schon andere Professionen aus der Medizin und Psychologie tätig sind. Laut Student et al. (2020) sind einige Herausforderungen im Umgang mit Sterben, Trauer und Tod in fast allen Aspekten sozialarbeitsrelevant. Dazu gehören die Erfahrung von Alleinsein und Ausgrenzung, die seelische Belastung einer Grenzsituation, die existenzielle Krise, die Verlusterfahrung, der Verlust von Sicherheiten und die gesellschaftliche Tabuisierung (S. 21). Der Begriff Verlust zeigt, dass soziale Probleme nicht der einzige Fokus der Sozialen Arbeit sein können. Es wird argumentiert, dass es sinnvoll ist, Konzepte der sozialpädagogischen Theorie und Geschichte der Sozialen Arbeit in den Vordergrund zu stellen, um umfassendere Probleme anzugehen, die die Subjektivität und den Alltag betreffen (Krüger, 2022, S. 102). Krüger hält fest, dass Verluste unveränderlich sind und die Soziale Arbeit daher den Umgang damit thematisieren soll (ebd., S. 92). Sozialpolitische Initiativen und eine ausgefeilte Methodik allein können Verlusten nicht beikommen, da sie in ihrer umfassenden Bedeutung für den Menschen in seinem individuellen und gesellschaftlichen Zusammenhang verstanden werden müssen (ebd., S. 103). Wenn die Soziale Arbeit sich der Aufgabe der Bewältigung engagiert widmet, kann sie daher auch als Verlustarbeit bezeichnet werden (Student et al., 2020, S. 23).

4.1 Berufskodex der Sozialen Arbeit

Im folgenden Abschnitt wird auf jene Inhalte des Berufskodex der Sozialen Arbeit Bezug genommen, die im Zusammenhang mit der Begleitung von Eltern nach einem Kindsverlust stehen. Am Schluss wird eine Beurteilung durch den Berufskodex über die unterschiedlichen Rechte in Bezug auf Tot- und Fehlgeburten durchgeführt.

Als Leitidee und Menschenbild der Sozialen Arbeit formuliert AvenirSocial (2010) das Anrecht der Menschen auf Befriedigung von existenziellen Bedürfnissen, auf Integrität sowie auf Integration in ein soziales Umfeld (S. 7). Die Profession hat die Pflicht soziale Probleme zu bearbeiten, Lösungen zu finden und zu vermitteln (ebd.). Eine weitere Verpflichtung ist die Begleitung und Betreuung, der Schutz sowie die Förderung, Sicherung und Stabilisierung der Entwicklung von Menschen (ebd.). Weiter soll die Soziale Arbeit Initiativen von sozialpolitischen Interventionen unterstützen und sich an der Lösung von strukturellen Problemen beteiligen, welche die Einbindung von Individuen in sozialen Systemen verhindern (ebd.). In Bezug auf die Begleitung von Eltern nach einem Kindsverlust kann festgehalten werden, dass die Soziale Arbeit in dieser Ausnahmesituation zur Stabilisation beitragen und Sicherheit vermitteln kann (ebd.). Dies kann gewährleistet werden, indem beispielsweise Aufgaben in administrativen Bereichen übernommen und adäquate externe Ressourcen zeitnah erschlossen werden. Dadurch bietet die Soziale Arbeit einen geschützten Rahmen (ebd.) und ermöglicht die Begleitung des individuellen Trauerns. Die Sozialarbeitenden handeln lösungsorientiert und behalten die Ressourcen der Individuen stets im Blick, sodass Veränderungen gefördert werden (ebd.).

Im Zusammenhang mit der Begleitung von Eltern, die einen Kindsverlust erlebt haben, sind folgende Grundsätze aus dem Berufskodex von AvenirSocial (2010) wertvoll:

- **«Grundsatz der Selbstbestimmung:** Das Anrecht der Menschen, im Hinblick auf ihr Wohlbefinden, ihre eigene Wahl und Entscheidung zu treffen, genießt höchste Achtung, vorausgesetzt, dies gefährdet weder sie selbst noch die Rechte und legitimen Interessen anderer» (S. 10).
- **«Grundsatz der Partizipation:** Die für den Lebensvollzug der Menschen notwendige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sowie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, verpflichtet zu Miteinbezug und Beteiligung der Klientinnen und Klienten, Adressatinnen und Adressaten» (S. 10).
- **«Grundsatz der Integration:** Die Verwirklichung des Menschseins in demokratisch verfassten Gesellschaften bedarf der integrativen Berücksichtigung und Achtung der physischen, psychischen, spirituellen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse der Menschen, sowie ihrer natürlichen, sozialen und kulturellen Umwelt» (S. 10).
- **«Grundsatz der Ermächtigung:** Die eigenständige und autonome Mitwirkung an der Gestaltung der Sozialstruktur setzt voraus, dass Individuen, Gruppen und Gemeinwesen ihre Stärken entwickeln und zur Wahrung ihrer Rechte befähigt und ermächtigt sind» (S. 10).

Analog den Handlungsmaximen von AvenirSocial (2010) kann der Profession eine wichtige Schlüssel-funktion zugeordnet werden (S. 15), unter anderem in der Trauerbegleitung bei einem Kindsverlust. Die Handlungsmaximen leiten die Professionellen der Sozialen Arbeit dazu an, eine Situation möglichst ganzheitlich und transdisziplinär⁵ in ihrem wechselwirkenden Verhältnis zu analysieren, zu bewerten und zu bearbeiten (ebd.). Als Fachpersonen vertreten sie in der interprofessionellen Zusammenarbeit den sozialarbeiterischen Standpunkt und stellen ihr Fachwissen verständlich zur Verfügung. So sollen im kooperativen Diskurs optimale Lösungen entwickelt werden (ebd.). Die Soziale Arbeit kann so wichtige Übersetzungsarbeit zwischen den Fachpersonen, den Eltern und Angehörigen leisten.

Der Berufskodex hält ausserdem fest, dass die Profession der Sozialen Arbeit den sozialen Wandel fördert (AvenirSocial, 2010, S. 9). Deshalb stehen Fachpersonen in der Pflicht, sich mit aktuellen gesellschaftlichen Themen zu befassen.

Wie im Kapitel 2.1 erläutert, unterscheidet die Zivilstandsverordnung zwischen einer Fehl- und Totgeburt. Die daraus entstehenden Rechte und Ansprüche auf Leistungen basieren teilweise auf dieser Abgrenzung (vgl. Kapitel 3.4). Somit entstehen erhebliche Unterschiede in Bezug auf die Meldepflicht beim Zivilstandsamt, dem Recht auf eine Bestattung, dem Anspruch auf Mutterschaftsentschädigung sowie die Übernahme von Kosten durch die Grundversicherung. Dabei sind Eltern mit einer Fehlgeburt gegenüber von Eltern mit einer Totgeburt rechtlich benachteiligt. Aus Sicht des Berufskodexes findet eine illegitime Benachteiligung statt, da eine Fehlgeburt genauso eine Verlusterfahrung darstellt wie eine Totgeburt und schwerwiegende psychische, finanzielle und soziale Folgen haben kann (vgl. Kapitel 3.1 & 3.2).

Die Soziale Arbeit verpflichtet sich, die Klientel bei der Bedürfnisbefriedigung, bei der Förderung der Integration in soziale Systeme sowie bei der Stabilisierung und Partizipation zu unterstützen. Diese Grundsätze sind im Rahmen der ungleichen rechtlichen Bestimmungen nicht erfüllt, was aus Sicht der Sozialen Arbeit bearbeitet werden muss. Weiter findet eine ungerechte Verteilung der finanziellen und rechtlichen Ressourcen statt (AvenirSocial, 2010, S. 11). Die öffentliche Thematisierung der Ungleichbehandlung kann aufgrund des Berufskodex als Aufgabe der Sozialen Arbeit formuliert werden. Die Legitimation findet sich in der Förderung des sozialen Wandels (AvenirSocial, 2010, S. 9), in der Verpflichtung zur Aufdeckung von ungerechtfertigten Praktiken (ebd., S. 11) und in der Unterstützung von sozialpolitischen Interventionen (ebd., S. 7).

⁵ Das transdisziplinäre Verständnis bedeutet, dass die Soziale Arbeit bei Problem- und Fragestellungen die Inhalte von wissenschaftlichen Disziplinen wie von der Soziologie, Psychologie, Erziehungswissenschaft und Ethik vollständig integriert (Zdunek, 2021).

4.2 Auftrag der Sozialen Arbeit nach Silvia Staub-Bernasconi

Staub-Bernasconi (2018) erweitert durch das systemische Menschenbild das biopsychosoziale Modell (vgl. Kapitel 3.2) mit der kulturellen Dimension. So sollen nebst biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren zusätzlich Subkulturen (religions-, alters-, schicht-, geschlechtsspezifisch, ethnisch, politisch und sozialräumlich) mitberücksichtigt werden (S. 174). Wie im Kapitel 3.2 ausgeführt, können biologische, psychische und soziale Auswirkungen als Folgen eines Kindsverlusts auftreten. Im Hinblick auf die kulturelle Dimension lässt sich ergänzen, dass die entrechtete Trauer und fehlende Anerkennung des Kindes (vgl. Kapitel 3.3) mit den unterschiedlichen subkulturellen Ansichten zusammenhängen können. Somit müssen jene gesellschaftlichen und kulturellen Aspekte bei einer Begleitung und Beratung von betroffenen Eltern miteinbezogen werden. Der gesellschaftliche Wandel in Bezug auf die Anerkennung des Kindsverlusts soll ebenfalls bei der Begleitung von Individuen miteinbezogen werden, da dieser einen erheblichen Einfluss auf die Tabuisierung und die fehlenden Deutungsmöglichkeiten hat (vgl. Kapitel 2.2).

Das oben genannte biopsychosozialkulturelle Modell wird durch die Theorie der Bedürfnisse ergänzt. Staub-Bernasconi lehnt sich für die Definition von Bedürfnissen an Obrecht an. Obrecht (2005) beschreibt Bedürfnisse als ein drohender defizitärer Zustand. Dieses Defizit wird auf der Basis von internen Bewertungen entweder durch ein Verhalten wieder ausgeglichen oder es führt zu einer inneren Reaktion, wie zu einer Bedürfnisunterdrückung (S. 40). Unterteilt werden die Bedürfnisse in biologische, psychische und soziale Bedürfnisse (Obrecht, 2006, S. 423). Das individuelle Wohlbefinden ist abhängig von der Befriedigung der Bedürfnisse (Staub-Bernasconi, 2018, S. 176). Weiter betrachtet Staub-Bernasconi die Bedürfnisbefriedigung als Voraussetzung für die Entwicklung von Fähigkeiten (ebd., S. 180).

Das Modell besagt, dass die Befriedigung der Bedürfnisse von Individuen abhängig von deren Mitgliedschaften in sozialen Systemen ist. Die sozialen Systeme werden durch Regeln und kulturelle Leitbilder verbunden, welche wiederum den Zugang zum System, die geltenden Rechte und Pflichten sowie den Ausschluss daraus regeln (Staub-Bernasconi, 2018, S. 210).

Die fehlende Befriedigung von Bedürfnissen durch mangelnde Ressourcen und fehlende Einbindung in soziale Systeme führt zu praktischen Problemen, die Obrecht (2006) als soziale Probleme definiert (S. 424). Soziale Probleme sind allgegenwärtig und treten auch im Alltag auf (Obrecht, 2001, S. 64). Staub-Bernasconi (2018) teilt die sozialen Probleme in individuelle Ausstattungsprobleme, problematische Austauschbeziehungen und Machtquellen ein (S. 213 – 217).

In vorherigen Kapiteln wurde eine Auswahl an Auswirkungen nach einem erlebten Kindsverlust und Lücken in der Versorgungsstruktur sowie die resultierenden gesellschaftlichen Herausforderungen erläutert. Es wurde ersichtlich, dass die Befriedigung einiger biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnisse beeinträchtigt werden kann. Abgeleitet von der Bedürfnistheorie von Obrecht und Staub-Bernasconi können folgende soziale Probleme bei einem Kindsverlust auftreten, wobei die Aufzählung nicht als abgeschlossen betrachtet werden soll:

Individuelle Ausstattungsprobleme

- Je nach Verlauf und Unterstützung können psychische Erkrankungen und traumatische Krisen entstehen (vgl. Kapitel 3.1 & 3.2.2), was das Bedürfnis nach physischer Integrität verletzt.
- Durch fehlende Information oder mangelhafte Kommunikation seitens medizinischen Fachpersonen (vgl. Kapitel 2.3) wird das Bedürfnis der betroffenen Eltern nach Orientierung und handlungsrelevanten Informationen nicht befriedigt. Dies kann somit die Entwicklung von Erkenntnis Kompetenzen behindern.
- Der Verlust eines Kindes kann auch den Verlust des Elternseins bedeuten, was häufig durch die fehlende Anerkennung des Kindes ausgelöst wird (vgl. Kapitel 3.2.3 & 3.3). Dies kann Identitätsprobleme (vgl. Kapitel 3.2.2) und Selbstentwertung auslösen, was das Bedürfnis nach Selbstachtung und sozialer Anerkennung verletzt.

Problematische Austauschbeziehungen

- Fehlende Empathie, Sensibilität und das Verständnis seitens Fachpersonen und Krankenkassen (vgl. Kapitel 2.3) sowie des sozialen Umfelds (vgl. Kapitel 3.2.3) kann zur Verletzung des Bedürfnisses nach emotionaler Zuwendung und Orientierung führen.
- Die unklare Praxis der Krankenkassen zeigt sich in der unterschiedlichen Übernahme von Leistungen und in der Ungleichheit seitens gesetzlicher Grundlagen (vgl. Kapitel 2.3 und 3.4). Ausserdem wird oft wenig Verständnis für die schwierige Situation gezeigt. Dies kann als eine Verletzung des Bedürfnisses nach Hilfe und Anerkennung gedeutet werden.

Machtquellen

- In Bezug auf Wissen besteht ein Machtgefälle zwischen medizinischen Fachpersonen und betroffenen Eltern (vgl. Kapitel 2.3). Dies kann deshalb zu einer Definitionsmacht der Fachpersonen führen.
- Wissensunterschiede über rechtliche Bestimmungen (vgl. Kapitel 3.4) können zu einer Definitionsmacht beispielsweise von Krankenkassen gegenüber den betroffenen Eltern führen.
- Da es keine staatliche Institution zur Unterstützung von betroffenen Eltern gibt (vgl. Kapitel 2.3), fehlt die Ausstattung mit formellen Mitgliedschaften. Dies kann zu einer formellen Organisationsmacht führen.

Die meisten praktischen Alltagsprobleme können durch routinierte Handlungen und Überlegungen auf Basis von vorhandenem Wissen oder mithilfe von alltäglichen Unterstützungsformen gelöst werden (Obrecht, 2006, S. 425). Wenn individuelle oder kollektive Problemlösungsprozesse scheitern, kommt die Soziale Arbeit dazu (Staub-Bernasconi, 2018, S. 211). Student et al. (2020) unterstützen diese Aussage, indem sie die Intervention von Sozialer Arbeit auf den Zeitpunkt festlegen, wenn die Lebensführung von Menschen und Gruppen nicht erfolgreich ist (S. 17). Die Notlage steht im Zentrum, welche über die Problembearbeitungskapazität von Betroffenen hinaus geht und die berufliche Sozialarbeit notwendig macht (ebd., S. 103). Staub-Bernasconi (2018) und Obrecht (2001, S. 106) weisen darauf hin, dass die Soziale Arbeit nicht für die Lösung aller sozialen Probleme zuständig ist und folglich Prioritäten gesetzt werden müssen. Die Klientel sollen so gut wie möglich am Problemlöseprozess beteiligt sein (Obrecht, 2001, S. 99).

Die dargelegten sozialen Probleme sind grösstenteils im Verantwortungsbereich der Sozialen Arbeit. Dies kann bei nicht wahrgenommenen Machtquellen und der Durchsetzung von Ansprüchen (beispielsweise die Leistungen der Krankenversicherung) im Sinne des Empowerments geschehen (ebd., S. 217). Der Begriff des Empowerments beinhaltet Prozesse, in denen die Selbstgestaltungs- und Selbstverfügungskräfte der Klientel gestärkt und Selbstbestimmung, Eigenverantwortung sowie soziale Teilhabe in den Fokus gerückt werden. Wenn Sozialarbeitende Vertrauen in die Selbstheilungskräfte und Stärken von Individuen zeigen, steigert sich die Hilfe zur Selbsthilfe (Student et al., 2020, S. 104).

Das Tripelmandat verpflichtet die Soziale Arbeit gegenüber drei Mandaten. Namentlich ist es das Mandat gegenüber der Klientel, der Gesellschaft und seitens der eigenen Profession (Staub-Bernasconi, 2018, S. 113 – 114). Das Mandat der eigenen Profession macht die Selbstmandatierung möglich. Das bedeutet, dass Sozialarbeitende auch ohne Auftrag seitens der Gesellschaft aktiv werden können, wenn der Auftrag seitens Betroffenen gegeben ist (ebd., S. 118-119).

Die Soziale Arbeit kann gemeinsam mit den Klientel und den Beteiligten die Thematisierung eines sozialen Problems angehen, wenn sie nicht mit einem offiziellem Auftrag seitens Gesellschaft und Institution rechnet (Staub-Bernasconi, 2018, S. 118-119). Weiter lässt sich festhalten, dass die Soziale Arbeit aufgrund ihres Gegenstandes der sozialen Probleme und Professionsethik kritik- und politikfähig ist (ebd., S. 122). Die Selbstmandatierung und Politikfähigkeit sind in Bezug auf die Tabuisierung, die Entrechtung der Trauer, das lückenhafte Versorgungssystem und die ungleichen Gesetzesbestimmungen von grosser Bedeutung. Dadurch können Auswirkungen und Herausforderungen eines Kindsverlusts öffentlich thematisiert werden.

4.3 Unterstützung bei der Lebensbewältigung nach Lothar Böhnisch

Psychologische Theorieansätze zur Trauer und Verlustbewältigung reichen nicht aus, um der Komplexität von Verlusten und den dazugehörigen Reaktionen gerecht zu werden. Sie schenken dem Alltag der Individuen zu wenig Aufmerksamkeit (Krüger, 2022, S. 118). In Anknüpfung an Staub-Bernasconi (2018) befasst sich die Soziale Arbeit dann mit dem Alltag der Individuen, wenn die darin entstandenen Probleme nicht von selbst gelöst und bewältigt werden können (S. 211). Mit dem Konzept der Lebensbewältigung von Böhnisch (2016a; 2016b) kann deutlich aufgezeigt werden, inwiefern der Sozialen Arbeit eine tragende Rolle beim Thema Kindsverlust zukommt. Das Konzept bezieht sich auf verlorene oder grundsätzlich verwehrte Sicherheiten, die den Alltag erschweren.

Böhnisch (2016b) beschreibt, dass es immer wieder zu kritischen Lebensereignissen kommen kann (S. 23). Mit kritischen Lebensereignissen meint Böhnisch, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, Schwierigkeiten im Leben mit ihren vorhandenen Ressourcen zu bewältigen (ebd.). Sie sind oft nicht vorhersehbar, wodurch der Bewältigungsdruck ansteigt (ebd.). Dieser Bewältigungsdruck lässt die Individuen auf eine gewisse Weise handlungsunfähig werden und macht sie zur Klientel der Sozialen Arbeit. Sie sind in dieser Situation nicht mehr in der Lage, auf ihre Strategien zurückzugreifen und neigen deswegen häufiger zu selbstzerstörerischem Verhalten (ebd.). Das Konzept der Lebensbewältigung umfasst daher die individuelle Reaktion auf diese gesellschaftlichen Umstände (Böhnisch, 2016a, S. 20).

Wie unter den Auswirkungen im Kapitel 3 aufgezeigt wurde, erschwert unter anderem die Entrechtung der Trauer bei einem Kindsverlust die Bewältigung. Durch die fehlende Anerkennung der Trauer gehen psychische wie auch soziale Ressourcen verloren oder sie reichen nicht mehr aus, um das Gleichgewicht zwischen der persönlichen Befindlichkeit und dem sozialen Verhalten wiederherzustellen (ebd., S. 22).

Viele Menschen können dieses Ohnmachtsgefühl durch ihre eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie durch die Thematisierung mit Bezugspersonen bewältigen. Sie erlangen dadurch ihre Handlungsfähigkeit wieder zurück (Böhnisch, 2016a, S. 22). Die fehlende Anerkennung und Wertschätzung bei einem Kindsverlust können ebenfalls dazu führen, dass die eigene Hilflosigkeit nicht zur Aussprache kommt (vgl. Kapitel 3.3 Selbstentwertung). Den betroffenen Eltern fehlt die nötige Umgebung, um ihre Trauer zum Ausdruck zu bringen. Gemäss Böhnisch (2016a) kann sich durch diese fehlende Anerkennung ein innerer Druck nach Handlungsfähigkeit aufbauen (S. 28). Dabei können Kompensationen in Form von Entlastung, Vermeidung, Ablenkung oder Umleitung der inneren Bedrängnis auftreten, die sich häufig durch antisoziale und destruktive Verhaltensweisen äussern. Trotz ihrer Abweichung von den üblichen Normen, liegt diesen Verhaltensweisen die Absicht nach sozialer Integration und Anerkennung zu Grunde (Böhnisch, 2016a, S. 28). Die Selbstentwertung ist ein Verhalten, welches nicht selten bei einem Kindsverlust auftritt (vgl. Kapitel 3.3). Die Soziale Arbeit hinterfragt die Botschaft, welche die einzelnen Handlungen vermitteln (ebd., S. 24). So geht es beispielsweise bei der Selbstentwertung von Trauer oder dem sozialen Rückzug nicht um die Frage, *warum* auf eine bestimmte Weise getrauert wird, sondern *weshalb* es zu diesem Verhalten kommt. Das bedeutet folglich, dass die Soziale Arbeit die Absicht hinter diesem destruktiven Verhalten erkennen sollte. Die Anerkennung sowie die Selbstwirksamkeit müssen gestärkt werden, um diese Ohnmachtssituation zu beenden und das Gefühl von Handlungsfähigkeit wieder erlebbar zu machen. Dadurch wird der Selbstwert der Klientel wieder gestärkt, was das Gleichgewicht der persönlichen Befindlichkeit wiederherstellt (Böhnisch, 2016a, S. 20). Böhnisch (2016b) sieht das Aussprechen und Teilen innerer Hilflosigkeit und Ohnmacht als grundlegende Komponente erfolgreicher Bewältigung an (S. 11). Durch gezielte Methoden bietet die Soziale Arbeit funktionale Alternativen an. Damit erkennen die Klientel im Laufe der Zeit, dass sie ihr destruktives Verhalten nicht mehr benötigen (ebd., S. 24).

Böhnisch bezieht das soziale Umfeld mit ein und weist auf die Problematik von gesellschaftlichen Erwartungen hin (Böhnisch, 2016a, S. 24). Wenn das Selbstbild über die eigene Identität nicht mit dem Fremdbild übereinstimmt, kann dies zu einer Bedürfnisunterdrückung und zu selbstzerstörerischen Verhaltensweisen führen (Gruen, 1992, zit. in Böhnisch, 2016b, S. 24). Der Umgang mit kritischen Lebensereignissen, wie dem Kindsverlust, kann dazu beitragen, dass innerhalb der Familie Bedürftigkeit und Hilflosigkeit verwechselt werden. Es kann zu einer Vermischung von gesellschaftlicher Problematik und familiärer Intimität kommen, die schwer zu unterscheiden sind. Die Familie wird als privater Raum angesehen, der sich den öffentlichen Regeln und Normen zu entziehen scheint. Dadurch kann es zu einer Art Ausnahmezustand führen (ebd.). Gesellschaftliche Erwartungen treffen auf eine emotionale und normdiffuse Familienwelt und es können dadurch Schuldgefühle und Verlustängste entstehen (Böhnisch, 2019, S. 57-58).

Diese Ausführungen verdeutlichen, inwiefern die gesellschaftliche Entrechtung der Trauer eines Kindsverlust (vgl. Kapitel 3.3) das Risiko zu einer sozialen Distanzierung fördert. Ausserdem wird die Paarbeziehung auf die Probe gestellt (vgl. Kapitel 3.2.3).

Das Bewältigungsverhalten von Menschen muss immer in Relation zu ihren sozialen und kulturellen Praktiken betrachtet werden. Böhnisch spricht von sogenannten «Bewältigungskulturen» (Böhnisch, 2016b, S. 26). Innerhalb dieser Kulturen können verschiedene Strategien zur Bewältigung von Belastungen und Krisen entwickelt werden. Dabei ist die Rolle von sozialen Beziehungen, insbesondere Familien und Peergroups besonders bedeutsam. Durch diese Beziehungen können Ressourcen beigezogen werden, die für eine erfolgreiche Bewältigung notwendig sind. Wie im Kapitel zum gesellschaftlichen Wandel (vgl. Kapitel 2.2) erwähnt, gehen jedoch Bewältigungsroutinen und verbindliche Rituale immer mehr verloren (Böcker, 2022, S. 74).

In einer solchen Krisensituation müssen bei der Unterstützung von Eltern die sozialen und kulturellen Kontexte berücksichtigt werden. Eine erfolgreiche Bewältigung kann nur gelingen, wenn auch die Umgebung und das soziale Netzwerk der betroffenen Menschen unterstützend und stabilisierend wirken (Böhnisch, 2016b, S. 26).

Die Soziale Arbeit ist beauftragt, mittels Beziehungen, Zeit, Sprache und Raum, die sozialen und kulturellen Handlungsspielräume zu erfassen. So kann die psychosoziale Handlungsfähigkeit wieder erreicht werden (Böhnisch, 2016a, S. 94). Auch Student et al. (2020) bestärken die Wichtigkeit von geeigneten Räumen, in welchen die Unterstützung und Beratung in Bezug auf den Trauerprozess stattfinden sollen (S. 14). Die Soziale Arbeit soll betroffene Eltern darin befähigen, die empfundene Hilflosigkeit zu benennen und über ihren erlebten Verlust zu sprechen. Zudem soll sie einen verständnisvollen und geschützten Raum zum Reden bieten, welchen sie von ihrem Umfeld allenfalls nicht erhalten (Böhnisch, 2016a, S. 94).

Im beschriebenen Konzept wird Trauer als eine Herausforderung betrachtet. Der erlittene Verlust soll mit vorhandenen Ressourcen bewältigt werden. Diese Ressourcen sollen ausserdem gesichert und bewusst gemacht werden. Soziale Arbeit mit Fokus auf Lebensbewältigung im Zusammenhang mit Verlusten bedeutet Trauer als Auslöser für gegenwärtiges, möglicherweise schwieriges Bewältigungsverhalten zu erkennen und zu verhindern. Damit soll vermieden werden, dass die Lebenssituation durch fehlerhaftes Bewältigungsverhalten noch kritischer wird (Krüger, 2022, S. 112).

4.4 Mögliche Zuständigkeitsbereiche in der Begleitung von betroffenen Eltern

Nachdem die Thematik des Kindsverlust auf theoretischer Basis zur Sozialen Arbeit hergeleitet wurde, soll nun zusammenfassend die Zuständigkeit definiert werden.

Das biopsychosozialkulturelle Modell von Staub-Bernasconi und die Handlungsmaxime des Berufskodex leiten die Soziale Arbeit an, die Situation der Klientel ganzheitlich zu betrachten. Bei der Begleitung von betroffenen Eltern durch die Soziale Arbeit kann gewährleistet werden, dass biologische, psychologische, soziale und kulturelle Aspekte sowie deren gegenseitige Einflüsse mitberücksichtigt werden.

Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, wurden die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Eltern von Fachpersonen zu wenig berücksichtigt. Die Soziale Arbeit kann nach Obrecht und Staub-Bernasconi dafür sorgen, dass die Bedürfnisse der Eltern erfragt und bestmöglich befriedigt werden. Mit diesen Massnahmen wird ihr Wohlbefinden gefördert und sie können befähigt werden, einen gesunden Umgang mit ihrem Kindsverlust zu finden. Laut AvenirSocial und Staub-Bernasconi ist die Soziale Arbeit zuständig für die Förderung und Integration der Klientel in soziale Systeme. Die Profession kann diese Problematiken angehen und somit die Bedürfnisbefriedigung unterstützen. Gemäss Kapitel 4.2 können soziale Probleme als Auswirkungen von einem Kindsverlust entstehen. Obrecht (2001) beschreibt Isolation als ein soziales Problem (S. 64). Wie in Kapitel 3.2.2 beschrieben, besteht die Gefahr nach einer sozialen Isolation bei besonderen Verlusten. Soziale Probleme können weitere biologische oder biopsychische Probleme auslösen, wie beispielsweise Depression oder Suchtverhalten (Obrecht, 2001, S. 64). Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Soziale Arbeit soziale Probleme als Folgen eines Kindsverlusts erkennt, behandelt oder vermindert. Die Lösung von sozialen Problemen von betroffenen Eltern sollen priorisiert und angegangen werden.

Der Zeitpunkt der Intervention der Sozialen Arbeit soll in Anlehnung an Student et al. (2020), Staub-Bernasconi (2018) sowie Böhnisch (2016a; 2016b) auf dann festgelegt werden, wenn Eltern Schwierigkeiten mit der Problembearbeitung von Herausforderungen und Auswirkungen eines Kindsverlusts haben. Wenn Betroffene aufgrund ihrer Trauer oder begrenzten Ressourcen Mühe mit der Durchsetzung von ihren Rechten haben, kann die Soziale Arbeit sie dabei aktiv unterstützen (AvenirSocial, 2010, S. 12).

Durch die Politikfähigkeit (Staub-Bernasconi) und die Verpflichtung zu sozialpolitischen Interventionen (Berufskodex) kann die Soziale Arbeit öffentliche Sensibilisierungs- und Informationsarbeit leisten, um der Tabuisierung entgegenzuwirken. Aufgrund der Selbstmandatierung kann die Soziale Arbeit sich selbst beauftragen, im Handlungsfeld Sterben und Tod beim Thema Kindsverlust tätig zu werden.

Die Trauer kann sich unterschiedlich auswirken und damit massgeblich den Alltag beeinflussen. In diesem Zusammenhang kann die Soziale Arbeit die Eltern ebenfalls bei der Bewältigung ihres Alltags unterstützen. Durch die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit erfahren die Eltern mehr Anerkennung für die herausfordernde Situation (vgl. Kapitel 4.3). Die Soziale Arbeit hat eine besondere Fähigkeit, in Krisensituationen zu handeln und zu agieren. Die Kernkompetenz der Sozialen Arbeit ist der angemessene Umgang mit kritischen Lebensereignissen und Lebenskrisen, die in den meisten Fällen Verlustkrisen sind (Böhnisch, 2016b, S. 23; Student et al., 2020, S. 97).

5 Praxis der klinischen Sozialarbeit zum Thema Kindsverlust

In den vorherigen Kapiteln wurde verdeutlicht, dass es durchaus legitim ist, wenn die Soziale Arbeit bei einem Kindsverlust als weitere Profession involviert wird. Im Kapitel 5 und 6 wird die Fragestellung beantwortet, inwiefern die klinische Sozialarbeit zu einer ganzheitlichen Begleitung von betroffenen Eltern beitragen kann. Im Kapitel 5 wird dazu zuerst die klinische Sozialarbeit beschrieben. Danach folgt die Bedeutung der interprofessionellen Kooperation. Anschliessend werden aktuelle Entwicklungen im Bereich der Sozialen Arbeit in Arztpraxen sowie der Nichtregierungsorganisation kindsverlust.ch aufgezeigt. Zum Schluss dieses Kapitels werden ausgewählte Interventionen und Methoden der klinischen Sozialarbeit vorgestellt.

5.1 Klinische Sozialarbeit

Die Disziplin der Geburtshilfe und die damit verbundenen Schwangerschaftsuntersuchungen gehören zu den klassischen Fachgebieten der Gynäkologie (Swiss Medical Network, 2023). Dabei handelt es sich um ein medizinisches Fachgebiet, weshalb nun konkreter auf die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit eingegangen wird. Laut dem Schweizerischen Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen [SAGES] und AvenirSocial (2018) zielt die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit darauf ab, zwei Hauptbereiche zu bearbeiten:

- «Die Förderung der sozialen Teilhabe und erfolgreichen Lebensführung von Personen, die direkt oder indirekt von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen oder bedroht sind» (S. 2).
- «Die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus solchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen oder zu ihnen führen» (S. 2).

Die Autorinnen beziehen sich in Anlehnung an Pauls und Gahleitner (2017) den Begriff der klinischen Sozialarbeit, welcher « (...) professionell beratende und behandelnde Soziale Arbeit in den psychosozialen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens» (S. 521) beschreibt. Seit 1995 ist der englischsprachige Fachbegriff *clinical social work* auch in der deutschsprachigen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit bekannt. Klinische Sozialarbeit ist Soziale Arbeit, die Gesundheit, Krankheit und Beeinträchtigung als Teil der biografischen Erfahrungen betrachtet und in soziokulturelle Zusammenhänge einbettet. Sie fokussiert primär die sozialen Aspekte und strebt nach positiven Veränderungen im Leben der Klientel unter Berücksichtigung ihrer Lebenslage und sozialen Umgebung. Dabei behält sie die individuelle oder klinische Perspektive (ebd., S. 522).

Die klinische Sozialarbeit beinhaltet nicht nur Sozialarbeit in Kliniken (Pauls, 2013, S. 17). Es ist ein «integrierter professioneller Ansatz zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klientel bzw. Klientensystem und Umwelt» (ebd.). Durch die Fokussierung auf soziale Aspekte wird das Potenzial von möglichen Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb privater und professioneller sozialer Netzwerke der Klientel erkennbar. Zudem können die Vernetzung und Kooperation zwischen verschiedenen Institutionen und Fachleuten dort gefördert und ausgebaut werden, wo derzeit noch Lücken (vgl. Kapitel 2.3) vorhanden sind. Auch direkte Alltagsunterstützung wie psychosoziale Beratung und Therapie, Hilfen zur Erziehung und materielle Unterstützung spielen eine wichtige Rolle (ebd., S. 23). Als primäre Zielgruppe werden Klientel in Multiproblemsituationen verstanden (ebd.). Darunter zählen vor allem Menschen, welche traumatische Erfahrungen gemacht haben, wie Gebrände und Lebküchner (2020) beschreiben (S. 168). Die Interventionskompetenz der klinischen Sozialarbeit liegt insbesondere in der Schnittstellenarbeit im Alltag der Menschen. Dabei betrachtet sie nicht nur die innere psychologische Welt oder die äussere Realität, sondern den kritischen Bereich, in dem beide Aspekte miteinander interagieren und zusammenwirken. Im Vergleich zur klassischen Psychotherapie, welche sich hauptsächlich auf innere psychische Störungen und Ressourcen konzentriert, unterscheidet sich die klinische Sozialarbeit somit in ihrer Differenzierung und Abgrenzung (Pauls, 2013, S. 20). Aufgrund dieser Ausführungen sind die Autorinnen der Meinung, dass sich die klinische Sozialarbeit für eine spezifische Begleitung von Eltern eignet.

Pauls (2013) führt aus, dass in der klinischen Sozialarbeit eher von «(...)klinischen Aufgabenstellungen in bedeutsamen Arbeitsfeldern (...)» (S. 6) anstelle von «(...) Arbeitsfeldern der klinischen Sozialarbeit (...)» (S. 6) gesprochen wird. Diese Aufgabenstellungen zeigen sich in den Bereichen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe und der psychosozialen Akutversorgung. Als Voraussetzung benötigen Fachkräfte der Sozialen Arbeit eine klinisch-soziale Expertise. Die Grundlage für klinisch-soziale Hilfsformen besteht darin, dialogische und kooperative Ansätze in individuellen Fällen und Situationen zu verwenden. Durch diverse Massnahmen wie beispielsweise psychosoziale Beratung, Krisenintervention, soziale Netzwerkarbeit und Empowerment kann eine Verbesserung der Bewältigungsstrategien bei herausfordernden Lebenssituationen erreicht werden (Pauls & Reicherts, 2015, S. 6). Einige Interventionen und Methoden werden im Kapitel 5.4 differenzierter erläutert.

Durch die starke Dominanz von Medizin und Psychologie erfährt die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eine geringere Beachtung (Pauls, 2013, S. 21). Dies liegt grösstenteils daran, dass die Soziale Arbeit hauptsächlich in der Wohlfahrtspflege vertreten ist. Das führt wiederum dazu, dass die Soziale Arbeit zwar im stationären Bereich des Gesundheitswesens Einzug gefunden hat, jedoch der Verwaltung zugeordnet wird (ebd.).

Hingegen ist die Soziale Arbeit im ambulanten Gesundheitswesen kaum anzutreffen (Pauls, 2013, S. 21). Möglicherweise gibt es dafür verschiedene Gründe. Zu diesen gehören politische und historische Faktoren sowie ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft und im Gesundheitssystem. Dieses Verständnis unterschätzt die Wichtigkeit und Komplexität der sozialen Dimension systematisch und im erheblichen Masse (ebd.). Pauls (2013) kritisiert, dass trotz des aktuellen Forschungsstands der sozialen Dimension im Gesundheitswesen keine angemessene Beachtung geschenkt wird. Es scheint, dass der biologische Ansatz als wissenschaftlich akzeptiert, der psychologische als teilweise erwünscht und der soziale als vernachlässigt betrachtet wird (S. 32).

So stellt auch das BAG (2018b) fest, dass das Gesundheitssystem eine leistungsfähigere und nachhaltigere Versorgung anstreben muss, um allen Menschen den Zugang für die gleichen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Gemäss Rüegg et al. (2022b) gibt es zwar zunehmende Trends zu innovativen Versorgungsmodellen. Diese neuen Entwicklungen konzentrieren sich aber hauptsächlich auf medizinische und psychiatrische Versorgungsnetze. Soziale Beratungsangebote sind meist auf Krankenhäuser oder Gesundheitsorganisationen, sowie auf diverse Non-Profit-Organisationen beschränkt und für viele Menschen deshalb schwer zugänglich. Insbesondere in der ambulanten Versorgung fehlt oft eine ganzheitliche Perspektive, welche eine effektive Koordination des Hilfesystems beinhaltet (S. 16). Psychosoziale Unterstützung soll näher an die Bevölkerung herangebracht werden, sowohl aus wirtschaftlicher als auch aus moralischer Perspektive (Rüegg, 2022, S. 10). Die Grundidee «ambulant vor stationär» (ebd.) liegt in der Betonung der Früherkennung, Vorbeugung und Förderung der Gesundheit auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene. Auf diese Weise lassen sich kostspielige Therapien vermeiden und gesundheitliche Ungleichheiten reduzieren (ebd.).

Die folgende Grafik (siehe Abbildung 4) benennt Beiträge, welche die klinische Sozialarbeit in der Praxis übernehmen und leisten kann (Dettmers & Spreng, 2007, S. 5).



Abbildung 4: Mögliche Beiträge der klinischen Sozialarbeit (eigene Darstellung nach Dettmers & Spreng, 2007, S. 5)

5.2 Interprofessionelle Kooperation

Bei der Begleitung von einem Kindsverlust sind diverse Professionen beteiligt, wie in Kapitel 2.3 aufgezeigt wird. Es wird beschrieben, dass betroffene Eltern die Koordination und Kommunikation sowie den Informationsfluss zwischen Fachpersonen als mangelhaft empfunden haben. Dies zeigt, dass interprofessionelle Koordination eine hohe Bedeutung hat, wenn sie funktioniert. In diesem Kapitel werden Bedingungen für eine optimale interprofessionelle Kooperation beschrieben.

Obrecht (2006) definiert interprofessionelle Kooperation als institutionalisierte Verständigung von unterschiedlichen Professionen. Die Interaktion hat eine abgestimmte systemische Lösung von Problemen der Klientel als Ziel. Die Professionen können dabei als soziale Systeme benannt werden. Sie bearbeiten bestimmte soziale Probleme von Menschen, die mit der Befriedigung ihrer Bedürfnisse und dementsprechend ihrer sozialen Integration zusammenhängen. Dazu stützen sich die Professionen auf berufsspezifische Verfahren und Methoden sowie auf allgemeine Handlungstheorien (S. 426-427).

Student et al. (2020) beschreiben die Notwendigkeit von interprofessioneller Kooperation im Hospizbereich, da die Hospizarbeit mit ihren Herausforderungen nicht nur bestimmten Spezialisten überlassen werden kann (S. 42).

In diesem interprofessionellen Team zählen sie die Soziale Arbeit bedingungslos dazu (Student et al., 2020, S. 42). In Anlehnung an diese Aussage könnte hierbei eine Verbindung zur Thematik des Kindsverlusts gemacht werden. Wie im Hospizbereich sind bei der Begleitung eines Kindsverlust mehrere Professionen notwendig (vgl. Kapitel 2.3), wobei die Soziale Arbeit dazugezählt werden sollte.

Laut der Weltgesundheitsorganisation [WHO] und UNICEF (2018) umfasst eine ganzheitliche Grundversorgung die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen wie beispielsweise Hausärzt:innen, Kinderärzt:innen, Pflegefachkräfte, Ernährungsberater:innen, Apotheker:innen, Zahnärzt:innen und Sozialarbeiter:innen. Die Rolle der Sozialarbeitenden besteht darin, den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern, die soziale Integration zu fördern, medizinisches Personal zu entlasten und die soziale Situation der Patient:innen zu erfassen. Insbesondere in komplexen Fragen wie der Betreuung von Angehörigen, dem Schutz von Kindern und Erwachsenen oder über Sozialversicherung können Sozialarbeitende Unterstützung bieten (S. 11 / eigene Übersetzung).

Gubler et al. (2020) legen dar, dass sich auch die Medizin bei der Betreuung und Begleitung von Eltern, die einen Kindesverlust erleben, mit neuen Herausforderungen konfrontiert sieht (S. 26). Durch Fortschritte in der pränatalen Diagnostik, lassen sich Befunde bei noch ungeborenen Kindern feststellen. Frühe Diagnosen und Vorhersagen über die Gesundheit lösen grosse Unsicherheiten bei den Eltern aus, was Auswirkungen auf die Entscheidung betreffend des weiteren Vorgehens hat (ebd.). Die Fachpersonen stehen vor der Herausforderung, die interprofessionelle Kooperation und die ambulante Versorgung optimal zu gestalten. In naher Zukunft könnten laufende Schweizer Forschungsprojekte im Bereich der Palliative Care in der Neonatologie relevante Ergebnisse liefern, welche zu einer angemessenen Kommunikation von Fachpersonen beitragen (ebd., S. 28).

Hochuli-Freund (2017) betont die Notwendigkeit von interprofessioneller Kooperation innerhalb einer Institution, um die Unterstützung der Klientel zielgerichtet und wirksam zu gestalten (S. 93). Sie nennt insbesondere die integrative interprofessionelle Kooperation als anzustrebende Form der Zusammenarbeit. Dabei arbeiten die Professionen mit ihren fachlichen Perspektiven in einem gemeinsamen Such- und Verständigungsprozess transparent zusammen (ebd., S. 102). Die Soziale Arbeit hat dabei die Perspektive der Klientel zusätzlich im Fokus (ebd., S. 103). Der Nutzen der integrativen Kooperation zeigt sich in einer erhöhten Qualität. Durch die Ausarbeitung eines transprofessionellen Gesamtbildes und der gegenseitigen Koordination der Interventionen sind diese effektiver und zielgerichteter (ebd., S. 96).

Durch die partnerschaftliche Orientierung haben Sozialarbeitende gelernt, ihre Rolle im interprofessionellen Setting zu erklären (Student et al., 2020, S. 43).

Da jedoch die Begleitung von einem Kindsverlust durch die Ausbildung und gegebenen Strukturen nicht bekannt ist, muss diese Rolle vorgängig im interprofessionellen Team gefunden werden. Zusätzlich müssen die Rollen der restlichen beteiligten Professionen ebenfalls neu geklärt werden. Als Expert:innen für das soziale und kooperative sowie ihren Team-, Kommunikations- und Konfliktfähigkeiten kann die Soziale Arbeit die Aufgabe der Vermittlung übernehmen (Student et al., 2020, S. 43). Für den Hospizbereich weisen Student et al. daraufhin, dass die Berufsgruppen sich nicht nur auf das eigene Aufgabengebiet fokussieren, sondern eine ganzheitliche Perspektive einnehmen sollen (ebd.). Dies kann auch für die Begleitung bei einem Kindsverlust umgesetzt werden. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die biopsychosozialen Auswirkungen, welche einander beeinflussen (vgl. Kapitel 3.2). Wie Muff (2023) anhand der Sozialen Arbeit im Universitätsspital Zürich aufzeigt, müssen Sozialarbeitende in einem interprofessionellen Team ihren Aufgabenbereich kennen, kommunizieren und gegenüber den Aufgaben der anderen Professionen abgrenzen können. Ausserdem sollen sie sich mit ihrem Fachwissen am Entscheidungsfindungsprozess aktiv beteiligen (S. 19).

Der spirituelle Aspekt ist besonders bedeutsam für die Begleitung von betroffenen Eltern. Im Schlussbericht der Studie von Meier Magistretti et al. (2019) wurde in einer Fachgruppe der Zusammenhang des Kindsverlusts und der Glücksorientierung von postmodernen Gesellschaften diskutiert (S. 44). So stehen ein beschönigtes Bild von Schwangerschaft und Muttersein sowie die absolute, idealisierte Medizin dem Paradox *vom Tod gebären* gegenüber (ebd.). Diese Erkenntnis unterstreicht die Wichtigkeit von symbolischen und spirituellen Inhalten einer Begleitung, da diese die nicht fassbaren Ebenen adressieren (ebd.). Die *warum*-Frage betrifft viele Betroffene und überschreitet das medizinisch Erklärbare. Die Frage beinhaltet die biografische Integration des schwierigen Lebensereignisses sowie die subjektive Bewältigung des Todes in einer Gesellschaft, in welcher insbesondere der Tod bei der Geburt ausgegrenzt wird (ebd., S. 45). Es könnte hilfreich für die betroffenen Eltern sein, den Kindsverlust in einen grösseren Zusammenhang zu stellen (ebd.). So entsteht die Schlussfolgerung, dass nebst medizinischer, psychologischer und sozialer Begleitung auch spirituelle Unterstützung angeboten werden soll. Dies würde das interprofessionelle Team optimal ergänzen.

5.3 Ambulante Versorgung bei einem Kindsverlust durch die klinische Sozialarbeit

Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, bestehen klinische Aufgabenstellungen in den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern. Da Stillgeburten in den meisten Fällen ambulant betreut werden, gewinnt die ambulante Gesundheitsversorgung an Bedeutung (kindsverlust.ch, ohne Datum b, S. 6–12). Daher liegt der Fokus dieser Thesis auf den ambulanten Angeboten. Im nachfolgenden Abschnitt wird auf ein neues Arbeitsfeld im Gesundheitswesen eingegangen, namentlich die Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Danach wird die Nichtregierungsorganisation kindsverlust.ch vorgestellt.

Spiekermann (2022) kritisiert die fehlenden spezifischen Hilfsangebote für Frauen, welche einen Kindsverlust erlitten haben. Anhand der lückenhaften Versorgung ist ersichtlich, dass noch immer patriarchale Strukturen vorhanden sind. Es sei besonders wichtig, dass Frauen Zugang zu qualitativ hochwertigen und zugeschnittenen Hilfsangeboten haben, um ihr spezifisches Leid zu bewältigen. Allerdings sind die Angebote oft kostenpflichtig und stehen nicht flächendeckend zur Verfügung. Frauen müssen auf allgemeine psychotherapeutische Angebote mit langen Wartezeiten zurückgreifen. Dies ist nicht optimal und kann die Situation der Betroffenen verschlimmern. Deswegen appelliert Spiekermann an die Gesellschaft und die Gesundheitspolitik, damit solche Hilfsangebote weiter gefördert, finanziert und ausgearbeitet werden sollen. Dadurch kann eine qualitativ hochwertige Unterstützung gewährleistet werden. Das Ziel sollte die Schaffung einer Gesellschaft sein, die Frauen gleichberechtigt behandelt und ihre Bedürfnisse und Herausforderungen ernst nimmt. Gemäss Böhnisch (2016a) ist die Soziale Arbeit beauftragt, unter anderem mittels Räume, die psychosoziale Handlungsfähigkeit der Betroffenen zu fördern. Es sollen hierfür soziale und kulturelle Handlungsspielräume erfasst werden (S. 94). Die Autorinnen sehen in der Arztpraxis und der Nichtregierungsorganisation einen Handlungsspielraum, welcher den Ausbau von spezifischen Hilfsangeboten ermöglichen könnte.

5.3.1 Soziale Arbeit in der Arztpraxis

Während einer Schwangerschaft findet in der Regel zwischen der 11. und 12. Schwangerschaftswoche der erste Untersuch bei einer Gynäkologie-Praxis statt (swissmom, 2022). Aus diesem Grund ist es plausibel, bei einem Kindsverlust die Gynäkologie-Praxis als primäre Anlaufstelle zu erwägen.

Bei einer Gynäkologie-Praxis handelt es sich um eine spezialisierte Arztpraxis. Die Autorinnen dieser Arbeit erachten es als bedeutsam, die aktuellen Forschungsergebnisse der Berner Fachhochschule [BFH] zu diesem Thema vorzustellen. Diese zeigen konkret auf, wie die Soziale Arbeit in der Arztpraxis aussehen könnte. Die Ergebnisse werden in diesem Abschnitt kurz erläutert und konkret auf Gynäkologie-Praxen übertragen.

Immer mehr Ärzt:innen erkennen, dass erfolgreiche medizinische Interventionen stark mit sozialen Faktoren zusammenhängen (Rüegg, 2022, S. 11). In der Schweiz wünschen sich 70% der Ärzteschaft eine bessere Finanzierung von Sozialprogrammen, gerade im Bereich der Prävention (ebd.). Studien aus dem Ausland sowie Erfahrungen von Vorreiterpraxen in der Schweiz bestätigen einstimmig, dass die Integration der Sozialen Arbeit in ärztliche Praxen dazu beitragen kann, die soziale und gesundheitliche Situation der Patientinnen und Patienten zu stabilisieren und zu verbessern. Gleichzeitig hat die Einbindung der Sozialen Arbeit auch positive Auswirkungen auf die Effektivität und Kompetenz der medizinischen Praxis (ebd., S. 7).

Die Einbindung wird durch das Prinzip der vorrangig ambulanten Betreuung in der Schweiz und das Potenzial zur frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen und sozialen Problemen unterstützt. Es ist zu erwarten, dass sich dieses Versorgungsmodell in Zukunft weiterverbreiten wird (Rüegg, 2021, S. 7). Ärzt:innen sind für viele Menschen die primäre Anlaufstelle, wenn es um ihre Gesundheit geht (SAGES, 2023). Komplexe Lebenssituationen führen bei der Ärzteschaft dazu, dass sie mit unspezifischen Anliegen konfrontiert werden. Für diese Anliegen reicht die blossе medizinische Versorgung nicht aus (Rüegg, 2021, S. 6).

Die Einbindung von Sozialarbeitenden in Arztpraxen verfolgt das Ziel, bedarfsgerechte und niedrigschwellige Unterstützung für Patient:innen zu bieten, um die sich gegenseitig verstärkende Verschlechterungen von sozialen und gesundheitlichen Problemen zu vermeiden. In Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden erhalten Patient:innen eine umfassende Betreuung, die ihr Gesundheitsverhalten und ihre psychische Gesundheit verbessern. So können Folgekosten durch Klinikaufenthalte, Notfallweisungen, Jobverlust oder Sozialhilfeabhängigkeit reduziert werden (ebd.). Rüegg et al. (2022b) verdeutlichen, inwiefern die Soziale Arbeit in Arztpraxen soziale Ungleichheit reduzieren kann. Die Niederschwelligkeit des Angebotes lässt schwierige soziale und gesundheitliche Lebenssituationen frühzeitig erkennen. Weitere Zugangsbarrieren zum Gesundheits- und Sozialwesen können durch die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzt:innen und Sozialarbeitenden abgebaut werden. Folglich können Fragen zur Finanzierung von Hilfsmitteln oder Therapien effizienter gelöst werden. Patient:innen können ausserdem bei der Geltendmachung von Leistungen gegenüber Sozialversicherungen unterstützt werden und der Zugang zu lokalen Fachstellen wird erleichtert (S. 17).

Durch die genannten Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung der sozialen Probleme können eine bessere Gesundheitspraxis, gesteigertes Wohlbefinden und eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz und Selbstverwaltung der Patient:innen erreicht werden (Rüegg et al., 2022b, S. 17).

Langfristige und kontinuierliche Begleitung und Betreuung können bei Bedarf eher ermöglicht werden, da es sich gemäss Rüegg et al. (2022b) nicht wie in stationären Einrichtungen um befristete Sozialberatungen handelt (S. 16). Weiter erfahren Eltern durch eine Fachperson für soziale Anliegen einen unabhängigen Rückhalt, welcher ihnen Sicherheit vermittelt. Dadurch ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass sie frühzeitig Hilfe in Anspruch nehmen (ebd., S. 17).

Auch das Berufsfeld von Hebammen leidet am Fachkräftemangel. Nach einem späten Kindsverlust besteht ein Anspruch auf die Begleitung durch eine Hebamme von maximal 56 Tage nach der Entbindung und zehn Hausbesuche (BAG, 2018b, S. 8; vgl. Kapitel 3.4). Eine kontinuierliche Begleitung kann somit ebenfalls nicht durch Hebammen und Geburtshelfende gewährleistet werden. Nebst Rüegg et al. (2022b, S. 15) äussern sich auch Golz und Hahn (2021) in Bezug auf den Fachkräftemangel (S. 13). Sie alle fordern, dass neue Lösungen erarbeitet werden sollen, um die bestehenden Strukturen zu ergänzen. Innerhalb vom Gesundheitssystem sollen die Lösungen evaluiert und auf ihren Nutzen geprüft werden (Golz & Hahn, 2021, S. 13; Rüegg et al., 2022b, S. 15). Die Darstellung verdeutlicht den positiven Effekt, welche die Integration der Sozialen Arbeit in der Gynäkologie-Praxis hätte (siehe Abbildung 5).

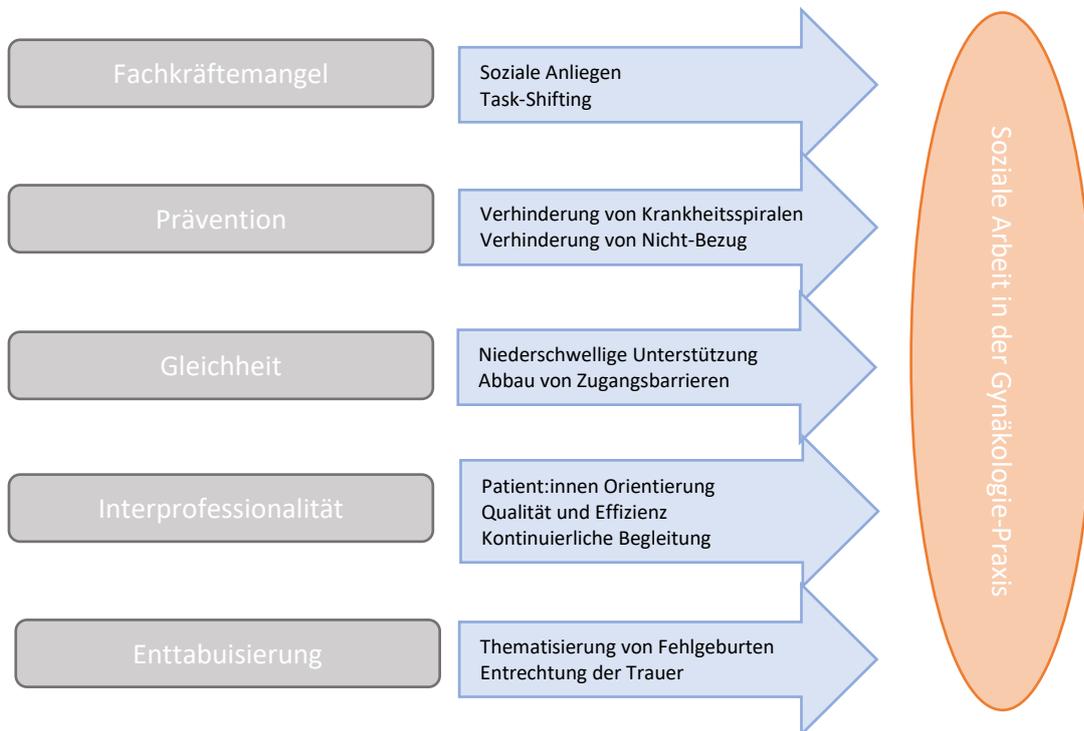


Abbildung 5: Soziale Arbeit als fehlendes Puzzleteil (leicht modifiziert nach Rüegg et al., 2022b, S. 18)

Wie Rüegg (2021) festhält, können Sozialarbeitende in der Arztpraxis an zwei verschiedenen Orten eingesetzt werden - entweder innerhalb der Praxisräumlichkeiten oder extern in einem nahegelegenen Büro. In beiden Optionen besteht eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und der Ärzteschaft. Ausserdem wird ein Arbeitsvertrag oder eine Zusammenarbeitsvereinbarung erstellt, um die Modalitäten der Zusammenarbeit festzulegen. Diese beinhalten Aspekte wie gegenseitige Erreichbarkeit, Terminplanung, Handhabung von Patient:innen-Daten und ähnliches. Bei der integrierten Sozialarbeit sind die Sozialarbeitenden direkt bei der medizinischen Praxis oder einer Betriebsgesellschaft angestellt und das Büro befindet sich normalerweise innerhalb der Praxis. Bei dieser Organisation gibt es oft eine informelle Zusammenarbeit im Alltag. Die Terminplanung erfolgt über den Empfang, per Telefon oder die gemeinsame elektronische Agenda (S. 6).

Bei der externen Sozialarbeit arbeiten die Sozialarbeitenden in der Regel auf Auftragsbasis für die Praxis. Die Zusammenarbeit wird formalisiert, beispielsweise durch Überweisungsschreiben. Sozialarbeitende können von mehreren Arztpraxen ihre Aufträge erhalten (Rüegg, 2021, S. 6).

Internationale Forschungsergebnisse sowie Erfahrungen von Praxen in der Schweiz zeigen ein konsistentes Bild. Die Integration der Sozialarbeit in medizinischen Praxen bietet den Patient:innen eine Stabilisation und Verbesserung ihrer jeweiligen sozialen und gesundheitlichen Situation. Gleichzeitig hat die Sozialarbeit positive Auswirkungen auf die Effizienz und Kompetenz der Praxis (Rüegg, 2021, S. 8). Basierend auf den vorgestellten Ergebnissen und dem Wissen über die Auswirkungen sozialer Determinanten auf die Gesundheit, wird die Integration der Sozialen Arbeit in Arztpraxen als vielversprechendes Modell für die zukünftige Grundversorgung betrachtet (Rüegg et al., 2022a, S. 38). Es ist darauf hinzuweisen, dass es sich um Pioniermodelle handelt, die sich noch in der Anfangsphase befinden und sich zuerst noch weiterentwickeln müssen (ebd.).

5.3.2 Fachstelle kindsverlust.ch als Nichtregierungsorganisation

Die Fachstelle kindsverlust.ch entstand im Jahr 2002 in Zusammenarbeit von Fachpersonen aus unterschiedlichen Professionen mit betroffenen Eltern. Als schweizweites Kompetenzzentrum steht die Fachstelle seit 2003 für die Unterstützung von betroffenen Eltern ein, die ein Kind während der Schwangerschaft, während der Geburt oder in der ersten Lebenszeit verlieren. Das Kompetenzzentrum hat die Rechtsform eines Vereins und ist eine unabhängige, steuerbefreite Nichtregierungsorganisation. Die Fachstelle verfolgt das Ziel der empathischen und fachlichen Begleitung von betroffenen Eltern, um einen zufriedenstellenden Weg des Weiterlebens zu finden (kindsverlust.ch, ohne Datum d). Als Verein ist die Fachstelle auf Mitgliederbeiträge, Spenden sowie Stiftungs- und Kirchengewandungen angewiesen (ebd.).

Das Angebot von kindsverlust.ch reicht von der unentgeltlichen Beratung von betroffenen Familien und begleitenden Fachpersonen über die Aus- und Weiterbildung von Fachpersonen sowie deren Vernetzung und dem Austausch mit Betroffenen. Ausserdem betreibt die Fachstelle öffentliche Sensibilisierungsarbeit über den Umgang mit dem frühen Tod von Kindern (kindsverlust.ch, ohne Datum d). Der Inhalt der Beratung ist sehr umfassend. Betroffene Eltern können sich Informationen zu den Themen Entscheidungsprozess, Wochenbettbegleitung, Abschied, Trauerbegleitung oder Paartherapie einholen (kindsverlust.ch, ohne Datum a).

Das Team von kindsverlust.ch setzt sich hauptsächlich aus Hebammen und Mitarbeitenden in der Administration sowie zwei Leitungspersonen zusammen. Obwohl die Fachstelle schweizweit einzigartig ist, hat das Team nur zwölf Mitarbeitende (kindsverlust.ch, ohne Datum e).

Der Trägerverein besteht aus 1'000 Privatpersonen, 20 unterstützenden Geburtskliniken und vielen Ehrenamtlichen (kindsverlust.ch, ohne Datum f). Somit verfügt die Fachstelle über ein breites Netzwerk.

Auf der Webseite kindsverlust.ch wird eine grosse Anzahl an frei zugänglichen, fachlichen Informationen über rechtliche Bestimmungen, Bestattungsmöglichkeiten, Unterstützung für das Umfeld und Links zu weiteren Angeboten und Adressen zur Verfügung gestellt. Diese Dienstleistung schliesst die in Kapitel 2.3 festgestellte Lücke von fehlenden Informationen, sofern die betroffenen Eltern auf die Fachstelle hingewiesen werden.

Interessierte Fachpersonen können sich mithilfe der diversen Angebote Kompetenzen im Handlungsfeld Kindsverlust aneignen. Jene Angebote sind Beratungen, Weiterbildungen oder der Erarbeitung von Betreuungskonzepten in der Praxis. Der Zugang zu den Angeboten wird nicht auf spezifische Disziplinen formuliert (kindsverlust.ch, ohne Datum c). Daher können auch Sozialarbeitende von diesen Angeboten profitieren und spezifisches Fachwissen zu erwerben. Durch die Möglichkeit zur Vermittlung von Fachstellen an Ratsuchende Familien könnte die klinische Sozialarbeit im ambulanten Setting profitieren.

Anna Margareta Neff, Leiterin der Fachstelle Kindsverlust, beschreibt in einem Interview mit watson.ch eindrücklich, dass sich von etwa 20'000 betroffenen Frauen nur ca. 200-250 bei der Fachstelle melden (Hann & Bloch, 2021). Dies zeigt die Notwendigkeit der Enttabuisierung dieser Thematik und der Öffentlichkeitsarbeit. Bei der Fachstelle kindsverlust.ch sind keine Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit vertreten. Vergleichsweise haben andere Nichtregierungsorganisationen im Gesundheitsbereich, wie beispielsweise die Krebsliga, Sozialarbeitende angestellt (Krebsliga Zentralschweiz, ohne Datum). Die Soziale Arbeit könnte optimal in das Tätigkeitsfeld der Fachstelle integriert werden.

Sozialarbeitende können in der öffentlichen Sensibilisierungsarbeit eine wichtige Rolle übernehmen, um den Kindsverlust und dessen Auswirkungen sowie die Ungleichbehandlungen zu thematisieren (vgl. dazu Kapitel 4.2 zur Selbstmandatierung der Sozialen Arbeit). Ausserdem könnten Sozialarbeitende Unterstützung bei sozialen Problemen bieten, die durch ein Kindsverlust entstehen können (vgl. Kapitel 4.2). Es kann festgehalten werden, dass die niederschwellige Fachstelle einige Lücken in der Begleitung von betroffenen Eltern schliessen kann. Die Niederschwelligkeit ist vor allem für Eltern von grosser Bedeutung, die eine frühe Fehlgeburt erlebt haben. Im Normalfall besteht der Erstkontakt mit der Gynäkologie-Praxis erst ab der 11.-12. Schwangerschaftswoche (vgl. Kapitel 5.3.1).

Die Niederschwelligkeit wird nur mit der Voraussetzung ermöglicht, wenn die Eltern an die Fachstelle vermittelt werden. Mit der Ergänzung von Sozialarbeitende könnte kindsverlust.ch noch mehr abdecken. In welchem Umfang und wie konkret die Einbindung der Sozialarbeit in der Fachstelle aussehen würde, müsste in einer weiteren Bedarfsanalyse abgeklärt werden.

5.4 Interventionen und Methoden der klinischen Sozialarbeit

In diesem Kapitel wird zu Beginn auf ausgewählte Grundsätze der sozialarbeiterischen Intervention eingegangen. Im Leitbild der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nennen AvenirSocial und SAGES (2018) unter anderem die psychosoziale Beratung, die Netzwerkarbeit und die Krisenintervention als Methoden (S. 3). Diese werden in den nachfolgenden Unterkapiteln erläutert und in den Zusammenhang mit der Begleitung von Eltern, die einen Kindsverlust erfahren haben, gesetzt.

Im Zusammenhang mit Tod und Trauer lassen sich keine konkreten sozialarbeiterischen Methoden finden, wie Krüger (2022) feststellt (S. 158). Stattdessen stellt Krüger einige Erkenntnisse auf, welche im Umgang mit Tod und Trauer relevant sind. Sterben soll als Teil des Lebens anerkannt werden. Zusätzlich sollen weitere Verluste verhindert und eine Krise auch als solche verstanden werden (S. 158-162). Nebst den Professionellen der Medizin und der Psychologie sind die Professionellen der Sozialen Arbeit «signifikante Andere» (ebd., S. 161).

In der Literatur zur Sozialen Arbeit in Palliative Care wird häufig der Person-in-Environment / Person-in-Situation Ansatz verwendet. Mit diesem Ansatz entsteht ein Doppelfokus, welcher den psychosozialen Begriff um ökosoziale und systemische Ansätze ergänzt (Student et al., 2020, S. 103). Für den Hospiz-Bereich werden von Student et al. Konzepte definiert, die aufgrund der hohen Übereinstimmung vom Kompetenzprofil der klinischen Sozialarbeit mit jenem der hospizlichen Sozialarbeit (ebd., S. 116) übernommen werden können.

Folgende Auflistung benennt die übereinstimmenden Konzepte (siehe Tabelle 2):

Social Support	Mobilisierung von Unterstützung und Ressourcen
Coping	Verbesserung des Bewältigungsverhaltens
Resilienz	Stärkung der Eigenkräfte
Empowerment	Wiedergewinnung der Selbstverfüngsmacht
Life Modell	Herstellung befriedigender Austauschbeziehungen

Tabelle 2: Konzepte für die hospizliche und klinische Sozialarbeit (eigene Darstellung auf der Basis von Student et al., 2020, S. 103)

Die Elemente von Individuum, Kontext, Umfeld und der individuellen Lebenswelt stehen in Wechselwirkung zueinander. Die klinische Sozialarbeit muss diese Ebenen und deren gegenseitige Einflussnahme zu konkreten Ausgangspunkten ihrer Intervention bestimmen und entsprechende Strategien sowie Methoden ausarbeiten (Pauls, 2013, S. 71).

Interventionen der klinischen Sozialarbeit eignen sich für psychosoziale Problembereiche mit besonders belastenden Bedingungen von Lebenssituationen (Pauls, 2013, S. 77). Ein Kindsverlust kann eine solche Belastungssituation aufgrund der diversen Auswirkungen und gesellschaftlichen Einflüssen (vgl. Kapitel 3.2) darstellen. Somit kann dieser als Ausgangspunkt von Interventionen der klinischen Sozialarbeit benannt werden. Zentral in den Interventionen ist die Personenzentrierung als grundsätzliche Perspektive, welche die systemische Ansicht miteinschliesst. Diese Perspektive charakterisiert sich durch die empathische Haltung der Sozialarbeitenden, das psychosoziale Problemverständnis, die Kooperation sowie den Einsatz von Beratungs- und Interventionsmethoden (Pauls, 2013, S. 191-192).

Als Ziel der Intervention wird die Wiedererlangung der psychosozialen Handlungsfähigkeit formuliert. Böhnisch (2016a) nennt einerseits die einfache Handlungsfähigkeit und andererseits die erweiterte Handlungsfähigkeit (S. 105). Die einfache Handlungsfähigkeit bezieht sich auf die Organisation des eigenen Alltags. Die erweiterte Handlungsfähigkeit überschreitet diese Alltagsbewältigung. Zur erweiterten Handlungsfähigkeit gehört die Kompetenz, die sozialen Netzwerke und Unterstützungszusammenhänge in aktiv zu erkennen sowie diese in Bezug auf die Handlungsbedingungen und Spielräume einzuschätzen (ebd.).

Bei der Behandlung von Krisen, wie eines Kindsverlusts (vgl. Kapitel 3.1), ist die soziale Diagnostik bedeutend. Die Ursachen müssen auf den drei Ebenen (biologisch, psychisch, sozial) überprüft und bei Interventionen berücksichtigt werden.

Zusätzlich soll die klinische Sozialarbeit die Lebenswelt der betroffenen Person berücksichtigen (Pauls, 2013, S. 107). Psychosoziale Diagnostik ermöglicht eine verantwortungsvolle psychosoziale Behandlung und ist unverzichtbar. Die Diagnostik bezieht sich auf die Schnittstellen zwischen psychischen, sozialen und alltäglichen Dimensionen (ebd., S. 200) Sie beschreibt Lebenslagen, Lebensweisen, Lebenskrisen inklusive deren Veränderungen unter Berücksichtigung des jeweiligen Kontextes. So können Zusammenhänge verstanden und Interventionen fachlich begründet werden (Pauls, 2013, S. 198).

Glaser (2008) zitiert die Studie von Murray et al. (2000) und beschreibt, dass trauernde Familien psychologische Unterstützung von speziell ausgebildeten Trauertherapeuten (Sozialarbeitende, Psycholog:innen) erhielten (S. 35). Die Intervention des telefonischen oder persönlichen Kontaktangebots hatte bei allen Eltern eine positive Wirkung. Diese war im Erleben der Ängstlichkeit, Depression, Coping-Strategien und die Qualität der Paarbeziehung erkennbar. Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass professionelle Unterstützung bei allen Eltern nach einem Kindsverlust eine positive Wirkung auf die psychische Gesundheit hatte (Glaser, 2008, S. 35). Eltern mit einem hohen Risiko für eine komplizierte Trauerreaktion profitierten am meisten von der Intervention (ebd.; vgl. Kapitel 3.2.2). Laut Glaser (2008) ist dies keine eindeutige Beweislage (ebd.). Trotzdem können psychotherapeutische und beratende Massnahmen betroffene Eltern besonders in der Anfangszeit und bei einem Risiko für eine komplizierte Trauerreaktion positiv beeinflussen (ebd., S. 35; Krüger, 2022, S. 71).

5.4.1 Krisenintervention

Im Kapitel 3.1 wurde aufgezeigt, dass es sich bei einem Kindsverlust um eine traumatische Krise handeln kann. Sonneck et al. (2016) definieren eine Krisenintervention als eine Art von psychosozialer Betreuung und Behandlung, deren Inhalt sich auf die Symptome bezieht, die mit dem Auftreten einer Krise zusammenhängend sind (S. 65).

In der klinischen Sozialarbeit bedeutet Krisenintervention einerseits personenbezogene, andererseits umfeldbezogene Hilfen. Dabei werden Methoden der Beratung, Psychotherapie, sozialen Unterstützung und Netzwerkarbeit eingesetzt (Pauls, 2013, S. 193). Die Massnahmen einer Krisenintervention sollen benötigte Bewältigungsmöglichkeiten möglichst rasch und niederschwellig durch Hilfe und Ressourcenaktivierung antreiben. Somit kann einer Verschärfung der Krise oder einer Chronifizierung vorgebeugt werden (ebd., S. 349). Durch die klinisch-sozialarbeiterische Perspektive geraten folgende Massnahmen in den Fokus: Die unterstützende Beziehung zwischen Klientel und Helfenden, die Klärung der Situation, der Ressourcen und Belastungen, die Analyse von Möglichkeiten und Grenzen sowie die Aktivierung der sozialen Unterstützung und die Ressourcenaktivierung des professionellen Netzwerks (ebd., S. 350).

Bei einer Krisenintervention in der sozialarbeiterischen Beratung soll die Bewältigung des aktuellen Zustands von Überforderung, Hilfslosigkeit, Hoffnungslosigkeit oder Desorientierung Vorrang haben. Weber (2016) formuliert folgende Grundsätze:

- Die Krisenintervention soll maximal vier bis sechs Wochen dauern.
- Die Bewältigung der Krise steht im Vordergrund. Die längerfristige Unterstützung soll nach der Krisenintervention angegangen werden.
- Sozialarbeitende verhalten sich aktiv und direktiv und übernehmen vorübergehend mehr Verantwortung und organisieren mehr.
- Die Kooperation mit anderen Disziplinen ist von Anfang an wichtig, um die Bewältigungsstrategien zu fördern (S. 81-82).

Böhnisch (2016a) unterscheidet bei einer Krise zwischen zwei Bewältigungsebenen. Die erste Ebene meint die aktuelle Situation (S. 125). Im Fall eines Kindsverlusts ist es der Moment, in welchem die Eltern von ihrem Verlust erfahren. Diese Ebene befasst sich ausschliesslich mit dem Empfang dieser Nachricht. In den meisten Fällen überbringt eine Fachperson aus dem medizinischen Bereich diese Nachricht und leistet somit die primäre Krisenintervention (vgl. Kapitel 2.3). Die zweite Bewältigungsebene bezieht sich auf die biografische Konstellation (Böhnisch, 2016a, S. 125). Diese Ebene beinhaltet die vorgängig erstellten Zukunftspläne und Wünsche, die mit dem Verlust nicht mehr existieren und die Eltern mit einer neuen Realität konfrontiert. Um beide Ebenen zu bewältigen, muss die Krisenintervention grundsätzlich in einen mittel- bis langfristigen Beratungsprozess einfließen (Böhnisch, 2016a, S. 125). Böhnisch spricht bei der zweiten Bewältigungsebene auch von der «sekundären Krisenintervention» (ebd.). Für diese Ebene ist die Soziale Arbeit zuständig. Damit die sekundäre Krisenintervention gelingt, muss die Beratung sofort angeboten werden (ebd.). Das bedeutet, dass betroffene Eltern nicht erst nach einem halben Jahr professionelle Unterstützung erhalten sollen, wenn sich die Trauer bereits chronifiziert hat (ebd.). Sekundäre Krisenintervention durch Sozialarbeitende ist zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich. Auch Worden (2018) betont die Wichtigkeit einer zeitnahen Intervention, da sich eine verspätete Inanspruchnahme von professioneller Unterstützung problematisch auf den weiteren Bewältigungsprozess auswirken kann. Die Betroffenen können bereits Verhaltensmuster angenommen haben, welche zuerst abgelegt werden müssen (S. 127). Deshalb ist es unabdingbar, dass Angebote der Krisenintervention gleichzeitig mit der medizinischen Versorgung gemacht werden (Böhnisch, 2016a, S. 125).

Laut Pauls (2013) ist die ambulante Krisenintervention gegenüber einer stationären Versorgung zu bevorzugen. Durch das ambulante Setting lernen die Klientel die Krise in ihrer natürlichen Umwelt zu erleben und zu bewältigen (S. 354).

Insbesondere in der klinischen Sozialarbeit kann das soziale Umfeld mit Partner:innen, Familie oder Freund:innen aktiviert und miteinbezogen werden. Der Beziehungsaufbau hat Vorrang, damit dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und der sozialen Isolation entgegengewirkt werden kann. Dazu soll ein sicherer Raum geschaffen werden, indem die Betroffenen Verständnis und Angenommensein erfahren sowie Gehör und Schutz finden (Pauls, 2013, S. 354; vgl. Kapitel 4.3).

Diese Sicherheit kann für betroffene Eltern bei ihrer Bewältigung unterstützend wirken. Durch das entgegengebrachte Verständnis kann der Tabuisierung des Kindsverlusts entgegengesteuert werden.

5.4.2 Soziale Netzwerkarbeit

Ein soziales Netzwerk beinhaltet das gesamte System der sozialen Beziehungen eines Menschen (Pauls, 2013, S. 317). Das Netzwerk muss möglichst früh in der Beratung miteinbezogen werden (ebd., S. 318). Damit Betroffene sich stabilisieren und neuorientieren können, wird ein Netzwerk mit unterschiedlichen Professionen benötigt. Dieses Netzwerk berücksichtigt, fördert oder stellt die physische, psychische, kognitive, moralische, soziale und rechtliche Integrität des Individuums wieder her (Gebhardt & Lebküchner, 2020, S. 165). Neue Verbindungen im professionellen Netzwerk der betroffenen Eltern können Verbesserungen in der professionellen Kooperation fördern (Pauls, 2013, S. 317). Das Ziel einer Netzwerkkintervention ist, den Klientel ein Netzwerk von sozialer Unterstützung mit möglichst hoher Qualität zu erschliessen (Pauls, 2013, S. 318). Sozialarbeitende vernetzen die Klientel mit Angeboten des Sozialwesens, mit Sozialdiensten im Gesundheitswesen, mit Ämtern und Behörden und mit Freiwilligenarbeit. Sie führen eine umfassende Netzwerkpflge durch (Rüegg, 2021, S. 5).

Netzwerkkinterventionen und soziale Unterstützungsinterventionen werden durch die aufsuchende psychosoziale Intervention in der Lebenswelt charakterisiert. In der klinischen Sozialarbeit werden dafür spezifische Präzisierungen und Erweiterungen benötigt (Pauls, 2013, S. 193). Um Netzwerkkinterventionen durchzuführen, ist eine Analyse der persönlichen Netzwerke des Individuums unabdingbar (ebd., S. 221). Strategisch können entweder neue Netzwerke geschaffen, vorhandene gestärkt oder verknüpft werden (ebd., S. 319). Im Handlungsfeld Kindsverlust gilt es die vorhandenen persönlichen Netzwerke zu erfragen und zu stärken. Dies kann bedeuten, dass die Familie und das engere Umfeld miteinbezogen werden, welche vom Verlust ebenfalls mitbetroffen sind. Zusätzlich können betroffene Eltern mit professionellen Netzwerken wie mit der Fachstelle kindsverlust.ch, mit Psycholog:innen oder Selbsthilfegruppen in Kontakt gebracht werden (Pauls, 2013, S. 326).

Um eine positive Auswirkung der Netzwerkarbeit zu erreichen, muss die Beziehungsqualität und die Form des Angebots passend für die Klientel sein. Die Klientel sollen sich akzeptiert und respektiert fühlen (Pauls, 2013, S. 326).

5.4.3 Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung ist gekennzeichnet durch ihre Orientierungs- und soziale Haltungsfunktion sowie ihre sozial- und psychotherapeutischen Komponenten. Ihr Hauptziel besteht darin, Konflikte zu klären, Ressourcen zu aktivieren sowie bei der Problemlösung und Handlung zu unterstützen (Pauls, 2013, S. 192). Psychosoziale Beratung ist auf den Dialog und die Interaktion mit Klientel ausgelegt. Sie beinhaltet Hilfe bei der Orientierung, Planung, Entscheidungsfindung und Handlung. Diese Hilfe ist besonders relevant bei psychosozialen Krisen, Belastungen, Konflikten, Orientierungs- und Handlungsdefiziten (ebd., S. 255). Durch psychosoziale Beratung werden die Klientel unterstützt, das Grundvertrauen in sich selbst und positiven Einstellungen wieder aufzubauen (ebd., S. 265). Diese Aspekte sind sehr bedeutsam für die Bewältigung eines Kindsverlusts, besonders in Anbetracht der diversen Auswirkungen (vgl. Kapitel 3.2).

Gewöhnlich ist psychosoziale Beratung unentgeltlich und kann deshalb auch Personen erreichen, die von medizinischen Einrichtungen keine entsprechende Versorgung erhalten (Pauls, 2013, S. 256). Dieser Punkt scheint in Bezug auf die Begleitung von Eltern bei einem Kindsverlust massgebend, denn wie im Kapitel 2.3 erwähnt, erhalten sie oftmals zu wenig Betreuung seitens medizinischer Institutionen. Die Grundlage für eine erfolgreiche Beratung liegt in der Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Beratenden und Klientel (Pauls, 2013, S. 256). Die dabei verwendete Methode ist das Beratungsgespräch (ebd., S. 257).

Das Ziel besteht darin, gemeinsam mit Klientel passende Orientierungs- und Handlungsmöglichkeiten zu erarbeiten, die ihren sozialen Lebenssituationen entsprechen. Es werden konkrete Strategien und Hilfsmittel bereitgestellt, um den Umgang mit emotionalen Herausforderungen zu erleichtern (ebd., S. 258). Die Beratung in der klinischen Sozialarbeit befasst sich mit diversen Problem- und Lebenslagen, wie beispielsweise Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung. Die konkreten Lebenssituationen und Lebensumstände sowie die Umgebung müssen bei der Beratung berücksichtigt werden (ebd., S. 259). In der Beratung wird ein Raum geschaffen, indem alle Gefühlslagen ausgelebt werden können. Dies gilt vorwiegend für solche, die im Alltag unterdrückt werden (ebd., S. 263). Im Unterschied zur Krisenintervention (vgl. Kapitel 5.4.1) übernehmen die Klientel bei der psychosozialen Beratung mehr Verantwortung für die Bearbeitung von Aufgaben (ebd., S. 262).

Weiter differenziert sich die psychosoziale Beratung gegenüber der Krisenintervention in Bezug auf die Dauer der Intervention. Während die Krisenintervention maximal vier bis sechs Wochen andauern soll (vgl. Kapitel 5.4.1), kann die psychosoziale Unterstützung mittel- bis langfristig angelegt sein (ebd., S. 195). Ausserdem muss keine Krise vorliegen, damit die Intervention ausgelöst wird.

Dies schliesst somit betroffene Eltern mit ein, bei denen der Kindsverlust keine traumatische Krise auslöst, sondern andere Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Anstelle von psychosozialer Beratung kann auch eine Trauerberatung nach einem Kindsverlust als geeignete Intervention betrachtet werden. Worden (2018) unterscheidet zwischen Trauerberatung und Trauertherapie in Bezug auf die professionelle Unterstützung trauernder Menschen.

Trauerberatung kann bei normalen Trauerverläufen helfen und sollte aktiv zur Auseinandersetzung mit allen Aspekten der Trauer ermutigen (S. 83-84). Laut Krüger (2022) können Sozialarbeitende nach angemessener fachlicher Vorbereitung Trauerberatungen übernehmen (S. 68). Trauertherapie ist hingegen bei komplizierten Trauerreaktionen angezeigt, da diese Trauerreaktionen massive und langandauernde psychische Beeinträchtigungen mit sich ziehen können. Trauertherapie sollte nur von erfahrenen und fachkompetenten Therapeut:innen durchgeführt werden (Worden, 2018, S. 83-84).

6 Schlussfolgerungen für die Praxis

Anschliessend an die Erläuterung der klinischen Sozialarbeit und deren Interventionen in Zusammenhang mit der Begleitung von betroffenen Eltern wird in diesem Kapitel die dritte Fragestellung beantwortet. Diese beinhaltet die möglichen Beiträge der klinischen Sozialarbeit zu einer ganzheitlichen Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust. Es werden folgend die Handlungspotenziale erläutert, sowie das Profil der klinischen Sozialarbeit inklusive Kompetenzen, Rollen und Aufgaben herausgearbeitet. Danach wird das Fazit über die gesamte Arbeit gezogen und die wichtigsten Erkenntnisse hervorgehoben. Zum Schluss wird ein Ausblick über mögliche Forschung und Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit im Bereich Kindsverlust gemacht.

6.1 Handlungspotenziale

Gemäss der theoretischen Herleitung wird die soziale Dimension im Gesundheitswesen immer noch vernachlässigt (vgl. Kapitel 5.1). Dies tangiert auch die Unterstützung und Begleitung bei einem Kindsverlust. Aufgrund der Selbstmandatierung aus dem Trippelmandat kann sich die Soziale Arbeit selbst beauftragen, im Handlungsfeld Sterben und Tod zum Thema Kindsverlust tätig zu werden (vgl. Kapitel 4.2). Durch den Miteinbezug der klinischen Sozialarbeit bei einem Kindsverlust ergeben sich nicht nur auf der individuellen Ebene Potenziale, sondern auch auf der institutionellen sowie auch auf der gesellschaftlichen Ebene. Diese Potenziale können zu einer besseren ganzheitlichen Begleitung von betroffenen Eltern beitragen. Sie werden im Folgenden auf den drei Ebenen ausgeführt.

Gesellschaftliche Ebene

Angesichts der Tatsache, dass schätzungsweise jede fünfte Frau von einem Kindsverlust betroffen ist (Hirslanden, 2023) sowie den potenziellen Auswirkungen und der fortwährenden Tabuisierung, ist eine verstärkte Investition in die Früherkennung und Prävention dringend erforderlich. Hierbei können Fachpersonen der klinischen Sozialarbeit einen bedeutenden Mehrwert leisten, da sie die soziale Teilhabe der einzelnen Individuen in der Gesellschaft stets fördern (vgl. Kapitel 5.1). Im Bereich der gesellschaftlichen Bewusstseinsbildung kann die klinische Sozialarbeit dazu beitragen, dass Eltern mehr Anerkennung und Wertschätzung ihrer elterlichen Identität erfahren (vgl. Kapitel 3.2.3 & 4.1). Die Gesellschaft soll anerkennen, dass trotz fortschrittlicher medizinischer Verfahren der Tod zum Leben gehört (vgl. Kapitel 2.2). Durch politische Interventionen zur Enttabuisierung der Thematik werden Ressourcen, wie beispielsweise Selbsthilfegruppen, bekannter und können somit auch einfacher erschlossen werden. Dies könnte durch das Organisieren von Informationsveranstaltungen, Vorträgen oder Workshops in Schulen, Krankenhäusern, Gemeinden und anderen relevanten Einrichtungen geschehen.

Ausserdem kann auf die rechtliche Ungleichbehandlung von Fehl- und Totgeburten hingewiesen werden, wodurch den betroffenen Eltern Gehör für ihre Bedürfnisse geschaffen wird (vgl. Kapitel 4.1).

Institutionelle Ebene

Ein vielversprechendes Potenzial sehen die Autorinnen in der Zusammenarbeit mit den Gynäkologie-Praxen (vgl. Kapitel 5.3.1). Dies würde dazu führen, dass eine zeitnahe Intervention durch die klinische Sozialarbeit gewährleistet werden kann. Wie dargelegt wurde, ist die Gynäkologie-Praxis in den meisten Fällen die erste Anlaufstelle in Bezug auf die Abklärungen der Schwangerschaft. Dadurch werden auch Eltern erreicht, die einen frühen Kindsverlust erlebt haben. Das Angebot der ambulanten klinischen Sozialarbeit ermöglicht daher eine besondere Niederschwelligkeit. Die Autorinnen erachten die Gynäkologie-Praxis als geeigneten Ort, da diese nicht nur während der Schwangerschaft, sondern auch bei Folgeschwangerschaften und weiteren medizinischen Abklärungen involviert sein wird (vgl. Kapitel 5.3.1). Es ist zu vermuten, dass sich durch Forschungsbemühungen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis noch weitere Potenziale und Chancen eröffnen. Die Integration von psychosozialer Beratung könnte auch bei privaten Vereinen geschehen, wie beispielsweise bei kindsverlust.ch. Daneben können Sozialarbeitende mit ihrem Fachwissen zu den Aufgaben im Bereich der Prävention, der Kooperation mit weiteren Organisationen, der öffentlichen Sensibilisierungsarbeit und der Bildungsarbeit einen bedeutenden Beitrag leisten (Pauls, 2013, S. 256).

Ein weiteres Potenzial liegt in der Förderung der interprofessionellen Kooperation. Neue oder angepasste Lösungen unter Einbezug der klinischen Sozialarbeit können dazu beitragen, dass die Folgen des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen eingedämmt werden (vgl. Kapitel 5.3.1). An dieser Stelle kann an die Entwicklung geeigneter Koordinationsmechanismen und Kommunikationsstrukturen gedacht werden. Die klinische Sozialarbeit hat das Potenzial Fachkräfte aus der Medizin und der Psychologie zu entlasten. Dies gelingt, indem sie sich einerseits den sozialen Herausforderungen widmet und andererseits die Trauerberatung übernehmen kann, die häufig direkt der Psychologie zugeschrieben wird (Krüger, 2022, S. 68). Auf diese und weitere Aufgaben wird im Kapitel 6.2.2 eingegangen. Die Profession ist in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig und verfügt über viele Netzwerke. Sie verfügt über ausreichende Kompetenzen, um regionale und überregionale Netzwerke zu bilden. Ein dichtes Netzwerk kann dazu beitragen, betroffene Eltern besser zu erreichen und umfassende Unterstützung anzubieten (vgl. Kapitel 5.4.2).

Die Autorinnen sehen die klinische Sozialarbeit als geeignet, um Weiterbildungen zum Thema Kindsverlust für Fachpersonen aus verschiedenen Berufsgruppen durchzuführen. Inhalt dieser Schulungen könnten die Förderung und Sensibilisierung der Kommunikation sowie das Verständnis und die Wertschätzung für die jeweiligen Aufgaben und Perspektiven der involvierten Professionen sein.

Wie in der Arbeit beschrieben wurde, wird der Kindsverlust von medizinischen Fachkräften teilweise nicht als Krise anerkannt oder die Diagnose unsensibel mitgeteilt (vgl. Kapitel 2.3). Mit ihrer beraterischen und aufklärenden Funktion kann die klinische Sozialarbeit die Fachpersonen auf das Krisenergebnis sensibilisieren und einen lückenlosen Informationsfluss zwischen Fachpersonen und Klientel fördern. Dies umfasst unter anderem auch Übersetzungsarbeit zwischen den Beteiligten (vgl. Kapitel 4.1).

Individuelle Ebene

Wird die klinische Sozialarbeit zeitnah zum Helfersystem erschlossen, kann sie die sekundäre Krisenintervention übernehmen (vgl. Kapitel 5.4.1). Der Fokus dieser Intervention liegt auf der aktuellen Lebenswelt der Eltern und knüpft an ihrem Alltag an. Die Sozialarbeitenden können die Eltern unterstützen, den Alltag trotz Trauer zu bewältigen und sie darin befähigen ihre individuelle Trauer zuzulassen. Eine professionelle Krisenintervention und eine gute Nachbetreuung sind unverzichtbar und wirken präventiv auf zukünftige belastende Lebensereignisse. Darin liegt die besondere Stärke der klinischen Sozialarbeit.

Bereits während der Schwangerschaft kann sie durch die psychosoziale Beratung zur Bewältigung von Ängsten und Sorgen beitragen (vgl. Kapitel 5.4.3). Darüber hinaus kann sie frühzeitig auf verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten hinweisen, um soziale Integration zu fördern, Schutzfaktoren zu stärken und einen positiven Erfahrungsraum zu schaffen. Dies kann erfolgreich gelingen, indem Bezugspersonen Präsenz zeigen (vgl. Kapitel 4.3). Ausserdem können Sozialarbeitende die Bedürfnisbefriedigung von betroffenen Eltern fördern und dafür sorgen, dass sie in unterstützende soziale Systeme eingebunden sind (vgl. Kapitel 4.2). Konkret kann dies für die Sozialarbeitenden bedeuten, dass den Eltern in jenen Lebensbereichen Räume und Beziehungen ermöglicht werden, wo sie solche noch zu wenig erfahren (vgl. Kapitel 4.3). In der Schockphase sind viele Betroffene nicht in der Lage die Informationen adäquat aufzunehmen. Die klinische Sozialarbeit kann in einer solchen Situation Informationen adressatengerecht wiedergeben und auf die Anliegen der Eltern adäquat eingehen (vgl. Kapitel 4.1).

Diese Handlungspotenziale und Massnahmen können dazu beitragen, die empathische und fachliche Begleitung für Eltern, welche ihr Kind früh verloren haben, zu stärken und die Unterstützungsmöglichkeiten für betroffene Familien zu erweitern.

6.2 Profil der klinischen Sozialarbeit in der Begleitung von betroffenen Eltern

Student et al. (2020, S. 27-28) formulieren fünf Kennzeichen von guter Hospizarbeit. Drei davon können aufgrund der Gemeinsamkeit von Sterben, Tod und Trauer auf die Thematik des Kindsverlust adaptiert werden. Folgend sind die Qualitätsmerkmale von guter Begleitung bei einem Kindsverlust aufgeführt:

- Die Angehörigen und Betroffenen stehen im Zentrum der Begleitung. Somit haben sie die Kontrolle über die Situation und ihre Würde wird bewahrt.
- Die Betroffenen werden durch ein multiprofessionelles Team unterstützt, um den vielfältigen Lebensbedürfnissen zu entsprechen. Dieses Team setzt sich aus medizinischem und therapeutischem Personal sowie Sozialarbeitenden zusammen.
- Die Kontinuität der Begleitung für die Betroffenen ist gegeben. Der Auftrag der klinischen Sozialarbeit soll nicht mit dem Tod des Kindes enden. Sie soll auch in der Zeit der Trauer für die betroffenen Eltern zur Verfügung stehen. Gute Trauerbegleitung leistet ihren Beitrag dazu, dass die Betroffenen die Zeit nach dem Tod ohne zusätzliche körperliche und seelische Probleme durchhalten.

In den folgenden Abschnitten wird eine Auswahl von benötigten Kompetenzen von Sozialarbeitenden aufgelistet, die für die Thematik den Kindsverlusts bedeutend sind. Danach werden mögliche Aufgaben und Rollen dazu beschrieben.

6.2.1 Kompetenzen

Wenn die klinische Sozialarbeit bei der Begleitung von trauernden Menschen mitwirkt, liegen ihre Fähigkeiten in der personen- und umfeldorientierten Arbeitsweise sowie in der ganzheitlichen Betrachtung der Situation. Daher limitieren sich die Kompetenzen der Profession nicht nur auf Administration und Sozialrecht (Student et al., 2020, S. 113).

Nachfolgend wird eine Auswahl von notwendigen Kompetenzen aufgelistet, welche Sozialarbeitende in der Begleitung von einem Kindsverlust mitbringen sollten. Die Handlungskompetenzen werden in nachfolgenden Tabellen in Sozial-, Selbst-, Fach- und Methodenkompetenzen dargestellt (siehe Tabelle 3 bis 6).

Sozialkompetenzen
<p>Im Umgang und in Gesprächen mit betroffenen Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wärme, Mitgefühl, Empathie, Geduld, Umsicht und Sorgfalt zeigen (Student et al., 2020, S. 151, Meier Magistretti et al., 2019, S. 15 & S. 24) • Ermutigen, befähigen, Hilfe zur Selbsthilfe aktivieren (Student et al., 2020, S. 152) • Reflektierte Bemühung um Nähe und Distanz (ebd.) • Bürgerliches Engagement (Initiativen von betroffenen Eltern) aktivieren, pflegen, unterstützen (ebd.) • Bedürfnisse und Anliegen erfragen, wahrnehmen (Meier Magistretti et al., 2019, S. 15)
<p>Sozialpädagogische Kompetenz: Bildung, Lehren und Lernen (Deutsche Gesellschaft für Palliative Care [DGP], 2012, S. 5), wie Aufklärungsarbeit über Trauerprozess (Meier Magistretti et al., 2019, S. 37)</p>
<p>Akzeptierende Haltung (Böhnisch, 2016a, S. 107): Sozialarbeitende begegnen den betroffenen Eltern mit einer bewältigungsorientierten, akzeptierenden und verständnisvollen Haltung.</p>
<p>Interdisziplinäre Kooperation (AvenirSocial, 2010, S. 15): Sozialarbeitende arbeiten interdisziplinär mit medizinischen, psychologischen und seelsorgerischen Disziplinen zusammen, um die Bedürfnisse der betroffenen Eltern wahrzunehmen. Sie setzen sich für eine umfassende und transdisziplinäre Analyse, Bewertung und Bearbeitung von den jeweiligen Situationen ein. Die Koordination und Kommunikation soll aufgrund der bisherigen Lücken sichergestellt werden (Meier Magistretti et al., 2019, S. 15)</p>
<p>Adäquate Anforderungen (ebd., S. 13): Sozialarbeitende stellen den Eltern nur fachlich adäquate und ethisch begründete Anforderungen, die ihren Ressourcen entsprechen.</p>
<p>Schnittstellenkompetenz (DGP, 2012, S. 4): Sozialarbeitende bringen Schnittstellenkompetenzen für einen Überblick in den Bereichen Pädagogik, Psychologie, Medizin, Soziologie, Politik, Rechtswissenschaften mit.</p>

Tabelle 3: Sozialkompetenzen von Sozialarbeitenden in der Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust (eigene Darstellung)

Fachkompetenzen
Sozialadministrative Kompetenz: Sozialarbeitende haben Kenntnis über administrative und organisatorische Aufgaben, Kosten- und Überleitungsfragen, Sozialrecht, Behördenkontakt, verwaltungstypische Grundlagen (Student et al., 2020, S. 152).
Vernetzungskompetenz: Sozialarbeiten haben Wissen in Ressourcenerschliessung und Verknüpfung von Hilfeangeboten (ebd.).
Fundierte Kenntnisse über Trauerprozesse: Diese Kenntnisse sind bedeutend für die Trauerbearbeitung und die Förderung von gesunden Bewältigungsformen (ebd., S. 98).
Multidisziplinäres Grundlagenwissen (medizinisches, soziologisches, rechtliches und psychologisches) (vgl. Kapitel 3): Sozialarbeitende kennen mögliche Auswirkungen und deren Folgen für die betroffenen Eltern und unterstützen sie dementsprechend.
Bewältigungsdynamisches Verstehen: Sozialarbeitende wissen, dass Bedürfnisse hinter dem Verhalten von Klientel stehen. Sie steuern die eigene Wahrnehmung dementsprechend und bieten dadurch Schutz sowie Wertschätzung (Böhnisch, 2016a, S. 108).
Funktionale Äquivalente: Sozialarbeitende schaffen Settings, in denen die Klientel ihre Fähigkeiten äussern können. Dadurch können Klientel Beziehungen aufbauen und ihre Rollen finden, um so den Selbstwert zu stärken (Böhnisch, 2016a, S. 119).
Wissen über normale und komplizierte Trauerreaktion: Fachpersonen sollen zwischen der normalen und der komplizierten Trauerreaktion unterscheiden. Dieses Fachwissen ermöglicht die Einleitung geeigneter Interventionen, denn bei der komplizierten Trauer ist eine psychotherapeutische Begleitung notwendig (Stelling & Jungbauer, 2013, S. 54–55).

Tabelle 4: Fachkompetenzen von Sozialarbeitenden in der Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust (eigene Darstellung)

Methodenkompetenz
Für die Beratung und Begleitung von betroffenen Eltern werden spezifische Methoden benötigt, die bereits in Kapitel 5.4 ausgeführt werden. Diese werden für den Einzelfall individuell angepasst und reflektiert umgesetzt (DGP, 2012, S. 5).
Gesprächsführungskompetenz: Sozialarbeitende kommunizieren auch unter erschwerten Bedingungen situativ (Student et al., 2020, S. 152).
Beratungskompetenz: Die Beratung von betroffenen Eltern hat eine systemische Sichtweise und orientiert sich nach ihrer Biografie, ihrer Lebenswelt, ihrer Ressourcen und ihrem Netzwerk (ebd.).
Strategische Kompetenz: Sozialarbeitende arbeiten systematisch, strukturiert und zielführend, indem z.B. Ressourcen gebündelt werden (ebd.). Dadurch können Interventionen für betroffene Eltern effizient und ihren Ressourcen entsprechend umgesetzt werden.

Tabelle 5: Methodenkompetenzen von Sozialarbeitenden in der Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust (eigene Darstellung)

Selbstkompetenz
Umgang mit eigenen Krisen: Sozialarbeitende können durch den Kindsverlust an eigene Krisen im Leben erinnert werden. Daher ist es wichtig, den Umgang mit möglichen Auslösern von Ängsten und Fluchttendenzen zu lernen (Student et al., 2020, S. 98).
Selbstreflexive Auseinandersetzung mit Sterben und Tod (Student et al., 2020, S. 151): Durch die Konfrontation mit dem Thema Sterben und Tod müssen Sozialarbeitende sich mit den eigenen Haltungen auseinandersetzen.
Personale, kommunikative und mediative Kompetenz: Sozialarbeitende bringen Fähigkeiten im interprofessionellen Diskurs mit und verhalten sich respektvoll (DGP, 2012, S. 5).
Möglichkeiten und Grenzen: Sozialarbeitende zeigen im Kontakt mit betroffenen Eltern sowie mit anderen Professionen die eigenen Möglichkeiten und Grenzen auf. Weiter informieren sie über ihre Arbeitsweisen und Methoden sowie erläutern ihre Befugnisse und Kompetenzen (AvenirSocial, 2010, S. 12).
Machtgefälle: Sozialarbeitende sind sich dem Machtgefälle bewusst, welches zwischen ihnen und den Klientel besteht. Sie gehen damit verantwortungsvoll um und kennen die Grenzen ihrer Kompetenzen (ebd., S. 13).
Standpunktvertretung: In der interprofessionellen Kooperation stehen die Sozialarbeitenden für den sozialarbeiterischen Standpunkt ein und geben ihr Fachwissen verständlich weiter (AvenirSocial, 2010, S. 15). Dies, indem sie beispielsweise auf die soziale Dimension und auf Ungleichbehandlungen hinweisen (vgl. Kapitel 3.2)

Tabelle 6: Selbstkompetenzen von Sozialarbeitenden in der Begleitung von betroffenen Eltern bei einem Kindsverlust (eigene Darstellung)

6.2.2 Rollen und Aufgaben

Nach den oben genannten Kompetenzen lassen sich in Anlehnung an das Forschungsprojekt zur Sozialen Arbeit in der Arztpraxis und an der Literatur zur klinischen Sozialarbeit folgende Rollen und deren Aufgaben ableiten (siehe Tabelle 7).

Netzwerker:in	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassen und Verstehen der sozialen Umwelt der Klientel • Hilfe für die persönliche Zielsetzung • Hilfe bei der Lösungsfindung • Navigation im schweizerischen Sozial- und Gesundheitswesen • Leisten von Übersetzungsarbeit bei medizinischen Dialogen
Sozialberater:in	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassen der sozialen Umwelt der Klientel • Klärung von finanziellen Fragen • Vertretung von Interessen der Betroffenen und ihren Angehörigen
Psychosoziale Berater:in	<p>(je nach Kenntnis/ Zusatzausbildung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familienhilfe und Erziehungsberatung • Systemische Beratung • Motivierende Gesprächsführung
Berater:in von Fachleuten	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung bei Sozialversicherungsanträgen • Aufklärung über kommunale Hilfsangebote • Beratung bei Rundtischgesprächen • Durchführung von Schulungen
Trauerbegleiter:in	<p>(je nach Kenntnis/ Zusatzausbildung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung von Trauerritualen • Öffentliche Thematisierung von Sterben und Tod

Tabelle 7: Synthese der Aufgaben (eigene Darstellung auf der Basis von Pauls, 2013; Rüegg et al., 2022b; Student et al., 2020)

Student et al. (2020) bestimmen die Befähigung der Sozialarbeit im Hospizbereich aufgrund von kennzeichnenden Aufgaben im Kontext von Sterben, Tod und Trauer (S. 100-101). Folgende Aufgaben sind passend für die Begleitung von Eltern bei einem Kindsverlust:

- Betroffene zur Bewältigung der Situation befähigen: Kommunikation unterstützen und Wünsche sichtbar machen, um den offenen Umgang mit Gefühlen, Ängsten, Befürchtungen, Fantasien, Beschuldigungen zu fördern.
- Unterstützung der Betroffenen zur Einhaltung des Rechts auf Selbstbestimmung: Wünsche und Bedürfnisse achten, Selbstwertgefühl stärken, um den Betroffenen die Erfahrung von Einflussnahme zu ermöglichen.
- Vertretung von Interessen der Betroffenen und ihren Angehörigen: Durch Bildungsangebote, Öffentlichkeitsarbeit und Kontakt zum Gemeinwesen die Anliegen öffentlich sichtbar machen sowie Sterben, Tod und Trauer in der Öffentlichkeit behandeln, um der Stigmatisierung gegenzusteuern
- Beratung von Betroffenen im Umgang mit der Situation: Materielle, finanzielle, pflegerische, medizinische und kommunikative Hilfen vermitteln
- Gesellschaftliche Integration von Betroffenen und vom Sterbeprozess: Mögliche Isolation und Ausgrenzung durch aktive Ressourcenerschliessung verhindern
- Ausgleich von Benachteiligungen und verzichtbaren Belastungen von Trauernden: Begleitung und Stützung von Trauernden aufgrund ihrer Vulnerabilität sowie die Sicherstellung von besserer Alltagsbewältigung
- Sterben und Tod öffentlich thematisieren: Kontakt zu anderen Dienststellen, Spitälern, Pflegeheimen, ambulanten Pflegediensten, Schulen, Gemeinden und durch politische Aktivitäten aufbauen und pflegen

6.3 Fazit

Die Autorinnen kommen zum Schluss, dass sich die Soziale Arbeit mit ihrer ganzheitlichen, psychosozialen Perspektive und ihrer vielfältigen Arbeitsweise sehr gut für die Begleitung von Eltern bei einem Kindsverlust eignet.

Wenn Eltern ihr Kind während der Schwangerschaft, bei der Entbindung oder kurz danach verlieren, sind sie mit diversen Herausforderungen und Auswirkungen konfrontiert. Sie fühlen sich in diesem Krisenereignis damit alleingelassen. Seitens Fachpersonen wünschen sich die betroffenen Eltern mehr Empathie, Wertschätzung und Anerkennung. Ausserdem sind sie auf Informationen über den Prozess und mögliche Trauerreaktionen angewiesen.

Ihre Bedürfnisse werden von den Fachpersonen zu wenig ernstgenommen und berücksichtigt. Es findet keine kontinuierliche und ganzheitliche Begleitung statt. Betroffene Eltern können durch den Kindsverlust diverse biologische, psychische und soziale Folgen erleben. Aufgrund teils fehlender Anerkennung des Elterntums und der entrechteten Trauer erfahren sie eine Tabuisierung, welche die Bewältigung umso mehr erschwert. Zudem bestehen rechtliche Ungleichheiten zwischen Tot- und Fehlgeburten. Das bedeutet, dass der Zeitpunkt des Kindsverlust einen erheblichen Einfluss auf das Anrecht von Leistungen und Möglichkeiten hat.

Mit dem Berufskodex von AvenirSocial und den Theoriebezügen von Staub-Bernasconi und Böhnisch ist die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit ersichtlich. Auch wenn derzeit die Soziale Arbeit noch nicht als relevante Profession im Thema Kindsverlust anerkannt ist, kann sie sich durch das dritte Mandat selbst beauftragen, darin tätig zu werden. Die Soziale Arbeit soll die Eltern auf der individuellen Ebene in ihrer momentanen Lebenssituation begleiten und sie bei der Alltagsbewältigung unterstützen. Sie stellt die Wünsche und Bedürfnisse der Eltern in den Mittelpunkt und befähigt sie in der Erlangung von wesentlichen sozialen Mitgliedschaften. Betroffene Eltern können in dieser Krisensituation unterstützt werden, dem Verlust angemessen zu begegnen. Der Fokus liegt auf dem Zurverfügungstellen von einem Raum für die individuelle Trauerbewältigung.

Die ambulante klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit kann durch ihre Expertise im Gesundheitswesen eine ganzheitliche Begleitung von betroffenen Eltern gewähren. Interventionen wie die Krisenintervention, die soziale Netzwerkarbeit und die psychosoziale Beratung ermöglichen diese Begleitung. Es besteht ein vielversprechendes Handlungspotenzial die klinische Sozialarbeit in die Gynäkologie-Praxis und in die Nichtregierungsorganisation kindsverlust.ch zu integrieren. Das Potenzial zeigt sich in der Erreichbarkeit, der Förderung von interprofessioneller Kooperation, der Sicherstellung eines lückenlosen Informationsflusses und der öffentlichen Sensibilisierungsarbeit. Sozialarbeitende müssen dazu spezifische Kompetenzen erwerben. Die Kompetenzen sind notwendig, um wichtige Aufgaben in den Rollen als Berater:in, Netzwerker:in und Trauerbegleiter:in zu übernehmen.

Abschliessend erachten es die Autorinnen als wichtig, die Thematik Kindsverlust sichtbarer zu machen und ein bewusster Umgang auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene zu fördern. Die Professionellen der Sozialen Arbeit dürfen mehr Präsenz im Gesundheitswesen zeigen und sich neben Medizin und Psychologie stärker positionieren, damit die soziale Dimension mehr Bedeutung erlangt.

6.4 Ausblick

Damit die ganzheitliche Begleitung weiter ausgebaut werden kann, sollen hier im Ausblick die weiteren Schritte festgehalten werden. Es kann zusammengefasst werden, dass sich die klinische Sozialarbeit dem Thema Kindsverlust widmen soll, um die soziale Dimension von der Diagnose bis hin zum ambulanten postnatalen Prozess sowie darüber hinaus zu stärken.

Interprofessionelle Kooperation

Es ist zentral, dass alle beteiligten Berufe (Sozialarbeitende, Geburtshelfende sowie die Ärzteschaft) eine erhöhte Sensibilität für die interprofessionelle Kooperation entwickeln und dazu geschult werden. Die Zusammenarbeit soll ausserdem stets gefördert werden. Dies kann durch Veranstaltungen und Austauschmöglichkeiten für alle involvierten Berufe erreicht werden. So wird die Basis für eine erfolgreiche und respektvolle Zusammenarbeit geschaffen. Es ist notwendig, die Soziale Arbeit durch Fort- und Weiterbildungen im Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit zu stärken. Diese zusätzlichen Qualifikationen können Sozialarbeitende auf die vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben im interdisziplinären Kontext vorbereiten. Die klinische Sozialarbeit muss kontinuierlich neue Unterstützungsformen entwickeln, um den zunehmenden Herausforderungen im Gesundheitswesen und den strukturellen Anforderungen der Sozialen Arbeit gerecht zu werden (Pauls & Gahleitner 2017, S. 522).

Empirische Forschung

Forschung durch die Soziale Arbeit im Feld des Kindsverlusts kann zur Förderung von vorhandenen sowie zur Schaffung von neuen Hilfsangeboten für Eltern beitragen. Durch die Partizipation von betroffenen Eltern sollen ihre Anliegen und Bedürfnisse im Hinblick auf die Hilfsangebote mitberücksichtigt werden. Wenn die Soziale Arbeit sich im Gesundheitswesen stärker positionieren möchte, muss sie eigene fundierte Ergebnisse liefern, um evidenzbasierte Prozesse zu etablieren und die Rolle weiter zu stärken. Ein zusätzlicher interessanter Aspekt ist die Erweiterung der Forschung um die Sichtweise der Fachstelle Kindsverlust.ch. Hier könnte durch eine umfassende Organisationsanalyse zusätzliches Potenzial der ganzheitlichen Begleitung sichtbar werden, welches bisher noch nicht von den Autorinnen festgestellt wurde. Durch die zusätzlichen Erkenntnisse könnte eine optimalere Begleitung aufgeleitet werden. Bei der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis handelt es sich um Pioniermodelle (vgl. Kapitel 5.3.1). Es ist besonders wichtig, dass die spezifischen Fachbereiche, wie beispielsweise die Gynäkologie in der weiteren Forschung ebenfalls berücksichtigt werden.

Konkrete Ausgestaltung der kontinuierlichen Begleitung

Um in Bezug auf die konkrete Ausgestaltung der kontinuierlichen und ganzheitlichen Begleitung Antworten zu erhalten, wäre ebenfalls weitere Forschung notwendig. Die Forschung kann Ideen liefern, wie beispielsweise die Kontaktaufnahme und die Dauer der Begleitung durch die Soziale Arbeit gestaltet werden könnte. In einem nächsten Schritt müsste untersucht werden, ob eine aufsuchende Unterstützung angemessen wäre. Es wäre vorstellbar, dass dadurch die betroffenen Familien bei der Alltagsbewältigung direkte Unterstützung und Begleitung erfahren würden. Zur Umsetzung dieser aufsuchenden Begleitung, könnte beispielsweise eine Angebotserweiterung bei vorhandenen Beratungsstellen in Betracht gezogen werden. In Anlehnung an die Versorgungsstruktur bei der Geburt eines Kindes ist konkret an das Angebot der Mütter-Väterberatung zu denken. Die Beratungsstellen führen bereits aufsuchende Tätigkeiten bei Lebendgeburten durch (Stadt Luzern, ohne Datum). Würde das Angebot auch von einem Kindsverlust betroffenen Eltern zustehen, käme es zu einem standardisierten Verfahren. Dieses Verfahren würde allen Eltern die Möglichkeit auf den Erhalt von Beratung und Begleitung bieten. Somit würde die soziale Inklusion gefördert und die Rolle des Elternseins anerkannt werden. Bei weiterführender Betrachtung könnte von einer gesundheitsfördernden und präventiven Wirkung gesprochen werden, sofern die Betroffenen frühzeitig Unterstützung erhalten.

Rechtliches und Finanzen

Aufgrund der Vorschriften des schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes (KVG) bestehen nur begrenzte Möglichkeiten, die Sozialberatung über die obligatorische Grundversicherung abzurechnen (Art. 25-29 KVG). Hier bedarf es weiterer Forschung und Evaluation, um die Frage nach einer allfälligen Finanzierung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zu beantworten. Gleichzeitig soll im öffentlichen Diskurs verstärkt die Bedeutung der sozialen Dimension in der medizinischen Grundversorgung bekräftigt werden. Auf diese Weise können künftige politische Forderungen und Änderungen angestrebt werden. In der Medienmitteilung vom 23.05.2023 teilt das Sekretariat der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit [SGK-S] mit, dass sich die Kommission derzeit mit zwei gesetzlichen Themen zu Fehl- und Totgeburten befasst. Einerseits geht um die Befreiung jeglicher Kostenbeteiligung für Leistungen vor der 13. Schwangerschaftswoche (Sekretariat der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit, 2023). Dadurch würden auch Franchise und Selbstbehalt entfallen. Andererseits hat die Kommission beschlossen, den Bundesrat in naher Zukunft damit zu beauftragen, die Möglichkeit eines bezahlten Urlaubs von drei Tagen im Fall einer Fehl- oder Totgeburt zu untersuchen (Dittli, 2022). Die Kommission ist der Meinung, dass die Auswirkungen solch traumatischer Ereignisse angemessen berücksichtigt werden sollten. Als nächsten Schritt wird die rechtliche Situation in der Schweiz und im Ausland gründlich analysiert (SGK-S, 2023).

Der endgültige Text des Postulats wird während der nächsten Sitzung verabschiedet (SGK-S, 2023; Baur, 2023). Die Autorinnen begrüßen diese Entwicklung, da dies auf gesetzlicher Ebene ein bedeutender Schritt gegen die Tabuisierung wäre. Trotz dieser Entwicklung bleiben die Autorinnen kritisch. Einerseits handelt es sich lediglich um drei Arbeitstage und andererseits bleibt die Frage im Raum, ob alle Eltern – egal in welcher Schwangerschaftswoche sich der Kindsverlust ereignet – Anspruch auf diese Beurlaubung hätten.

Entrechtung der Trauer

Wie vermehrt darauf aufmerksam gemacht wurde, ist es vor allem die Entrechtung der Trauer, welche die Bewältigung eines solchen Ereignisses besonders erschwert. Trotz den möglichen Beiträgen von klinischer Sozialarbeit im Gesundheitswesen bleibt festzuhalten, dass allein die Krisenintervention, die Ressourcenerschliessung und die damit verbundene Netzwerkarbeit sowie die psychosoziale Beratung nicht ausreichen, um das gesellschaftliche Phänomen der entrechteten Trauer aufzulösen. Doch die sozialarbeiterische Auseinandersetzung mit Tod und Trauer trägt dazu bei, dass sich der Umgang stets weiterentwickelt. Wie Berthod und Magalhaes de Almeida (2022) erwähnen, erfährt diese Thematik im sozialarbeiterischen Diskurs noch zu wenig Anerkennung. Sie fordern, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit zwingend mit den diversen Aspekten des Todes befassen müssen (S. 13). Gewinnen die Themenbereiche Tod und Trauer in der Sozialen Arbeit an Bedeutung, besteht das Potenzial in der Gesellschaft durch Sensibilisierungsarbeit der Tabuisierung entgegenzuwirken. Dementsprechend würde nach Berthod und Magalhaes de Almeida (2022) der Sozialen Arbeit eine besondere Rolle zukommen: «Dank der Sozialen Arbeit kann der Tod nämlich nicht nur als Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen gesehen, sondern auch als Chance für einen stärkeren sozialen Zusammenhalt in der Gesellschaft gewertet werden» (S. 15).

7 Literaturverzeichnis

- AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis* [Broschüre].
- Baur, J. (2023, 31. Mai). Trauerurlaub nach Fehlgeburt – Ständerat diskutiert heute über Tabuthema. *watson*. <https://www.watson.ch/schweiz/familie/702067529-trauerurlaub-nach-fehlgeburt-staenderat-diskutiert-ueber-tabuthema>
- Berthod, M.-A., & Magalhaes de Almeida, A. (2022). Der Tod als Herausforderung im Gesundheitswesen und des sozialen Zusammenhalts. *SozialAktuell*, (7), 12–15.
- Böcker, J. (2022a). Der Wandel der Anerkennung von Fehl- und Totgeburt als Geburt eines Kindes. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 47 (1), 59–82. <https://doi.org/10.1007/s11614-022-00470-7>
- Böcker, J. (2022b). *Fehlgeburt und Stillgeburt. Eine Kulturosoziologie der Verlusterfahrung*. Beltz Juventa.
- Böhnisch, L. (2016a). *Lebensbewältigung: Ein Konzept für die Soziale Arbeit*. Beltz Juventa.
- Böhnisch, L. (2019). *Lebensbewältigung: Ein Konzept für die Soziale Arbeit*. Beltz Juventa.
- Böhnisch, L. (2016b). Der Weg zum sozialpädagogischen und sozialisationstheoretischen Konzept Lebensbewältigung. In J. Litau, A. Walther, A. Warth, & S. Wey (Hrsg.), *Theorie und Forschung zur Lebensbewältigung. Methodologische Vergewisserungen und empirische Befunde* (S. 18–38). Beltz Juventa.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] (Hrsg.). (2018a). *Informationsschreiben: Leistungen bei Mutterschaft und Kostenbeteiligung*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-bei-Mutterschaft.html>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2018b). *Chancengleichheit und Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html>

- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2016) *Sterblichkeitsdefinitionen vor und bei der Geburt sowie im ersten Lebensjahr* <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/562143>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2022). *Säuglingssterblichkeit und Gesundheit der Neugeborenen im Jahr 2021*. <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2022-0198>
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10)
- Dettmers, S., & Spreng, G. (2007). Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung. Zwei Studien zur Bedeutung sozialer Unterstützung bei chronisch-neurologischen Erkrankungen. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3 (2), 4–8.
- Deutsche Gesellschaft für Palliative Care [DGP] (Hrsg.). (2012). *Profil—Soziale Arbeit in Palliative Care*. <https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Profil%20Soz.%20Arb.%20in%20Palliative%20Care.pdf>
- Dittli, J. (2023, 9. Mai). Unterstützung für Frauen nach einer Fehl- oder Totgeburt. *Die Bundesversammlung - Das Schweizer Parlament*. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20220308>
- Doka, K. J. (2014). Entrechtete Trauer. *Leidfaden - Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer*, 3, 4–8. https://ebooks-fachzeitingen-de.ciando.com/img/books/extract/3647806072_lp.pdf
- Erwerbsersatzverordnung vom 24. November 2004 (SR 834.11)
- Farren, J., Jalnbrand, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D., & Bourne, T. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 6 (11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011864>
- Gebrande, J., & Lebküchner, J. (2020). Mehrdimensionale Bewältigung von traumatischen Erfahrungen—Die Bedeutung sozialer Interventionen für traumatisierte Menschen. In M. Bösel & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln* (S. 164–173). Kohlhammer.

Glaser, A. (2008). *Psychologische Aspekte von Eltern nach dem Verlust ihres frühgeborenen Kindes*.

Eine qualitative Untersuchung [Dissertation, Universität Zürich].

https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/163837/1/20090598_002353412.pdf

Golz, C., & Hahn, S. (2021). Mit vereinter Brain-Power gegen den Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen. *Frequenz: das Magazin des Departements Gesundheit*, 2, 12–13. Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit. https://www.bfh.ch/dam/jcr:b4e178f6-a53e-4d0e-8333-79391255d0b7/2021_05_BFH_frequenz_02_v14_web.pdf

Hann, V., & Bloch, L. (2021, 6. Juni). Umgang mit Fehlgeburten: «Frühschwangerschaften sind ein Tabuthema». Jede 6. Schwangerschaft in der Schweiz endet in einer Fehlgeburt – eine Betroffene erzählt. *watson*. <https://www.watson.ch/1661607451>

Hirslanden. (2023). *Fehlgeburt*. <https://www.hirslanden.ch/de/corporate/krankheitsbilder/fehlgeburt.html>

Hochuli-Freund, U. (2017). Kooperation und Multiperspektivität. In U. Hochuli-Freund (Hrsg.), *Kooperative Prozessgestaltung in der Praxis: Materialien für die Soziale Arbeit*. Kohlhammer. <http://doi.org/10.17433/978-3-17-031307-1>

Hofer-Moser, O., Hintenberger, G., Schwarzmann, M., De Dominicis, R., & Brunner, F. (2020). *Krisenintervention kompakt. Theoretische Modelle, praxisbezogene Konzepte und konkrete Interventionsstrategien*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Höllmüller, H. (2019). *Aufsuchende Sozialarbeit*. socialnet Lexikon. <https://www.socialnet.de/lexikon/Aufsuchende-Sozialarbeit>

Jungnitsch, G. (2009). *Klinische Psychologie* (2., überarb. Aufl.). Kohlhammer.

kindsverlust.ch. (2021). *Antworten auf rechtliche Fragen beim frühen Tod Ihres Kindes. Juristische Informationen und unterstützende Hinweise beim Verlust eines Kindes während Schwangerschaft, Geburt und erster Lebenszeit*. https://www.kindsverlust.ch/wp-content/uploads/2021/10/Kindsverlust-ch_Fachbroschuere_Recht_A5_WEB.pdf

kindsverlust.ch. (ohne Datum a). *Beratung*. <https://www.kindsverlust.ch/beratung/>

kindsverlust.ch. (ohne Datum b). *Ein Kind früh in der Schwangerschaft verlieren. Informationen zu möglichen Wegen bei einer frühen Fehlgeburt.* https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/PDF/Kindsverlust-ch_Fehlgeburt_A5_RZ_WEB.pdf

kindsverlust.ch. (ohne Datum c). *Fachpersonen.* <https://www.kindsverlust.ch/fachpersonen/>

kindsverlust.ch. (ohne Datum d). *Fachstelle kindsverlust.ch.* <https://www.kindsverlust.ch/informationen/fachstelle-kindsverlust-ch/>

kindsverlust.ch. (ohne Datum e). *Mitarbeitende.* <https://www.kindsverlust.ch/informationen/mitarbeitende/>

kindsverlust.ch. (ohne Datum f). *Trägerverein kindsverlust.ch.* <https://www.kindsverlust.ch/informationen/traegerverein/>

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung vom 29. September 1995 (SR 832.112.31

Krebsliga Zentralschweiz. (ohne Datum). *Team.* <https://zentralschweiz.krebsliga.ch/ueber-uns-kontakt/team>

Kribs, A. (2014). Der frühe Verlust eines Kindes. In R. Kissgen & N. Heinen (Hrsg.), *Trennung, Tod und Trauer in den ersten Lebensjahren. Begleitung und Beratung von Kindern und Eltern* (S. 60-65). Klett-Cotta.

Krüger, T. (2022). *Trauer in der Sozialen Arbeit.* Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-040805-0>

Lexa, N. (2017). Unterstützungsmöglichkeiten nach einer Tot-oder Fehlgeburt. Wenn die Wiege leer bleibt. *Pflegezeitschrift*, 70, (5), 23-26. <http://dx.doi.org/10.1007%2Fs41906-017-0052-x>

Masciulli Jung, A. (2022). Professionelle Trauerbegleitung. *SozialAktuell*, (7), 20–21.

Meier Magistretti, C., Schraner, M., Benelli, N., Carmillot, M.-Y., & Fleming, V. (2019). *Wenn der Lebensanfang auf den Tod trifft. Schlussbericht. Ein wissenschaftsbasiertes Best-Practice-Modell für palliative Betreuung und Trauerbegleitung.* interact Hochschule Luzern.

Meuter, C. (2019). *Wenn Eltern um ihr Kind trauern. Eine Herausforderung in der Trauerbegleitung.* Vandenhoeck & Ruprecht.

Muff, B. (2023). Soziale Arbeit am Universitätsspital Zürich. *SozialAktuell*, (4), 18-19.

Murray, J. A., Terry, D. J., Vance, J. C., Battistutta, D., & Connolly, Y. (2000). Effects of a Programm of Intervention on Parental Distress Following Infant Death. *Death Studies*. *Taylor & Francis online*, 24 (4), 275–305. <https://doi.org/10.1080/074811800200469>

Obrecht, W. (2001). *Das systemtheoretische Paradigma der Disziplin und der Profession der Sozialen Arbeit: Eine transdisziplinäre Antwort auf das Problem der Fragmentierung des professionellen Wissens und die unvollständige Professionalisierung der Sozialen Arbeit*. Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.

Obrecht, W. (2005). *Umriss einer biopsychosozialen Theorie menschlicher Bedürfnisse. Geschichte, Probleme, Struktur, Funktion*. Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.

Obrecht, W. (2006). Interprofessionelle Kooperation als professionelle Methode. In B. Schmocker (Hrsg.), *Liebe, Macht und Erkenntnis. Silvia Staub-Bernasconi und das Spannungsfeld Soziale Arbeit* (S. 408-445). interact Hochschule Luzern - Soziale Arbeit und Lambertus.

Oevermann, U. (2016). "Krise und Routine" als analytisches Paradigma in den Sozialwissenschaften. In R. Becker-Lenz, A. Franzmann, A. Jansen, & M. Jung (Hrsg.), *Die Methodenschule der Objektiven Hermeneutik: Eine Bestandsaufnahme* (S. 43–114). Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-658-00768-3_2

Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Beltz Juventa.

Pauls, H., & Gahleitner, S. B. (2017). Klinische Sozialarbeit. In *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (Hrsg.), *Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge*. (8., völlig überarb. & akt. Aufl., S. 521–522). Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.

Pauls, H., & Reicherts, M. (2015). Einzelfallanalyse in der Klinischen Sozialarbeit: Petra – ein Beispiel mehrdimensionaler psychosozialer Fallarbeit. In M. Reicherts & A. P. Genoud (Hrsg.), *Einzelfallanalysen in der psychosozialen Forschung und Praxis*. (S. 263–285). ZKS-Verlag.

Rechenberg-Winter, P., & Fischinger, E. (2018). *Kursbuch systemische Trauerbegleitung*. (3. vollst. überarb. & erw. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht.

Rüegg, R. (2021). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis*. Berner Fachhochschule (Hrsg.).

Rüegg, R. (2022). Soziale Arbeit in der Arztpraxis. *SozialAktuell*, (6), 10-11.

Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F., & Gehrlach, C. (2022a). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Forschungsbericht*. Berner Fachhochschule. <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/arztpraxis/>

Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F., & Gehrlach, C. (2022b). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Grundlagen und Umsetzung*. https://www.bfh.ch/dam/jcr:97db0a95-b57d-4344-87af-910ae4b0f6e3/SA_in_der_Arztpraxis-Einf%C3%BChrung_und_Grundlagen.pdf

SAGES. (2023). *Fachbereich Soziale Arbeit in der Arztpraxis*. <https://www.sages.ch/fachbereiche/soziale-arbeit-in-der-arztpraxis/>

SAGES & AvenirSocial. (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/RZ_Leitbild_A5_mc_150420_v2.pdf

Sekretariat der Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit [SGK-S]. (2023, 23. Mai). *Medienmitteilung. Fehlgeburten: Behandlungskosten vollständig übernehmen und gesonderten Urlaub prüfen*. Die Bundesversammlung — Das Schweizer Parlament. <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-s-2023-05-23.aspx>

Sonneck, G., Kapusta, N., Tomandl, G., & Voracek, M. (2016). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (3. aktual. Aufl.). Facultas.

Spektrum Akademischer Verlag. (2000). *Subkultur*. <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/subkultur/15048>

Spiekermann, J. A. (2022, 24. Mai). Fehlende Hilfe nach Fehlgeburt. *Gender Blog*. <https://www.gender-blog.de/beitrag/fehlende-hilfe-nach-fehlgeburt>

Stadt Luzern. (ohne Datum). *Mütter- und Väterberatung. Region Luzern*. <https://www.muettervaeterberatung-luzern.ch/fuer-eltern>

Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Auf dem Weg zu kritischer Professionalität*. (2., vollst. überarb. & aktual. Aufl.). Barbara Budrich.

- Stelling, K., & Jungbauer, J. (2013). Normale und komplizierte Trauer. In J. Jungbauer & R. Krockauer (Hrsg.), *Wegbegleitung, Trost und Hoffnung. Interdisziplinäre Beiträge zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer* (S. 166-182). Barbara Budrich. <https://www.jstor.org/stable/j.ctvbkk2x3.12>
- Stohn, D. (2013). Das Tabu Fehlgeburt. *Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen/DZI*, (6), 56-57.
- Student, J.-C., Mühlum, A., & Student, U. (2020). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care* (4., aktual. Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Swiss Medical Network. (2023). *Gynäkologie (Frauenheilkunde) und Geburtshilfe*. <https://www.swiss-medical.net/de/gynaekologie>
- swissmom. (2022). *Die Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft*. <https://www.swissmom.ch/de/schwangerschaft/untersuchungen/die-vorsorgeuntersuchungen-9896>
- Tegethoff, D. (2020). *Entbindungspfleger*. Socialnet Lexikon. <https://www.socialnet.de/lexikon/Entbindungspfleger>
- Thompson, N., & Doka, K. J. (2017). Disenfranchised grief. In N. Thompson & G.R. Cox (Eds.), *Handbook of the sociology of death, grief, and bereavement. A guide to theory and practice*. Routledge.
- Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (SR 832.102).
- WHO – World Health Organization, & UNICEF (Eds.). (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328065/WHO-HIS-SDS-2018.15-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wildrich-Sanchez, A. (2022). *Krisenintervention. BA Modul 104 Sozialarbeit im rechtlichen, institutionellen & organisatorischen Kontext*. Unveröffentlichte Unterrichtspräsentation. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Worden, J. W. (2018). *Beratung und Therapie in Trauerfällen: Ein Handbuch* (5., unver. Aufl.). Hogrefe.

Zdunek, A. (2021). *Soziale Arbeit als Transdisziplin und die Bezugswissenschaften*. Virtuelle Akademie (Hrsg.). <https://virtuelleakademie.ch/good-practice-beispiele/theorielinien/soziale-arbeit-als-transdisziplin-und-die-bezugswissenschaften/>

Zivilstandsverordnung vom 28. April 2004 (SR 211.112.2).

Znoj, H. (2016a). *Komplizierte Trauer* (2. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1026/02720-000>

Znoj, H., & King, S. (2013). *Einblicke in die Trauer*. <https://doi.org/10.5169/SEALS-822000>