



Psychosoziale Belastungen durch Erstelternschaft

**Über salutogenetisch orientierte Methoden in der
Spitalsozialarbeit mit (werdenden) Eltern**

Bachelorarbeit
Dyan Senn

Begleitperson
Frauke Sassnick Spohn

Bachelorstudiengang
Zürich, Frühlingsse-
mester 2020

Abstract

Der Übergang in die Elternschaft und insbesondere die Geburt des ersten Kindes bringen Veränderungen auf diversen Ebenen für ein Paar mit sich. Die Spitalsozialarbeit nimmt sich psychosozialen Anliegen von (werdenden) Eltern in Verbindung mit einer Spitalbehandlung durch eine Schwangerschaft und Geburt an. Das Konzept der Salutogenese hat im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewonnen und bietet auch für die Praxis Sozialer Arbeit neue Perspektiven. Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie die Spitalsozialarbeit anhand salutogenetisch orientierter Methoden zur Bewältigung psychosozialer Belastungen im Übergang in eine Erstelternschaft beitragen kann. Das Ziel ist es, das Konzept der Salutogenese mit der Spitalsozialarbeit zu verknüpfen und handlungsleitende Methoden für die Spitalsozialarbeit mit (werdenden) Eltern abzuleiten. Für die Beantwortung der Fragestellung wird aktuelle Fachliteratur zum Übergang in die Erstelternschaft, zur Spitalsozialarbeit sowie zum Konzept der Salutogenese beigezogen. Ebenfalls liefert ein Transitionsmodell sowie eine Studie zum Übergang in die Elternschaft Hinweise für mögliche Problemlagen und damit verbundene Bewältigungsaufgaben. Drei salutogenetisch orientierte Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit werden vorgestellt und auf ein Fallbeispiel angewendet. Das Konzept der Salutogenese bildet dabei Leitlinien für die professionelle Praxis. Die Ergebnisse zeigen, dass die Begleitung im Übergang in eine Erstelternschaft aufgrund der biopsychosozialen Dimensionen eine multiprofessionelle Aufgabe darstellt. Eine vorgeburtliche Bearbeitung vorhandener Problemlagen ist angesichts verkürzter Spitalaufenthalte sinnvoll, um spezifische Interventionen präventiv zu planen und zu einem gelingenden Übergang beizutragen. Salutogenetisch orientierte Spitalsozialarbeit erfolgt im persönlichen Umgang mit den (werdenden) Eltern und hat die Erweiterung der sozialen Unterstützung und die Vermittlung an externe Hilfsorganisationen zum Inhalt. Es geht darum Probleme für (werdende) Eltern verstehbar und erklärbar zu machen, Ressourcen zu mobilisieren, Informationen zum Gesundheits- und Sozialwesen zu vermitteln und die Bedeutsamkeit des Ereignisses zu fördern.

Vorwort

Im Rahmen meines zweiten Ausbildungspraktikums im Sozialdienst des Universitätsspitals Zürich bin ich zur Thematik meiner Bachelorarbeit gekommen. Auf den Stationen der Geburtshilfe sahen wir uns häufig mit komplexen Fallkonstellationen konfrontiert. So kam mir die Idee, mit meiner Bachelorarbeit angetroffene Problemlagen aus einer anderen theoretischen Perspektive zu betrachten. Damit wollte ich einen Mehrwert zur Methodenauswahl in der Spitalsozialarbeit mit Familien schaffen. Zudem hoffe ich, mit meiner Arbeit einen Beitrag zur Verortung der Fachdisziplin innerhalb eines Spitals zu leisten und Lesende über die Wichtigkeit und Vielfältigkeit des Themas Elternschaft aufzuklären.

Mein Dank gilt meiner Praxisanleiterin. Sie hat mich bei der Themenfindung unterstützt und meine Arbeit auf ihre Fachlichkeit gegengelesen. Ebenfalls möchte ich mich bei meiner Begleitperson für die gute Unterstützung und Anleitung sowie die klärenden Rückmeldungen auf meine Fragen bedanken. Im Weiteren bedanke ich mich bei meinem Partner, der mir bei der Bewältigung von Krisen beistand und stets dazu ermunterte meine Arbeit weiterzuführen. Auch für den Rückhalt meiner Familie und meiner Freunde bin ich dankbar, welche mich in meinen Entscheidungen bestärkt und an mich geglaubt haben. Letztlich danke ich auch zwei guten Freundinnen. Sie haben meine Arbeit orthographisch und stilistisch gegengelesen und somit den Lesefluss und das Einhalten der Zeichenzahl begünstigt.

Ich wünsche Ihnen somit viel Freude beim Lesen dieser Bachelorarbeit.

Dyan Senn

■■■■■■■■■■, 02. Juni 2020

Inhaltsverzeichnis

Abstract	2
Vorwort	3
Abbildungsverzeichnis	6
1. Einleitung	7
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	7
1.2 Fragestellung und Eingrenzung	10
1.3 Zielsetzung	10
1.4 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit	11
2. Der Übergang in die Elternschaft	12
2.1 Psychologische Konzepte zum Übergang	12
2.1.1 Elternschaft als kritisches Lebensereignis	12
2.1.2 Zur positiven Persönlichkeitsentwicklung durch Elternschaft	13
2.1.3 Elternschaft als Systemerweiterung	13
2.2 Das 10-Phasen-Modell im Übergang zur Elternschaft	14
2.3 Mögliche psychosoziale Belastungen durch eine Erstelternschaft	19
2.3.1 Sozioökonomische Umstände	19
2.3.2 Partnerschaftsentwicklung	20
2.3.3 Soziale Unterstützung	21
2.3.4 Elterliche Befindlichkeit und Subjektivität	22
3. Spitalsozialarbeit	24
3.1 Anfänge der Spitalsozialarbeit	24
3.2 Merkmale der Spitalsozialarbeit	25
4. Konzept der Salutogenese	33
4.1 Der Ursprung der Salutogenese	33
4.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	34
4.3 Das Kohärenzgefühl	36
4.4 Generalisierte Widerstandressourcen	39
5. Salutogenese und Soziale Arbeit	40
5.1 Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung	40
5.2 Salutogenetisch orientierte Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit	42
5.2.1 Personenzentrierte Beratung	42
5.2.2 Empowerment	43
5.2.3 Case Management	43

5.3 Ein Fallbeispiel: Salutogenetische Spitalsozialarbeit und Erstelternschaft.....	44
5.3.1 Ebene Verstehbarkeit.....	46
5.3.2 Ebene Handhabbarkeit	47
5.3.3 Ebene Sinnhaftigkeit	48
6. Schlussbetrachtung und Ausblick	50
6.1 Zusammenfassung und Diskussion	50
6.2 Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die Praxis	53
6.3 Reflexion und Ausblick.....	54
Literaturverzeichnis	56
Anhang	
Anhang 1: Unveröffentlichter Fachvortrag zur Spitalsozialarbeit.....	68
Anhang 2: Zeitungsausschnitt zum Spitalsozialdienst 1940.....	73

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Auftrag des Sozialdienstes im USZ.....	30
<i>Abbildung 2.</i> Pathogenese und Salutogenese im Zusammenspiel: Entwicklungsmodell der Gesundheit.....	35
<i>Abbildung 3.</i> Das Konzept der Salutogenese im Überblick.....	39

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Die Geburtenrate der Schweiz unterlag gemäss Bundesamt für Statistik (BFS, 2020) während des 20. Jahrhunderts stetigen Wechseln. Im Jahr 1900 wurde die höchste Geburtenrate von durchschnittlich 3.7 Kindern pro Frau verzeichnet. Seit dem Jahr 1975 schwankt die Geburtenrate zwischen 1.5 und 1.6 Kindern pro Frau. Gemäss Erkenntnissen des Bundesrates (2017, S. 10–11) wünschen sich junge Frauen und Männer in der Schweiz durchschnittlich 2.2 Kinder. Die verzeichnete Geburtenrate liegt somit unter dem durchschnittlich erfassten Kinderwunsch. Heutzutage ist allerdings nicht eine Abwertung der Familiengründung zu beobachten, sondern vielmehr wird die Realisierung familiärer Pläne gesellschaftlich problematisiert. Der Zeitpunkt der Familiengründung hat sich im Vergleich zu vor 50 Jahren deutlich nach hinten verschoben. So sind Frauen bei ihrer ersten Geburt heute weitgehend im Alter zwischen 25 bis 39 Jahren. Die Gründe für die verzögerte Familienplanung und der damit verbundene Geburtenrückgang sind vielfältig. Einerseits geht die Verschiebung der Geburt des ersten Kindes mit längeren Ausbildungszeiten, einer erhöhten Erwerbsbeteiligung von Frauen sowie dem späteren Eingehen einer festen Partnerschaft einher. Insbesondere bei Frauen und Männern mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe verzögert sich die Familiengründung. Andererseits führen längere Bildungswege zu einer späteren finanziellen Autonomie und Absicherung (Nave-Herz, 2012, S. 37). Zudem führt Jost (2013, S. 45) den beobachteten Geburtenrückgang auf Lebensbiografien zurück, welche vermehrt ohne Kinder realisiert werden. Dies könnte eine Folge von neuen/veränderten Familienformen und erhöhten Scheidungsraten sein. Es ist davon auszugehen, dass sich der Entscheid, Kinder zu haben, gegenwärtig als besonders schwierig gestaltet. Insbesondere die Phase zwischen dem 25. und 40. Lebensjahr ist sowohl für Frauen als auch für Männer in der Schweiz häufig durch eine intensive berufliche Einbindung, damit verbundenen Karrierechancen sowie einer Stabilisierung der ökonomischen Lage geprägt. Zentrale Entscheide unter diesen Lebens- und Berufsbedingungen und innerhalb eines engen Zeitfensters zu treffen, stellt dabei eine Herausforderung dar (Bundesrat, 2017, S. 11).

Aus Sicht der Gesellschaft wird die Geburt eines Kindes und der Übergang in die Elternschaft mehrheitlich als eines der erfreulichsten Lebensereignisse gedeutet (Jost, 2013, S. 45; Jungbauer, 2014, S. 41; Fthenakis, Kalicki & Peitz, 2002, S. 61). Petzold (2007, S. 4) spricht von einer starken Ideologisierung dieses Ereignisses durch die Öffentlichkeit. Eine Elternschaft ist im Sinne des Generationenvertrags essenziell und sichert den Bestand der Gesellschaft. Zudem trägt eine Geburt auf der individuellen Ebene zur Ich-

Entwicklung und Persönlichkeitsentfaltung der (werdenden) Eltern bei. Eine Familiengründung geht jedoch mit tiefgreifenden und nicht zu unterschätzenden Veränderungen verschiedener Lebensbereiche werdender Eltern einher (Fthenakis et al., 2002, S. 68). Diese Veränderungen verlangen im Übergang in die Elternschaft eine Anpassung an die neuen Lebensumstände. Gelingt eine solche Anpassungsleistung nicht oder bleiben damit verbundene psychosoziale Belastungen unbearbeitet, kann dies Auswirkungen auf die fetale Entwicklung sowie die spätere Kindesentwicklung haben (Wingeier & Ehlert, 2013, S. 10). Geene und Bacchetta (2017, S. 233) heben hervor, dass insbesondere die erste Schwangerschaft und Geburt (werdende) Eltern in eine alles verändernde Lebenslage versetzt, auf die das Paar mehrheitlich kaum vorbereitet ist. Huwiler (1995, S. 23) thematisiert, dass für eine Berufstätigkeit sowie zur Erlangung des Führerscheins eine Ausbildung mit Prüfung absolviert werden muss, für eine Elternschaft jedoch Intuition, gesunder Menschenverstand und learning-by-doing auszureichen haben.

Im Universitätsspital Zürich (USZ) wurden im Jahr 2019 nahezu 3'000 Kinder geboren. Werden auf dem stationären Spitalwochenbett, auf der Neonatologie oder bereits vorgeburtlich, beispielsweise in ambulanten Schwangerschaftskontrollen, psychosoziale Belastungen bei (werdenden) Eltern festgestellt, wird der Spitalsozialdienst durch die Disziplinen des Behandlungsteams eingeschaltet. Das Berufsfeld der Spitalsozialarbeit wird gemäss Schweizerischem Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES, 2020) folgendermassen definiert:

Die Spitalsozialarbeit ist Teilbereich der Klinischen Sozialarbeit, welche von einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung ausgeht. Sie fokussiert die Patientin und den Patienten unter Einbezug des persönlichen Umfelds. Ihre methodengeleitete Arbeitsweise zielt auf eine zeitnahe, nachhaltige und bedarfsgerechte Beratung sowie auf eine Vernetzung von ambulanten, teilstationären und stationären Patientinnen und Patienten mit Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens hin. Gegenstand ist die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen. (S. 1)

Ende des 20. Jahrhunderts wurde im Gesundheitswesen ein neues Verständnis von Gesundheit publik, das einen Paradigmenwechsel von einer krankheitszentrierten bzw. pathogenetisch-kurativen Medizin zu einer gesundheitsbezogenen, ressourcenorientierten und präventiv angelegten Sichtweise anstrebt (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001, S. 9). Im Zuge der Verabschiedung der Ottawa Charta an der Konferenz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1986 wurde das Konzept der Gesundheitsförderung in die

gesundheitspolitischen Aktivitäten integriert (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018, S. 4–5). Das proklamierte Konzept hat zum Ziel, Individuen zur Realisierung ihrer persönlichen Lebensentwürfe zu befähigen, ihnen Lebenswelten bereitzustellen, in denen sie sich entwickeln und entfalten können und wo sich soziale Ungleichheiten ausgleichen. Die Leitidee ist es, Menschen mehr Gesundheit und Autonomie zu ermöglichen (Köppel, 2010, S. 15–16). Gesundheitsförderung gründet auf dem Konzept der Salutogenese, welches strukturell den Forderungen der Ottawa-Charta nachkommt und ungefähr zeitgleich entwickelt wurde. Unter dem Konzept der Salutogenese wird folgendes verstanden (Braun, 2017):

Nach Aaron Antonovsky (1923–1994) sind die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit fließend. Der salutogenetische Frageansatz lautet: Warum bleiben Menschen trotz einer Vielzahl von krankheitserregenden Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund? Unter welchen persönlichen Voraussetzungen und unter welchen sozial-ökologischen Rahmenbedingungen können Menschen ihre Gesundheit bewahren?

Das Konzept basiert auf einem komplexen, mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff und einem biopsychosozialen Krankheits- und Menschenverständnis (Bengel et al., 2001, S. 19). Gesundheitsförderung stellt dabei eine multiprofessionelle Aufgabe dar (Köppel, 2010, S. 16). Dabei bietet die Salutogenese auch für die Soziale Arbeit und insbesondere für die Spitalsozialarbeit als Berufsgruppe des Gesundheitswesens Ansätze für den Hilfeprozess mit Patientinnen und Patienten (Petzold, 2016, S. 8). Bei der Spitalsozialarbeit mit (werdenden) Eltern kann danach gefragt werden, welche psychosozialen Problemlagen eine Schwangerschaft und der Übergang in die Elternschaft mit sich bringen können und wie diese Belastungen im Sinne der Erhaltung oder Wiedererlangung der biopsychosozialen Gesundheit bewältigt werden können.

1.2 Fragestellung und Eingrenzung

Auf Basis der beschriebenen Ausgangslage und der damit einhergehenden Problemstellung geht die vorliegende Bachelorarbeit folgender Hauptfragestellung nach:

Wie kann die Spitalsozialarbeit anhand salutogenetisch orientierter Methoden zur Bewältigung psychosozialer Belastungen im Übergang in eine Erstelternschaft beitragen?

Zur Beantwortung der Hauptfragestellung werden folgende Unterfragen bearbeitet:

- Welche psychosozialen Problemlagen können im Übergang in die Elternschaft aus der Literatur abgeleitet werden?
- Welche Merkmale und insbesondere Dienstleistungen hat Spitalsozialarbeit generell und auf den Stationen der Geburtshilfe zum Inhalt?
- Was beinhaltet das Konzept der Salutogenese?
- Wie kann das Konzept der Salutogenese in der Spitalsozialarbeit mit (werdenden) Eltern angewendet werden?

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt auf der Bearbeitung von möglichen psychosozialen Problemlagen einer Erstelternschaft im Kontext der Spitalsozialarbeit. Dabei begrenzen sich die Ausführungen überwiegend auf die Schweiz und beziehen sich teilweise exemplarisch auf den Sozialdienst des USZ. Anliegen von (werdenden) Eltern werden während der Spitalbehandlung, also von der Feststellung der Schwangerschaft bis zur Spitalentlassung nach der Geburt, vom Sozialdienst bearbeitet. Den theoretischen Rahmen für diese Arbeit bildet das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky.

1.3 Zielsetzung

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, das Konzept der Salutogenese in Bezug zur Spitalsozialarbeit mit (werdenden) Eltern zu setzen. Einerseits bedeutet dies, mögliche psychosoziale Belastungen für Ersteltern aus der Literatur herauszuarbeiten und diesbezüglich das Aufgabengebiet der Spitalsozialarbeit zu erörtern. Andererseits bedeutet dies, das Konzept der Salutogenese mit der Spitalsozialarbeit zu verknüpfen und handlungsleitende sozialarbeiterische Methoden für die Beratung von (werdenden) Eltern abzuleiten. Das Endprodukt dieser Bachelorarbeit sollen konkrete Handlungsmethoden für die Praxis der Spitalsozialarbeit auf den Stationen der Geburtshilfe darstellen. Im Weiteren soll die vorliegende Arbeit zur Sensibilisierung involvierter Fachdisziplinen beitragen.

1.4 Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Fragestellung, wie die Spitalsozialarbeit (werdende) Eltern anhand salutogenetisch orientierter Methoden in der Bewältigung psychosozialer Belastungen im Übergang in eine Erstelternschaft unterstützen kann. Es handelt sich um eine Literatuarbeit. Zur Beantwortung der Hauptfragestellung wird auf wissenschaftliche Literatur und Erkenntnisse aus der Forschung zurückgegriffen.

Zu Beginn der Arbeit wird in Kapitel 2 der Übergang in die Erstelternschaft näher beleuchtet. Theoretische Grundlage dazu stellen drei entwicklungspsychologische Konzepte dar. Anschliessend wird ein 10-Phasen-Transitionsmodell zum Übergang in die Elternschaft vorgestellt, aus dem mögliche psychosoziale Problemlagen und damit zusammenhängende Bewältigungsaufgaben für (werdenden) Eltern herausgearbeitet werden. Kapitel 3 beschäftigt sich mit der Spitalsozialarbeit. Einführend folgt ein historischer Rückblick zu den Anfängen der Sozialen Arbeit im Spital, um dessen Nutzen aufzuzeigen. Im Weiteren werden zentrale Merkmale der Spitalsozialarbeit benannt und deren Dienstleistungen näher beschrieben. In Kapitel 4 wird auf das Konzept der Salutogenese und dessen Komponenten eingegangen, um folglich in Kapitel 5 die Soziale Arbeit mit dem Salutogenese Konzept zu verknüpfen und handlungsleitende Methoden für die Praxis abzuleiten. Zur Illustration wird ein anonymisiertes Fallbeispiel aus der Spitalsozialarbeit von Eltern mit psychosozialen Belastungen im Kontext der Salutogenese abgehandelt. Dieses dient der Veranschaulichung und beabsichtigt keine Repräsentativität. Abschliessend werden die Ergebnisse in einem Fazit vor dem Hintergrund der Hauptfragestellung diskutiert, das eigene Vorgehen reflektiert sowie offen gebliebene Frage- und Problemstellungen in einem Ausblick dargestellt.

2. Der Übergang in die Elternschaft

Die Thematik der (werdenden) Elternschaft hat in der Forschung und Theoriebildung in den vergangenen Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit gewonnen. Einen vollständigen Überblick zu den damit verbundenen Erkenntnissen kann die vorliegende Arbeit nicht leisten. Im vorliegenden Kapitel liegt der Fokus auf der Frage, wie der Übergang in die Elternschaft verläuft und welche psychosozialen Belastungen eine Elternschaft mit sich bringen kann. Zunächst werden diesbezüglich drei entwicklungspsychologische Konzepte sowie ein Phasenmodell zum Übergang umrissen und anschliessend mögliche psychosoziale Belastungen beschrieben.

2.1 Psychologische Konzepte zum Übergang

Der Bundesrat konstatiert (2017, S. 24), dass die öffentlichen Diskurse rund um Schwangerschaft und Geburt kontrovers sind. Einerseits wird eine Elternschaft im Sinne des unbestrittenen Familienglücks idealisiert, andererseits als Entstehungsursprung von schwierigen Lebenslagen problematisiert. In den Theorien der Entwicklungspsychologie wird der Übergang zur Elternschaft unterschiedlich gedeutet.

2.1.1 Elternschaft als kritisches Lebensereignis

Filipp und Aymanns (2018, S. 56–66) beschreiben den Übergang in die Elternschaft, insbesondere eine Schwangerschaft im jungen Erwachsenenalter, als ein kritisches Lebensereignis. Kritische Lebensereignisse bringen gemäss den Autoren drastische Veränderungen mit sich, tangieren bedeutende Aktivitäten, soziale Rollen und Beziehungen und gehen mit Verlusterfahrungen einher. Ebenfalls können diese unerwartet und plötzlich eintreten, hängen mit starken affektiven Reaktionsmustern zusammen und verlangen zu deren Bewältigung eine Anpassungsleistung. Kritische Lebensereignisse sind nach Ansicht von Wettstein (2016, S. 21–22) von Übergängen zu unterscheiden. Übergänge bezeichnen Entwicklungsphasen, die grössere Veränderungen mit sich bringen und vielfach mit einem Rollen- und Statuswechsel verbunden sind. Übergänge sind im Vergleich zu kritischen Ereignissen also generell absehbar und planbar sowie in der Regel gesellschaftlich ritualisiert. Die Geburt eines Kindes weist nach Ansicht von Wettstein (2016, S. 22) abgesehen von der Erwartbar- und Planbarkeit alle Merkmale eines kritischen Lebensereignisses auf, wonach eine Erstelternschaft gleichermassen ein Übergang und ein kritisches Lebensereignis darstellt. Dem muss entgegengehalten werden, dass der Übergang in die Elternschaft nicht pauschal krisenauslösend verlaufen muss. Die biographisch orientierte Forschung berücksichtigt im Erleben bedeutender Ereignisse die individuellen Lebensverläufe betroffener Personen. Ein Ereignis wird dann als

krisehaft erlebt, wenn langfristig vorgesehene Lebenspläne nicht mehr umsetzbar erscheinen (Fthenakis, 1999, S. 35).

2.1.2 Zur positiven Persönlichkeitsentwicklung durch Elternschaft

Der Psychologe Erik Erikson geht davon aus, dass eine Elternschaft die individuelle Persönlichkeitsentwicklung eines Paares fördert. Er unterscheidet in seinem Konzept des Lebenszyklus acht Phasen im Leben eines Menschen. Diese Phasen beinhalten Grundaufgaben, welche bewältigt werden müssen, um zu einer positiven Persönlichkeitsentwicklung zu gelangen (Conzen, 2010, S. 63). In der Phase der mittleren Lebensjahre ergibt sich der Bedarf nach Generativität. Dadurch wird dem existentiellen Wunsch, sich in die nächste Generation weiterzugeben, nachgekommen. Wird dieser Wunsch nicht erfüllt, kann dies zu einer Stagnation der individuellen Entwicklung führen (Conzen, 2010, S. 89–90). Der Stolz, Eltern zu sein, die eigenen Kinder zu lehren und zu begleiten und mit ihnen Krisen zu bewältigen, fördert nach Ansicht des Psychologen «die Tugend der Fürsorge» (Erikson, 1966, S. 119), wodurch der mit einer Elternschaft verbundene gesellschaftliche Aufforderungsdruck abgeschwächt wird. Anzuführen ist, dass Elternschaft ein wichtiger Entwicklungsschritt in Richtung Erwachsenwerden ist. Die Bewältigung von zahlreichen Herausforderungen in Verbindung mit einer Elternschaft kann das Selbstbewusstsein involvierter Personen stärken, zu mehr Flexibilität und Gelassenheit im Umgang mit schwierigen Situationen führen und die Koordinationsfähigkeit von komplexen Alltagsanforderungen fördern. Zudem kann eine Elternschaft sinnstiftend und stärkend für die Partnerschaft wirken (Jungbauer, 2014, S. 49–50). Hier ist kritisch anzumerken, dass Stufenkonzepte normativ ausgerichtet sind und somit auf die gesamte Menschheit gleichermaßen zutreffen sollen (Fthenakis, 1999, S. 35). In einer zunehmend pluralisierten und individualisierten Gesellschaft mit unterschiedlichen Lebensentwürfen scheint eine solche Sichtweise überholt.

2.1.3 Elternschaft als Systemerweiterung

Die Familiensystemtheorie basiert auf der allgemeinen Systemtheorie, die auf dem biologischen Konzept der Kybernetik aufbaut. Ein Familiensystem besteht dahingehend aus Subsystemen (Eltern, Geschwister bzw. Individuen, Dyaden, Triaden) und ist eingebettet in Suprasysteme (Verwandtschaft, Freundeskreis, Gesellschaft), welche zueinander in Beziehung und Wechselwirkung stehen (Jungbauer, 2014, S. 22). Durch die Geburt eines Kindes wird die intime Paarbeziehung, die Dyade, durch das Kind erweitert und es entsteht ein familiäres Beziehungsdreieck, eine Triade (Jungbauer, 2014, S. 47). Der Familiensystemtheorie liegt die Vorstellung zugrunde, dass in Beziehungen routinierte Regeln, Ziele und Handlungsabläufe bestehen, die zu einem Gleichgewichtszustand,

der sogenannten Homöostase führen (Jungbauer, 2014, S. 27). Die Geburt eines Kindes führt zur Instabilität dieses Gleichgewichtszustandes und die Lebensführung muss an die veränderte Situation angepasst werden (Dannhäuser, 2006, S. 3). Hierbei sind im Sinne der Familienentwicklungstheorie insbesondere die Anpassung des Paares an die neue Rolle als Eltern zu nennen, welche stark mit gesellschaftlichen Wert- und Normvorstellung einhergeht (Fthenakis, 1999, S. 36). Antonovsky (Bengel et al., 2001, S. 35) hält dem Zustand der Homöostase die gegenteilige Heterostase entgegen. Demnach sind Menschen kontinuierlich von positiven und negativen Stressoren beeinflusst und befinden sich in einem stetigen Ungleichgewicht.

Vormals wurde der Übergang in die Elternschaft mit dem beschriebenen Konzept der Krise in Verbindung gebracht und primär auf die Person zentriert als intrapsychisches, biologisches Ereignis betrachtet. Diese defizitär pathologische Sichtweise wich zunehmend einer psychosozialen Auffassung. Eine Elternschaft wird vermehrt als Entwicklungsziel gedeutet. Schwangerschaft und Geburt werden in diesem Verständnis als Phasen im Übergang in die Elternschaft gesehen (Huwiler, 1995, S. 28).

2.2 Das 10-Phasen-Modell im Übergang zur Elternschaft

Das 10-Phasen-Transitionsmodell der Gesundheitsförderung bei Familienwerdung von Geene Thyen, Quilling & Bacchetta (2016, S. 227) basiert auf dem viel zitierten «8-Phasen-Modell der Schwangerschaft und ersten Geburt – psychologische Veränderungen der Eltern» von Gloger-Tippelt (1988). Gloger-Tippelt formuliert psychologische Erkenntnisse, Belastungen sowie Anpassungsleistungen werdender und gewordener Eltern und versteht den Übergang in die Elternschaft als stetigen Verarbeitungsprozess. Nach Ansicht von Geene et al. (2016, S. 228) bilden die Phasen der Familienwerdung entscheidende Übergänge in Lebensbiografien, welche als Transitionen bezeichnet werden können und im Sinne der Gesundheitsförderung gezielt begleitet werden sollten. Geene und Bacchetta (2017, S. 237) weisen darauf hin, dass die in Tabelle 1 dargestellten Transitionsphasen fließend ineinander übergehen und je nach individueller Lebenssituation der (werdenden) Eltern in unterschiedlichem Tempo durchlaufen werden. Es kommt auch vor, dass sich vereinzelt Phasen nicht abspielen, beispielsweise bei später Feststellung der Schwangerschaft, was zu Belastungen in den folgenden Phasen führen kann. Dieses Modell hat keinen Anspruch, einen normativen Ablauf von Schwangerschaft, Geburt und früher Kindheit zu bieten, sondern soll dem strukturierten Erkenntnisinteresse Rechnung tragen. Es folgt das proklamierte Modell bis zur Phase der Geburt, da die in Kapitel 3 beschriebene Spitalsozialarbeit lediglich bis zur Hospitalisation nach der Geburt involviert ist.

Tabelle 1. 10-Phasen-Modell im Übergang in die Elternschaft

Phase	Charakterisierung	Physiologische und psychologische Bewältigungsaufgaben
<p>1. Präkonzeptionelle Phase Vor Eintritt einer Schwangerschaft (Phase bei Gloger-Tippelt, 1988, nicht berücksichtigt)</p>	<p>Auseinandersetzung mit der eigenen Fruchtbarkeit; Herausbildung elementarer Voraussetzungen</p>	<p>Physiologisch: Kontrolle über die eigene Fruchtbarkeit Psychologisch: Auseinandersetzung mit eigener Gesundheit/Wohlbefinden Sozial: soziale und finanzielle Sicherheit schaffen</p>
<p>2. Orientierungsphase Bekanntwerden der Schwangerschaft bis ca. 12. Schwangerschaftswoche (SSW) («Verunsicherungsphase», Gloger-Tippelt, 1988, S. 75)</p>	<p>Verunsicherung und ambivalente Gefühle zur Schwangerschaft; Beginn körperlicher Veränderungen</p>	<p>Physiologisch: Bewältigung körperlicher Veränderungen; Umgang mit möglichen Symptomen (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, Stimmungsschwankungen), bzw. Ausbleiben von Symptomen Psychologisch: Verarbeitung der Information über die Schwangerschaft auf kognitiver und emotionaler Ebene, Bewältigung spezifischer Belastungen und Ambivalenzen Sozial: Sorgen und Ängste; Sicherstellung von privatem Austausch und sozialer Einbindung</p>
<p>3. Selbstkonzeptphase ca. 12. bis 20. SSW, beginnt mit Bekanntgabe der Schwangerschaft («Anpassungsphase», Gloger-Tippelt, 1988, S. 78)</p>	<p>Erstes Selbstkonzept vom Elternwerden/-sein; Sichtbarwerden der Schwangerschaft</p>	<p>Physiologisch: Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen und pränataler Diagnostik Psychologisch: Möglichkeiten der persönlichen Beeinflussung und Kontrolle des Schwangerschaftsverlaufes (insbesondere Suchtmittelabstinenz, allgemeines Gesundheitsverhalten, Ernährung, Schlafrythmus) Sozial: Öffentlich machen und Umgang mit der Reaktion von Aussenstehenden auf die Schwangerschaft, normative Anpassung</p>

<p>4. Subjektwerdungsphase ca. 20. bis 32. SSW</p> <p>(«Konkretisierungsphase», Gloger-Tippelt, 1988, S. 81)</p>	<p>Wahrnehmung des Ungeborenen als Kind/als zunehmend eigenständiges Wesen; Phase des Wohlbefindens</p>	<p>Physiologisch: Wachsen des Bauches, erste Kindsbewegung (Quickening)</p> <p>Psychologisch: Fantasien über das Leben mit Kind</p> <p>Sozial: Entwicklung konkreter Lebensvorstellungen der zukünftigen Mutter/des zukünftigen Vaters/zukünftigen Ko-Elternteils</p>
<p>5. Phase der Antizipation und Vorbereitung ca. 32. bis 40. SSW</p> <p>(gleichnamig bei Gloger-Tippelt, 1988, S. 88)</p>	<p>Anstieg der körperlichen Belastung, Vorbereitung auf Geburt, Vorbereitung auf Familie</p>	<p>Physiologisch: Umgang mit körperlichen Belastungen (Kulmination körperlicher Beschwerden in dieser Phase)</p> <p>Psychologisch: Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Geburt, empathische Auseinandersetzung mit Geburtsängsten</p> <p>Sozial: Nestbau, Beginn des Mutterschutzes</p>
<p>6. Phase der Geburt von Geburtsbeginn bis etwa 2 bis 7 Tage nach der Geburt</p> <p>(gleichnamig bei Gloger-Tippelt, 1988, S. 92)</p>	<p>Geburtsverlauf, Zeit für das Kennenlernen/Bonding</p>	<p>Physiologisch: Gebären, gelingende Anpassung an die körperliche Trennung der Mutter, allenfalls Stillbeginn</p> <p>Psychologisch: Annehmen eines neuen Familienmitgliedes; Bindungsaufbau</p> <p>Sozial: Baby als Leben außerhalb des Mutterleibs, Mutterschutz</p>

Quelle: Eigene Darstellung (Geene & Bacchetta, 2017, S. 235–236)

1. Präkonzeptionelle Phase (vor Eintritt einer Schwangerschaft)

Diese Phase wird oftmals erst nach Eintritt der Schwangerschaft konstruiert und beschreibt die Zeit vor der Schwangerschaft. Insbesondere junge und sozial belastete Paare weisen in dieser Phase eine geringe oder gar fehlende Auseinandersetzung mit einer Elternschaft auf (Koller et al., 2009, zitiert nach Geene & Bacchetta, 2017, S. 238–239). Diesbezüglich machen Geene & Bacchetta den Bedarf nach Sexualaufklärung und sozialer Beratung bei geplanter Familiengründung deutlich. Darin inbegriffen ist auch die Information über Präventionsmöglichkeiten hinsichtlich einer Schwangerschaft wie beispielsweise der Verzicht auf Suchtmittel (Geene & Bacchetta, 2017, S. 240).

2. Orientierungsphase (ca. 12. SSW)

Hier folgt der Entscheid für oder gegen die Schwangerschaft. Diese Phase ist von ambivalenten Gefühlen wie Euphorie, aber auch Ängsten und Verunsicherung zum Beispiel hinsichtlich der sozialen Unterstützung begleitet. Körperliche Schwangerschaftssymptome wie Übelkeit kommen durch hormonelle Veränderungen hinzu (Petzold, 2007, S. 2–3). Es ergibt sich der Bedarf, über die schwangerschaftsbedingten körperlichen Veränderungen sowie weitere physiologische Vorgänge aufgeklärt zu werden. Wichtige Anlaufstelle ist hierbei die gynäkologische Praxis, welche eng mit Hebammen zusammenarbeitet und nach Bedarf an weitere Beratungsstellen vermittelt (Geene & Bacchetta, 2017, S. 241–244).

3. Selbstkonzeptphase (12. Bis 20. SSW)

Ambivalenzen verlieren an Bedeutung, es kommt zur emotionalen Akzeptanz der Schwangerschaft. Die körperlichen Beschwerden lassen in der Regel langsam nach und es entsteht womöglich ein körperliches Wohlbefinden (Petzold, 2007, S. 3). Informationen aus der vorangegangenen Phase schaffen ein neues Selbstbild als zukünftige Eltern. Diese Veränderung führt häufig zur Mitteilung der Schwangerschaft im sozialen Umfeld. Dadurch richtet sich die bevorstehende Lebensplanung stärker nach der Schwangerschaft und dem ungeborenen Kind aus. Es kommt zu symbolischen Kontakten mit dem Fötus durch das Ultraschallbild oder das Abhören von Herztönen. Die Autoren empfehlen, dass nun durch die gynäkologische Praxis umfassend auf die Bedürfnisse der werdenden Eltern, vor allem der Schwangeren, eingegangen wird und Beratungen zur Geburt, dem Stillen sowie dem Mutterschutz angeboten werden (Geene & Bacchetta, 2017, S. 244–248).

4. Subjektwerdungsphase (20. bis 32. SSW)

Die ersten Kindsbewegungen können wahrgenommen werden, das Kind wird vermehrt als eigenständiges Subjekt registriert. Dies löst Gefühle der Freude, Erleichterung und

Erfüllung aus. Die Eltern-Kind-Bindung entsteht und Vorstellungen über das Leben mit dem Kind werden konkretisiert (Geene & Bacchetta, 2017, S. 248–249). Gloger-Tippelt (1988, S. 86) spricht hier von einer Selbstbildtransformation werdender Eltern, wobei diese sich vermehrt mit ihrer zukünftigen Rolle als Eltern und den damit einhergehenden Veränderungen auseinandersetzen. Themen wie Berufstätigkeit, finanzielle Absicherung, Wohnsituation/-gestaltung und soziale Unterstützung werden bearbeitet. Diese Phase kann durch pränatale Komplikationen sowie Unklarheiten hinsichtlich der Geburt Verunsicherungen auslösen. Die Information über Geburtsvorbereitungskurse sowie der Einbezug von Hebammen kann Ängste auflösen (Geene & Bacchetta, 2017, S. 249–250).

5. Phase der Antizipation und Vorbereitung (32. bis 40. SSW)

Durch die nahende Geburt ist diese Phase von einer gewissen Ernsthaftigkeit begleitet. Die Schwangerschaft wird mehrheitlich als unangenehm empfunden. Dies ist auf Gründe wie zunehmendes Gewicht sowie hormonellen Belastungen, welche sich auf die Qualität des Schlafs auswirken können, zurückzuführen (Geene & Bacchetta, 2017, S. 252). Ebenfalls richtet sich die Planung des Alltags nach einem baldigen Geburtsbeginn, wonach Terminen nur mit Vorbehalt zugesagt werden kann. Weitere abschliessende Vorbereitungen wie das Einrichten des Kinderzimmers (Nestbau) werden getroffen und werdende Eltern setzen sich mit dem baldigen Einsetzen der Geburt auseinander (Petzold, 2007, S. 3). Insbesondere die Mütter bereiten sich auf einen möglichen Kontrollverlust, in Folge von Geburtskomplikationen, Schmerzen sowie Trennung vom Kind, vor. Wichtige Bezugspersonen in dieser Phase sind die gynäkologische Praxis sowie Hebammen, mithilfe derer die Geburt und die damit zusammenhängenden Belastungen sowie Aufgaben mit dem Neugeborenen geplant werden (Geene & Bacchetta, 2017, S. 252–255).

6. Phase der Geburt (Geburtsbeginn bis 7 Tage nach Geburt)

In Anlehnung an Gloger-Tippelt (1988, S. 92–93) stellt die Geburt den Höhepunkt des Transitionsprozesses dar. Diese wird eingeleitet durch die ersten Wehen und ist mit dem Gebären des Kindes vollendet. Aus Tabelle 1 kann geschlossen werden, dass mit der Geburt starke Schmerzen und Erschöpfungsgefühle einhergehen, welche in der Regel gefolgt sind von positiven Emotionen bei der ersten Begegnung und dem Bonding mit dem Kind (Geene & Bacchetta, 2017, S. 236). Die Annahme liegt nahe, dass im Wochenbett noch offene Fragen und Aufgaben, welche vorgeburtlich nicht bewältigt wurden, aufgegriffen werden. Hier können Unterstützungsmöglichkeiten zu Hause (Geene & Bacchetta, 2017, S. 253) oder weiterer Entlastungsmöglichkeiten organisiert werden.

2.3 Mögliche psychosoziale Belastungen durch eine Erstelternschaft

Grundlage der folgenden Ausführungen bilden Ergebnisse der mehrjährigen psychologisch angelegten Familien-Studie der Autoren Fthenakis, Kalicki, und Peitz aus dem Jahre 2002, im Auftrag der Westdeutschen Landesbausparkasse. Die Autoren befragten 175 Paare über den Zeitraum von der Schwangerschaft bis drei Jahre nach der Geburt des Kindes. Die Erläuterungen werden mit aktueller wissenschaftlicher Literatur begründet.

2.3.1 Sozioökonomische Umstände

Finanzielle Mittel und berufliche Situation

Eine Schwangerschaft und Geburt können sich massgeblich auf die materielle wie auch berufliche Situation (werdender) Eltern auswirken. Schulze (2009, S. 6) betont, dass insbesondere eine Erstelternschaft überproportional hohe finanzielle Einbussen mit sich bringt und finanzielle Notstände zur Folge haben kann. Parallel zu einer Erhöhung der Ausgaben verringern sich die Einkünfte, wenn sich die Mutter oder der Vater teilweise oder ganz aus dem Erwerbsleben zurückzieht. Im Familienbericht hält der Bundesrat (2017, S. 13–14) fest, dass 2014 rund 12 Prozent der Paarhaushalte mit Kindern in der Schweiz als armutsgefährdet galten und sich bei Eintreffen einer grösseren Rechnung mit finanziellen Schwierigkeiten konfrontiert sahen. Zu erwähnen sind neben direkten Lebenshaltungskosten wie Nahrung, Kleidung und Wohnung auch indirekte Kosten, welche ein Rückzug aus einer Erwerbstätigkeit mit sich bringt (Fthenakis et al., 2002, S. 200). Diese indirekten Kosten fallen umso höher aus, je höher das Alter, das Bildungsniveau sowie die Berufserfahrung des Elternteils vor Beendigung der Erwerbstätigkeit waren und steigen mit der sozialen Schichtzugehörigkeit (Schulze, 2009, S. 6). Weiterhin zieht sich vorwiegend die Mutter aus dem Berufsleben zurück. Hierbei kann von einer «Retraditionalisierung» (Levy, 2018, S. 3) des familialen Lebens gesprochen werden. Obschon die Erwerbsbeteiligung von Frauen während der letzten 30 Jahre kontinuierlich zunahm, verändert sich der Grad der Arbeitstätigkeit nach der Geburt des ersten Kindes überwiegend bei der Mutter. Böllert und Peter (2012, S. 7) sprechen hierbei von einer Doppelbelastung der Mütter, wobei die neuen Väter sich neben dem beruflichen Gelingen emotional und betreuerisch stärker in die Familie einzubringen haben. Ganzheitlich betrachtet, hat über die vergangenen Jahrzehnte ein Wandel weg vom Ernährer-Modell hin zum teilmodernisierten Familien-Modell stattgefunden. 2014 entsprach noch ein Viertel der Paare mit Kleinkindern dem Ernährer-Modell (Bundesrat, 2017, S. 16–25).

Wohnverhältnisse

Im Verlauf eines Lebens wird ein beträchtlicher Zeitraum in der Wohnung verbracht. In den privaten Räumlichkeiten spielt sich das Familienleben ab, wo Kinder erzogen und sozialisiert werden. Durch die Geburt des ersten Kindes sind Eltern massgeblich an ihre Wohnung gebunden und es kommt zur Verhäuslichung des Lebensalltags (Fthenakis et al., 2002, S. 173). Neben den privaten Räumlichkeiten bildet das unmittelbare Wohnumfeld einen zentralen Aufenthaltsbereich (Schmalfeld, 2010, S. 162). Die elterlichen Wohnverhältnisse bilden für einen Säugling den primären Lern- und Erfahrungsraum. Dieser Einfluss der Wohnsituation auf die Kindesentwicklung wurde mehrfach belegt (Weinstein & David, 1987; Wilk & Bacher, 1994). Die Fachstelle SpielRaum (2013, S. 1) konstatiert, dass die Wohnsituation sowohl massgeblichen Einfluss auf die Kindesentwicklung als auch auf die Lebensqualität der Eltern hat. In der Schweiz ist mit einer Schwangerschaft häufig eine Verlagerung des Lebensmittelpunktes in eine grössere und familiengerechtere Wohnung verbunden (Bundesrat, 2017, S. 13). Gemäss Ergebnissen des BFS (2017, S. 8) verfügen Haushalte mit Kindern indessen durchschnittlich über weniger Wohnfläche pro Person und weisen ein erhöhtes Risiko auf, in überbelegten Wohnverhältnissen zu leben.

2.3.2 Partnerschaftsentwicklung

Nach Ansicht von Nave-Herz (2012, S. 36) erfüllt das System Familie den Zweck der Bildung seiner Mitglieder und Erhaltung von Humanvermögen. Damit sind die psychische und physische Begleitung und Stabilisierung der Familienangehörigen sowie die Nachwuchssicherung angesprochen. Tyrell (1988, S. 155) hält diesem Verständnis von Familie den Prozess der Deinstitutionalisierung des bürgerlichen Familienmusters entgegen. Partnerschaft und Ehe folgen demnach weniger dem Sinn einer Zweckgemeinschaft, sondern bauen im Idealfall auf gegenseitiger Liebe und Zuneigung auf. Die Entscheidung für ein gemeinsames Kind geht mit der Aussicht auf eine anhaltend glückliche Paarbeziehung einher. Die Geburt eines Kindes verändert diese Liebesbeziehung grundlegend. Eine Elternschaft führt zunächst zu einem Verlust der Zweisamkeit. Das Kind beansprucht die volle Zuwendung der Eltern, die Aktivitäten richten sich gänzlich nach dessen Bedürfnissen. Dies führt zu einer wechselseitigen Interdependenz der Eltern (Kelley & Thibault, 1978, zitiert nach Fthenakis et al., 2002, S. 65).

Aus dem Familienbericht (Bundesrat, 2017, S. 19) geht hervor, dass sich eine Elternschaft auf die Häufigkeit von Meinungsverschiedenheiten (Anstieg) sowie die Verhaltensweisen beim Austragen solcher Konflikte (weniger oft ruhiges Ausdiskutieren) auswirkt. Eine Verhäuslichung und Angebundenheit kann Gefühle der sozialen Isolierung

und Überforderung auslösen. Die fehlende Anerkennung aufgrund des beruflichen Rückzuges sowie ein spürbares Abhängigkeitsverhältnis vom Partner kann diese Gefühle insbesondere für die Mütter verstärken. Aus diesen Gründen nimmt die Partnerschaftszufriedenheit und die Qualität der Paarbeziehung mit der Geburt eines Kindes im Durchschnitt ab (Dannhäuser, 2006, S. 2; Jungbauer, 2014, S. 49). Im Fachjargon wird bei einer Geburt des ersten Kindes von einer Erosion der Paarbeziehung gesprochen. Dabei bleibt zu berücksichtigen, dass sich durch eine Elternschaft das elterliche Wohlbefinden und die Partnerschaftsbeziehung nicht generell verschlechtern muss. Ausschlaggebend für eine positive oder negative Veränderung sind individuelle Anpassungsleistungen und gemeinsame Strategien zur Verarbeitung und Bewältigung der neuen Lebensbedingungen (Fthenakis et al., 2002, S. 90). Dabei haben Erfahrungen und Erlebnisse aus der eigenen Kindheit massgeblichen Einfluss darauf, wie gut sich die Eltern in ihrer neuen Rolle zurechtfinden (Fthenakis et al., 2002, S. 229).

2.3.3 Soziale Unterstützung

(Werdende) Eltern bedürfen in vielerlei Hinsicht Unterstützung durch zuverlässige und stabile Beziehungen, um die neuen, vielfältigen Aufgaben im Zusammenhang mit einer Elternschaft zu bewältigen (Fydrich, Sommer, Tydecks & Brähler, 2009, S. 43). Erkenntnissen von Fthenakis et al. (2002, S. 64–65) zufolge benötigen (werdende) Eltern nicht nur Informationen und Empfehlungen rund um die Schwangerschaft und das Kind. Auch praktische Unterstützung wie allfällige finanzielle Zuschüsse, die Bereitstellung von Babyausstattung sowie Kontakte zu anderen (werdenden) Eltern für einen Informationsaustausch können den Übergang in einen veränderten Alltag begünstigen. Dabei sollten die Unterstützungsangebote auf die spezifischen Bedürfnisse des Paares abgestimmt sein, um als Ressource zu fungieren.

Im Familienbericht (Bundesrat, 2017, S. 13–25) wird aufgezeigt, dass sich durch eine Elternschaft soziale Bezüge teilweise auflösen und (werdende) Eltern verstärkt den Kontakt zu Familien mit Kindern suchen. Vornehmlich werden Beziehungen zur nahen Verwandtschaft intensiviert. Zudem werden die partnerschaftliche und familiale Beziehung heutzutage oftmals durch ausserfamiliäre Freundschaften erweitert. Nach der Geburt des Kindes kommt der institutionalisierten Kinderbetreuung zur elterlichen Entlastung und Weiterführung der Berufstätigkeit zunehmende Wichtigkeit zu. Aeberli (2014, S. 15) problematisiert, dass der Zugang zu ausserfamiliären Kinderbetreuungsangeboten in der Schweiz an Bedingungen wie Kosten für den Betreuungsplatz, dem Angebot innerhalb der Wohnregion und dem Alter des Kindes geknüpft sind. Dem Familienbericht (Bundesrat, 2017, S. 21–48) ist zu entnehmen, dass familienergänzende

Betreuungsformen in vielen Regionen der Schweiz noch ungenügend verbreitet sind. Kinder im Vorschul- und Schulalter werden am häufigsten durch nicht-institutionelle Betreuungsformen versorgt. Fehlt eine Einbindung in ein unterstützendes soziales Umfeld, wird insbesondere für Eltern mit wenig finanziellen Mitteln eine Inanspruchnahme institutionalisierter Betreuung verwehrt.

2.3.4 Elterliche Befindlichkeit und Subjektivität

Der subjektiv erlebte Übergang in die Elternschaft hat massgeblichen Einfluss auf mögliche Problemlagen. Es ist zu erwähnen, dass sich Belastungssituationen je nach Familienkonstellation deutlich unterscheiden und die beschriebenen Merkmale lediglich eine Idee für mögliche Problemlagen darstellen. Generalisierungen verkürzen die Realität, erlauben es jedoch, bestimmte Situationen in gewissem Masse einzuordnen und auf die Praxis ableiten zu können (Fthenakis et al., 2002, S. 355–356).

Die Ergebnisse der Studie von Fthenakis et al. (2002, S. 90–96) zeigen auf, dass die Bewältigung des Übergangs zur Elternschaft bereits vorgeburtlich eintritt und werdende Mütter einen deutlich höheren Bewältigungsbedarf haben als werdende Väter. Ängste werdender Mütter können durch eine positive Sicht auf die Elternschaft reduziert werden. Gefühle von Kontrolle und Kompetenz können wiedererlangt werden, indem Elternschaft als Übernehmen von Verantwortung gedeutet wird. Rizzi und Mikucka (2015, S. 3–12) stellen fest, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit von Paaren vor der Geburt des ersten Kindes ansteigt und Vorfreude auf die Familienerweiterung entsteht. Nachgeburtlich ist die Sorge um den Säugling mit einer hohen Belastungsintensität verbunden, insbesondere wenn es Beruf und Familie zu vereinbaren gilt und die Kinderbetreuung vorwiegend einer Person zukommt. Würden Frauen ihren Kinderwunsch gegenüber ihrem Arbeitgeber nicht verleugnen müssen und würden Eltern flexible Arbeitszeiten ermöglicht, würde sich der Übergang in die Elternschaft für Paare enorm erleichtern (Dannhäuser, 2006, S. 8). So jedoch können gesellschaftliche Erwartungen, der eigene Anspruch auf ein perfektes Erziehungshandeln sowie die Adaption der Elternrolle zu einschneidenden Diskrepanzen und elterlichen Belastungssituationen führen (Jost, 2013, S. 44).

Monk et al. (1996, zitiert nach Fthenakis et al., 2002, S. 63) sprechen bei der Geburt des ersten Kindes von einem nicht antizipierten Bruch des gewohnten Alltags. Versorgungstätigkeiten und eine Verhäuslichung fördern eine gewisse Monotonie im Alltag. Das Neugeborene ist in dessen Verhalten unvorhersehbar und nicht beeinflussbar. Hinzu kommt ein Mangel an Schlaf und das Wegfallen von sozialen Kontakten oder die fehlende Berücksichtigung eigener Interessen. Dies sind alles belastende Faktoren, welche sich

kumulieren können und sich direkt in der Befindlichkeit der Eltern widerspiegeln (Fthenakis et al., 2002, S. 449). Zudem ist das Wohlergehen auch abhängig von der subjektiven Einstellung zur Elternschaft und den damit verbundenen Rollen und Aufgaben sowie den individuellen Lebensplänen der Eltern. Möchte die Mutter beispielsweise zu Hause sein und hat auch der Vater eine positive Einstellung zur Hausfrauenrolle seiner Frau, wirkt sich dies positiv auf deren Befindlichkeit aus. Andernfalls kann dies in einer Vorwurfs-haltung gegenüber dem Kind münden (Nave-Herz, 2012, S. 42).

Aus dem vorliegenden Kapitel lässt sich schliessen, dass eine Elternschaft eine grundlegende Anpassung an die veränderten Lebensumstände erfordert und eine Vielzahl an neuen Aufgaben und Anforderungen mit sich bringt (Brand & Jungmann, 2013, S. 22). Es ist deshalb wichtig, dass im Sinne von frühen Hilfen unterschiedliche Berufsgruppen und Professionen zusammenarbeiten und niederschwellige Angebote bestehen (Böllert, 2012, S. 127). Wie im 10-Phasen-Transitionsmodell aufgezeigt wird, ist die gynäkologische Praxis in Verbindung mit einer Schwangerschaft und Geburt eine wichtige Anlaufstelle. Werden psychosoziale Belastungen bei werdenden Eltern augenscheinlich, sind die Akteure der Medizin und Geburtshilfe für die Gesundheitsförderung von hoher Bedeutung. Innerhalb eines Spitals fungiert ein Sozialdienst vielfach als Türöffner, um erstmals über die schwierige Situation zu sprechen und über unterstützende Angebote und Institutionen zu informieren.

3. Spitalsozialarbeit

Das vorliegende Kapitel nimmt sich der Thematik der Spitalsozialarbeit an. Um die Entstehungshintergründe und den gegenwärtigen Nutzen des Berufsfeldes aufzuzeigen, wird zunächst ein historischer Rückblick gemacht. Anschliessend werden grundlegende Merkmale der Spitalsozialarbeit beschrieben. Im Fokus stehen dabei die Dienstleistungen im Allgemeinen und das Aufgabengebiet auf den Stationen der Geburtshilfe.

3.1 Anfänge der Spitalsozialarbeit

Die Wurzeln der Spitalsozialarbeit führen bis ins Ende des 19. Jahrhundert zu den Anfängen professioneller Praxis Sozialer Arbeit zurück (Ansen, Gödecker-Greenen & Nau, 2004, S. 117). Gesundheitliche Probleme wurden bereits damals mit Armut und Benachteiligung in Zusammenhang gebracht (Homfeldt, 2012, S. 491–492). Ida M. Cannon (2018) gilt als Pionierin der Spitalsozialarbeit und hält die Notwendigkeit des Berufsfeldes wie folgt fest:

Krankheit als Ursache und ebenso als Folge sozialer Not gilt als entscheidender Faktor für die missliche Lage, in der sich die befinden, die von öffentlicher und privater Unterstützung abhängig werden Die Dienstleistungen der Ärzteschaft und der Sozialarbeiterinnen [sic] sind voneinander abhängig, genauso wie die physischen und sozialen Gegebenheiten der Patienten [sic] selbst in Wechselwirkung stehen. Diese gegenseitige Beziehung zwischen Medizin und Sozialer Arbeit nicht nur in der Behandlung, sondern auch in der Ursachenforschung der Krankheit[,] unterstreicht die Bedeutung der Bewegung für Sozialdienste in Krankenhäusern. (S. 33–34)

Bereits im Christentum stellte die Betreuung von Kranken eine Pflichtaufgabe für die Kirche dar. Damals wie heute sind die Dienste der Kirche zur spirituellen Betreuung erkrankter Menschen aus dem institutionalisierten Rahmen nicht mehr wegzudenken (Cannon, 2018, S. 41). Um 1800 fungierten Spitäler der Schweiz als multifunktionale Armenfürsorgeanstalten und boten eine Herberge, eine Versorgungsanstalt oder ein Hospiz. Im Zuge der funktionalen Ausdifferenzierung des Anstaltswesens zu Beginn des 19. Jahrhundert entwickelten sich die Spitäler zu spezialisierten Institutionen für die Heilung und Pflege von Menschen mit einer physischen Krankheit. Ab 1850 fand ein Wandel hin zur Hygienisierung, Medikalisierung und Technologisierung statt. Entstehende medizinische Spezialisierungen verlangten geschultes Personal und eine differenzierte Krankenpflege. Das Spital des 20. Jahrhunderts als Gesundheitszentrum für alle Bevölkerungsschichten war entstanden (Historisches Lexikon der Schweiz, 2012).

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts erkannten Fachdisziplinen der Spitäler, dass die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten nicht nur rein physischer Art waren. Es nahmen überwiegend Frauengruppen ehrenamtlich sozialhelferische Arbeit in Spitälern auf. Diese organisierten kulturelle Veranstaltungen und führten Gespräche mit den Erkrankten (Ansen et al., 2004, S. 117). 1905 etablierten sich beinahe zeitgleich in den USA, Grossbritannien und in Deutschland Spitalsozialdienste. Am Massachusetts General Hospital in Boston kam der leitende Arzt Richard C. Cabot zur Überzeugung, dass die stationäre medizinische Behandlung nach Spitalsaustritt nur nachhaltig ist, wenn die sozialen Erkrankungssymptome ebenfalls aufgedeckt und berücksichtigt werden (Wendt, 2017, S. 74). Patientinnen und Patienten mussten damals häufig in unhygienische Wohnverhältnisse zurückkehren oder unter prekären Arbeitsverhältnissen in Fabrikhallen arbeiten und konnten sich keine medikamentöse Versorgung leisten. Cabot kam zum Schluss, dass diesen Herausforderungen nur mit zwei Fachgebieten innerhalb des Spitals begegnet werden konnte (Cannon, 2018, S. 16–17).

Der Sozialdienst des USZ wurde 1928 mit der Anstellung der ersten Sozialarbeiterin – damals bezeichnet als Fürsorgerin – ins Leben gerufen. Ihre Tätigkeit beinhaltete die Betreuung der geschlechtskranken Patientinnen und Patienten der Klinik für Dermatologie. Ihre Anstellung verfolgte zusätzlich den Zweck, die medizinische Praxis von einer allumfassenden Sichtweise auf die Patientinnen und Patienten zu überzeugen. Dies gelingt nur, wenn eine ausschliesslich klinische Anamnese durch eine soziale ergänzt wird und die Ärzteschaft bei Spitalaustritt über eine Vorstellung der weiteren Lebensgestaltung der Patientinnen und Patienten verfügt (Gloor, 1978, S. 11).

3.2 Merkmale der Spitalsozialarbeit

Gegenstand, Ziel, Zweck

Wie eingangs in der Definition von Spitalsozialarbeit nach SAGES (2020) beschrieben wurde, ist diese Berufsgruppe Bestandteil der klinischen Sozialarbeit. Diese versteht sich als behandelnde Sozialarbeit, welche bei Erkrankungen, Beeinträchtigungen oder psychosozialen Krisen zum Einsatz kommt (Ansen et al., 2004, S. 18). Im Leitbild von SAGES und AvenirSocial (2018) ist der Gegenstand des Berufsfeldes folgendermassen festgehalten:

Gegenstand der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen resp. der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sind: 1 die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind, und

2 die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu diesen führen. (S. 2)

Homfeldt (2012, S. 489) schreibt, dass Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gesundheitlich beeinträchtigte Menschen im Übergang in einen gegebenenfalls gewandelten Alltag und ein verändertes Umfeld unterstützt.

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen fungiert gewissermassen als Bindeglied zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen. Die Fachdisziplin strebt eine Sensibilisierung der Tatsache an, dass Probleme in einer Wechselwirkung zwischen sozialen Bezügen, Gesundheit und entsprechender Lebensführung entstehen (AvenirSocial, 2014, S. 1). Unter Berücksichtigung der physischen und mentalen Funktionen des Gegenübers steht die soziale und psychosoziale Situation der erkrankten Person im Zentrum. Durch die Bearbeitung dieser Dimensionen soll die Soziale Arbeit zu einem ganzheitlichen Genesungsprozess beitragen, welcher ein möglichst hohes Mass an Autonomie und gesellschaftlicher Teilhabe anstrebt (Pütter, 2013, S. 128). Dieses integrierte Vorgehen trägt dem Konzept der Gesundheitsförderung Rechnung, welches theoretisch auf der Salutogenese aufbaut und im Kapitel 5.1 in Bezug zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen gesetzt wird.

Kennzahlen

In Deutschland handelt es sich bei der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen um das zweitgrösste Beschäftigungsfeld der Fachdisziplin, wonach nahezu jede fünfte Fachkraft dort tätig ist (Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011, S. 132). Eine Zahl der im Schweizer Gesundheitswesen tätigen Sozialarbeitenden liegt aufgrund der uneinheitlichen Datengrundlage nicht vor. Friedli und Süsstrunk (2018, S. 12) gehen in Anlehnung an statistische Daten des BFS aus dem Jahr 2011 davon aus, dass rund 25 Prozent der in sozialen Berufen beschäftigten Personen in der Schweiz im Gesundheitswesen tätig sind. Eine Bestandesaufnahme des Schweizerischen Fachverbands Sozialdienst in Spitälern (SFSS, 2013, S. 23–24) bezieht sich auf die Krankenhausstatistik des BFS, wo im Jahr 2010 in 175 von 300 Spitälern soziale Dienstleistungen angeboten wurden. Bei beiden Werten der Schweiz ist zu berücksichtigen, dass neben Fachpersonen der Sozialen Arbeit auch weitere Berufsgruppen wie Seelsorgende unter die erwähnte Kategorie fallen. Somit weisen rund 50 Prozent einen Spitalsozialdienst im engeren Sinne auf. Am USZ waren im Jahr 2018 nahezu 42'500 Patientinnen und Patienten stationär hospitalisiert und über 600'000 ambulante Behandlungen wurden durchgeführt. Davon wurden

rund 4'500 stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten durch den Spitalsozialdienst begleitet (Götsch Heuberger, 2019, S. 2–3).

Gesetzliche Verankerung

Die Spitalsozialarbeit ist im Gegensatz zu Deutschland auf Bundesebene nicht gesetzlich verankert. Lediglich in den Kantonen Bern, Fribourg, Graubünden, St. Gallen, Thurgau und Tessin besteht eine gesetzliche Grundlage. Dennoch verzeichnet das Berufsfeld eine vergleichsweise weite Verbreitung (Dietschi, 2017, S. 10). Trotz verschiedener Vorstösse – unter anderem durch AvenirSocial (2014) – wurde die Soziale Arbeit bis heute nicht ins Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG) aufgenommen. Ohne eine gesetzliche Grundlage sind Spitalsozialdienste von der wirtschaftlichen Lage des Spitals abhängig und werden vor allem als Kostenfaktor dargestellt. Dies führt unter anderem dazu, dass die Soziale Arbeit innerhalb der Spitalstrukturen ungenügend etabliert ist und im Fachdiskurs eher marginal diskutiert wird (Geissler-Piltz & Gerull, 2009, S. 9). Friedli und Süssstrunk (2018, S. 14) führen die Nichtanerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf unter anderem auf die ungenügende Vernetzung der vorstossenden Fachorganisationen zurück. Dies hat den damaligen Schweizerischen Fachverband Sozialdienst in Spitälern (SFSS) dazu veranlasst, einen übergreifenden Fachverband zu gründen. Daraus ist 2017 der Schweizerische Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) hervorgegangen, welcher den SFSS auf- bzw. ablöste.

Interne und externe Zusammenarbeit

Ein grundlegender Bestandteil der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Zur Aufnahme der Gesamtsituation sowie der Planung von geeigneten Unterstützungsmassnahmen sind die medizinische Einschätzung der Ärzteschaft und das Wissen über pflegerische Schwerpunkte unerlässlich. Die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit hat massgeblichen Einfluss auf die Effektivität der sozialarbeiterischen Interventionen (Ansen et al., 2004, S. 28–30). Ein fehlender Austausch und unterschiedliche Menschenbilder der Fachzweige können sich störend auf eine interdisziplinäre Kooperation auswirken. Der transparenten Auftragsklärung, dem gegenseitigen Respekt und Vertrauen, dem Hinarbeiten auf ein gemeinsames Ziel und einer systemischen Herangehensweise kommt deshalb hohe Wichtigkeit zu (Homfeldt, 2012, S. 497–498). Weiter bedarf es an Kompetenzen der Kommunikationsbereitschaft, Aufgaben- und Verantwortungsteilung sowie Wissen über Terminologien der involvierten Professionen (Köppel, 2010, S. 30). Die Studie des SFSS (2013, S. 21) kam zum Ergebnis, dass der Spitalalltag auch gegenwärtig medizinisch-biologisch geprägt ist und somit unterschiedliche Erwartungen involvierter Personen miteinander

zu vereinbaren sind. Aufgrund dieser unterschiedlichen Erwartungshaltungen bildet die Nachsorgefindung eine Herausforderung im Alltag eines Spitalsozialdienstes.

Externen Kooperationsstellen kommt ebenfalls eine hohe Bedeutung zu. Ein Spital ist gewissermassen eine Übergangsstelle mit kurzen Aufenthaltszeiten. Nach Abschluss der Spitalbehandlung werden Betroffene an andere Institutionen des Gesundheitswesens triagiert, wobei die Spitalsozialdienst eine zentrale Rolle einnimmt. Um eine fristgerechte Entlassung und nachhaltige Genesung gewährleisten zu können, wird ein Kooperationsverhältnis mit Krankenkassen, Sozialhilfeträgern, Integrationsstätten, Arbeitsvermittlungsamtern, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, Kinder- und Jugendhilfezentren, ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen und Rehabilitationskliniken gepflegt (Ansen et al., 2004, S. 31).

Position innerhalb des Spitalbetriebs

Den Erkenntnissen der Studie des SFSS (2013, S. 4–5) zufolge, sind die Spitalsozialdienste mehrheitlich unter der Verwaltungseinheit Pflege verortet. Der Sozialdienst des USZ (2020a) ist ebenfalls der Direktion Pflege und Medizinisch-Technische und Medizinisch-Therapeutische Berufe angegliedert. Hier besteht der Vorteil, dass ein guter Austausch mit der Pflege als wichtigste Ansprechpartnerin im Hinblick auf die Nähe zu den Patientinnen und Patienten möglich ist. Als Nachteil ist die fachliche Ausrichtung auf das biomedizinische Gesundheitsverständnis zu nennen, wobei eine biopsychosoziale Sichtweise auf die Patientinnen und Patienten in den Hintergrund rückt. Geissler-Piltz (2009, S. 13–14) merkt an, dass die Soziale Arbeit trotz angezeigtem Unterstützungsbedarf neben anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen an Bedeutung verliert. Bereits in den Anfängen der Spitalsozialarbeit mussten sich Mitarbeitende gegenüber dem Behandlungsteam positionieren, um von anderen Disziplinen im naturwissenschaftlich geprägten Alltag anerkannt zu werden. Der Erwerb von medizinischen Grundkenntnissen und Fachvokabular sowie eine methodische und ethische Ausrichtung sollte zur Legitimation ihrer Tätigkeit beitragen (Wendt, 2017, S. 74–75). Auch heute wird die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen teilweise ungenügend anerkannt, was durch die Einführung von Fallpauschalen verstärkt wird (Friedli, 2016, S. 4).

Arbeitsbedingungen

Die Einführung von Fallpauschalen hat den Zweck, die Kosten für medizinische Leistungen schweizweit transparent und vergleichbar zu halten. Dies führt dazu, dass sich die Spitalaufenthaltsdauer in erheblichem Masse verkürzt hat. Fast 80 Prozent der in der Bestandaufnahme befragten Spitalsozialdienste haben die Möglichkeit, eigenständig im Behandlungsprozess aktiv zu werden. Rund 20 Prozent der Spitalsozialdienste werden

ausschliesslich durch einen Auftrag der Ärzteschaft oder der Pflegefachpersonen im Verlauf der Behandlung eingeschaltet (SFSS, 2013, S. 10). Dies setzt die Sensibilität für soziale Probleme des Behandlungsteams voraus. Die Sozialdienste sind auf eine fristgerechte Involvierung und umfassende Information angewiesen. Erfolgt eine Auftragserteilung kurz vor Entlassung, hat die Soziale Arbeit innert kurzer Frist und unter Zeitdruck angemessene Anschlusslösungen zu finden (Ansen et al., 2004, S. 28). Auf den Stationen der Geburtshilfe im USZ bedeutet dies, dass eine Patientin nach einer Spontangeburt innert drei Tagen auf dem Wochenbett zu beraten ist, sofern keine Geburtskomplikationen vorliegen. Eine vorgeburtliche Involvierung des Sozialdienstes bietet somit mehr Zeit, Anliegen zu bearbeiten und Interventionen nachhaltig zu planen. Werden Kinder früh geboren, verlängert sich die Zusammenarbeit mit den Eltern, solange das Neugeborene auf der Neonatologie betreut wird. Auf den Stationen der Geburtshilfe des USZ wird familienzentriert gearbeitet, wobei die Eltern in den Behandlungsprozess des Kindes miteinbezogen werden und die Einschaltung des Sozialdienstes begünstigt wird.

Die fehlenden zeitlichen Ressourcen wurden auch in der Studie der SFSS (2013, S. 21) von den Befragten thematisiert. Die Anliegen der Betroffenen müssen rasch erkannt und bearbeitet werden, was eine hohe Arbeitsbelastung mit sich bringen kann. Dies erweist sich bei besonders komplexen Fällen als anspruchsvoll. Aufgrund der finanziellen Einschränkungen steht die Soziale Arbeit innerhalb des Gesundheitswesens zudem erneut unter starkem Legitimationsdruck und hat ihre kostenpflichtigen Behandlungsbeiträge fachkundig auszuweisen und deren Wirksamkeit darzulegen (Ansen et al., 2004, S. 12). Dem Qualitätsmanagement innerhalb der Spitalsozialdienste kommt deshalb immer höhere Wichtigkeit zu (Ansen et al., 2004, S. 89).

Dienstleistungen eines Spitalsozialdienstes

Im arbeitsteiligen Spitalbetrieb nimmt sich ein Sozialdienst den Aufgaben der Beratung, Unterstützung, Vermittlung von Hilfen und der Organisation des Lebens nach der Hospitalisation an. Dies geschieht, wie vorgängig erwähnt, im Austausch und enger Zusammenarbeit mit spitalinternen und -externen Disziplinen und Fachstellen. Innerhalb eines Spitals betrifft dies neben der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal ausserdem Fachpersonen der Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Seelsorge, Hebammenpraxis und Psychologie sowie die Patientenadministration als Teil der Spitalverwaltung (Ansen et al., 2004, S. 23).

Der Sozialdienst des USZ (2020b) berät Personen zu versicherungstechnischen und rechtlichen Anliegen in Verbindung zur Behandlung. Des Weiteren zählen die

Organisation der Nachbetreuung und sozialer Wiedereingliederung sowie die Beantwortung von Fragen bei wirtschaftlichen Engpässen ebenfalls zum Aufgabenprofil des Sozialdienstes. Die Soziale Arbeit berücksichtigt dabei das subjektive Krankheitserleben der Patientinnen und Patienten, denn die gelebte Krankheitserfahrung der Betroffenen kann stark von einer rein medizinisch-biologische Sichtweise auf die Erkrankung abweichen. Das Konzept der Salutogenese bietet diesbezüglich eine empirisch belegte Basis (Ansen et al., 2004, S. 13–14), welches im Kapitel 4 näher beleuchtet wird. Soziale, ökonomische, rechtliche sowie verwaltungsbezogene Kenntnisse sind eine Voraussetzung für die Tätigkeit. Zudem sind Fähigkeiten in den Bereichen Beratung, Krisenbewältigung, Ressourcenaktivierung, Kooperation mit anderen Professionen und Ämtern und den Angehörigen für einen gesundheitsförderlichen Hilfeprozess notwendig (Homfeldt, 2012, S. 489). Abbildung 1 illustriert die Aufgaben der Spitalsozialarbeit und die dafür notwendigen Fachkenntnisse am Beispiel des Spitalsozialdienstes des USZ.

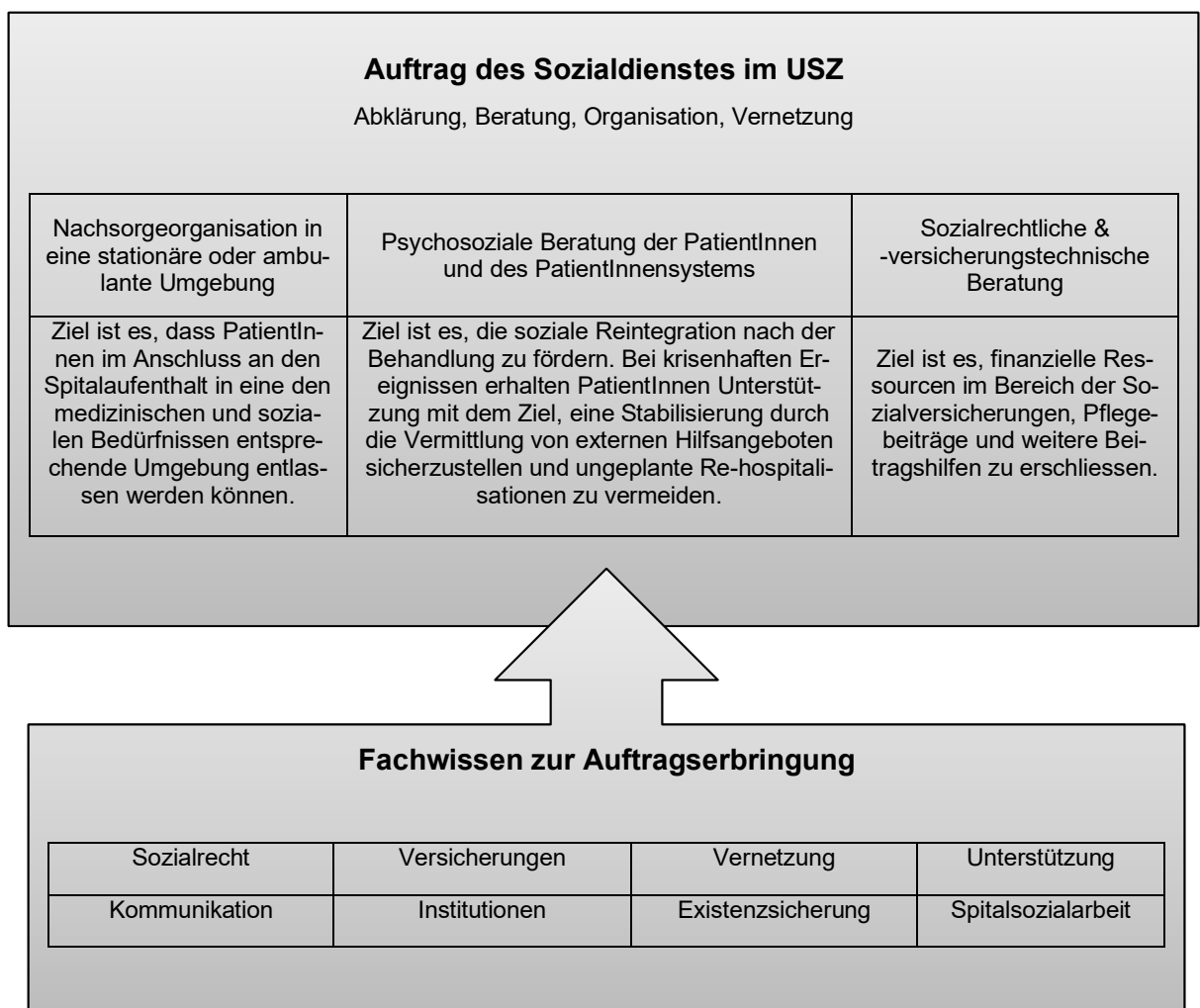


Abbildung 1. Auftrag des Sozialdienstes im USZ

Quelle: Eigene Darstellung (Götsch Heuberger, 2019, S. 4–6)

Die Dienstleistungen der Spitalsozialarbeit heute unterscheiden sich nur bedingt von denen, welche nach Gründung des Sozialdienstes am USZ 1928 von den ausschliesslich weiblichen Fürsorgerinnen ausgeführt wurden. Aus einem Zeitungsausschnitt (Im Dienst der Nächstenliebe, 1940) geht hervor, dass die Fürsorgerinnen Kontakt mit externen Institutionen aufnahmen und Pflege- und Erholungsmöglichkeiten organisierten. Damals wurden durch die Fürsorgerinnen Kontrollbesuche zu Hause durchgeführt oder sie begleiteten Patientinnen und Patienten in Erholungskuren, was heutzutage nicht mehr im Kompetenzbereich der Spitalsozialarbeitenden liegt. Diesbezüglich existieren spezialisierte Dienste.

Leistungen auf den Stationen der Geburtshilfe

In einem Lebensverlauf ergeben sich Abschnitte, welche von Veränderung und Anpassung geprägt sind. Wie im Kapitel 2 eingehend beschrieben, handelt es sich bei einer Schwangerschaft und Geburt um eine solche Phase. Soziale Arbeit setzt dabei, wenn möglich, vorgeburtlich an, um gesundheitsfördernd und im Sinne des Kindeswohles Paare im Übergang in die Elternschaft präventiv zu befähigen (Jost, 2013, S. 44). Die Fachdisziplin nimmt sich laut Jost (2013, S. 45) den Anliegen folgender Gruppen an:

- Alleinerziehende, unter Umständen sehr junge Mütter
- Ungewollte Schwangere
- Familien, in denen ein oder beide Elternteile physisch erkrankt oder kognitiv/psychisch beeinträchtigt sind
- Kinderreiche Familien mit Migrationshintergrund
- Familien in erschwerten sozioökonomischen Lebenslagen mit wenig individuellen Ressourcen und fehlender sozialer Unterstützung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich vornehmlich mit letzterer Gruppe, im Bewusstsein, dass sich schwangerschaftsbedingte psychosozialen Problemlagen für oben genannte Anspruchsgruppen gleichermaßen ergeben können. Die Beratungstätigkeit der Sozialen Arbeit soll unter anderem bei der Bewältigung von finanziellen Engpässen und Problemen in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz Unterstützung bieten. Im Rahmen einer Mutterschaft werden beispielsweise Rechte zum Mutterschutz erläutert und an unterstützende und förderliche Anlaufstellen weitervermittelt (Jost, 2013, S. 47–48). Jungbauer (2014, S. 50–51) benennt neben der medizinischen Schwangerschaftskontrolle den Nutzen von Sozialberatungen, welche das Thema Elternzeit bzw. Elterngeld als Inhalt haben können. Weiterhin umfassen soziale Dienstleistungen für Eltern mit psychosozialen Problemlagen die Aufgleisung von Haushaltshilfen oder sozialpädagogischer Familienbegleitung.

Der Sozialdienst der Stationen Geburtshilfe und Neonatologie des USZ richtet seine Leistungen an ambulante und stationäre Patientinnen, ihre Partner und Familienangehörigen. Angesprochen sind schwangere Frauen bzw. werdende Eltern, Eltern von Neugeborenen sowie Eltern von Säuglingen auf der Neonatologie. Ziel ist es, dass (werdende) Eltern möglichst ganzheitlich sozial, beruflich und gesellschaftlich integriert sind. Im USZ (2020c) werden Sozialberatungen zu Anliegen folgender Themen angeboten: Arbeit, Sozialversicherungen, Finanzen, Wohnen, Migration, Kinderbetreuung, Entlastung zu Hause, Alleinerziehende, minderjährige Mütter, Vaterschaftsregelung, Mehrlingseltern, Familie/Partnerschaft, psychische Probleme/Krankheit, Suchtmittelabhängigkeit, Kinderschutz, Adoptionsfreigabe.

Im nächsten Kapitel wird das Konzept der Salutogenese vorgestellt. Dieses gewann in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zunehmend an Wichtigkeit, um sich innerhalb des Gesundheitssystems zu etablieren und den Professionalisierungsprozess der Fachdisziplin anzukurbeln (Köppel, 2010, S. 30).

4. Konzept der Salutogenese

Im vorliegenden Kapitel wird das Konzept der Salutogenese sowie dessen Komponenten vorgestellt. In einem ersten Schritt wird auf die Entstehungsgeschichte der Salutogenese zurückgeblickt, um anschliessend auf dessen theoretische Bestandteile, das Gesundheit-Krankheits-Kontinuum, das Kohärenzgefühl und die Widerstandsressourcen, einzugehen.

4.1 Der Ursprung der Salutogenese

Salutogenese kann als Wissenschaft von Gegebenheiten, die Gesundheit fördert, aufrechterhält und wiederherstellt, bezeichnet werden. Das Konzept gründet auf dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky. Es ist mehrfach empirisch belegt und geht auf eine 40-jährige Tradition zurück (Meier Magistretti, 2019, S. 17). Antonovsky geht in seinem Konzept von der Frage aus, weshalb Menschen unter bestimmten gesundheitsgefährdenden Bedingungen gesund bleiben, während andere unter denselben Gegebenheiten erkranken (Lorenz, 2016, S. 13). Die Grundlage des Konzepts bildet Antonovskys Studie über die Effekte der Menopause auf Frauen, die biografisch massiven Stresserfahrungen ausgesetzt waren, einige davon den Holocaust überlebten. Verglichen mit einer Kontrollgruppe von durchschnittlichen Frauen, zeigten sich bei den stressbetroffenen Frauen grundsätzlich stärkere Belastungssymptome. Es gab aber auch Fälle von Frauen, die ihren Alltag trotz einschneidender Erlebnisse vergleichsweise genauso gut bewältigen konnten wie diejenigen aus der Kontrollgruppe. So fragte sich Antonovsky, wie es diesen Frauen gelang, ein funktionales Leben zu führen. Auf Basis einer qualitativen Erhebung konstruierte der Medizinsoziologe den theoretischen Rahmen für sein Konzept der Salutogenese (Lindström & Eriksson, 2019, S. 26–27).

Köppel (2010, S. 3) stellt fest, dass der Begriff der Salutogenese in den vergangenen Jahren in den Gesundheitswissenschaften einen regelrechten Boom erfahren hat, so dass in Fachkreisen immer häufiger von einem Paradigmenwechsel vom pathogenen zum salutogenen Ansatz die Rede ist (Köppel, 2010, S. 3). Bahrs (2019, S. 13) setzt dem entgegen, dass dieser Paradigmenwechsel noch nicht gänzlich vollzogen ist, obschon das Konzept in vielen Disziplinen bekannt und mehrfach empirisch belegt ist. Aus Sicht des Autors muss die Salutogenese im Stande sein, komplexere Probleme zu lösen, wofür bereits etablierte Methoden unzureichend sind. Zunehmend individualisierte und pluralisierte Lebensweisen erzeugen eine hohe Komplexität, wodurch eine Neuausrichtung zu einem ressourcenorientierten Denk- und Handlungsansatz vorstellbar ist. Eriksson und Lindström (2005; 2006; 2007) gelang es, die Wirksamkeit der

Salutogenese innerhalb der Gesundheitsförderung mehrfach zu belegen. Ihre Untersuchungen ergaben, dass die Anwendung der Salutogenese Individuen ein längeres Leben in Verbindung mit einem gesünderen Lebensstil ermöglicht. Zudem gelang es den Probandinnen und Probanden, Stress durch eine akute oder chronische Krankheit eher auszuhalten und einen adäquateren Umgang mit der Erkrankung zu finden. Aus subjektiver Sicht fühlen sich diese Menschen vergleichsweise gesünder, erfahren eine höhere Lebensqualität und nehmen ihre psychische Befindlichkeit als stabil wahr. 2007 wurde die globale Arbeitsgruppe zur Salutogenese (The Global Working Group on Salutogenesis of the International Union for Health Promotion and Education) gegründet, durch die das Konzept kontinuierlich weiter beforscht und entwickelt wird (Lindström & Eriksson, 2019, S. 29).

4.2 Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Antonovsky kritisiert das rein pathogenetisch orientierte System der Gesundheitsversorgung, in dem Beschwerden, Symptome oder Schmerzen von Patientinnen und Patienten im Zentrum stehen (Bengel et al., 2001, S. 14). Der Autor wendet sich von dieser dualen Auffassung von Krankheit und Gesundheit ab und spricht von einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum mit den Polen Gesundheit (health ease) und Krankheit (health disease). Der Mensch bewegt sich gemäss dem Medizinsoziologen auf diesem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, wobei eine Person mal mehr gesund und mal mehr krank ist (Antonovsky, 1997, S. 23–31). Antonovsky bezeichnet dieses Modell auch als Wohlsein-Unwohlsein-Kontinuum. Dabei können Menschen gleichzeitig gesündere und ungesündere Komponenten aufweisen. Antonovskys Intention war es, eine Stresstheorie zu entwickeln, wonach Stress ein natürlicher Bestandteil eines jeden Lebens ist. Sogenannte Stressoren können ein Leben beeinträchtigen und zu einer physischen oder psychischen Überbelastung führen, wodurch die Person sich in die kranke Richtung des Kontinuums bewegt. Im Gegenzug kann aber auch die Bewältigung dieser Stressoren den Menschen in die gesunde Richtung auf dem Kontinuum führen (Lindström & Eriksson, 2019, S. 30–31).

Das proklamierte Konzept geht davon aus, dass Risikofaktoren und Schutzfaktoren eines Menschen in einer Wechselbeziehung aufeinander einwirken und je nach Ausprägung die Entstehung von Gesundheit oder Krankheit bedingen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018, S. 4–5). Mit dieser multidimensionalen Auffassung soll vermieden werden, sich ausschliesslich auf die Ursachen einer Krankheit zu fokussieren und stattdessen den Menschen in einem biopsychosozialen Verständnis zu betrachten – mit der Krankheit eingeschlossen. Es geht darum, förderliche Ressourcen für

gesundheitsgefährdende Situationen zu eruieren. Das Modell der Salutogenese soll somit die Pathogenese erweitern (Antonovsky, 1997, S. 23–31). Gesundheit einzig durch die Beseitigung von krankheitsfördernden Faktoren herstellen zu wollen und dadurch eine Homöostase wiederzuerlangen, wäre verkürzt. Vielmehr geht das salutogenetische Konzept von einer Heterostase aus, wo Menschen sich in einem stetigen Ungleichgewicht bewegen und positiven sowie negativen Stressoren ausgesetzt sind, mit denen umzugehen ist (Lorenz, 2016, S. 14). Krankheit wird in der Salutogenese als fester Bestandteil eines Lebensverlaufs verstanden. Gesundheit zeugt von einer aktiven Auseinandersetzung mit den eigenen Bedürfnissen und den gestellten Anforderungen (Lorenz, 2016, S. 31). In dieser Gesundheitsauffassung werden Pathogenese und Salutogenese – wie in Abbildung 2 dargestellt – miteinander kombiniert.

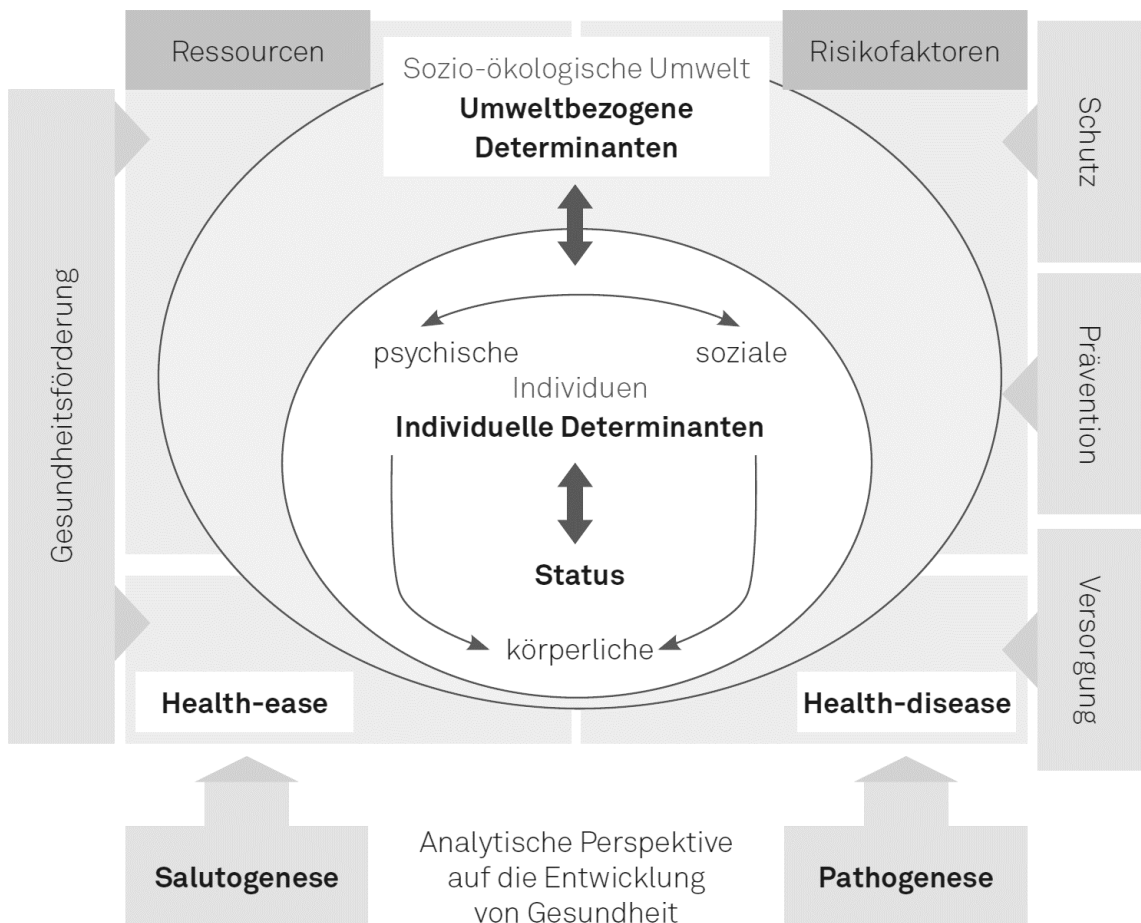


Abbildung 2. Pathogenese und Salutogenese im Zusammenspiel: Entwicklungsmodell der Gesundheit

Quelle: Bauer, Davies & Pelikan, 2006, zitiert nach Meier Magistretti, 2019, S. 37

Der Metapher vom gefährlichen Fluss des Lebens kommt im Konzept der Salutogenese hohe Wichtigkeit zu. Dies soll folgendes Zitat von Antonovsky (1993) verdeutlichen:

Ich bin tief und überzeugt jüdisch. 2.000 Jahre jüdische Geschichte, die ihren Höhepunkt in Auschwitz und Treblinka fand, haben bei mir zu einem profunden tiefen Pessimismus in Bezug auf Menschen geführt. Ich bin überzeugt, dass wir uns alle immer im gefährlichen Fluss des Lebens befinden und niemals sicher am Ufer stehen. (S. 7)

Kein Fluss ist jemals ruhig. Menschen können von Stromschnellen erfasst oder von Wasserstrudeln heruntergezogen werden. Genauso sind Individuen während ihres Lebensverlaufs im Sinne der Heterostase ständig positiven (z.B. Geburt eines Kindes) sowie negativen (z.B. Tod einer nahestehenden Person) Stressoren ausgesetzt, was diese in Spannungszustände versetzt und zu einem Stresserleben führen kann. Bei vorhandenen heilsamen und unterstützenden Ressourcen muss diese Befindlichkeit jedoch nicht zwangsläufig zu einer Erkrankung führen. Ausschlaggebend dafür ist das Ausmass des sogenannten Kohärenzgefühls, welches die Stressbewältigung begünstigt (Lorenz, 2016, S. 13–15) und Menschen wie in der Flussmetapher das Schwimmen lehrt, sodass sie nachhaltig ihre Gesundheit selbst erhalten können (Köppel, 2010. S. 17).

4.3 Das Kohärenzgefühl

Innerhalb des Konzepts der Salutogenese bildet das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence [SOC]) eine Hauptdeterminante. Antonovsky (1997) definiert das SOC wie folgt:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass (1) die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2) einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; (3) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (S. 36)

In diesem Zitat betont der Autor, dass es sich beim SOC um eine Lebensorientierung bzw. Grundeinstellung handelt, die dem Tun eines Menschen einen Sinn und eine Richtung im Leben gibt (Antonovsky, 1993, zitiert nach Lindström und Eriksson, 2019, S. 39). Das SOC setzt sich aus den drei Komponenten zusammen: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Je nach Ausmass der einzelnen Komponenten ist das SOC unterschiedlich ausgeprägt, wonach sich ein Mensch bei einer starken Ausprägung auf den gesunden Pol des Gesundheit-Krankheits-Kontinuum und umgekehrt zu bewegt (Lorenz, 2016, S. 40).

Verstehbarkeit (Comprehensibility)

Ob und wie interne und externe Stimuli bzw. Stressoren wahrgenommen werden, gibt Auskunft über die Ausprägung der Komponente Verstehbarkeit. Werden Stimuli als sinnhaft, geordnet, konsistent, strukturiert, klar und nicht gegenteilig wahrgenommen, ist das Ausmass des Aspekts Verstehbarkeit hoch. Zukünftige Stimuli sind demnach gewissermassen vorhersehbar. Wenn diese unerwartet eintreten, kann ein Individuum diese als möglicher Bestandteil im Lebensverlauf einordnen. Hierbei geht es nicht um die Erwünschtheit eines Ereignisses, sondern, dass das Eintreffen von Unvorhersehbarem erklärt und verstanden wird (Antonovsky, 1997, S. 34). Dabei wird die Verfügbarkeit eines kognitiven Verarbeitungsmusters vorausgesetzt, damit eine Person ein vorgefundenes Problem subjektiv bewerten und interpretieren kann (Bengel et al., 2001, S. 29). Zunächst wird der Sachverhalt und damit zusammenhängende Stressoren in ihrem Ausmass erfasst, um sich die Gegebenheiten erklären zu können. In einem weiteren Schritt werden dann Strategien zur Bewältigung des Problems bedacht (Lorenz, 2016, 37).

Handhabbarkeit (Manageability)

Das Bewusstsein für geeignete Ressourcen, um Stimuli und damit einhergehenden Anforderungen zu begegnen, zeugt von einem hohen Mass an Handhabbarkeit. Damit sind einerseits innere Ressourcen angesprochen, die aus einem heraus kontrollierbar sind. Andererseits handelt es sich um externe Ressourcen, Personen oder Figuren, auf die sich eine Person verlässt. Antonovsky spricht in Bezug auf die Disponibilität von internen und externen Ressourcen auch vom instrumentellen Vertrauen (Antonovsky, 1997, S. 35), welches ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster voraussetzt (Lorenz, 2016, S. 38). Probleme werden dadurch grundsätzlich als lösbar wahrgenommen. Ressourcen für einen adäquaten Umgang mit den gestellten Anforderungen sind für die Person ersichtlich und verfügbar (Dollinger, 2006, S. 180). Fehlt einer Person die Überzeugung der Lösbarkeit, kann dies mit dem Bild eines Pechvogels illustriert werden, welcher sich durch das wiederholte Erleben schwieriger Ereignisse ausgeliefert und in eine Opferrolle versetzt fühlt (Bengel et al., 2001, S. 29).

Sinnhaftigkeit (Meaningfulness)

Die Komponente der Sinnhaftigkeit verweist auf motivationale Faktoren für ein menschliches Leben. Damit sind Lebensbereiche gemeint, die einer Personen auf emotionaler und weniger auf kognitiver Ebene wichtig sind. Es handelt sich um Probleme und dessen Anforderungen, die es wert sind, sich damit zu beschäftigen – im Sinne von willkommenen Herausforderungen anstatt von unerwünschten Lasten (Antonovsky, 1997, S. 35–36). Nach dieser Auffassung sind Stressoren im Leben unvermeidbar und laden

gewissermassen dazu ein, interessiert und neugierig kreative Problemlösungsstrategien zu eruieren. Bei einer stark ausgeprägten Sinnhaftigkeit wird das Leben grundsätzlich als lebenswert aufgefasst. Diese Komponente setzt ein emotionales Verarbeitungsmuster voraus (Lorenz, 2016, S. 38). Bleibt der Aspekt der Sinnhaftigkeit aus, wird das Leben in allen Bereichen als belastend und neue Anforderungen als qualvoll erlebt (Bengel et al., 2001, S. 30).

Die drei Komponenten stehen in stetiger Wechselwirkung zueinander. Antonovsky (1997, S. 36–38) erläutert dazu, dass ein hohes Mass an Handhabbarkeit mit einem hohen Mass an Verstehbarkeit einher geht. Denn erst wenn eine Person eine Vorstellung von den Anforderungen eines Lebensereignisses hat, können entsprechenden Ressourcen zu dessen Bewältigung aktiviert werden. Gleichzeitig weist der Autor darauf hin, dass die Komponenten, obschon sie ineinander verwoben sind, bei einem Problem unterschiedlich ausgeprägt sein können. Angenommen, ein Individuum kann sich eine kritische Situation erklären, dann bedeutet dies nicht gezwungenermassen, dass die Person über die entsprechenden Ressourcen verfügt, um die vorgefundenen Herausforderungen zu überwinden. Diese Konstellation der Komponenten führt zu einem starken Veränderungsdruck bei einem Menschen, wonach die Frage nach der Sinnhaftigkeit handlungsleitend ist. Auch Lindström und Eriksson (2019, S. 39) kommen zum Ergebnis, dass dem motivationalen Faktor bzw. der Sinnhaftigkeit als treibende Kraft eines Menschen die höchste Wichtigkeit zukommt. Ohne diese Komponente haben das Ausmass an Verstehbarkeit und Handhabbarkeit eine marginale Bedeutung. Eine erfolgreiche Problemlösung wird vom SOC als Ganzes bedingt (Antonovsky, 1997, S. 38). Wird das SOC als Ressource betrachtet, ermöglicht diese Lebensorientierung, das Zurückgreifen auf vielfältige Strategien zur Lösung unterschiedlicher Probleme und das adäquate Begegnen von kritischen Lebensereignissen (Antonovsky, 1993, zitiert nach Lindström und Eriksson, 2019, S. 39).

Das SOC entwickelt sich gemäss Antonovsky im Verlauf der Kindheit und Jugend und wird von Lebenserfahrungen dieses Zeitraums beeinflusst. In der Adoleszenz unterliegt das SOC aufgrund von zahlreichen Wahlmöglichkeiten einigen Veränderungen. Aus diesen Erlebnissen geht in einem dynamischen Prozess eine dispositionelle Orientierung hervor, welche sich bis zum 30. Lebensjahr deutlich stabilisiert (Lorenz, 2016, S. 29–31). Aktuellere Studien belegen hingegen, dass das SOC über den Lebensverlauf vergleichsweise stabil bleibt und sich mit zunehmendem Alter verstärkt (Lindström & Eriksson, 2019, S. 45).

4.4 Generalisierte Widerstandressourcen

Eine weitere zentrale Determinante der Salutogenese bilden die generalisierten Widerstandsressourcen als Voraussetzung für die Entwicklung eines SOC. Antonovsky (1979) definiert diese wie folgt: «Generalisierte Widerstandsressourcen sind physiologische, biochemische, materielle, kognitive, emotionale, werte- und einstellungsbezogene, interpersonale und makrokulturelle Charakteristika von Individuen, Gruppen, Subkulturen und Gesellschaft, die bewirken, dass Stressoren vermieden bzw. bekämpft werden können und die so verhindern, dass aus Spannung Stress entsteht» (S. 103). Generalisiert meint, dass in jeglichen schwierigen Situationen darauf zurückgegriffen werden kann. Widerstand bedeutet, dass die Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber Spannungszuständen erhöht wird (Bengel et al., 2001, S. 34). Ausschlaggebend ist nicht das Vorhandensein der Ressourcen, sondern diese in gesundheitsfördernder Weise zu mobilisieren (Lindström & Eriksson, 2019, S. 40). Abbildung 3 stellt das Konzept der Salutogenese ganzheitlich und gemäss den vorangegangenen Ausführungen dar.

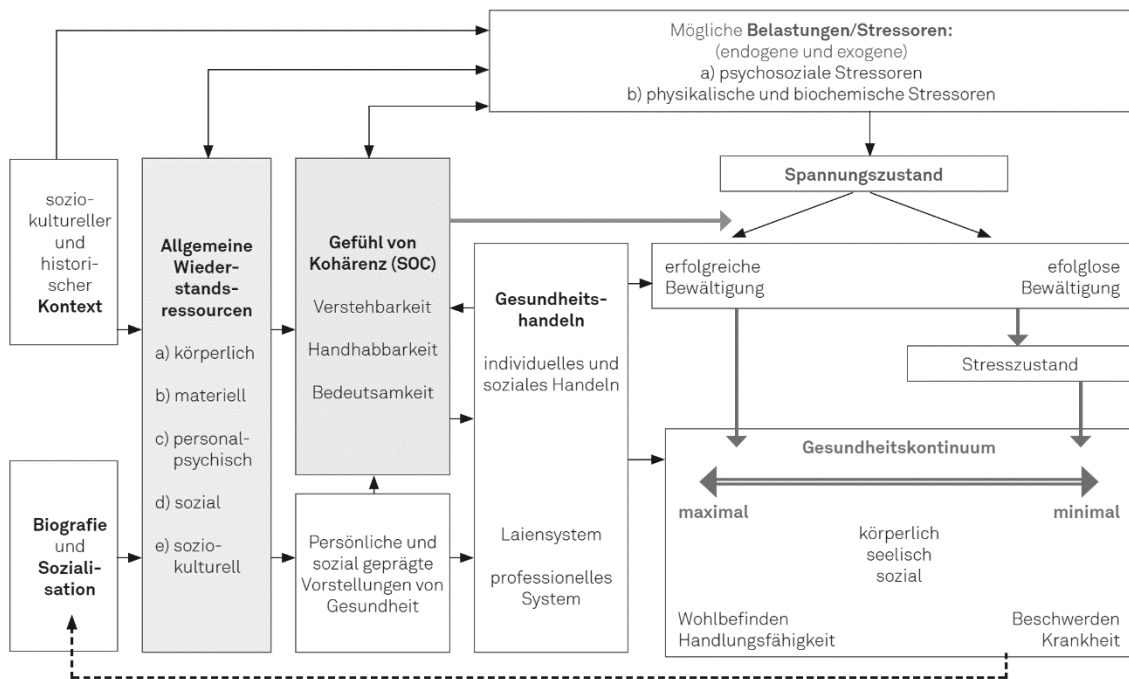


Abbildung 3. Das Konzept der Salutogenese im Überblick

Quelle: Faltermaier, Kühnlein & Burda-Viering, 1998, zitiert nach Wettstein, 2019, S. 261

Vor dem Hintergrund der Salutogenese werden nicht ausschliesslich die gesundheitsgefährdenden Symptome von Patientinnen und Patienten betrachtet, sondern sie werden als Subjekte mit individuellen Ressourcen und Potenzialen gesehen (Homfeldt, 2012, S. 490). Für die Soziale Arbeit ergibt sich durch dieses Konzept neue Potenziale, welche im folgenden Kapitel näher beleuchtet werden.

5. Salutogenese und Soziale Arbeit

Im vorliegenden Kapitel wird ausgehend vom Konzept der Salutogenese der Bogen zu sozialarbeiterischen Handlungsmethoden geschlagen. Zunächst wird ein Abgleich von der Gesundheitsförderung mit der Sozialen Arbeit stattfinden. Es folgen salutogenetisch orientierte Methoden, welche anhand der drei Komponenten des Kohärenzgefühls mit einem Fallbeispiel der Spitalsozialarbeit verknüpft werden.

5.1 Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung

In der Bangkok Charta hat die WHO (2005) das Konzept der Gesundheitsförderung festgehalten als «Prozess, Menschen zu befähigen, die Kontrolle über ihre Gesundheit und deren Determinanten zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern» (S. 1). Die Bangkok Charta stellt dabei eine Erweiterung sowie Aktualisierung der Ottawa Charta aus dem Jahr 1986 dar. Es stehen strategische Zielsetzungen und Kooperationen im Vordergrund, um eine Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit von Bevölkerungsgruppen zu bewirken (WHO, 2005, S. 1–2). Laut Franzkowiak et al. (2011) wird Gesundheitsförderung begriffen als «multiprofessioneller Ermächtigungsprozess» (S. 11). In diesem Prozess kommt der Sozialen Arbeit hohe Bedeutung zu, wonach unterstützende soziale Netzwerke, die Einbindung in den Arbeitsmarkt und die Teilhabe an sozialen Lebenswelten in positiver Weise auf die biopsychosoziale Gesundheit eines Individuums wirken.

Aus der bis heute geltenden Ottawa Charta geht hervor, dass Gesundheitsförderung bezweckt, «allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen» (WHO, 1986, S. 2). Ziel ist es, dass Individuen zu einem ganzheitlichen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefinden gelangen. Homfeldt (2012) ist folgender Ansicht: «Die Ottawa-Charta von 1986 könnte aus der Feder Sozialer Arbeit stammen» (S. 495). Im Kontext der Gesundheitsförderung hat die Soziale Arbeit die Aufgabe inne, ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie Individuen die Korrelation zwischen Gesundheit und ihrem alltäglichen Leben wahrnehmen. Durch Reflexion ermächtigt Soziale Arbeit ihre Anspruchsgruppen dazu, selbst Expertinnen und Experten der beklagten Situation zu werden und von sich aus zu konkreten Problemlösungen zu kommen (Homfeldt, 2012, S. 490–495). Lebenswelten könnten dabei gemeinsam mit den Betroffenen verstehbar, handhabbar und sinnhaft gemacht, vorhandene Ressourcen aufgedeckt und mobilisiert werden (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 227).

Zwischen Sozialer Arbeit und dem Konzept der Salutogenese – dem theoretischen Rahmen der Gesundheitsförderung – bestehen klare Parallelen. Die Definition von Sozialer Arbeit der International Federation of Social Workers (IFSW) aus dem Jahr 2014, welche durch AvenirSocial (Schmocker, 2019) übersetzt wurde, besagt folgendes:

Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und die Anerkennung der Verschiedenheit richtungsweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und [ihr] Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplin, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf wissenschaftlich reflektiertes indigenes Wissen. (S. 3)

Diese Begriffserklärung wird verglichen mit folgender Definition des Konzepts der Salutogenese (Eriksson & Lindström, 2008): «Die salutogene Sichtweise beinhaltet die Stärkung der Gesundheit der Menschen mit dem Ziel, Menschen zu befähigen, ein produktives und angenehmes Leben zu führen. Menschenrechte sind die Basis dafür und ermöglichen Gerechtigkeit, Empowerment und Partizipation» (S. 95).

Gabriel-Schärer und Meier Magistretti (2019) stellen fest, dass Soziale Arbeit und die Salutogenese denselben Gegenstand untersuchen, nämlich «den Menschen in Interaktion mit der Umwelt» (S. 222). Weiter streben beide Sichtweisen danach, Menschen dazu zu befähigen, für sich eine gute Lebensqualität zu schaffen, indem ihnen der Zugang zu voraussetzenden Bedingungen dafür ermöglicht wird. Während die Soziale Arbeit den Begriff Wohlbefinden ins Zentrum stellt, spricht die Salutogenese vom Gesundheitsbegriff. Gesundheit und Krankheit wird aus salutogenetischer Sicht beschrieben als lebenslanger Prozess, in der Auseinandersetzung eines Individuums mit positiven und negativen Umweltfaktoren. Die Aktivierung von generalisierte Widerstandsressourcen als Grundlage des Kohärenzgefühls (SOC) führen in die gesunde Richtung auf dem Kontinuum. Das Wohlbefinden im sozialarbeiterischen Verständnis wird begriffen als Erfüllung der Bedürfnisse eines Individuums innerhalb der sozialen Umwelt und der barrierefreien Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Bei beiden Zugängen steht ein Individuum in Wechselbeziehung mit dessen Umwelt. Gesundheit und Wohlbefinden gelten dabei als Instrument, um eine gewisse Lebensqualität zu erlangen und nicht als normativer zu erzielender Wert. Beide Konzepte vermeiden es, Gesundheit oder Wohlbefinden zu definieren (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 222).

Durch die vorangegangenen Ausführungen steht fest, dass Soziale Arbeit gesundheitsfördernd arbeitet und laut Gabriel-Schärer und Meier Magistretti (2019, S. 228) teilweise bereits auf salutogene Methoden zurückgreift. Dies betrifft unter anderen Berufsfelder der Sozialen Arbeit im medizinischen Bereich. Dabei leistet beispielsweise die Spitalsozialarbeit einen wichtigen Beitrag für eine ganzheitlichen Gesundheitsentwicklung.

5.2 Salutogenetisch orientierte Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit

Die Soziale Beratung findet innerhalb der Spitalsozialarbeit weite Verbreitung. Anhand dieser Handlungsmethode leisten Sozialarbeitende in Interaktion mit ihren Patientinnen und Patienten einen Beitrag zu deren Bewältigung krankheitsursächlicher sozialer Belastungen. Die Soziale Beratung orientiert sich an den Handlungsweisen der Einzelfallhilfe, welche von der Erhebung der Lebenssituation und darin verankerten sozialen Problemen bis zur gemeinsamen Erarbeitung von Lösungsideen reicht (Ansen et al., 2004, S. 62–63). Innerhalb der Sozialen Beratung ist die Anwendung salutogenetisch orientierter Methoden denkbar. Köppel (2010, S. 32) benennt drei Methoden und Konzepte, welche sowohl für die Soziale Arbeit als auch für die Gesundheitsförderung relevant sind.

5.2.1 Personenzentrierte Beratung

Carl Rogers gilt als Begründer der personenzentrierten Beratung. Rogers (1988) geht davon aus, «dass der Klient [sic] derjenige [sic] ist, der [sic] weiß, wo der Schuh drückt, welche Richtungen einzuschlagen, welche Probleme entscheidend, welche Erfahrungen tief begraben sind» (S. 27). Dabei wird das Gegenüber ganzheitlich in biopsychosozialen Zusammenhängen betrachtet. In der personenzentrierten Beratung werden Gegebenheiten ermittelt, in denen Hilfesuchende sich wohl fühlen und sich entfalten können, anstatt sich auf defizitär störende Faktoren zu fokussieren und diese beseitigen zu wollen. Somit handelt es sich um einen ressourcenorientierten Ansatz (Backhaus, 2017, S. 18). Dieser basiert auf der Hypothese, dass eine wirksame Zusammenarbeit auf einer systematischen und gewährenden Beziehung beruht. Dadurch gelangt das Gegenüber zu einer reflexiven Selbsteinschätzung, welche erste Schritte in Richtung Problemlösung erlaubt (Weinberger, 1998, S. 30). Die beraterische Grundhaltung basiert auf den drei Kernelementen Kongruenz, bedingungsfreie Akzeptanz und Empathie. Mit Kongruenz wird die Authentizität der Fachperson beschrieben. Zentral ist dabei die Herstellung einer Beziehung, was von Seiten der Fachperson ein echtes Interesse an der hilfesuchenden Person voraussetzt. Akzeptanz meint, die Person mit deren individuellen Merkmalen anzunehmen und ihr in zugewandeter Haltung zu begegnen, jedoch nicht in allen Gefühlen und Handlungsweisen zu bestätigen. Durch eine empathische Haltung wird das Gegenüber dazu befähigt, sich selbst besser zu verstehen. Dadurch kommt es zur

Wiedererlangung bewusster und kontrollierter Handlungsweisen (Backhaus, 2017, S. 19–22). Für das Gesundheitswesen scheint dieser Ansatz geeignet, da Patientinnen und Patienten vielfach einem Machtgefälle gegenüber Leistungsanbietenden unterliegen. Werden Leistungsbeziehende jedoch als Koproduzierende anerkannt, beeinflusst dies deren Gesundheit in positiver Weise. Es ist also eine Beratung notwendig, die Patientinnen und Patienten in ihren Lebenswelten ganzheitlich zu verstehen versucht und sie dort abholt, wo sie im Leben stehen. Dies geht mit einem Befähigungsprozess einher, welcher aus dem Empowerment Ansatz geschöpft werden kann (Köppel, 2010, S. 33).

5.2.2 Empowerment

Wie bereits erwähnt, ist Gesundheit innerhalb der Gesundheitsförderung als Mittel zu verstehen, um Individuen zu einer positiven Lebensgestaltung zu befähigen. Professionelle zielen dabei auf die aktive und eigenverantwortliche Beteiligung der hilfeschuchenden Personen ab. Der Empowerment Ansatz strebt die Stärkung von Kompetenzen, Selbstverantwortung und die Hilfe zur Selbsthilfe von Individuen an (Bengel et al., 2001, S. 19). Lenz (2003, S. 238–239) versteht Empowerment als Selbstbemächtigung und Selbstbefähigung von Anspruchsgruppen. Ziel ist es, Kräfte im Menschen zu mobilisieren und sie zu ermächtigen, ihre Fähigkeiten zu entfalten und dazu anzuregen, ihr Leben selbstbestimmt zu führen. Empowerment vollzieht sich auf der individuellen, der gruppenbezogenen und strukturellen Ebene. Individuell meint die Selbstsicherheit, die Selbstwirksamkeit, die Problemlösungskompetenz sowie Aushandlungs- und Verhandlungsfähigkeiten von Individuen zu stärken. Auf gruppenbezogener Ebene bedeutet dies soziale Unterstützungsnetzwerke zu mobilisieren. Die strukturelle Ebene strebt den Abbau von Entwicklungshindernissen in den Lebenswelten der Hilfeschuchenden an. Laut Stark (1996) bezweckt diese Betrachtung, «auf den verschiedenen Ebenen versteckte oder noch nicht genutzte Ressourcen zu entdecken und sie für die Bearbeitung aktueller sozialer Probleme und für die Weiterentwicklung (Stärkung) des sozialen Systems nutzbar zu machen» (S. 161). Für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bedeutet dies, Menschen davon zu überzeugen, dass sie unabhängig von ihrer Schichtzugehörigkeit oder ihrem Bildungsstand fähig sind, gesundheitsförderndes Verhalten in ihre Lebensführung aufzunehmen und somit einen aktiven Beitrag zur eigenen Gesundheit zu leisten (Köppel, 2010, S. 34).

5.2.3 Case Management

Case Management oder auch Unterstützungsmanagement ist dann angezeigt, wenn es sich um komplexere Fallkonstellationen handelt und unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten koordiniert werden müssen – wie dies beispielsweise bei mehrfach

belasteten Familien vorkommen kann (Ansen et al., 2004, S. 74). Dieser Handlungsansatz hat zum Ziel, Individuen über bestehende soziale Dienstleistungen zu informieren und deren Inanspruchnahme zu fördern. Ebenfalls strebt das Case Management ein Zusammenspiel professioneller, sozialer und persönlicher Ressourcen an, damit ein möglichst nachhaltiger Wirkungsgrad erreicht wird. Anhand des Case Managements kann Soziale Arbeit im Gesundheitswesen für Hilfesuchende einen Überblick über das teilweise unübersichtlich vielfältige Unterstützungsangebote schaffen und somit effiziente und anhaltende Gesundheitsförderung ermöglichen (Köppel, 2010, S. 35). Für die Soziale Arbeit im Spital bietet sich das medizinisch-soziale Case Management an. In einem Zusammenarbeitsprozess werden medizinische, pflegerische und soziale Leistungen aufeinander abgestimmt und Versorgungshilfen gemeinsam ermittelt, vorbereitet und implementiert (Fries, 2003, S. 102). Das Case Management ist in folgende Phasen unterteilt: Zugangseröffnung/Intake, Assessment, Planung, Überwachung, Evaluation und Rechenschaftslegung. Da ein Spitalsozialdienst eine befristete Zuständigkeit hat, können die Schritte des Case Managements lediglich bis zur Planung in die Praxis umgesetzt werden. Das Intake beinhaltet die Vermittlung an den zuständigen Dienst, wobei geprüft wird, ob das Case Management das richtige Angebot ist. Die hilfesuchende Person wird dann über die Dienstleistung informiert. In der Phase des Assessments werden analog zur Sozialen Beratung die Lebensumstände erfasst, um darauf basierend den Unterstützungsbedarf festzustellen. Darauf aufbauend wird das weitere Prozedere geplant, Ziele werden vereinbart und ein Hilfeplan erstellt (Wendt, 2018, S. 138–171). Das Case Management eignet sich als Handlungsmethode, damit ein situationsadäquater und zeitgerechter Beitrag zu einem vernetzten Heilungsprozess innerhalb des Spitalbetriebes geleistet wird (Ansen, et al., 2004, S. 82–88).

5.3 Ein Fallbeispiel: Salutogenetische Spitalsozialarbeit und Erstelternschaft

Es handelt sich hierbei um einen anonymisierten Fall, der im Rahmen der Tätigkeit im Sozialdienst des USZ begleitet wurde und nachfolgend auf die Salutogenese abgeleitet wird.

Sozialdienstanmeldung und Sozialanamnese

Das Pflegepersonal auf der Wochenbettstation des USZ meldet via internem Klienteninformationssystem (KISIM)¹ die 32-jährige Patientin, Frau Muster, beim Sozialdienst an. Frau Muster hat vor zwei Tagen ihr erstes Kind geboren. Aufgrund von

¹ Es handelt sich um eine interdisziplinäre Software, wo Patientendaten erfasst, bearbeitet und weitervermittelt werden. Alle am Behandlungsprozess involvierten Fachpersonen haben Zugriff auf die dort festgehaltenen Daten.

Geburtskomplikationen wird die Patientin für mindestens eine weitere Woche im USZ hospitalisiert sein. Das Neugeborene kann in dieser Zeit bei Frau Muster im Spital bleiben. Der Auftrag an den Sozialdienst lautet, die Patientin psychosozial zu beraten sowie Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu vermitteln.

Im Rahmen des Intakes – analog zum Vorgehen im Case Management (Wendt, 2018, S. 138) – wird eine vorbereitende Datenrecherche im KISIM durchgeführt. Daraus geht hervor, dass Frau Muster und ihr Ehemann, Herr Muster, ursprünglich aus Neu-Delhi, Indien, stammen und seit ca. 10 Jahren in der Schweiz wohnhaft sind. Es folgt ein Beratungsgespräch im Patientenzimmer, wobei Herr Muster ebenfalls anwesend ist. Die Sozialanamnese ergibt, dass die Eltern und Geschwister des Paares in Indien leben und keine Familienangehörigen in der Schweiz wohnen. Beide Elternteile besitzen die Schweizer Staatsbürgerschaft. Der Ehemann ist als Konstrukteur tätig, aufgrund einer geringen Auftragslage hat sein Arbeitgeber jedoch bis auf Weiteres Kurzarbeit angemeldet. Herr Muster habe eine Woche Vaterschaftsurlaub. Die Patientin ist als Hotelfachfrau tätig, werde vier Monate Mutterschaftsurlaub beziehen und danach niederprozentig ihre Arbeitstätigkeit wieder aufnehmen. Zur Versorgung ihres Kindes plane das Paar einen Platz in einer Kindertagesstätte zu suchen. An Babyausstattung sei alles vorhanden. Familie Muster äussert zurzeit grosse Existenzängste zu haben und sich nicht erklären zu können, weshalb Problemlagen vorliegen, obschon sie für die Geburt in ihren Augen alle notwendigen Vorkehrungen getroffen haben.

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, wird eine Elternschaft vermehrt als Entwicklungsziel (Huwiler, 1995, S. 28) gedeutet, wonach sich im Übergang jedoch zu bewältigende biopsychosoziale Belastungen ergeben können. Besitzt eine Person ein stark ausgeprägtes SOC, wird dadurch der Umgang mit und die Bewältigung von stressauslösenden Ereignissen begünstigt (Lorenz, 2016, S. 108). Das SOC fungiert gewissermassen als individuelles Widerstandssystem, um erschwerte Bedingungen zu regulieren (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 178). Aufgrund dieser Ausführungen empfiehlt sich für die salutogenetisch ausgerichtete Spitalsozialarbeit, das SOC der Familie Muster zu stärken. Die Beratungstätigkeit des Sozialdienstes wird anhand der vorgestellten Methoden und Konzepte auf die drei Ebenen des SOC abgeleitet.

5.3.1 Ebene Verstehbarkeit

Zunächst gilt es, die entstandenen Probleme der Familie auf der Ebene der Verstehbarkeit kognitiv erklärbar zu machen. Antonovsky (1991) hält dahingehend fest: «Man kann einen Stressor nicht in Angriff nehmen, ehe man nicht das Gefühl hat, eine kognitive Landkarte vom Ausmass und der Art des Problems zu haben» (S. 127). Die Aufgabe der Fachperson liegt nun darin, auf einer solchen Landkarte die mit der Elternschaft verbundenen Belastungen festzuhalten und Familie Muster im individuellen Problemerleben zu verstehen (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 179). Vor dem Hintergrund des personenzentrierten Beratungsansatzes ist es wichtig, Familie Muster als Experten ihres Lebens zu begegnen. Spitalsozialarbeit nimmt bei der Bewältigung von gesundheitsursächlichen sozialen Problemlagen biografische Erlebnisse und die ganzheitliche Situation von Familie Muster in den Blick und informiert zur sozialen Sicherung und gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten. Es begegnen sich somit zwei Expertensysteme, um zu einem integrierten Vorgehen und adäquaten Hilfeleistungen zu kommen (Wilm, 2006, S. 59–60). Mit einer kongruenten, akzeptierenden und empathischen Haltung werden Fragen zur biopsychosozialen Situation gestellt, um Familie Muster dort abzuholen, wo sie mit ihren Anliegen und Ängsten stehen. Gleichzeitig gilt es den Fokus nicht nur auf Defizite, sondern vielmehr auf Protektivfaktoren und Ressourcen zu legen (Backhaus, 2017, 18–22). Folgende Problemstellungen ergeben sich aus dem weiteren Gesprächsverlauf:

- Fehlende Kinderbetreuung und Unterstützung im Haushalt
- Aktuell finanzielle Engpässe
- Psychische Belastung durch eine traumatische Geburt

In einem nächsten Schritt kann aus professioneller Perspektive ein möglicher Hergang der beschriebenen Probleme geschildert werden, um so das unerwartete Eintreffen der Belastungen als möglicher Bestandteil eines Lebensverlaufs verstehbar zu machen (Antonovsky, 1997, S. 34). So könnte die Fachkraft erklären, dass ein Grossteil der Familien in der Schweiz Unterstützung in der Kinderbetreuung in Anspruch nimmt und auch Kurzarbeit oder gar eine Arbeitslosigkeit Komponente vieler Lebensbiografien darstellt. Durch dieses Verfahren werden die vorhandenen Belastungen für Herr und Frau Muster kognitiv fassbar und den Ereignissen wird die Willkür und Zufälligkeit genommen. Ein zunehmendes Verständnis für die eigenen Probleme begünstigt die Erkenntnis, dass diese bewältigbar sind (Ningel, 2011, S. 18). Diesbezüglich hält Lorenz (2016, S. 111) fest, dass Menschen ihr Potenzial des SOC erst ausschöpfen und auf Ressourcen zurückgreifen können, wenn sie sich mit ihren Anliegen aktiv auseinandersetzen.

5.3.2 Ebene Handhabbarkeit

Um näher auf den Umgang mit und die Bewältigung von Problemen einzugehen, bietet die Komponente der Handhabbarkeit eine Leitlinie. Antonovsky (1997) beschreibt diesen Aspekt als «Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen» (S. 35). Dabei geht es in der Sozialen Arbeit und in dem Fallbeispiel einerseits um das Aufdecken von persönlichen Ressourcen, Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld und nicht zuletzt um die Beratung zu angemessenen externen Hilfsangeboten. Dies geschieht unter Einbezug der beschriebenen personenzentrierten Beratung, um den spezifischen Bedarf genau zu erfassen (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 180). Lenz (2003, S. 242) geht davon aus, dass verfügbare Ressourcen aufgrund der Belastungserfahrung, besonders am Anfang einer Beratung von Hilfesuchenden kaum wahrgenommen werden. Die Situation wird von Familie Muster als mehrheitlich defizitär aufgefasst. Es besteht ein Mangel an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, was zu Gefühlen der Hilflosigkeit und Überforderung führt.

Anhand des Empowerment Ansatzes gilt es den Handlungsspielraum von Familie Muster zu erweitern, um Potenziale freizusetzen und somit vorhandene Probleme beeinflussbar, kontrollierbar und selbstbestimmt bewältigbar zu machen. Zur Aktivierung individueller Ressourcen können Lebensbereiche von Familie Muster adressiert werden, in denen sie Stärken und Kompetenzen besitzen. Indem die Fachperson genannte förderliche Persönlichkeitsmerkmale spiegelt, wird eine positive Sicht auf die Dinge gefördert. Um soziale Ressourcen zu mobilisieren, könnte eine Netzwerkkarte oder ein Genogramm erstellt werden, damit soziale Beziehungen visuell sichtbar werden (Lenz, 2003, S. 242–243). Lorenz (2016, S. 125) fügt an, dass bereits ein Gespräch entlastend wirken kann. Mit ressourcenorientierten Fragestellungen wird ein Perspektivenwechsel erwirkt. Es könnte danach gefragt werden, wie solche Belastungssituationen in der Vergangenheit gemeistert wurden (Wilm, 2006, S. 54). Aus dem weiteren Gesprächsverlauf ergeben sich folgende interne und externe Ressourcen:

- Problemeinsicht und Bereitschaft zur Lösung
- Motivation, dem Kind ein gutes Leben zu bieten
- guter Bildungsstand des Ehepaars
- Herr Muster kann während der Kurzarbeit mehr zu Hause helfen
- Nachbarn unterstützen beispielsweise bei Einkäufen
- Freunde helfen situativ in der Kinderbetreuung
- die Eltern des Paares möchten für begrenzte Zeit aus Indien in die Schweiz zur Unterstützung kommen

Als weiterer Interventionsansatz kann auf das Case Management zurückgegriffen werden, um Familie Muster auf Basis ihrer Lebenssituation über weitere ambulante Unterstützungsangebote zu informieren. Vor dem Hintergrund der verkürzten Spitalaufenthalte wird die Nachsorgeorganisation hinsichtlich des baldigen Spitalaustritts angegangen (Ansen et al., 2004, S. 87–88). Der Sozialdienst könnte Familie Muster über das Hauswirtschafts-Angebot der Zürcher Spitexdienste (Spitex Zürich, 2020) informieren oder Kinderbetreuungsangebote zu Hause (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2020) zur punktuellen Entlastung von Frau Muster vermitteln. Ebenfalls könnte auf Beratungsangebote wie die Mütter-Väter-Beratung (Amt für Jugend und Berufsberatung, 2020) für Fragen rund um das Neugeborene verwiesen werden. Ist die finanzielle Situation auf längere Frist erschwert, wird Herr und Frau Muster über das System der sozialen Sicherung und über die Sozialhilfe als letztes Auffangnetz aufgeklärt. Im Behandlungsteam könnte die psychische Belastung aufgrund der traumatischen Geburt thematisiert und der interne psychologische Dienst eingeschaltet werden. Damit eine Einreise der Eltern aus Indien begünstigt wird, könnte vom Sozialdienst ein Begleitschreiben für ein Tourismusvisum erstellt werden.

Der Bundesrat (2017, S. 26) greift zudem eine Ressourcenerweiterung auf struktureller Ebene auf. Es werden der Ausbau von ausserfamiliären Betreuungsformen und familienfreundlichen Beschäftigungsstrukturen thematisiert, um die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienleben zu begünstigen. Professionelle Beratungsangebote sollen ausgebaut werden, um Überforderungs- und Konfliktsituationen zu entschärfen. Levy (2018, S. 10) betont zudem (werdende) Eltern über die vielfältigen Möglichkeiten der Gestaltung des Zusammenlebens und der Rollen- und Aufgabenverteilung aufzuklären. Namentlich verdeutlicht er die Wichtigkeit von ausserfamiliärer Betreuungseinrichtungen und die Einführung eines Elternurlaubs für beide Elternteile.

5.3.3 Ebene Sinnhaftigkeit

Brieskorn-Zinke (2010, S. 181) postuliert, dass die Einflussnahme auf der Ebene der Sinnhaftigkeit wohl besonders schwierig ist, da sich diese Komponente im Kontext kultureller Bedingungen und persönlicher Lebenserfahrungen ausbildet. Hierbei spricht Antonovsky (1997) vom «Ausmass, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass man sich für sie einsetzt und sich ihnen verpflichtet» (S. 36).

Eine interaktive und kooperative Zusammenarbeit könnte dazu verhelfen, lebenswerte Sinnzusammenhänge erkennbar zu machen. Eine solche Beziehungsbasis kann ein Spitalsozialdienst wohl eher im ambulanten als im stationären Setting aufbauen (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 181). Bei Familie Muster könnte dieser motivationale Faktor das Neugeborene sein. Wilm (2006, S. 60) verweist darauf, dass Fachpersonen zunächst ihre eigenen Welt- und Menschenbilder zu festigen und die Ausprägung des eigenen SOC zu verstehen haben, bevor sie in eine professionelle Beziehung treten. Dies geht mit einer entscheidenden Grundhaltung einher. Indem Fachpersonen signalisieren, dass sie die Anliegen des Gegenübers ernst nehmen, sich auf das Gegenüber einlassen und daraus spezifische Bedürfnisse ableiten, können massgeschneiderte Angebote formuliert werden, was die Motivation zur Problembearbeitung unterstützt.

Eine salutogene Erfahrung in Verbindung mit einer (werdenden) Elternschaft bedeutet, über die biopsychosozialen Vorgänge und damit verbundenen Anpassungsleistungen informiert zu sein (Verstehbarkeit) und selbstbestimmt über Ressourcen zu verfügen, um diese Anpassungen in den Alltag zu implementieren (Handhabbarkeit). Dies verhilft dazu, den Übergang in die Elternschaft als wertvoll und bedeutungsvoll wahrzunehmen (Sinnhaftigkeit). Die Spitalsozialarbeit nimmt sich der Stärkung des SOC an, indem sie Familien persönlich berät, soziale Ressourcen gemeinsam mit (werdenden) Eltern aufdeckt und erweitert und über institutionalisierte Unterstützungsmöglichkeiten des Sozialwesens aufklärt (Ansen et al., 2004, S. 17). Ein salutogenes Vorgehen kann somit einen nachhaltigen Effekt für Eltern, ihre Neugeborenen, ihr soziales Umfeld und womöglich sogar die Gesamtgesellschaft haben (Downe, 2019, S. 217).

6. Schlussbetrachtung und Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit beschäftigte sich mit der Fragestellung, wie die Spitalsozialarbeit anhand salutogenetisch orientierter Methoden zur Bewältigung psychosozialer Belastungen im Übergang in eine Erstelternschaft beitragen kann. Auf Basis dieser Hauptfragestellung wurde vier Unterfragen nachgegangen. Die Ergebnisse werden nachfolgend anhand ebendieser Unterfragen zusammengefasst. Das Ziel war es, das Konzept der Salutogenese in Bezug zur Spitalsozialarbeit mit (werdenden) Eltern zu setzen und darauf basierend handlungsleitende sozialarbeiterische Methoden herauszuarbeiten.

6.1 Zusammenfassung und Diskussion

Zunächst wurden mögliche psychosoziale Belastungen im Übergang in eine Erstelternschaft untersucht. In Bezug auf den Übergang haben drei entwicklungspsychologische Konzepte einen theoretischen Rahmen geliefert. Elternschaft wird vermehrt systemisch und als biopsychosozialer Vorgang betrachtet sowie als Entwicklungsziel und weniger pathogenetisch als Krise gedeutet (Huwiler, 1995, S. 28). Diese Betrachtung erlaubte es gegenwärtige Deutungsmuster von Elternschaft aufzuzeigen, aber auch eine Ideologisierung des Lebensereignisses zu relativieren. Der Übergang wurde in Phasen beschrieben, welche nicht normativ fest sind, sondern ineinander übergehen oder gar übersprungen werden (Geene & Bachetta, 2017, S. 237). Die Analyse des Transitionsmodells nach Geene et. al (2016, S. 227) lieferte Hinweise für die professionelle, gesundheitsförderliche Praxis zu Belastungen und damit zusammenhängenden Bewältigungsaufgaben von (werdenden) Eltern. Dadurch könnte das Modell im sozialarbeiterischen Alltag als Orientierungshilfe dienen, welche mit dem subjektiven Erleben von Familien erweitert und Interventionen darauf ausgerichtet werden. Es bestätigte sich, dass die Geburt des ersten Kindes biopsychosoziale Veränderungen mit sich bringt und grundlegende Anpassungsleistungen beider Elternteile erfordert. Dieser mehrdimensionale Übergang verlangt nach einer multiprofessionellen Begleitung.

Es wurden die folgenden psychosozialen Belastungen im Übergang in die Erstelternschaft eruiert: finanzielle Not, unzureichende Wohnverhältnisse, fehlende soziale Unterstützung, Verlust der Partnerschaftszufriedenheit und Probleme bei der Adaption der Elternrolle sowie eine damit verbundene Abnahme des psychischen Wohlbefindens der Eltern (Jost, 2013, S. 44; Fthenakis, 2002; Bundesrat, 2017). Es ist festzustellen, dass diese psychosozialen Problemlagen einander bedingen und sich kumulieren können. Mangelt es an sozialer Unterstützung, fühlen sich Eltern eher überfordert. Fühlen sich

Eltern überfordert, nimmt die Partnerschaftsqualität ab. Auf struktureller Ebene wird somit der Ausbau von und der niederschwellige Zugang zur institutionalisierter Kinderbetreuung sowie Anstellungsformen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefordert (Bundesrat, 2017, S. 26; Levy, 2018, S 10).

Bei der Bewältigung dieses Ereignisses und damit verbundenen Belastungen kommen biographischen Erfahrungen, dem subjektiven Erleben und den vorhandenen Problemlösungsstrategien hohe Bedeutung zu (Fthenakis et al., 2002, S. 90; Nave-Herz, 2012, S. 42). Damit kann erstmals auf die Ausprägung des Kohärenzgefühls (SOC) des Salutogenese Konzepts verwiesen werden. Bei einer starken Ausprägung können stressauslösende Ereignisse und damit einhergehende Belastungen eher gelingend bewerkstelligt werden (Lorenz, 2016, S. 108). Zudem setzt die Bewältigung des Übergangs beziehungsweise auf das Transitionsmodell bereits vorgeburtlich ein (Fthenakis et al., 2002, S. 90–96). Hilfen sollten pränatal im Sinne der Prävention ansetzen, damit genügend Zeit bleibt, um Probleme zu bearbeiten. Der gynäkologischen Praxis sowie den Hebammen kommt hohe Wichtigkeit zu (Geene & Bachetta, 2017, S. 241–244), auch um weitere Fachdienste wie den Spitalsozialdienst einzuschalten.

Damit kann auf die zweite Unterfrage dieser Arbeit eingegangen werden, welche die Spitalsozialarbeit mit deren Merkmalen und insbesondere Dienstleistungen ins Zentrum stellt. Die Spitalsozialarbeit ist Türöffner für die Vermittlung von Unterstützungsangeboten und die Information zu Institutionen des Sozialwesens. Das Berufsfeld nimmt sich unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Situation ihrer Patientinnen und Patienten sozialen Problemlagen an, welche in Verbindung mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung entstanden sind (SAGES & AvenirSocial, 2018, S. 2). Am Beispiel des USZ (2020c) beinhalten ihre Dienstleistungen auf den Stationen der Geburtshilfe die Nachsorgeorganisation, psychosoziale sowie sozialrechtliche und sozialversicherungstechnische Beratung zu Themen wie berufliche und finanzielle Situation, Unterstützung bei der Kinderbetreuung und Entlastung zu Hause. Die Fachdisziplin agiert angesichts der Einführung von Fallpauschalen vornehmlich bei stationären Patientinnen und Patienten unter hohem Zeitdruck (Ansen et al., 2004, S. 28). Im Rahmen einer Geburt verlängert sich die Zusammenarbeit mit (werdenden) Eltern, wenn Patientinnen, welche pränatal stationär oder ambulant im USZ behandelt werden, bereits vorgeburtlich beim Sozialdienst angemeldet werden. Im Weiteren erweitert sich der Handlungsspielraum, wenn Säuglinge früh geboren werden und für einige Zeit auf der Neonatologie betreut werden. Zur zeitlichen Dimension hinzu kommt die interdisziplinäre Kooperation, welche sich qualitativ massgeblich im Nutzen und der Nachhaltigkeit des sozialarbeiterischen

Hilfeprozesses widerspiegelt (SFSS, 2013, S. 21). In einem medizinisch geprägten Handlungsfeld rückt die Soziale Arbeit eher in den Hintergrund (Geissler-Piltz, 2009, S. 13–14), während eine weitaus fehlende gesetzliche Verankerung im Schweizer Gesundheitswesen die fachliche Anerkennung des Berufsfeldes zusätzlich zu erschweren scheint. Neben der Gründung des Fachverbandes SAGES und der Einführung von Qualitätsmanagementprozessen, gewann das Konzept der Salutogenese in den Professionalisierungsdiskursen sowie im Kontext der Gesundheitsförderung zunehmend an Bedeutung (Köppel, 2010, S. 30).

Bezugnehmend zur dritten Unterfrage wurde das Konzept der Salutogenese näher betrachtet. Das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky erweitert eine pathogene Sichtweise auf Patientinnen und Patienten und fragt danach, wie sich gesundheitsgefährdete Menschen auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ihrem Wohlbefinden annähern können (Antonovsky, 1997, S. 23–31). Das Konzept besagt, dass Menschen stetig von Stressoren ihrer Umwelt beeinflusst sind und sich in einer sogenannten Homöostase befinden (Lorenz, 2016, S. 14). Ausschlaggebend für eine positive oder negative Auseinandersetzung mit diesen Stressoren ist das Ausmass des SOC, welches sich aus den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit zusammensetzt. Das SOC entwickelt sich im Zusammenspiel von internen und externen Widerstandsressourcen (Lindström und Eriksson, 2019, S. 39). Das Konzept der Salutogenese scheint neue Perspektiven zu eröffnen und gerade in einem multiprofessionellen Handlungsfeld einen biopsychosozialen Blick auf Individuen zu fördern.

Die vierte Unterfrage untersuchte, wie das Konzept der Salutogenese im Kontext der Spitalsozialarbeit mit werdenden Eltern angewendet werden kann. Es stellte sich heraus, dass das Konzept der Salutogenese sowie die Soziale Arbeit gleichermassen zum Ziel haben, Individuen dazu zu ermächtigen, die eigene Gesundheit bzw. das eigene Wohlbefinden ganzheitlich zu erhalten oder wiederzuerlangen (Gabriel-Schärer & Meier-Magistretti, 2019, S. 222). Köppel (2010, S. 32) formuliert auf Basis salutogenetischer Orientierungen die personenzentrierte Beratung, den Empowerment Ansatz sowie das Case Management als handlungsleitend für eine gesundheitsförderliche Praxis. Da die Ausprägung des SOC die Bewältigung stressauslösender Ereignisse beeinflusst (Lorenz, 2016, S. 108), scheint die Aufgabe einer salutogenetisch ausgerichteten Sozialen Arbeit dieses zu stärken. In einem Fallbeispiel bildeten die drei Komponenten des SOC den Rahmen, in dem (werdende) Eltern anhand beschriebener sozialarbeiterischer Methoden und Konzepte bei der Bewältigung psychosozialer Probleme unterstützt werden sollten.

Damit wurde auf die Beantwortung der leitenden Fragestellung, wie die Spitalsozialarbeit anhand salutogenetisch orientierter Methoden zur Bewältigung psychosozialer Belastungen im Übergang in die Elternschaft beitragen kann, eingegangen. Zunächst gilt es auf Ebene der Verstehbarkeit das Ausmass der Problemlagen zu erfassen und erklärbar zu machen (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 179). Dabei scheint sich die personenzentrierte Beratung anzubieten, um ein Verständnis für das subjektive Erleben eines Paares in Auseinandersetzung mit ihren biopsychosozialen Belastungen in Verbindung mit einer Elternschaft zu entwickeln (Backhaus, 2017, S. 19–22). Anhand der Komponente Handhabbarkeit werden nun Ressourcen, um den vorhandenen Belastungen zu begegnen, aufgedeckt und mobilisiert (Antonovsky, 1997, S. 35). Unter Rückgriff auf den Empowerment Ansatz sollten (werdende) Eltern durch Professionelle dazu befähigt werden, selbstbestimmt Ressourcen auf der individuellen, sozialen und institutionellen sowie strukturellen Ebene zu entdecken und gesundheitsförderlich für sich einzusetzen (Lenz, 2003, S. 238–239). Dem medizinisch-sozialen Case Management kommt auf dieser Ebene ebenfalls hohe Wichtigkeit zu, um eine zielführende Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen und die Vernetzung mit adäquaten Hilfsangeboten zu koordinieren (Fries, 2003, S. 102). Die Ebene der Sinnhaftigkeit scheint mit einer vertrauensvollen Beziehung beeinflussbar (Brieskorn-Zinke, 2010, S. 181). Dabei bietet sich wiederum die personenzentrierte Beratung an, jedoch ist die Herstellung einer Beziehung aufgrund der befristeten Behandlung im Spital begrenzt möglich. Aus der Literatur geht hervor, dass eine Elternschaft grundsätzlich als sinnstiftend beurteilt wird (Jungbauer, 2014, S. 49). Abschliessend lässt sich schlussfolgern, dass die Stärkung des SOC im persönlichen Umgang mit (werdenden) Eltern erfolgt und die Erweiterung der sozialen Unterstützung sowie die Vermittlung externe Hilfsorganisationen beinhaltet (Ansen et al., 2004, S. 17).

6.2 Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die Praxis

Für die Praxis lässt sich festhalten, dass das Konzept der Salutogenese einen wertvollen Beitrag für die Soziale Arbeit leisten kann. Dies betrifft Professionalisierungsdiskurse, interdisziplinäre Zusammenarbeitsprozesse, Haltungsfragen, aber auch die Implementierung in die Praxis. Die drei Komponenten des SOC scheinen sich als Leitlinien für die Praxis salutogenetisch orientierter Sozialer Arbeit anzubieten. Während der Bearbeitung des Fallbeispiels stellte sich heraus, dass sich bereits salutogenetische Orientierungen im Berufsfeld etabliert haben. Dabei ist beispielsweise die Ressourcenorientierung der Sozialen Arbeit zu nennen. Zudem geht eine ganzheitliche Betrachtung der Person in ihrem subjektiven Erleben und deren Umweltbezügen eng mit dem lebensweltorientierten Ansatz nach Thiersch einher. In Bezug auf die Praxis ist jedoch zu berücksichtigen,

dass theoretische Modelle ziemlich starr sind und einem festen Ablauf folgen. Wäre der sozialarbeiterische Alltag standardisiert, würde den spezifischen Bedürfnissen der Anspruchsgruppen nicht mehr Rechnung getragen und die Qualität der Intervention wäre kaum nachhaltig. Die drei salutogenetisch orientierten Konzepte und Methoden scheinen die Ebenen des SOC in der Erarbeitung des Fallbeispiels zuträglich ergänzt zu haben. Zentral ist der Aufbau einer Beziehung zur Familie, um den individuellen Unterstützungsbedarf zu ergründen. Sich als Professionelle mit dem eigenen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und der Ausprägung des SOC zu beschäftigen, bildet eine Voraussetzung für diesen Beziehungsaufbau und eine zielführende Kooperation. Für die Spitalsozialarbeit mit (werdenden) Eltern lässt sich schlussfolgern, dass eine möglichst frühe Involvierung die Qualität der Interventionen begünstigt. Gerade weil sich psychosoziale Belastungen im Übergang in eine Elternschaft häufen können, scheint sich das Konzept der Salutogenese anzubieten, um die komplexen Problemlagen auf mehreren Ebenen zu bearbeiten.

6.3 Reflexion und Ausblick

Eine Reflexion des eigenen Vorgehens hat folgende kritische Würdigung meiner Bachelorthesis ergeben. Die Erarbeitung der psychosozialen Problemlagen durch eine Elternschaft hat sich als besonders herausfordernd herausgestellt, da diese aus der Literatur abgeleitet werden mussten. Durch die intensive Auseinandersetzung damit scheinen diese Problemlagen einen grossen Teil der vorliegenden Bachelorarbeit eingenommen zu haben, während die handlungsleitenden salutogenetisch orientierten Methoden für die Spitalsozialarbeit etwas in den Hintergrund gerückt sind. Die Verknüpfung von Spitalsozialarbeit, dem Übergang in die Elternschaft und der Salutogenese stellte sich als komplex heraus. Ein Fallbeispiel sollte den Komplexitätsgrad reduzieren und bot sich zur Beantwortung der leitenden Fragestellung an. Retrospektiv scheint dies etwas kurzgefasst. Die Phasen des Transitionsmodells hätten ebenso den Rahmen für die salutogenetisch ausgerichtete Spitalsozialarbeit bilden können. Im Weiteren gibt es zur praktischen Umsetzung des Salutogenese Konzepts generell wenig Literatur. Es wurde vor allem auf Literatur aus den Disziplinen der Medizin und Pflege zurückgegriffen und auf die Soziale Arbeit übertragen. Auf Basis dieser Ausführungen war es ein ambitioniertes Ziel, handlungsleitende Methoden für die Spitalsozialarbeit ableiten zu wollen. Dessen Erreichung könnte in der Folge durch die Umsetzung in die Praxis überprüft werden. Generell bereite mir die Erarbeitung der Thematik Freude, erlaubte mir einen Wissenszuwachs im Hinblick auf die Praxis und regte zur Reflexion meines eigenen Vorgehens im sozialarbeiterischen Alltag an. Eine Implementierung salutogenetischer Orientierungen innerhalb eines Spitalsozialdienstes stellte sich als plausibel heraus.

An diese Arbeit anschliessend könnten empirische Erkenntnisse zur Umsetzung der Salutogenese in die Praxis Sozialer Arbeit gewonnen werden. Dies würde einen Mehrwert für die wissenschaftliche Fundierung des Konzept im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit bedeuten. Weiter wäre interessant, wie das Konzept im Behandlungsteam eines Spital implementiert werden könnte, mit der Vermutung, dass die Zusammenarbeitsprozesse der verschiedenen Disziplinen gelingender wären und somit eine frühzeitige Involvierung des Spitalsozialdienstes gewährleistet würde. Dies wirft zudem die Frage auf, ob sich für die Involvierung des Spitalsozialdienstes ein standardisiertes Vorgehen eignen würde und inwiefern dieses aufgrund der Subjektivität der Patientinnen und Patienten sinnvoll wäre. Ebenfalls scheint eine weitere Beforschung des SOC sinnvoll, um zu klären, wie sich dieses ausbildet und inwieweit insbesondere die Dimension der Sinnhaftigkeit im professionellen Hilfeprozess beeinflussbar ist.

Literaturverzeichnis

- Aeberli, M. (2014). Familienergänzende Kinderbetreuung in der Schweiz: Überlegungen und Ausblick. *Demos Newsletter Informationen aus der Demografie*, 2, 12–15. Verfügbar unter: <https://www.elternbildung.ch/ueber-elternbildung-ch/medien-und-publikationen/fachartikel/>
- Amt für Jugend und Berufsberatung. (2020). *Baby und Kleinkind*. Zugriff am 14.05.2020. Verfügbar unter: <https://ajb.zh.ch/internet/bildungsdirektion/ajb/de/beratung-familie-und-kinder/kjz/baby-kleinkind.html>
- Ansen, H., Gödecker-Geenen, N. & Nau, H. (2004). *Soziale Arbeit im Krankenhaus* (1. Aufl.). [PDF], München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). Meine Odyssee als Stressforscher. In Anonymous (Hrsg.), *Jahrbuch für Kritische Medizin* (S. 112–130). Hamburg: Argument Verlag.
- Antonovsky, A. (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit* (S. 3–14). Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* [Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke]. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- AvenirSocial. (2014). *Soziale Arbeit ist ein Gesundheitsberuf* [Stellungnahme im Rahmen der Vernehmlassung zum Gesundheitsberufegesetz]. Verfügbar unter: <https://avenirsocial.ch/was-wir-tun/politische-aktivitaeten/>
- Backhaus, U. (2017). *Personenzentrierte Beratung und Therapie bei Verlust und Trauer* (1. Aufl.). [PDF], München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bahrs, O. (2019). Geleitwort. In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 13–15). [PDF], Bern: Hogrefe Verlag.

- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (Erweiterte Neuaufl.). [PDF], Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Böllert, K. (2012). Die Familie der Sozialen Arbeit. In K. Böllert & C. Peter (Hrsg.), *Mutter + Vater = Eltern?* (S. 117–133). [PDF], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi:10.1007/978-3-531-94282-7_2
- Böllert, K. & Peter, C. (2012). Vorwort. In K. Böllert & C. Peter (Hrsg.), *Mutter + Vater = Eltern?* (S. 7–13). [PDF], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi:10.1007/978-3-531-94282-7_2
- Brand, T. & Jungmann, T. (2013). Pro Kind – Ein Modellversuch Früher Hilfen. In T. Brand (Hrsg.), *Kinder schützen, Familien stärken: Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der "Pro Kind"-Praxis und -Forschung* (S. 21–48). [PDF], Weinheim: Beltz Juventa.
- Braun, V. (2017). *Psychyrembel Online, Klinisches Wörterbuch. Salutogenese*. Zugriff am 09.03.2020. Verfügbar unter: <https://www.psychyrembel.de/>
- Brieskorn-Zinke, M. (2010). Salutogenese in der Pflege. Zur Integration des Konzepts in pflegerische Handlungsfelder. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl., S. 173–184). Weinheim: Juventa Verlag.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2017). *Familien in der Schweiz. Statistischer Bericht 2017*. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.2347880.html>
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2020). *Geburten und Todesfälle*. Zugriff am 04.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle.html>

- Bundesrat. (2017). *Familienbericht 2017* [Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 12.3144 Meier-Schatz vom 14. März 2012 und 01.3733 Fehr vom 12. Dezember 2001]. Verfügbar unter: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialpolitische-themen/familienpolitik/grundlagen/familienbericht-2017.html>
- Cannon, I. M. (2018). *Soziale Arbeit im Krankenhaus. Medizin und Soziales verbinden* [Standardwerk aus dem Jahr 1913, übersetzt von B. Keel]. Bern: Schweizerischen Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.
- Conzen, P. (2010). *Erik H. Erikson : Grundpositionen seines Werkes*. [PDF], Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Dannhäuser, U. (2006). *Wenn Paare Eltern werden – Belastungsprobe für die Beziehung*. Verfügbar unter: <https://koeln.efl-beratung.de/infothek/fachartikel/>
- Dietschi, I. (2017). *Spitalausritt planen und koordinieren* [Workshop vom 8. Dezember 2016. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit BAG]. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/hochbetagte-multimorbide-menschen-koordinierte-versorgung.html>
- Dollinger, B. (2006). Salutogenese. Macht über die eigene Gesundheit?. In B. Dollinger & J. Raithel (Hrsg.), *Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar* (S. 173–190). [PDF], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi.org/10.1007/978-3-531-90353-8_12
- Downe, S. (2019). Die Zukunft gebären. Salutogenese in Mutterschaft und früher Kindheit. In C. Meier Magistretti. (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 207–219). [PDF], Bern: Hogrefe Verlag.
- Erikson, E. H. (1966). Die menschliche Stärke und der Zyklus der Generationen. *Psyche*, 20(4), 241–281.

- Eriksson, M. & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovskys sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 460–466. doi: 10.1136/jech.2003.018085
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381. doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovskys sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938–944. doi: 10.1136/jech.2006.056028
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). *A salutogenic interpretation of the Ottawa Charta. Health Promotion International*, 23(2). 190–199. doi: 10.1093/heapro/dan014
- Fachstelle SpielRaum. (2013). *Grundlagen für kinderfreundliche Wohnumfelder. Mit Hilfestellungen zur Planung, Gestaltung und Nutzung*. Verfügbar unter: <https://www.spielraum.ch/download/leitfaden-kinderfreundliches-wohnumfeld.pdf>
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2018). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. [PDF], Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Franzkowiak, P., Homfeldt, H. G. & Mühlum, A. (2011). *Lehrbuch Gesundheit* (1. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Friedli, T. (2016). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen – Schlaglichter auf ein wenig beachtetes Arbeitsfeld. *Impuls. Magazin des Fachbereichs Soziale Arbeit. Berner Fachhochschule*. (1). 4–7. Verfügbar unter: https://issuu.com/bfh-fbs/docs/fbs_impuls_1_2016_nv_2_lw_web

- Friedli, T. & Süssstrunk, S. (2018). In anspruchsvollem Umfeld neu vernetzt. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz. *Forum sozialarbeit + gesundheit*. 3(89). 12–16. Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/326113169_In_anspruchsvollem_Umfeld_neu_vernetzt_-_Soziale_Arbeit_im_Gesundheitswesen_der_Schweiz
- Fries, H. (2003). Case-Management als Gesundheitsdienstleistung. In P. Löcherbach, W. Klug, R. Rimmel-Faßbender & W.-R. Wendt (Hrsg.), *Case Management. Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis* (2. Aufl., S. 101–119). München: Luchterhand.
- Fthenakis, W. E. (1999). Transitionspsychologische Grundlagen des Übergangs zur Elternschaft. In W.E. Fthenakis, M. Eckert & M. v. Block im Auftrag des Deutschen Familienverbandes (Hrsg.), *Handbuch Elternbildung. Band 1: Wenn aus Partnern Eltern werden* (S. 31-68). [PDF], Opladen: Leske + Budrich.
- Fthenakis, W.E., Kalicki, B. & Peitz, G. (2002). *Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie*. [PDF], Opladen: Leske + Budrich.
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18(1), 43–48. Verfügbar unter: https://www.academia.edu/24005286/Fragebogen_zur_sozialen_Unterst%C3%BCtzung_F-SozU_Normierung_der_Kurzform_K-14_
- Gabriel-Schärer, P. & Meier Magistretti, C. (2019). Salutogenese und Soziale Arbeit – Gemeinsamkeiten und Lernfelder. In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 221–233). [PDF], Bern: Hogrefe Verlag.

- Geene, R. & Bacchetta, B. (2017). Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft. In J. Fischer & R. Geene (Hrsg.), *Netzwerke in Frühen Hilfen und Gesundheitsförderung. Neue Perspektiven kommunaler Modernisierung* (S. 228–260). [PDF], Weinheim: Beltz Juventa.
- Geene, R., Thyen, U., Quilling, E. & Bacchetta, B. (2016). Familiäre Gesundheitsförderung. Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Bedeutung gelingender Übergänge. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4(11), 222–229. doi: 10.1007/s11553-016-0560-3
- Geissler-Piltz, B. (2009). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In B. Geissler-Piltz & S. Gerull (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings* (S. 13–18). [PDF], Opladen: Budrich UniPress Ltd.
- Geissler-Piltz, B. & Gerull, S. (2009). *Einleitung*. In B. Geissler-Piltz & S. Gerull (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings* (S. 9–12). [PDF], Opladen: Budrich UniPress Ltd.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2018). *Strategie 2019–2024*. Zugriff am 19.05.2020. Verfügbar unter: <https://gesundheitsfoerderung.ch/ueber-uns/stiftung/auftrag-ziele-und-strategie.html>
- Gloger-Tippelt, G. (1988). *Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gloor, P. (1978). *Gründung und Entwicklung des Sozialdienstes am Universitätsspital Zürich* [Referat an einer Pressekonferenz des Sozialdienstes]. Zürich: Archiv Sozialdienst Universitätsspital Zürich.
- Götsch Heuberger, M. (2019). *Spitalsozialarbeit* [Unveröffentlichter Fachvortrag an der Zürcher Fachhochschule für Angewandte Wissenschaften]. Zürich: Sozialdienst Universitätsspital Zürich. Verfügbar unter: Anhang 1 der vorliegenden Arbeit.

- Historisches Lexikon der Schweiz. (2012). *Spital*. Zugriff am 09.03.2020. Verfügbar unter: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/016579/2012-10-25/>
- Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 489–503). [PDF], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4
- Huwiler, K. (1995). *Herausforderung Mutterschaft*. Bern: Huber Verlag.
- Im Dienst der Nächstenliebe. (1940). Zürich. [Zeitungsausschnitt aus dem Archiv des Universitätsspitals Zürich. Datum, Autorenschaft unbekannt.]. Verfügbar unter: Anhang 2 der vorliegenden Arbeit.
- Jost, A. (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit: ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen*. [PDF], Stuttgart: Kohlhammer.
- Jungbauer, J. (2014). *Familienpsychologie kompakt: mit Arbeitsmaterial zum Download* (2. aktualisierte und erweiterte Aufl.). [PDF], Weinheim: Beltz.
- Köppel, M. (2010). *Salutogenese und Soziale Arbeit*. Lage: Jacobs Verlag.
- Lenz, A. (2003). Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52(4), 234–249. Verfügbar unter: <http://psydok.psycharchives.de/jspui/handle/20.500.11780/2680?mode=full>
- Levy, R. (2018). Der Übergang in die Elternschaft reaktiviert die Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern: eine Analyse der Lebensläufe von Männern und Frauen in der Schweiz. *Social Change in Switzerland*, 4(14), 1–14. doi:10.22019/SC-2018-00004

- Lindström, B. & Eriksson, M. (2019). Teil 1: Grundlagen der Salutogenese. Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 23–107). [PDF], Bern: Hogrefe Verlag.
- Lorenz, R.-F. (2016). *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler* (3. Aufl.). [PDF], München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Meier Magistretti, C. (2019). Geleitwort. In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 14–18). [PDF], Bern: Hogrefe Verlag.
- Nave-Herz, R. (2012). Familie im Wandel? – Elternschaft im Wandel?. In K. Böllert & C. Peter (Hrsg.), *Mutter + Vater = Eltern?* (S. 33–49). [PDF], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi:10.1007/978-3-531-94282-7_2
- Ningel, R. (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit* (1. Aufl.). [PDF], Stuttgart: Haupt Verlag.
- Petzold, H. G. (2016). Geleitwort. In R.-F. Lorenz (Hrsg.). *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler* (3. Aufl., S. 8–12). [PDF], München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Petzold, M. (2007). *Der Übergang zur Elternschaft. Was geschieht mit Eltern und was hilft, eine Beziehung zum Kind aufzubauen?* [Vortrag am 14.11.2007 beim Arbeitskreis Thüringer Familienorganisationen]. Zugriff am 09.03.2020. Verfügbar unter: <http://www.petzold.homepage.t-online.de/pub-online.html>
- Pütter, N. (2013). Vermittlung weiterführender Hilfen. In A. Jost (Hrsg.), *Gesundheit und Soziale Arbeit: ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen*. (S. 127–134). [PDF], Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Rizzi, E. & Mikucka, M. (2015). *The Happiness–Parenthood Link in a Context of Limited State Support: The Case of Switzerland* [FORS Working Paper Series, paper 2015-3]. Lausanne: Swiss Centre of Expertise in the Social Sciences. doi: 10.13140/RG.2.1.1405.1042
- Rogers, C. R. (1988). *Entwicklung der Persönlichkeit* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmalfeld, A. (2010). Wohnumfeld und Quartier in der Stadt. In Fachausschuss Haushalt und Wohnen der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft (Hrsg.), *Wohnen: Facetten des Alltags* (S.161–167). [PDF], Baltmannsweiler: Schneider Verlag.
- Schmocker, B. (2019). *Die internationale Definition der Sozialen Arbeit und ihre Sicht auf Profession und Disziplin der Sozialen Arbeit*. Zugriff am 19.05.2020. Verfügbar unter: <https://avenirsocial.ch/publikationen/positionspapiere/>
- Schulze, A. (2009). *Sozioökonomische Konsequenzen der Fertilität. Folgen der Geburt von Kindern für den Wohlstand von Paarhaushalten*. [PDF], Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern (SFSS). (2013). Bestandsaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz. Verfügbar unter: http://sfss.ch/cms//fileadmin/user_upload/news/Bestandsaufn_Spitalsozialarbeit_4maerz_OEFFENTLICH_SH_korr.pdf
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES). (2020). *Definition Spitalsozialarbeit, SAGES 2020*. Zugriff am 19.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.sages.ch/fachbereiche/spital/>
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) & AvenirSocial. (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: <https://www.sages.ch/neues-leitbild-soziale-arbeit-im-gesundheitswesen/>

- Schweizerisches Rotes Kreuz. (2020). *Kinderbetreuung zu Hause. Damit im Notfall die Kinder betreut sind*. Zugriff am 14.05.2020. Verfügbar unter: <https://www.srk-zuerich.ch/damit-im-notfall-die-kinder-betreut-sind>
- Spitex Zürich. (2020). Das Hauswirtschafts-Angebot der Spitex Zürich. Zugriff am 14.05.2020. Verfügbar unter: <http://www.spitex-zuerich.ch/angebot/hauswirtschaft/>
- Stark, W. (1996). *Empowerment. Neue Perspektiven in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus.
- Tyrell, H. (1988). Ehe und Familie - Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung. In K. Lüscher, F. Schultheis & M. Wehrspaun (Hrsg.), *Die "postmoderne" Familie: Familiäre Strategien und Familienpolitik in einer Übergangszeit* (S. 145–156). [PDF], Konstanz: Universitätsverlag.
- Universitätsspital Zürich (USZ). (2019). *Geburtsentwicklung*. Zugriff am 05.05.2020. Verfügbar unter: <http://www.geburtshilfe.usz.ch/ueber-diese-klinik/seiten/geburtsentwicklung.aspx>
- Universitätsspital Zürich (USZ). (2020a). *Organigramm*. Zugriff am 14.05.2020. Verfügbar unter: <http://www.usz.ch/ueber-uns/organisation/Seiten/default.aspx>
- Universitätsspital Zürich (USZ). (2020b). Patienten & Besucher. Beratung & Unterstützung. Sozialdienst. Zugriff am 21.05.2020. Verfügbar unter: <http://www.usz.ch/patienten-besucher/beratung-unterstuetzung/seiten/sozialdienst.aspx>
- Universitätsspital Zürich (USZ). (2020c). *Schwangere. Spezielle ambulante Angebote. Sozialdienst*. Zugriff am 21.05.2020. Verfügbar unter: <http://www.geburtshilfe.usz.ch/schwangere/spezielle-ambulante-angebote/seiten/sozialdienst.aspx>
- Weinberger, S. (1998). Klientenzentrierte Gesprächsführung. Weinheim: Beltz Verlag.

- Weinstein, C.S. & David, T.G. (1987). *Spaces for Children: The Built Environment and Child Development*. [PDF], New York: Plenum Press. doi: 10.1007/978-1-4684-5227-3
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Deutsch*. Zugriff am 19.05.2020. Verfügbar unter: <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Weltgesundheitsorganisation WHO. (2005). *Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt*. Zugriff am 19.05.2020. Verfügbar unter: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf
- Wendt, W. R. (2017). *Geschichte der Sozialen Arbeit 2. Die Profession im Wandel ihrer Verhältnisse* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). [PDF], Wiesbaden: Springer Verlag.
- Wendt, W. R. (2018). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen: eine Einführung* (7. überarbeitete und erweiterte Aufl.). [PDF], Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Wettstein, F. (2016). Übergänge und kritische Lebensereignisse – ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne* [Grundlagenbericht. Bericht 6] (S. 21–30). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. Verfügbar unter: <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/alle-publikationen.html>
- Wettstein, F. (2019). Salutogenese als Thema der Hochschulbildung. In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (1. Aufl., S. 257–267). [PDF], Bern: Hogrefe Verlag.

- Wilk, L. & Bacher, J. (1994). *Kindliche Lebenswelten: Eine sozialwissenschaftliche Annäherung*. Opladen: Leske & Budrich.
- Wilm, S. (2006): Der Patient, sein Allgemeinarzt und ihre salutogenetische Beziehung. In K. Jork & N. Peseschkian (Hrsg.), *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben* (2. Aufl., S. 48–62). Bern: Huber Verlag.
- Wingeier, M. und Ehlert, U. (2013). Psychobiologische Prozesse während der Schwangerschaft. *Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch*, 69(10), 10–14. doi: 10.5167/uzh-85963
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2019). *Zitieren und belegen - Richtlinien für wissenschaftliches Arbeiten*. Zugriff am 09.03.2020. Verfügbar unter: <https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/schreiben-publizieren/#c7027>
- Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2020). *Leitfaden für das Verfassen der Bachelorarbeit*. Zugriff am 19.05.2020. <https://www.zhaw.ch/de/hochschulbibliothek/schreiben-publizieren/#c7027>

Anhang 1: Unveröffentlichter Fachvortrag zur Spitalsozialarbeit

USZ Universitäts
Spital Zürich

Spitalsozialarbeit

Martina Götsch Heuberger, SOD Qualitätsbeauftragte

Sozialdienst, zhaw, 18.11.2019, Zürich

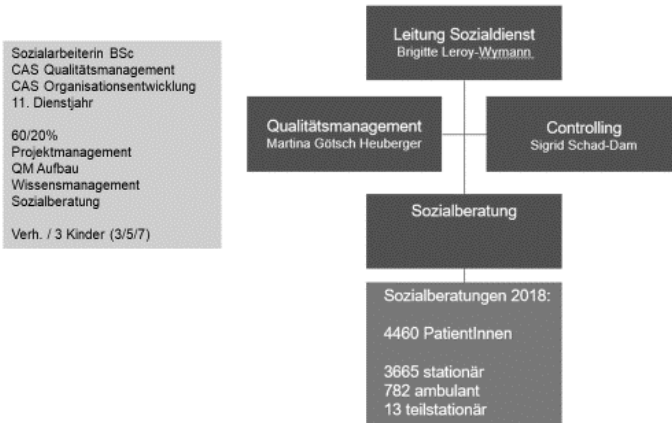
USZ Universitäts
Spital Zürich

2018 Ein intensives Geschäftsjahr mit hervorragendem
Ergebnis für zukünftige Investitionen.

Das Jahr in Zahlen

42376 Stationäre Patienten behandelt	63096000 CHF Gewinn	627124 Ambulante Besuche durchgeführt
10000 Mitarbeitende	41 Kliniken und Institute	960 Stationäre Betten

Sozialdienst - Sozialberatung



Sozialberatung - Auftrag



Sozialberatung - Auftrag

Sozialrecht	Versicherungen	Vernetzung	Unterstützung
<ul style="list-style-type: none"> Arbeitsrecht Ausländerrecht Berufliche Vorsorge Erbrecht Ergänzungsleistungen zu AHV & IV Familienrecht Kindes- & Erwachsenenschutz Opferhilfe Sozialhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> Alters- & Hinterlassenenversicherung Arbeitslosenversicherung Erwerbsersatzordnung Halfpflanzversicherung Invalidentversicherung Krankenversicherung Krankentaggeldversicherung Unfallversicherung 	<ul style="list-style-type: none"> Ämter Externe Beratungsstelle Fremdwahlgendienste Hilfsvereine Interne Anlaufstelle Selbsthilfeorganisationen 	<ul style="list-style-type: none"> Angehörigensupport Entlastungsangebote Fahrdienste / Transport Haushaltswirtschaftliche Versorgung Hilfsmittel & Notfallsysteme Kinderbetreuung Spitex
Kommunikation	Institutionen	Existenzsicherung	Spitalsozialarbeit
<ul style="list-style-type: none"> Dolmetschergespräch Ethisches Gespräch Familiengespräch Fallbesprechung SOD intern Interdisziplinäre Fallbesprechung Krisenintervention Roundtable Gespräch Rapport & Visite 	<ul style="list-style-type: none"> Geeignete Nachsorgeform Geriatrische Akutpflege Erholungskur Hospice Langzeitpflege Rehabilitation Therapieeinrichtung Überbrückungspflege Wohnsicherung 	<ul style="list-style-type: none"> Budget Externe Fonds & Stiftungen Finanzielle Situation Intellektuelle Fonds Kostensicherung USZ Persönliche Vorsorge Schulden 	<ul style="list-style-type: none"> Adoption Brandverletzung CH Rückkehrer Chronische Erkrankungen Demenz Geburthilfe Gender Dysphorie Haushalts Gewalt HTPL Abklärungen Kranken- Unfallversicherungslos Krebskrankung Letzta Lebensphase Obdachlosigkeit Polytrauma Psychische Erkrankung Sans Papier Soziale Isolation Sucht Transplantation Trauma Verwahrlosung Wohnsitzlos

Erläuterung SOD Leistungskatalog

Leistung	Zielsetzung	Indikation
Nachsorgeorganisation in eine stationäre oder ambulante Umgebung	Der Sozialdienst unterstützt und organisiert die Austrittsplanung mit dem Ziel, dass die Patienten im Anschluss an den Spitalaufenthalt in eine, den medizinischen und sozialen Bedürfnissen entsprechende Umgebung, entlassen werden können.	Die Indikation ist gegeben, wenn der Sozialdienst im Rahmen der Behandlung mit der Austrittsplanung beauftragt wird und die Patienten die nötige Hilfestellung bzw. eine geeignete stationäre oder ambulante Anschlusslösung nicht selber organisieren können oder diese nicht durch Angehörige und/oder Dritte, zeitnah organisiert werden kann.
Psychosoziale Beratung des Patienten und des Patientensystems	Der Sozialdienst unterstützt Patienten und deren Angehörigen bzw. deren soziales Umfeld mit dem Ziel, die soziale Reintegration in Bezug auf Behandlung, Zukunft und Hilfeplanung zu fördern. Die Patienten erhalten gezielte Beratung und Unterstützung gemäss-Auftrag. Bei krisenhaften und/oder traumatischen Ereignissen erhalten die Patienten eine zielorientierte Beratung und Unterstützung bei der Bewältigung mit dem Ziel, eine Stabilisierung durch externe Vernetzung von Hilfsangeboten sicherzustellen und ungeplante Rehospitalisationen und/oder Chronifizierung zu vermeiden.	Die Indikation ist gegeben, wenn die Patienten Beratung und Unterstützung im Bereich Sach- und Beziehungshilfe benötigen und diese nicht durch Angehörige und/oder Dritte, zeitnah erbracht werden kann und die Probleme in direktem Zusammenhang mit dem Hospitalisations- oder Behandlungsgrund stehen (Unfall, Krankheit oder Schwangerschaft).
Sozialrechtliche & (Sozial-)versicherungsberatung	Der Sozialdienst berät Patienten über sozialrechtliche Leistungen mit dem Ziel, finanzielle Ressourcen im Bereich der Sozialversicherungen, Pflegebeiträge und weiteren Beitragsbeiträgen zu erschliessen.	Die Indikation ist gegeben, wenn die Patienten, Angehörige und/oder Dritte nicht in der Lage sind, sich versicherungsrechtliche bzw. sozialversicherungsrechtliche Leistungen nutzbar zu machen und dadurch die Reintegration in den Arbeitsprozess und/oder ins soziale Umfeld gefährdet sind.

Fallbeispiel

Auftragsklärung Sozialdienst:

Eintritt im USZ?

Eintrittsgrund?

Medizinische Intervention?

Problemstellung soziale Situation?

Sozialanamnese laut Geriatrie?

Sozialanamnese laut Psychiatrie?

Vorgehen Sozialdienst

1. Kontaktaufnahme mit der Patientin
2. Intervention bestimmen
 - Zeitpunkt
 - Dringlichkeit
 - Umfang
 - Verhältnismässigkeit
3. Bedarfsanalyse mit dem Ehemann
4. Hausbesuch organisieren
5. Versorgungsnetz optimieren

Sozialanamnesen - krank sein, verunfallen im Alter



Spitalsozialarbeit

Sozialberatung

Setting
Umstand
Interdisziplinarität

Position im Spital

Hierarchie
Leitung
Interdisziplinarität

Interventionsformen:

Information
Reflexion
Erschliessung von Ressourcen
Empowerment

Politik:

Swiss DRG
Zertifizierung
Kostendruck im Gesundheitswesen

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Die Fürsorgerin im Krankenhaus

Im Dienst der Nächstenliebe

Was weiß der Geliebte vom Kranksein, der Glücklich von Sorgen und Kummer, alles nur vom Pörsenlagen, und letzten gewinnt er einen tiefen Einblick in die körperlichen und seelischen Leiden seines Nächsten. Die Zahl derer aber ist groß, die für sich selbst in der Stunde der Not, aber aber, die in zerrütteten Verhältnissen leben. Trifft solche Menschen auch noch Krankheit, so scheint alles über ihnen zusammenzubrechen, und sie wissen oft keinen Ausweg mehr.

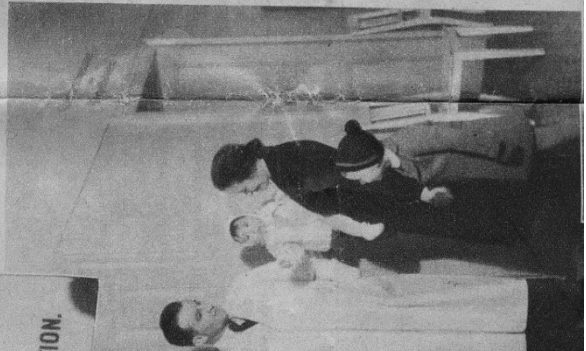
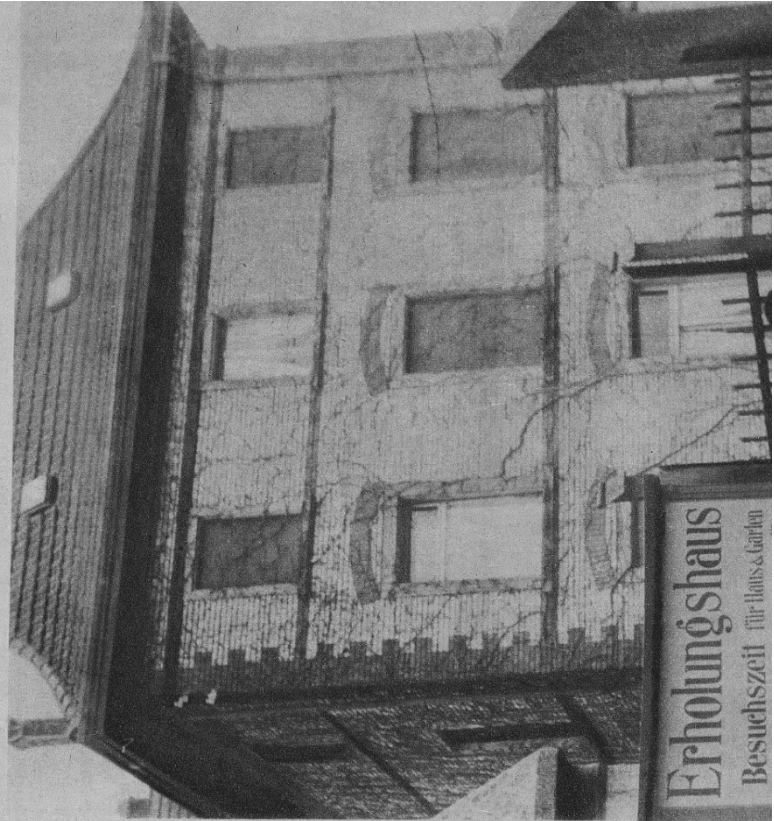
Der Arzt, der einen solchen Patienten in Spitalbehandlung hat, er kennt sehr bald an seinem Wesen, mehr noch an dem unbefriedigenden Spitalschnitt der Versorgung, daß da irgend etwas nicht stimmt. Er ist nicht, wie es früher bei dem Hausarzt der Fall war, über die privaten Verhältnisse des Kranken orientiert, aber er erblickt in dieser Kenntnis einen wichtigen Faktor für eine erfolgreiche Behandlung.

Hier nun legt die Tätigkeit und Zusammenarbeit der Spitalfürsorgerin mit dem Arzt ein. Durch ihn als Stationsarzt und durch die Oberpfleger werden ihr jene Kranken angewiesen, die aus irgendeinem Grunde offenbar der Fürsorge bedürfen. Ihre Aufgabe ist es, mit feinem Takt und Verständnis, ihr Vertrauen zu gewinnen, ihren Sorgen auf die Spur zu kommen. Oft liegen sie auf der Hand: Mangel an geliebten Mitmenschen, Sorgen um Haushalt und Familie, um die Erbschaft, oft sind sie komplizierterer Art, innere Zerrwürnisse, Mutlosigkeit, Willensschwäche.

Da weiß eine fröhliche Mutter die Kinder dabei ohne Pflege und Aufsicht, hier sind die Interessen eines Verunfallten bei der Versicherung nötig, eine Probebeile zu beschaffen, Angehörige müssen benachrichtigt, die Verbindung mit Wohlfahrtsinstituten aller Art muß aufgenommen werden. Der Erfolg über die Spitalbehandlung hinaus ist zu liefern, was z. B. durch Diätbeschlüsse, Kuren aller Art, Kontrollbesuche geschieht.

Tätige Hilfe um Vermittlung ist unablässig bemüht. Schwerefälle aus dem Wege zu räumen, freundliches, verständnisvolles Eingehen auf den Patienten sucht seine le-

istige Verfassung günstig zu beeinflussen. — Der Erfolg bleibt selten aus. Er ist für rührender, günstigen Verlauf einer Krankheit unumtritt, so daß in Spitälern, in denen Fürsorgerinnen bereits ihr legendäres Amt in enger Verbindung mit Ärzten und Schwestern ausüben, diese nicht mehr auf ihre Mitarbeit verzichten wollen. (Aufnahmen aus den Sitzungen der Zürcher Universitätsklinik.)



Persönliche Erklärung Einzelarbeit

Erklärung des/der Studierenden zur Bachelorarbeit

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Senn Dyan

Bachelorarbeit:
(Titel)

Psychosoziale Belastungen durch Erstelternschaft
Über salutogenetisch orientierte Methoden in der Spital-
sozialarbeit mit (werdenden) Eltern

Abgabe
(Tag, Monat, Jahr)

02. Juni 2020

Hiermit bestätige ich, dass ich die oben genannte Bachelorarbeit selbständig verfasst habe.

Wörtliche Zitate und Paraphrasierungen sind durch die Angabe der entsprechenden Quellen gekennzeichnet.

Ort, Datum:

Unterschrift:

██████████, 02. Juni 2020
