



**Forschung • Entwicklung • Transfer**

Nürnberger Hochschulschriften  
Nr. 72

**Kozjak–Storjohann, Beatrix  
Brendebach, Christine**

**Krisenkommunikation bei perinatalem Kindsverlust  
Entwicklung eines Praxisleitfadens für Gesundheitsfachkräfte**

2023

## **Forschung, Entwicklung, Transfer – Nürnberger Hochschulschriften**

Die Nürnberger Hochschulschriften zu „Forschung, Entwicklung, Transfer“ sind eine lose Hochschulreihe der Evangelischen Hochschule Nürnberg zur Publikation von Vorträgen, Artikeln und Projektberichten. Auch herausragende Qualifizierungsarbeiten von Studierenden können in gekürzter Fassung veröffentlicht werden. Die Online-Reihe soll dazu dienen, das Profil der Forschung und Entwicklung an der Hochschule nach innen und außen zu kommunizieren und die breite Expertise der Mitglieder der Hochschule deutlich zu machen.

Evangelische Hochschule Nürnberg  
Bärenschanzstraße 4  
90429 Nürnberg

[www.evhn.de](http://www.evhn.de)

Beatrix Kozjak-Storjohann & Christine Brendebach

Krisenkommunikation bei perinatalem Kindsverlust  
Entwicklung eines Praxisleitfadens für Gesundheitsfachkräfte

Nürnberg, 2023

Zitiervorschlag:

Kozjak-Storjohann, B. & Brendebach, C. (2023): Krisenkommunikation bei perinatalem Kindsverlust. Entwicklung eines Praxisleitfadens für Gesundheitsfachkräfte. *Forschung, Entwicklung, Transfer – Nürnberger Hochschulschriften, Nr. 72*. Nürnberg: Evangelische Hochschule Nürnberg. doi: 10.17883/fet-schriften72.

<i>Grundlegende Aspekte zur Kommunikation</i>	<u>6</u>
<i>Kommunikation in Gesundheitseinrichtungen</i>	<u>7</u>
<i>Kommunikation als Instrument klinischer Krisenintervention</i>	<u>8</u>
<i>Perinataler Tod eines Kindes als Krisenereignis im klinischen Setting</i>	<u>9</u>
<i>Stationäre Aufnahme und Geburtseinleitung</i>	<u>10</u>
<i>Konfrontation mit bedeutungsvollen Entscheidungen</i>	<u>11</u>
<i>Geburtsvorbereitung auf eine aversiv-ungeplante Entbindung</i>	<u>13</u>
<i>Begleitung und Anleitung im Erleben von Geburt und Abschied</i>	<u>14</u>
<i>Die stationäre Entlassung</i>	<u>15</u>
<i>Krisenkommunikation im klinischen Setting realisieren</i>	<u>16</u>
<i>Fazit</i>	<u>21</u>
<i>Literatur</i>	<u>22</u>

## Krisenkommunikation bei perinatalem Kindsverlust

### Entwicklung eines Praxisleitfadens für Gesundheitsfachkräfte

Der frühe Tod eines Kindes stellt für das multiprofessionelle Team einer Geburtsklinik eine besondere Herausforderung dar. Trotz medizinischer Fortschritte kann das frühe Sterben eines Kindes auch im 21. Jahrhundert nicht immer verhindert werden. Perinatale Sterblichkeit bezeichnet die Sterblichkeit von Neugeborenen während der Geburt und in den ersten sieben Lebenstagen und schließt Totgeburten mit ein<sup>1</sup>. Totgeburt wird laut § 31 Personenstandsverordnung klassifiziert bei intrauterin verstorbenem Kind ab 500 Gramm Geburtsgewicht und gewichtsunabhängig nach der 24. Schwangerschaftswoche (SSW). Die Zahl totgeborener Kinder steigt seit 2007 wieder an. Sie lag bezogen auf 1.000 Lebendgeburten 2021 bei 4,3, das sind 3.422 Totgeburten. Im selben Jahr starben im ersten Lebensjahr 2.368 Kinder.<sup>2</sup> Die Zahl medizinisch begründeter Schwangerschaftsabbrüche zwischen 12. und 21. SSW lag bei 2.358. Die Zahl der Interruptiones nach der 22. SSW lag bei 728.<sup>3</sup> Gleichzeitig steht jede Zahl für eine tiefe individuelle Betroffenheit. Perinatale Verlusterfahrungen sind als „unerwartetes, unerklärliches und potenziell traumatisches Ereignis“ charakterisiert.<sup>4</sup> Betroffene Frauen zeigen eine erhöhte Rate an depressiven Symptomen, posttraumatischem Stress, Suizidgedanken, Angst, Panik und Phobien. Sie leiden unter Identitätsverlust, Schuld- und Schamgefühlen und beschreiben soziale Stigmatisierung, Isolation und Ausgrenzung.<sup>5</sup> Folgeschwangerschaften sind in vielen Fällen von psychischen Problemen gekennzeichnet.<sup>6</sup> Für nachfolgend geborene Kinder besteht das Risiko einer desorganisierten Bindung, falls die Mutter noch ungelöste Trauer in sich trägt.<sup>7</sup> Für Betroffene können erhebliche ökonomische Belastungen durch direkte und indirekte materielle Kosten etwa durch Bestattung und Verdienstausschlag entstehen.<sup>8</sup> Die weitreichenden Auswirkungen und Folgen sind der Grund, weshalb perinataler Kindsverlust als kritisches Lebensereignis zu werten ist, welches das Potential besitzt, eine längerfristige, tiefergehende psychische Krise auszulösen.<sup>9</sup> Das Ambiente und die Art der Begleitung im Rahmen des klinischen Aufenthalts zur Geburt haben einen großen Einfluss auf betroffene Frauen/Eltern.<sup>10</sup> Das Verhalten sowie die Worte der

---

<sup>1</sup> Kurth 2015:104

<sup>2</sup> Statistisches Bundesamt (1)

<sup>3</sup> Statistisches Bundesamt (2)

<sup>4</sup> Gandino et al. 2019: 65

<sup>5</sup> Keeble et al. 2018: 1629

<sup>6</sup> Fuchs 2021: 21

<sup>7</sup> Keeble et al. 2018: 1629

<sup>8</sup> Heazell et al. 2016: 604

<sup>9</sup> Filipp/Aymanns 2018:28

<sup>10</sup> Kingdon et al. 2015: 215; Gandino et al. 2019: 65-66

Durchgängig sind in Ein- und Mehrzahl die Bezeichnungen Frau/Eltern geführt. Aufgrund der spezifischen Erfahrung von Schwangerschaft, Geburt sowie der körperlichen Involviertheit wird der Begriff Frau konstant gewählt. Eingeschlossen sind Menschen, die unabhängig von ihrer Ge-

anwesenden Fachkräfte beeinflussen nicht nur das aktuelle Erleben, sondern haben auch langfristige psychologische Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen. Negative Folgen perinataler Verlusterfahrungen können durch eine einfühlsame Haltung des klinischen Betreuungspersonals sowie individualisierte Versorgung gemildert werden.<sup>11</sup>

Das Erleben von guter Kommunikation ist laut National Bereavement Care Pathway der Schlüssel für eine gelungene (Trauer-)Begleitung.<sup>12</sup> Doch was genau ist *gute Kommunikation*? Entsprechende Hinweise bleiben in der Literatur meist im Allgemeinen. Häufig verwendete Schlagworte sind die Attribute *wertschätzend* und *empathisch* (meist bezugnehmend auf die Gesprächshaltung nach Rogers<sup>13</sup>). Konkrete Empfehlungen zur praktischen Umsetzung bleiben in der Regel offen.

Der vorliegende Artikel widmet sich der gesundheitsbezogenen Kommunikation in diesem speziellen Bereich der Geburtshilfe. Er fokussiert zwei Berufsgruppen, die einen Großteil der Betreuung im medizinischen und psychosozialen Bereich übernehmen: Hebammen und Pflegefachkräfte. Dargelegt sind die spezifisch ermittelten Ziele mündlicher Krisenkommunikation bei perinatalem Kindsverlust im klinischen Geburtssetting. Sie ordnen sich der Hauptfragestellung unter und sind unterteilt in:

- Krisenerleben reduzieren (Hauptziel)
- Entscheidungsfindung unterstützen
- Vorbereiten auf Geburt und Abschied
- Anleiten und Begleiten von Wehen, Geburt und Abschied

Die Frage nach der Erreichbarkeit dieser Ziele führt zur Analyse rhetorischer Verfahren der Gesprächsgestaltung. Die Ergebnisse sind im praxisbezogenen Kontext dargestellt und in einem zweiteiligen Leitfaden synthetisiert. Dieser Praxisleitfaden soll Fachkräfte in der Praxis unterstützen, die Ziele mündlicher Krisenkommunikation besser zu erreichen und dadurch betroffene Frauen/Eltern zu unterstützen. Sicherheit im Umgang mit derartigen Krisensituationen stärkt zudem die Selbstwirksamkeit und Fachkompetenz von Gesundheitsfachkräften am Arbeitsplatz und fördert dadurch deren Zufriedenheit im beruflichen Wirkungskreis.

---

schlechtsidentität aufgrund ihrer Körperlichkeit die Voraussetzungen erfüllen, Schwangerschaft und Geburt zu erleben. Der Begriff Eltern impliziert Vaterschaft und summiert alle Formen biologischer und sozialer Elternschaft, unabhängig von geschlechtlicher Zuschreibung.

<sup>11</sup> Rådestad et al. 2009: 422; Heazell et al. 2016: 604; Ingrisch/Berth 2022: 153;

<sup>12</sup> National Bereavement Care Pathway 2020: 4

<sup>13</sup> Weinberger 2013:34-39

## Grundlegende Aspekte zur Kommunikation

Kommunikation ist der Austausch von Informationen in geschriebener und gesprochener Form. Es ist eine wechselseitig dialogische Übermittlung von Botschaften, die sich in einem komplexen System, unter Zuhilfenahme von Zeichen, Symbolen und Körperbewegungen wie Artikulation, Gestik, Mimik sowie Berührung, vollzieht.<sup>14</sup> Im Zusammenspiel dieser verschiedenen Faktoren entsteht ein Code und Sprache formt sich. Sprechen ist eine „Symbiose aus der Persönlichkeit mit ihrer Kommunikationsbiografie und ihren kommunikativen Haltungen, der jeweils aktuellen Stimmung, den Körperausdruck, der Atmung, Stimme, Sprechtechnik und den Inhalten und ihrer Struktur“.<sup>15</sup> Im lateinischen Wortursprung bedeutet *communicare* – etwas (im Sinn einer Aufgabe) zur gemeinsamen Sache machen, sich gegenseitig teilnehmen lassen (ein gemeinsamer Gegenstand, Wert oder Inhalt wird dabei mitgedacht).<sup>16</sup> Kommunikation ist demnach auf zwischenmenschliches Miteinander ausgerichtet, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen. Folgt man dem lateinischen Ursprung des Wortes *conversatio*, ist Miteinander-sprechen eine Zuwendung, ein Sich-Miteinanderdrehen. Interpersonelle Kommunikation ist demnach nicht geradlinig, sondern vollzieht sich zirkulär in einem Netzwerk aus Wechselbeziehungen, die von Wechselseitigkeit geprägt sind.<sup>17</sup> Rhetorik bedeutet traditionell die Kunst des guten Sprechens. Moderne Rhetorik subsumiert in Theorie und Praxis die Kommunikationsformen Rede und Gespräch. Gesprächsrhetorik beschreibt, analysiert und entwickelt dialogische kommunikative Prozesse sowie Verfahren, Methoden und Instrumente zur Gesprächsgestaltung.<sup>18</sup> Gespräch als Prototyp mündlicher Kommunikation ist folglich eine intentionale, wechselseitige Verständigungshandlung zwischen zwei oder mehreren Personen, die gemeinsam Sinn (i.S.v. Erkenntnis) konstituieren.<sup>19</sup> Auf diese Weise bringt der Mensch individuelle Vorgänge des körperlichen, emotionalen und kognitiven Erlebens mittels Töne, Laute und gesprochene Sprache zum Ausdruck.<sup>20</sup> Gesprochene Selbstmitteilungen beeinflussen das Denken. Heinrich von Kleist beschreibt die besondere Wirkung des Sprechens auf den Denkprozess bereits in einem Aufsatz von 1805/06. Sinngemäß ver helfe alleine das sprachliche Ausformulieren ungeklärter Sachverhalte, selbst gegenüber einer einfältigen Person dem Denken zu mehr Klarheit.<sup>21</sup> Kommunikation ist „ein unabdingbares Medium für jedes zwischenmenschliche Miteinander und Voraussetzung für Überleben und Daseinsbewältigung sowohl des Einzelnen als auch der Gemeinschaft. Sie begleitet Menschen von der Wiege bis zur Bahre [...]“.<sup>22</sup>

---

<sup>14</sup> Heilmann 2022: 72–73; Rogall-Adam et al. 2011:17

<sup>15</sup> Pabst-Weinschenk 2011b: 78

<sup>16</sup> Rogall-Adam et al. 2011:16; Bartsch 2001: 34

<sup>17</sup> Meyer 2011: 45

<sup>18</sup> Heilmann 2022: 137; Bose/Hannken-Iljjes 2017 (Onlinedokument ohne Seitenzahl)

<sup>19</sup> Heilmann 2022: 52

<sup>20</sup> Schröder 2019: 57

<sup>21</sup> Pabst-Weinschenk 2011a: 66-67

<sup>22</sup> Schröder 2019: 56

## *Kommunikation in Gesundheitseinrichtungen*

Kommunikation zählt zu den einflussreichsten Interventionen im Gesundheitswesen und ist als Wirkfaktor anerkannt.<sup>23</sup> Sprache ist „das zentrale Medium, um medizinisches Wissen herzustellen, zu systematisieren, zu tradieren und auszutauschen“.<sup>24</sup> Die Auswertung der ambulanten und stationären Statistik von Krankenhausbehandlungen zeigt, dass 25 bis 80 Prozent der Fehler mit Schäden für Patienten sowie Belastungen für Behandelnde, auf vermeidbare Defizite in der Kommunikation zurückzuführen sind.<sup>25</sup> Nahezu alle formalen Prozesse und Interaktionen sind von Sprache und spezifischen Kommunikationsformen determiniert. Kommunikation flankiert Behandlungsmaßnahmen und prägt die strukturellen Abläufe medizinischer Versorgung. Anlassbezogen wird beiläufig<sup>26</sup> oder zielgerichtet kommuniziert. Charakteristisch sind die kommunikativen Interventionen: Anleitung, Aufklärung, Beratung und Informieren.<sup>27</sup> Dabei geht es darum (neues) Wissen zu vermitteln, Wissenslücken zu schließen, Wissensunterschiede abzubauen und vorhandene Wissensbestände umzustrukturieren.<sup>28</sup> Auf diese Weise geschieht sprachlich Partizipation in der medizinischen Versorgung.

Sprechsituationen sind grundsätzlich situativ gesteuert, einzigartig und nicht wiederholbar.<sup>29</sup> Sie werden leibhaftig, d.h. über den Körper<sup>30</sup> und durch Personen mit deren charakteristischen Eigenheiten, Kommunikationsnarben und Ausdrucksformen vollzogen.<sup>31</sup> Sie sind sprachgebunden, d.h. realisieren sich nur mit einem gemeinsamen Vorrat sprachlicher Zeichen.<sup>32</sup> Sprechsituationen sind auch formbestimmt. Sprachliche Formvorgaben, d.h. Rituale wie Begrüßen, Danken, Kondolieren korrespondieren dabei mit der Formebene der jeweiligen Situation, d.h. den Rollen der beteiligten Personen, sowie den anstehenden Handlungen und ausgeführten Tätigkeiten.<sup>33</sup> Um die vielfältigen Sprechsituationen im Klinikalltag zu gestalten verwenden Fachkräfte bewusst und unbewusst rhetorische Methoden und Verfahren der Gesprächsgestaltung, wie bewusstes Setzen von Sprechpausen oder Fragetechniken. Eine besondere Herausforderung stellt die sprachliche Begleitung von Menschen in krisenhaften Belastungssituationen dar.

---

<sup>23</sup> Schröder 2019: 56-57

<sup>24</sup> Lakushevich et al. 2017: 423

<sup>25</sup> Aktionsbündnis Patientensicherheit 2017 in Schröder 2019: 57-58

<sup>26</sup> Kocks et al. 2017: 286-287

<sup>27</sup> Segmüller et al. 2017: 8-10

<sup>28</sup> Geißner 1982: 141-142

<sup>29</sup> Geißner 1982: 27-39

<sup>30</sup> Geißner 1982: 75-86

<sup>31</sup> Geißner 1982: 40-49

<sup>32</sup> Geißner 1982: 50-66

<sup>33</sup> Geißner 1982: 67-74

## *Kommunikation als Instrument klinischer Krisenintervention*

Klinische Einrichtungen sind prädestinierte Orte, an denen Menschen gesundheitsbezogenen Krisen erleben. Krisen entstehen durch Bedrohung oder Überforderungen sowie durch Verlust oder erlittene Schädigung mit/ohne irreversible Folgen.<sup>34</sup> Der Begriff Krise weist aufgrund fehlender, allgemein gültiger Klassifikation eine gewisse Unschärfe auf.<sup>35</sup> In dieser Arbeit ist Krise definiert als ein Zustand psychischer Belastung, der sich deutlich von der üblicherweise vorherrschenden Befindlichkeit abhebt. Ein Zustand, der kaum mehr erträglich scheint und zu einer emotionalen Destabilisierung führt. Die widerfahrenen Ereignisse und Erlebnisse stellen die bisherigen Lebensgewohnheiten und -umstände sowie persönliche Ziele massiv infrage oder lassen diese unmöglich sein bzw. erscheinen. Die veränderte Situation verlangt nach Lösungen, die mit den bisher verfügbaren und selbstverständlichen Möglichkeiten der Problemlösung oder Anpassung nicht bewältigt werden können.<sup>36</sup>

Die Beschreibung grenzt psychiatrische Notfälle<sup>37</sup> und psychische Krisen, die langfristig im Verlauf nach einem kritischen Lebensereignis auftreten, ab.<sup>38</sup>

Neurobiologisch verankert sind die Krisenreaktionen „flight“ (Flucht, Vermeidung), „fight“ (Angriff, Selbstbehauptung), „freeze“ (Unterwerfung, Erstarrung).<sup>39</sup> Sie gehen einher mit vielfältigen Begleiterscheinungen wie Körperreaktionen (beschleunigte Atmung, Herzklopfen, Schwindel), intensiven Emotionen (Aggression, Angst, Trauer) und kognitiven Veränderungen (Denkblockaden, Konzentrationsstörungen, Einschränkungen der Auffassungsfähigkeit). Individuelles Stresserleben zeigt sich über vier inkongruente<sup>40</sup> Kommunikationsmuster: Ablenken vom Thema (kritische Situation ignorieren), Anklagen (eigene Schwäche überspielen), Beschwichtigen (Versuch, bedrohliche Situation zu harmonisieren) und Rationalisieren (bedrohliche Situation mit dem Intellekt fassen).<sup>41</sup>

Die Vorhersehbarkeit von Ausprägung und Intensität einer akuten Krise ist nicht pauschal anlassgebunden. Zu erwartende Reaktionen sind nicht verlässlich prognostizierbar. Das Management psychischer Krisensituationen ist stets ein einmaliges Interventionsgeschehen, das darauf abzielt, die betroffene Person individuell zu unterstützen. Musterlösungen gibt es nicht.<sup>42</sup> Fachliche Unterstützung bieten anlass- und professionsbezogenen Kriseninterventionskonzepte wie SPIKES<sup>43</sup> oder BELLA.<sup>44</sup> Unabhängig von Konzeptionalisierung müssen Art und Ablauf der

---

<sup>34</sup> Ortiz-Müller et al. 2021: 55–56

<sup>35</sup> Aguilera 2000; Sonneck 2000; Hofer-Moser et al. 2020; Ortiz-Müller et al. 2021

<sup>36</sup> Dross zitiert in Keupp 2021: 38–39

<sup>37</sup> Hofer-Moser et al. 2020: 17

<sup>38</sup> Filipp/Aymanns 2018:28

<sup>39</sup> Ortiz-Müller et al. 2021: 57 / 59

<sup>40</sup> Inkongruent i.S.v. Ausblenden von Bewusstseinsanteilen, um die Situation erträglicher zu erleben.

<sup>41</sup> Plate 2015: 35–40

<sup>42</sup> Pajonk/D' Amelio 2013: 469

<sup>43</sup> Ein Breaking-Bad-News Modell für Ärztinnen/Ärzte der Onkologie, Baile et al. 2000

<sup>44</sup> Ein allgemeines, berufsgruppenübergreifendes Konzept von Sonneck, Sonneck 2000: 96–101



Krisenintervention stets adaptiv an die individuellen und situativen Gegebenheiten angepasst werden. Im Allgemeinen haben Menschen in Krisen ein Bedürfnis nach Prägnanz, Klarheit und Kongruenz im Sinne von Stimmigkeit.<sup>45</sup>

Ein wesentlicher Faktor zur Reduktion des Krisenerlebens ist das In-Beziehung-gehen. Rogers postuliert, dass „wirkliche Veränderung durch Erfahrung in einer Beziehung zustande kommt“.<sup>46</sup> Diese Attribute realisieren sich in der Wechselseitigkeit der Kommunikation einer zwischenmenschlichen Beziehung. Die persönliche Beziehung zu einer authentisch agierenden Fachkraft erleichtert es Betroffenen persönliche Nöte und Sorgen anzusprechen. Sprache ist in Krisen ein wichtiges Instrument. Sie vermag das im Inneren Unfassbare zu fassen. Im Akt der Versprachlichung spricht der Mund das Unvorstellbare aus.<sup>47</sup> Bedrohlich verunsichernde Gefühle und Gedanken erhalten Raum. Selbstgesteuert kann sich in bruchstückhaften Worten oder redeschwallartig eine Realitätsanpassung vollziehen, die zur Reduktion des Stresserlebens beiträgt.

Krisenerleben wird auch vom Verhalten sowie der Wortwahl, Sprechgeschwindigkeit und Artikulation der Fachkraft beeinflusst. Ruhiges und besonnenes Agieren, verständliche Formulierungen mit unmissverständlichen Worten, reduziertes Sprechtempo und deutliche Aussprache erhöhen nicht nur die Verständlichkeit sprachlich vermittelter Inhalte, sondern bieten Sicherheit und wirken beruhigend.

## Perinataler Tod eines Kindes als Krisenereignis im klinischen Setting

Perinataler Kindsverlust eint die Krisenanlässe Bedrohung, Überforderung, Verlust, Schädigung mit irreversiblen Folgen. Betroffene sind mit einem aversiven, unumkehrbaren Ereignis konfrontiert, das bezogen auf die eigene Biografie meist ein singuläres Geschehen ist. Eltern und Fachkräfte haben im Rahmen der klinischen Geburt nur eine Chance, es „richtig zu machen“, damit im denkbar schlimmsten Szenario die bestmögliche Betreuung angeboten sowie der bestmögliche Umgang ermöglicht wird.<sup>48</sup> Der Kontakt zum Kind nach der Geburt ist ein einzigartiges und nicht zu wiederholendes Ereignis.<sup>49</sup>

Der Klinikaufenthalt ist determiniert von den Versorgungsstrukturen der prä-, peri- und postpartalen medizinischen Behandlung.<sup>50</sup> Die folgende Abbildung markiert kommunikationsrelevante Stationen innerhalb der Zeitachse eines klinischen Aufenthalts. In Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Diagnosestellung sowie körperbezogenen Faktoren kann die Zeit zwischen den Punkten wenige Stunden z.B. bei intrauterin verstorbenem Kind mit spontanem

---

<sup>45</sup> Pawlowski 2001: 147

<sup>46</sup> Plate 2015: 52 zitiert Rogers 1973: 46

<sup>47</sup> Sauerwald et al. 2011: 140

<sup>48</sup> Downe et al. 2013: 3

<sup>49</sup> Downe et al. 2013: 214

<sup>50</sup> Meier-Magistretti et al. 2019: 53

Wehenbeginn, bis zu mehreren Wochen z.B. bei längerem Klinikaufenthalt wegen drohender Frühgeburtlichkeit mit finaler Todesfolge, betragen. Während der Zeitspanne gibt es verschiedene Entscheidungen, die von der Frau bzw. den Eltern zu treffen sind. Die Zeitpunkte, in denen eine Entscheidung getroffen und revidiert werden kann, variieren. Die Variabilität ist durch die gestrichelt weiße Linie veranschaulicht.

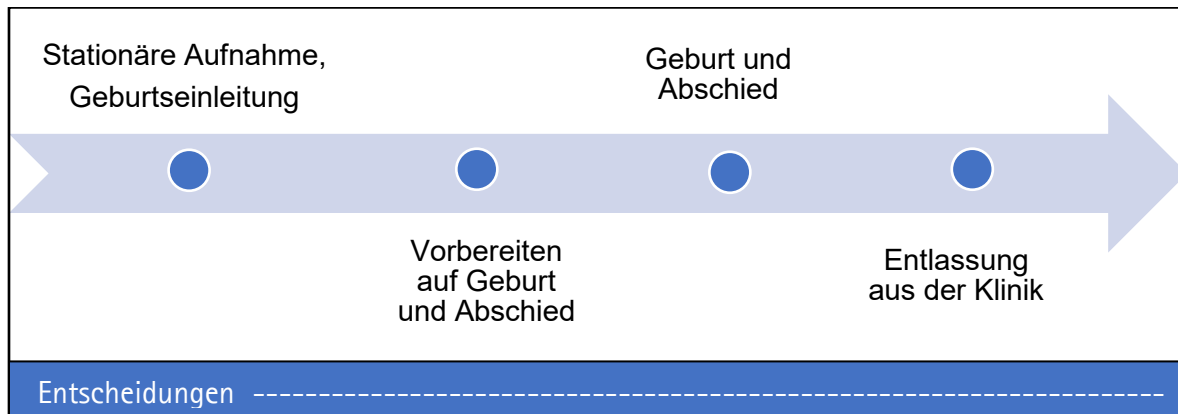


Abbildung 1 Zeitachse des Krisenerlebens bei perinatalem Kindsverlust (eigene Darstellung).

Schwerpunkte im Versorgungssetting aus krisenkommunikativer Perspektive werden im Folgenden näher beleuchtet.

### *Stationäre Aufnahme und Geburtseinleitung*

Die stationäre Aufnahme zur Geburtseinleitung oder der Entschluss, die Schwangerschaft bzw. das Leben des Kindes zu beenden, ist für die meisten Menschen ein krisenauslösendes Ereignis. Das instinktiv verankerte Reaktionssystem (flight / fight / freeze) ist aktiviert. „Der erste Eindruck zählt, der letzte bleibt“, lautet ein Sprichwort und tatsächlich spielt eine freundliche Begrüßung mit namentlicher Vorstellung eine wichtige Rolle. Das Zeigen der Räumlichkeiten mit Erklärungen zu Essens- und Besuchszeiten sowie der technischen Ausstattung tragen dazu bei, dass eine angenehme und geschützte Atmosphäre geschaffen wird.<sup>51</sup> Satzbausteine wie *Ich hoffe, dass Sie sich trotz der Umstände hier wohlfühlen!* unterstreichen dies. Routine Informationen, wie *Sie können jederzeit die Rufanlage bedienen* und Smalltalk, wie *Haben Sie in der Anmeldung lange warten müssen?* tragen als kommunikative Intervention zur Normalisierung<sup>52</sup> der Situation bei und reduzieren das Krisenerleben. Es ist eine große emotionale Herausforderung, sich entgegen des geplant beglückenden und freudigen Ereignisses mit dem Tod des Kindes auseinanderzusetzen. Die Frau/Eltern ist/sind gezwungen, sich zeitgleich mit verlustbezogenen Emotionen (wie Trauer, Verzweiflung) und geburtsbezogenen Gefühlen (wie Angst vor Wehenschmerz und Bereitschaft

<sup>51</sup> Ahrendt 2020: 105

<sup>52</sup> Rohde et al. 2017b: 20-21

Sich-zu-öffnen) auseinanderzusetzen.<sup>53</sup> Die Forderung nach einem Kaiserschnitt in Vollnarkose und der Wunsch, *den Alptraum möglichst schnell hinter sich zu bringen*, sind typische Erstreaktionen.<sup>54</sup> Ein großer Teil der Frauen kommt unvorbereitet zur stationären Aufnahme. Der Informations- und Beratungsbedarf v.a. zu den bevorstehenden Abläufen ist meist hoch. Neben dem physischen und psychischen Zustand ist daher auch der Wissensstand der Patientin zu klären. Vorwissen ist über Fragen zu ergänzen bzw. zu korrigieren, ggf. sind bestehende Geburtserfahrungen zu besprechen.<sup>55</sup> Betroffene sind oftmals fragend und stellen dennoch keine Fragen, da sie nicht wissen, *welche* Fragen es gibt. Wiederholtes, proaktives auf die Betroffenen Zugehen bereitet die Basis, damit Fragen und individuelle Bedarfe klar sowie Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden können.<sup>56</sup> Das Aktive Zuhören kann hierbei methodisch eingesetzt werden und verstärkt durch den erzeugten Effekt des *Gehört-werden* das Ankommen.

### ***Konfrontation mit bedeutungsvollen Entscheidungen***

Ungeachtet des Wunsches nach *schneller Befreiung* folgt im klinischen Setting bedingt durch die medikamentöse Geburtseinleitung meist eine Zeit des Wartens und des Abwägens von Entscheidungen. Faktoren, die Entscheidungen beeinflussen, sind vielgestaltig und entstammen dem persönlichen, sozialen, kulturellen und religiösen Kontext. Im Kontext perinataler Sterblichkeit sind es Entscheidungen zu Geburtsort, Geburtsmodus, Schmerzbehandlung, Kontakt zum Kind, Abschieds- und Erinnerungsgestaltung, die es sorgfältig zu überdenken gilt.<sup>57</sup> Es geht darum, Entscheidungen zu treffen, deren Konsequenzen Frauen/Eltern ein Leben lang tragen können bzw. müssen. Entscheidungen dieser Art erzeugen angesichts der Tragweite und des begrenzten Zeitrahmens Unsicherheit, die das Stresserleben verstärkt. Menschen in Krisen sind aufgrund ihrer Verunsicherung höchst suggestibel und bedürfen entsprechender fachlicher Unterstützung.<sup>58</sup>

Die Prinzipien partizipativer Entscheidungsfindung (shared decision-making) mit wertfreier, gleichwertiger Darstellung von Entscheidungsoptionen sind die Grundlage für begleitende Gespräche.<sup>59</sup> Die anstehenden Entscheidungen mit zeitlicher Terminierung frühzeitig und schriftlich mitzuteilen, bietet Frauen/Eltern die Option, innerhalb der möglichen Bedenkzeit Entscheidungen zu priorisieren. Betroffene können sich zudem mental auf belastende Situationen mit entsprechenden Fragestellungen vorbereiten und einstellen.<sup>60</sup> Die Weitergabe adressatenadaptierter Informationen in print und digital<sup>61</sup> sowie das Reichen eines Klemmbretts

---

<sup>53</sup> Human et al. 2014: 1

<sup>54</sup> Lexa 2017: 24

<sup>55</sup> Kramwinkel et al. 2020: 231–234

<sup>56</sup> Rais Parsi 2020: 555

<sup>57</sup> Familienplanung 2022

<sup>58</sup> Pawlowski 2001: 143–154

<sup>59</sup> Bieber et al. 2016: 195; Scholl 2018: 3

<sup>60</sup> Rohde 2015: 281

<sup>61</sup> Nohl 2011: 111–120; Lisy et al. 2016: 17; Frank et al. 2018: 544; 0

für die Erstellung von Pro- und Kontralisten oder einer Mindmap kann im Beratungsgespräch, den Entscheidungsprozess unterstützen.<sup>62</sup>

Bei Entscheidungsprozessen im Rahmen neonatologischer Intensivmedizin werden interdisziplinär auch standardisierte Verfahren eingesetzt.<sup>63</sup>

Ungeachtet jeder Systematik gibt es Entscheidungen, die *aus dem Bauch heraus* getroffen werden (Abb. 2). Sie sind für die begleitenden Fachkräfte nicht immer nachvollziehbar, aber das ist auch nicht erforderlich. Betroffene sind im Vorfeld darauf vorzubereiten, dass sich bestimmte Entscheidungen durch das Geburtserleben bei der Gebärenden und der begleitenden Person ändern können.

Abbildung 2 Entscheidungen, die bei perinatalem Verlust eines Kindes zu treffen sind.

Zeitraum	Entscheidungen, die je nach persönlicher Lebenssituation und Diagnose von der Frau und der Begleitperson zu treffen sind
<p><b>vor der Geburt</b></p> <p>Wichtig: Vorabinfo über die Möglichkeit der Neubewertung von Entscheidungen durch das Geburtserleben im Rahmen der Geburt und/oder vor der Entlassung möglich (kursiv)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie kann die Betreuung im häuslichen Umfeld organisiert werden?</li> <li>▪ Wie kann die Wartezeit auf die Wehen gestaltet werden?</li> <li>▪ <i>Soll für das Kind etwas gestaltet werden?</i></li> <li>▪ Welche geburtsvorbereitenden Maßnahmen können gewählt werden?</li> <li>▪ Welche beeinflussenden Interventionen bei Wehenschmerz können genutzt werden?</li> <li>▪ Welcher Geburtsort und welcher Geburtsmodus wird bevorzugt?</li> <li>▪ Wer soll bei der Geburt anwesend sein?</li> <li>▪ Wann sollen welche Angehörigen wie informiert werden?</li> <li>▪ <i>Ist Sehen / Berühren / Halten des Kindes nach der Geburt / später gewünscht?</i></li> <li>▪ <i>Sind Handlungen mit dem Kind gewünscht wie Baden, Ankleiden?</i></li> <li>▪ Ist palliative Begleitung möglich? Wenn ja welche Form?</li> <li>▪ <i>Ist die Durchführung einer Nottaufe gewünscht? (nur lebendes Kind)</i></li> <li>▪ <i>Ist die Durchführung einer Segnung gewünscht? (bei totem Kind)?</i></li> <li>▪ <i>Ist eine klinische Abschiedsfeier gewünscht – Wo? Wer soll teilnehmen?</i></li> <li>▪ <i>Sollen Fotos und Abdrücke gemacht werden? Wenn ja, durch wen?</i></li> </ul>
<p><b>im Rahmen der Geburt</b></p>	<p>Neubewertung mit spontaner Planänderung. Situative Bauchentscheidungen im Klinikaufenthalt nachbesprechen oder erneut ändern.</p>
<p><b>nach der Geburt, vor der Entlassung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist die Durchführung einer Obduktion / humangenetische Testung gewünscht?</li> <li>▪ Wird dem Kind etwas aus der Klinikzeit mit gegeben?</li> <li>▪ <i>Soll das Kind den Namen behalten / neuen Namen erhalten?</i></li> <li>▪ <i>Wird Geburtsverlauf und Todesumstände, wenn ja wem mitgeteilt?</i></li> <li>▪ <i>Welche Bestattungsart und welcher Ort wird gewählt?</i></li> <li>▪ <i>Welcher Bestatter wird gewünscht? Wer verständigt ihn?</i></li> <li>▪ <i>Wer übernimmt erforderliche Formalitäten?</i></li> </ul> <p>Gewisse Entscheidungen können auch nach der Entlassung Neubewertet und geändert werden</p>

<sup>62</sup> Sternenkinder 2018; Familienplanung 2022

<sup>63</sup> Bühler et al. 2020; Bieber et al. 2016: 200

### *Geburtsvorbereitung auf eine aversiv-ungeplante Entbindung*

Innerhalb kürzester Zeit müssen sich die Frau/Eltern auf den Umgang mit Wehen, das Erleben einer Geburt, möglicherweise auf die palliative Begleitung und das Sterben des Kindes sowie den Umgang mit dem toten Kind vorbereiten. Hinzukommt, dass im 21. Jahrhundert der frühzeitige Tod eines Kindes nach dem ersten Trimenon nicht einkalkuliert ist. Niemand rechnet mit der Geburt eines toten oder sterbenden Kindes. Die Zahl der Frauen, v.a. der Erstgebärenden, die einen Geburtsvorbereitungskurs vor der 30. SSW abgeschlossen haben, ist aufgrund des empfohlenen Beginns (ab 25.SSW) gering.<sup>64</sup> Geburtsvorbereitung, eines der Haupt-aufgabenfelder außerklinisch tätiger Hebammen, trägt zum Abbau von geburtsbezogenen Ängste bei und hilft dabei eine positive Einstellung zum Geburtsschmerz zu entwickeln.<sup>65</sup> Sie zielt darauf ab, dass Frauen/Eltern informierte Entscheidungen treffen können und fördert bzw. verbessert die Sensibilität der Frau für ihren Körper, ihrer Gefühle und Bedürfnisse. Es werden Ressourcen zur Bewältigung von körperlichen und emotionalen Grenzerfahrungen aktiviert und das Sich-Einlassen auf die Geburt gefördert.<sup>66</sup>

Geburtsvorbereitung bei einem toten oder nichtlebensfähigen Kind hat das mentale und das körperliche Erleben der Frau und ihrer Begleitpersonen im Blick. Anleitung in Form von Enabling aktiviert eine Person durch fachkompetente Vermittlung von Wissen und erforderlichen praktischen Fähigkeiten. In der Anleitungssituation vollzieht sich eine Interventionskombination aus Sprache, handlungsbegleitender Verbalisierung gepaart mit praktischen Übungsanteilen in Gestalt von zielgerichteten Einheiten beispielsweise Atemübungen für die Frau zur Schmerzerleichterung oder Massagetechniken als partnerschaftliche Interaktion.<sup>67</sup> Im Gespräch kann die Methode des Antizipierens, d.h. das Besprechen möglicher Gebärpositionen oder das Verhalten bei Blasensprung Sicherheit vermitteln und Fragen offenlegen. Informationen, dass Gebärende postpartal häufig, auch bei einer Geburt mit traurigem Ende, ein Gefühl der Erleichterung erleben, bereitet auf mögliches emotionales Erleben vor. Unvorbereitet erzeugen derartige Gefühle oftmals Irritation und Schuldgefühle. Die Weitergabe theoretischer Inhalte sowie die praktische Anleitung zielen darauf ab, die Gebärende und ihre Begleiter/in zu befähigen das Geburtserleben aktiv zu gestalten und zu erleben. Die Bereitstellung von Equipment zur Geburt ist eine ergänzende Möglichkeit sich visuell auf die Geburt vorzubereiten. Transportable Gebärmöbel, Bodenmatte oder Pezziball sind bereits vor Wehenbeginn auch außerhalb des Kreißsaals einsetzbar. Mit höchster Sensibilität ist zu prüfen, wann die Platzierung eine unterstützende Maßnahme darstellt.<sup>68</sup>

---

<sup>64</sup> Bayerischer Erziehungsratgeber 2022

<sup>65</sup> Larkin zitiert in Steffen et al. 2020: 596

<sup>66</sup> Krauss-Lembcke/Ahrendt 2020: 355

<sup>67</sup> Segmüller et al. 2017: 10; Rais Parsi 2020: 554

<sup>68</sup> Rohde 2015a: 282; Kozjak-Storjohann/Brendebach 2021: 19

## *Begleitung und Anleitung im Erleben von Geburt und Abschied*

Hebammen und Pflegefachkräfte sind dafür verantwortlich, dass Geburt, Sterbebegleitung und Abschied in einer möglichst angenehmen Atmosphäre, einem geschützten Rahmen stattfinden. Um sich selbst auf die Begleitung vorzubereiten, kann ein Leitsatz hilfreich sein, wie *Die traurigen Umstände kann ich nicht ändern, doch ich kann versuchen, die Frau bestmöglich zu unterstützen*. Eine der Hauptaufgaben begleitender Fachkräfte ist das einfache „Da-Sein“ und das Beobachten der Situation, um frühzeitig bedarfsgerecht intervenieren zu können. Sprachliche Tools in Form von Feedback können zur Stärkung des Selbstvertrauens und Stärkung des Gebärbewusstseins eingesetzt werden, z. B. *Sie machen das sehr gut mit der Atmung!* Ein exemplarischer Satz an die begleitende Person kann lauten *Ihre Massage trägt dazu bei, dass ihre Frau die Wehen so gut beatmen kann*. Sicherheit bietet das Ankündigen von Berührungen im Intimbereich sowie das Abwarten vom Einverständnis der Frau berührt bzw. untersucht zu werden.<sup>69</sup> Geburtsbezogene Informationen z.B. zur Weite des Muttermundes und Bewegungsübungen fördern die aktive Geburtsbeteiligung der Frau. Zur Geburt soll die Frau möglichst nicht allein gelassen werden, ihre Wünsche sind möglichst zu berücksichtigen.<sup>70</sup> Das stille „Dabei-Sein“ der Fachkraft bei Geburt und Abschiednehmen kann eine Atmosphäre der Akzeptanz schaffen, die zugleich Anleitung für die Frau/Eltern ist, mit der Situation, dem sterbenden oder toten Kind umzugehen. Schweigen als Instrument der Gesprächsgestaltung kann aktiv eingesetzt werden. Es ist bewusstes Nicht-Sprechen, verbales Innehalten, um dem Geschehen Raum zu geben. Stille, die durch intuitives Schweigen entsteht, wirkt in den meisten Fällen ebenfalls öffnend. Nach Möglichkeit soll jedem Elternteil ein eigener Zugang zur Abschiedsgestaltung mit entsprechendem Gestaltungsraum geboten werden. Die Möglichkeit, unterschiedliche Umgangsformen zu praktizieren, ist wertfrei vorzustellen. Das Geburtserleben sowie die postpartale Situation kann Entscheidungen, die bereits getroffen wurden, in Frage stellen oder ändern.

In den ersten Augenblicken nach einer Stillgeburt oder bei der Sterbebegleitung ist Erfahrungsberichten zufolge oftmals eine Art „unspezifische Heiligkeit“ im Raum wahrzunehmen. Diese besondere Atmosphäre löst „ehrfürchtige Ergriffenheit und Stauen“ aus und kann dazu führen, dass schmerzliche Gefühle für eine gewisse Zeit völlig abhanden sind.<sup>71</sup>

Wenn gewünscht, stellt bereits das Sprechen der Fachkraft mit dem sterbenden oder verstorbenen Kind die Frau/Eltern eine Anleitung im Umgang mit ihrem Kind dar. *Wenn Sie möchten, zeige ich Ihnen, wie Sie Ihr Kind berühren und halten können. Wir können das aber auch später machen, wenn Sie sich von der Geburt etwas erholt haben*. Im Anleitungsprozess einer Verabschiedung, bei der auch das Halten des toten Kindes gewünscht wird, sind Rückfragen zum Erleben wichtig, um Situationen frühzeitig unterstützen oder abbrechen zu können. Es sind oftmals non-verbale Zeichen, die eine Überforderung der Frau/Eltern signalisieren, wie das Abwenden des Blickes vom Kind oder Zeichen der Nervosität durch körperliche Unruhe. Sensible Formulierungen und Brückenfragen<sup>72</sup> als Überleitung sind zu wählen, um keine Schuldgefühle zu erzeugen, etwa *Sie*

---

<sup>69</sup> Ahrendt 2020: 105–106; Büscher/Sayn-Wittgenstein 2015: 44

<sup>70</sup> Dorn/Rohde 2021: 104–105

<sup>71</sup> Kozjak-Storjohann/Brendebach 2021: 34

<sup>72</sup> Ahrendt 2020: 105–106; Rohde et al. 2017a: 23 / 202

*haben Ihr Kind so schön gehalten. Wenn es für Sie in Ordnung ist, würde ich es jetzt zum Messen und Wiegen mitnehmen. Gerne kann ich es später wieder bringen.*

Berührungen wie das Auflegen der Hand auf die Schulter und bestärkende Sätze, sind sogenannte Strokes, die im Setting der Geburt von Fachkräften meist intuitiv und gezielt zur Bestärkung eingesetzt werden.

Auf die Möglichkeit, das Kind erstmalig oder erneut zu einem späteren Zeitpunkt zu sehen, Erinnerungen (Fotos, Abdrücke) zu gestalten, oder Handlungen mit dem Kind zu vollziehen (Waschen, Ankleiden) ist hinzuweisen.

### ***Die stationäre Entlassung***

Postpartal wird die Frau, je nachdem, wo sich die Geburt ereignete und ob ein operativer Eingriff (Abrasio) erforderlich war, innerhalb der Klinik rückverlegt. Das Ankommen in dem Zimmer, in dem die Wartezeit auf die Wehen, die Wehen und möglicherweise die Geburt stattfand, ist ein besonderer Moment. Er kann Gefühle der Erleichterung auslösen, etwa *Ich habe es geschafft!* oder *Jetzt kann ein Neuanfang beginnen!* Die Gesprächseröffnungen mit einem Gesprächseinstieg, der positive Assoziationen weckt, bietet Orientierung und reduziert das Krisenerleben.<sup>73</sup> Anteilnahme kann über Kondolieren mit einer offenen Frage zum aktuellen Erleben kann lauten *Mein Beileid [Sprechpause] Jetzt haben Sie etwas Großes hinter sich [Sprechpause] Wie fühlen Sie sich?* oder *Ich möchte Ihnen mein Mitgefühl zusprechen [Sprechpause] Sie beide haben das beeindruckend gemeistert!* [Sprechpause] *Wie geht es Ihnen jetzt?* Authentisch kann auch der Satz sein, *Ich möchte meine Anteilnahme zum Ausdruck bringen, obwohl mir im Moment auch die Worte fehlen.* Auch ein gemeinsames Schweigen bei Sprachlosigkeit kann ein Nachgespräch anbahnen.<sup>74</sup> Das Nachfragen, wie die Frau/Eltern die Geburt erlebt haben, bietet die Möglichkeit zum Feedback. Ein reflektierendes Nachgespräch, bestenfalls mit der geburtsbegleitenden Fachkraft, ermöglicht es individuelle Eindrücke zu verifizieren, Missverständnis zu korrigieren sowie die Qualität bzw. die Ergebnisse von Anleitung, Beratung und Begleitung zu sichern.<sup>75</sup> Der sachlich formulierte Hinweis ungenutzte Handlungen mit dem Kind vor der Entlassung zu überdenken, kann sensibel angesprochen werden. Er sollte ohne suggestiven Unterton gegeben werden, um nicht den Eindruck zu erweckt, bei Nichthandeln einen Fehler begehen.

Das klassische Entlassungsgespräch erfolgt in vielen Kliniken durch eine Ärztin oder einen Arzt. Netzwerkkontakte zu Begleitangeboten bei leerer Wiege sowie zur medizinischen und psychosozialen Nachsorge sind zusätzlich in schriftlicher Form mitzugeben. Ein ergänzendes Abschlussgespräch mit der Hebamme oder Pflegefachkraft kann inhaltlich, über gegenseitiges Feedback, zum Erleben den Klinikaufenthalt resümieren. Brückenfragen verbinden dabei individuelles Erleben mit medizinischen Versorgungsaspekten. Mögliche psychosoziale Belastungsfaktoren können antizipiert werden, wie die Rückkehr in die Wohnung mit Möbeln und Kleidung für das Baby oder die Begegnung mit der schwangeren Nachbarin. Individuelle sprachliche und verhaltensbezogene Strategien können im Gespräch gemeinsam entwickelt

---

<sup>73</sup> Caldini wird zitiert in Falkenberg 2015: 81

<sup>74</sup> Queensland Clinical Guidelines 2018: 18; Frank et al. 2018: 541

<sup>75</sup> Rais Parsi 2020: 554; Segmüller et al. 2017: 10

werden. Empfehlung zur tagesaktuellen Planung ermutigen den Weg nach Hause anzutreten, etwa *Heute Abend bestellen Sie sich etwas Feines zu Essen und kuscheln vorm Fernseher oder Überlegen Sie sich doch, ob es Ihnen gut tut ein paar Tage wegzufahren*. Gute Wegbegleiter zur Verabschiedung sind verbalisierte Wünsche, etwa *Von Herzen wünsche ich Ihnen alles Gute, passen Sie gut auf sich auf und sorgen Sie gut für sich!* Ebenso die Weitergabe eines kleinen Geschenkes (Give-away) z.B. ein kleiner Stern oder eine Feder. Derartige Symbole oder eine Kondolenzkarte können für Betroffene ein bedeutsamer Baustein im Erinnern als Teil der Trauerbewältigung sein. Strokes und Rituale dieser Art stellen für Fachkräften zudem ein Instrument der Selbstfürsorge dar. Etwas Mitgeben kann ein Bild für den achtsamen inneren Rückzug sein und dabei helfen, die notwendige professionelle Distanz zu finden bzw. zu bekräftigen. Das Überreichen markiert das Ende der Pflegebeziehung nach einer intensiven Begleitung und das Aus-dem-Fall-treten.<sup>76</sup>

## Krisenkommunikation im klinischen Setting realisieren

Um Krisenkommunikation bei perinatalem Verlust professionell gestalten und als Baustein der Begleitung einsetzen zu können, bedarf es einer hohen Reflexivität der Handlungssituation im dargestellten Sinne.

Ein besonderes Augenmerk liegt bei der Gestaltung der Gesprächsorganisation (wann wird wo, worüber, durch welche Person gesprochen), der Gesprächsstruktur (Eröffnung des Gesprächs, Inhalt, Beenden des Gesprächs) sowie formalen Mitteilungen über weitere, mögliche Gesprächspartner/innen, zum zeitlichen Gesprächsrahmen und dem Setting, wie *„Wir haben eine Stunde Zeit und können die Punkte... besprechen. Hier stehen Taschentücher bereit, denn bei so emotionalen Themen ‚dürfen‘ natürlich Tränen fließen. Wenn Fragen oder Themen offenbleiben, kann die Kollegin heute Nachmittag noch ein Gespräch in der Länge anbieten“*. Ein Glas Wasser oder Lutschpastillen, die am Tisch stehen, bieten Abhilfe bei Mundtrockenheit und ermöglichen, dezente Sprechpausen zu setzen.<sup>77</sup> Kontinuierliche Bemühungen, eine angenehme und geschützte Umgebung, zu schaffen sind wichtig.

Körpernahe und körperbezogene Versorgungsleistungen wie Vitalwertmessung oder Vorlagenkontrolle wirken potenziell gesprächsfördernd. Sie senken die Hemmschwelle von Patientinnen, zu fragen oder regen Fragen an, die zur Klärung der Problem- und Krisensituation beitragen. In vielen Fällen „verabreden“ sich Pflegende und Patientinnen nicht zu einem Beratungsgespräch, sondern Beratung entsteht spontan aus der Situation heraus. Dieses Potenzial darf bzw. soll einkalkuliert und genutzt werden. Fragen, die aus einem Menschen hervorgehen, signalisieren Interesse und Bereitschaft sich aktiv am Versorgungsablauf zu beteiligen und Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen. Kommunikation körpernaher oder körperbezogener Handlungen trägt „ganz nebenbei“ zur Reduktion des Krisenerlebens bei und bahnt den Weg individueller Krisenbewältigung.<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Freund wird zitiert in Huber 2019: 206

<sup>77</sup> Sehouli 2018: 46

<sup>78</sup> Kocks et al. 2017: 279



Neben der Gestaltung des Gesprächsrahmens spielen die Wortwahl<sup>79</sup> sowie die Wahl der Methoden und Tools im kommunikativen Miteinander eine wichtige Rolle. Diese sind stets dem psychischen Zustand der Frau und ihrer Begleitperson anzupassen. Die Wahl der kommunikativen Verfahren, die eine Fachkraft einsetzt, ist von verschiedenen Parametern gesteuert: die medizinische Versorgung mit entsprechend Maßnahmen, der körperliche und seelische Gesundheitszustand, das jeweilige Krisenerleben der beteiligten Personen, aber auch Faktoren wie Sprachverständnis und kultureller Hintergrund. Einige Methoden sind eine Art Multifunktionsstool wie z. B. das Aktive Zuhören. Es unterstützt die kommunikative Kompetenz der Fachkraft in nahezu allen Gesprächssituationen. Ebenso bedeutsam ist das Halten von Augenkontakt als wichtige non-verbale Intervention in kritischen Situationen. Bezogen auf die Qualität und Quantität der sprachlich vermittelten Inhalte bieten die Konversationsmaxime<sup>80</sup> Orientierung – „nicht zu viel, nicht zu wenig, wahrheitsgemäß, relevant und klar“. Pauschal gilt für Krisengespräche langsames und deutliches Sprechen. Wort- und Satzbausteine, die den einzigartigen Sprechsituationen angepasst werden, sind hilfreiche Tools<sup>81</sup>, etwa eine Begrüßungsformel zur stationären Aufnahme *Es ist schwer zu fassen, was geschehen ist. Wir sind an Ihrer Seite und helfen Ihnen!*

Der folgende zweiteilige Praxisleitfaden zeigt auf Grundlage sprechwissenschaftlicher Erkenntnisse zentrale Herangehensweisen. Um Hebammen und Pflegefachkräften die Orientierung zu erleichtern und sich die relevante Versorgungsaspekte zu vergegenwärtigen, wurden hier relevante Komponenten zusammengetragen. Im ersten Teil „Krisenkommunikation bei perinatalem Verlust eines Kindes“ (Abb. 3) sind Faktoren aufgeführt, die Betreuungsaspekte vergegenwärtigen. Im zweiten Teil des Praxisleitfadens „Gesprächssituationen gestalten“ (Abb. 4) sind exemplarisch Methoden und Tools vorgestellt, die unter anderen die Gesprächssituation im kriseninterventiven Setting bei perinatalem Verlust eines Kindes gestalten können. Zur vertiefenden Orientierung sind hier weiterführende Literaturangaben zu den einzelnen Techniken – Aktives Zuhören,<sup>82</sup> Antizipieren,<sup>83</sup> Feedback,<sup>84</sup> Fragen,<sup>85</sup> Normalisieren,<sup>86</sup> Schweigen,<sup>87</sup> Smalltalk,<sup>88</sup> Sprachliche Bausteine<sup>89</sup> und Strokes<sup>90</sup> ausgewiesen. Über Auswahl und Anwendung der rhetorischen Verfahren der Gesprächsgestaltung entscheiden die Gesprächsführenden in Abhängigkeit vom gegebenen Rahmen sowie der eigenen Beratungskompetenzen.

---

<sup>79</sup> Rohde et al. 2017a:202; Schwarz/Stiefel 2020:902

<sup>80</sup> Grice 1993

<sup>81</sup> Büscher/Sayn-Wittgenstein 2015: 44

<sup>82</sup> Backhaus 2020; Hofer 2020; Mantz et al. 2020; Mucksch 2018;

<sup>83</sup> Bloch 2020; Dorn/Rohde 2021; Rohde 2015; Schulz von Thun 1999

<sup>84</sup> Bose et al. 2016; Griebbach/Lepschy 2015; Heilmann 2022; Mantz et al. 2020

<sup>85</sup> Allhoff/Allhoff 2014; Patrzek 2021; Pawlowski 2015; Rohde et al. 2015; Rohde et al. 2017a

<sup>86</sup> Cacciatore/Flint 2012; Catlin/Limbo 2018; Dorn/Rohde 2021; Lisy et al. 2016;

<sup>87</sup> Cathlin/Limbo 2018; Itten 2018; Staudacher 2019; Topf 2010;

<sup>88</sup> Dorn/Rohde 2021; Köhler/ Skorupinski 2011

<sup>89</sup> Cacciatore/Flint 2012; Lisy et al. 2016; Möges 2020; schirmer 2018; Sehouli 2018;

<sup>90</sup> Berne 2012; Ellis et al. 2016; National Bereavement Care 2020



## Praxisleitfaden Krisenkommunikation bei perinatalem Verlust eines Kindes

Der Tod am Anfang des Lebens ist für alle Beteiligten ein „besonderes“ Ereignis. Eltern und Fachkräfte sind vor besondere Herausforderungen gestellt.

### Charakteristika der Situation / Damit sind Fachkräfte konfrontiert:

- **Verlust / Trauer:** Betroffene erleiden einen Verlust und sind in einem Trauerprozess, auch wenn dieser äußerlich nicht erkennbar ist.
- **Krise:** Betroffene erleben, unabhängig von den Todesumständen, eine Krise, die durch den Tod zur „Unzeit“ am Lebensbeginn ausgelöst wird.
- **Krisenreaktionen:** Betroffene erleben Körperreaktionen sowie teils heftige Emotionen, sind kognitiv eingeschränkt und in ihrem Sozialverhalten verändert.
- **Bewältigungsversuche:** Reaktionen und erste Strategien das Geschehen zu verarbeiten sind äußerst individuell und nicht immer nachvollziehbar. Alles darf sein!
- **Wechselhaftigkeit:** Nicht nur Bedarfe und Wünsche, sondern auch Stimmungen, Emotionen, Gedanken, Körpererleben und soziale Interaktionen können öfters wechseln.
- **Einzigartigkeit:** Es gilt, ein auf die Biografie bezogenes, einmaliges Geschehen gemeinsam mit den Betroffenen zu gestalten. Situationen sind nicht wiederholbar und einzigartig. Sie wirken lange nach und bleiben oft ein Leben lang im Gedächtnis.
- **Entscheidungen:** Eine Vielzahl von Entscheidungen mit großer Tragweite sind innerhalb kurzer Zeit zu treffen. Bislang gibt es keine eindeutige Evidenz zum Vorgehen. Das elternzentrierte Fallmanagement kann individuell stützende Lösungen generieren.
- **Kommunikation:** Zentrales Instrument der klinischen Behandlung ist Kommunikation.

### Ziele mündlicher Krisenkommunikation

- Krisenerleben reduzieren
- Entscheidungsfindung unterstützen
- Vorbereiten auf Geburt und Abschied
- Anleiten und Begleiten von Wehen, Geburt und Abschied

Hebammen und Pflegefachkräfte spielen innerhalb des klinischen Versorgungssettings eine äußerst wichtige Rolle. Sie nehmen Einfluss auf das Erleben sowie die Erlebnisverarbeitung betroffener Personen. Da die Begleitung für Fachkräfte in den seltensten Fälle Routine ist, ist eine gezielte Vorbereitung, mit Leitsatz, der durch die Begleitung führt, bewusster Wahl kommunikativer Tools und abschließendem Selbstschutzritual wichtig. Die vorgestellten Empfehlungen stellen eine Ergänzung praxisbewährter Strategien dar.

„Wir können an den traurigen Umständen leider nichts ändern, aber wir versuchen die Umstände hier in unserer Klinik für Sie so gut wie möglich zu gestalten!“

Abbildung 3 Praxisleitfaden Krisenkommunikation bei perinatalem Verlust eines Kindes

## Praxisleitfaden Gesprächssituationen gestalten

Methoden und Instrumente Kommunikation sollten individuell und situationsbezogen gestaltet werden.

**Professionelle Haltung erleichtert die Kommunikation:**

- **Akzeptanz:** Betroffene benötigen oftmals ein Plus an Versorgung, Flexibilität und Zeit.
- **Bereitschaft**, wenn möglich, Sonderaufgaben/Wünsche außerhalb der Routine erfüllen.
- **Haltung:** ehrlich, interessiert, sensibel, vorurteilsfrei und wertschätzend.
- **Neutralität:** bezogen auf Entscheidungsfindung und die Art wie über die Geburt und das Kind gesprochen wird. Es ist auf neutral-wertschätzende Formulierungen zu achten.
- **Sich Einlassen:** je nach eigener Kraft und Fähigkeit mit Frau/Eltern in Beziehung gehen.
- **Sich Schützen:** Nähe-Distanz-Verhältnis im Blick behalten. Die Pflegebeziehung bewusst beenden. Bei Bedarf Intervention / Supervision frühzeitig in Anspruch nehmen.

### Rhetorische Verfahren der Gesprächsgestaltung

**Aktives Zuhören** mit echtem Interesse und dem Ziel, die Erlebenswelt des Gegenübers zu verstehen. Sich-verstanden-fühlen entsteht durch Zeichen der Zustimmung (Lächeln, mit dem Kopf nicken, Lauten wie „ah“), paraphrasieren (mit eigenen Worten, das wiederholen, was verstanden wurde) und dem Ansprechen emotionaler Erlebnisinhalte.

**Antizipieren** bietet Betroffenen die Möglichkeit sich auf Ereignisse vorzubereiten und einzustellen. Praxisbeispiele aus dem beruflichen Erfahrungsfeld können unterstützen.

**Feedback** vermittelt durch sachliche, wertneutrale Rückmeldung Sicherheit und stützt die Selbsteinschätzung.

**Fragen** bahnen Wege. Geschlossene Fragen erzeugen in kurzer Zeit Klarheit. Offene Fragen eröffnen Gesprächsräume. Brückenfragen führen zu anderen Themen.

**Normalisieren** führt über verbale Mitteilungen („es ist normal, dass...“) in die Normalität. Erklärungen zur Entstehung der Symptome und Wiederholungen sind dabei hilfreich.

**Smalltalk** trägt zur Reduktion von Anspannungen bei, indem das Gespräch gezielt auf einen Inhalt gelenkt wird, der emotional nicht aufgeladen ist.

**Schweigen** als kommunikative Kompetenz des Aushaltens einer Situation. Es bringt Ruhe und Stille in Situationen, die eine eigene Wirkung entfalten können.

**Sprachliche Bausteine** sind langsames, deutliches Sprechen mit Pausen, ebenso die klare und eindeutige Vermittlung von Inhalten (nicht zu viel/wenig, prägnant, relevant).

**Strokes** als sprachliche und haptische „Streicheleinheiten“, die über Worte, Gestik, Mimik und Berührung das Wohlbefinden zumindest kurzzeitig fördern.

Abbildung 4 Praxisleitfaden Gesprächssituationen gestalten

## Fazit

Die klinische Versorgung bei perinatalem Verlust eines Kindes beginnt als kontinuierlicher Prozess ab Diagnosestellung, erstreckt sich über den gesamten klinischen Behandlungsverlauf und reicht in die medizinisch-psychosoziale Nachsorge.<sup>91</sup> Hebammen und Pflegefachkräfte kommen betroffenen Frauen im klinischen Geburtssetting ganzheitlich betrachtet sehr nahe. Sie tauchen in deren Lebenswelten ein, werden kurzzeitig selbst Teil dieser unmittelbaren, einzigartigen Momente. Zeit spielt in der Einzigartigkeit der Augenblicke eine wichtige Rolle.<sup>92</sup> Im Rahmen der klinischen Begleitung hat mündliche Kommunikation einen hohen Stellenwert und ist als Wirkfaktor für den Behandlungserfolg anerkannt. Betroffene Frauen/Eltern brauchen Gesundheitsfachkräfte, die *echt* zuhören, zugewandt sind und die jeweilige Person vorurteilsfrei akzeptieren.<sup>93</sup> Eine zentrale Rolle spielt die Fähigkeit einfühlsam zu kommunizieren und dabei das richtige Timing sowie die richtige Sprache zu verwenden.<sup>94</sup> Der positive Effekt der persönlichen Einstellung von Mitarbeitenden, deren Kommunikationsfähigkeit sowie wertschätzende Umgangsformen wirken sich auf das aktuelle Erleben sowie das langfristige Wohlbefinden betroffener Menschen aus.<sup>95</sup>

Es gibt kein *gutes Sprechen* an sich, das für jede Situation gleichermaßen geeignet wäre und auf alle Zielgruppen ausnahmslos positiv wirken könnte.<sup>96</sup> Sprechsituationen sind so einzigartig, wie die Menschen, die sie gestalten. Es kann keine allgemein übertragbare Pauschalempfehlungen geben. Die entwickelten Praxisleitfäden sollen Möglichkeiten der Gestaltung aufzeigen sowie Orientierung und Unterstützung zur Gesprächsführung geben. Durch die Art zu kommunizieren können Mitarbeitenden der Gesundheitsfachberufe dazu beitragen, das Krisenerleben, das Frauen/Eltern durch den frühen Tod ihres Kindes erleben, positiv zu beeinflussen.

---

<sup>91</sup> Lisy et al. 2016; Pullen et al. 2012

<sup>92</sup> Dorn/Rohde 2021: 105

<sup>93</sup> Mucksch 2018: 50-57

<sup>94</sup> Lisy et al. 2016; Cacciatore/Flint 2012; Cacciatore 2010

<sup>95</sup> Ellis et al. 2016; Flenady et al. 2014; Gold 2007; Hughes/Rich 2003

<sup>96</sup> Wagner 2018: 14

## Literatur

- Aguilera, D. C. (2000): Krisenintervention. Grundlagen Methoden Anwendung. 1. Aufl., Hans Huber Verlag Programmbereich Pflege.
- Ahrendt, C. (2020): Beratung und Kommunikation. In: Stiefel et al. 2020:102–141.
- Al-Abtah, J.; Ammann, A.; Andreae, S.; Anton, W.; Bensch, S.; Protz, K. (Hrsg.) (2020): Pflege. 2. korrigierter Nachdruck, Thieme Verlag (I care).
- Allhoff, D.-W. (2001): Schlüsselkompetenz mündliche Kommunikation. Reinhardt Verlag. (Sprache und sprechen, Bd. 37):31–48.
- Allhoff, D.-W.; Allhoff, W. (2014): Rhetorik & Kommunikation. Ein Lehr- und Übungsbuch mit Arbeitsblättern. 16. aktualisierte Aufl., Reinhardt Verlag.
- Backhaus, U. (2020): Personenzentrierte Beratung und Therapie bei Verlust und Trauer (Personenzentrierte Beratung & Therapie); Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (GwG) Bundesgeschäftsstelle.
- Baile, W.F.; Buckman, R.; Lenzi, R.; Glober, G.; Beale, E.A.; Kudelka, A.P. (2000): SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5(4):302–311.
- Bartsch, E. (2001): Was heißt eigentlich Kommunikation? In: Allhoff 2001:31–48.
- Bayrischer Erziehungsratgeber (Hrsg) (2022): Geburtsvorbereitung <https://www.baer.bayern.de/suche/index.php?q=geburtsvorbereitung#/?h=4-PUklkBhq2ogM5akmRL>. Aufgerufen am 22.09.2022
- Berne, E. (2020): Was sagen Sie, nachdem Sie ‚Guten Tag‘ gesagt haben? Psychologie des menschlichen Verhaltens; Fischer Verlag
- Bieber, C.; Gschwendtner, K.; Müller, N.; Eich, W. (2016): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. In: *PPmP – Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66. (2016), Nr. 5:195–207.
- Bloch, E. (2020): Antizipierte Realität – Wie geschieht und was leistet utopisches Denken? Universitätstage, Bd. 1965:5–15. In: *Wissenschaft und Planung*. Reprint 2020, De Gruyter.
- Bose, I.; Hannken-Illjes, K. (2017): Gesprächsrhetorik in der Sprechwissenschaft. ([https://www.academia.edu/26036151/Sprechwissenschaft\\_und\\_Gesprächsrhetorik](https://www.academia.edu/26036151/Sprechwissenschaft_und_Gesprächsrhetorik)). Aufgerufen am 17.08.2022
- Bose, I.; Hirschfeld, U.; Neuber, B.; Stock, E. (2016): Einführung in die Sprechwissenschaft. Phonetik, Rhetorik, Sprechkunst. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Narr Francke Attempto (Narr Studienbücher).
- Bose, I.; Neuber, B. (Hrsg.) (2011): Interpersonelle Kommunikation. Analyse und Optimierung; [Gottfried Meinhold zu seinem 75. Geburtstag]. (Hallesche Schriften zur Sprechwissenschaft und Phonetik 39).
- Bührer, C.; Felderhoff-Müser, U.; Gembruch, U.; Hecher, K.; Kainer, F.; Kehl, S.; Kidszun, A.; Kribs, A.; Krones, T.; Lipp, V.; Maier, R.F.; Mitschdörfer, B.; Nicin, T.; Roll, C.; Schindler, M. (2020): Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit (Entwicklungsstufe S2k, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 024/019, Juni 2020). *Z Geburtshilfe Neonatol.* 2020 Oct;224(5):244–254.
- Büscher, A.; Sayn-Wittgenstein, F. zu (Hrsg) (2015): Expertinnenstandard zur Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).
- Cacciatore, J.; Flint, M. (2012): ATTEND: toward a mindfulness-based bereavement care model. In: *Death Studies*, 36. (2012), Nr. 1:61–82.

- Caplan, G. (1964): Principles of preventive psychiatry. Basic Books New York/London.
- Catlin, A.; Limbo, R. (2018): Interdisciplinary Guidelines for Care of Women Presenting to the Emergency Department With Pregnancy Loss. In: MCN. The American journal of maternal child nursing, 43. (2018), Nr. 1:13–18.
- Cullberg J. (1978): Krisen und Krisentherapie. In: Psychiatrische Praxis (1978), Nr. 5:25–34.
- Dorn, A.; Rohde, A. (2021): Krisen in der Schwangerschaft. Ein Wegweiser für schwangere Frauen und alle die sie begleiten. 1. Aufl, Verlag W. Kohlhammer.
- Downe, S.; Schmidt, E.; Kingdon, C.; Heazell, A. E. P. (2013): Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. In: BMJ open, 3. (2013), Nr. 2.
- Ellis, A.; Chebsey, C.; Storey, C.; Bradley, S.; Jackson, S.; Flenady, V. (2016): Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. In: BMC Pregnancy and Childbirth, 16. (2016), Nr. 1:16.
- Falkenberg, F. (2015): Emotionale Kommunikation und der Wert von Bewertung. In: Teuchert, B. 2015:77–88.
- Familienplanung – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)(Hrsg.) (2022): Stille Geburt. (<https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/fehlgeburt-totgeburt/stille-geburt/#c66123>). Aufgerufen 17.09.2022
- Filipp, S.-H.; Aymanns, P. (2018): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. 2., aktual. Aufl. Verlag W. Kohlhammer.
- Flenady, V.; Boyle, F.; Koopmans, L.; Wilson, T.; Stones, W.; Cacciatore, J. (2014): Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. In: BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 121 Suppl 4 (2014):137–140.
- Frank, F.; Maurer, F.; Pehlke-Milde, J.; Fleming, V. (2018): Sterben am Lebensanfang. In: Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)), 80. (2018), Nr. 6:540–544.
- Fuchs, I. (2021): Früher Kindsverlust und Folgeschwangerschaft. Psychotherapie und psychologische Begleitung; Ernst Reinhardt Verlag.
- Gandino, G.; Bernaudo, A.; Di Fini, G.; Vanni, I.; Veglia, F. (2019): Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. In: Journal of health psychology, 24. (2019), Nr. 1:65–78.
- Geißner, H. (1982): Sprecherziehung. Didaktik und Methodik der mündlichen Kommunikation. Frankfurt am Main: Scriptor (Monographien Literatur + Sprache + Didaktik 30).
- Gold, K. J. (2007): Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. In: Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association, 27. (2007), Nr. 4:230–237.
- Grice, H. P. (1993): Studies in the way of words. 3. print, Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- Grießbach, T.; Lepschy, A. (2015): Rhetorik der Rede. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag (Sprechen und verstehen Band 30).
- Heazell, A. E. P.; Siassakos, D.; Blencowe, H.; Burden, C.; Bhutta, Z. A.; Cacciatore, J. (2016): Stillbirths: economic and psychosocial consequences. In: The Lancet, 387. (2016), Nr. 10018:604–616.
- Heilmann, C. M. (2022): Kompakt-Lexikon Sprechwissenschaft. 1. Aufl. 2022, Springer Verlag.
- Hofer, S. (2020): Kontakt im Raum. Der Sehvorgang als wichtiger Bestandteil in der Sprecherziehung. In: Kranich 2020:34–45.

- Hofer-Moser, O.; Hintenberger, G.; Schwarzmann, M.; Dominicis, R. de; Brunner, F. (2020): Krisenintervention kompakt. Theoretische Modelle, praxisbezogene Konzepte und konkrete Interventionsstrategien. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Huber, G. (2019): Begleitung von Sterbenden und Angehörigen auf spiritueller Ebene. In: Huber, G.; Casagrande, C. 2019:199-208
- Huber, G.; Casagrande, C. (2019): Sterben begleiten. Interdisziplinäre und naturheilkundliche Konzepte. 2., aktualisierte und erweiterte Aufl., Thieme Verlag.
- Hughes, P.; Riches, S. (2003): Psychological aspects of perinatal. In: Current Opinion in Obstetrics and Gynecology (2003);15(2):107-11.
- Human, M.; Green, S.; Groenewald, C.; Goldstein, R. D.; Kinney, H. C.; Odendaal, H. J. (2014): Psychosocial implications of stillbirth for the mother and her family: a crisis-support approach. In: Social Work, 50. (2014), Nr. 4:1-19.
- Ingrisch, S.; Berth, H. (2022): Trauer von früh verwaisten Eltern. In: Wege zum Menschen, 74. (2022), Nr. 2:152-165.
- Itten, T. (2018): Schweigen. Von der Kunst der Stille bis zur befohlenen Ruhe. Berlin, Germany: Springer.
- Keeble, C. J.; Loi, N. M.; Thorsteinsson, E. B. (2018): Empathy and the Public Perception of Stillbirth and Memory Sharing: An Australian Case. In: Frontiers in psychology, 9. (2018):1629.
- Keupp, H. (2021): Normalität der Krise oder die Krise der Normalität. Krisenpotentiale im globalisierten Netzwerkkapitalismus. In: Ortiz-Müller et al. 2021:31-46.
- Kingdon, C.; Givens, J. L.; O'Donnell, E.; Turner, M. (2015): Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. In: Birth (Berkeley, Calif.), 42. (2015), Nr. 3:206-218.
- Kocks, A.; Segmüller, T.; Zegelin, A. (2017): Pflege ist Kommunikation und die Basis für vielschichtige Beratungsmomente. In: Pick 2017:279-298.
- Köhler, K.; Skorupinski, C. (2011): Smalltalk - von der Bedeutung des kleinen Gesprächs. In: Bose/Neuber 2011:91-98.
- Kozjak-Storjohann, B.; Brendebach, C. (2021): „Verlusterleben in der Schwangerschaft und zur Geburt“: Eine multidimensionale Phänomenbeschreibung zum Erleben betroffener Frauen. Evangelische Hochschule Nürnberg, [Hochschulschrift Nr. 51]. (<https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docid/2384>). Aufgerufen am 08.08.2022
- Kramwinkel, J.; Rais Parsi, P.; Lehmann, S.; Karbach, U.; Ernstmann, N. (2020): Grundlagen der Entwicklung. In: Al-Abtah et al. 2020:210-247.
- Kranich, W. (Hrsg.) (2020): Sprechwissenschaft heute. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH (Sprache und sprechen Band 52).
- Krauss-Lembcke, S.; Ahrendt, C. (2020): Vorbereitung auf die Geburt. In: Stiefel et al. 2020:350-367.
- Kurth, B.-M. (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. 1. Aufl., Berlin: Robert Koch-Institut (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes).
- Lakushevich, M.; Ilg, Y.; Schnedermann, T. (Hrsg.) (2017): Wissenschaftliches Netzwerk „Linguistik und Medizin“: Patho- und Saluto-Diskurse im Spannungsfeld von objektivierter Diagnose, interaktionaler Vermittlung; 45(3). De Gruyter (<https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/143946/1/zgl-2017-0023.pdf>). Aufgerufen am 23.09.2022
- Lexa, N. (2017): Wenn die Wiege leer bleibt. Unterstützungsmöglichkeiten nach einer Tod- und Fehlgeburt. In: Pflegezeitschrift, 70. (2017), Nr. 5:23-26.



- Lisy, K.; Peters, M. D. J.; Riitano, D.; Jordan, Z.; Aromataris, E. (2016): Provision of Meaningful Care at Diagnosis, Birth, and after Stillbirth: A Qualitative Synthesis of Parents' Experiences. In: *Birth*, 43. (2016), Nr. 1:6–19.
- Mantz, S.; Wilhelm, T.; Rais Parsi, P.; Häußler, Y.; Simmendinger, K.; Süßenbach, A. (2020): Mit Menschen kommunizieren. In: *Al-Abtah et al.* 2020:248–265.
- Meier-Magistretti, C.; Schraner, M.; Benelli, N.; Charmillot, M.-Y.; Fleming, V. (2019): Wenn der Lebensanfang auf den Tod trifft. Ein wissenschaftsbasiertes Best-Practice-Modell für palliative Betreuung und Trauerbegleitung. Hochschule Luzern (Schlussbericht, ISBN-Nummer: 978-3-906036-40-3).
- Meyer, D. (2011): Alles nur Vermutung? Gedanken zur interpersonellen Kommunikation aus konstruktivistisch-systemischer Sicht. In: *Bose/Neuber* 2011:39–46.
- Möges, J. (2020): Sprechdenken mit Hänsel und Gretel. In: *Kranich* 2020:46–55.
- Mucksch, N. (2018): Trauernde hören, wertschätzen, verstehen. Die personenzentrierte Haltung in der Begleitung. 2. unveränderte Auflage 2018, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Edition Leidfaden).
- Müller, M.; Rechenberg-Winter, P.; Brathuhn, S. (2013): Trauer und Sprache. Jedes Wort zählt. (<https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1357268>). Aufgerufen am 23.09.2022
- National Bereavement Care Pathway; Stillbirth and Neonatal Death Charity Society (Hrsg) & SANDS Stillbirth and Neonatal Death Charity (Hrsg) (2020): Stillbirth. Full Guidance Document. 2. Aufl., London (Bd. Company Limited 2212082).
- Neumann, J. (2020): Zuhören als Prozess verstanden. In: *Kranich, W.* (2020):139–148.
- Nohl, Martina (2012): Übergang coaching. Berufliche Veränderungen kompetent und erfolgreich gestalten. 1. Aufl. Jungfermann Verlag.
- Ortiz-Müller, W.; Gutwinski, S.; Gahleitner, B. (Hrsg) (2021): Praxis Krisenintervention. Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte. 3., überarbeitete Aufl., Verlag W. Kohlhammer.
- Pabst-Weinschenk, M. (Hrsg.) (2011a): Grundlagen der Sprechwissenschaft und Sprecherziehung. 2., überarb. Aufl., Reinhardt Verlag (UTB - Sprachwissenschaft, Medien- und Kommunikationswissenschaft 8294).
- Pabst-Weinschenk, M. (2011b): Was man hört... In: *Bose/Neuber* 2011:77–84.
- Pajonk, F.-G. B; D'Amelio, R. (2013): Notärztliche Interventionen bei psychischen Krisen - Konzepte, Strategien und Vorgehensweisen; *AINS - Anästhesiologie · Intensivmedizin · Notfallmedizin · Schmerztherapie* 2013; 48(07/08):464 – 469.
- Patrzek, A. (2021): Systemisches Fragen. Professionelle Fragekompetenz für Führungskräfte Berater und Coaches. 3. Aufl., Springer Gabler (essentials).
- Pawlowski, K. (2001): Suggestion - Alltäglicher Umgang mit einer heimlichen Macht. In: *Allhoff* 2001:143–154.
- Pawlowski, K. (2015): Du hast gut reden! Ein Spiel- und Trainingsbuch zur praktischen Rhetorik. 1. Aufl., Reinhardt Verlag.
- Pick, I. (2017): Beraten in Interaktion. Eine gesprächslinguistische Typologie des Beratens. Peter Lang Edition. (Forum angewandte Linguistik, Bd. Band 60).
- Plate, M. (2015): Grundlagen der Kommunikation. Gespräche effektiv gestalten. 2. Überarbeitete Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht (UTB-Psychologie 3855).
- Pullen, S.; Golden, M. A.; Cacciatore, J. (2012): „I'll never forget those cold words as long as I live": parent perceptions of death notification for stillbirth. In: *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 8. (2012), Nr. 4:339–355.

- Queensland Clinical Guidelines; Queensland Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network (Hrsg.) (2018): Stillbirth Care. Health professionals in Queensland public and private maternity and neonatal services (Bd. MN18.24-V8-R23).
- Rådestad, I.; Surkan, P. J.; Steineck, G.; Cnattingius, S.; Onelöv, E.; Dickman, P. W. (2009): Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. In: *Midwifery*, 25. (2009), Nr. 4:422–429.
- Rais Parsi, P. (2020): Informieren, Schulen, Anleiten und Beraten. In: Al-Abtah et al. 2020 :550-557
- Rogall-Adam, R. (2012): 50 Tipps für die effektive Praxisanleitung in der Altenpflege. 2., Aufl. Schlütersche Verlagsgesellschaft (Pflege leicht).
- Rohde, A. (2015): Frauen-Leid und Frauen-Stärkung. Im Fokus von Gynäkologischer Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Rohde, A.; Dorn, A.; Hocke, A.; Kentenich, H. (2017a): Psychosomatik in der Gynäkologie. Kompaktes Wissen – konkretes Handeln. Stuttgart: Schattauer.
- Rohde, A.; Hocke, A.; Dorn, A. (2017b): Gynäkologische Psychosomatik. Kompaktes Wissen – konkretes Handeln. Stuttgart: Schattauer.
- Sauerwald, L.; Gruber, C.; Meisnitzer, B.; Rettinger, S. (Hrsg) (2011): Emotionale Grenzgänge. Konzeptualisierungen von Liebe, Trauer und Angst in Sprache und Literatur. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Schärer-Santschi, E. (Hrsg) (2019): Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Hogrefe.
- Schirmer, U. B. (2018): Einfühlsam Gespräche führen. Empathische Kommunikation in Gesundheits-, Pflege- und Sozialberufen. Bern: Hogrefe.
- Scholl, I. (2018): Wie lässt sich partizipative Entscheidungsfindung fördern? In: *InFoOnkologie*, 07. (2018):3.
- Schröder, H. (2019): Sprache und Kommunikation in der Medizin – Probleme und Ressourcen. In: *Erfahrungsheilkunde*, 68. (2019), Nr. 02:56–62.
- Schulz von Thun, F. (1999): Miteinander Reden 1 Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Originalausgabe, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo 17489).
- Schwarz, C.; Stiefel, A. (2020): Geburt eines toten, fehlgebildeten oder kranken Kindes. In: Stiefel et al. 2020:751–759.
- Segmüller, T. (Hrsg)(2017): Beraten, Informieren, Schulen. Ausgewählte Beiträge der Sektionsarbeit. 1. Aufl., Duisburg (Sektion BIS Beraten, Informieren, Schulen); Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V.
- Sehouli, J. (2018): Von der Kunst, schlechte Nachrichten gut zu überbringen. 2. Aufl., München: Kösel.
- Sonneck, G (Hrsg.) (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. 1. Aufl., Facultas Universitätsverlag
- Statistisches Bundesamt (1) Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Geburten in Deutschland. ([https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html)). Aufgerufen 12.08.2022
- Statistisches Bundesamt (2) Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Schwangerschaftsabbrüche (Abtreibungen) in Deutschland. ([https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html)). Aufgerufen 12.08.2022
- Staudacher, D. (2019): „Und wenn der Mensch in seiner Qual verstummt...“ – Wege zu einer trauersensiblen Sprache. In: Schärer-Santschi 2019:94–104.

- Steffen, G.; Lübke, M.; Rosenberger, C.; Stiefel, A. (2020): Schmerzerleichterung während der Geburt. In: Stiefel et al. 2020:593–610.
- Sternenkinder – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Bmfsfj) (Hrsg.) (2018): Sternenkinder. (<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/sternenkinder-75368>). Aufgerufen am 22.09.2022
- Stiefel, A.; Brendel, K.; Bauer, N. (Hg.) (2020): Hebammenkunde. Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf. 6. aktualisierte und erweiterte Auflage, Stuttgart: Thieme.
- Teuchert, B. 2015: Mündliche Kommunikation lehren und lernen. Facetten der Rhetorik in Schule und Beruf. Baltmannsweiler: Schneider Verl. Hohengehren. (Sprache und sprechen, Bd. 47).
- Topf, C. (2010): Einfach mal die Klappe halten. Warum Schweigen besser ist als Reden. 1. Aufl., Offenbach: GABAL.
- Wagner, R. W. (2018): Grundlagen der mündlichen Kommunikation. Sprechpädagogische Informationsbausteine für alle, die viel und gut reden müssen. 9. Aufl., Heidelberg: Universitätsbibliothek Heidelberg.
- Weinberger (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung. Lern- und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe. 14., überarb. Aufl., Weinheim: Beltz Juventa (Edition Sozial).

Bisher erschienene Beiträge:

71. Ottmann, Helten (2023): Daten-Framework für die Soziale Arbeit und Sozialwirtschaft

70. Brandl-Götz (2022): Pädagogische Professionalität zwischen implizitem und objektivem Wissen: Subjektive Theorien angehender KindheitspädagogInnen

69. Winkler (2022): Migration, Subaltern Thinking and Religious Literacy – Challenges for Education

68. Appel, Kakoschke (2021): Biografische Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten: Methodische Anregungen im Anschluss an eine qualitative Längsschnittstudie

67. Kranenpohl (2022): „Pluralismus“ in der Staatsrechtslehre – eine Problemanzeige

66. Schuster (2022): Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Akutpflege und der Stellenwert einer hochschulisch begleiteten ANP Rollenentwicklung

65. Brendebach (2022): „Mit dem Alter kommt der Psalter“ – Denkanstöße der Gerontologie zum Übergang in den Ruhestand

64. Ottmann, Helten und König (2023): Wirkung und Wirksamkeit in der Eingliederungshilfe - ein Vorgehen für die Praxis

63. Plieth (2022): Seelsorge und Verkündigung für Menschen mit Demenz - ein Studienbrief

62. Moritzen (2022): Von der Abwehr zum Austausch - Entstehung und Förderung von Gender-Reflexivität bei angehenden Fachkräften der Sozialen Arbeit. Konsequenzen aus einer Analyse an einer kirchlichen Hochschule

61. Manzeschke (2022): Genauer hinsehen

60. Kranenpohl (2022): Per Referendum ins Parlament? Die bayerische ÖDP zwischen Policy-Erfolgen und elektoraler Irrelevanz

59. Haeffner (2022): Diakonische Professionalität. Gedanken und Forschungsperspektiven zu einem spannungsgeladenen Konstrukt

58. Füglein (2022): Führen mit Symbolen im diakonisch-kirchlichen Umfeld. Personalführung in Zeiten der Unsicherheit

57. Winter (2022): Woher kommen und wohin wollen wir?

56. Sommer-Himmel (2022): „Lasst mich spielen“ – Die Bedeutung des Spiels in der frühen Kindheit

55. Nugel (2022): Politische Bildung im Studium der Sozialen Arbeit: Gegenwart und Zukunft. Politische Bildung als Bildungsgegenstand im Studium der Sozialen Arbeit

54. Wurm (2022): Eingewöhnungsprozesse in Krippen responsiv gestalten: Ein Qualitätsstandard aus Kinderperspektive

53. Ottmann und König (Hrsg.) (2022): Wirkungen im Blick - Wirkungsorientierung in der Sozialen Arbeit und Sozialwirtschaft. Tagungsdokumentation der Transferkonferenz.

52. Nickel-Schwäbisch und Bayer (2021): Ethik/Theologie und Soziologie im Gespräch – Eine dialogische Auseinandersetzung mit aktuellen ethischen und sozialen Herausforderungen

51. Kozjak-Storjohann und Brendebach (2021): „Verlusterleben in der Schwangerschaft und zur Geburt“ – Eine multidimensionale Phänomenbeschreibung zum Erleben betroffener Frauen

50. Nugel (2021): „Da sind auch noch andere, die man berücksichtigen muss!“ Demokratie im Jugendverband aus Sicht von Ehrenamtlichen

49. Brendebach (2020): „Moderierte Wirkungsanalyse“ als Beitrag zur Organisationsentwicklung

48. Nügel (2021): Die ‚Einbeziehung des Anderen‘: Der ‚utopische Überschuss‘ inklusiver Bildungslandschaften
47. Oehmen und Scheibel (2021): Notwendigkeit professioneller Praxisanleitung in der sozialpädagogischen Ausbildung
46. Bauernschmidt, Brendebach und Heinkele (2020): Demenzstrategien im europäischen Vergleich - Eine Literaturanalyse im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung der Fachstellen für Demenz und Pflege Bayern; gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
45. Freier (2020): Die Digitalisierung bringt Veränderungen im Arbeiten von heute und morgen – auch in der Sozialwirtschaft
44. Winkler (2020): The Provocations of Contact Zones - Spaces for Negotiating Post-Migrant Identities
43. Scholz & Winkler (2020): Every Lives Matter! Eine postkoloniale Schulbuchanalyse zu subalternem Denken in der religiösen Bildung
42. Götz & Bayer (2020): Peer-Arbeit im Bereich von Essstörungen – Erste Befunde einer empirischen Studie
41. Rechberg (2020): Empirische Befunde zur Auseinandersetzung mit NS-Täterschaft und Propaganda
40. Oehmen (2020): Bildung als Selbstbildung
39. Pryss, John u. a. (2020): Exploring the Time Trend of Stress Levels While Using the Crowdsensing Mobile Health Platform, TrackYourStress, and the Influence of Perceived Stress Reactivity: Ecological Momentary Assessment Pilot Study
38. Winter (2019): „Bestürzung und Trauer waren bei mir die Kernemotionen.“ Ein persönlichkeitsstärkendes Praxisbegleitungskonzept für die praktische Pflegeausbildung

37. Winkler (2019): The Relevance of Religion in the Public Sphere - Religion and Migration in Educational Systems

36. Appel (2019): „Care Leaving“ volljährig gewordener Geflüchteter – Stolpersteine, Gefahren und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen

35. Kemmer & Manzeschke (2019): ELSI-Übergabe für das Projekt *PowerGrasp* – Dokumentation, zentrale Themen der ELSI-Begleitforschung und nächste Schritte

34. Ignatzi (2019): Diakonische Angebotsentwicklung – Gemeinsame Konzepte und Methoden im Umgang mit Demenz in der Alten- und Behindertenhilfe

33. Frisch (2019): Das Universum besteht aus Geschichten, nicht aus Atomen – Eine Predigt gegen die Gottesvergessenheit - Predigt im Eröffnungsgottesdienst der Herbsttagung der Landessynode der ELKB Johanneskirche Partenkirchen, 25.11.2018.

32. Frisch (2019): Wie steht es um Theologie und Kirche? Einige Thesen - Akademische Konsultation zum Kirchenentwicklungsprozess „Profil und Konzentration“ Nürnberg, 8. November 2018

31. Winkler (2018): Religion, Migration and Educational Practice – Empirical, Postcolonial and Theological Perspectives

30. Manzeschke (2018): Was nützt uns die Biodiversität. Zur weltweiten Krise der Artenvielfalt - Ein theologischer Kommentar bei der Tagung in Bayreuth am 3. Dezember 2010

29. König & Ottmann (2018): Was wirkt wie? – Konzeptionelle Überlegungen zur Messung und Analyse von Wirkungen in der Sozialen Arbeit

28. Frisch (2018): Ist das zu glauben? – Einige schöpfungstheologische Gedanken von womöglich weltbewegender Bedeutung

27. Appel & Strehl (2018): „Ankommen in der Fremde“ – Zentrale Befunde einer biografieanalytischen Studie zu Ankommens- und Integrationsprozessen ehemaliger, minderjähriger Flüchtlinge

26. Zeus (2017): Die Umsetzung des Anspruchs auf inklusive Bildung – ein Thema auch für die Jugendsozialarbeit an Schulen in Nürnberg?! Ein Arbeitspapier
25. Bauer (2017): Professionelle Responsivität der Fachkräfte im Umgang mit konflikthaften Peerinteraktionen in der Krippe
24. Wölfel (2017): Ich kann nicht mehr und jetzt? - Pflegende Angehörige an der Grenze zur Überlastung - Konzeption eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung des Belastungsniveaus und der Bewältigungsstrategien, zur Bedarfsermittlung im Rahmen der Beratung pflegender Angehöriger
23. Bayer (2017): Die Welt aus den sozialen Fugen – Ein soziologischer Blick
22. Manzeschke (2017): Homo imagines faber – Menschenbildlichkeit zwischen Idolatrie und Selbstreflexivität
21. König & Ottmann (2017): Marktforschung in der Sozialwirtschaft – von der Theorie zur Praxis
20. Sommer-Himmel & Link (2016): Forschendes Lernen am Beispiel des Lehr- und Lernformates „Praxisforschung“: Eine systematische Begegnung zwischen Theorie und Praxis
19. Sommer-Himmel (2016): Akademisierung als Mehrwert in Kindertageseinrichtungen?
18. König, Joachim (2016): Bildung ganzheitlich denken und gemeinsam verantworten
17. Winkler (2016): Migration und Mehrsprachigkeit - Ein kritisches Verhältnis im Bildungskontext Schule
16. Köhler & König (2016): Marginalisierte und schwer erreichbare junge Menschen mit komplexen Problemlagen als Zielgruppe der Jugendsozialarbeit
15. Schüßler (2016): Erfahrungsorientierte Didaktik als Etüde. Methoden als Bedingung für ästhetische Bildungsprozesse
14. König (2016): Arbeitslosigkeit – Belastungs- und Bewältigungsprozesse als Herausforderung für die Erwachsenenbildung



13. Kuch (2016): Hören und Verstehen - Wodurch das Erkennen Freude macht. Theologische Bemerkungen

12. Frisch (2016): Gewalt als Krise der Religion - Eine theologische Auseinandersetzung mit der dunklen Seite der Macht

11. Kranenpohl (2016): Keine „Stunde der Exekutive“ (?) - Bundestag und Bundesverfassungsgericht in der „Eurokrise“

10. Schüßler (2016): Hochschuldidaktik im Kontext der Theaterpädagogik

9. Kruse (2016): Stationen eines akademischen Lebens als Spiegel gesellschaftlicher Veränderungen

8. Kaltschmidt (2016): Habe Fragen, suche Antworten! Die Geschwisterbeziehung in Familien mit Kindern ohne und mit Behinderung

7. Schellberg (2016): Von der Pionierzeit zur Konsolidierung – ein Abriss der Entwicklung des Sozialmanagements

6. Füglein (2016): Hochschule ist anders

5. Städtler-Mach (2016): Grenzen und Verletzlichkeit im Alter

4. König (2016): Nachhaltigkeit in der Sozialen Arbeit – Konzeptionelle, praktische und empirische Implikationen aus pädagogischer Sicht

3. Kranenpohl (2016): Die neue Grundordnung der Evangelischen Hochschule Nürnberg

2. Sommer-Himmel (2016): Wohin bilden wir unsere Kinder? Eltern und Kita unter Druck – wenn Anforderungen und Erwartungshaltungen kollidieren

1. Brendebach (2016): Die Bedeutung bürgerschaftlichen Engagements angesichts der demographischen Herausforderungen