

„Hauptsache dem Kind geht's gut“?
Die Realität nach traumatischer Geburt und
Handlungsempfehlungen für die
Wochenbettbetreuung: ein Versorgungsplan

Bachelorarbeit im Fach Hebammenwissenschaft B.Sc.

Tag der Abgabe:
18.11.2023

Vorlegt von:

Lea Born,

Gutachterinnen:

Erstprüferin: Prof. Dr. rer. nat. Claudia Limmer

Zweitprüferin: B.A. Caroline Ottlik

Hinweise zum Sprachgebrauch

Das Ziel der Autorin ist es eine geschlechtergerechte Sprache zu verwenden, um alle Personen wertschätzend anzusprechen und keine Personengruppe unsichtbar zu machen. Hierfür sollen entweder geschlechtsneutrale Formulierungen oder der Gender* verwendet werden.

Da die Populationen der vorhandenen Forschung zur Thematik jedoch ausschließlich cis-geschlechtlichen Frauen und Müttern entsprechen, werden bei der Auswertung der Ergebnisse teilweise die Begriffe *Mutter*, *Wöchnerin* oder *Frau* verwendet. Auch schließen die vorhandenen Studien lediglich die Auswirkungen auf cis-geschlechtliche männliche Partner/ Väter ein. Daher werden auch hier bei der Auswertung der Ergebnisse teilweise die Begriffe *Väter* oder *Partner* verwendet.

Abstract

Ziel der Arbeit:

Trotz der schwerwiegenden Konsequenzen eines Geburtstraumas gibt es keine Versorgungsstandards in Deutschland, die auf die besonderen Bedürfnisse Betroffener eingehen. Ziel der Arbeit ist es, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für die hebammengeleitete Wochenbettbetreuung nach traumatischer Geburtserfahrung zu geben. Ausgangspunkt ist die folgende Forschungsfrage:

„Welche Maßnahmen können durch Hebammen im Wochenbett getroffen werden, um das Outcome nach traumatischer Geburtserfahrung von Wöchner*innen und Familien zu verbessern und schwerwiegende Folgen präventiv abzuwenden und/ oder zu mildern?“

Vorgehensweise:

Es wurden Ergebnisse aus einer zweiteiligen Literaturrecherche, aus vorhandenen Leitlinien und zwei Expert*inneninterviews verwendet und in Form eines Versorgungsplanes zusammengefasst.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse zeigen auf, dass die hebammengeleitete Wochenbettbetreuung einen wichtigen Ansatzpunkt für die Förderung der Gesundheit Betroffener darstellt. Im ersten Schritt ist die Identifizierung Betroffener relevant. Liegt eine traumatische Geburtserfahrung vor können folgende Maßnahmen sinnvoll sein: ein offenes Gesprächsangebot, das Screening auf eine Posttraumatische Belastungsstörung, die Psychoedukation, die Überwachung physiologischer maternaler und kindlicher Parameter, eine traumasensible und umfangreiche Hebammenbetreuung. Zusätzlich kann die Hebamme einen Notfallplan, bindungsfördernde Maßnahmen und das Kreative Schreiben anbieten.

Schlussfolgerungen:

Der Versorgungsplan stellt die erste praxisorientierte Übersicht über aktuelle und evidenzbasierte Hebammenmaßnahmen dar, die im Wochenbett nach traumatischer Geburt zur Sekundärprävention angewendet werden können. Die Ergebnisse zeigen die Relevanz spezialisierter Versorgungskonzepte auf. Es sind weitere Studien erforderlich, die den Effekt der vorhandenen Interventionen auf andere gefährdete Outcomes abseits möglicher Posttraumatischer Belastungsstörung (-symptome) untersuchen und ihren Fokus auf die Identifizierung von Schutzfaktoren lenken. Eine Entstigmatisierung der Thematik und vermehrte Sensibilisierung des Gesundheitspersonals ist unabdingbar.

Inhaltsverzeichnis

TABELLENVERZEICHNIS	II
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	II
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	II
1. EINLEITUNG	1
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	2
2.1. DEFINITION TRAUMATISCHE GEBURTSERFAHRUNG UND PRÄVALENZ	2
2.2. FOLGEN EINER TRAUMATISCHEN GEBURTSERFAHRUNG	3
2.2.1. <i>Posttraumatischer Stress und Posttraumatische Belastungsstörung</i>	3
2.2.2. <i>Komorbiditäten der geburtsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung</i>	4
2.2.3. <i>Weitere mögliche Folgen</i>	4
2.3. SEKUNDÄRPRÄVENTION.....	5
2.4. HEBAMMENGELLEITETE WOCHENBETTBETREUUNG IN DEUTSCHLAND.....	6
3. METHODIK.....	6
3.2. GRUNDLAGE DER ARBEIT.....	6
3.3. VORGEHEN LITERATURRECHERCHE.....	7
3.4. EXPERT*INNENWISSEN	10
3.5. LEITLINIEN	10
4. VERSORGUNGSPLAN	11
4.1. SCHRITT 1: BETROFFENE ERKENNEN.....	12
4.2. SCHRITT 2: GESPRÄCHSANGEBOT.....	14
4.3. SCHRITT 3: ASSESSMENT PSYCHISCHER ZUSTAND.....	16
4.4. SCHRITT 4: ASSESSMENT WEITERER GEFÄHRDETER FAKTOREN	20
4.5. SCHRITT 5: ALLGEMEINE HINWEISE ZUR WOCHENBETTBETREUUNG BETROFFENER.....	21
4.6. SCHRITT 6: KONKRETE MAßNAHMEN ZUR INDIVIDUELLEN ANWENDUNG	24
5. DISKUSSION	29
5.1. ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	29
5.2. DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	31
5.2.1. <i>Diskussion der Methodik der Arbeit</i>	31
5.2.2. <i>Diskussion der aktuellen Forschungslage</i>	32
5.3. IMPLIKATIONEN FÜR DIE FORSCHUNG, PRAXIS UND POLITIK.....	34
5.3.1. <i>Empfehlungen für die weiterführende Forschung</i>	34
5.3.2. <i>Implikationen für die Praxis</i>	35
5.3.3. <i>Implikationen für die Politik</i>	36
6. FAZIT	37
LITERATUR	39
ANHANG.....	1
ANHANG 1: EVIDENZBEWERTUNG QUELLEN VERSORGUNGSPLAN.....	1
ANHANG 2: GESPRÄCHSLEITFADEN EXPERT*INNENINTERVIEWS	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Suchbegriffe systematische Literaturrecherche	8
---	---

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Übersicht Versorgungsplan	11
--	----

Abkürzungsverzeichnis

CA18211	<i>Cost Action 18211</i>
CB-PTSD	<i>Childbirth Related Posttraumatic Stress Disorder</i>
City BiTS	<i>City Birth Trauma Scale</i>
DHV	<i>Deutscher Hebammenverband</i>
EW	<i>Expressive Writing</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
PE	<i>Psychoedukation</i>
PPA	<i>Postpartale Angststörung</i>
PPD	<i>Postpartale Depression</i>
PTBS	<i>Posttraumatische Belastungsstörung</i>
RCT	<i>Randomized Controlled Trial</i>
SR	<i>Systematic Review</i>
SSC	<i>Skin-to-Skin-Contact</i>

1. Einleitung

Die mediale, wissenschaftliche und politische Aufmerksamkeit auf der Erkenntnis, dass Geburten traumatisierend sein können, ist rasant angestiegen in den letzten Jahren. Dennoch herrscht noch immer ein primär romantisiertes Bild von Geburt und Elternwerdung, in der Gesellschaft, was zu einer Stigmatisierung von traumatischen Geburten und psychischen Beschwerden im Wochenbett führt. Als Konsequenz haben Betroffene mit Scham und Schuldgefühlen zu kämpfen haben und suchen sich häufig keine Unterstützung [1]. Eine unzureichende Unterstützung und Thematisierung der traumatischen Erfahrung kann zu schwerwiegenden Langzeitfolgen führen, die sowohl Betroffene als auch das gesamte Familiensystem beeinflussen können.

Dank der vermehrten Thematisierung in der Wissenschaft ist mittlerweile bekannt, welche Faktoren das traumatische Erleben begünstigen können. Dies stellt vielversprechende Ansätze für die Primärprävention dar. Da das Erleben und die Bewältigung von (Geburts-) Traumata jedoch eine hoch individuelle Angelegenheit ist und komplexe politische Veränderungen für die Primärprävention erforderlich sind, ist es essenziell zusätzlich Strategien der Sekundärprävention zu entwickeln, um Betroffene einer traumatischen Geburtserfahrung in der Bewältigung zu unterstützen und schwerwiegende Langzeitfolgen, wie bspw. die Manifestierung einer Posttraumatischen Belastungsstörung abzuwenden oder zu mildern [2].

In Deutschland gibt es bereits eine Vielzahl an verschiedenen Initiativen, deren Ziel es ist, Betroffenen im Umgang mit einer TGE zu unterstützen. Beispiele sind hier „Mother Hood e.V.“, „gerechte Geburt“, oder die „Roses Revolution“. Auch gibt es Einzelpersonen, die sich auf die Versorgung nach einer traumatischen Geburt spezialisiert haben. Trotz der eindeutigen Hinweise der Forschung mangelt es jedoch nach wie vor an standardisierten und flächendeckenden Versorgungsstrukturen. Auch gibt es zum aktuellen Zeitpunkt keine Leitlinien zu der Thematik. Angesichts der schwerwiegenden Langzeitfolgen, die vor allem die maternale psychische Gesundheit betreffen, ist es mehr als angemessen durch vermehrte Thematisierung das öffentliche Bewusstsein für Traumatische Geburten zu stärken und Konzepte zu erarbeiten, die Betroffene unterstützen und das Outcome verbessern. Insbesondere im Wochenbett, welches durch die hormonellen Umstellungen und veränderten Umstände schon grundlegend eine vulnerable Lebensphase darstellt, braucht es spezialisierte und adäquate Versorgungskonzepte.

Der gesundheitsfördernde und bedürfnisorientierte Ansatz der Hebammenarbeit stellt hier einen möglichen geeigneten Rahmen für die Versorgung Betroffener einer traumatischen Geburtserfahrung dar. Eine Studie, die die verschiedenen Versorgungsangebote in 18

verschiedenen europäischen Ländern untersucht, konnte feststellen, dass es primär Hebammen sind die Betroffene einer traumatischen Geburtserfahrung unterstützen, dies jedoch ohne Routine oder Standard. [3]

Die lückenhafte Versorgung Betroffener und das Potenzial der hebammengeleiteten Wochenbettbetreuung zeigen die Relevanz der Entwicklung einer Übersicht konkreter und praxisorientierter Handlungsempfehlungen für die Sekundärprävention nach traumatischen Geburtserfahrungen auf. Ziel dieser Bachelorarbeit ist es daher, einen Versorgungsplan zu erstellen, welcher verschiedene Handlungsempfehlungen für die Wochenbettbetreuung nach traumatischer Geburtserfahrungen gibt, um auf die Bedürfnisse der Betroffenen einzugehen und die Gesundheit der Wöchner*innen und Familien aktiv zu fördern.

Aufgrund dessen soll die Bachelorarbeit und folgender Forschungsfrage bearbeitet werden:

*Welche Maßnahmen können durch Hebammen im Wochenbett getroffen werden, um das Outcome nach traumatischer Geburtserfahrung von Wöchner*innen und Familien zu verbessern und schwerwiegende Folgen präventiv abzuwenden und/ oder zu mildern?*

2. Theoretischer Hintergrund

2.1. Definition traumatische Geburtserfahrung und Prävalenz

In der Literatur sind verschiedene Definitionen der Traumatischen Geburtserfahrung aufzufinden. Im Rahmen der Bachelorarbeit soll eine Definition verwendet werden, welche die Individualität der Geburtserlebnisse betont, anerkennt, dass die Erfahrung der gebärenden Personen vorrangig ist und hervorhebt, wie relevant die Qualität der Interaktion mit dem geburtshilflichen Personal ist:

„A traumatic childbirth experience refers to a woman's experience of interactions and/or events directly related to childbirth that caused overwhelming distressing emotions and reactions; leading to short and/ or long-term negative impacts on a woman's health and wellbeing.“ [4].

Eine traumatische Geburt liegt also vor, wenn sich die Erfahrung a.) direkt auf die Geburt bezieht, b.) diese Erfahrung überwältigende negative Reaktionen hervorgerufen hat und c) dadurch negative Kurz- und/oder Langzeitfolgen auf die Gesundheit der Gebärenden entstehen.

Des Weiteren ist es relevant zu erwähnen, dass eine Geburt primär oder sekundär traumatisieren kann. Eine primäre Traumatisierung erfolgt durch die Geburtserfahrung an sich,

wobei bei der Retraumatisierung bereits Vorerfahrungen mit traumatischen Erlebnissen, bspw. durch Gewalt, in der Eigenanamnese vorliegen und der Geburtsverlauf einen Trigger darstellt. [5]

Studien zur Folge erleben weltweit ca. neun bis 50% der Gebärenden eine Geburt als traumatisch [2,6,7].

2.2. Folgen einer traumatischen Geburtserfahrung

2.2.1. *Posttraumatischer Stress und Posttraumatische Belastungsstörung*

Ein traumatisches Geburtserleben ist mit schwerwiegenden maternalen psychischen Beeinträchtigungen assoziiert [8,9], welche sich ohne die rechtzeitige Identifizierung und Behandlung chronifizieren können [10].

Neben einer akuten Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung ist eine mögliche Konsequenz die Entwicklung einer „childbirth related Posttraumatic Stress Disorder“ (CB-PTSD), die geburtsbedingte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) [11]. Die CB-PTSD ist eine eigenständige Erkrankung, welche weitgehend mit den Symptomen einer allgemeinen PTBS übereinstimmt: Flashbacks und Alpträume, Vermeidungsstrategien, um nicht an die Geburt zu denken, negative Veränderungen in Kognition und Stimmung sowie ausgeprägte Erregung und Reaktivität, was sich in erhöhter Reizbarkeit und Schlaf- u. Konzentrationsproblemen äußert [9]. Laut dem ICD-10 (dem internationalen Klassifikationssystem von Krankheiten und Gesundheitsproblemen) tritt eine PTBS mit Latenz nach dem traumatischen Ereignis auf und kann frühestens nach einmonatigem Persistieren der Symptome diagnostiziert werden [12]. Mit einer hohen Morbidität, einer langen Krankheitsdauer, schweren Komorbiditäten und dem Risiko einer transgenerationalen Übertragung ist die Posttraumatische Belastungsstörung eine einschneidende und langfristige Belastung für Betroffene und ihr Umfeld [7]. Verschiedenen Studien zur Folge liegt die weltweite Prävalenz einer PTBS nach Geburt bei ca. drei bis vier Prozent, in Hochrisikokollektiven bei 15% [2,7,11]. Wichtig zu beachten ist, dass Betroffene einer TGE posttraumatische Belastungssymptome entwickeln können, dabei jedoch nicht die Diagnosekriterien einer PTBS erfüllen. Auch diese Gruppe bedarf Unterstützung [5].

2.2.2. Komorbiditäten der geburtsbedingten Posttraumatischen Belastungsstörung

Die postpartale Depression (PPD) ist die häufigste Komorbidität der CB-PTSD [7,13]. Eine Wochenbettdepression ist eine schwere, länger andauernde und behandlungsbedürftige Erkrankung, die innerhalb des ersten Jahres postpartal auftreten kann. Die Symptome entsprechen denen einer Depression (unter anderem gedrückte Stimmung, sozialer Rückzug, Müdigkeit und Suizidgedanken). Zusätzliche Besonderheiten der PPD sind Schuldgefühle, Angst zu versagen, Angst um das Kind, Gefühlslosigkeit gegenüber dem Kind und eine mechanische kontrollierende Interaktion mit dem Kind. Halten die Symptome über 14 Tage an, kann eine PPD vorliegen. Ungefähr zehn bis 15% der Gebärenden entwickeln eine Wochenbettdepression. [7,13,14]

Des Weiteren ist eine TGE ein signifikanter Risikofaktor für die Entwicklung einer postpartalen Angststörung (PPA) [7]. Eine Angststörung beschreibt Angstzustände und Panikgefühle, die sich entweder auf das Leben und die Welt im Allgemeinen beziehen und/ oder in speziellen Situationen auftreten. Typisch bei der PPA sind stark ausgeprägte Ängste um das Wohlergehen des Kindes und Versagensängste. Ungefähr 17% aller Frauen zwischen 18 und 34 Jahren entwickeln eine Angststörung. Dabei erkranken ca. 25% erstmalig nach der Geburt. [15]

Weitere traumareaktive Reaktionen können die Entwicklung von Süchten, Essstörungen und somatischen Beschwerden sein [16].

Psychische Erkrankungen im Wochenbett werden von der WHO als häufigsten Grund für maternales Versterben im ersten Jahr nach der Geburt angegeben [7].

2.2.3. Weitere mögliche Folgen

Die maternale psychische Gesundheit ist ein entscheidender Faktor für ein physiologisches Wochenbett. Ist diese eingeschränkt oder gefährdet, wirkt sich dies nicht nur auf die Wöchner*in selbst, sondern auf die gesamte Familie aus [11].

So kann sich beispielsweise auch bei Partner*innen eine PTBS oder PPD nach einer traumatischen Geburtserfahrung entwickeln. Ca. 1.2% der Väter entwickeln eine PTBS nach TGE. [11]

Des Weiteren ist eine traumatische Geburtserfahrung assoziiert mit geringerer Qualität und Zufriedenheit in der Paarbeziehung [17]. Eine weitere mögliche Folge einer TGE ist eine sexuelle Dysfunktion, was wiederum Konsequenzen für das Wohlbefinden der Person an sich, für die Paarbeziehung und für die zukünftige Familienplanung haben kann [2,7]. Eine sekundäre Tokophobie (Geburtsangst) ist eine weitere Konsequenz, welche zum einen in

dem Wunsch einer primären elektiven Sectio in der Folgeschwangerschaft münden kann, zum anderen sogar zur Vermeidung einer weiteren Schwangerschaft führen kann [18]. Zusätzlich kann die Folgeschwangerschaft nach traumatischer Geburt posttraumatische Symptome triggern und somit zu einem konstant hohen Stresslevel führen, was mit einem negativen fetalen Outcome assoziiert ist [19].

Weitere maternale Folgen sind ein geringes Selbstwertgefühl, soziale Isolation, eine gestörte Selbst- und Fremdwahrnehmung und Schlafprobleme [2,20,21].

Maternaler psychischer Distress ist außerdem mit Problemen in der Mutter-Kind-Bindung assoziiert [22–24]. Dies kann zu einem auf das möglicherweise gestörte Bonding zurückzuführen werden [7], zum anderen aber auch durch den negativ beeinflussten Umgang mit dem Kind (Kontakt meiden, Distanziertheit etc.), welcher nach einer TGE entstehen kann [20,25]. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass auch die Stillbeziehung negativ beeinflusst sein kann. So zeigen Studien auf, dass eine geburtsbedingte PTBS mit dem fehlenden Initiieren von Stillen assoziiert ist, die Stillrate insgesamt niedriger ist und das Stillen früher abgebrochen wird [21,22,26].

Zusätzlich ist es bewiesen, dass eine negative Geburtserfahrung zu mehr Erziehungsstress führen kann [27].

Eine beeinträchtigte Bindung zu den Eltern kann zu langfristigen psychosozialen Folgen für das Kind führen [23]. Kinder, die im Rahmen einer traumatischen Geburt geboren wurden haben außerdem ein höheres Risiko für Regulationsstörungen, wie bspw. Schlafstörungen [28].

2.3. Sekundärprävention

Prävention im Gesundheitswesen bedeutet Krankheiten oder gesundheitliche Schädigungen zu vermeiden, das Risiko der Erkrankung zu verringern oder ihr Auftreten zu verzögern. Je nach Zeitpunkt lassen sich präventive Maßnahmen in die primäre, sekundäre oder tertiäre Prävention einteilen. [29]

Ziel dieser Bachelorarbeit soll es sein, Maßnahmen im Bereich der Sekundärprävention zu identifizieren. Im Kontext der Versorgung nach traumatischer Geburt bedeutet dies Risiken und schwerwiegende Konsequenzen einer TGE rechtzeitig zu erkennen, um eine frühzeitige Unterstützung und/oder Behandlung ermöglichen zu können. So soll das Outcome nach TGE verbessert werden, indem die Konsequenzen abgemildert oder gar verhindert werden.

Die betreuende Wochenbetthebamme stellt die erste Ansprechperson nach einem Geburtstrauma dar, wodurch sie einen wichtigen Anteil zur der Sekundärprävention nach TGE beitragen kann. [2,3]

2.4. Hebammengeleitete Wochenbettbetreuung in Deutschland

Das Wochenbett (Puerperium) umfasst den Zeitraum von Geburt der vollständigen Plazenta bis zu sechs bis acht Wochen postpartum. Die Begleitung der postpartalen Zeit durch eine Hebamme steht jeder Wöchner*in in Deutschland zu. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Bezuschussung der privaten Krankenkassen ist individuell zu klären. Nach dem § 24d Sozialgesetzbuch V umfasst die Wochenbettbetreuung durch eine Hebamme die ersten zwölf Wochen postpartal. In den ersten zehn Tagen sind insgesamt 20 Wochenbettleistungen möglich. Zusätzlich können weitere 16 Leistungen bis zu zwölf Wochen postpartal erfolgen. Die Betreuung kann als aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchner*in, als Wochenbettbetreuung im Krankenhaus, als nichtaufsuchende Wochenbettbetreuung sowie als Beratung mit Kommunikationsmedium erfolgen. In begründeten Fällen besteht die Möglichkeit weitere Leistungen über die Standardbetreuung hinaus zu beantragen. Außerdem ist es möglich das gesamte erste Jahre postpartal durch eine Familienhebamme betreut zu werden. Ziel der Wochenbettbetreuung ist die Förderung des maternalen und kindlichen Wohlergehens und des familiären Beziehungsaufbaus durch gesundheitsfördernde Maßnahmen. [30]

3. Methodik

3.2. Grundlage der Arbeit

Da durch die Geburt traumatisierte Wöchner*innen und Familien besondere Bedürfnisse haben und praktische, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen in Bezug auf die Sekundärprävention im Wochenbett nach TGE für Hebammen notwendig sind, soll zu der Beantwortung der Forschungsfrage ein Versorgungsplan erstellt werden.

Um qualitativ hochwertige und praktisch gut umsetzbare Empfehlungen zu geben, soll der Versorgungsplan zum einen auf einer zweiteiligen Literaturrecherche basieren, zum anderen auf bereits existierenden Leitlinien zu der Thematik. Zusätzlich fließt das Expert*innenwissen spezialisierter Hebammen ein.

Um eine möglichst hohe Evidenz des Versorgungsplanes zu gewährleisten, sollen nach Möglichkeit nur Studien der CA18211 und Randomized Controlled Trials (RCTs) und systematische Übersichtsarbeiten (SR) aus den letzten fünf Jahren als Quelle für die entsprechende Empfehlung verwendet werden. In Ausnahmefällen kann eine Empfehlung auf einer anderen Studienart, auf einer zugrundeliegenden Leitlinie oder dem Erfahrungswissen von Expert*innen basieren.

Bei der Darstellung des Versorgungsplanes soll zu jeder Handlungsempfehlung die zugrundeliegende Evidenz kenntlich gemacht werden. Gibt es Besonderheiten bei der Verwendung der Forschungsergebnisse wird dies kenntlich gemacht. Die ausführliche Einordnung und Bewertung der Literatur können dem Anhang entnommen werden (*siehe Anhang 1*). Außerdem werden die Begründung zur Empfehlung (Hintergrund) und die Durchführung der Intervention aufgeführt.

3.3. Vorgehen Literaturrecherche

Als Grundlage für den Versorgungsplan wurde im ersten Schritt eine unsystematische Literaturrecherche durchgeführt, um Problematiken und Folgen nach einer traumatischen Geburt zu identifizieren und einen Überblick zu gewinnen, welche Maßnahmen es zur Verbesserung des postpartalen Outcomes nach TGE bereits gibt. Um passende Schlagworte herauszuarbeiten, wurde von den Ergebnissen der Devotion Cost Action 18211 (CA182111) ausgegangen. Die CA18211 ist ein europaweites Netzwerk von Forschenden aus dem Bereich der Geburtshilfe und der Hebammenwissenschaft, welches es zum Ziel hat die perinatale Gesundheit zu verbessern und geburtsbedingte Traumata zu verringern [31]. Ein weiterer Ausgangspunkt sind die Referenzen aus Arbeiten zur Thematik von der Erstbetreuenden Prof. Dr. Limmer.

Durch die Ergebnisse der unsystematischen Literaturrecherche konnten geeignete Ansatzpunkte für den Versorgungsplan identifiziert werden:

Ansatzpunkte basierend auf den Folgen einer traumatischen Geburtserfahrung:

- Maßnahmen zur Prävention einer PTBS, bzw. Prävention maternaler psychologischer Distress/ Förderung psychische Gesundheit postpartal nach einer Traumatischen Geburtserfahrung
- Maßnahmen zur Bindungsförderung Eltern-Kind postpartum nach einer Traumatischen Geburtserfahrung

Interventionen:

- Allgemeine Hinweise und Empfehlungen zur Betreuung im Wochenbett nach traumatischer Geburtserfahrung
- Screening nach TGE bzw. nach Symptomen psychologischer Distress/ Traumareaktion
- Nachgespräch/ Beratungsgespräch nach TGE
- Psychoedukation
- Kreatives Schreiben
- Maßnahmen zur Förderung Bindungsaufbau
- Psychologische Interventionen

Basierend auf diesen Ausgangspunkten wurden die verschiedenen Suchbegriffe für den zweiten Teil der Literaturrecherche bestimmt. Die systematische Literaturrecherche wurde anhand verschiedener Suchstrings durchgeführt, welcher der *Tabelle 1* entnommen werden können. Die Suchbegriffe wurden mit den Booleschen Operatoren And und OR verbunden. Es wurden die Datenbanken PubMed und CINAHL verwendet, wobei nur Systematic Reviews oder Randomized Controlled Trials (RCT) aus den letzten fünf Jahren ausgewählt wurden. Zusätzlich dazu wurden Studien, die sich mit Früh-oder Totgeburten beschäftigen ausgeschlossen, da diese Thematiken eine eigene Arbeit benötigen.

Durch ein Screening der Suchergebnisse wurden gezielt Evidenzen zu den verschiedenen Interventionen und Handlungsempfehlungen identifiziert. Die Evidenzbewertung der den Empfehlungen zugrunde liegenden Quellen basiert auf der Literaturbewertung des „Critical Appraisal Skills Programme“ (CASP) [32] und der Cochrane-Collaboration [33] (*siehe Anhang 1*).

Tabelle 1 Suchbegriffe systematische Literaturrecherche

Intervention/ Handlungsempfehlung	Suchstring
Allgemeine Wochenbettbetreuung nach TGE	((traumatic childbirth) OR (traumatic birth) OR (psychological traumatic birth) OR (traumatic childbirth experience) OR (traumatic birth experience) OR (negative birth experience)) AND ((recommendations for action) OR (instructions) OR (guideline) OR (recommendation)) OR (support strategies) OR (psychological support) OR (supportive care)) AND ((postpartum care) OR (maternity care) OR (puerperium) (midwife led care))
Psychoedukation	((traumatic childbirth) OR (traumatic birth) OR (psychological birth trauma) OR (birth trauma) AND ((mental health education) OR (psychoeducation) OR (psychoeducational intervention)) AND ((reducing post-traumatic stress) OR (reducing PTSD Symptoms) OR (decreasing emotional distress) OR (preventing post-traumatic

	stress) OR (preventing PTSD) OR (wellbeing mother))
Bonding fördern	((traumatic childbirth) OR (traumatic birth) OR (psychological birth trauma) OR (birth trauma) AND ((support bonding) OR (skin to skin contact) OR (bonding) AND ((reducing post-traumatic stress) OR (reducing PTSD Symptoms) OR (decreasing emotional distress) OR (preventing post-traumatic stress) OR (preventing PTSD) OR (wellbeing mother))
Kreatives Schreiben	((traumatic childbirth) OR (traumatic birth) OR (psychological birth trauma) OR (birth related traumatization)) AND ((expressive writing) OR (kreatives Schreiben) OR (emotive writing) OR (emotional expressing)) AND ((reducing post traumatic stress) OR (reducing PTSD Symptoms) OR (decreasing emotional distress) OR (preventing post traumatic stress) OR (psychological reaction) OR (improvement outcome) OR (preventing PTSD)
Screening	((traumatic childbirth) OR (traumatic birth) OR (psychological birth trauma) OR (birth trauma) AND ((screening)) AND ((reducing post traumatic stress) OR (reducing PTSD Symptoms) OR (decreasing emotional distress) OR (preventing post traumatic stress) OR (preventing PTSD))
Nachgespräch	((traumatic childbirth) OR (traumatic birth) OR (psychological birth trauma) OR (birth related traumatization)) AND ((debriefing) OR (counseling) OR (postpartum counseling) OR (postpartum check-up) OR (midwifery counseling) OR (supportive

	counseling)) AND ((reducing post traumatic stress) OR (reducing PTSD Symptoms) OR (decreasing emotional distress) OR (preventing post traumatic stress) OR (preventing PTSD))
--	---

3.4. Expert*innenwissen

Da die Forschung bereits mehrere Vorschläge für Interventionen nach TGE im Wochenbett liefert, diese Studien sich jedoch teils wenig oder gar nicht auf Hebammenarbeit beziehen, soll zusätzlich das Expert*innenwissen zweier spezialisierter Hebammen verwendet werden. So kann zum einen neben der Evidenz der Maßnahmen auch die Anwendbarkeit im deutschen Betreuungssystem einer Hebamme im Wochenbett überprüft werden, zum anderen aber auch „Hebammenmaßnahmen“ benannt werden, welche keine Repräsentation in der Wissenschaft finden. Im Rahmen von semistrukturierten Interviews wurden Dagmar Weimer (Psychologin und Hebamme) [34] und Viresha J. Bloemeke (Hebamme und Traumatherapeutin) [35] zu der Wochenbettbetreuung nach traumatischer Geburtserfahrung befragt. Der Interviewleitfaden kann dem Anhang entnommen werden (*siehe Anhang 2*).

3.5. Leitlinien

Eine zusätzliche Stütze, um Evidenz und Anwendbarkeit in der Praxis miteinander zu vereinen, soll die Nutzung bereits vorhandener Leitlinien, bzw. Handlungsempfehlungen sein. Hierzu dienen der Leitfaden des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) zur traumasensiblen Begleitung durch Hebammen [16], die Leitlinie der National Institute for Health and Care Excellence zu pränatalen und postpartalen mentalen Gesundheit (NICE) [36] und die Leitlinie der Niederländischen Vereinigung für Geburtshilfe und Gynäkologie (NVOG) zu der Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und posttraumatischer Stress im Zusammenhang mit der Geburt [37]. Bei der Bewertung in Bezug auf Aussagekraft und Evidenz der ausgewählten Leitlinien wurde sich an dem AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) Instrument orientiert [38] (*siehe Anhang 2*).

4. Versorgungsplan

Die Bestandteile des Versorgungsplanes entsprechen lediglich Empfehlungen und verpflichten nicht zur Anwendung. Die betreuende Wochenbetthebamme soll die Empfehlungen individuell abwägen und nicht universell anwenden, da die Forschung aufzeigt, dass universelle Interventionen keine Evidenz haben und es einen individuellen und bedürfnisorientierten Betreuungsplan braucht [39]. Die Schritte eins bis fünf entsprechen der „Basis-Versorgung“. Ziel ist die Stabilisierung und Beobachtung der Betroffenen. Schritt Sechs stellt Maßnahmen dar, die individuell als zusätzliches Unterstützungsangebot angewendet werden können. Die *Abbildung 1* stellt einen Überblick über den Versorgungsplan dar.

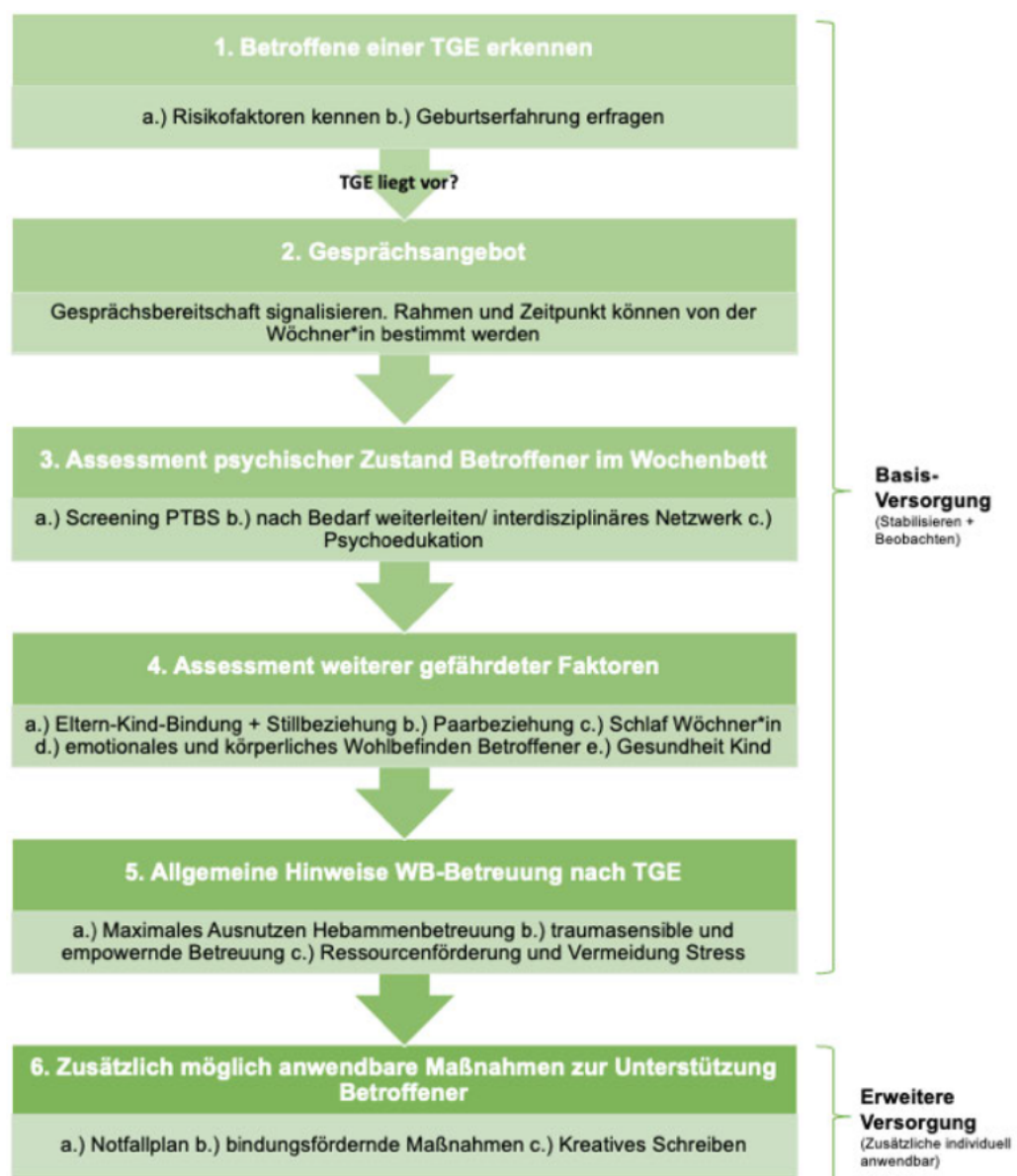


Abbildung 1: Übersicht Versorgungsplan

4.1. Schritt 1: Betroffene erkennen

1a.) Empfehlung:

Die Wochenbetthebamme soll die verschiedenen Risikofaktoren für eine traumatische Geburtserfahrung kennen und bei Betreuungsbeginn überprüfen.

Hintergrund:

Neben der entscheidenden subjektiven Wahrnehmung gibt es Risikofaktoren, die eine TGE begünstigen können. Das Wissen darüber ermöglicht eine frühzeitige Identifizierung einer TGE und somit eine rechtzeitige Versorgung. So können erhebliche maternale psychische Konsequenzen und deren negative Auswirkung auf die Kindesentwicklung und die Gesundheit der gesamten Familie möglicherweise gemildert oder abgewendet werden [2,18,23,37].

Durchführung:

Folgenden Faktoren sind die am häufigsten genannten Risikofaktoren für eine TGE und/oder eine CB-PTSD:

Hauptfaktoren Wahrnehmung Geburt als traumatisch [7]:

- Mangel/ Verlust von Kontrolle
- Probleme in der Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal
- Fehlende praktische und emotionale Unterstützung

Weitere Risikofaktoren für eine TGE und/oder CB PTSD [2,7,25,40]:

- Geburtsangst (Fear of Childbirth)
- Geburtshilfliche Faktoren (bspw. Notfallinterventionen, sekundäre operative Geburten)
- Mangelnde Unterstützung durch das Gesundheitspersonal
- Negatives subjektives Geburtserleben
- Psychische Erkrankungen in Eigenanamnese
- Komplikationen in der Schwangerschaft
- Schlechte Bewältigungsstrategien + zusätzlicher Stress postpartal

Evidenz:

Die Handlungsempfehlung basiert auf drei systematischen Übersichtsarbeiten guter Qualität [2,18,23] und auf der niederländischen Leitlinie [37]. Die Risikofaktoren wurden vier systematischen Übersichtsarbeiten entnommen [2,7,25,40]. Zu beachten ist hier, dass eine Arbeit [7] aus dem Jahr 2016 ist und somit nicht den Vorgaben der eingeschlossenen Studien entspricht. Da sie eine mehrfach zitierte, qualitativ hochwertige Quelle ist, soll sie

jedoch trotzdem mit einbezogen werden. Bei der Verwendung der Forschungsergebnisse ist zu beachten, dass die Risikofaktoren für eine TGE und für eine geburtsbedingte Post-traumatische Belastungsstörung (CB-PSTD) häufig gleichgesetzt werden, was eine klare Unterscheidung erschwert. Die Differenzierung der Faktoren ist jedoch relevant, da nicht alle TGE-Betroffenen eine PTBS entwickeln. [25]

1b.) Empfehlung:

*Jede Wöchner*in soll im Rahmen der Wochenbettbetreuung zu der Geburtserfahrung befragt werden.*

Hintergrund:

Eine traumatische Geburtserfahrung ist individuell und subjektiv weswegen auch eine medizinisch unkomplizierte Geburt als traumatisch erlebt werden kann. Daher ist das alleinige Überprüfen der Basisdaten der Geburt (Geburtsmodus, Geburtsverletzung, Geburtsdauer etc.) unzureichend. Die subjektive Wahrnehmung der Gebärenden hat oberste Priorität [40], weswegen das Erfragen der Geburtserfahrung einer jeder Wöchner*in empfohlen wird [2,37]. Ergebnisse der Forschung zeigen, dass es für Betroffene schwierig ist, ihr Problem zu erkennen und dass sie aus Angst vor Stigmatisierung Beschwerden häufig nicht von sich aus ansprechen und erst Hilfe suchen, wenn die Belastungsgrenze bereits überschritten ist. Ein aktives Nachfragen von Seiten des Gesundheitspersonals kann hier zur Entstigmatisierung beitragen. Auch wünschen sich Betroffene, dass das Gesundheitspersonal aktiv und ohne Wertung zu verschiedenen Zeitpunkten nachfragt und Unterstützung anbietet. [1,41]

Durchführung:

Die Wochenbetthebamme soll aktiv, empathisch und offen nach der Geburtserfahrung fragen. Dabei soll die Wöchner*in den Rahmen des Gespräches bestimmen können. [1,2,41] In Bezug auf den Zeitpunkt der Maßnahme gibt es verschiedene Möglichkeiten. Die niederländische Leitlinie zur Betreuung nach traumatischer Geburt empfiehlt ein Nachfragen innerhalb der ersten Woche postpartal, ein zweites Mal vier bis sechs Wochen postpartal [37]. Qualitative Evidenzen legen nahe, dass sich Betroffene wünschen mehrmals und zu verschiedenen Zeitpunkten befragt zu werden [1,41]. Der Zeitpunkt kann daher individuell im Rahmen der Betreuung entschieden werden und an die Bedürfnisse der Wöchner*in angepasst werden. Jedoch sollte mindestens einmal nach der Geburtserfahrung gefragt werden. Des Weiteren soll die Hebamme beachten, dass sie kein Screening ohne ein ausreichendes Hilfeangebot durchführt, da dieses eher einen triggernden Effekt haben kann [20].

Mögliche Fragestellungen:

- Wie haben Sie die Geburt erlebt?
- Wie blicken Sie auf die Geburt zurück?

Hierbei ist es wichtig die Fragen offen und neutral zu stellen und ein aktives Zuhören zu signalisieren [37].

Evidenz:

Über die Relevanz eines frühzeitigen Erkennens einer TGE, um so ggf. nötige Interventionen zugänglich und präventiv zu gestalten, ist sich die Wissenschaft einig. Dies wird in vier Systematic Reviews (Systematischen Übersichtsarbeiten) aus den letzten fünf Jahren betont. [1,2,18,23] Dass jede Wöchner*in zur Geburtserfahrung befragt werden soll wird von der Niederländischen Leitlinie [37] und von einer systematischen Literaturübersicht empfohlen [2]. Mögliche Fragestellungen wurden der niederländischen Leitlinie entnommen [37]. Die verwendeten qualitativen Evidenzen wurden einer Systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2021 [1] und einer qualitativen Studie der CA18211 [41] entnommen. Hier ist zu bedenken, dass das ausgewählte Sample der Studie nur bedingt repräsentativ für alle Betroffenen einer TGE ist, da die Teilnehmenden ausschließlich in einer hebammengeleiteten Gebärklinik geboren haben.

4.2. Schritt 2: Gesprächsangebot

2a.) Empfehlung:

*Ist das Vorliegen einer TGE bekannt, soll die betreuende Wochenbetthebamme Gesprächsbereitschaft signalisieren. Zeitpunkt und Gesprächsbedarf werden von der Wöchner*in bestimmt.*

Hintergrund:

Ein offenes Gesprächsangebot ermöglicht die erforderliche individuelle Anpassung der Betreuung an die Bedürfnisse der Wöchner*in, denn sowohl der Zeitpunkt des Einsetzens der Symptome als auch der Zeitpunkt der Bereitschaft über das Ereignis zu sprechen, ist von Person zu Person unterschiedlich [1].

Das Einsetzen posttraumatischer Symptome kann Wochen bis Monate dauern. Auch gibt es die „delayed onset PTSD“, bei welcher die PTBS-Symptome erst nach sechs Monaten, teilweise auch erst nach Jahren auftreten [39]. Auch kann es ein möglicher

Schutzmechanismus sein das Erlebte vorerst zu verdrängen. Möchten die Betroffenen nicht über das Erlebte sprechen, sollen die Grenzen und Bedingungen der Person akzeptiert werden. Mithilfe eines offenen Gesprächsangebots einer eventuellen Vertrauensperson (die Wochenbetthebamme), welches die Betroffenen nach eigenem Ermessen wahrnehmen können (während der gesamten Wochenbettbetreuung und eventuell danach), fungiert die Wochenbetthebamme als wichtige Brücke und kann aktiv dazu beitragen, dass die wahrgenommenen Barrieren Hilfe in Anspruch zu nehmen [1] gesenkt werden.

Durchführung:

Zu beachten ist, dass die Empfehlung 2a.) keinem strukturierten Nachgespräch oder Beratungsgespräch entspricht.

Die Gesprächsbereitschaft kann zu Beginn der Betreuung signalisiert werden. Treten im Rahmen der Betreuung Auffälligkeiten auf, kann sie ein weiteres Mal verdeutlicht werden. Ist bekannt, dass eine traumatische Geburtserfahrung vorliegt, diese jedoch nicht im Rahmen der Wochenbettbetreuung thematisiert wird, kann ein weiteres Gesprächsangebot zum Ende der Betreuung erfolgen.

Evidenz:

Die Empfehlung basiert auf zwei aktuellen Systematic Reviews von guter Qualität (SR) [1,39]. Zu beachten ist, dass die Studien keinen genauen Zeitpunkt für das Gesprächsangebot geben. Zusätzlich wird diese Maßnahme von der NICE-Leitlinie zur pränatalen und postpartalen mentalen Gesundheit aus dem Jahr 2020 [36] und von dem Leitfaden zur traumasensiblen Hebammenbegleitung [16] empfohlen. Zu beachten ist, dass der Leitfaden veraltet ist. Da dieser jedoch zum aktuellen Zeitpunkt die einzige Handlungsempfehlung für Hebammen darstellt, kann er trotz der mangelnden Aktualität (2012) als Orientierung genutzt werden.

4.3. Schritt 3: Assessment psychischer Zustand

3a.) Empfehlung:

*Ist bekannt, dass eine TGE vorliegt oder hat die Wöchner*in ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer CB-PTSD (siehe Empfehlung 1b), soll mit Hilfe eines validierten Screening-Instrumentes das Vorliegen von PTBS (-Symptomen) untersucht werden.*

Hintergrund:

Durch die schwerwiegenden Auswirkungen auf das maternale Wohlbefinden und die Kindesentwicklung und die Gefahr der Chronifizierung ist die Früherkennung von Psychopathologien im Wochenbett unabdingbar [2]. So empfehlen mehrere Studien einheitlich ein proaktives Screening auf PTBS (-Symptome) nach TGE oder bei dem Vorliegen von Risikofaktoren für eine geburtsbedingte PTBS durchzuführen [2,3,11,20,22]. Wie bereits erwähnt, ist durch die Forschung ersichtlich, dass Betroffene einer TGE oft nicht selbst nach Hilfe fragen, ihre Symptome falsch einordnen und Angst vor Stigmatisierung haben [1], weswegen ein Screening hilfreich sein könnte. Hebammen sind für die Durchführung des Screenings besonders geeignet, da sie als Erstversorger*innen eine wichtige Lotsenfunktion haben und Symptome und Auffälligkeiten ggf. als Erstes bemerken [3].

Durchführung:

Verschiedene Fragebögen können angewendet werden:

Der City Birth Trauma Scale (City BiTS) ist ein Fragebogen, welcher PTBS-Symptome und andere klinische Auffälligkeiten nach traumatischer Geburtserfahrung erfassen kann. Er besteht aus 29 Fragen, welche an die Diagnosekriterien des DSM-5 der American Psychiatric Association angelehnt sind. Es gibt sowohl eine Version für die gebärende Person als auch für die Begleitpersonen/ „Geburtspartner*innen“. [42] Er ist bereits mehrfach übersetzt und weit verbreitet.

Eine weitere Möglichkeit ist die Verwendung des Berliner Fragebogens zu Auswirkungen von Traumatisierung während der Geburt von Tanja Sahib [43].

In Bezug auf den Zeitpunkt der Anwendung gibt es keine klaren Angaben in der Literatur. Eine systematische Übersichtsarbeit empfiehlt ein frühes Screening in der perinatalen Phase (bis siebter Tag postpartum) [22]. Zu bedenken ist jedoch, dass die Traumareaktionen zu verschiedenen Zeitpunkten auftreten können [1,39].

Evidenz:

Drei SR [2,11,22], eine Mapping-Studie [3] und eine Prospektive Longitudinalstudie [20] empfehlen das Screening mithilfe von validierten Assessmentinstrumenten auf PTBS-(Symptome) nach TGE. Hierbei ist zu beachten, dass die ausgewählten Studien sich lediglich auf die PTBS als Outcome fokussieren und Komorbiditäten, bzw. andere Beschwerden nach TGE nicht berücksichtigt werden.

Da die Autoren der Übersichtsstudie feststellen konnten, dass Hebammen die Fachgruppe sind, die die meisten Interventionen nach TGE durchführen und sie außerdem den engsten Kontakt zu den Betroffenen haben, empfehlen sie, dass das Screening durch Hebammen durchgeführt wird [3].

Der City BiTS, so auch die deutsche Version, ist mehrfach validiert [44].

Die Anwendung des Berliner Fragebogens basiert Expert*innenempfehlungen [34,35].

Es ist zu beachten, dass es in der Literatur keine eindeutigen Angaben in Bezug auf den Zeitpunkt des Screenings gibt.

Hinweis:

*Die betreuende Hebamme soll beachten, dass auch Väter eine PTBS nach Geburt entwickeln können [11,39]. Der City BiTS beinhaltet eine zusätzliche Version für Geburtspartner*innen, die bei Bedarf angewendet werden kann.*

3b.) Empfehlung:

*Treten im Rahmen der Wochenbettbetreuung (traumabedingte) psychische Beschwerden auf oder äußert die Wöchner*in das Bedürfnis nach Hilfe bei der Unterstützungssuche und die alleinige Betreuung durch eine Hebamme ist nicht ausreichend, soll die Wöchner*in (nach Einverständnis) an eine geeignete Fachperson weitergeleitet werden. Es ist hilfreich, wenn die Hebamme über ein interdisziplinäres Netzwerk verfügt.*

Hintergrund:

Hebammen können und sollen eine psychische Erkrankung weder diagnostizieren, noch behandeln. Stattdessen haben sie eine wichtige Brückenfunktion in der Betreuung und können so durch eine frühzeitige Weiterleitung an spezialisiertes Fachpersonal maßgeblich zur Gesundheitsförderung der Familien beitragen [3,16] und die Barrieren der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten senken [1]. Des Weiteren ist erwiesen, dass psychotherapeutische Behandlungen, wie bspw. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) oder TF-CBT (Trauma-focused cognitive behavioral therapy) geburtsbedingte PTBS-Symptome wirksam behandeln können [18,45]. So empfehlen sowohl die NICE Leitlinie, als auch

die Niederländische Leitlinie, dass Betroffene einer TGE mit Symptomen einer schweren Traumareaktion Zugang zu hochwertigen psychologischen Interventionen bekommen sollen [36,37].

Durchführung:

Geeignete Anlaufstellen sind beispielsweise lokale psychologische Beratungsstellen oder die mitbehandelnde gynäkologische Praxis. Die Expertin V. J. Bloemeke empfiehlt ein Netzwerk aus Gynäkolog*in, Psychotherapeut*in und Psychater*in aufzubauen [35].

Evidenz:

Die Relevanz der Hebammen als Brückenfunktion wird von einer Übersichtarbeit [3] und von dem Handlungsleitfaden zur traumasensiblen Hebammenbetreuung [16] betont. Der positive Effekt einer psychotherapeutischen Behandlung nach TGE wird durch zwei systematische Übersichtsarbeiten bewiesen [18,45]. Auch empfehlen die NICE-Leitlinie [36] und die niederländische Leitlinie [37] die Bereitstellung psychotherapeutischer Behandlung, wenn der Bedarf besteht.

3c.) Empfehlung:

*Liegt bei der Wöchner*in eine TGE vor, soll eine Psychoedukation über die möglichen Konsequenzen einer traumatischen Geburtserfahrung durchgeführt werden.*

Hintergrund:

Psychoedukation (PE) beschreibt eine Intervention, die sich auf die Informationsbereitstellung (potenziell) Betroffener einer (meist psychischen) Krankheit bezieht. Ziel ist es Krankheitsverständnis u. -akzeptanz zu erhöhen. Die Intervention beinhaltet mitunter Informationen zu den Symptomen und dem Verlauf der entsprechenden (potenziellen) Krankheit. [46] Im Falle einer TGE kann so das Bewusstsein der Betroffenen für mögliche Folgen geschärft werden und die Inanspruchnahme von Unterstützung gefördert werden [1]. Zu Bedenken ist, dass Reaktionen auf das Trauma prolongiert und somit auch nach Abschluss der Wochenbettbetreuung auftreten können [39]. Studien, die die Anwendung von Psychoedukation nach traumatischer Geburtserfahrung untersuchen, können zwar nur geringe Evidenzen feststellen, jedoch beschreiben die Teilnehmenden die Intervention als hilfreich und positiv [18,47]. Eine Studie, die die Anwendung von Psychoedukation nach traumatischen Erlebnissen jeglicher Art untersucht, zeigt auf, dass die Intervention zwar nicht die Symptome der psychischen Beschwerden senken kann, jedoch aber die Einstellung der

Betroffenen in Bezug auf mentale Gesundheit verbessern kann. Auch hier beschreiben die Teilnehmenden die Intervention als hilfreich. [48]

Zusätzlich dazu zeigt die Forschung auf, dass Väter häufig mangelhaftes Wissen über psychische Probleme in der Wochenbettzeit haben und nicht wissen, wann und wie Unterstützung notwendig ist. Die Autor*innen empfehlen mitunter eine Hebammengeleitete postpartale Aufklärung in Bezug auf die psychische Gesundheit, um die Nutzung von Unterstützungsangeboten zu fördern. [49]

Durchführung:

Die Evidenz zeigt auf, dass eine Psychoedukation nicht effektiv ist, wenn sie allein und selbstgesteuert Mithilfe von Online- oder Printmaterial von Betroffenen durchgeführt wird [18,47]. Daher wird empfohlen die Psychoedukation im Rahmen eines Gesprächs anzuwenden. Bei Bedarf können Medien, wie bspw. Informationsbroschüren zur Unterstützung verwendet werden. Inhalte des Gesprächs sollen folgende sein:

- Mögliche psychische Konsequenzen der TGE, inklusive der Symptome und Dauer
- Weitere Konsequenzen die auftreten können: Beeinträchtigung Bindungsaufbau zum Kind und Stillen [22–24], Beeinträchtigung Paarbeziehung [17], geringes Selbstwertgefühl, soziale Isolation, eine gestörte Selbst- und Fremdwahrnehmung und Schlafprobleme [2,20,21], unruhiges Kind [28]

Der Zeitpunkt der Intervention ist individuell zu entscheiden. Eine Möglichkeit wäre es die Intervention mit dem Gesprächsangebot (*Empfehlung 2a.*) zu kombinieren.

Evidenz:

Obwohl die zugrunde liegende Evidenz schwach ist, zeigt die Forschung einige Vorteile (Teilnehmende empfinden Intervention als hilfreich, verbesserte Einstellung in Bezug auf mentale Gesundheit) auf. Bei der Interpretation der Forschungsergebnisse ist jedoch zu beachten, dass die systematische Übersichtsarbeit [18] und das Randomized Controlled Trial (RCT) [47], welche die Anwendung der Psychoedukation nach TGE untersuchen, lediglich Auskunft über die Effekte einer selbstgesteuerten PE geben und es keine Ergebnisse in Bezug auf eine PE in Form eines Gespräches mit einer Fachperson gibt. Weiterhin ist zu erwähnen, dass die systematische Übersichtsarbeit, die die verbesserte Einstellung in Bezug auf die mentale Gesundheit nach PE aufzeigt, den Effekt der PE bei traumatischen Erlebnissen jeglicher Art untersucht und nicht auf die TGE spezialisiert ist. Daher sind die Ergebnisse nur eingeschränkt auf die Anwendung der PE im Wochenbett nach TGE übertragbar [48].

Die Unwissenheit der Wöchner*innen und Partner und der Bedarf an vermehrter Aufklärung wird durch zwei SR (Systematic Reviews) bewiesen [1,49]. Zu beachten ist hier, dass ausschließlich männliche Partner in die Studien miteinbezogen wurden, was die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse einschränkt. Die Anwendung der Psychoedukation nach TGE wird außerdem von der niederländischen Leitlinie [37] und von den interviewten Expert*innen empfohlen [34,35].

4.4. Schritt 4: Assessment weiterer gefährdeter Faktoren

4a.) Empfehlung:

*Die Wochenbetthebamme sollte sich bewusst über die möglichen Auswirkungen einer TGE auf a.) Mutter/ Eltern-Kind Bindung (inklusive der Stillbeziehung) [22,23], b.) die Paarbeziehung [17], c.) das Schlafverhalten der Wöchner*innen [20], d.) das emotionale und körperliche Wohlbefinden der Betroffenen [2] und e.) die Gesundheit, inklusive dem Risiko von Regulationsstörungen, des Kindes [28] sein und falls erforderlich unterstützende Maßnahmen einleiten.*

Hintergrund:

Wie bereits in dem Hintergrund der Arbeit aufgezeigt ist, kann eine traumatische Geburtserfahrung neben den psychischen Konsequenzen zu weiteren schwerwiegenden Einschränkungen der Gesundheit der gesamten Familie führen. Da es die Aufgabe der Hebamme ist die Physiologie zu fördern [30], ist es naheliegend das Schützen der oben genannten Faktoren zu fördern.

Durchführung:

Die Punkte a.) bis e.) können im Rahmen des Routinewochenbettbesuches erfragt oder beobachtet werden.

Evidenz:

Das Risiko eines beeinträchtigten Bindungsaufbaus zwischen Mutter und Kind wird von zwei SR beschrieben. Zu beachten ist hier, dass die Studien die maternalen und kindlichen Outcomes bei dem Vorliegen einer maternalen (geburtsbedingten) PTBS untersuchen, weswegen die Kausalitäten zwischen einer TGE und Bindungsproblem nicht ganz eindeutig sind und es offenbleibt, ob alle TGE-Betroffene dem Risiko von Bindungsstörungen unterliegen, oder nur diejenigen die eine PTBS als Konsequenz entwickeln [22,23]. Hier greift

auch das bereits benannte Problem der fehlenden Differenzierung der TGE und der CB-PTSD in der Literatur [25].

Die gefährdete Paarbeziehung wird in einem SR beschrieben. Die Autor*innen empfehlen, dass sich das betreuende Gesundheitspersonal bewusst über die möglichen Auswirkungen auf die Paarbeziehung ist und diese ggf. unterstützt. [17]

Der beeinträchtigte Schlaf der Betroffenen wird durch eine prospektive Längsschnittstudie der CA18211 beschrieben, welche jedoch nur eine eingeschränkte Aussagekraft hat [20].

Das beeinträchtigte Wohlbefinden der Wöchner*innen wird durch ein SR [2] festgestellt.

Eine prospektive Kohortenstudie der CA18211 konnte feststellen, dass die postpartale PTBS mit Regulationsstörungen des Kindes assoziiert ist [28]. Auch hier ist offen, ob das Risiko allgemein nach TGE besteht oder nur bei dem Vorliegen einer maternalen PTBS.

Es sind weitere Arbeiten erforderlich, die evidenzbasierte Maßnahmen identifizieren, die speziell für die jeweiligen Parameter a.) bis e.) angewendet werden können.

4.5. Schritt 5: Allgemeine Hinweise zur Wochenbettbetreuung Betroffener

5a.) Empfehlung:

Liegt eine TGE vor, soll, nach Absprache mit den Betroffenen, die Hebammenbetreuung auf das Maximum ausgeweitet werden.

Hintergrund:

Studien zeigen auf, dass posttraumatische Symptome verspätet eintreten können. Verläufe nach traumatischen Erlebnissen sind sehr individuell. Daher empfiehlt die Forschung einen Zugang zur Primärversorgung für mindestens sechs Monate postpartal. [1,39]

Ein maximales Ausnutzen der Hebammenbetreuung ermöglicht außerdem, die empfohlenen Maßnahmen des Versorgungsplanes umzusetzen und eine individuelle und bedürfnisorientierte Betreuung zu ermöglichen.

Durchführung:

Die zusätzlichen 16 Leistungen nach den ersten zehn Tagen postpartal können so aufgeteilt werden, dass sich die Hebammenbetreuung über einen längeren Zeitraum erstreckt (bis zwölf Wochen postpartal). Zusätzlich können die Termine zur Still- bzw. Ernährungsberatung genutzt werden. In begründeten Fällen besteht die Möglichkeit weitere Leistungen zu beantragen. Dies erfolgt über eine ärztliche Anordnung. [50]

Evidenz:

Zwei systematische Übersichtsarbeiten empfehlen, dass die Betreuung nach TGE möglichst lange gewährleistet wird. [1,39]

5b.) Empfehlung:

*Bei der Betreuung einer Wöchner*in mit traumatischer Geburtserfahrung soll traumasensibel und empowernd gearbeitet werden.*

Hintergrund:

Qualitativen Evidenzen zur Folge fällt es Betroffenen einer TGE schwer erneutes Vertrauen in Gesundheitspersonal zu fassen. Der Wiederaufbau des Vertrauensverhältnisses wird durch Anerkennung des traumatischen Erlebnisses und dem Anbieten von bedingungsloser Unterstützung gefördert. Des Weiteren zeigt die qualitative Forschung auf, dass sich Betroffene einer TGE, Kontrolle und Entscheidungsfreiheit in der Betreuung wünschen, da die traumatische Geburtserfahrung einem Kontrollverlust entspricht. [41,49] Eine empowernde Betreuung ist außerdem auf Grund des gestörten Selbstbildes und dem geringen Selbstwertgefühl nach traumatischer Geburt [2,20] förderlich.

Eine traumasensible Begleitung ist relevant um weitere Traumatisierungen oder Triggerungen zu vermeiden [16].

Durchführung:

Eine traumasensible Hebammenbegleitung im Wochenbett wird durch mehrere Faktoren definiert. Zum einen ist es relevant einen sensiblen Sprachgebrauch zu verwenden (bspw. statt „Opfer“ „von Gewalt betroffen“), da bestimmte Wörter einen Trigger darstellen können. Selbstverständlich ist es nicht möglich alle triggernden Wörter vorher zu kennen. Aussagen wie „Es ist doch gleich vorbei“, „Entspannen Sie sich“, „Machen Sie die Beine ganz weit auseinander“, „Stellen Sie sich nicht so an“ oder ähnliche Formulierungen sind jedoch unbedingt zu vermeiden. Stattdessen soll in der Wortwahl ausgedrückt werden, dass die Person die Kontrolle hat. Dies kann neben der richtigen Wortwahl auch dadurch ausgedrückt werden, dass vor allen Interventionen ein Einverständnis eingeholt wird. [16]

Des Weiteren ist auch die Art der Entscheidungsfindung relevant. Beispielsweise kann das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung verwendet werden, um den traumatisierten Personen ein Gefühl von Kontrolle zu geben [51].

Evidenz:

Die Handlungsempfehlung basiert auf den Ergebnissen einer qualitativen Studie, welche im Rahmen der CA182111 durchgeführt wurden [41]. Hier ist zu beachten, dass das eingeschlossene Sample der Studie nicht repräsentativ für alle Betroffenen einer negativen/ traumatischen Geburtserfahrung (Klinikgebärende wurden nicht eingeschlossen) ist.

Es gibt bisher keine Studie, die die Anwendung der partizipativen Entscheidungsfindung nach traumatischer Geburtserfahrung untersucht. Die verwendete Quelle ist eine systematische Übersichtsarbeit, welche verschiedene Therapieoptionen bei PTBS von Erwachsenen untersucht. Die Studie kommt zu dem Entschluss, dass die Anwendung der partizipativen Entscheidungsfindung bei traumatisierten Personen sinnvoll sein kann. Die Ergebnisse sind jedoch nur eingeschränkt auf TGE-Betroffene im Wochenbett übertragbar. [51] Auch die Handlungsempfehlungen zur traumasensiblen Hebammenbegleitung empfehlen die gemeinsame Entscheidungsfindung [16].

5c.) Empfehlung:

*Die Wochenbetthebamme soll die Ressourcen und Schutzfaktoren für die maternale psychische Gesundheit fördern. Relevante Faktoren sind hier die Förderung des Bindungsaufbaus zum Kind und die Einbeziehung von Partner*innen bzw. Bezugspersonen in die Betreuung. Des Weiteren soll zusätzlicher Stress möglichst vermieden werden. Die Hebamme kann die Familie bei der Umsetzung dessen unterstützen.*

Hintergrund:

Die Anerkennung und Förderung der individuellen Ressourcen der Wöchner*innen ist insbesondere nach traumatischer Geburtserfahrung relevant, um das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit zu stärken [2]. Diese Ressourcen können zeitgleich Schutzfaktoren für die postpartale maternale psychische Gesundheit darstellen [52]. Neben individuellen Faktoren können folgende Schutzfaktoren aus der Forschung identifiziert werden:

Das Bonding zwischen Mutter und Kind gilt als Schutzfaktor für die maternale psychische Gesundheit [18,53].

Der positive Effekt der Unterstützung durch den Partner auf die psychische Gesundheit der Mutter ist durch mehrere Studien bewiesen [54,55].

Zusätzlich dazu ist das Vermeiden von weiteren Stressfaktoren relevant. Bleibt der Bedrohungsstatus nach dem traumatischen Ereignis bestehen und bleibt die Möglichkeit der Entspannung aus, können der Zustand der minimalen Handlungsfähigkeit und der maximalen Erregung zum Dauerzustand werden. Dies stellt einen Risikofaktor für die Manifestierung einer PTBS dar [2].

Durchführung:

Bindungsfördernde Maßnahmen können dem zweiten Teil des Versorgungsplanes entnommen werden. Des Weiteren sollten (falls vorhanden) Partner*in/ weitere Bezugspersonen aktiv in die Betreuung mit einbezogen werden, in dem der Person Aufgaben zugeteilt werden oder es gefördert wird, dass sie sich aktiv miteinbringt. Auch kann empfohlen werden, dass Partner*innen möglichst lange Elternurlaub in Anspruch nehmen.

Des Weiteren soll die Wöchner*in bestärkt werden sich vollkommen auf sich und das Neugeborene zu konzentrieren. Haushalt und andere Aufgaben sollen abgegeben werden. Praktisch kann dies beispielsweise durch eine durch die Krankenkasse finanzierte Haushaltshilfe, eine Beurlaubung von Partner*in oder durch das Einbeziehen der Familie, bzw. weiterer Bezugspersonen umgesetzt werden. Auch gibt es weitere Unterstützungssysteme, wie z.B. Babysits, Frühe Hilfen oder Mütterpfleger*innen, auf die zurückgegriffen werden kann.

Evidenz:

Der gesundheitsfördernde Effekt der Bindungsförderung in Form von Haut-zu-Haut-Kontakt wird von zwei systematischen Übersichtsarbeiten gestützt [18,53].

Dass eine stabile Paarbeziehung und die Unterstützung durch den Partner schützend für die Psyche sind, wird durch zwei systematische Übersichtsarbeiten aufgezeigt [54,55]. Bei der Interpretation der Forschungsergebnisse ist zu beachten, dass die Studien nicht auf die TGE spezialisiert sind. Auch ist anzumerken, dass sich die Studienergebnisse auf den Ehemann, bzw. Vater des Kindes beziehen. Andere Lebensrealitäten werden nicht miteinbezogen.

4.6. Schritt 6: konkrete Maßnahmen zur individuellen Anwendung

6a.) Empfehlung:

*Liegt eine TGE oder ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer PTBS oder anderer psychischer Beschwerden vor oder liegen bereits leichte Symptome psychischer Beschwerden vor, soll gemeinsam mit der Wöchner*in ein Notfallplan erstellt werden.*

Hintergrund:

Der Notfallplan ist ein Konzept aus der Psychotherapie, welches primär bei Suizidgefährdeten oder PTBS-Betroffenen Anwendung findet. Dieser wird in einer stabilen Phase gemeinsam mit einer Fachperson erstellt. Ziel ist es die Ressourcen der Person hervorzuheben, die Selbstwirksamkeit zu fördern und die rechtzeitige Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zu fördern. [56] Auch in der Hebammenarbeit findet dieser Notfallplan bereits Anwendung. Dagmar Weimer, Hebamme und Psychotherapeutin, empfiehlt eine gemeinsame Erstellung dessen bei psychischen Krisen im Wochenbett [34]. Auch die NICE-Leitlinie empfiehlt, dass bei psychischen Auffälligkeiten im Wochenbett gemeinsam ein „care plan“ erstellt werden soll [57]. Relevant zu erwähnen ist, dass der Notfallplan sowohl Selbsthilfemaßnahmen darstellt als auch anzeigen soll, wann Hilfe von Fachpersonen erforderlich ist. Der Plan stellt keinesfalls eine Form der Therapie o.ä. dar und soll lediglich als Ersthilfemaßnahme verwendet werden. [56]

Durchführung:

In der Praxis sind verschiedene Formen des Notfallplanes vorzufinden. So gibt es Personen, die es bevorzugen einen „Notfallkoffer“ zu erstellen, andere greifen vorzugsweise auf eine Liste zurück. Relevant ist, dass der Plan erstellt wird, wenn sich die Person in einem stabilen Zustand befindet. Liegen bereits starke Symptome vor, so soll die Person direkt an eine Fachperson weitergeleitet werden [58]. Falls möglich und für die Wöchner*in in Ordnung, sollen auch Partner*in beziehungsweise eine weitere Bezugsperson miteinbezogen werden [57]. Es folgt eine exemplarische Auflistung möglicher Bestandteile eines Notfallplanes [34,57,58]:

- Warnsignale, bzw. Frühsymptome der Erkrankung
- Persönliche Ressourcen:
- Bewältigungsstrategien, die bereits in der Vergangenheit hilfreich waren/ Selbsthilfemaßnahmen
- Förderung Schlaf
- Aktivitäten, die einem gut tun
- soziale Ressourcen:
- Kontaktdaten und Namen von vertrauten Personen
- Kontaktdaten und Namen von Fachpersonen, bzw. Anlaufstellen bei Verschlechterung der Situation

Der Plan ist aktualisierbar und kann an die individuellen Bedürfnisse der Person angepasst werden. Da sich die Elemente des Notfallplans und die Inhalte der Psychoedukation

(*Empfehlung 3c.*) ähneln, kann die gemeinsame Durchführung beider Interventionen in Betracht gezogen werden.

Evidenz:

Die Evidenz und Anwendbarkeit des Notfallplanes bei Suizidgefährdeten ist bereits mehrfach erwiesen, wobei exemplarisch eine systematische Übersichtsarbeit als Quelle aufgezeigt wird [56]. Bisher gibt es jedoch keine Studien, die den Effekt eines Notfallplanes auf Wöchner*innen untersuchen, deren mentale Gesundheit gefährdet ist, womit die Handlungsempfehlung primär auf dem Erfahrungswissen der interviewten Expertin Dagmar Weimer [34] und der NICE Richtlinie [57] basiert.

6b.) Empfehlung:

Liegt eine TGE vor, können im Rahmen der Wochenbettbetreuung bindungsfördernde Maßnahmen angeboten werden.

Hintergrund:

Mehrere Studien zeigen auf, dass eine traumatische Geburtserfahrung einen Risikofaktor für einen gestörten Bindungsaufbau zwischen *Mutter* und Kind darstellen kann [23,24]. Da eine stabile Bindung entscheidend für die Entwicklung des Kindes ist [59] und sie einen positiven Effekt auf die maternale postpartale Gesundheit nach einer TGE haben kann [18,53], ist eine Förderung des Bindungsaufbaus sehr relevant. Eine psychotherapeutische Behandlung bei psychischen Problemen in Wochenbett kann sich auch positiv auf die Bindung zwischen Mutter und Kind auswirken, ist jedoch häufig nicht ausreichend. Daher empfiehlt die Forschung zusätzlich zur psychotherapeutischen Behandlung bindungsfördernde Maßnahmen bei dem Vorliegen von postpartalen psychischen Erkrankungen einzuleiten. [24]

Die Bindungsförderung stellt eine einfach anwendbare Hebammenmaßnahme dar, die Betroffene einer TGE zusätzlich unterstützen kann [16].

Durchführung:

An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass nicht davon ausgegangen werden soll, dass alle Betroffenen einer TGE oder alle psychisch erkrankte Wöchner*innen Probleme im Bindungsaufbau zu ihrem Kind entwickeln [24]. Die betreuende Hebamme soll sich jedoch dem Risiko bewusst sein und das Bindungsverhalten aktiv beobachten, um eventuelle Auffälligkeiten erkennen zu können. Das Bindungsverhalten zwischen Wöchner*in und Kind kann im Rahmen des Routinewochenbettbesuches beobachtet und/oder erfragt werden.

Relevante Faktoren können hier die verbale Interaktion, die emotionale Sensibilität und die körperliche Versorgung des Neugeborenen sein. Liegen Bedenken oder Beschwerden der Wöchner*in vor, können bindungsfördernde Interventionen angeboten werden. [36]

Eine evidenzbasierte bindungsfördernde Maßnahme ist der **Haut-zu-Haut-Kontakt** zwischen Eltern und Kind. Der positive Effekt des Skin-to-Skin-Contacts (SSC) auf verschiedenste maternale und kindliche Parameter, wie bspw. dem Stresslevel des Neugeborenen, der Temperaturregulation oder der psychischen Gesundheit der Mutter, ist bereits mehrfach bewiesen [59]. Studien, die den Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind als Schutzfaktor hervorheben, nutzen die Maßnahme des SSC [18,53]. Zusätzlich dazu kann sich SSC positiv auf die Stillbeziehung auswirken [60]. In der Literatur ist eine Vielzahl von Durchführungsmöglichkeiten vorzufinden. Einig ist sich die Wissenschaft jedoch darin, dass der SSC zu jedem Zeitpunkt des Wochenbetts angewendet werden kann. Hierbei sind die individuellen Gegebenheiten der Wöchner*in zu beachten. Es soll gemeinsam überlegt werden, wie und wann sich der SSC am besten in den Alltag integrieren lässt.

Weitere evidenzbasierte bindungsfördernde Maßnahmen, die jedoch nicht bei dem Vorliegen einer TGE untersucht sind, sind:

- Die Babymassage [61]
- Der Körperkontakt durch Tragen [62]

Evidenz:

Bindungsfördernde Maßnahmen, insbesondere der SSC, weisen eine starke Evidenz vor. Das Fungieren des SSC als Schutzfaktor gegen eine geburtsbedingte PTBS wird von zwei Systematic Reviews (SR) gestützt. [18,53] Der positive Effekt des SSC auf maternale und kindliche Parameter wird von zwei SR aufgezeigt [59,60]. Zu bedenken ist hier, dass sich die ausgewählten Studien nicht speziell auf das Outcome nach TGE beziehen, jedoch zu dem Entschluss kommen, dass der SSC eine kosteneffektive, nichtinvasive Maßnahme ist, dessen positive Effekte mehrfach bewiesen sind. Die Empfehlung bei dem Vorliegen psychischer Beschwerden im Wochenbett neben der Psychotherapie zusätzlich bindungsfördernde Maßnahmen einzuleiten, basiert auf einer systematischen Übersichtsarbeit. Auch hier ist zu beachten, dass sich die Studie nicht auf die TGE spezialisiert, sondern alle Wöchnerinnen mit psychischen Beschwerden aus verschiedensten Ursachen einbezieht [24]. Interpretiert man die zugrunde liegende Evidenz, ist zu beachten, dass die Kausalität zwischen möglichen Bindungsproblemen und einer traumatischen Geburtserfahrung nicht eindeutig ist. So ist in der Forschung nicht erkennbar, ob die Bindungsprobleme nur auftreten, wenn psychische Beschwerden nach einer TGE auftreten oder ob alle TGE-Betroffenen ein erhöhtes Risiko für Bindungsprobleme haben.

6c.) Empfehlung:

*Liegt eine TGE vor, so kann die Hebamme der Wöchner*in Kreatives Schreiben anbieten.*

Hintergrund:

Das kreative Schreiben („expressive writing“) entspricht einem gängigen evidenzbasierten Konzept aus der Traumatherapie [63]. Auch im Kontext Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett findet das Kreative Schreiben Anwendung [64]. So gibt es bereits mehrere Studien, die den Effekt des EW („expressive writing“) auf die PTBS-Symptome nach traumatischer Geburtserfahrung untersuchen [1,2,9,64]. Zwar ist die zugrunde liegende Evidenz gemischt, einig ist sich die Forschung jedoch darin, dass die Intervention keinen Schaden anrichtet, von den Teilnehmenden als hilfreich und positiv empfunden wird und das psychologische Outcome nach einer TGE teilweise verbessern kann. Für die Intervention spricht außerdem, dass Kreatives Schreiben eine kostengünstige und leicht anwendbare Maßnahme in der Wochenbettzeit ist und somit von Hebammen angewendet werden kann [65]. Unterstützt wird dieses Argument dadurch, dass sowohl die niederländische [37], als auch die interviewten Expert*innen [34,35] die Anwendung empfehlen.

Durchführung:

Bei der Durchführung des EW ist es relevant, dass die Intervention nicht universell angewendet wird, sondern gemeinsam mit den Wöchner*innen entschieden wird, ob die Maßnahme hilfreich und sinnvoll sein kann (zu beachten sind körperlicher Zustand Wöchner*in, Offenheit gegenüber Intervention etc.) [1,64,65]. Auch soll ein sinnvoller Zeitpunkt für die Anwendung ausgewählt werden. So ist das Frühwochenbett eher weniger geeignet, da die Wöchner*in hier weitestgehend mit der Anpassung an die neue Situation beschäftigt ist und in der Regel wenig Kapazitäten hat kreatives Schreiben durchzuführen. Auch kann es einige Wochen dauern, bis das Erlebte verarbeitet wird, weswegen sich die Intervention eher zum Ende der Wochenbettbetreuung empfiehlt. [1]

In der Wissenschaft sind verschiedene Ausführungen des kreativen Schreibens vorzufinden. Die klassische Variante nach Pennebaker und Beall umfasst ein 15–20-minütiges Schreiben für drei aufeinanderfolgende Tage. Die Betroffenen sollen sich hierbei an das traumatische Erlebnis erinnern und anschließend die aufkommenden Gefühle aufschreiben [64]. Traumatherapeutin und Hebamme Viresha Bloemeke erwähnt folgende Beispiele für die Durchführung [66, S. 119-124] :

- Einen Brief an die Geburtshelfer, ggf. mit ersehnter Antwort
- Eine Gegengeschichte

- Ein Märchen (in dem die betroffene Person die Hauptfigur ist)
- Ein Brief an das Kind

Evidenz:

Drei Systematische Übersichtsarbeiten belegen den mildernden Effekt auf die PTBS-Symptome nach traumatischer Geburtserfahrung [2,9,64].

Eine weitere systematische Übersichtsarbeit [1] konnte jedoch keinen Effekt auf die PTBS-Symptome nach TGE feststellen. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die Intervention bei Eltern angewendet wurde, deren Kinder auf der Neonatologischen Intensivstation liegen. Die Studie beschreibt, dass das Ergebnis ggf. durch die Umstände der Teilnehmenden beeinflusst sein kann und es weitere Forschung braucht, die den Effekt des EW untersucht, wenn das Kind und die Eltern nicht getrennt sind und ein regelrechtes Wochenbett verbracht werden kann. Zusätzlich dazu beschreiben sie Hinweise, dass das EW positiv in Bezug auf andere Outcomes, abseits der PTBS-Symptome sein könnte. Auch hier beschreiben die Teilnehmenden die Intervention als hilfreich. Daher soll das kreative Schreiben trotz der gemischten Evidenz Teil des Versorgungsplanes sein. Ein weiteres Argument dafür ist die Expert*innenempfehlung [34,35], die Empfehlung der Anwendung der niederländischen Leitlinie [37], die gängige effektive Anwendung in der allgemeinen Traumatherapie [63] und die erwiesene Anwendbarkeit in der postpartalen Zeit, welche von einem qualitativ hochwertigem RCT aufgezeigt wird [65].

5. Diskussion

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse

Da es trotz der schwerwiegenden Konsequenzen einer traumatischen Geburtserfahrungen nach wie vor keine flächendeckende und adäquate Versorgungsstruktur für die Betreuung Betroffener gibt, war es das Ziel der Arbeit Maßnahmen zu identifizieren die das postpartale Outcome nach traumatischer Geburtserfahrung verbessern und von Hebammen im Wochenbett durchgeführt werden können. Im zweiten Schritt sollten diese Maßnahmen in einen evidenzbasierten Versorgungsplan eingebaut werden.

Die Forschung zeigt verschiedene Möglichkeiten für die hebammengeleitete Wochenbettbetreuung nach TGE auf. Relevant ist, dass der Ausgangspunkt darin liegt Betroffene einer traumatischen Geburtserfahrung eindeutig zu identifizieren [2,18]. Dieser Schritt ist unabdingbar, da die Thematik nach wie vor stark stigmatisiert ist und Betroffene Ängste haben um Hilfe zu bitten [1]. Ein weiteres Argument für die genaue Identifizierung ist, dass die

Interventionen wirksamer bei gefährdeten Personen sind. Zusätzlich wird so eine ressourcenschonende und wirtschaftlich sinnvolle Anwendung der Interventionen erreicht. [2,9] Ist bekannt, dass die Wöchner*in eine traumatische Geburtserfahrung hatte, ist es sinnvoll den Betroffenen die Möglichkeit zu geben zu jedem Zeitpunkt der Betreuung Beschwerden und Bedürfnisse im Zusammenhang mit dem Trauma anzusprechen [1]. Des Weiteren ist es relevant den psychischen Zustand der Betroffenen zu überwachen, um eine rechtzeitige Weiterleitung an Unterstützungsangebote zu ermöglichen und eine Verschlechterung des Outcomes abzuwenden (Sekundärprävention) [2,11,22]. Im Rahmen dessen kann es hilfreich sein die Wöchner*innen und Angehörige in der Form einer Psychoedukation über die möglichen Folgen eines traumatischen Geburtserlebnisses aufzuklären [18,48]. Neben der psychischen Gesundheit gibt es weitere Outcomes, die nach einer traumatischen Geburt gefährdet sein können. Die betreuende Hebamme sollte insbesondere die Parameter Eltern-Kind-Bindung (inklusive Stillbeziehung) [22,23]; Paarbeziehung [17]; Schlafverhalten Wöchner*in [20]; körperliches und emotionales Wohlbefinden Wöchner*in [2] und Regulationsfähigkeit des Kindes [28] überprüfen und bei Bedarf unterstützende Maßnahmen einleiten.

Die Grundlagen der Wochenbettbetreuung nach TGE bestehen darin bedürfnisorientiert, empowernd, traumasensibel und ressourcenfördernd zu begleiten [2,16,41]. Dieser Rahmen kann mitunter durch eine maximale Ausnutzung der verfügbaren Hebammenbetreuung ermöglicht werden [1,39]. Möchte die Hebamme zusätzlich unterstützende Maßnahmen anwenden, bieten sich die gemeinsame Erstellung eines Notfallplanes, bindungsfördernde Maßnahmen und das Kreative Schreiben an [9,37].

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen auf, dass Betroffene eines Geburtstraumas spezielle Bedürfnisse in der Wochenbettbetreuung haben und eine individuelle und bedürfnisorientierte Unterstützung benötigen. Zwar sind bereits verschiedene Handlungsoptionen wissenschaftlich erprobt, jedoch gibt es noch keine routinierte Etablierung dieser Maßnahmen in die Praxis. Die hebammengeleitete Wochenbettbetreuung stellt hier einen wichtigen Ansatzpunkt dar. Als Primärversorger*in und potenzielle Vertrauensperson ermöglicht die Hebamme einen geeigneten Rahmen für die erforderliche individuelle und bedürfnisorientierte Begleitung Betroffener und leistet einen wichtigen Anteil in der Sekundärprävention, in dem sie aktiv dazu beitragen kann das Outcome nach TGE zu verbessern und schwerwiegende Langzeitfolgen, wie bspw. die Chronifizierung einer PTBS oder ein gestörtes Bindungsverhältnis zwischen Wöchner*in und Kind abzuwenden [37].

5.2. Diskussion der Ergebnisse

5.2.1. *Diskussion der Methodik der Arbeit*

Erstellung eines Versorgungsplanes hat sich für die für die Beantwortung der Forschungsfrage als geeignet erwiesen. Der Versorgungsplan ermöglicht eine Übersicht über evidenzbasierte und anwendbare Hebammenmaßnahmen im Wochenbett, die es zum Ziel haben das Outcome nach TGE zu verbessern und schwerwiegende Folgen abzumildern oder abzuwenden. Auch die gewählte Grundlage der Arbeit, die aus den Ergebnissen der zweiteiligen Literaturrecherche, der Verwendung von Leitlinien und dem Einbezug von Expert*innenwissen besteht hat sich als sinnvoll erwiesen. So war es möglich Evidenzwissen und Erfahrungswissen zu vereinen und einen realistischen Rahmen in Bezug auf Anwendbarkeit der Empfehlungen zu schaffen.

Durch die zweiteilige Literaturrecherche konnten eine hohe Anzahl an evidenzstarken Studien identifiziert werden, wodurch die Handlungsempfehlungen zum großen Anteil auf systematischen Übersichtsarbeiten oder RCTs bestehen. Auch konnte so ein umfassender Überblick über die Thematik gewonnen werden. Nachteilhaft ist jedoch, dass die Ergebnisse durch die fehlende Eingrenzung eher oberflächlich gehalten wurden und es keine detaillierten Aussagen zu den einzelnen Bestandteilen des Versorgungsplanes gibt.

Eine Eingrenzung hätte beispielsweise durch strengere Ein- und Ausschlusskriterien für die Studien geschehen können. Eine weitere Möglichkeit wäre die Eingrenzung des Outcomes nach TGE gewesen. So hätte sich bspw. auf die Versorgung von Wöchner*innen mit einer geburtsbedingten PTBS fokussiert werden können. Da der Fokus der Hebammenarbeit jedoch in der Förderung der Physiologie liegt und es bereits eine starke Konzentrierung der Forschung auf die CB-PTSD gibt, wurde sich für ein breiteres Outcome entschieden.

Bei den einbezogenen Leitlinien ist zu beachten, dass der Leitfaden zur traumasensiblen Hebammenbegleitung des Deutschen Hebammenverbandes [16] qualitativ schwach; zum großen Anteil erfahrungsbasiert ist und nicht mehr aktuell ist und somit nur eine geringe Aussagekraft hat. Da er zum aktuellen Zeitpunkt jedoch die einzige Orientierung für Hebammen in Deutschland darstellt, wurde er trotzdem in die Arbeit miteinbezogen. Sowohl die britische NICE-Leitlinie [36] als auch die niederländische Leitlinie [37] beziehen sich nicht auf Deutschland. Bei der Interpretation ihrer Handlungsempfehlungen ist zu bedenken, dass sich die Betreuungssysteme im Wochenbett von dem deutschen System unterscheiden. Jedoch weisen beide Leitlinien eine hohe Evidenz und Qualität auf.

Die einbezogenen Expert*innenmeinungen [34,35] stellen einen wichtigen Schnittpunkt zwischen Theorie und Praxis dar. Da Hebammen die Anwenderzielgruppe des

Versorgungsplanes darstellen, stellen die ausgewählten Expert*innen durch ihre eigene Praxis als Hebamme einen wichtigen Standpunkt dar. Jedoch muss die eingeschränkte Evidenz einer Expert*innenmeinung in Betracht gezogen werden. Auch bringt die Form eines semistrukturierten Interviews verschiedene Vor- und Nachteile mit sich. Einerseits ermöglicht die offene Strukturierung einen breiten Umfang an Informationszuwachs mit gegebenenfalls wichtigen Zusatzinformationen. Andererseits hat der offene Rahmen zur Konsequenz, dass sich die Ergebnisse der verschiedenen Interviews nur bedingt miteinander vergleichen lassen.

Eine weitere Limitation der Arbeit besteht darin, dass die Handlungsempfehlungen teilweise auf Studien basieren, die nur eingeschränkt zu dem Forschungsziel der Bachelorarbeit passen. Dies ist vor allem durch die geringe Anzahl an Studien bedingt, die sich mit den Effekten der entsprechenden Interventionen speziell nach einer traumatischen Geburtserfahrung beschäftigen. So basieren einige Empfehlungen auf Studien, die den Effekt einer Intervention nach traumatischen Erlebnissen aller Art untersuchen, statt einen Fokus auf das Geburtstrauma zu setzen, was die Aussagekraft der Studienergebnisse und somit die Evidenzstärke der entsprechenden Empfehlung einschränkt. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass die Ergebnisse der Arbeit durch den Confirmation-Bias verzerrt sein könnten. Im Ganzen hat sich das methodische Vorgehen als vorteilhaft für die Beantwortung der Forschungsfrage bewiesen. Jedoch bedarf es weiterer wissenschaftlicher Arbeiten, die sich fokussiert mit den einzelnen Outcomes nach einer traumatischen Geburt und den speziellen Interventionen beschäftigen.

5.2.2. Diskussion der aktuellen Forschungslage

Bei der Untersuchung der traumatischen Geburtserfahrung ist zu beachten, dass der Begriff „Trauma“ im Kontext Geburt nicht einheitlich genutzt wird. So verwendet die Geburtshilfe den Begriff häufig, um physische Verletzungen zu beschreiben. Des Weiteren gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Bezeichnungen für die traumatische Geburtserfahrung in der Literatur (bspw. „traumatic (child)birth“, „psychological birth trauma“ etc.). Diese Faktoren erschweren die Identifizierung geeigneter Studien. Auch verwendet die Forschung verschiedene Definitionen der traumatischen Geburtserfahrung, was die Vergleichbarkeit der Studien einschränkt.

Des Weiteren setzen viele Studien die geburtsbedingte Posttraumatische Belastungsstörung und die traumatische Geburtserfahrung gleich, wobei die PTBS lediglich eine der **möglichen** Folgen der traumatischen Geburt ist. Dies erschwert zum einen das Erkennen von Kausalitäten zwischen der TGE und den möglichen Konsequenzen (offen ist bspw., ob alle

TGE-Betroffenen ein erhöhtes Risiko für einen gestörten Bindungsaufbau zum Kind haben oder nur diejenigen die eine PTBS entwickeln), zum anderen können die Risikofaktoren für eine TGE und PTBS nur schwer voneinander unterschieden werden. Zusätzlich hat die fehlende Unterscheidung der TGE und CB-PTSD zur Konsequenz, dass mögliche schützende Faktoren (die die Entwicklung einer PTBS nach TGE abwenden) nicht identifiziert werden können. [25]

Eine weitere Problemstellung in diesem Zusammenhang ist, dass sich die aktuelle Forschung primär auf die CB-PTSD als Outcome fokussiert. Dies bringt verschiedene Konsequenzen mit sich. Zum einen werden so andere mögliche schwerwiegende Folgen nicht ausreichend untersucht. Zum anderen ist es möglich, dass eine Person PTBS-Symptome aufweist ohne dabei die Diagnosekriterien zu erfüllen, jedoch trotzdem Unterstützung benötigt [2,5,39]. Zum anderen gehen so mögliche positive Effekte der Interventionen auf andere Outcomes, abseits der PTBS, verloren.

Bei der Interpretation der Forschungsergebnisse ist außerdem zu beachten, dass die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse durch mangelnde Diversität der Studienteilnehmenden eingeschränkt ist. Einerseits beziehen die vorhandenen Studien ausschließlich cis-geschlechtliche heterosexuelle Teilnehmende ein und gehen bei der Untersuchung der Effekte einer TGE auf die Geburtspartner*innen nur auf männliche Partner ein. Zusätzlich ist es wichtig herauszustellen, dass die Teilnehmenden der Studien (überwiegend) weiß waren, womit sich die Ergebnisse nicht auf Menschen aller Hautfarben übertragen lassen.

Auch wurden wichtige Einflussfaktoren, wie bspw. der sozioökonomische Status der Teilnehmenden nicht berücksichtigt [9].

Eine weiterer Kritikpunkt ist die starke Heterogenität in Bezug auf den Zeitpunkt der Anwendung der entsprechenden Interventionen und die Art der Durchführung [1,2,18]. Zusätzlich wurde häufig nicht beachtet, dass eine PTBS auch verspätet einsetzen kann, indem die Nachbeobachtungszeit in den Studien nicht lang genug war [18]. Diese Mängel erschweren einerseits die Erarbeitung genauer Handlungsempfehlungen für die Beantwortung der Forschungsfrage der Bachelorarbeit, andererseits wurden so Maßnahmen ausgeschlossen die potenziell positiven Effekte haben könnten, die hohe Heterogenität der Definition der Intervention jedoch zu mangelnder Evidenz führt. Ein Beispiel ist hier das Nachgespräch durch eine Hebamme nach traumatischer Geburtserfahrung.

Abschließend ist zu beachten, dass die Datenlage zu den einzelnen Maßnahmen und ihrer Wirksamkeit nach einer traumatischen Geburtserfahrung nach wie vor schwach ist, was die Aussagekraft der untersuchten Effekte einschränkt.

5.3. Implikationen für die Forschung, Praxis und Politik

5.3.1. *Empfehlungen für die weiterführende Forschung*

Grundlegend wird empfohlen, dass einheitliche Begrifflichkeiten und eine einheitliche Definition für ein traumatisches Geburtserlebnis verwendet werden. Zwar ist es relevant, die Individualität der Geburtserfahrung hervorzuheben, jedoch ist eine Konzeptualisierung der traumatischen Geburt notwendig, um sie in der Forschung zu quantifizieren [3]. In diesem Zusammenhang ist es zusätzlich zwingend notwendig die Begriffe „Traumatic (Child)-birthexperience“ und „childbirth related PTSD“ eindeutig voneinander zu unterscheiden und getrennt voneinander zu untersuchen [25], um klare Aussagen über die Konsequenzen einer TGE treffen zu können. Auch können so Faktoren identifiziert werden, die dazu beitragen, dass die Betroffenen einer TGE keine PTBS entwickeln.

Ein vermehrter Fokus auf mögliche Schutzfaktoren der postpartalen Psyche ist eine weitere dringende Empfehlung für zukünftige Studien. Erkenntnisse dieser Art können einen wichtigen Beitrag zu der gesundheitsfördernden Arbeit der Hebammen beitragen und zusätzlich einen Schritt in die Richtung einer salutogenetischen ressourcenfördernden Gesundheitsversorgung fördern. [25]

Angesichts der komplexen Konsequenzen einer traumatischen Geburtserfahrung ist es außerdem erforderlich den momentanen Fokus auf eine CB PTSD als Outcome zu erweitern und weitere relevante Outcomes, wie bspw. die Eltern-Kind-Bindung zu untersuchen. Hierbei sollten zukünftige Studien zusätzlich die Perspektiven von Partner*innen oder weiteren Bezugspersonen beachten, da sich eine TGE auf das gesamte Familiensystem auswirken kann [11].

Auch benötigen zukünftige Forschungsarbeiten mehr Diversität in den Populationen in Bezug auf soziökonomischen Status, Ethnizität, Geschlechtsidentität und verschiedener Familienmodelle. So zeigt die Forschung bspw. auf, dass People of Colour ein dreifach erhöhtes Risiko haben eine geburtsbedingte posttraumatische Stressreaktion zu erfahren [9], was die dringende Notwendigkeit einer Erweiterung der Forschungsperspektiven unterstreicht. Zusätzlich dazu sind mehr Studien erforderlich, die die Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten in Ländern des globalen Südens untersuchen, da der momentane Fokus primär auf Ländern des globalen Nordens liegt.

Außerdem bedarf es weitere gezielte Untersuchungen der einzeln aufgeführten Interventionen und ihren Effekt auf das maternale und kindliche Outcome nach einer TGE.

Auch sind genauere Definitionen der Interventionen in Bezug auf Durchführung und Zeitpunkt erforderlich, so dass Synthesen erstellt und Versorgungsstandards erstellt werden

können [39]. Ein Mitwirken der Forschung an der Entwicklung von Leitlinien zu der Thematik ist dringend notwendig. Ein Ausblick sind hier die geplanten S3-Leitlinien zu peripartalen psychischen Störungen und der peripartalen Traumatisierung, welche voraussichtlich zwischen 2026 und 2027 fertig gestellt werden.

Mögliche Forschungsgegenstände zukünftiger Studien im Bereich der Sekundärprävention nach TGE könnten außerdem die Anwendung von Selbsthilfemaßnahmen, wie beispielsweise achtsamkeitsbasierte Interventionen oder das Nachgespräch durch eine Hebamme sein. Außerdem sind weitere Forschungsarbeiten nötig, die sich gezielt mit der Traumatisierung durch eine Totgeburt oder Frühgeburt beschäftigen, da diese nicht im Rahmen der Arbeit berücksichtigt werden konnten. Weitere Forschungsarbeiten sollen sich außerdem mit den Bereichen der Primärprävention (Verhinderung traumatischer Geburten) auseinandersetzen.

Abschließend wird empfohlen, dass die Hebammenarbeit zunehmend in den Fokus der Forschung rücken sollte, da es primär Hebammen sind, die bereits etablierte Maßnahmen durchführen und sie eine wichtige Rolle in der Versorgung TGE-Betroffener darstellen [3].

5.3.2. Implikationen für die Praxis

Trotz der eindeutigen Hinweise der Forschung, dass Betroffene einer traumatischen Geburtserfahrung besondere Bedürfnisse in der Betreuung aufweisen, ist die Versorgung nach wie vor lückenhaft [3]. Aufgrund dessen wird die Etablierung flächendeckender Versorgungsstrukturen dringend empfohlen. Die Ergebnisse der Bachelorarbeit können als Ausgangspunkt verwendet werden. Hierfür soll im nächsten Schritt die Zweckmäßigkeit und Anwendbarkeit des Versorgungsplanes erprobt werden.

Die Ergebnisse der Arbeit zeigen außerdem auf, dass die Wochenbetthebamme eine wichtige Rolle in der Versorgung von TGE-Betroffenen spielt. Daher ist es eine weitere Empfehlung, dass Hebammen in ihrer Arbeit gestärkt werden. Gleichzeitig ist die Wahrung der Grenzen der Hebammenarbeit relevant. Daher ist es Aufgabe der verschiedenen Gesundheitsversorger*innen Netzwerke zu bilden, um eine interdisziplinäre und adäquate Versorgung für Betroffene einer traumatischen Geburtserfahrung zu ermöglichen. Eine angemessene Versorgung traumatisierter Wöchner*innen erfordert außerdem Wissen über die verschiedenen Aspekte des Geburtstraumas, weswegen es empfohlen wird, die Thematik vermehrt in die Ausbildung von Hebammen und anderen Versorger*innen zu integrieren. Dadurch könnte auch die erforderliche Sensibilisierung des betreuenden Gesundheitspersonals gefördert werden. [1]

Des Weiteren müssen Zugangsbarrieren um Hilfe in Anspruch zu nehmen gemildert werden, indem Fachpersonen aktiv zur Entstigmatisierung der Thematik beitragen und Erstversorgende, wie bspw. Wochenbetthebammen die Situation richtig einschätzen und bei Bedarf weiterleiten [1].

Eine effektive Anwendung der verschiedenen Maßnahmen wird erreicht, indem Interventionen individuell und bei dem Vorliegen von Risikofaktoren angewendet werden, statt universell bei allen Wöchner*innen. So können neben der Verbesserung der Wirksamkeit auch anfallende Gesundheitskosten begrenzt werden [2,18].

5.3.3. *Implikationen für die Politik*

Traumatische Geburtserfahrungen stellen ein zentrales Anliegen der öffentlichen Gesundheit dar, indem sie eine der Hauptursachen für eine gefährdete maternale Gesundheit wiedergeben [3].

Um eine flächendeckende Versorgung ermöglichen zu können, benötigt es die Zusammenarbeit zwischen politischen Entscheidungsträger*innen, Forschenden, Berufsverbänden und Gesundheitsversorger*innen [39].

Auch muss weiterhin an der Entstigmatisierung traumatischer Geburtserfahrungen und psychischer Erkrankungen im Wochenbett gearbeitet werden. Ein wichtiger Ansatzpunkt stellt die Aus- und Weiterbildung der Hebammen dar. Es wird die Etablierung folgender Thematiken empfohlen: Grundlagenwissen zu psychischen Erkrankungen im Wochenbett (Symptome, Prävalenzen, Komorbiditäten), Entstehung und Folgen eines Geburtstraumas, traumasensible Hebammenbegleitung (Kommunikationstraining, Sensibilisierung) und Hebammenmaßnahmen, die die Betroffenen eines Geburtstraumas unterstützen können. Zusätzlich können verschiedene Aufklärungsprogramme und die realistische Darstellung von Geburten in der Öffentlichkeit zur Entstigmatisierung der traumatischen Geburtserfahrung beitragen. Hierbei ist es notwendig, dass sowohl die Gesellschaft als auch Politik, Forschung und Gesundheitsversorger*innen die Individualität und Besonderheit des geburtsbedingten Traumas anerkennen.

6. Fazit

Die wissenschaftliche und gesellschaftliche Aufmerksamkeit auf die traumatische Geburtserfahrung (TGE) ist in den letzten Jahren rasant angestiegen. So gibt es bereits eine Reihe an Studien, die sich mit den Ursachen und Auswirkungen einer TGE auseinandersetzen und verschiedene Ansatzpunkte für die Primärprävention darstellen. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die möglichen schwerwiegenden Konsequenzen eines Geburtstraumas zeigen jedoch auf, dass eine adäquate Sekundärprävention relevant ist. Im Kontext der Versorgung nach traumatischer Geburt bedeutet dies, Risiken und schwerwiegende Konsequenzen einer TGE rechtzeitig zu erkennen, um eine frühzeitige Unterstützung und/oder Behandlung ermöglichen zu können. So soll das Outcome nach TGE verbessert werden, indem die Konsequenzen abgemildert oder gar verhindert werden.

Da es trotz der eindeutigen Hinweise der Forschung keine Versorgungsstandards oder Handlungsorientierungen für die Betreuung TGE-Betroffener gibt, wurde die Bachelorarbeit unter folgender Forschungsfrage bearbeitet:

*„Welche Maßnahmen können durch Hebammen im Wochenbett getroffen werden, um das Outcome nach traumatischer Geburtserfahrung von Wöchner*innen und Familien zu verbessern und schwerwiegende Folgen präventiv abzuwenden und/oder zu mildern?“*

Durch den Einbezug evidenzstarker Studien, verschiedener Leitlinien und Expert*innenmeinungen konnten mehrere Ansatzpunkte für gesundheitsfördernde Hebammenmaßnahmen für die Wochenbettbetreuung nach TGE identifiziert werden. Es stellt sich heraus, dass es der erste Schritt der Wochenbetthebamme sein sollte, Betroffene eines Geburtstraumas zu erkennen, da sich Betroffene zum Großteil auf Grund von Unwissen oder Angst vor Stigmatisierung nicht selbstständig Unterstützung suchen. Ist bekannt, dass eine TGE vorliegt, soll ein Gesprächsangebot erfolgen, um der Wöchner*in die Möglichkeit zu geben die weitere Betreuung nach ihren eigenen Rahmenbedingungen zu bestimmen und die Individualität in Dauer und Zeitpunkt einer Traumareaktion anzupassen. Um den gefährdeten psychischen Zustand der TGE-Betroffenen zu überwachen, empfiehlt es sich mit Hilfe eines validierten Screening-Instrumentes mögliche posttraumatische Reaktionen zu erfassen. Im Rahmen dessen ist es zusätzlich Hebammenaufgabe stark belastete Wöchner*innen an Fachpersonen weiterzuleiten und die Familien über mögliche Konsequenzen einer TGE in Form einer Psychoedukation aufzuklären. Weitere gefährdete Parameter sind die Wöchner*in-Kind-Bindung, die Paarbeziehung, maternaler und kindlicher Schlaf und Ruheverhalten und das emotionale und körperliche Wohlbefinden der Betroffenen. Grundlegend soll die Hebamme auf einen angemessenen Sprachgebrauch und eine traumasensible und

ressourcenfördernde Begleitung achten. Zusätzlich hilfreiche Interventionen können das gemeinsame Erstellen eines Notfallplans, bindungsfördernde Maßnahmen und/ oder das kreative Schreiben sein.

Da die Bachelorarbeit lediglich eine Übersicht über mögliche Handlungsschritte darstellt, bedarf es weiterhin Studien, die gezielt einzelne Interventionen und ihre Wirksamkeit nach TGE untersuchen. Auch sind weitere Studien erforderlich die sich auf weitere gefährdete Parameter, abseits der geburtsbedingten PTBS, konzentrieren. Stichproben zukünftiger Studien benötigen außerdem eine höhere Diversität in Bezug auf den sozioökonomischen Status, Geschlechtsidentitäten, Familienmodelle und ethnische Herkunft. Der Fokus der Forschung sollte in Zukunft auf Faktoren liegen, die den Umgang mit der traumatischen Geburtserfahrung beeinflussen, um so schützende Faktoren identifizieren zu können, die die Entwicklung schwerwiegender Konsequenzen abwenden. Dies geht mit dem gesundheitsfördernden Fokus der Hebammenarbeit einher und stellt somit einen wichtigen Ansatzpunkt für eine ressourcenfördernde salutogenetische Gesundheitsversorgung TGE-Betroffener dar. Um eine adäquate Betreuung der traumatisierten Wöchner*innen gewährleisten zu können sind interdisziplinäre Netzwerke zwischen Hebammen, Gynäkolog*innen und psychologischen Fachpersonen, mehr Sensibilisierung und Wissen der betreuenden Fachpersonen und die Etablierung evidenzbasierter Versorgungsstandards erforderlich. Auch muss weiterhin die Stigmatisierung des Geburtstraumas und psychischer Krankheiten im Wochenbett bekämpft werden.

Den Recherchen der Autorin zur Folge ist die Bachelorarbeit die erste Arbeit, die sich in Form eines Versorgungsplanes mit Hebammenmaßnahmen beschäftigt, die in der postpartalen Zeit zur Verbesserung des Outcomes nach traumatischer Geburtserfahrung angewendet werden können. Zusätzlich stellt sie eine Übersicht über aktuelle Evidenzen dar und liefert durch den praxisorientierten Ansatz einen möglichen Ausgangspunkt für die Entwicklung einheitlicher Handlungsempfehlungen und verbesserter Versorgungsstrukturen. Die Erkenntnisse der Arbeit zeigen die Relevanz eines unterstützenden Umfelds und frühzeitiger und präventiver Maßnahmen auf, um langfristige und die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen und ihrer Familien zu fördern und langfristige schwerwiegende Konsequenzen zu mildern oder abzuwenden.

LITERATUR

- [1] Slade PP, Molyneux DR, Watt DA. A systematic review of clinical effectiveness of psychological interventions to reduce post traumatic stress symptoms following childbirth and a meta-synthesis of facilitators and barriers to uptake of psychological care. *J Affect Disord* 2021;281:678–94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.092>.
- [2] de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2018;97:648–56. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>.
- [3] Thomson G, Diop MQ, Stuijzand S, Horsch A, Lalor JG, de Abreu W, et al. Policy, service, and training provision for women following a traumatic birth: an international knowledge mapping exercise. *BMC Health Serv Res* 2021;21:1206. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07238-x>.
- [4] Leinweber J, Fontein-Kuipers Y, Thomson G, Karlsdottir SI, Nilsson C, Ekström-Bergström A, et al. Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth* 2022;49:687–96. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>.
- [5] Hollander MH, Van Hastenberg E, Van Dillen J, Van Pampus MG, De Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women’s perceptions and views. *Arch Womens Ment Health* 2017;20:515–23. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>.
- [6] Weidner K, Bartmann C, Leinweber J. Traumatische Geburt und traumasensible Geburtsbegleitung. *Nervenarzt* 2023;94:811–20. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01510-7>.
- [7] Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med* 2016;46:1121–34. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>.
- [8] Kranenburg L, Lambregtse-van den Berg M, Stramrood C. Traumatic Childbirth Experience and Childbirth-Related Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD): A Contemporary Overview. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:2775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042775>.
- [9] Dekel S, Papadakis JE, Quagliarini B, Jagodnik KM, Nandru R. A Systematic Review of Interventions for Prevention and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth. *medRxiv* 2023:2023.08.17.23294230. <https://doi.org/10.1101/2023.08.17.23294230>.
- [10] Slade P, Murphy A, Hayden E. Identifying post-traumatic stress disorder after childbirth. *BMJ* 2022;377:e067659. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067659>.

- [11] Heyne C-S, Kazmierczak M, Souday R, Horesh D, Lambregtse-van den Berg M, Weigl T, et al. Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2022;94:102157. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157>.
- [12] BfArM: ICD-10-GM, Version 2023 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/> (abgerufen am 17.11.23).
- [13] Dekel S, Ein-Dor T, Dishy GA, Mayopoulos PA. Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Arch Womens Ment Health* 2020;23:557–64. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x>.
- [14] Borchard C. Postpartale Depression. In: Harder U, Borchard C, editors. *Wochenbettbetreuung*. 5. überarbeitete und erweiterte Auflage, Georg Thieme Verlag KG; 2022. <https://doi.org/10.1055/b000000574>.
- [15] Borchard C. Angststörungen. In: Harder U, Borchard C, editors. *Wochenbettbetreuung*. 5. überarbeitete und erweiterte Auflage, Georg Thieme Verlag KG; 2022. <https://doi.org/10.1055/b000000574>.
- [16] Deutscher Hebammenverband, Empfehlungen für traumasensible Begleitung durch Hebammen, 1. Auflage, 2012, Verfügbar unter: https://www.hebammen-nrw.de/cms/fileadmin/redaktion/Aktuelles/pdf/2013/Empfehlungen_fu__r_traumasensible_Begleitung_durch_Hebammen_11122012_web.pdf, Zugriff am 10.11.2023
- [17] Delicate A, Ayers S, Easter A, McMullen S. The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic review and meta-synthesis. *J Reprod Infant Psychol* 2018;36:102–15. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1397270>.
- [18] Miller PGT, Sinclair M, Gillen P, McCullough JEM, Miller PW, Farrell DP, et al. Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 2021;16:e0258170. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170>.
- [19] Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, Baker DG. Developmental Trajectories of Early Life Stress and Trauma: A Narrative Review on Neurobiological Aspects Beyond Stress System Dysregulation. *Front Psychiatry* 2019;10:118. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00118>.
- [20] Martini J, Asselmann E, Weidner K, Knappe S, Rosendahl J, Garthus-Niegel S. Prospective Associations of Lifetime Post-traumatic Stress Disorder and Birth-Related Traumatization With Maternal and Infant Outcomes. *Frontiers in Psychiatry* 2022;13.
- [21] Fenech G, Thomson G. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*

2014;30:185–93. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>.

- [22] Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord* 2018;225:18–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>.
- [23] Van Sielegheem S, Danckaerts M, Rieken R, Okkerse JME, de Jonge E, Bramer WM, et al. Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Human Development* 2022;174:105667. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105667>.
- [24] O’Dea GA, Youssef GJ, Hagg LJ, Francis LM, Spry EA, Rossen L, et al. Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* 2023;26:441–52. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01332-1>.
- [25] McKelvin G, Thomson G, Downe S. The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes. *Women and Birth* 2021;34:407–16. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.021>.
- [26] Garthus-Niegel S, Horsch A, Ayers S, Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Eberhard-Gran M. The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth* 2018;45:193–201. <https://doi.org/10.1111/birt.12328>.
- [27] Holopainen A, Verhage ML, Oosterman M. Childbirth Experience Associated With Maternal and Paternal Stress During the First Year, but Not Child Attachment. *Frontiers in Psychiatry* 2020;11.
- [28] Garthus-Niegel S, Horsch A, Bickle Graz M, Martini J, von Soest T, Weidner K, et al. The prospective relationship between postpartum PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study. *J Affect Disord* 2018;241:71–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.067>.
- [29] Bundesgesundheitsministerium: Prävention <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention> (abgerufen am 14.11.2023).
- [30] Büthe K, Schwenger-Fink C. Evidenzbasierte Wochenbettpflege: Eine Arbeitshilfe für Hebammen im Praxisalltag. Kohlhammer; 2020. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-037127-9>.
- [31] CA18211: About <https://www.ca18211.eu/about/> (abgerufen am 10.11.2023).
- [32] CASP Checklists - Critical Appraisal Skills Programme: CASP - Critical Appraisal Skills Programme <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> (abgerufen am 17.11.2023).
- [33] Cochrane Deutschland: <https://www.cochrane.de/literaturbewertung#sys> (abgerufen am 17.11.2023).
- [34] Weimer D. Experteninterview. Betreuung im Wochenbett nach traumatischer Geburtserfahrung. 15.10.2023.

- [35] Bloemeke V. Experteninterview. Betreuung im Wochenbett nach traumatischer Geburtserfahrung. 15.10.2023.
- [36] National Institute for Health and Care Excellence, Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, Traumatic birth, stillbirth and miscarriage, Version vom 11.02.2020, Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/ifp/chapter/traumatic-birth-stillbirth-and-miscarriage>, Zugriff am 17.11.2023.
- [37] Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie: Bevallingsgerelateerde PTSS en PTSS-klachten, Version vom 19.10.2019, Verfügbar unter: https://richtlijndata-base.nl/richtlijn/bevallingsgerelateerde_ptss_en_ptss-klachten/preventie_ptss_na_de_bevalling.html, Zugriff am 17.11.2023.
- [38] Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal* 2010;182:E839–42. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>.
- [39] Shorey S, Downe S, Chua JYX, Byrne SO, Fobelets M, Lalor JG. Effectiveness of Psychological Interventions to Improve the Mental Well-Being of Parents Who Have Experienced Traumatic Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma Violence Abuse* 2023;24:1238–53. <https://doi.org/10.1177/15248380211060808>.
- [40] Chabbert M, Panagiotou D, Wendland J. Predictive factors of women’s subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol* 2021;39:43–66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>.
- [41] Sigurðardóttir VL, Gamble J, Guðmundsdóttir B, Sveinsdóttir H, Gottfreðsdóttir H. Processing birth experiences: A content analysis of women’s preferences. *Midwifery* 2019;69:29–38. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.016>.
- [42] Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry* 2018;9:409. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>.
- [43] Schatten-und-Licht.de: Sahib T. Berliner Fragebogen zu Auswirkungen von Traumatisierungen während der Geburt <https://schatten-und-licht.de/wp-content/uploads/2020/05/Fragebogen-Selbsteinschaetzung-BFAG.pdf> (abgerufen am 17.11.2023)
- [44] Weigl T, Beck-Hiestermann FML, Stenzel NM, Benson S, Schedlowski M, Garthus-Niegel S. Assessment of Childbirth-Related PTSD: Psychometric Properties of the German Version of the City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry* 2021;12:731537. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.731537>.
- [45] de Bruijn L, Stramrood CA, Lambregtse-van den Berg MP, Rius Ottenheim N. Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2020;41:5–14. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1593961>.

- [46] Dorsch Lexikon der Psychologie: Vogel H. Psychoedukation im Dorsch Lexikon der Psychologie <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/psychoedukation> (abgerufen am 17.11.2023).
- [47] Slade P, West H, Thomson G, Lane S, Spiby H, Edwards RT, et al. STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. *BJOG* 2020;127:886–96. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16163>.
- [48] Brooks SK, Weston D, Wessely S, Greenberg N. Effectiveness and acceptability of brief psychoeducational interventions after potentially traumatic events: A systematic review. *Eur J Psychotraumatol* 2021;12:1923110. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1923110>.
- [49] Atkinson J, Smith V, Carroll M, Sheaf G, Higgins A. Perspectives of partners of mothers who experience mental distress in the postnatal period: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Midwifery* 2021;93:102868. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102868>.
- [50] Bundesgesundheitsministerium: Wichtige Arbeit der Hebammen unterstützen <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammen> (abgerufen am 17.11.2023).
- [51] Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology* 2020;11:1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>.
- [52] Gesundheitsförderung Schweiz: Die psychische Gesundheit von Eltern unterstützen https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Broschuere_GFCH_2021_08_-_Die_psychische_Gesundheit_von_Eltern_unterstuetzen.pdf (abgerufen am 17.11.2023)
- [53] Khsim IEF, Rodríguez MM, Riquelme Gallego B, Caparros-Gonzalez RA, Amezcua-Prieto C. Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics (Basel)* 2022;12:2598. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>.
- [54] Kim JH, Kim JY, Lee S, Lee S, Stubbs B, Koyanagi A, et al. Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: an umbrella review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2022;140:104761. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104761>.
- [55] Heshmati A, Honkaniemi H, Juárez SP. The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review. *Lancet Public Health* 2023;8:e57–75. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00311-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00311-5).
- [56] Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. The Effectiveness of the

Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Arch Suicide Res* 2022;26:1022–45.

<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>.

- [57] National Institute for Health and Care Excellence, Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance, Overview, Version vom 11.02.2020, Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>, Zugriff am 17.11.2023.
- [58] Deutsche Depressionshilfe: Start <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/regionale-angebote/hamburg-harburg/start> (abgerufen am 10.11.2023).
- [59] Ionio C, Ciuffo G, Landoni M. Parent–Infant Skin-to-Skin Contact and Stress Regulation: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021;18:4695. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094695>.
- [60] Pezley L, Cares K, Duffecy J, Koenig MD, Maki P, Odoms-Young A, et al. Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Int Breastfeed J* 2022;17:67. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00501-9>.
- [61] Mrljak R, Arnsteg Danielsson A, Hedov G, Garmy P. Effects of Infant Massage: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:6378. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116378>.
- [62] Williams LR, Turner PR. Infant carrying as a tool to promote secure attachments in young mothers: Comparing intervention and control infants during the still-face paradigm. *Infant Behav Dev* 2020;58:101413. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101413>.
- [63] Gerger H, Werner CP, Gaab J, Cuijpers P. Comparative efficacy and acceptability of expressive writing treatments compared with psychotherapy, other writing treatments, and waiting list control for adult trauma survivors: a systematic review and network meta-analysis. *Psychol Med* 2021;52:1–13. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000143>.
- [64] Qian J, Zhou X, Sun X, Wu M, Sun S, Yu X. Effects of expressive writing intervention for women’s PTSD, depression, anxiety and stress related to pregnancy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research* 2020;288:112933. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112933>.
- [65] Crawley R, Ayers S, Button S, Thornton A, Field AP, Lee S, et al. Feasibility and acceptability of expressive writing with postpartum women: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;18:75. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1703-7>.
- [66] Bloehmeke V. Es war eine schwere Geburt. Mabuse-Buchverlag: 2002. https://www.mabuse-verlag.de/koesel-verlag/-/es-war-eine-schwere-geburt_pid_0_13983.html

Anhang

ANHANG 1: Evidenzbewertung Quellen Versorgungsplan

Systematische Übersichtsarbeiten/ Metaanalysen									
Autor, Titel, Nummer	Jahr	Ziel der Arbeit	Valide Ergebnisse? (1: Fokussierte Fragestellung, 2: definierte Einschlusskriterien	Ergebnisse auf Population der Bachelorarbeit übertragbar?	Outcome passend zur Bachelorarbeit?	Klinisch relevant und anwendbar? (für und in DL?)	Besondere Stärken der Studie	Limitationen	Sonstiges

			Studien, 3: um-fas- sende Re- cherche, 4: Quali- tätsbeur- teilung einges- chlossen- er Stu-dien, 5: Unter- such-ung Hetero- genität)						
Slade et al.: “A system- atic review of clinical effective- ness of	2021	Überprüfung der Literatur zu psychologi- schen Inter- ventionen bei posttraumati- schem Stress	1-4: JA 5: NEIN	TEIL- WEISE (für 1. For- schungs- ziel: Frauen mit	TEILWEISE (PTBS-Symptome)	JA (Daten aus euop. Län- dern und USA)	PRISMA Guideline; Population: Symptome der PTBS → Diagno- sekriterien	Geringe An- zahl an ein- geschlosse- nen Stu- dien; Da- tenerhe- bung nur	Versorgung Wöchner*in- nen mit PTSDFC: Wissen über wirksame In- terventionen

<p>psychological interventions to reduce post-traumatic stress symptoms following childbirth and a meta-synthesis of facilitators and barriers to uptake of psychological care”</p> <p>[1]</p>		<p>nach der Geburt (PTSDFC) + Bestimmung der klinischen Wirksamkeit; Synthese der qualitativen Literatur zu den förderlichen und hinderlichen Faktoren, die die Inanspruchnahme von Versorgung bei PTSDFC beeinflussen</p>		<p>Lebendgeburt + Symptomen einer PTBS 4 Wochen oder mehr nach Geburt, Symptome vor der Intervention vorhanden, für 2. Forschungsziel: Einschluss Frauen, die Bedarf an psychologischer Unterstützung</p>			<p>müssen nicht erfüllt sein, Einschluss posttraumatischer Stress; wichtige Aussagen für die Betreuung nach TGE über Bedürfnisse Betroffener</p>	<p>durch Einzelperson; keine Auskunft über Zeitpunkt Intervention oder Dauer Nachbeobachtung</p>	<p>+ Weiterleitung Unterstützungsmöglichkeiten erforderlich; Routinemäßiges Erfragen Geburtserfahrung! mehr Aufklärung und Entstigmatisierung! Relevanz individuelle Betreuung bei TGE, bspw. durch kontinuierliche Hebammenbetreuung</p>
---	--	--	--	---	--	--	--	--	---

				nach TGE beschreiben) + Daten aus europ. Ländern und USA					
De Graaf et al.: “Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review” [2]	2018	Überblick über die Möglichkeiten zur Vermeidung traumatischer Geburtserfahrungen und geburtsbedingter post-traumatischer Belastungsstörungen	1-4: JA 5: NEIN	TEILWEISE (Auf Grund starker Heterogenität nur bedingt verallgemeinerbar)	TEILWEISE (Beschränkung auf CB-PTSD)	JA		Zweckmäßiger Zeitpunkt der Interventionen unklar; starke Heterogenität eingeschlossener Studien hinsichtlich Populationen, Intervention, Zeitpunkt	

								der Bewertung Outcome, der Verwendung von Fragebögen, Skalen und Ergebnismessungen; eingeschlossene Studien: teilweise Fehlen ordnungsgemäße Randomisierung	
Ayers et al.: „The aetiology of post-traumatic	2016	Zusammenfassung Forschungsergebnisse zu	1-5: JA	JA (Ergebnisse	TEILWEISE (Beschränkung auf CB-PTSD)	JA		nur wenige Daten aus Ländern mit niedrigem	Die Arbeit wurde trotz dem Überschreiten

stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework” [7]		Risikofaktoren für geburtsbedingte PTBS + Ätiologie der Krankheit		verallgemeinerbar für europäische, australische, amerikanische Länder)				und mittlerem Einkommen; unterschiedliche Messmethoden des Outcomes in eingeschlossenen Studien	des Einschlusskriteriums (nur Studien aus den letzten fünf Jahren) verwendet, da sie eine mehrfach zitierte, grundlegende und qualitativ hochwertige Quelle darstellt
Dekel et al.: “A Systematic Review of Interventions for Prevention and	2023	Übersicht über verfügbare klinische Studien, die Interventionen zur Prävention und	1-4: JA 5: NEIN	TEILWEISE (Daten aus den USA)	JA	JA	PRISMA Guidelines; Einbezug sekundärer Outcomes und	Unterschiedliche Definition PTBS-Gefährdeter Teilnehmenden;	

Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder Following Childbirth” [9]		Erkennung von CB-PTSD testen + Behandlungseffekte auf CB-PTSD-Symptome					Komorbiditäten PTBS; Einschluss Hebammen	eingeschränkte Anzahl Studien zu entsprechenden Interventionen → zurückhaltende Schlussfolgerungen	
Heyne et al. “Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative	2022	Bestimmung Prävalenzraten CB-PTSD oder posttraumatischer Stress (PTS) von Müttern und Vätern	1-5: JA	JA (aber nur eingeschränkt generalisierbar auf Väter, da nur wenig verfügbare Daten)	TEIWEISE (Beschränkung auf CB-PTSD + posttraumatischer Stress)	JA	Teil der CA18211; PRISMA Guideline + Joanna Briggs Institute (JBI) Manual for Evidence Synthesis; Einschluss	Nur wenige Daten zu Vätern; eingeschlossene Studien beschreiben soziodemographische und	Hervorheben Relevanz Einbezug gesamtes Familiensystem nach TGE

<p>systematic review and meta-analysis” [11]</p>							<p>Mütter und Väter; zusätzlich Einbezug posttraumatischer Stress (wenn nicht Erfüllen PTBS Diagnosekriterien, aber Beschwerden)</p>	<p>geburtshilfliche Daten nur im geringen Maß → keine Auskunft über möglichen Einflussfaktoren, wie bspw. Ethnizität oder sozioökonomischer Status möglich → Publication-Bias; primär Daten aus Europa und Amerika; Nachteil</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

								Inklusion Väter: He- terogenität der Daten; Nachteil In- klusion PTS: keine eindeutige Abgren- zung zu PTBS	
Delicate et al.: "The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couple's relationship: a systematic	2018	Auswirkungen geburtsbezogener PTBS (-Symptomen) auf die Beziehung eines Paares zu identifizieren.	1-5: JA	TEIL-WEISE (Population = Eltern, die CB-PTSD oder PTS haben)	JA	JA	Übereinstimmung mit qualitativen Daten	Metasynthese basiert auf nur 7 Studien; nicht alle eingeschlossenen Studien haben Fokus auf	Population: PTBS/PTS liegt vor → bedinge Aussagekraft für Konsequenzen TGE

review and meta-synthesis” [17]								Paarbeziehung; kein Vergleich der Beziehung vor und nach der Geburt; Ergebnisse stimmen nicht mit früheren quantitativen Daten überein	
Miller et al.: “Early psychological interventions for prevention and treatment of	2021	Untersuchung Wirksamkeit frühzeitiger psychologischer Interventionen zur Reduzierung oder	1-5: JA	JA (Frauen mit TGE)	TEIWEISE (Beschränkung auf CB-PTSD + post-traumatischer Stress)	TEILWEISE (Fokus auf Interventionen innerhalb der ersten 72h p.p. →	PRISMA Guidelines, kulturelle Vielfaltigkeit eingeschlossener Studien	Starke Heterogenität eingeschlossener Studien in Bezug auf Messmethode	

post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis” [18]		Verhinderung von posttraumatischen Stresssymptomen und PTBS innerhalb von zwölf Wochen nach einer traumatischen Geburt				Wochenbethebbame oft erst ab Tag 3		PTBS(-Symptome) und ggf. kulturelle Unterschiede	
Cook et al.: “Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal	2018	Übersicht über vorhandene Forschung, die die Verbindung zwischen	1-4: JA 5: NEIN	TEILWEISE (Teilnehmende mit PTBS aus UK, USA, Schweiz,	JA (Outcome: postpartales Geburtenoutcome, kindliche Entwicklung und Mutter-Säuglings-Beziehung)	JA	Ergebnisse generalisierbar; ethnische Diversität; Einbezug	Teilweise geringe methodische Qualität der eingeschlossenen	Nur 14% der Teilnehmenden nicht Weiß

period and child outcomes: A systematic review” [22]		mütterlicher PTBS während des perinatalen Zeitraums und dem kindlichen Outcome untersucht		Kanada, Italien, Israel, Brasilien, PTBS aus verschiedenen Gründen, nicht speziell CB-PTSD)			Hebammen	Studien; nur englisch sprechende in Population einbezogen; starke Heterogenität der eingeschlossenen Studien → Vergleiche und Verallgemeinerungen erschwert; Publikationsbias	
Van Sieleghem et al.:	2022	Zusammenhang maternale CB-	1-4: JA 5: NEIN	TEIL-WEISE	JA	JA	Einbezug Hebammen	Geringe Qualität	

<p>“Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review” [23]</p>		<p>PTSD (-Symptome) mit negativer Mutter-Kind-Bindung und/oder kindlichen Entwicklungsresultaten für Kinder im Alter von 0 - 5 Jahren + Überprüfung Effekt Behandlung CB-PTSD auf maternales und kindliches Outcome</p>		<p>(Teilnehmende haben CB-PTSD; unklar ob Ergebnisse auch relevant für TGE-Betroffene die PTBS-Diagnosekriterien nicht erfüllen)</p>				<p>einbezogener Studien → daher nur geringe Aussagekraft; für einige Parameter nur geringe Evidenz (bspw. Stillen, Schlaf); Confounding Faktoren (bspw. postpartale Depression)</p>	
<p>O’Dea et al.:</p>	<p>2023</p>	<p>Untersuchung Zusammenhänge</p>	<p>1-5: JA</p>	<p>NEIN (Wöchenerinnen mit</p>	<p>JA</p>	<p>JA</p>	<p>PRISMA Guidelines; MOOSE</p>	<p>Eingeschränkte</p>	

<p>“Associations between maternal psychological distress and mother-infant bonding: a systematic review and meta-analysis” [24]</p>		<p>zwischen maternalem psychologischem Stress und postpartaler Mutter-Säugling-Bindung</p>		<p>Depressionen, Angststörung, Stress oder Babyblues postpartal; Einbezug in BA trotzdem da TGE zu psychologischem Distress p.p. führen kann)</p>			<p>Reporting Guidelines; hohe Anzahl eingeschlossene Studien</p>	<p>Generalisierbarkeit der Ergebnisse, da 90% eingeschlossenen Studien aus High-Income-Ländern; Attrition-Bias; wenig Daten zu Angststörung, Babyblues und Stress; Language-Bias</p>	
<p>McKelvin et al.:</p>	<p>2021</p>	<p>Identifizierung psychosozialer Faktoren</p>	<p>1-4: JA 5: NEIN</p>	<p>TEILWEISE</p>	<p>JA (psychosoziale Gesundheit während</p>	<p>JA</p>	<p>Diversität der</p>	<p>Alle einbezogenen Studien die</p>	<p>Mehr Forschung</p>

<p>“The childbirth experience: A systematic review of predictors and outcomes” [25]</p>		<p>die subjektives Geburtserleben und Schilderung dessen beeinflussen und (während der Geburt und postpartal)</p>		<p>(JA, weil High-Income Countries, NEIN, weil nur Einschluss physiologische Schwangerschaft und gesundes Kind)</p>	<p>des perinatalen Zeitraums in Bezug auf die Geburtserfahrung und/oder posttraumatische Belastungsstörung)</p>		<p>Studienteilnehmenden</p>	<p>PTBS in postpartaler Zeit untersuchen, nehmen an, dass TGE vorliegt (PTBS kann aber auch andere Ursachen haben); Language-Bias</p>	<p>Schutzfaktoren notwendig</p>
<p>Shorey et al.: “Effectiveness of Psychological Interventions to Improve the</p>	<p>2023</p>	<p>Überprüfung Wirksamkeit von psychologischen Interventionen zur Reduzierung von Angst, Depression,</p>	<p>1-5: JA</p>	<p>JA (Eltern die a.) die TGE angeben und/oder b.) RF für TGE erfüllen und/</p>	<p>JA (Einschluss versch. psych. Outcomes)</p>	<p>JA (eingeschlossene Länder: Schweden, Iran,</p>	<p>Ausschluss Eltern mit psych. Vorerkrankungen, Substanzmissbrauch, Totgeburt,</p>	<p>Social Desirability Bias (Verwendung Selbstauskunftbogen; geringe Anzahl</p>	<p>Problem der Forschung: Fokus auf PTBS als Outcome</p>

<p>Mental Well-Being of Parents Who Have Experienced Traumatic Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis” [39]</p>		<p>Geburtsangst und PTBS-Symptomen nach traumatischer Geburtserfahrung</p>		<p>oder Entwicklung psych. Beschwerden nach TGE)</p>		<p>Schweiz, England)</p>	<p>Frühgeburt → Fokus auf Eltern mit Beschwerden auf Grund TGE, nicht aufgrund schlechtem kindl. Outcome (entspricht Fokus der Bachelorarbeit); Einschluss Studien aller Sprachen</p>	<p>einbezogener Studien; Ergebnisse beziehen sich primär auf Europa → nicht verallgemeinerbar für andere Teile der Welt; mögliche Traumata in der Eigenanamnese nicht berücksichtigt; nach GRADE nur geringe bis</p>	
--	--	--	--	--	--	--------------------------	---	--	--

								mittelmäßige Qualität eingeschlossener Studien	
Chabbert et al.: “Predictive factors of women’s subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature” [40]	2021	Untersuchung identifiziert Risiko und Schutzfaktoren für die subjektive Geburtserfahrung und Geburtszufriedenheit von Frauen	1-4: JA 5: NEIN	JA	TEILWEISE (Daten vor allem relevant für Primärprävention TGE, aber für BA in Bezug auf Risikofaktoren relevant)	JA	PRISMA Guidelines; Zusammenführung Daten aus Ländern globaler Süden und globaler Norden; Einbezug Hebammen	Starke methodische Heterogenität eingeschlossener Studien; Language-Bias; keine eindeutige Beschreibung Limitationen der Studie	Die Steigerung des Bewusstseins für Risiko- und Schutzfaktoren kann die Entwicklung von Screening-Strategien und gezielten klinischen Interventionen unterstützen.

<p>De Bruijn et al.: "Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth" [45]</p>	<p>2019</p>	<p>Überblick über die Literatur zu den Behandlungsoptionen für posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach der Geburt und Bewertung ihrer Wirksamkeit</p>	<p>1-4: JA 5: NEIN</p>	<p>JA (Geburt als traumatisierendes Event, PTBS als Startpunkt für Behandlung)</p>	<p>TEILWEISE (eher Tertiärprävention)</p>	<p>JA (europäische Länder)</p>	<p>Fokus auf geburtsbedingte PTBS; PRISMA Guidelines</p>	<p>Publication-Bias; eingeschlossene Studien ausschließlich aus westlichen High-Income-Ländern; nur Einschluss Krankenhausgeburten; geringe Qualität eingeschlossener Studien, Concept-Bias, Selection-Bias</p>	
---	-------------	--	----------------------------	--	---	------------------------------------	--	---	--

<p>Brooks et al.: “Effectiveness and acceptability of brief psychoeducational interventions after potentially traumatic events: A systematic review” [48]</p>	<p>2021</p>	<p>Untersuchung Auswirkungen von kurzen psychoedukativen Interventionen nach potenziell traumatischen Erfahrungen auf die psychische Gesundheit, die Einstellung zur psychischen Gesundheit und das traumaassoziierte Wissen von erwachsenen Empfängern sowie die</p>	<p>1-4: JA 5: NEIN</p>	<p>TEILWEISE (Population: Erwachsene die traumatischen Ereignis jeglicher Art ausgesetzt; kein Fokus auf TGE)</p>	<p>JA (Mentale Gesundheit)</p>	<p>JA (Niederlande, UK, USA)</p>		<p>Geringe Anzahl eingeschlossener Studien; Effekt Psychoedukation nur bedingt erkennbar, da unklar ist welches Grundwissen Teilnehmende hatten; viele versch. Ursachen Trauma → Selection Bias; Intervention</p>	
--	-------------	---	----------------------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--	---	--

		wahrgenommene Akzeptanz von Psychoedukation						teilweise als Prävention, teilweise, wenn schon PTBS	
Atkinson et al.: “Perspectives of partners of mothers who experience mental distress in the postnatal period: A systematic review and qualitative	2021	Überblick über Perspektiven der Partner von Müttern, die postnatale psychische Belastungen erleben	1-4: JA 5: NEIN	TEILWEISE (alle Partner von Müttern mit postpartalem mentalem Distress, kein Fokus auf TGE-bedingten psych. Problemem; Fokus auf	JA (Wahrnehmungen Partner postpartal)	JA	Entspricht ENTREQ-Richtlinien	Nur Einbezug männlicher Partner + nur Einbezug High-Income-Länder → eingeschränkte Generalisierbarkeit; geographical Bias	

evidence synthesis” [49]				Postpartale Depression)					
Lewis et al.: “Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis” [51]	2020	Untersuchung Effekte spezi-fischer Therapien bei PTBS	1: NEIN 2-5: JA	TEILWEISE (Personen mit PTBS-Diagnose)	TEILWEISE (Fokus nur auf PTBS-Symptome)	JA (unter anderem Ein-schluss Daten aus Deutsch-land)	Cochrane Richtlinien	Detection Bias; unter-schiedliche Kontroll-gruppen	Anwendung Shared De-cision Ma-king
Khsim et al.: „Risk Fac-tors for Post-Traumatic	2022	Identifizierung Risikofaktoren für PTBS nach Geburt	1-4: JA 5: Nein	TEIL-WEISE (nicht nur Fokus auf CB-PTSD, Einschluss	TEILWEISE (Fokus auf CB-PTSD)	JA (mitunter Daten aus Deutsch-land)	PRISMA Guidelines; hohe Qua-lität einge-schlossene-ner	Starke He-terogenität einge-schlossener Studien;	

Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review” [53]				aller die postpartale PTBS oder Risiko haben)			Studien; hohe Anzahl eingeschlossener Studien	Reporting Bias	
Kim et al.: Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: an umbrella review [54]	2022	Überblick über Risikofaktoren, Schutzfaktoren, Biomarker für postpartale Depression	1-5: JA	NEIN (PPD-Betroffene, Einbezug auf Grund Untersuchung Effekt stabile Paarbeziehung auf psychische Gesundheit)	TEILWEISE (beeinträchtigte psych. Gesundheit postpartal)	Ursprung eingeschlossener Daten nicht erkennbar	PRISMA Guidelines; p-curve analysis; hohe Evidenzen eingeschlossener Studien; Umbrella Review	Nicht alle Co-founding-Faktoren beachtet; Heterogenität einbezogener Studien; Publication-Bias; Definition perinataler Depression erschwert teilweise	Stabile Paarbeziehung = Schutzfaktor für die maternale postpartale Psyche

								Differenzierung prä-u. postpartaler Faktoren	
Heshmati et al.: „The effect of parental leave on parents’ mental health: a systematic review” [55]	2023	Feststellung internationaler Evidenzen zu Zusammenhang Elternzeit und mentale Gesundheit der Eltern postpartal	1-4: JA 5: NEIN	TEILWEISE (jung Eltern, die Elternurlaub in Postpartalzeit nehmen)	TEILWEISE (Outcomes: Depression, mentale Gesundheit, psychischer Stress, Inanspruchnahme psychologischer Unterstützungsangebote)	JA (Daten mitunter aus Deutschland)	Review von “The Lancet”, PRISMA Guidelines; SWiM Guidelines	Synthese auf Grund starker Heterogenität Studien erschwert; Selektionsbias; Language-Bias; Publication-Bias	Größer protektiver Effekt auf maternale psychische Gesundheit: bezahlter Elternurlaub min. 2-3 Monate
Ferguson et al. „The Effectiveness of the Safety Planning Intervention	2021	Untersuchung internationale, peer-reviewte Evidenz für die Wirksamkeit von SPI bei	1-3: JA 4-5: NEIN	NEIN (evtl. im geringen Maße, falls TGE-bedingte psychische	TEILWEISE (Suizid-assoziierte Outcomes, aber auch Behandlungs-assoziierte Outcomes, wie bspw. Bereitschaft	TEILWEISE (Daten aus USA, Europa, Indien, Australien)	PRISMA Guidelines; Hinweise, dass SPI mit einer Vielzahl an	Starke Heterogenität Studiendesign → daher keine Metaanalyse	

(SPI) for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review” [56]		Erwachsenen mit suizidalen Gedanken		Suizidgedanken miteinbeziehen, Verwendung trotzdem um erwiesene Evidenz und Anwendbarkeit Notfallplan im Allgemeinen aufzuzeigen)	gegenüber Therapie, Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten)		Interventionen kombiniert werden kann → hohe Flexibilität Intervention + Potenzial für breite Reichweite	möglich; Mehrzahl einbezogener Studien sind quasi-experimentelle Studien → Kausalität begrenzt (jedoch zu bedenken: RCT könnte unethisch sein bei Population)	
Ionio et al.: “Parent–Infant Skin-to-Skin Contact and Stress	2021	Untersuchung Effekt Haut-zu-Haut Kontakt (SSC) auf Probleme in	1-4: JA 5: NEIN	TEILWEISE (in Studie teilweise Einbezug Mütter und	JA	JA	PRISMA Guidelines; Ergebnisse stimmen mit bisherigen	KEINE ANGABEN	

Regulation: A Systematic Review of the Literature” [59]		Mutter-Kind-Bindung		Kinder Frühge- burt)			Studien überein		
Pezley et al.: “Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review” [60]	2022	Überprüfung Wirksamkeit verschiedener Verhaltensin- terventionen auf mentale Gesundheit Mutter und Stilloutcome	1-4: JA 5: NEIN	TEIL- WEISE (kein Fo- kus auf TGE-Be- troffene)	JA	JA	PRISMA Guidelines; Double- Screening- Methode	Retrieval- Bias; Ein- bezug 15 versch. Länder → Vergleiche erschwert; kaum ethni- sche Diver- sität in Stu- dien; Co- founding- faktor früherer psych. Probleme	SSC = effec- tive Maß- nahme Fö- rderung men- tale mater- nale Ge- sundheit und Stillen

								nicht beachtet; Geburtsmodus nicht beachtet; Geburtstrauma nicht beachtet	
Mrljak et al.: “Effects of Infant Massage: A Systematic Review” [61]	2022	Untersuchung Effekt Babymassage (innerhalb der ersten 12 Monate postpartal)	1-4: JA 5: NEIN	TEILWEISE (Fokus auf Kinder)	TEILWEISE (Fokus auf kindliches Outcome, aber Einbezug Mutter-Kinder-Bindung)	JA		Language-Bias; Fokus nur auf kindliches Outcome	
Qian et al.: „Effects of expressive writing intervention for women’s	2020	Bewertung Wirksamkeit Kreatives Schreiben bei mit Schwangerschaft	1-5: JA	TEILWEISE (Populationen in Studie bestehend aus	TEILWEISE (primäres Outcome: perinatale PTSD, sekundäres Outcome: Depressionen, Angststörung,	JA (Daten aus europäischen Ländern,	Verwendung validierter Assessmentinstrumente, wie	Geringe Anzahl eingeschlossener Studien; mittelmäßige	Besonders effektiv bei PTSD, kostengünstige und sichere Intervention

<p>PTSD, depression, anxiety and stress related to pregnancy: A meta-analysis of randomized controlled trials” [64]</p>		<p>assoziierter PTSD, Depression, Angst und Stress auf Grund von Infertilität</p>		<p>Frauen im Wochenbett, teilweise auch Frauen mit Kindern auf Neointensiv oder Frauen mit Infertilität)</p>	<p>Stress; Beschwerden assoziiert mit Schwangerschaft UND Geburt)</p>	<p>bspw. Schweiz)</p>	<p>bspw. EPDS</p>	<p>Qualität eingeschlossener Studien; Population schließt sowohl Frauen mit physiologischer Schwangerschaft, als auch Frauen mit pathologischer Schwangerschaft ein → Verlauf Schwangerschaft kann jedoch</p>	
--	--	---	--	--	---	-----------------------	-------------------	---	--

								Ergebnisse beeinflus- sen	
Random- ized Con- trolled Tri- als (RCTs)									
Autor*in- nen, Titel, Nummer	Jahr	Ziel der Ar- beit	Ergeb- nisse auf Popula- tion der Bachelor- arbeit übertrag- bar?	Design va- lide für RCT? (1: Klare For- schungs- frage; 2: Randomi- sierung)	Methodische Stärke? (1: Verblindung; 2: Studienteilneh- mende gleich zu Beginn)	Ergebnis- darstel- lung? (1: Um- fangreich; 2: Vorteile überwie- gen Nach- teile)	Ergeb- nisse hilf- reich für Popula- tion oder Versorger der Ba- chelorar- beit?	Sonstiges	
Slade et al.: "STRAWB2 (Stress and Wellbeing After	2020	Untersu- chung, ob An- wendung Selbsthilfema- terialen	JA (Frauen mit TGE)	1-2: JA	1: keine Verblin- dung Studienteil- nehmende 2: JA	1-2: JA	JA (Hebam- menset- ting)	Intention-to- Treat-Ana- lyse	

Childbirth): a random- ised con- trolled trial of targeted self-help materials to prevent post-trau- matic stress disorder fol- lowing childbirth” [47]		Inzidenz PTSD 6-12 Wochen post- partal senken kann nach TGE							
Williams et al.: “Infant car- rying as a tool to pro- mote se- cure	2020	Untersuchung Effekt Tragen des Kindes auf Bindungs- aufbau	NEIN (Kinder sind im Schnitt sieben Monate alt;	1-2: JA	1: keine Verblin- dung Studienteil- nehmende 2: NEIN (interne Validität einge- schränkt)	1-2: JA	JA (Maß- nahme kann hilf- reich sein für Förde- rung		

<p>attach- ments in young mothers: Comparing intervention and control infants dur- ing the still- face para- digm” [62]</p>			<p>Einbezug der Studie nur um exempla- risch auf- zuzeigen, dass In- tervention unter- sucht ist→ Ergeb- nisse ge- ben Hin- weise da- rauf, dass Interven- tion siche- ren Bin- dungsauf- bau för- dern kann,</p>				<p>Bindungs- aufbau, insbeson- dere bei Risiko für gestörten Bindungs- aufbau → bei TGE der Fall)</p>		
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--

			insbesondere bei Müttern und Kindern die Risiko haben für Bindungsprobleme)						
Crawley et al.: "Feasibility and acceptability of expressive writing with postpartum women: a randomised controlled trial" [65]	2018	Untersuchung Anwendbarkeit und Akzeptanz Kreatives Schreiben bei postpartalen Frauen	JA (Studie in U.K., ähnliches Wochenbett-system wie in Deutschland)	1-2: JA	1: keine Verblindung Studienteilnehmende 2: JA	1-2: JA	JA	Teil von-Health After Birth Trial (HABiT); Angabe drop outs	

Weitere Studien									
Autor*innen, Titel, Nummer	Jahr	Art der Studie	Stärken der Studie/ Rechtfertigung Anwendung	Schwächen der Studie	sonstiges				
Thomson et al.: "Policy, service, and training provision for women following a traumatic birth: an international knowledge	2021	Knowledge mapping exercise	Aus CA18211; Einbezug Hebammen; geeignete Übersicht für Erfassen Versorgungsstände, nationale Richtlinien	Keine individuellen Daten, allgemeine Übersicht					

mapping exercise” [3]			etc.; Fokus auf TGE-Betroffene; Einbezug Deutschland						
Martini et al.: “Prospective Associations of Lifetime Post-traumatic Stress Disorder and Birth-Related Traumatization With Maternal and	2022	Ko-hortenstudie (prospektive Längsschnittstudie)	Aus CA18211; Aufzeigen Relevanz allgemeiner PTBS und geburtsbedingter Traumatisierung und CB-PTSD und die Relevanz das	Kleine samples → Aussagekraft eingeschränkt; Confounding Faktoren nicht berücksichtigt					

<p>Infant Outcomes” [20]</p>			<p>Betroffene vermehrt Unterstützung bekommen; multi-wave design; lange Follow-up Periode; Methodisch stark</p>						
<p>Garthus-Niegel et al.: “The prospective relationship between postpartum</p>	<p>2018</p>	<p>Kohortenstudie (prospektive Längsschnittstudie)</p>	<p>Aus CA18211; methodisch stark; Confoundingfaktoren</p>	<p>Fast alle Angaben basieren auf Angaben der Mütter → Response-Bias;</p>	<p>Effekt postpartale maternale PTBS auf kindliche Schlafparameter (auch Einschluss, wenn PTBS schon vor Geburt vorhanden)</p>				

PTSD and child sleep: A 2-year follow-up study” [28]			beachtet, Biasminimierung; lange Follow-Up-Periode; Verwendung validierte Fragebögen	Recall-Bias; klinische Signifikanz eingeschränkt; anderes Elternteil nicht mit einbezogen					
Qualitative Studien									
Autor*innen, Titel, Nummer	Jahr	Valide Ergebnisse? (1: klares Forschungsziel; 2: qualitative Methodik; 3: passendes Sample; 4:	Ethische Fragen geklärt?	Geben Ergebnisse klares Statement?	Schwächen der Studie	Stärken der Studie/ Rechtfertigung Anwendung	sonstiges		

		Beziehung Forschende und Teil- nehmde ge- klärt)							
Sig- urðardóttir et al.: „Processing birth experi- ences: A content analysis of women’s prefer- ences” [41]	2019	1-2: JA 3: nur bedingt, Teilnehmende haben in spe- zieller hebam- mengeleiteter Geburtsklinik geboren 4: JA (Teil- nahme Erstautorin an Beratung)	JA	JA	Gruppe nicht reprä- sentativ für alle Be- troffenen einer ne- gativen/ traumati- schen Geburtser- fahrung (Klinikge- bärende nicht ein- geschlossen); ho- hes Bildungsniveau Teilnehmende → nur eingeschränkte Verallgemeinerbar- keit; Daten aus den Jahren 2006-2011; Forschenden war es nicht möglich Rückfragen zu	Aus CA18211; Ergeb- nisse stüt- zen routi- niertes Fragen nach Ge- burtserfah- rung; lange Dauer der Studie; Teilneh- mende konnten in eigenen	Methode: Content Analysis		

					stellen; Erstautorin nahm an Beratung teil	Worten frei beschreiben; Teilnehmende konnten anonym bleiben			
Leitlinien/ Handlungsleitfäden									
Autor*innen, Titel , Nummer	Jahr	Aktualität?	Transparenz?	Evidenz?	Fachgruppe relevant?	Zielgruppe?	Anwendbarkeit auf Realität?	sonstiges	
Deutscher Hebammenverband (DHV): „Empfehlungen für	2012	NEIN	TEILWEISE (Entwicklung und Hintergrund der Empfehlungen	Keine systematische Recherche; zum Großen Anteil erfahrungsbasiert;	JA (alle relevanten Fachgruppen dabei)	Eindeutige Personengruppe als Zielgruppe; Anwenderzielgruppe	JA	Sehr schwache Evidenz, vor allem erfahrungsbasiert; enthält jedoch praktische	Verwendung trotz fehlender Aktualität und Evidenz, da zum aktuellen Zeitpunkt einziger

traumasensible Begleitung durch Hebammen“ [16]			ersichtlich, aber nicht die Interessenskonflikte)	Stärken und Schwächen nicht beschrieben		beschrieben; Ansichten und Wünsche Zielgruppe nicht ermittelt		Ansatzpunkte für die hebammengeleitete Wochenbettbetreuung nach TGE/traumatisierter Wöchner*innen	Handlungsleitfaden zur Thematik für Hebammen
National Institute for Health and Care Excellence (NICE): „Antenatal and postnatal mental health:	2020	JA	JA (Entwicklung und Hintergrund der Empfehlungen ersichtlich; mögliche	Systematische Methodik; verwendete Evidenzen sind stark; Stärken und Schwächen	JA (alle relevanten Fachgruppen dabei)	Eindeutige Personen- gruppe als Ziel- gruppe; Anwender- zielgruppe beschrieben; An- sichten	JA	Starke Evi- denz; Ziel: Best-Prac- tice-Vor- schläge für Betreuung prä-u.post- partal bei dem Vorlie- gen	

clinical management and service guidance” [36, 57]			Interessenskonflikte aufgezeigt)	beschrieben; Evidenz kann Empfehlungen zugeordnet werden		und Wünsche der Zielgruppe ermittelt		psychischer Erkrankungen oder dem Risiko für psych. Erkrankungen (bezieht auch TGE mit ein)	
Niederländischen Vereinigung für Geburtshilfe und Gynäkologie (NVOG): „RICHTLIJN	2019	JA	Entwicklung und Hintergrund der Empfehlungen ersichtlich; mögliche	Systematische Literaturrecherche; verwendete Evidenzen sind stark; Einbezug bereits vorhandener	JA (alle relevanten Fachgruppen dabei)	Eindeutige Personengruppe als Zielgruppe; Anwenderzielgruppe beschrieben; Patient*innenvertretung	JA	Niederlande bisher einziges Land mit Leitlinie, Leitlinie weist routinierten, evidenzstarken	

<p>Bevallingsgerelateerde posttraumatische stressstoornis (PTSS) en posttraumatische stressstoornisklachten (PTSS-klachten)“</p> <p>(„Geburtsbedingte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und ihre PTBS-</p>			<p>Interessenskonflikte aufgezeigt</p>	<p>Leitlinien (bspw. NICE); Evidenz kan Empfehlungen zugeordnet werden</p>		<p>ist Teil der Arbeitsgruppe</p>		<p>Versorgungsablauf vor</p>	
--	--	--	--	--	--	-----------------------------------	--	------------------------------	--

Symp- tome“) [37]									
Expert*in- neninter- view									
Name, Nummer	Jahr	Expert*innen- rolle	Form des Interviews	Inhalt/ The- matik Ge- spräch	Kontakt- details	Sonstiges			
Viresha J. Bloemeke [35]	2023	Hebamme und Trauma- therapeutin, spezialisiert auf Verarbei- tung Ge- burtserleb- nisse; Ent- wicklerin „Sie- ben Geißlein Modell“ (Krea- tives	Zoom-Ge- spräch (Persönli- ches In- terview)	Empfeh- lungen aus der Praxis zur Wo- chenbett- betreuung TGE-Be- troffener	mail@viresha.de	Ge- sprächs- leitfaden im Anhang			

		Schreiben nach TGE)							
Dagmar Weimer [34]	2023	Diplom-Psychologin & Hebamme	Zoom-Gespräch (Persönliches Interview)	Empfehlungen aus der Praxis zur Wochenbettbetreuung TGE-Betroffener	dagmarweimer_office@web.de	Gesprächsleitfaden im Anhang			

ANHANG 2: Gesprächsleitfaden Expert*inneninterviews

Welche Maßnahmen wenden Sie bereits bei der Betreuung von Wöchner*innen mit traumatischer Geburtserfahrung an?

Welche Grundlagen in der Betreuung empfinden Sie bei der Begleitung TGE-Betroffener als relevant?

Wie schätzen Sie die Anwendbarkeit und Effektivität folgender Interventionen ein? Zu welchem Zeitpunkt würden Sie die Intervention anwenden? (Oder falls Sie sie bereits anwenden, zu welchem Zeitpunkt?)

- Screening auf PTBS(-Symptome)
- Psychoedukation
- Nachgespräch durch eine Hebamme
- Bindungsfördernde Maßnahmen
- Kreatives Schreiben

Wie müsste für Sie ein Versorgungsplan aufgebaut sein? (Gute Anwendbarkeit in der Praxis)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Lea Born, geboren am 21.01.2000 in Schwerin, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Hauptsache dem Kind geht's gut? Die Realität nach traumatischer Geburt und Handlungsempfehlungen für die Wochenbettbetreuung: ein Versorgungsplan“ selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat-GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Ich erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Bachelorarbeit oder Teile davon von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg oder von der HAW Hamburg veröffentlicht werden.

Hamburg, 18.11.2023,

L

