



Kleine Geburt mit großer Bedeutung

Das Potenzial der Hebammenbetreuung im Kontext der Entstigmatisierung von Fehlgeburten

Bachelorarbeit

Datum der Abgabe: 20.11.2023

Vorgelegt von: Luna Zoé Conrad, [REDACTED]

Studiengang: Hebammenwissenschaft B. Sc.

Fakultät: Wirtschaft und Soziales

Ort: Hamburg

Gutachterinnen:

Prof. Dr. med. Anke Diemert, Erstprüferin

Janne Schmittinger (M. Sc.), Zweitprüferin

Vorwort

In der vorliegenden Arbeit wird angestrebt, entsprechend den Grundsätzen der Universität Hamburg eine geschlechtergerechte Sprache zu nutzen. Dafür werden geschlechtsneutrale Begriffe wie „Betroffene“ oder „betroffene Person“ oder Bezeichnungen mithilfe des Gender-Doppelpunktes verwendet. Da in den untersuchten Studien ausschließlich von „Frauen“ die Rede ist, wurde dieser Begriffe in Bezug auf die Ergebnisse der Studien übernommen. Die Schlussfolgerungen dieser Arbeiten sollen jedoch explizit für alle Personen mit Uterus, die eine Fehlgeburt erlebt haben, unabhängig von dem Geschlecht / der Geschlechtsidentität gelten. Der Begriff „Hebamme“ umfasst entsprechend der Berufsbezeichnung geschlechtsunabhängig alle Personen, die als Hebamme zugelassen sind.

Abstract

Hintergrund: Fehlgeburten sind häufige Schwangerschaftskomplikationen mit bedeutenden Folgen für die psychische Gesundheit. Betroffene leiden zusätzlich unter der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Fehlgeburtserfahrungen. **Forschungslücke:** Die aktuelle Literatur setzt sich entweder mit den Stigmatisierungs- oder den Betreuungserfahrungen von Frauen mit Fehlgeburten auseinander, während beide Aspekte nicht miteinander verknüpft werden. Anhand der Forschungsfrage „Wie können Hebammen durch ihre professionelle Betreuung von Betroffenen zu einer Entstigmatisierung von Fehlgeburten beitragen?“ soll das Potenzial der Hebammenbetreuung in diesem Kontext untersucht werden. **Methode:** Im Rahmen einer Übersichtsarbeit werden im Anschluss an eine systematische Literaturrecherche zehn Studien analysiert und vorgestellt, die einen qualitativen oder quantitativen Einblick in die Thematik liefern. Erfahrungen von Hebammen in der Betreuung von Fehlgeburten und vor allem die Fehlgeburtserfahrungen von Betroffenen selbst sollen aufzeigen, an welchen Punkten Hebammen ansetzen können, um das vorherrschende Stigma rund um Fehlgeburten zu mindern. **Ergebnisse:** Die Studien verdeutlichen die Relevanz und die Auswirkungen von Fehlgeburten auf das emotionale und psychische Wohlbefinden. Betroffene erfahren Stigmatisierung sowohl gesellschaftlich als auch im Rahmen ihrer medizinischen Betreuung. Diese weist Verbesserungsbedarf bezüglich emotionaler Unterstützung auf, die Hebammen aufgrund von strukturellen Hindernissen nicht gänzlich leisten können. Hebammen verstehen sich als wichtigste Gesundheitsdienstleistende in der Betreuung von Fehlgeburten und stellen neben dem Umfeld der Frau eine zentrale Unterstützungsquelle dar. Positive Reaktionen auf die Offenbarung einer Fehlgeburt und soziale Unterstützung können sich positiv auf das emotionale Wohlbefinden der betroffenen Frauen auswirken. **Diskussion:** Hebammen versorgen Betroffene über Deutungsvorlagen bezüglich pränatalen Lebens und sollten diese durch eine angemessene Betreuung zu einem offenen Umgang mit ihrer Fehlgeburt ermutigen. So kann der gesellschaftliche Diskurs indirekt gefördert werden und die geburtshilfliche Versorgung durch die Nutzung sozialer Unterstützung verbessert werden. **Schlussfolgerungen:** Eine bedürfnisorientierte und ermutigende Hebammenbetreuung kann die Verarbeitung des Fehlgeburtserlebnisses der Betroffenen positiv beeinflussen und unter Einbezug von sozialer Unterstützung potenziell zur Entstigmatisierung von Fehlgeburten beitragen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	ii
Abstract	iii
I. Abbildungsverzeichnis	vi
II. Tabellenverzeichnis	vi
III. Abkürzungsverzeichnis	vi
1 Einleitung	1
1.1 <i>Problemstellung und Relevanz</i>	1
1.2 <i>Forschungsfrage und Ziel der Arbeit</i>	1
1.3 <i>Aufbau der Arbeit</i>	2
2 Hintergrund	2
2.1 <i>Definition und Prävalenz von Fehlgeburten</i>	2
2.2 <i>Folgen von Fehlgeburten</i>	3
2.3 <i>Der Umgang mit Fehlgeburten in der Gesellschaft</i>	4
2.4 <i>Definition von Stigma</i>	4
3 Methode	4
3.1 <i>Literaturrecherche</i>	5
3.1.1 <i>Verwendete Datenbanken</i>	5
3.1.2 <i>Ein- und Ausschlusskriterien der Studien</i>	5
3.1.3 <i>Schlüsselbegriffe und Suchstrings</i>	6
3.2 <i>Studienbewertung und Datenanalyse</i>	8
4 Ergebnisse	10
4.1 <i>Qualitative Betrachtungen von Fehlgeburtserfahrungen</i>	10
4.1.1 <i>Tabellarische Übersicht der qualitativen Studien</i>	13
4.2 <i>Quantitative Betrachtungen von Fehlgeburtserfahrungen</i>	13
4.2.1 <i>Tabellarische Übersicht der quantitativen Studien</i>	19
5 Diskussion	20

5.1	<i>Aktuelle Fehlgeburtstigmatisierung</i>	20
5.2	<i>Aktuelle Fehlgeburtbetreuung</i>	22
5.3	<i>Die Schlüsselrolle der Hebammen</i>	23
5.4	<i>Praktische Handlungsempfehlungen für eine entstigmatisierende Hebammenbetreuung</i>	25
5.5	<i>Limitationen</i>	27
6	Schlussfolgerungen	28
IV.	Literaturverzeichnis	31
V.	Anhang	34
V.I	<i>CASP-Checklisten: Bewertungen der qualitativen Studien</i>	34
V.I.I	Fernández-Basanta et al., 2021	35
V.I.II	Kukulskienė & Zemaitienė, 2022	39
V.I.III	Omar et al., 2019	45
V.II	<i>AXIS-Checklisten: Bewertungen der Querschnittsstudien</i>	50
V.II.I	De Roose et al., 2018	50
V.II.II	Watson et al., 2019	51
V.II.III	Galeotti et al., 2023	52
V.II.IV	Iwanowicz-Palus et al., 2014	53
V.II.V	Iwanowicz-Palus et al., 2021	54
V.II.VI	Freedle & Oliveira, 2022	56
V.II.VII	Bommaraju et al., 2016	57
VI.	Eidesstattliche Erklärung	59

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 PRISMA-Flowchart für die verschiedenen Phasen der systematischen Übersicht.....	8
Abbildung 2 Erfahrungsmerkmale einer späten Fehlgeburt und praktische Auswirkungen auf die postnatale Gesundheitsversorgung	26

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien	6
Tabelle 2 Schlüsselbegriffe der Literaturrecherche	7
Tabelle 3 Gütekriterien der qualitativen Forschung	9
Tabelle 4 Gütekriterien der quantitativen Forschung.....	10
Tabelle 5 Übersicht der qualitativen Studien	13
Tabelle 6 Übersicht der Querschnittsstudien	19

III. Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AXIS	<i>Appraisal tool for Cross-Sectional Studies</i>
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
EUG	Extrauterin gravidität
HebG.....	Hebammengesetz
PTBS.....	Posttraumatische Belastungsstörung
PTG.....	<i>Posttraumatic Growth</i> , Posttraumatisches Wachstum
SSW	Schwangerschaftswoche

1 Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich mit verschiedenen Aspekten der Fehlgeburtstigmatisierung und dem Stellenwert der Hebammenbetreuung in diesem Kontext. Im Folgenden wird das Thema genauer erläutert und eingegrenzt.

1.1 Problemstellung und Relevanz

Die genaue Prävalenz ist nicht bekannt, jedoch wird davon ausgegangen, dass 10-20 % der festgestellten Schwangerschaften vorzeitig in einer Fehlgeburt enden [1,2]. Damit stellt eine Fehlgeburt ein häufiges geburtshilfliches Ereignis dar, welches psychische Folgen in Form von Angststörungen, depressiver Symptomatik und posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) haben kann [3,4].

Gesellschaftlich und vor allem individuell gesehen handelt es sich um eine Ausnahmesituation. Der Diskurs über das Erleben von Fehlgeburten fehlt und viele Betroffene erfahren auch heute noch Stigmatisierung. [5]

Seit den 1980er-Jahren wird sich allerdings zunehmend zivilgesellschaftlich für die soziale Sichtbarkeit von Fehl- sowie Totgeburten eingesetzt und auch aktuell ist ein mehrdimensionaler Wandel in Bezug auf die Anerkennung von diesen Geburten zu beobachten. Dazu tragen vor allem drei Bereiche bei, wie zum einen die Veränderung des §31 der Personenstandsverordnung, die seit 2013 Betroffene als Eltern anerkennt. Zum anderen ist der zunehmende Diskurs auf Social Media bzw. das Zusammenschließen und gegenseitige Unterstützen von den sogenannten „Sterneneltern“ in Online-Foren zu beobachten. [6,7]

Die dritte Komponente bezieht sich konkret auf die Geburtshilfe, in der eine zunehmende Personalisierung von Stillgeborenen diskutiert wird, die zumindest bei Totgeburten bereits weitestgehend etabliert ist. Demnach erkennt das medizinische Personal die Geburt als Verlust eines Kindes und die Betroffenen als Eltern an. [7]

Zentral für die o.g. Sichtbarkeit von Fehlgeburten ist die angepasste, professionelle Betreuung durch Hebammen, auf die die Betroffenen nach dem Sozialgesetzbuch §24c auch im Falle einer Fehlgeburt Anspruch haben. [7]

1.2 Forschungsfrage und Ziel der Arbeit

Fehlgeburten sind demnach ein relevantes Thema in der Gesellschaft und vor allem in der Geburtshilfe, dessen Diskurs und Anerkennung weiter gefördert werden sollte. Der beginnende Wandel zeigt sich auch im aktuellen Forschungsstand. Die Anzahl der Studien, die Fehlgeburten thematisieren, nimmt beispielsweise auf *PubMed* stetig zu. Dabei behandeln sie meist entweder die Betreuungserfahrungen von Betroffenen während und

nach einer Fehlgeburt oder sie untersuchen das bestehende Stigma, das weiterhin zu diesem Thema herrscht. Beide Aspekte wurden bisher nicht miteinander verknüpft und das Potenzial der Interaktion zwischen Betroffenen und Hebammen wurde bislang vernachlässigt.

Da Hebammen in diesem Kontext jedoch eine zentrale Rolle einnehmen ergibt sich folgende Fragestellung:

Wie können Hebammen durch ihre professionelle Betreuung von Betroffenen zu einer Entstigmatisierung von Fehlgeburten beitragen?

Ziel dieser Arbeit ist es, die Relevanz von Fehlgeburten zu verdeutlichen und herauszuarbeiten, wie eine bedürfnisorientierte Hebammenbetreuung in diesem Fall aussehen kann. Es sollen Zusammenhänge zwischen der Haltung der Hebamme über Schwangerschaftsverluste, den Einfluss auf die Betreuung und folglich das Erleben der betroffenen Personen herausgearbeitet werden. Betreuungserfahrungen im Falle einer Fehlgeburt aus der Sicht von Hebammen und von Betroffenen sollen Ansatzpunkte für Hebammen identifizieren, um das vorherrschende Stigma rund um Fehlgeburten zu mindern. Konkrete Maßnahmen zur physischen Behandlung und die unterschiedlichen Arten von Fehlgeburten sind nicht Teil der Betrachtung.

1.3 Aufbau der Arbeit

Zunächst wird ein Einblick in den Hintergrund der Thematik geboten. Dafür werden die zentralen Begriffe definiert, die Prävalenz von Fehlgeburten und ihre möglichen psychischen Folgen dargelegt, und Fehlgeburten im gesellschaftlichen Kontext betrachtet. Nach einer ausführlichen Beschreibung der Methodik, einschließlich der systematischen Literaturrecherche und den Hilfsmitteln zur Studienbewertung, erfolgt die Vorstellung der ausgewählten Studien inklusive ihrer Qualität und Ergebnisse. Im Rahmen der Diskussion erfolgt die Reflexion der Ergebnisse anhand von übergeordneten Themen in Hinblick auf die Forschungsfrage und das Formulieren von praktischen Handlungsempfehlungen für die Hebammentätigkeit. Zudem wird die Methodik reflektiert, bevor die Erkenntnisse der Arbeit in einer Schlussfolgerung zusammengefasst werden.

2 Hintergrund

2.1 Definition und Prävalenz von Fehlgeburten

Weltweit gibt es unterschiedliche Definitionen zu Schwangerschaftsverlusten. Die WHO spricht allgemein von einer Fehlgeburt, wenn das Kind vor der 28. Schwangerschaftswoche

(SSW) verstirbt [5]. Sie verweist zudem auf die Organisation *March of Dimes*, die eine Fehlgeburtsrate von 10-15 % [5] bzw. 10-20 % [1] der festgestellten Schwangerschaften angibt. Die Organisation definiert eine Fehlgeburt wiederum als einen Schwangerschaftsverlust vor der 20. SSW [1].

Bezogen auf die deutsche Geburtshilfe handelt es sich laut der Personenstandsverordnung §31 um eine Fehlgeburt bzw. einen Abort, wenn das Kind vor der 24. SSW und mit weniger als 500 Gramm geboren wird. Andernfalls wird es je nach vorhandenen Lebenszeichen als Lebend- oder Totgeburt betitelt.

Findet die Geburt vor der 12+0. SSW statt, handelt es sich um eine frühe Fehlgeburt, deren Prävalenz mit etwa 12 % aller Schwangerschaften angegeben wird. Zwischen der 13. SSW und dem Beginn der Lebensfähigkeit wird von einer späten Fehlgeburt gesprochen. Die Definitionen sind je nach Literatur jedoch unterschiedlich. [4,8]

Die unterschiedlichen Definitionen und die Tatsache, dass es keine systematische Erfassung dieser Geburten gibt, erschwert die Bestimmung der tatsächlichen Prävalenz. Zudem enden Schwangerschaften teilweise, bevor die Personen überhaupt über diese in Kenntnis waren, weshalb die Fehlgeburtsrate in manchen Untersuchungen mit mehr als 30% aller Schwangerschaften angegeben wird. [1]

Die Häufigkeit aller Fehlgeburten ist auch in Deutschland nicht genau bekannt, da keine Meldepflicht für diese besteht. Von den festgestellten Schwangerschaften enden jedoch 10-20 % in einem Spontanabort. [2]

Unabhängig von der genauen Zahl, sind Fehlgeburten als eine häufige Schwangerschaftskomplikation anzusehen, die einer exspektativen, medikamentösen oder chirurgischen Therapie bedarf. Fehlgeburten bis zur 20. SSW haben bei 45 % der Betroffenen genetischbedingte Ursachen des Fötus [4,8].

2.2 Folgen von Fehlgeburten

In 30 % der Fälle kommt es nach einem Abort unter anderem zu Angststörungen, 10 % der Betroffenen weisen eine depressive Symptomatik auf und 34 % leiden anschließend an PTBS [3,4].

Die Bedeutung dieser psychischen Auswirkungen wird oftmals unterschätzt, obwohl bereits in Studien bewiesen ist, dass das Risiko, an einer der beschriebenen psychischen Störungen zu erkranken, nach einer Fehlgeburt um das 1,5-fache erhöht ist. Risikofaktoren dafür sind eine Vorgeschichte von Unfruchtbarkeit und/oder Depressionen und insbesondere ein mittleres maternales Alter (21-40 Jahre). [9]

Zudem liegt das Wiederholungsrisiko für einen Abort bei 20 % und steigt nach zwei Aborten auf 28 % [4,8]. Weitere physische Folgen sind aufgrund ihrer Komplexität nicht Teil der Betrachtung.

2.3 Der Umgang mit Fehlgeburten in der Gesellschaft

Obwohl ein früher Schwangerschaftsverlust häufig ist und die Auswirkungen bedeutend sind, fehlt ein ausreichender gesellschaftlicher Diskurs zu dieser Thematik. Dabei könnte dieser Diskurs die Bewältigung des Verlustes möglicherweise erleichtern. Fehlgeburten scheinen weiterhin stigmatisiert und das Bewusstsein über die psychischen Auswirkungen für Betroffene ist defizitär. [5,10]

Oftmals sind gerade frühe Fehlgeburten nicht im Umfeld bekannt, da dieses noch nicht über die bestandene Schwangerschaft in Kenntnis gesetzt wurde. Aber auch wenn Freund:innen und Familie miteinbezogen werden, berichten Betroffene von Schweigen des Umfelds, was auf eine Unsicherheit bezüglich des angemessenen Verhaltens zurückzuführen ist. [10]

Eine mögliche Erklärung könnte die fehlende Aufklärung und Kommunikation innerhalb der Gesellschaft sein, wodurch eine Selbstoffenbarung der Betroffenen erschwert werden könnte.

2.4 Definition von Stigma

Der Duden definiert ein Stigma als „etwas, wodurch etwas oder jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, meist negativen Weise gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderen unterscheidet“ [11].

Der fehlende Diskurs bezüglich Fehlgeburten könnte Betroffenen nach dieser Definition das Gefühl vermitteln, sich durch ihre Fehlgeburtserfahrung vom Rest der Gesellschaft auf eine negative Weise zu unterscheiden. Folglich kann im Kontext von Fehlgeburten von einer Stigmatisierung gesprochen werden, unter der die Betroffenen leiden. Wie Hebammen dazu beitragen können, dass das Fehlgeburtstigma verringert wird, soll im Folgenden untersucht werden.

3 Methode

Der Beantwortung der vorgestellten Forschungsfrage wird sich mittels einer Übersichtsarbeit genähert. Dazu werden im Anschluss an eine systematische Literaturrecherche insgesamt zehn aktuelle Studien, die sich mit dem Stigma und/oder der Hebammenbetreuung rund um Fehlgeburten befassen, analysiert und bewertet. Dieses Vorgehen soll einen evidenzbasierten Einblick in den derzeitigen Wissensstand liefern und mögliche Forschungslücken zur potenziellen Optimierung der Behandlungsmöglichkeiten identifizieren.

3.1 Literaturrecherche

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche, die im September 2023 durchgeführt wurde. Sie ist Teil der wissenschaftlichen Herangehensweise, die Aktualität und Qualität gewährleisten soll und ist im Folgenden detailliert dargestellt.

3.1.1 Verwendete Datenbanken

Um zunächst einen Einblick in die Thematik und die entsprechende wissenschaftliche Literatur zu erlangen, wurde vorab eine unsystematische Literaturrecherche auf *Google Scholar* vorgenommen [12]. Dadurch ergaben sich hilfreiche Schlüsselbegriffe für die anschließende Suche in den Datenbanken *Google Scholar*, *Scopus*, *CINAHL* und *PubMed*. *Scopus* ist eine bibliografische Datenbank, in der sich peer-reviewte Literatur finden lässt [13]. *CINAHL* und *PubMed* eignen sich besonders für die Recherche im Gebiet der Hebammenwissenschaft, da diese Datenbanken speziell medizinische bzw. pflegewissenschaftliche Literatur umfassen [14,15]. Als Informationsquellen dienen im Ergebnisteil ausschließlich qualitative und quantitative Studien aus den letzten zehn Jahren, um einen aktuellen, möglichst ungefilterten Einblick in den derzeitigen Forschungsstand zu erlangen und die Quellen und ihre Ergebnisse eigenständig auf ihre Qualität überprüfen zu können.

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien

Während der systematischen Literaturrecherche wurden Studien eingeschlossen, die seit September 2013 veröffentlicht wurden. Zudem umfasste die Suche ausschließlich englisch- und deutschsprachige Ergebnisse. Studien mit einer großen Stichprobe wurden bevorzugt in die Auswahl aufgenommen. Aufgrund der Ausführlichkeit und Relevanz der Ergebnisse von Interviews, wurden qualitative Studien auch mit einer geringeren Stichprobengröße eingeschlossen.

Beim Land der Studiendurchführung wurde darauf geachtet, dass der medizinische Standard und die Wertevorstellungen überwiegend mit denen aus Deutschland übereinstimmen, sodass die Ergebnisse auf die hiesige Geburtshilfe übertragbar sind. Somit umfasst die Auswahl fast ausschließlich Studien aus europäischen bzw. westlichen Ländern, also aus dem globalen Norden. Auch hier wurden entsprechend Ausnahmen gemacht, wenn das Studiendesign überzeugte und die Ergebnisse trotzdem für Deutschland relevant erschienen. So wurde beispielsweise eine Studie aus Katar eingeschlossen, die sich mit dem Stigma rund um Fehlgeburten unter Beachtung des muslimischen Glaubensansatzes auseinandergesetzt hat. Grund dafür ist die Tatsache, dass in Deutschland 6,4-6,7 % der Bevölkerung muslimisch sind (Stand 2020) und der Islam somit ebenso relevant für die Geburtshilfe in Deutschland ist [16].

Zudem sollen die Quellen einen ausreichenden Bezug zur Hebammentätigkeit aufweisen. Rein psychologische Studien wurden somit ausgeschlossen, da in diesen unter anderem Maßnahmen untersucht wurden, die über den Kompetenzbereich der Hebammen hinausgehen. Da die Differenzierung zwischen Pflege- und Hebammentätigkeit in anderen Ländern weniger deutlich ist bzw. die Betreuung von Fehlgeburten unterschiedlich geregelt ist, wurde neben „midwifery care“ auch mittels „nursing care“ gesucht. Bei der Auswahl der Studien wurde nach Möglichkeit darauf geachtet, dass der Fokus nicht auf Pflegepersonal aus Notaufnahmen oder ärztlichem Personal lag. Thematische Ausschlusskriterien bezogen sich auf abweichende Fokusse. So wurden beispielweise Studien nicht berücksichtigt, die sich ausschließlich mit der männlichen Perspektive oder explizit wiederholten Fehlgeburten auseinandergesetzt haben. Assistierte reproduktionsmedizinische Behandlungen können im Zusammenhang mit (habituellen) Aborten relevant sein. Studien mit diesem Fokus wurden jedoch aufgrund der Komplexität des Themas ausgeschlossen. Ebenfalls zusammenhängend mit der Thematik, zeitgleich jedoch ungeeignet für die Behandlung dieser Arbeit, waren Ergebnisse, die sich überwiegend oder ausschließlich mit Abtreibungen, Totgeburten oder dem postnatalen Verlust eines Kindes beschäftigt haben. Aufgrund der mäßigen Verfügbarkeit von geeigneter Literatur und thematischer Parallelen, wurden jedoch teilweise Quellen eingeschlossen, die Fehlgeburten in Kombination mit eben genannten Verlusterfahrungen thematisiert haben. Eine Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien [Eigene Darstellung]

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Qualitative und quantitative Studien	Reviews, Metanalysen
Bezug zur Hebammentätigkeit, Thematisierung von Stigmata	Tätigkeitsfelder ausschließlich anderer Professionen, abweichender Fokus
Deutsch- und englischsprachige Ergebnisse	Anderssprachige Ergebnisse
Durchführung in Ländern des globalen Nordens	Durchführung in Ländern des globalen Südens
Veröffentlichung September 2013- September 2023	Veröffentlichungen vor September 2013
Bevorzugt große Stichproben	Kleine Stichproben
Transparenz	Fehlende Transparenz

3.1.3 Schlüsselbegriffe und Suchstrings

Bei der Auswahl der Quellen wurde darauf geachtet, sowohl die Perspektive der Hebammen als auch der betroffenen Personen zu beleuchten. In den Studien wurden diese Daten entweder quantitativ durch selbstverwaltete Fragebögen oder qualitativ durch Interviews erhoben. Da sich die Quellen meist entweder mit dem Stigma rund um

Fehlgeburten oder mit der Betreuung von Fehlgeburten auseinandergesetzt haben, ergaben sich zwei übergeordnete Suchstrings mit den in Tabelle 2 aufgeführten englischen Schlüsselbegriffen. Der Begriff „spontaneous abortion“ wurde nachträglich aus der Suche ausgeschlossen, da gehäuft Ergebnisse zu „abortion“ angezeigt wurden, was mit „Schwangerschaftsabbruch“ zu übersetzen ist und folglich ungeeignete Literatur für den Forschungsgegenstand dieser Arbeit ergab.

Tabelle 2 Schlüsselbegriffe der Literaturrecherche [Eigene Darstellung]

Deutsche Schlüsselbegriffe	Englische Schlüsselbegriffe
Fehlgeburt	miscarriage
Schwangerschaftsverlust	(early / involuntary) pregnancy loss
Abort	(spontaneous abortion)
Stigma / Stigmatisierung	stigma / stigmatization / stigmatisation
Einstellung / Haltung / Diskriminierung	attitude / discrimination
Hebammen	midwife / midwives
Hebammenbetreuung	midwifery care / nursing care / maternal care / health care

Mithilfe der Booleschen Operatoren ergaben sich grundsätzlich zwei Suchstränge, die je nach Datenbank geringfügig angepasst wurden. Zur Thematisierung der Betreuung wurden die Datenbanken mithilfe der Begriffe „miscarriage AND midwifery care“ durchsucht. Bei *PubMed* ergab das mit den bereits beschriebenen Filtern eine Trefferzahl von 141. Da diese Suche bei *CINAHL* und *Scopus* nur wenige Ergebnisse ergaben, wurde die Suche dort durch verwandte Schlüsselbegriffe ergänzt: „(Miscarriage OR early pregnancy loss) AND (midwifery care OR nursing care OR midwife OR midwives)“. Der Suchstring bezüglich der Wahrnehmung des Stigmas lautete wie folgt: „(Miscarriage OR early pregnancy loss) AND (stigma OR attitude OR discrimination)“. Aufgrund der Fülle der Ergebnisse bei *PubMed* wurde die Suche dort ebenfalls eingeschränkt: „(Miscarriage OR early pregnancy loss) AND stigma“. Diese Suche ergab bei *PubMed* eine Trefferzahl von 79. Da bei *Google Scholar* grundsätzlich mit einer hohen Zahl von Ergebnissen pro Suche zu rechnen ist, wurde die Suche hier im Vorfeld bereits enger gefasst und beide Suchstränge miteinander vereint: „Miscarriage AND stigma AND midwifery care“. Diese Suche ergab eine Trefferzahl von ca. 7.700, woraufhin die Titel der Ergebnisse auf ihre Eignung gescreent wurden bis fünf Seiten in Folge keine passenden Ergebnisse mehr zu finden waren. Das ergab eine Anzahl von 150 gescreenten Ergebnissen.

Auch die Treffer der anderen Suchen und Datenbanken wurden anhand ihres Titels auf ihre Eignung geprüft und nachdem sich insgesamt 522 Ergebnisse aufgrund von Titel, Sprache und Artikelart ausschließen ließen, blieben 67 Ergebnisse in der Vorauswahl übrig. 23 Ergebnisse fielen aufgrund von Doppelung weg, zu zwei Studien konnte kein Zugang zum

Volltext erlangt werden und 27 Ergebnisse wurden nach Prüfung des Abstracts ausgeschlossen. Gründe dafür waren kleine Stichprobengrößen, abweichende Fokusse und Art der Artikel, wie zum Beispiel Reviews. Anschließend wurden die übrigen 15 Quellen im Volltext auf ihre Eignung geprüft. Eine Studie wurde aufgrund von einer kleinen Stichprobe und zwei weitere aufgrund von abweichenden Fokussen ausgeschlossen. Jeweils eine weitere Studie wurde aufgrund des Durchführungslandes der Studie und dem fehlenden Bezug zur Hebammentätigkeit ausgeschlossen. Folglich wurden insgesamt zehn Studien für die Bearbeitung eingeschlossen. Eine Übersicht der Literaturrecherche ist anhand eines PRISMA-Flowcharts in Abbildung 1 dargestellt.

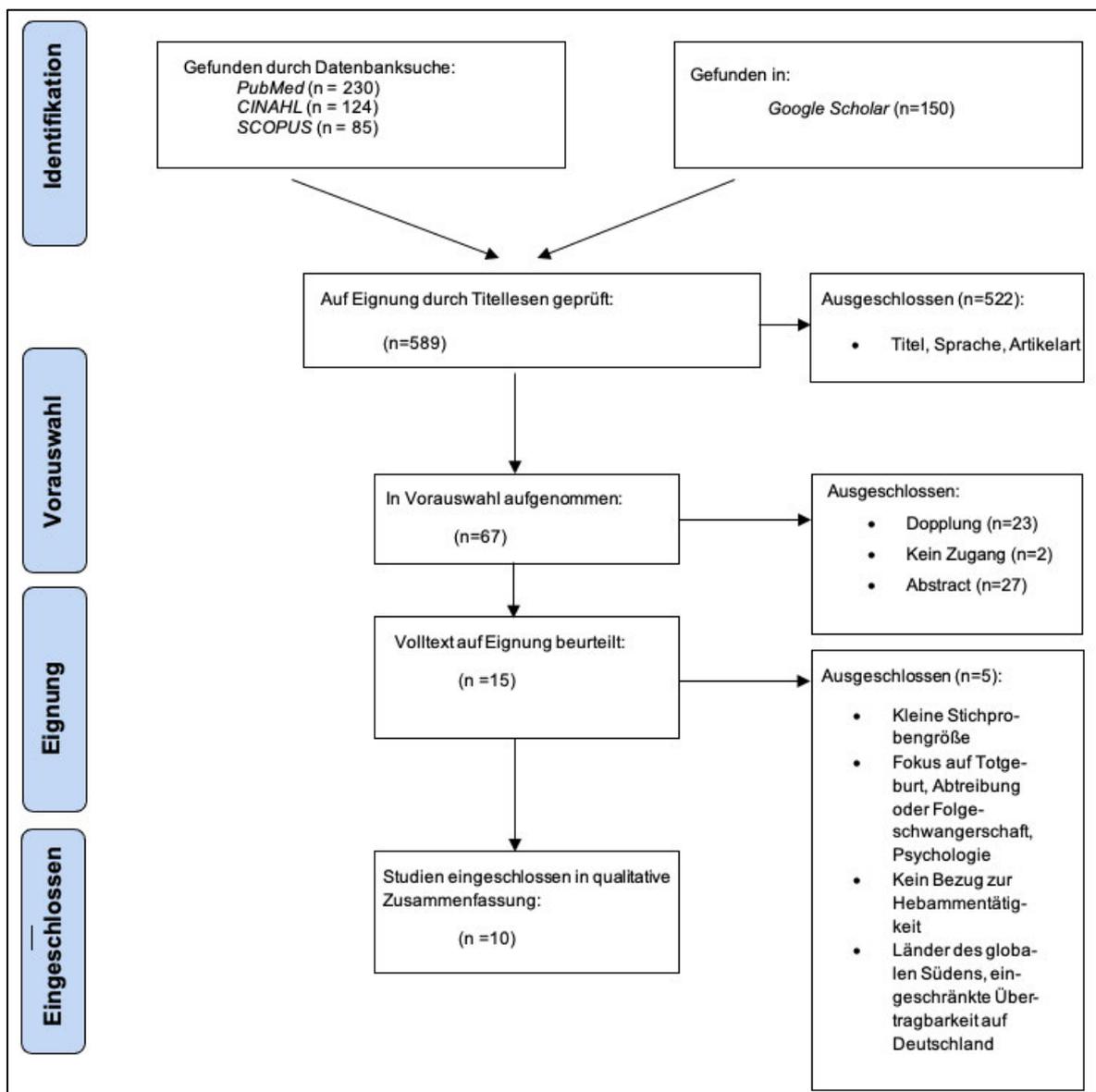


Abbildung 1 PRISMA-Flowchart für die verschiedenen Phasen der systematischen Übersicht [17]

3.2 Studienbewertung und Datenanalyse

Nach Auswahl der Studien werden diese im nächsten Schritt hinsichtlich ihrer Qualität analysiert und bewertet, um die Relevanz der jeweiligen Ergebnisse für die Beantwortung

der Forschungsfrage einordnen zu können. Das Hilfsmittel für die Bewertung der qualitativen Studien stellt das *Critical Appraisal Skill Programme (CASP)* dar. Dies ist ein Instrument zur Bewertung verschiedener Studiendesigns und ermöglicht eine vergleichbare und detaillierte Analyse der ausgewählten qualitativen Studien. [18]

Um die Qualität der qualitativen Studien in kompakter und übersichtlicher Form darzustellen, werden die Studien zusätzlich anhand von drei Gütekriterien bewertet. Nach einem eigens erstellten Bewertungssystem können pro Gütekriterium bis zu drei Punkte vergeben werden. Diese sind im Ergebnisteil in Tabelle 5 gemeinsam mit den Zielen, Merkmalen und Ergebnissen der Studie dargestellt. Das Kriterium der *Transparenz* bewertet die Nachvollziehbarkeit der Studie, während sich die *Intersubjektivität* mit den Maßnahmen der Qualitätssicherung befasst, die in der Studie getroffen wurden. Das Maß der Übertragbarkeit der Ergebnisse wird anhand der *Reichweite* beschrieben. [19]

Die genauen Bedeutungen der einzelnen Gütekriterien sind in Tabelle 3 nachzuvollziehen.

Tabelle 3 Gütekriterien der qualitativen Forschung [19]

Gütekriterium	Definition
<i>Transparenz</i>	Forschungsprozess und Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar dokumentiert; Forschung basiert auf soliden wissenschaftlichen Prinzipien und entspricht ethischen Standards
<i>Intersubjektivität</i>	Objektive Diskussion und Reflexion der subjektiv gewonnenen Daten und der Rolle der Forschenden; Forschungsergebnisse sind reproduzierbar und überprüfbar
<i>Reichweite</i>	Ausmaß der Übertragbarkeit auf andere Kontexte / Populationen; Anwendungsbereich, Forschungsrelevanz; u.a. gemessen an der Stichprobengröße

Da es sich bei den übrigen quantitativen Studien um Querschnittsstudien handelt, für die keine *CASP*-Checklisten vorhanden sind, wird sich dort eines anderen Hilfsmittels bedient. Speziell für diese Art von Studien entwickelten Downes et al. (2016) das *Appraisal tool for Cross-Sectional Studies (AXIS)*, also ein Bewertungstool für Querschnittsstudien. *AXIS* bietet eine tabellarische Übersicht, sowie erklärende Hintergrundinformationen zu den typischen Abschnitten einer Querschnittsstudie. [20]

Um die Qualität der Querschnittsstudien ebenfalls im Ergebnisteil kompakt darstellen und vergleichen zu können, wird diese anhand der quantitativen Gütekriterien beurteilt und gemeinsam mit den Zielen, Merkmalen und Ergebnissen in Tabelle 6 dargestellt. Ebenso wie bei den qualitativen Studien können je nach Qualität pro Gütekriterium bis zu drei Punkte vergeben werden. Mittels der *Objektivität* wird die standardisierte Datenerhebung geprüft, während sich die *Reliabilität* auf die Messzuverlässigkeit bezieht. Ähnlich wie die oben beschriebene *Reichweite* bewertet die *Validität* unter anderem die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Populationen. [21,22]

Die einzelnen Kriterien sind in der folgenden Tabelle 4 präziser erläutert.

Tabelle 4 Gütekriterien der quantitativen Forschung [21,22]

Gütekriterium	Definition
<i>Objektivität</i>	Forschungsergebnis unabhängig von den Forschenden, durch standardisierte Erhebung der Daten; Einflussfaktoren: Forschungsumgebung, äußeres Erscheinungsbild, individuelle Einstellung
<i>Reliabilität</i>	Messzuverlässigkeit, Wiederholung der Forschung führt zu gleichem Ergebnis; Einflussfaktoren: Situation, soziale Erwünschtheit, Fragestellung, Interpretation
<i>Validität</i>	Gültigkeit, Eignung einer Messung bezogen auf ihre konkrete Zielsetzung, intern (Forschungsdesign) und extern (Übertragbarkeit / Generalisierbarkeit); Einflussfaktoren: Untersuchungsgegenstand, Verlauf, Datenerhebung, Verlust, Mehrdeutigkeit

Bei der Analyse sollen insbesondere die Studien miteinander verglichen werden, die ein ähnliches Studiendesign oder ein verwandtes Ziel aufweisen. Daher werden zunächst die qualitativen und anschließend die quantitativen Studien vorgestellt. Innerhalb dieser Kategorisierung befasst sich jeweils die erste Studie mit der Perspektive der Hebammen in der Betreuung von Fehlgeburten, bevor sich der Perspektive der Betroffenen gewidmet wird. Die Ergebnisse der Studien, in Bezug auf die Hebammenbetreuung von Fehlgeburten und das bestehende Stigma im Kontext von Fehlgeburten, sollen anschließend in der Diskussion miteinander verknüpft werden.

Für eine umfassende Nachvollziehbarkeit der Studienbewertungen befinden sich sowohl die *CASP*- als auch *AXIS*-Checklisten im Anhang dieser Arbeit.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die ausgewählten zehn Studien anhand ihrer Merkmale und ihrer Ergebnisse vorgestellt und hinsichtlich ihrer Qualität analysiert (Tabelle 5). Dabei werden zunächst die drei qualitativen Studien vorgestellt, anschließend erfolgt die Betrachtung der übrigen sieben quantitativen Querschnittsstudien.

4.1 Qualitative Betrachtungen von Fehlgeburtserfahrungen

Die spanische Studie von **Fernández-Basanta et al. (2021)** ist in der Zeitschrift *Midwifery* erschienen. Sie beleuchtet anhand von narrativen, leitfadengestützten Interviews die gelebten Erfahrungen von elf Hebammen, die sich um Eltern kümmern, die einen ungewollten Schwangerschaftsverlust erlitten haben. Die Auswahl der Hebammen, die Einschlusskriterien sowie die Gründe für eine Nichtteilnahme sind dargestellt. Die Basis des Leitfadens sowie die Art der Durchführung der Interviews sind ausführlich beschrieben. Anhand einer thematischen Strukturanalyse wurden vier Hauptthemen gebildet. Die

Ergebnisse wurden den Befragten zur Validierung zur Verfügung gestellt und zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung wurden transparent dargelegt. Insgesamt ist die interne Validität der Studie als hoch anzusehen, jedoch ist die Übertragbarkeit aufgrund des Studiendesigns begrenzt. Die Studie liefert einen Einblick in die Sichtweise von Hebammen und stellt ihre bedeutende Rolle in Bezug auf Fehlgeburten heraus. Die vier identifizierten Hauptthemen befassen sich mit den Hindernissen, die die Hebammen in ihrem Berufsalltag erleben und wie sie mit diesen umgehen. So berichteten sie a) von einer mangelnden Ausbildung zur Betreuung von Fehlgeburten, sodass eine private Weiterbildung notwendig wird. b) Die Betreuung von Fehlgeburten beschrieben sie zudem als emotional anspruchsvoll, „[...] weil sie gezwungen werden, ihre eigene Komfortzone zu verlassen.“ Eine hinderliche Organisationskultur, unzureichende interdisziplinäre Kommunikation und das Fehlen geeigneter Richtlinien erschweren ihre Arbeit zusätzlich. Zwangsläufig basiert das Follow-up auf der Intuition und persönlichen und/oder beruflichen Erfahrung der jeweiligen Hebamme. c) Ihre Motivation, sich trotz dieser Umstände zu engagieren, beruht auf dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu der Frau. d) Die beschriebenen Umstände können jedoch dazu führen, dass Hebammen aus Ressourcenmangel eine oberflächliche Kommunikation eingehen und lediglich eine aufgabenorientierte Pflege leisten. [23]

Die litauische Studie von **Kukulskienė und Žemaitienė (2022)**, veröffentlicht in der Zeitschrift *healthcare*, befasste sich mit den Erfahrungen von sieben Frauen, die mindestens eine Fehlgeburt nach der 12. SSW erlebt haben. Die Verwendung von biografischen Interviews zielte auf die Beleuchtung dieser Erfahrungen und das Herausfiltern praktischer Auswirkungen auf die postnatale Gesundheitsversorgung ab. Die offene, induktive Codierung und thematische Analyse der Interviewinhalte wurden genau beschrieben und detailliert begründet. Die kleine Stichprobe führt zu einer geringen Übertragbarkeit der Ergebnisse, weshalb die Autor:innen die Überprüfung durch quantitative Studien vorschlagen. Die kritische Reflexion der Forschenden über ihre eigene Rolle fehlt gänzlich. Die Analyse und die Visualisierung der Ergebnisse in Form eines durch Expert:innen validierten thematischen Modells, inklusive praktischer Handlungsempfehlungen, fördern die Übersichtlichkeit der Arbeit (Abbildung 2). Die Ergebnisse setzen sich aus jeweils vier Hauptthemen für die Erfahrungsmerkmale von späten Fehlgeburten und die daraus resultierenden praktischen Empfehlungen für die Versorgung zusammen und sind in Tabelle 5 aufgelistet. Zusammenfassend ist es wichtig, den Prozess der Verarbeitung zu kennen, um diesen durch professionelles Handeln optimal unterstützen zu können. Das Erleben einer Fehlgeburt kann subjektiv mit einer Schockreaktion verbunden sein. Folglich sollten die Frauen nicht mit zu komplexen

Informationen überfordert werden. Zudem sollte das Personal den Frauen ausreichend Zeit widmen und ihnen das Gefühl des Kontrollverlustes nehmen. In diesem Kontext ist es wichtig zu wissen, dass die Frauen sich die Verantwortung für die Gründe der Fehlgeburt häufig selbst zu schreiben und Rückzug als Mittel der Selbsterhaltung wählen. Denn als Erstreaktion ist das Bedürfnis nach Sicherheit stärker als nach sozialer Unterstützung. Im Verlauf soll den Eltern ein respektvoller Abschied vom Kind ermöglicht werden. Das Sehen, Berühren und Schaffen von Erinnerungen kann zur Anerkennung des Verlustes beitragen und den Spaltungszustand reduzieren. [24]

Die katarische Studie von **Omar et al. (2019)** wurde in der Fachzeitschrift *BMC Pregnancy and Childbirth* veröffentlicht und untersuchte die Auswirkungen des kulturellen Kontextes auf Fehlgeburtserfahrungen. Sie verfolgt einen ethnographischen Ansatz und setzt sich aus halbstrukturierten, persönlichen Interviews und Teilnehmer:innenbeobachtung zusammen. Die 40 Primärteilnehmerinnen, waren Frauen, die in den letzten sechs Monaten eine Fehlgeburt vor der 20. SSW erlebt haben. Zusätzlich wurden 20 Familienangehörige und Ehemänner zu ihren Verlusterfahrungen und dem Verständnis von Fehlgeburten befragt. Der allgemeine Ablauf der Studie ist im Gegensatz zum Inhalt des Fragebogens transparent dargestellt. Bei der Vorbereitung und Durchführung der Interviews konnte eine hohe Qualität und Konsistenz der Daten gewährleistet werden. Jedoch weisen die Autor:innen auf einen *Interviewer Bias* [26] aufgrund von mehrmaligen Interviews hin. Durch induktive, thematische Codierung und Inhaltsanalyse wurden zwei Hauptthemen identifiziert. Das erste Hauptthema a) befasst sich mit der Frage nach der Schuld. Alle Befragten gingen davon aus, dass die ultimative Ursache für eine Fehlgeburt Gottes Wille sei. Dieser Glaube kann tröstend sein, schützt jedoch nicht vor Schuldzuweisungen. Die Auslöser einer Fehlgeburt können laut ihrem Verständnis auch bestimmte Verhaltensweisen sein. Weichen diese von der Norm ab und besteht keine Gewissheit über die tatsächliche Ursache, wird die betroffene Frau verantwortlich gemacht oder sie schreibt sich die Schuld selbst zu. Um das zu vermeiden, sollten Frauen und ihr Umfeld über mögliche Ursachen informiert werden. Bezüglich b) der „Einstellungen zu Fehlgeburten“ sah die Mehrheit eine Fehlgeburt als ein „relativ häufiges Ereignis“ an, über das offen gesprochen wird. Andere wiederum verstanden Fehlgeburten als ein Tabuthema. Einen Einfluss hat zudem der verbreitete sogenannte Protanalismus in Katar: Der Wert einer Frau wird an ihrer Fähigkeit gemessen, Kinder zu bekommen. Eine Fehlgeburt ist folglich mit dem Gefühl von Versagen verbunden. Die Autor:innen liefern mit ihrer Studie keine allgemeingültigen Ergebnisse, gehen jedoch transparent mit den ambivalenten Erfahrungen der Teilnehmenden um und betonen die Relevanz der Wertschätzung des soziokulturellen Kontexts. [25]

4.1.1 Tabellarische Übersicht der qualitativen Studien

Tabelle 5 Übersicht der qualitativen Studien [Eigene Darstellung]

Ziel	Merkmale	Qualität	Identifizierte Themen
Fernández-Basanta et al., 2021 [23]			
Betreuungserfahrungen von Fehlgeburten aus Sicht der Hebammen	Phänomenologische, leitfadengestützte Interviews n = 11 Hebammen, Nordspanien	Transparenz: ★★★ Intersubjektivität: ★★★ Reichweite: ★★☆	a. Mit Widrigkeiten umgehen b. Ein Motiv finden, sich zu engagieren c. Pflege von hinten bereitstellen d. Emotionale Verbindungen mit den Eltern vermeiden
Kukulskienė & Žemaitienė, 2022 [24]			
Betreuungserfahrungen von Fehlgeburten aus Sicht der Frauen Praktische Handlungsempfehlungen	Phänomenologische, biografische Interviews n = 7 Frauen mit Fehlgeburt >12.SSW, Litauen	Transparenz: ★★☆ Intersubjektivität: ★★☆ Reichweite: ★★☆	1. Anfangsteilungszustand 2. Verrat am Körper 3. Trennen 4. Wiederverbinden 5. Information 6. Gelegenheit zum Abschied 7. Aufmerksamkeit für emotionales Wohlbefinden 8. Respektvolles Krankenhausumfeld
Omar et al., 2019 [25]			
Kulturell bedingte Stigmatisierungserfahrungen von Fehlgeburten aus Sicht der Frauen und Familienangehörigen	Feldforschung, leitfadengestützte Interviews n = 40 Frauen mit Fehlgeburt <20.SSW + n=20 Familienangehörige / Ehemänner, Katar	Transparenz: ★★☆ Intersubjektivität: ★★★ Reichweite: ★★☆	a. Rhetorik der Schuld, Selbstbeschuldigung, Schuldgefühle b. Einstellung zur Fehlgeburt

Anmerkungen: n = Anzahl der Studienteilnehmer:innen; ★☆☆ = mangelhaft, ★★☆☆ = akzeptabel, ★★★ = überzeugend

4.2 Quantitative Betrachtungen von Fehlgeburtserfahrungen

Im Folgenden werden sieben quantitative Studien analysiert und bewertet und ihre Merkmale sowie Ergebnisse in Tabelle 6 dargestellt. Abgesehen von der ersten Studie, befassen sich diese alle mit den Erfahrungen von Fehlgeburten aus der Sicht der Frauen. Bei den ersten fünf Studien geht es um die Art der erfahrenen Betreuung und in den letzten beiden Studien um den Umgang mit Fehlgeburtserfahrungen in der Gesellschaft.

Die belgische Studie von **De Roose et al. (2018)** wurde in der *Midwifery* veröffentlicht. Sie untersuchte im Rahmen eines deskriptiven Querschnittsdesigns anhand selbstverwalteter Fragebögen das Wissen, die Einstellungen und Praktiken 647 flämischer Hebammen in Bezug auf Fehlgeburten. Die Methodik, Analyse sowie Ergebnisse sind transparent dargestellt und die Autor:innen gehen ausführlich auf die Limitationen ihrer Arbeit ein. Sie betonen, dass sich aus ihren Ergebnissen lediglich Assoziationen und keine Kausalitäten ableiten lassen und diese beispielsweise nicht auf freiberufliche Hebammen übertragbar

sind. Dennoch macht die Arbeit auf Wissenslücken, den damit verbundenen Weiterbildungsbedarf von Hebammen und die Notwendigkeit von organisatorischen und politischen Maßnahmen auf Krankenhaus- und Gesellschaftsebene aufmerksam. 89 % äußerten den Bedarf an zusätzlicher Schulung, unabhängig davon, ob Fehlgeburten bereits Teil der Ausbildung waren oder nicht. Eine Schulung in kommunikativen Fähigkeiten könnte das Selbstvertrauen der Hebammen positiv beeinflussen. 97 % der befragten Hebammen betrachteten sich in ihrer Berufsrolle als wichtigste Gesundheitsdienstleistende bei der psychosozialen Unterstützung im Kontext von Fehlgeburten. Ein Großteil fühlte sich dieser Verantwortung auch gewachsen, trotzdem ist hervorzuheben, dass sie stets Teil multidisziplinärer Zusammenarbeit sind. Bezüglich der erhobenen aktuellen Praktiken ist anzumerken, dass weniger als 50 % der befragten Hebammen im letzten halben Jahr an der Betreuung einer Fehlgeburt beteiligt waren. Ein Grund dafür könnte sein, dass 1/3 der befragten Hebammen zum Zeitpunkt der Studie auf Neugeborenenstationen tätig waren. Somit ist die Auswahl der Stichprobe nicht optimal. Die identifizierten Hindernisse einer ausreichenden psychosozialen Unterstützung sind in Tabelle 6 zu finden. [27]

Die kanadische Querschnittsstudie von **Watson et al. (2019)** wurde in der Zeitschrift *BMC Pregnancy and Childbirth* veröffentlicht. Sie zielte auf die Erfassung der Erfahrungen der Menschen mit Verlust einer Schwangerschaft oder eines Säuglings sowie Gedanken zu Service- und Systemlücken in Ontario anhand einer Online-Umfrage ab. Maßnahmen zur Qualitätssicherung sowie ihr Aufbau sind transparent beschrieben. Neben Multiple-Choice-Fragen bringt eine offene Frage eine zusätzlich qualitative Komponente mit ein. Trotzdem empfinden die Autor:innen ihre Messinstrumente im Nachhinein als zu starr. Die Rekrutierung der 596 Teilnehmenden über das Internet bringt einen *Self-Selection* und *Coverage Bias* [26] mit sich. Zudem bezogen sich lediglich 55 % der Befragten bei ihrer Beantwortung auf eine Fehlgeburt unter der 20. SSW. Insgesamt verfügt die Studie über eine mäßige Reliabilität und eine geringe Validität, die unter anderem auf das abweichende Gesundheitssystem der USA und der teilweise unpassenden Zielgruppe zurückzuführen sind. Daher wird im Folgenden nur kurz auf die Ergebnisse, die mittels deskriptiver Statistik gewonnen wurden, eingegangen: Zum Zeitpunkt des Verlustes befanden sich 20 % der Betroffenen in einer Hebammenvorsorge. Fast die Hälfte gab an, dass sie Stigmatisierung durch Gesundheitsdienstleistende erfahren hat und 23 % erhielten keine adäquaten Anweisungen für Folgemaßnahmen. 45 % wurden nicht ausreichend über potenzielle Unterstützungsquellen informiert. Auf Unterstützung zuzugreifen war für 6 % sehr einfach und für 18 % sehr schwierig. 62 % wünschen sich die Förderung des öffentlichen Bewusstseins über Schwangerschaftsverluste und 69 % die Verringerung der Stigmatisierung. Diese kann, wie die thematische Analyse der offenen Frage ergeben hat,

zu a) „Isolation und Ausgrenzung“ führen, beispielweise wenn Betroffenen ihr Verlust aufgrund einer Schwangerschaftswoche abgesprochen wird. b) „Anerkennung und Reaktion auf Verluste“ werden durch die Reduzierung auf einen Fötus und Mangel an Mitgefühl vernachlässigt. Die Befragten wünschten sich c) „Zugriff auf Informationen und Unterstützung“, bezüglich der Art der Verabschiedung ihres Kindes sowie psychologische Unterstützung. d) „Einen Unterschied machen“ beschreibt, dass bereits kleine Gesten der Gesundheitsdienstleistenden einen positiven, dauerhaften Einfluss auf die Verlusterfahrungen haben können. [28]

Bei der irischen Querschnittsstudie von **Galeotti et al. (2023)** handelt es sich um eine Vorab-Publikation, sodass sie entsprechend noch nicht durch Peer-Review geprüft ist. Ziel der Arbeit lag in der Untersuchung der emotionalen Bedürfnisse von Frauen, die in den vergangenen fünf Jahren eine Fehlgeburt vor der 24. SSW erlebt haben. Die Einladung zum Online-Fragebogen wurde über soziale Medien geteilt. Die im Vorfeld erfolgte Berechnung der benötigten Stichprobengröße ergab eine Mindestanzahl von 150-250 Teilnehmerinnen. Innerhalb der Stichprobe, bestehend aus 723 Frauen, ergaben sich zwei Gruppen, abhängig davon, ob die Frau ihre Fehlgeburt im Krankenhaushaus hatte oder nach der medizinischen Diagnose den tatsächlichen Verlust zu Hause erlebte. Die Datenerhebung und -analyse sind nachvollziehbar beschrieben und die Ergebnisse wurden durch deskriptive Statistik dargestellt. 70 % der Befragten gaben an, Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angstzuständen und PTBS zu haben, weitere 14 % waren damit offiziell diagnostiziert. Bezüglich der Wahrnehmung der Interaktion mit den Gesundheitsdienstleistenden, berichteten 40 % der Frauen, dass sie ihre Gefühle und Sorgen ihnen gegenüber nicht ausdrücken konnten. 63 % gaben an, dass ihnen die Diagnose der Fehlgeburt sensibel vermittelt wurde. Die Unzufriedenheit mit der Unterstützung korreliert mit einer verstärkten Wahrnehmung der Auswirkungen einer Fehlgeburt und lässt darauf schließen, dass die erhaltene Unterstützung das emotionale Wohlbefinden beeinflussen könnte. Frauen, die eine Fehlgeburt zu Hause erlebten, fühlten sich signifikant einsamer und isolierter im Vergleich zu Frauen, bei denen die Fehlgeburt im Krankenhaus stattfand. Bei einem Punkt der Studie widersprechen sich die Umfragedaten in der Tabelle mit der Aussage im Text. Unabhängig davon kommen die Autor:innen jedoch zu dem Schluss, dass den Frauen bei einer Fehlgeburt ein vertrauensvolles Umfeld geschaffen werden sollte, in dem sie sich ermutigt fühlen, ihre Gefühle zu kommunizieren. Die Autor:innen gehen ausführlich auf die Limitationen ihrer Arbeit ein, die zum Großteil auf das gewählte retrospektive Design zurückzuführen sind. Laut den Autor:innen sind die selbstgemeldeten Daten aufgrund der Größe der Stichprobe jedoch als robust anzusehen. Zeitgleich empfehlen sie die Ergänzung ihrer Arbeit durch qualitative Studien. [29]

Die polnische Studie von **Iwanowicz-Palus et al. (2014)** wurde im *The Tohoku Journal of Experimental Medicine* veröffentlicht. Ziel der Arbeit war es, die Meinung der Frauen über das medizinische Personal zu erfassen, die aufgrund einer Fehlgeburt in einem Krankenhaus in der Region Lublin in Polen waren. Dazu wurden insgesamt 303 Frauen befragt, die in den letzten zwei Monaten eine Fehlgeburt vor der 22. SSW hatten. Insgesamt sind die Ein- und Ausschlusskriterien sowie der Rekrutierungsprozess und der Ablauf nicht ausreichend beschrieben. Die Methodik der Datenerhebung und -analyse hingegen ist nachvollziehbar und die Ergebnisse der Fragebögen transparent dargestellt. Die interne und externe Validität der Studie ist als gering zu bewerten. Die Autor:innen selbst gehen nicht auf die vorhandenen Limitationen ein, die überwiegend auf Mängel in der Transparenz und Ausführlichkeit zurückzuführen sind und die Übertragbarkeit ihrer Ergebnisse mindern. Die Autor:innen kommen zu dem Schluss, dass die Bewertung des medizinischen Personals insgesamt relativ positiv ausfällt. Die Informationen, die die Frauen nach ihrer Fehlgeburt von den behandelnden Ärzt:innen erhalten haben, empfanden 79 % als verständlich und 58 % als ausreichend. Die psychologische Unterstützung war laut 29 % eher nicht und laut 22 % definitiv nicht ausreichend. Die Frauen waren mit der psychologischen Unterstützung durch Hebammen zufriedener als durch Ärzt:innen. Der Großteil berichtete über Verständnis sowie angemessene informative Unterstützung durch die Hebammen. Das Verhalten der Hebammen hatte laut 67 % der Frauen positive Auswirkungen auf ihre Emotionen und laut 34% auf die ihrer Partner:innen. Die Hauptbedürfnisse der Befragten während ihres Krankenhausaufenthaltes waren Ruhe, Verständnis, Abgeschlossenheit sowie Gesprächsmöglichkeiten. Insgesamt resultierte eine signifikante positive Korrelation zwischen der Intensität der Bedürfnisse der Betroffenen und der Bewertung des medizinischen Personals ($p < 0.05$). [30]

Die ebenfalls polnische Querschnittsstudie von **Iwanowicz-Palus et al. (2021)** wurde in der Fachzeitschrift *BMC Pregnancy and Childbirth* veröffentlicht und bedient sich einer diagnostischen Fragebogenumfrage. Ziel der Studie war die Bewertung der Auswirkungen der sozialen Unterstützung auf den psychophysischen Zustand, die Gesundheit und die Zufriedenheit mit ihrer Lebensqualität von Frauen nach Fehlgeburten und Extrauteringraviditäten (EUG). Insgesamt 610 Frauen, die aufgrund eines Schwangerschaftsverlustes hospitalisiert waren, wurden nach Überprüfung der Eignung am letzten Tag ihres Aufenthaltes rekrutiert. Aufgrund des Fokus dieser Arbeit wird im Folgenden lediglich auf die 500 Teilnehmerinnen mit einem Spontanabort bis zur 22. SSW eingegangen. Die Ein- und Ausschlusskriterien und der Ablauf der Studie sind nachvollziehbar dargestellt. Insgesamt legen die Autor:innen ihr Vorgehen detailliert und

transparent dar. Die Ergebnisse sind aufgrund des Designs eingeschränkt übertragbar, heben jedoch die Bedeutung von sozialer Unterstützung hervor. Die Teilnehmenden bewerteten ihre wahrgenommene emotionale Unterstützung mit einem Median von 3,68 von maximal 4 insgesamt als hoch. Die Hauptquelle der Unterstützung stellten mit $M=9,26$ von 10 die Partner:innen dar, gefolgt von Familie ($M=9,09$), Hebammen ($M=8,70$), Freunden ($M=8,49$) und Gynäkolog:innen ($M=8,03$). Geistliche ($M=5,57$) und Psycholog:innen ($M=3,97$) stellten eine geringere Quelle dar. Die Frauen ordneten ihre Lebensqualität bei $M=2,93$ von 4 und ihren psychischen Zustand bei $M=2,68$ ein. Dabei korreliert ein höheres Niveau der erhaltenen sozialen Unterstützung signifikant positiv mit einer höheren Lebensqualität und einer höheren Bewertung des psychischen Zustands ($p<0,05$). Laut den Autor:innen stellen Angehörige das primäre und medizinisches Personal das sekundäre Unterstützungssystem dar, wenn es um die erste Phase der Bewältigung eines Schwangerschaftsverlustes geht. Folglich könnte neben dem medizinischen Personal auch die soziale Unterstützung durch Angehörige die geburtshilfliche Versorgung bei einer Fehlgeburt optimieren, wenn das öffentliche Bewusstsein dahingehend gefördert wird. [31]

Die amerikanische Studie von **Freedle & Oliveira (2022)** wurde in der Zeitschrift *Traumatology* veröffentlicht. Sie zielte auf die Erkundung der Beziehung zwischen der Offenbarung von Fehlgeburten, den positiven Reaktionen darauf, den kognitiven Prozessen wie Grübeln und den Erfahrungen von Frauen mit positiven psychologischen Veränderungen nach einer Fehlgeburt ab. Durch das korrelative Querschnittsdesign wurden mittels Online-Fragebögen die Zusammenhänge zwischen den einzelnen gemessenen Variablen untersucht. Die jeweiligen Messinstrumente, die anschließende multiple Regressionsanalyse sowie Mediationsanalyse wurden detailliert beschrieben. Die Rekrutierung der 227 Frauen, die innerhalb der letzten 25 Jahre eine Fehlgeburt vor der 20. SSW hatten, fand über Social Media statt. Die große Zeitspanne erschwert die Vergleichbarkeit durch einen ausgeprägten *Recall Bias* [26]. Die Stichprobe bestand zu 82 % aus weißen, gebildeten Frauen, was die Übertragbarkeit auf andere Populationen begrenzt. Auf diese Limitation gehen die Autor:innen neben weiteren detailliert ein. Beispielweise gaben alle Teilnehmenden an, ihre Fehlgeburt offenbart zu haben, sodass keine Vergleichsgruppe entstand. Zudem fokussierte sich die Studie lediglich auf die positiven Reaktionen als Folge einer Offenbarung und klammerte möglich negative Erfahrungen aus. Unabhängig davon kamen die Autor:innen auf signifikante Korrelationen ($p<0,05$) zwischen den Variablen. Ein Großteil der Frauen sah ihren Fötus bereits als Person an und 79 % bewerteten die Schwere ihres Verlustes auf einer 10-stufigen Likert-Skala mit einer 6 von maximal 9 oder höher. Insgesamt wurde ein mittleres Maß an posttraumatischem Wachstum (*Posttraumatic Growth*, PTG) gemessen. Die Ergebnisse

zeigen, dass eine stärkere Tendenz zur Offenbarung der Fehlgeburt mit einem größeren PTG verbunden war, ebenso wie positive Reaktionen auf die Offenbarung. Letztere waren wiederum mit höheren Raten von absichtlichem Grübeln verbunden. Die Mediationsanalyse ergab, dass das absichtliche Grübeln die Beziehung zwischen den positiven sozialen Reaktionen und dem PTG vermittelt. Die Studie liefert Hinweise darauf, dass die Reaktionen der Personen auf die Offenlegung der Fehlgeburt von Bedeutung für die positive Anpassung der Frau sind. Aus diesem Grund weisen die Autor:innen auf die Notwendigkeit hin, das Stigma des Schwangerschaftsverlustes durch Aufklärung zu minimieren. [32]

Die amerikanische Studie von **Bommaraju et al. (2016)** wurde in der Zeitschrift *Sexual & Reproductive Healthcare* veröffentlicht. Sie untersuchte mit Hilfe von selbstverwalteten Fragebögen die Zusammenhänge zwischen *race*, der Offenbarung von Abtreibungen und Fehlgeburten und deren Stigmatisierung. Insgesamt 306 Frauen, die innerhalb der letzten drei Tage ihre erste Lebendgeburt hatten, wurden während ihres stationären Aufenthaltes für die Studie rekrutiert. *Race*-bezogen ergab sich so eine diverse Stichprobe, die jedoch Frauen, die noch kein lebendes Kind zu Welt gebracht haben, ausschließt. 50,7 % der Teilnehmenden waren nicht-hispanisch Schwarz, 38,6 % nicht-hispanisch Weiß und 10,8 % Latinas. 12,8 % der Befragten gaben an, in der Vergangenheit einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen zu haben. 28,1 % berichteten über eine erlebte Fehlgeburt. Die Autor:innen betonen, dass es sich bei den Befragten, um keine geografisch repräsentative Stichprobe handelt. Sie bewerten ihre interne Validität als zuverlässig, merken jedoch an, dass die Studie nicht auf externe Validität geprüft ist. Die Wahrnehmung der jeweiligen Stigmata wurden anhand von Skalen erfasst und anschließend in Indexe umgewandelt. Die Ergebnisse wurden mittels multipler linearer Regression aufgestellt. Aufgrund des teilweise abweichenden Fokus der Studie sowie der begrenzten Übertragbarkeit, wird im Folgenden nur die Schlussfolgerung aus den Ergebnissen dargestellt. Insgesamt konnten erhebliche Unterschiede in der Wahrnehmung von Stigmatisierung je nach *race* und der Tatsache, ob eine Abtreibung gemeldet wurde oder nicht beobachtet werden. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass das Abtreibungsstigma nicht das einzige bedeutende reproduktive Stigma darstellt. Zudem weisen die Autor:innen darauf hin, dass sich das medizinische Personal über die Auswirkungen von *race* und der Reproduktionsgeschichte auf die Wahrnehmung von Stigmatisierung bewusst sein muss. Dabei sollen keine Stereotype entwickelt werden, sondern die Frauen als komplexe Individuen mit einzigartigen Erfahrungen betrachtet werden, die unter anderem historisch und *race*-bedingt geprägt sein können. Nicht-normative Schwangerschaftsausgänge sollen somit entstigmatisiert werden. [33]

4.2.1 Tabellarische Übersicht der quantitativen Studien

Tabelle 6 Übersicht der Querschnittsstudien [Eigene Darstellung]

Ziel	Merkmale	Qualität	Ergebnisse
De Roose et al., 2018 [27]			
Wissen, Einstellung, Praktiken von Hebammen in Bezug auf Fehlgeburten	Halbstrukturierte, selbstverwaltete Fragebögen n=647 Hebammen, Belgien	Objektivität: ★★★ Reliabilität: ★★☆ Validität: ★★☆	<ul style="list-style-type: none"> Wissenslücken, zusätzlicher Schulungsbedarf 97% betrachten sich als wichtigste Gesundheitsdienstleistende Hindernisse: Zeitmangel, Wissenslücken, persönliche Gefühle
Watson et al., 2019 [28]			
Betreuungserfahrungen bei Schwangerschaftsverlusten aus Sicht der Eltern	Online-Umfrage, quantitativ mit kleinem qualitativem Anteil n=330 Frauen mit Fehlgeburt <20.SSW, Kanada	Objektivität: ★★★ Reliabilität: ★★☆ Validität: ★☆☆	<ul style="list-style-type: none"> Ausbaufähigkeit in Bezug auf Respekt, Follow-up, Unterstützung Stigmatisierung durch Gesundheitsdienstleistende
Galeotti et al., 2023 [29]			
(Betreuungs-) Erfahrungen bei Fehlgeburten aus Sicht der Frauen; Klinik vs. zu Hause	Online-Umfrage, Teil größerer Doktorandenstudie, Vorab-Publikation n=723 Frauen mit Fehlgeburt <24.SSW, Irland	Objektivität: ★★★ Reliabilität: ★★☆ Validität: ★★☆	<ul style="list-style-type: none"> Bedeutende Auswirkungen auf emotionales Wohlbefinden Ausbaufähigkeit in Bezug auf sensible Kommunikation, emotionale Unterstützung sowie Nachsorge Isolation / Einsamkeit zu Hause signifikant höher
Iwanowicz-Palus et al., 2014 [30]			
Betreuungserfahrungen bei Fehlgeburten aus Sicht der Frauen	Diagnostische Umfrage n=303 Frauen mit Fehlgeburt <22.SSW, Polen	Objektivität: ★★☆ Reliabilität: ★★☆ Validität: ★★☆	<ul style="list-style-type: none"> Insgesamt relativ positive Bewertung der Gesundheitsdienstleistenden Je stärker die Bedürfnisse, desto positiver die Bewertung Identifizierte Bedürfnisse: Ruhe, Verständnis, Abgeschlossenheit
Iwanowicz-Palus et al., 2021 [31]			
Soziale Unterstützungserfahrungen bei Fehlgeburten (und EUG) aus Sicht der Frauen und Auswirkungen auf das Wohlbefinden	Diagnostische Umfrage n=500 Frauen mit Fehlgeburt <22.SSW, Polen	Objektivität: ★★★ Reliabilität: ★★★ Validität: ★★☆	<ul style="list-style-type: none"> Hauptquellen der Unterstützung: Partner:in, Familie, Hebamme Korrelation zwischen höherem Niveau der sozialen Unterstützung und höherem Wert des psychischen Zustands
Freedle & Oliveira, 2022 [32]			
Offenlegungserfahrungen und soziale Unterstützung bei Fehlgeburten aus Sicht der Frauen und Auswirkungen auf das Wohlbefinden	Korrelationsstudie, Online-Umfrage n=227 Frauen mit Fehlgeburt <20.SSW (vor bis zu 25 Jahren), USA	Objektivität: ★★★ Reliabilität: ★★☆ Validität: ★★☆	<ul style="list-style-type: none"> Stärkere Tendenz zur Offenbarung / positive Reaktionen verbunden mit größerem posttraumatischem Wachstum Bewusstes Grübeln als Vermittler
Bommaraju et al., 2016 [33]			
Offenlegungs- und Stigmatisierungserfahrungen bei Fehlgeburten (und Abtreibungen) aus Sicht von Müttern und der Einfluss von <i>race</i>	Fragebögen als Teil eines größeren Projektes n=306 Frauen, die kürzlich ihre erste Lebendgeburt hatten, USA	Objektivität: ★★★ Reliabilität: ★★☆ Validität: ★★☆	<ul style="list-style-type: none"> Abtreibungsstigma nicht das einzige signifikante reproduktive Stigma Wahrnehmung des Fehlgeburtstigmata abhängig von <i>race</i> und Offenbarung der Fehlgeburt

Anmerkungen: n = Anzahl der Studienteilnehmer:innen; ★☆☆ = mangelhaft, ★★☆☆ = akzeptabel, ★★★ = überzeugend

5 Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse werden im Folgenden im Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert. Die Studien haben jeweils die Relevanz der Thematik verdeutlicht und unterstreichen die Bedeutung der Frage, wie Hebammen durch ihre professionelle Betreuung zu einer Entstigmatisierung von Fehlgeburten beitragen können. Da die vorgestellten Studien durch ihre unterschiedlichen Fokusse nur in Kombination zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen können, werden ihre Ergebnisse anhand von Überthemen miteinander verknüpft. Dafür wird zunächst die gegenwärtige Situation der Stigmatisierung, der erhaltenen Betreuung und der Rolle der Hebamme in Bezug auf Fehlgeburten dargelegt und so Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt. Wie Hebammen an diese konkret anknüpfen können, wird im nächsten Schritt diskutiert, sodass als Ergebnis dieser Arbeit praktische Handlungsempfehlungen formuliert werden, die zur Entstigmatisierung von Fehlgeburten beitragen können.

5.1 Aktuelle Fehlgeburtstigmatisierung

Die Studien zeigen verschiedene Formen und Ursachen der Stigmatisierung auf, die Betroffene im Zusammenhang mit Fehlgeburten erfahren. Fernández-Basanta et al. (2021) weisen darauf hin, dass diese als Komponente des Sterbens weiterhin in der westlichen Welt als Tabuthema gelten [23].

Die Studie von De Roose et al. (2018) zeigt, dass die Einstellungen der Hebammen zu Fehlgeburten variiert, was wiederum die Art der Betreuung beeinflussen könnte [27].

Möglicherweise hat dieser Umstand Einfluss darauf, dass fast die Hälfte der Befragten aus der Studie von Watson et al. (2019) berichtete, von Gesundheitsdienstleistenden stigmatisiert worden zu sein. Das Ausmaß des wahrgenommenen Stigmas kann neben kulturellen und soziodemografischen Hintergründen durch Sexualität, insbesondere durch Abweichungen von der Heteronormativität, beeinflusst werden. [28]

Bommaraju et al. (2016) untersuchten zudem den Einfluss von *race* und Offenbarung des Erlebten auf die Wahrnehmung der Stigmatisierung und begründeten ihre Ergebnisse anhand der Reproduktionsgeschichte der USA. Aufgrund der geringen Übertragbarkeit auf das hiesige Gesundheitssystem, sind die konkreten Ergebnisse zu vernachlässigen. Die Studie verdeutlicht jedoch, dass es durchaus Unterschiede in der Wahrnehmung je nach *race* gibt und sensibilisiert so für die Komplexität möglicher Einflussfaktoren. Zudem fördert sie mit der Thematisierung der Offenbarung die Frage nach der Notwendigkeit und des Nutzens einer Entstigmatisierung von Fehlgeburten. [33]

Interviews mit Betroffenen und Angehörigen in Katar haben auf ambivalente Einstellungen zu Fehlgeburten hingewiesen. Dort wurden diese von der Mehrheit der Befragten als ein „relativ normales und häufiges Ereignis“ angesehen, das offen geteilt wird. Demgegenüber

steht die Auffassung, dass es sich dabei um ein Tabu handelt, das privat gehalten werden sollte. In diesem Kontext wird die Frage nach der Schuld thematisiert, die dort auf Wechselwirkungen zwischen kulturellen und religiösen Faktoren beruht. Einerseits wird die Fehlgeburt als „von Gott verursacht“ angesehen, andererseits wird in Ermangelung an eine Gewissheit über die tatsächliche Ursache über diese spekuliert. Um sich vor möglichen Schuldzuweisungen und dem Gefühl von Scham zu schützen, verzichten einige Frauen folglich auf das Mitteilen ihrer Erfahrungen. [25]

Die analysierten Studien zeigen, dass Fehlgeburten weiterhin stigmatisiert sind, was unterschiedlichste Folgen haben kann. Aufgrund von fehlender Anerkennung eines solchen Verlustes beispielweise am Arbeitsplatz, kann es zu unbezahlter Abwesenheit und somit auch zu einer finanziellen Stigmatisierung kommen. Darüber hinaus fehlt es an lokalen Unterstützungsangeboten für Betroffene. Diese wünschen sich laut den Ergebnissen von Watson et al. (2019) die Förderung des öffentlichen Bewusstseins über die Häufigkeit und die Auswirkungen von Fehlgeburten und eine Verringerung der Stigmatisierung und des Schweigens, denn dieses kann zu Isolation und Ausgrenzung führen. [28]

Folglich erhalten die Betroffenen keine ausreichende soziale Unterstützung, deren positive Auswirkungen auf die Bewältigung eines Schwangerschaftsverlustes derzeit diskutiert werden. Die Theorie des posttraumatischen Wachstums (PTG), geht unter anderem davon aus, dass soziale Unterstützung nach dem Bekanntwerden eines traumatischen Ereignisses, wie einer Fehlgeburt, Veränderungen in der kognitiven Verarbeitung begünstigen kann (Tedeschi et al., 2018, zitiert nach Freedle & Oliveira, 2022). [32]

Die Ergebnisse der Forschung von Freedle und Oliveira (2022) stützen diese Annahme. Die Ergebnisse zeigten, dass eine stärkere Tendenz zur Offenbarung der Fehlgeburt und positive soziale Reaktionen mit einem ausgeprägterem PTG verbunden waren und die Lebensqualität sowie der psychische Zustand einem höheren Wert zugewiesen waren. Die kognitive Verarbeitung in Form von absichtlichem Grübeln stellt dabei den Vermittler dar. Somit deuten die Ergebnisse darauf hin, dass sich die Art und Weise, wie andere Personen auf die Offenbarung einer Fehlgeburt reagieren, positiv auf die Anpassung der Betroffenen auswirken kann. Dafür ist jedoch die Aufklärung der Öffentlichkeit notwendig, sodass Betroffene bereit sind ihr Umfeld miteinzubeziehen. Anzumerken ist, dass lediglich *positive* soziale Reaktionen Gegenstand der Untersuchung waren. [32]

Durch die Selbstoffenbarung der Betroffenen könnte die Entstigmatisierung von Fehlgeburten folglich einen präventiven Einfluss auf die Entwicklung von depressiven, ängstlichen und traumatischen Symptomatiken haben.

Eine qualitative Studie aus Australien zeigt, dass Betroffene durchaus auch über negative Reaktionen berichten, da sich viele Personen der breiten Gesellschaft unwohl mit der

Trauer anderer fühlen. Mögliche negative Auswirkungen dieser Reaktionen sind daher zu bedenken und verdeutlichen das noch bestehende Stigma. [10]

5.2 Aktuelle Fehlgeburtsbetreuung

Bezüglich der erhaltenen Betreuung haben drei Studien durch Befragungen der Betroffenen Verbesserungsbedarfe aufgedeckt. Dabei wurden drei Aspekte thematisiert.

Dazu zählt 1) die Interaktion der Gesundheitsdienstleistenden mit den Frauen, der es teilweise an Respekt und Freundlichkeit mangelte und nicht allen Frauen das Gefühl vermittelte, dass ihre Sorgen und Ängste berücksichtigt werden [28,29].

Ein Großteil der Befragten von Iwanowicz-Palus et al. (2014) gaben an, dass die betreuenden Hebammen ihnen gegenüber Verständnis zeigten, jedoch weisen die Ergebnisse drauf hin, dass die Hebammen teilweise den Kontakt vermieden und Abstand hielten. Aufgrund der qualitativen Mängel in der Transparenz dieser Studie, sind die Ergebnisse jedoch nicht allgemeingültig. [30]

Sie weisen dennoch wie auch Watson et al. (2019) auf den weiteren Aspekt der 2) Informationen hin. Beide Studien decken auf, dass die erhaltenen Informationen zwar verständlich, aber unzureichend waren. Besonders bezüglich der Informationen zum Follow-up besteht Verbesserungsbedarf. [28,30]

Der letzte Aspekt bezieht sich auf die 3) erhaltene Unterstützung. Die instrumentelle Unterstützung der betroffenen Frauen durch die Hebammen wurde als hoch wahrgenommen, die emotionale und psychologische hingegen weniger [30].

Entweder standen keine Ressourcen für Unterstützungsangebote zur Verfügung oder die Frauen waren sich dieser nicht bewusst. Da mehr Frauen angaben, dass sie es als sehr schwierig empfanden auf Unterstützung zurückzugreifen, als dass sie es als sehr einfach empfanden, ist die Niedrigschwelligkeit der Angebote anzuzweifeln. [28]

Auch in diesem Zusammenhang erscheint demnach die Förderung von Nachsorgeangeboten nach Fehlgeburten besonders notwendig [29].

Bezüglich der sozialen Unterstützungsquellen spielten laut Iwanowicz-Palus et al. (2021) Hebammen nach Partner:innen und Familie eine zentrale Rolle. Psycholog:innen stellten nur einen kleinen Teil dar, was jedoch auf das Studiendesign zurückzuführen sein könnte, da die Datenerhebung bereits in den ersten Tagen nach dem Ereignis der Fehlgeburt stattfand. Die Ergebnisse sind dennoch relevant, da in diesem Zeitraum das medizinische Personal zwangsläufig involviert ist und die Möglichkeit hat, unterstützend tätig zu werden. [31]

Die australische Studie von Bellhouse et al. (2018) identifizierte anhand von halbstrukturierten Interviews ebenfalls Partner:innen als zentrale Stützpersonen und zusätzlich andere Frauen, die zuvor ebenfalls eine Fehlgeburt erlebt hatten [10].

Die Ergebnisse weisen zudem daraufhin, dass sich die Unterstützung durch Angehörige, Gesundheitsdienstleistende und in Form von psychischen Follow-up Diensten positiv auf das emotionale Wohlbefinden und die Lebensqualität der Betroffenen auswirken könnten [29,31]. Die Qualität der beiden Studien [29,31] ist als hoch zu werten, dennoch ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse aufgrund der Designs eingeschränkt, weshalb weiterführende Forschung notwendig ist. Allerdings können sie dazu anregen, die Betreuung mittels Einbeziehung von Unterstützung durch Angehörige zu verbessern. Denn die Daten zeigen, dass Fehlgeburten als ein verheerendes Ereignis wahrgenommen werden und mit psychischen Problemen assoziiert sein können, weshalb ihre Betreuung erst genommen werden sollte [29].

5.3 Die Schlüsselrolle der Hebammen

Um das Potenzial der Hebammenbetreuung im Kontext der Entstigmatisierung herausarbeiten zu können, war es zunächst notwendig, sich mit der Rolle der Hebamme in der Betreuung auseinanderzusetzen. Anhand von Interviews und Befragungen haben sich die Studien von Fernández-Basanta et al. (2021) und De Roose et al. (2018) mit der Perspektive von Hebammen auseinandergesetzt und ihre Einstellungen, Praktiken und vorhandene Herausforderungen beleuchtet. Beide Studien ergaben, dass sich die befragten Hebammen als wesentliche bis hin zu wichtigste Gesundheitsdienstleistende in der Betreuung von Fehlgeburten sehen [23,27]. Das Berufsverständnis kann je nach Land und dem dortigen Gesundheitssystem variieren, deckt sich in diesem Fall jedoch mit den Inhalten des deutschen Hebammengesetzes (HebG.):

„§9 Studienziel [...] 4) Das Hebammenstudium soll darüber hinaus insbesondere dazu befähigen,

1. die folgenden Aufgaben *selbständig* auszuführen:

[...]

g) Frauen und Familien bei Totgeburten und Fehlgeburten [...] zu betreuen und zu begleiten, [...]“ [HebG, §9]

Die Umsetzung dieses Studienziels scheint auf Grundlage der Ergebnisse allerdings ausbaufähig. Neben Wissenslücken wurde vor allem mangelnde Ausbildung und folglich der Bedarf an zusätzlicher Schulung aufgedeckt [23,27]. Dies wurde auch von Lee et al. (2023) in einer Analyse von 20 Artikeln aus verschiedenen Ländern als eines der drei Hauptthemen identifiziert, die die Gesundheitsdienstleistenden beschäftigen [34]. Die Notwendigkeit der Verbesserung der Ausbildungsinhalte scheint damit in vielen Ländern zu bestehen und ist somit auch in Deutschland nicht auszuschließen.

Folglich sind zurzeit private Weiterbildungen notwendig. Fernández-Basanta et al. (2021) machen die Stigmatisierung für diesen Umstand mitverantwortlich, indem sie schreiben, dass die mangelnde Ausbildung in diesem Bereich die Vermeidung von Tod und Leid durch die Gesellschaft widerspiegelt. Sie weisen zudem auf das Fehlen geeigneter Richtlinien für die Begleitung von Fehlgeburten hin. Die bestehenden Richtlinien konzentrieren sich auf das Management im akuten Moment und das körperliche Wohlbefinden. [23]

So befasst sich die 2022 erschienene, deutschsprachige S2k-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) lediglich mit der Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederkehrenden Spontanaborten und nicht mit der konkreten Betreuung nach einer Fehlgeburtsdiagnose [35]. Das Follow-up stützt sich zwangsläufig auf die Erfahrung und Intuition der jeweiligen Hebamme, was zusammen mit den fehlenden Grundlagen in der Ausbildung eine uneinheitliche Betreuung hervorbringt. [23]

Als weitere Herausforderungen in der Fehlgeburtsbetreuung wurden strukturelle Defizite der Gesundheitsversorgung genannt, die zu unzureichender interdisziplinärer Kommunikation und Zeitmangel führen. Die Betreuung wird als emotional anspruchsvoll beschrieben und ist für die Hebammen mit persönlichen Kosten verbunden. Die Kombination dieser Herausforderungen kann dazu führen, dass die Hebammen aus Selbstschutz eine oberflächliche Kommunikation eingehen und lediglich einer aufgabenorientierten Pflege nachgehen. [23,27]

Die Ergebnisse von Fernández-Basanta et al. (2021) sprechen dafür, dass sich ein Großteil der Hebammen nicht fähig fühlt eine angemessene Versorgung zu leisten, aus Angst zu versagen [23].

Demgegenüber stehen die Angaben der Befragten von De Roose et al. (2018), die besagen, dass sich ca. 90 % der Hebammen in der Lage fühlen, nach der Diagnose und dem Auftreten einer Fehlgeburt verantwortlich für die Betreuung zu sein. Jedoch weisen auch sie auf zusätzlichen Schulungsbedarf und die Angst, von ihren Gefühlen überwältigt zu werden hin. [27]

Aufgrund der Überzeugung über ihre potenzielle Schlüsselrolle, engagieren sich Hebammen trotz dieser Umstände. Die Schlüsselrolle basiert auf dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu der Frau, bereits während der Schwangerschaft. Bei einem frühen Schwangerschaftsverlust ist eine solche Bindung ggf. noch nicht so ausgeprägt, was eine zusätzliche Herausforderung darstellt. Diese Beziehung ermöglicht eine einfühlsame Betreuung, in der Frauen ihre Gedanken und Gefühle kommunizieren können. [23]

Mehrere der analysierten Studien deuten zudem auf positive Auswirkungen der Hebammenbetreuung auf die Verlusterfahrungen und Emotionen der Frauen hin. [27,28,30]

Iwanowicz-Palus et al. (2021) verstehen den Kontakt des medizinischen Personals als eine besondere Art der sozialen Interaktion, sodass Gesundheitsdienstleistende nach den Angehörigen der Betroffenen das sekundäre Unterstützungssystem darstellen [31].

„[...] Eine empirische Analyse zum pränatalen Tod im Denkstil von Hebammen“ von Nico Wettmann (2021) befasst sich ebenfalls mit der besonderen Rolle von Hebammen im Kontext von Fehl- oder Totgeburten [36]. Unter anderem anhand von leitfadengestützten Interviews hat er die Besonderheit des Denkstils von Hebammen herausgearbeitet. Wettmann (2021) betont, dass Hebammen eine physiologiezentrierte Zusammenarbeit mit den Schwangeren mit der technisierten und pathologiezentrierten medizinischen Praxis verbinden. Hebammen versorgen die Frauen zudem mit Deutungsvorlagen über das pränatale Leben. [36 S. 288]

„Vielmehr wirken die Hebammen somit aktiv darauf ein, dass das verstorbene Wesen eben nicht als ›Abgang‹, ›regelwidrige Geburt‹ oder als Fehl- oder Totgeburt angesehen wird – sondern stets als verstorbene Kind.“ [36 S.288]

In einem soziologischen Artikel über den Anerkennungswandel von Fehl- und Totgeburten wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Frauen vor, während und nach der Fehlgeburt auf das professionelle Deutungsangebot der Hebammen angewiesen sind. Dabei ist es wesentlich, dass sich Hebammen und Betroffene im Laufe der Betreuung immer wieder über die Form der gewollten Personalisierung und entsprechend der Bezeichnung des Fötus abstimmen. [7]

5.4 Praktische Handlungsempfehlungen für eine entstigmatisierende Hebammenbetreuung

Die Verknüpfung der vorgestellten und diskutierten Studienergebnisse ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage. Sie verdeutlichen, dass Frauen mit Fehlgeburten weiterhin Stigmatisierung erfahren und das unter anderem während der medizinischen Betreuung, die in einigen Punkten Verbesserungsbedarf aufweist. Dort können Hebammen aufgrund ihrer eben vorgestellten Schlüsselrolle anknüpfen und durch eine angemessene, bedarfsgerechte Betreuung die betroffene Frau dazu ermutigen, ihre Erfahrung zu offenbaren und soziale Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dies fördert wiederum den Diskurs über die Thematik von Fehlgeburten, sodass die Hebammenbetreuung zu einer Entstigmatisierung beitragen kann.

Die Grundlage stellt somit eine angemessene Betreuung dar, die im Folgenden in Form von praktischen Handlungsempfehlungen für Hebammen dargestellt wird.

Als Orientierung dient das thematische Modell aus der Studie von Kukulskienė & Žemaitienė (2022; Abbildung 2), das die vier identifizierten Erfahrungsmerkmale einer späten Fehlgeburt (>12. SSW) mit praktischen Empfehlungen für die postnatale Gesundheitsversorgung verbindet. Es trägt dazu bei, den Prozess der Verarbeitung einer späten Fehlgeburt zu verstehen und entsprechend zu handeln. Ergänzt wird das Modell mit den Ergebnissen der übrigen Studien, sodass die Empfehlungen auch auf frühe Fehlgeburten übertragbar sind.

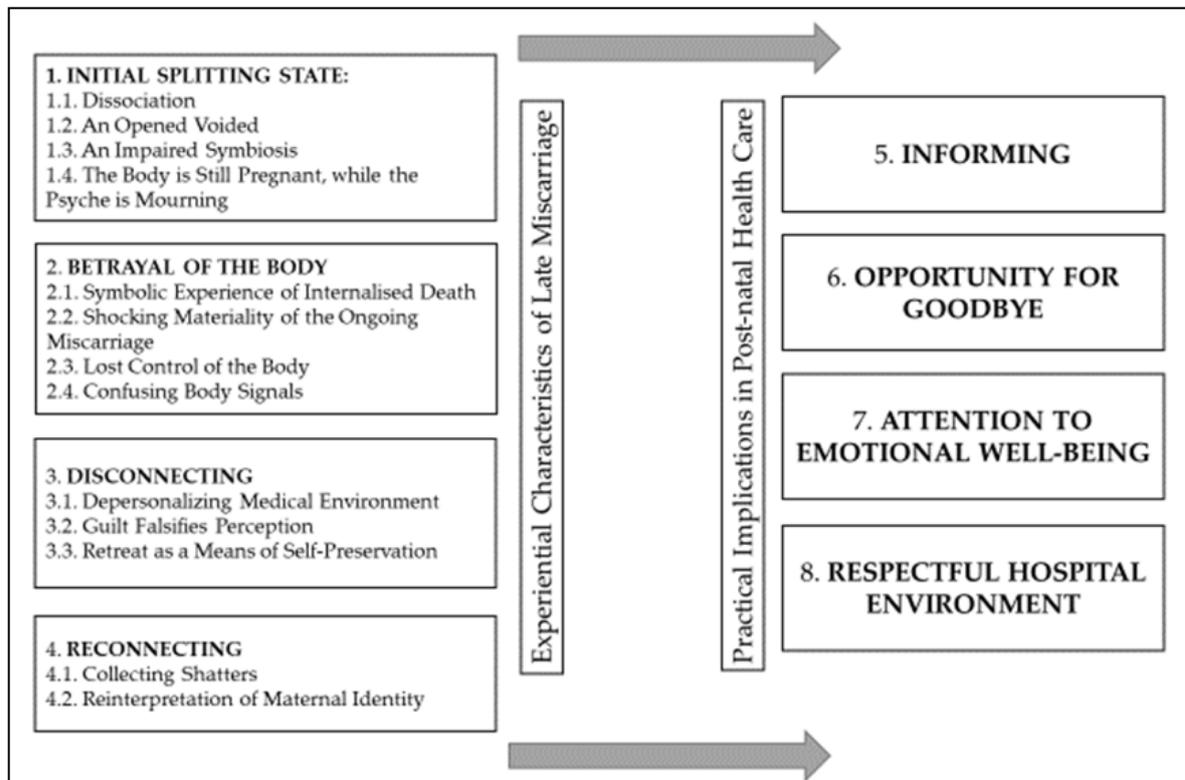


Abbildung 2 Erfahrungsmerkmale einer späten Fehlgeburt und praktische Auswirkungen auf die postnatale Gesundheitsversorgung [24]

Insgesamt haben die Studien gezeigt, dass sich Betroffene eine Betreuung wünschen, die ihren Verlust in seiner Einzigartigkeit unabhängig von der Schwangerschaftswoche anerkennt und ihre Gefühle normalisiert [7,23,28,34]. Dabei sollten sich Hebammen der Wirkung und Macht ihrer Sprache bewusst sein und die Reduzierung des Verlustes auf einen „Fötus“ oder einen „Abort“ vermeiden [28,32,36 S. 284]. Alternative Bezeichnungen wie „Sternenkinder“, „Sternenelternschaft“ und „kleine Geburt“ wirken dem Stigma des Scheiterns entgegen [7]. Die bewusste Wahl der Sprache ist zudem im Kontext des Informierens wichtig. Die Betroffenen wünschen sich angemessene Informationen und systematische Beschreibungen des weiteren Behandlungsverlaufs [24,34]. Zu viele, komplexe und sekundär notwendige Informationen sollten vermieden werden [24]. Zudem sollte über mögliche Ursachen der Fehlgeburt aufgeklärt werden, um potenzielle

Schulduweisungen zu vermeiden [25]. Die Kommunikationsweise der Hebamme sollte sowohl angemessene Sachinformationen als auch Empathie vermitteln [24].

Des Weiteren hilft eine Gelegenheit zum Abschied vom Kind, um den Verlust anzuerkennen und kann sich positiv auf den Trauerprozess auswirken. Rituale wie das Schaffen von Erinnerungen durch Fußabdrücke, Karten und Fotos können zur Humanisierung und Personalisierung des embryonalen Wesens beitragen. [24,36 S. 286]

Die psychosoziale Betreuung mit dem Fokus auf das emotionale Wohlbefinden sollte neben der körperlichen Behandlung und Pflege Priorität für die Hebammen haben [24,30]. Dabei gilt es, sich auf die individuellen Bedürfnisse der Frauen nach Ruhe, Verständnis, Abgeschlossenheit oder Gesprächsbedarf einzustellen und gegebenenfalls Partner:innen in die Unterstützung zu involvieren [23,28,30].

Abschließend thematisiert das Modell ein respektvolles Krankenhausumfeld, das Privatsphäre sicherstellt [24]. Insgesamt sollte ein Umfeld geschaffen werden, in dem sich die Betroffenen wohl und ermutigt fühlen, ihre Bedürfnisse und Gefühle zu teilen [23,24,27,28,30].

5.5 Limitationen

Die Arbeit liefert einen umfassenden Einblick in die Stigmatisierungs- und Betreuungserfahrungen von Fehlgeburten aus Sicht der betroffenen Frauen sowie der Hebammen. Die Ergebnisse konnten zu einem Ansatz der Entstigmatisierung von Fehlgeburten in der Betreuung durch Hebammen verknüpft werden. Dabei ist zu beachten, dass ein Großteil der Studien qualitativ überzeugen konnten, aufgrund des Interviewdesigns mit einer geringen Stichprobe und des retrospektiven Querschnittsdesigns ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse insgesamt jedoch als mäßig zu werten. Die Studien waren bezogen auf ihre Designs gut miteinander vergleichbar, unterschieden sich dagegen in ihren konkreten Forschungszielen. Dies verdeutlicht die ausbaufähige Forschungslage, da sich keine Studie finden ließ, deren Forschungsziel sich mit der Fragestellung dieser Arbeit deckt. Zudem wurde die Vergleichbarkeit durch die weltweit unterschiedlichen Definitionen von Fehlgeburten und die unterschiedlichen Zeitpunkte der Datenerfassung nach einer Fehlgeburt erschwert. *Self-Selection* und *Recall Bias* [26] konnten nicht ausgeschlossen werden. Da sich Fehlgeburtserfahrungen aber von Frau zu Frau individuell unterscheiden, wären die Ergebnisse auch davon unabhängig nicht allgemeingültig. Somit trägt diese Arbeit trotz ihrer Limitationen dazu bei, die Individualität und die damit verbundene Notwendigkeit der angepassten Betreuung von Fehlgeburten hervorzuheben. Sie deckt zudem den Bedarf an weitestführender Forschung bezüglich der aktuellen Gesundheitspraxis der Fehlgeburtbetreuung auf. Zudem wäre es sinnvoll, Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheitskompetenzen von Frauen zu erforschen, die

zur Reduzierung von Schuldgefühlen und Stigmatisierung beitragen können. Essenziell für die Fehlgeburtbegleitung durch Hebammen sind zudem die Überarbeitung der Ausbildungsinhalte sowie das Erstellen evidenzbasierter Richtlinien.

6 Schlussfolgerungen

Wie bereits zu Beginn der Arbeit erläutert, sind Fehlgeburten häufige und vor allem bedeutende Schwangerschaftskomplikationen. Die Ergebnisse der analysierten Studien haben die Relevanz der Effekte von Fehlgeburtserfahrungen auf das emotionale und psychische Wohlbefinden zusätzlich verdeutlicht und potenzielle Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung herausgestellt. So werden die Einstellungen zu Fehlgeburten ebenfalls durch unterschiedlichste Umstände bestimmt und unterscheiden sich sowohl innerhalb der Gruppen der Betroffenen, der Angehörigen als auch der Hebammen. Sie verdeutlichen, dass ein Schwangerschaftsverlust weiterhin ein kontroverses, komplexes Thema ist, das individuell durch religiöse, ethische, kulturelle und soziodemografische Faktoren beeinflusst wird. Dies wirkt sich auf den Umgang mit einer solchen Verlusterfahrung aus. Weiterhin wird über das Erfahrene selten gesprochen und der Verlust als Tabu behandelt. Die Stigmatisierung von Fehlgeburten ist Ursache und Folge eines fehlenden Austausches innerhalb der breiten Gesellschaft. Die variierenden Einstellungen je nach Hebamme, könnte die Art ihrer geleisteten Betreuung beeinflussen. Diesen denkbaren Zusammenhang haben die Studien nicht explizit untersucht, jedoch zeichneten sich durch die Befragung Betroffener erhebliche Unterschiede in der Wahrnehmung und Zufriedenheit bezüglich der erhaltenen Fehlgeburtbetreuung ab. Betroffene berichten in diesem Kontext teilweise von einer Stigmatisierung durch Gesundheitsdienstleistende. Diese Arbeit verdeutlicht damit nicht nur, dass weiterhin eine gesellschaftliche Stigmatisierung herrscht, sondern auch, dass das medizinische Personal Einfluss auf den Umgang mit Fehlgeburtserfahrungen hat. Eine mangelhafte Betreuung äußert sich durch unsensible Kommunikation, fehlende Anerkennung des Verlustes und ungenügende Informationen sowie Unterstützungsangebote insbesondere in Bezug auf die Nachsorge. Die Zufriedenheit der Betroffenen mit dem medizinischen Personal ist anhand der Studienergebnisse nicht konkret bewertbar, jedoch werden mehrfach Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung aufgedeckt. Dabei weist gerade die Betreuung durch Hebammen das Potenzial auf, positiven Einfluss auf das emotionale Wohlbefinden und die Verlusterfahrungen der Frauen zu haben. Sie selbst sehen sich als zentrale Gesundheitsdienstleistende, wenn es um die Betreuung von Fehlgeburten geht. Sie profitieren durch den Aufbau einer Beziehung zur zu betreuenden Person und stellen ein bedeutendes Unterstützungssystem dar. Sie stellen den Frauen bei Bedarf Deutungsvorlagen über das pränatale Leben zur Verfügung

und stimmen sich mit den Eltern ab, welche Form der Personalisierung ihres Verlustes gewünscht ist. Durch sensible Sprache, die Möglichkeit zum Abschiednehmen und eine bedürfnisorientierte Betreuung können sie einen positiven Einfluss auf den Trauerprozess nehmen und Gedanken und Gefühle normalisieren. Zudem können Hebammen Schuldgefühle verringern und Schulzuweisungen vermeiden, indem sie Betroffene und Angehörige über mögliche medizinische Ursachen der Fehlgeburt aufklären und angemessen informieren.

Diese Arbeit ist, wie Befragungen von Hebammen ergeben haben, jedoch auch emotional fordernd. Zeitmangel aufgrund von Personalmangel, unzureichende Thematisierung von Fehlgeburten in der Ausbildung und fehlende Richtlinien erschweren die Bereitstellung einer angemessenen Betreuung zusätzlich. Die Hebammen müssen folglich intuitiv und auf Grundlage ihrer persönlichen Erfahrungen handeln, was zwangsläufig zu einer uneinheitlichen Betreuung führt, die dem medizinischen Anspruch einer geregelten Versorgung nicht gerecht wird.

Neben der offensichtlichen Verbesserung der Handlungsgrundlage weisen die Ergebnisse auf das Potenzial der Einbindung von sozialer Unterstützung aus dem Umfeld der Betroffenen für die Verbesserung der geburtshilflichen Versorgung hin. Es konnte eine positive Korrelation zwischen dem Erhalt von sozialer Unterstützung und einer höheren Lebensqualität sowie einem stabileren psychischen Zustand aufgezeigt werden. Besonders in den ersten Tagen nach dem Ereignis der Fehlgeburt stellen Partner:innen die primären Stützpersonen für die Betroffenen dar. Als Quelle der sozialen Unterstützung können zusätzlich Hebammen, Familie und Freund:innen dienen. Um ihre Hilfe in Anspruch zu nehmen, bedarf es jedoch einer Offenbarung der Fehlgeburtserfahrung. Eine stärkere Tendenz zur Offenbarung und daraus resultierende positive Reaktionen sind wiederum mit einem ausgeprägteren posttraumatischen Wachstum verbunden. Die Auswirkungen von potenziell negativen Reaktionen waren nicht Gegenstand der aktuellen Forschung. Insgesamt ist jedoch eine wachsende Studienlage bezüglich Fehlgeburten zu beobachten, was für einen zunehmenden Anerkennungswandel der Thematik zumindest im Gesundheitswesen spricht. Bei dem Großteil der Studien handelt es sich dennoch um retrospektive, qualitative oder Querschnittsstudien. Diese bringen zwangsläufig einen *Recall* und oftmals einen *Self-Selection Bias* [26] mit sich, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse zusätzlich mindert. Daher wären gezielte Kohortenstudien notwendig, die die Absicht haben, evidenzbasierte Interventionen bezüglich der psychischen Betreuung von Fehlgeburten durch Hebammen zu schaffen. Die Schlussfolgerungen dieser Arbeit basieren folglich auf ausbaufähiger Literatur und verdeutlichen so die bestehende Forschungslücke bezüglich des Potenzials der Hebammenbetreuung im Kontext der Entstigmatisierung von Fehlgeburten.

Trotz der eingeschränkten Übertragbarkeit weisen die Ergebnisse jedoch auf die positiven Auswirkungen einer bedürfnisorientierten Betreuung der Frauen hin und liefern praktische Handlungsempfehlungen für Hebammen, die potenziell zur Entstigmatisierung beitragen können. Folglich stellt diese Arbeit erstmals einen expliziten Zusammenhang zwischen dem Fehlgeburtstigma und der Bedeutung der Hebammenbetreuung her. Darüber hinaus sprechen die vorgestellten Ergebnisse für die Weiterverfolgung dieses Ansatzes. Zudem wäre auch weiterführende Forschung im Hinblick auf Maßnahmen zur gesellschaftlichen Entstigmatisierung erstrebenswert. Die Studien haben gezeigt, dass Unsicherheiten im Umfeld der Betroffenen bezüglich des angemessenen Verhaltens bei Trauererfahrungen wie Fehlgeburten bestehen. Wie ihre Kompetenzen gefördert werden könnten und inwiefern Hebammen direkt oder indirekt daran beteiligt sein könnten, gilt es näher zu untersuchen. Von wesentlicher Bedeutung ist zunächst aber das Erstellen von Richtlinien, die der Relevanz dieser Thematik entsprechen und sich neben der physischen auch auf die psychische Betreuung fokussieren.

Zusammenfassend haben die Studien verdeutlicht, dass Personen mit Fehlgeburtserfahrungen weiterhin Stigmatisierung erfahren, gesellschaftlich wie auch durch Gesundheitsdienstleistende. Es besteht der Bedarf an der Förderung des öffentlichen Diskurses sowie der sensiblen und ermutigenden Betreuung von Betroffenen durch Hebammen. Als Grundlage dafür müssen angemessene Richtlinien erstellt und die Qualität der Ausbildung bezüglich reproduktiver Traumata verbessert werden. Zudem sollten Hebammen Ressourcen zur Bewältigung der geleisteten emotionalen Arbeit zur Verfügung gestellt werden, damit sie ihrer Schlüsselrolle in der Betreuung von Personen mit Fehlgeburten nachkommen können. Die Verknüpfung der Studienergebnisse liefert Hinweise darauf, dass eine angemessene, bestärkende Betreuung Einfluss auf das Fehlgeburtverständnis und die Trauerarbeit der Betroffenen (und ihrer Partner:innen) haben kann. Soziale Unterstützung und positive Reaktionen auf die Offenbarung der Fehlgeburt können sich ebenfalls förderlich auf die Verarbeitung des Erlebten auswirken. Um dies zu fördern, sollten Frauen ermutigt werden sich ihrem Umfeld zu offenbaren. Dort setzt das Potenzial der Hebammenbetreuung an, dass auf der engen Verbindung zwischen Hebamme und Frau bzw. auf dem Selbstverständnis der Hebammen beruht. Hebammen könnten im Idealfall durch eine sensible Betreuung das Wohlbefinden der Frau verbessern und sie zum Teilen ihrer Erfahrungen und Annehmen von externer Unterstützung ermutigen. Durch die Aufklärung der Frau und der Einbeziehung des Umfelds könnten Hebammen so zu einer Entstigmatisierung von Fehlgeburten beitragen. Weiterführende Forschung wäre wünschenswert, um die aufgestellten Handlungsempfehlungen zu konkretisieren und in der Praxis zu etablieren.

IV. Literaturverzeichnis

1. March of Dimes. *Miscarriage* (2023) [zitiert 5. Oktober 2023]. Verfügbar unter: <https://www.marchofdimes.org/find-support/topics/miscarriage-loss-grief/miscarriage>
2. Dulay AT. MSD Manual Profi-Ausgabe. *Spontanabort - Gynäkologie und Geburtshilfe*. (2020) [zitiert 8. September 2023]. Verfügbar unter: <https://www.msmanuals.com/de-de/profi/gyn%C3%A4kologie-und-geburtshilfe/schwangerschaftsanomalien/spontanabort>
3. Farren J, Jalbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, u. a. Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: multicenter prospective cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* (2021); 57(1):141–148. doi: 10.1002/uog.23147
4. Musik T, Grimm J, Juhasz-Böss I, Bäß E. *Treatment options after a diagnosis of early miscarriage: expectant, medical, and surgical*. *Dtsch Arztebl.* (2021); 118:789–794. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0346
5. WHO. *Why we need to talk about losing a baby* (2019) [zitiert 5. Oktober 2023]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
6. Fehlgeburt-Forum (o. J.) [zitiert 16. November 2023]. Verfügbar unter: <https://www.fehlgeburt.info/>
7. Böcker J. *Der Wandel der Anerkennung von Fehl- und Totgeburt als Geburt eines Kindes*. *Österr Z Für Soziol* (2022); 47(1):59–82. doi: 10.1007/s11614-022-00470-7
8. Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE, Magnus MC. *Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study*. *The BMJ* (2019); 364:l869. doi: 10.1136/bmj.l869
9. Jacob L, Polly I, Kalder M, Kostev K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany – A retrospective cohort study. *Psychiatry Res* (2017); 258:382–386. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.064
10. Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. „It’s just one of those things people don’t seem to talk about...“ women’s experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Womens Health* (2018); 18(1):176. doi: 10.1186/s12905-018-0672-3
11. Duden. *Stigma: Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Herkunft*. (o.J.) [zitiert 10. November 2023]. Verfügbar unter: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Stigma>
12. Google Scholar (o. J.) [zitiert 16. November 2023]. Verfügbar unter: <https://scholar.google.com/>
13. Scopus (o. J.) [zitiert 16. November 2023]. Verfügbar unter: <https://www.scopus.com/home.uri>
14. CINAHL Database | EBSCO (o. J.) [zitiert 16. November 2023]. Verfügbar unter: <https://www.ebsco.com/de-de/produkte/datenbanken/cinahl-datenbank>

15. PubMed (o. J.) [zitiert 16. November 2023]. Verfügbar unter: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
16. Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) - *Islam in Deutschland* (o.J.) [zitiert 1. Oktober 2023]. Verfügbar unter: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-integration/gesellschaftlicher-zusammenhalt/staat-und-religion/islam-in-deutschland/islam-in-deutschland-node.html>
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, u. a. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. *BMJ* (2021);n71. doi: 10.1136/bmj.n71
18. Critical Appraisal Skills Programme. *CASP: Qualitative Studies Checklist* (2018) [zitiert 5. Oktober 2023]. Verfügbar unter: https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Qualitative-Studies-Checklist/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
19. Genau L. Scribbr. *Die 3 Gütekriterien qualitativer Forschung erklärt mit Beispielen*. (2020) [zitiert 27. Oktober 2023]. Verfügbar unter: <https://www.scribbr.de/methodik/guetekriterien-qualitativer-forschung/>
20. Downes MJ, Brennan ML, Williams HC, Dean RS. *Development of a critical appraisal tool to assess the quality of cross-sectional studies (AXIS)*. *BMJ Open* (2016); 6(12):e011458. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011458
21. Pfeiffer F. Scribbr. *Validität, Reliabilität und Objektivität - Die quantitativen Gütekriterien* (2018) [zitiert 27. Oktober 2023]. Verfügbar unter: <https://www.scribbr.de/methodik/validitaet-reliabilitaet-objektivitaet/>
22. Genau L. Scribbr. *Die 5 Arten der Validität für deine Forschung* (2019) [zitiert 27. Oktober 2023]. Verfügbar unter: <https://www.scribbr.de/methodik/validitaet/>
23. Fernández-Basanta S, Coronado C, Bondas T, Movilla-Fernández MJ. Primary healthcare midwives' experiences of caring for parents who have suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study. *Midwifery* (2021); 92:102863. doi: 10.1016/j.midw.2020.102863
24. Kukulskienė M, Žemaitienė N. *Experience of Late Miscarriage and Practical Implications for Post-Natal Health Care: Qualitative Study*. *Healthcare* (Basel). (2022); 10(1):79. doi: 10.3390/healthcare10010079.
25. Omar N, Major S, Mohsen M, Al Tamimi H, El Taher F, Kilshaw S. *Culpability, blame, and stigma after pregnancy loss in Qatar*. *BMC Pregnancy Childbirth* (2019); 19(1):215. doi: 10.1186/s12884-019-2354-z
26. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (EbM). *Glossar zur Evidenzbasierten Medizin* (2018) [zitiert 18. November 2023]. Verfügbar unter: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar>
27. De Roose M, Tency I, Beeckman D, Van Hecke A, Verhaeghe S, Clays E. *Knowledge, attitude, and practices regarding miscarriage: A cross-sectional study among Flemish midwives*. *Midwifery* (2018); 56:44–52. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.017

28. Watson J, Simmonds A, La Fontaine M, Fockler ME. *Pregnancy and infant loss: a survey of families' experiences in Ontario Canada*. BMC Pregnancy Childbirth (2019); 19:129. doi: 10.1186/s12884-019-2270-2
29. Galeotti M, Robinson M, Mitchell G, Tomlinson M, White J, Aventin Á. *An online survey of women's perceived care needs following miscarriage in hospital settings in Northern Ireland*. (2023) PREPRINT (Version 1) Verfügbar unter: Research Square. doi: 10.21203/rs.3.rs-2718563/v1
30. Iwanowicz-Palus G, Rzonca E, Bien A, Wloszczak-Szubzda A, Walczuk E. *High evaluation of medical staff by women after miscarriage during hospitalization*. Tohoku J Exp (2014); 232(3):155–162. doi: 10.1620/tjem.232.155
31. Iwanowicz-Palus G, Mróz M, Bień A, Jurek K. Social support and subjective assessment of psychophysical condition, health, and satisfaction with quality of life among women after pregnancy loss. BMC Pregnancy Childbirth (2021); 21(1):750. doi: 10.1186/s12884-021-04093-w.
32. Freedle A, Oliveira E. The relationship between disclosure, social reactions, rumination and posttraumatic growth following miscarriage. Traumatology (2022); 28(4):445–457. doi: 10.1037/trm0000360
33. Bommaraju A, Kavanaugh ML, Hou MY, Bessett D. Situating stigma in stratified reproduction: Abortion stigma and miscarriage stigma as barriers to reproductive healthcare. Sex Reprod Healthc (2016); 10:62–69. doi: 10.1016/j.srhc.2016.10.008
34. Lee L, Ma W, Davies S, Kammers M. Toward Optimal Emotional Care During the Experience of Miscarriage: An Integrative Review of the Perspectives of Women, Partners, and Health Care Providers. J Midwifery Womens Health (2023); 68(1):52–61. doi: 10.1111/jmwh.13414
35. AWMF. *Recurrent Miscarriage: Diagnostic and Therapeutic Procedures. Guideline of the DGGG, SGGG and OEGGG (S2k-Level, AWMF-Registry No.015/050, 2022)* [zitiert 6. November 2023]. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-050>
36. Wettmann N. »Geburt und Tod liegen ja sehr dicht beieinander.« *Eine empirische Analyse zum pränatalen Tod im Denkstil von Hebammen*. In: Benkel T, Meitzler M (Hrsg.) Wissenssoziologie des Todes. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe; (2021) 268–291

V. Anhang

V.I CASP-Checklisten: Bewertungen der qualitativen Studien [18]



CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

V.I.I Fernández-Basanta et al., 2021 [23]

„Primary healthcare midwives' experiences of caring for parentes who suffered an involuntary pregnancy loss: a phenomenological hermeneutic study“ (Fernández-Basanta et al., 2021)

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments: Ziel: Beleuten der Erfahrungen von Hebammen im primären Gesundheitswesen, die Eltern betreut haben, die einen Schwangerschaftsverlust erlitten haben

Relevanz: Wenig Forschung zur Perspektive der Hebammen, diese sind aber Bindeglied zwischen Eltern und Gesundheitssystem, begleiten den Verlustprozess, spielen durch häufige Begegnungen grundlegende Rolle, Fehlgeburten = häufiges Ereignis, das vielen Hebammen begegnet, jedoch nur wenig Richtlinien in diesem Bereich vorhanden → erbrachte Versorgung basiert auf eigenem professionellen Urteil jeder Hebamme

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: - Phänomenologisches hermeneutisches Design (von Lindseth und Norberg, 2004 entwickelt) → zielt auf Philosophie des Verstehens und Wissenschaft der Textinterpretation ab → wurde bereits erfolgreich in der Krankenpflege- sowie Hebammenforschung eingesetzt; angemessen für Insider-Perspektive
 - Übertragbarkeit nicht zwangsläufig gegeben durch qualitatives Design; soll laut eigener Aussage durch Beschreibung des Kontextes und der Teilnehmer erleichtert werden
 - qualitatives Design bietet sich für die Erhebung von Erfahrungen an

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

- Begründung für narrative Interviews als geeignete Methode zur Offenlegung von gelebten Erfahrungen auf Grundlage von Lindseth und Norberg, 2004
 - sowie siehe oben: Phänomenologisch hermeneutisches Design, Insider-Perspektive etc.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

- Einschlusskriterien und Gründe für Nichtteilnahme dargestellt, jedoch Auswahl der (Anzahl der) potenziellen Teilnehmer nicht genauer beschrieben
- Auswahl als zielgerichtet beschrieben, jedoch nicht durchsichtig wieso

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

- narrative Interviews laut Lindseth und Norberg, 2004 geeignet
- Art (Leitfaden / semi-structured), Zeitpunkt (02-04/2019), Ort, durchschnittliche Dauer (60 min), Ablauf, Sprache, Aufzeichnung der Interviews dargestellt
- Basis des Leitfadens beschrieben: Literaturrecherche und Vorkenntnisse
- Eröffnungsfrage und Frageweg mit 4 Hauptthemen nachvollziehbar dargestellt
- Audioaufzeichnung, anschließende Transkription, Feldnotizen integriert (zur Datenbereicherung)
- Sättigung der Daten begründet: Informationsgehalt / Datenmenge ausreichend entsprechend des Zwecks / um naives Verständnis zu reflektieren und zu validieren
- keine Modifizierung durchgeführt, lediglich individuelle Nachfragen angepasst an das jeweilige Interviewgespräch, zur Förderung zusätzlicher Erzählung

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location

- keine Änderungen des Designs notwendig gewesen / vorgenommen / beschrieben
 - Zuverlässigkeitskriterien nach Lincoln und Guba, 1985 als Orientierung genutzt: Glaubwürdigkeit, Bestätigungsfähigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit
 - Bereitstellung und Möglichkeit des Kommentierens der Ergebnisse durch die Hebammen
 - Autor:innen/ Forschende detailliert beschrieben (ausgebildete qualitative Forschende mit Erfahrung mit Schwangerschaftsverlusten), sowie Reflexion über ihre eigene Position, Vorverständnis der Autor:innen beschrieben; laut eigener Aussage Verbesserung des Designs und der Analyse durch die unterschiedlichen Hintergründe des Forschungsteams

- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

- Qualitätssicherung durch Audit-Trail (für Prozess der Datenanalyse und Interpretation), Triangulation der Analyse durch alle Autoren, zur Stärkung der Interpretation durch Anfechtung / Ergänzungen
 - Entwicklung des Leitfadens auf Grundlage von Literaturrecherche und Vorkenntnisse, jedoch nicht weiter beschrieben
 - lediglich einen Bias beschrieben: Hebammen waren alles Frauen (Vertrauensvolle Bindung zu den Müttern erleichtert) sonst aber laut eigener Aussage heterogene Stichprobe

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

- eigener Abschnitt zur ethischen Analyse, Genehmigung des Autonomen Komitees für Forschungsethik von Galicien erhalten
 - Teilnehmerinnen / Hebammen wurde mündlich und schriftlich über die Studie aufgeklärt
 - vorherige schriftliche Zustimmung von jeder Hebammen eingeholt
 - Information über garantierte Vertraulichkeit, Freiwilligkeit der Teilnahme und Recht des Abbruchs
 - anonymisierte Interviews, Zerstörung der Audioaufnahmen im Anschluss an die Transkription

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

- ausführliche Beschreibung des Analyse-Prozesses: naives Verständnis, Strukturanalyse, abschließend umfassendes Verständnis ausgearbeitet
- thematische Strukturanalyse: analytische Fragen wurde an den Text gestellt → Text in Bedeutungseinheiten unterteilt → vorläufige Unterthemen gebildet; ausführlich beschrieben
- Zitate eingebaut, die die Ergebnisse unterstützen
- keine widersprüchliche Daten angegeben
- kritische Reflexion der Rolle der Forscher: Vorverständnisse der Autoren während des gesamten Prozesses diskutiert, um Verzerrung bei der Interpretation der Daten zu vermeiden

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

- Ergebnisse explizit dargestellt: Übersichtlich in 4 Themen + ihre Unterthemen, als Text sowie als Abbildung, z.T. mit Zitaten untermauert
- Diskussion der Evidenz für und gegen: keine widersprüchlichen Ergebnisse vorhanden / diskutiert
- Glaubwürdigkeit: mehr als ein:e Analyst:in (3), Triangulation erwähnt, Validierung durch die Befragten, ein Kommentar mit eingebunden, kein großer Widerspruch, dennoch erwähnt, vermittelt Transparenz
- Erfahrungen sowie mögliche Ansatzpunkte diskutiert

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: - schließt laut eigener Aussage eine Lücke, durch Aufklärung über Bedeutung der gelebten Erfahrungen von Hebammen im primären Gesundheitswesen; neuartiger Beitrag, bereichernd
- dient als Information über Verbesserungsbestrebungen, kann so ggf. Veränderungen herbeiführen
- mehr Forschung notwendig: Richtlinien für primäre Gesundheitsversorgung und Nachsorge von Fehlgeburten, Erfahrungen der Männern mit einem SWS-Verlust
- Übertragbarkeit auf Hebammen und andere Fachleute/Disziplinen mit ähnlichen Verantwortlichkeiten (jedenfalls übertragbar auf Frauen, angesprochener Bias: ggf. vertrauensvolle Bindung zu Müttern erleichtert)
—> transparente, strukturierte Studie in allen Abschnitten, mit Neugewinn für die Hebammenbetreuung, Ergebnisse klar dargestellt, keine Widersprüche; lediglich „gezielte“ Rekrutierung der Teilnehmerinnen nicht eindeutig, Gründe der Auswahl nicht bekannt, restlicher Prozess jedoch sehr nachvollziehbar beschrieben —> wertvolle Ergebnisse

V.I.II Kukulskienė & Zemaitienė, 2022 [24]

„Experience of Late Miscarriage and Practical Implications for Post-Natal Health Care: Qualitative Study” (Kukulskienė & Žemaitienė, 2022)

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments:

-Ziel: Erfahrungen mit späten Fehlgeburten analysieren und praktische Auswirkungen auf die postnatale Gesundheitsversorgung auf Grundlage der offenbaren qualitativen Merkmalen des Schwangerschaftsverlusts beschreiben
 -Induktive Forschungsfragen: 1.Wichtigste Erfahrungsmerkmale 2. Zu priorisierende psychologische Bedürfnisse 3. Praktische Auswirkungen
 -Relevanz: höheres Niveau der posttraumatischen Stresssymptomatik nach später im Gegensatz zu früher Fehlgeburt; mangelnde Forschungslage, fragmentierte Ergebnisse, Fehlen eines ganzheitlichen theoretischen Modells, um den Prozess des Überlebens und der Bewältigung nach einer Fehlgeburt zu erklären; Mangel an Infos über Anfälligkeits- und Resilienzfaktoren = Prädiktoren für körperliche und psychische Störungen; Fehlen praktischer Anleitung für emotionale Unterstützung der Eltern durch Gesundheitspersonal → Klar und ausführlich

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments:

- detaillierte Beleuchtung der Erfahrungen der Teilnehmerinnen durch das qualitative Design
 - jedoch keine Begründung des gewählten Designs
 → Wahl der Methode erscheint sinnvoll für das Ziel der Studien, jedoch lediglich dargestellt, nicht ausreichend begründet (außer Analyse)

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

- Design: phänomenologische qualitative Forschungsstrategie, nicht begründet
 - Analyse: thematische Analyse (TA); genauer beschrieben und Nutzen erklärt; + Prinzipien der deskriptiven phänomenologischen Analyse für eine erkenntnistheoretische Grundlage
 → Analyse ausführlich beschrieben und begründet, Design an sich jedoch nicht

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

-Rekrutierung: zielgerichtete „Schneeball“-Stichprobe; Teilen der Einladungslinks auf verschiedenen Social-Media-Seiten, Gruppen, Blogs
 -Ausschluss von 17 von 24 Frauen, die auf die Einladung geantwortet haben, da diese frühe Fehlgeburten hatten
 -Einschlusskriterien: weiblich, späte Fehlgeburt vor mehr als 3 Monaten, spontane oder verhaltene Fehlgeburt
 - keine zusätzlichen demografischen Informationen gesammelt, um Anonymität zu schützen
 -Studie aus Litauen, Kaunas, jedoch nicht überprüft oder beschrieben, ob die Frauen auch dort während ihrer Fehlgeburt behandelt wurden
 —> 7 Frauen mit späten Fehlgeburten, Begründung im Hintergrund, hier nicht weiter ausgeführt, Ein-/Ausschlusskriterien ausführlich dargestellt, ggf. gezielte Rekrutierung sinnvoller, größere Stichprobe

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

-Datenerhebung: 2019-2020, ausführliche Einzelinterviews (50-80 min), Ort und Ablauf detailliert beschrieben; Interview anhand eines Fragebogen mit einer offenen, biografischen Forschungsfrage + zusätzliche Fragen über (nicht-) erhaltene Unterstützung + auffordernde Fragen auf Grundlage von Schlüsselwörtern
 -positiv: Bereitstellung von Infos über Möglichkeiten psychologischer Hilfe in der jeweiligen Stadt bei Bedarf und Verweisen an professionelle Hilfe im Falle einer psychischen Krise
 —> biografische Interviews (semi-structured) angemessen für das Ziel; Eröffnungsfrage ausführlich dargestellt, weitere Fragen nur theoretisch, kein transparenter Einblick in den Fragebogen, keine Begründung der Wahl der Methoden

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input checked="" type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Rolle der Forschenden in den verschiedenen Prozessen nicht kritisch reflektiert, lediglich beschrieben, dass die Interviewer keine vorherige Beziehung zu den Teilnehmerinnen hatten / sie nicht persönlich kannten
Bias nicht thematisiert: u.a. Entwicklung der Fragen nicht thematisiert,
Anpassungen im Verlauf: nur flexibler Ablauf der Interviews aber keine Änderungen im Design
—> Rolle der Forschenden nicht ausreichend, kritisch reflektiert

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: - Durchführung gemäß der Richtlinien der Deklaration von Helsinki
- genehmigt vom Kaunas Regional Biomedical Research Ethics Committee, folgten den ethischen Richtlinien
- informierte, freiwillige Teilnahme
- potentielle Effekte der Studie bedacht und auf psychologische Hilfsangebote verwiesen

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

- ausführliche Beschreibung des Analyse-Prozesses; Begründung für die Verwendung einer TA; offene induktive Codierung; Anwendung von 6 Datenanalysephasen nach V.Braun und V.Clarke 2006
 - thematische Analyse: Unterthemen von > der Hälfte / Hauptthemen von allen 7 thematisiert
 - Zitate zur Veranschaulichung; Begründung der Struktur des thematischen Modells
 - kritische Reflexion der Rolle der Forschenden, Bias: keine Reflexion, Qualitätssicherung durch Anwendung der Gültigkeitskriterien für externe Heterogenität und interne Homogenität; thematischen Modell mit methodischen Experten validiert
 —> Analyseprozess ausführlich und nachvollziehbar beschrieben, Reflexion der Rolle der Forschenden fehlt auch hier, kein Bias aber verwendete Methoden zur Qualitätssicherung beschrieben

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

- gebündelte Darstellung als Abbildung in einem thematischen Modell sowie ausformuliert als Text, anhand der Haupt- und Unterthemen
 - Thematisierung des allgemeinen Widerspruchs zwischen den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen Forschung bei Fehlgeburten —> Quanti.: mäßige Depressionen + Angstzustände vs. Quali.: tiefe emotionale Reaktionen, längerer Prozess (letztere Frauen nehmen aber auch eher an freiwilliger qualitativer Forschung teil, Fehlgeburtserfahrungen tiefgreifend und quantitativ daher schwer zu erfassen)
 -Glaubwürdigkeit der Ergebnisse diskutiert; lediglich auf die kleine Stichprobe eingegangen + Qualitätssicherung durch Anwendung der Gültigkeitskriterien für externe Heterogenität und interne Homogenität; thematischen Modell mit methodischen Experten validiert

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature)
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: - spezifische Phasen im Prozess der Annahme von Fehlgeburten und Versöhnung von Frauen, Präventivmaßnahmen und praktische Empfehlungen; besondere Augenmerke genannt, jedoch nicht, ob dies neue Ergebnisse sind; Ergänzung zu vierstufigem Prozess → Neugewinn durch die Studie nicht klar hervorgehoben
- angesprochene Einschränkungen: kleine Stichprobe (ermöglichte gründliche Analyse) → jedoch geringe Übertragbarkeit; keine Verallgemeinerung möglich, keine vergleichende Analyse (jedoch auch nicht das Ziel der qualitativen Forschung)
- Forschungsbedarf: größere, repräsentative Studien zur Überprüfung dieser Ergebnisse; Ergänzung des theoretischen Modells durch quantitative Forschung mit größerer Stichprobe; Forschung mit Berücksichtigung anderer Aspekte (Gesundheitszustand, Substanz- und Medikamentenkonsum) und in spezifischen Situationen (wiederkehrende Fehlgeburten, Erfahrungen von Männern, etc.)

→ auf begrenzte Übertragbarkeit der Ergebnisse hingewiesen, Möglichkeiten zur weiterführenden Forschung genannt

→ Forschung mit geeignetem Design für die Erfassung von Erfahrungen, ermöglicht gründliche Analyse, jedoch geringe Übertragbarkeit aufgrund von kleiner Stichprobe; zudem Mängel in der Transparenz des Vorgehens (fehlende kritische Reflexion der Forschenden / Begründung des ausgewählten Forschungsdesigns); Analyse der Ergebnisse jedoch nachvollziehbar und Darstellung übersichtlich mit guter Anwendbarkeit durch praktische Handlungsempfehlung, quantitative Forschung als Überprüfung und Ergänzung der Ergebnisse sinnvoll

V.I.III Omar et al., 2019 [25]

Paper for appraisal and reference: „Culpability, blame, and stigma after pregnancy loss in Qatar“ (Omar et al., 2019)

Section A: Are the results valid?

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- what was the goal of the research
 - why it was thought important
 - its relevance

Comments: - Ziel: Untersuchung der Auswirkungen des kulturellen Kontextes auf die Erfahrung einer Fehlgeburt
- Fokus: Verbinden von Elementen von Stigmatisierung und Schuld mit Vorstellungen von Fehlgeburts-Ätiologie und Risiko von katarischen Frauen
- Relevanz: Schwangerschaftsverlust in westlicher Gesellschaft selten öffentlich diskutiert, Selbstwertgefühl mit Potenzial für Fortpflanzung verbunden, Schuldreaktionen nach einer Fehlgeburt durch religiöse, kulturelle und staatliche Betonung des Pronatalismus in Katar, Gesundheit von Frauen im Nahen Osten

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
 - Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: - ethnographische Forschung
- „qualitatives Design mit tiefgehenden Begegnungen eignet sich aufgrund des intimen und persönlichen Charakters dieses Themas in einzigartiger Weise“ —> in extra Veröffentlichung beschrieben (Kilshaw et al., 2017)

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: - Design: siehe 2.; Feldarbeit aus 2 Phasen: zunächst mit 20 Schwangeren —> Infos über SWS und Vorstellungen vom Fötus; um zu verstehen was verloren geht; dann mit 40 katarischen Frauen, die kürzlich eine Fehlgeburt hatten = Primärteilnehmerinnen; + Interviews mit 20 Familienangehörigen und Ehemännern —> zusätzliches Material über Verlusterfahrung im Kontext der Familie, Erwartungen an die Weiblichkeit
—> geeignetes qualitatives Design, mit umfassender Beleuchtung der Thematik aus 3 verschiedenen, relevanten Gruppen der Gesellschaft; eignet sich aufgrund des intimen, persönlichen Charakters des Themas

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- zielgerichtete Stichprobe der n=40 Primärteilnehmerinnen (Hauptansprache richtet sich an sie), Identifizierung von potenziellen Probandinnen zunächst im Women's Hospital-Hamad Medical Corporation, Aushändigung eines gedruckten Informationsblatt über das Projekt
 -Einschlusskriterien: Frauen, zwischen 18 und 50 Jahren, die in den letzten 6 Monaten eine Fehlgeburt vor der 20.SSW erlebt hatten, mit „normalen Risiko“

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
 - If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

-Ausschlusskriterien: drei oder mehr aufeinanderfolgende Fehlgeburten (da ggf. medizinische Ursache für die Fehlgeburt / „Hochrisiko“); andere Gründe für Nicht-Teilnahme angegeben; transparent, wenn auch etwas unübersichtlich dargestellt
 - Rekrutierung der n=20 Familienmitglieder / Ehemänner aus kultureller Sensibilität und Privatsphäre durch Hauptteilnehmerinnen; schwierig aufgrund der Natur der katarischen Gesellschaft
 → ursprüngliche Zahl der rekrutierten nicht bekannt, sonst detailliert dargestellt und begründet

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
 - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

-Teilnehmer:innenbeobachtung und halbstrukturierte Interviews an mehreren Standorten (klinisch / nicht-klinisch), 40-120 Minuten, z.T. mehrmals (2-6x), um detaillierte und nuancierte Daten zu sammeln, Datenerhebung bis Sättigung erreicht war
 -Interviewskript: Details über Fehlgeburten, Vorstellungen von Kausalität und Risiko, vorbeugende Maßnahmen, Gefühle über Verlust → nur theoretisch beschrieben, kein Einblick in die tatsächlichen Fragen
 - neutrale Formulierung der Fragen, offen Fragen, um Vorurteile zu vermeiden
 - durchgeführt von 2 zweisprachigen wissenschaftl. Mitarbeiterinnen (englisch, arabisch), Absolventinnen der Biomedizinwissenschaften, Erfahrung in der Forschung im Bereich der Frauengesundheit; Gewährleistung einer hohen Qualität und Konsistenz der Daten durch spezielle Schulung in anthropologischen Feldforschungsmethoden; z.T. Anwesenheit des PI zur Qualitätssicherung
 - Testung der Umfragefragen und Übung der Forschenden in einer Stichprobe von 5 Proband:innen
 → Auswahl der Methode und Schulung der Forschenden, Dauer, Ort der Interviews detailliert beschrieben, Bestrebungen zur Qualitätssicherung und umfassenden Ergebnissen werden deutlich
 → selbst angesprochener Bias: anhaltende Beobachtung von Teilnehmenden

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: -Verzerrung durch anhaltende Beteiligung und anhaltende Beobachtung von Teilnehmenden durch zwei Forschende selbst als Verzerrung angesehen, z.T. bis zu 6 Interviews; Selbstreflexion nicht erwähnt
 - Forschende mit Erfahrung im Bereich der Frauengesundheit + zusätzliche Schulung + Anwesenheit des Studienleiters zur Qualitätssicherung
 -Entwicklung der Fragen bewusst und teilweise beschrieben; im Vorhinein getestet
 -> Bias vorhanden, selbst beschrieben, sonst Bemühung für hohe Qualität verdeutlicht

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments: -ethische Genehmigung von Weill Cornell Medicine-Qatar, Hamad Medical Cororation-Qatar und dem University College London
 - mündliche statt schriftliche Einwilligung, um Teilnehmende zu schützen
 -Zustimmung zur Veröffentlichung

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

- Induktive thematisch Codierung und Inhaltsanalyse durch Studienleiter:in und Forschungsmitarbeiter:in
 - Grundlage: tiefe Vertrautheit mit den Daten durch laufende Treffen und Diskutieren der sich abzeichnenden Erkenntnisse

Comments: - Identifizierung von Themen und Sortieren in Kategorien höherer Ordnung im Einklang mit konstanter Vergleichsmethode
 - Demografische Daten / Verwandtschaftsmuster mit einfachen deskriptiven Statistiken gesammelt und analysiert
 - Stets auf Wahrung der Anonymität geachtet
 - An COREQ-Richtlinien gehalten, vollständige Beschreibung der Methode in einer zusätzlichen Veröffentlichung—> Übersichtlichkeit eingeschränkt
 —> Analyse der Daten vergleichsweise kurz beschrieben, grundlegend jedoch nachvollziehbar

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: - 2 Hauptthemen: Rhetorik der Schuld, Selbstverweisung und Schuldgefühle sowie Einstellungen zu Fehlgeburten
 - Lediglich als Fließtext dargestellt, nach jedem Absatz ausführlich mit Zitaten ergänzt
 - Einblicke in verschiedene Szenarien, Rahmenbedingungen genannt
 - Glaubwürdigkeit durch zwei Analysierende
 - Verweis auf frühere, eigene Forschung mit eindeutigeren Ergebnissen
 - In Bezug auf eigentliche Forschungsfrage diskutiert, Ambivalenz und Bedeutung des Bewusstseins darüber verdeutlicht
 —> sinnvolle Untergliederung in 2 Hauptthemen und nachvollziehbare Unterstützung der Ergebnisse durch passende Zitate, jedoch Übersichtlichkeit durch lediglich Fließtext eingeschränkt, ergänzende Abbildung mit beeinflussenden Komponenten wäre wünschenswert, transparenter Umgang mit ambivalenten Einstellungen und Ergebnissen, betont Individualität und mögliche Einflussfaktoren

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: - Ausführliche Bezugnahme zu existierender Literatur; kein klares Hervorheben des Neugewinns durch die Ergebnisse
- Zukünftige Forschung: Programme zur Verbesserung der Gesundheitskompetenzen von Frauen im Kontext SWS, die Bemühungen fördern Stigmatisierung und Schuldgefühle zu reduzieren; keine ergänzende quantitative Studie vorgeschlagen
- Übertragbarkeit auf andere Populationen nicht angesprochen, jedoch auch sehr bewusster Fokus auf katarische Frauen gesetzt
—> trägt zum Verständnis bei, sensibilisiert, liefert aber keine allgemeingültigen Ergebnisse
- Insgesamt transparent, Übersichtlichkeit ausbaufähig

V.II AXIS-Checklisten: Bewertungen der Querschnittsstudien [20]

V.II.I De Roose et al., 2018 [27]

“Knowledge, attitude, and practices regarding miscarriage: A cross-sectional study among Flemish midwives.” (De Roose et al., 2018)				
	Questions	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		Wissen, Einstellungen und Praktiken von Hebammen in Bezug auf Fehlgeburten
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		KAP deskriptiv
3	Was the sample size justified?	X		n=647, nicht begründet
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	X		In flämischen Kliniken tätige Hebammen
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?	X		Grundgesamtheit: Flandern, alle Regionen vertreten
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?	X		Klinikhebammen, Anfrage über die Klinik, nicht Einzelpersonen
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?		X	53,9% Antworten, keine weiteren Details
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?	X		
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?	X		Fragebogen inkl. MC-Fragen, Likert scale zuvor von einem Gremium bewertet, Anlehnung an bereits veröffentlichte KAP-Studie
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)	X		p ≤0,05 CI 95%
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	X		
Results				
12	Were the basic data adequately described?	X		Soziodemografisch, arbeitsbezogen
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?			X Moderate individuelle Ansprechrates 53,9 %, Gründe unbekannt, Stichprobe tzd. groß
14	If appropriate, was information about non-responders described?		X	Mutmaßlich auf hohe Arbeitsbelastung zu rückzuführen
15	Were the results internally consistent?	X		
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?			X überwiegend, jedoch in 3 statt 4 Point-Likert Scale angegeben
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?	X		Ausführlich, transparent und nachvollziehbar
18	Were the limitations of the study discussed?	X		Eingeschränkte Übertragbarkeit, moderate Ansprechrates, Fragebogen auf Grundlage anderer Quellen; lediglich Assoziationen
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?		X	Sehr ausführlich begründet
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X		schriftliche Einwilligung

V.II.II Watson et al., 2019 [28]

“Pregnancy and infant loss: a survey of families’ experiences in Ontario Canada” (Watson et al., 2019)				
	Questions	Yes	No	Don’t know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		„Erfahrungen der Eltern zum Zeitpunkt des Schwangerschafts- oder Säuglingsverlust in Bezug auf die verfügbaren oder benötigten Unterstützungen“
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		Bestandsaufnahme
3	Was the sample size justified?		X	
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	X		Menschen, die zum Zeitpunkt des Verlustes in Ontario lebten
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?	X		Zielgerichtete Stichprobe, möglichst viele Betroffene über Facebook-Seite von Bill 141 und der PAIL Network-Website; jedoch nicht festgelegt, wie lange der Verlust her sein darf (bei 10% >10 Jahre her)
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?			X Ggf. nehmen eher Personen an einer solchen Studie teil, die mit ihrer Unterstützung nicht zufrieden waren, fehlende Diversität
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?		X	Keine Daten zu ihnen bekannt (Anonymität)
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?	X		Besprochene oder in Anspruch genommene Betreuungs- und Unterstützungsangebote zum Zeitpunkt des Verlustes; aktuelle Lücken in der Betreuung und den Dienstleitungen; Erfahrungen mit einer Schwangerschaft nach einem Verlust
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?	X		59 Multiple-Choice-Fragen, likert scale, Freitext; Fragebogenentwicklung literaturbasiert und geprüft und mit n=5 Frauen, mit verschiedensten Verlusterfahrungen getestet
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)		X	Lediglich Prozentzahlen angegeben, keine Korrelationen hergestellt
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?		X	Deskriptive Statistik, numerische und tabellarische Zusammenfassung von Survey Monkey; nicht sehr detailliert beschrieben Zusätzlich thematische Analyse bei qualitativem Ansatz
Results				
12	Were the basic data adequately described?	X		
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?		X	Große Stichprobe, Umfrage von lediglich 79 nicht vollständig ausgefüllt
14	If appropriate, was information about non-responders described?		X	
15	Were the results internally consistent?	X		
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?			X Erfahrungen mit einer Schwangerschaft nach einem

				Verlust nicht beschrieben, sonst ausführlich und transparent
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?			X kein direkter Bezug mit belegenden Zahlen hergestellt; jedoch entsprechende Diskussion / Fazit
18	Were the limitations of the study discussed?	X		Self-selection, sampling, coverage bias; fehlende Diversität; beeinflussende Gestaltung des Fragebogens; zu starre Messinstrumente
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?		X	Laut Autoren nicht vorhanden
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X		Einwilligung nach Aufklärung durch Abschluss und Einreichung der Umfrage impliziert, + Kontaktinformationen für PAIL Network

V.II.III Galeotti et al., 2023 [29]

"An online survey of women's perceived care needs following miscarriage in hospital settings in Northern Ireland." (Galeotti et al., 2023)				
	Questions	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		Untersuchung der emotionalen Bedürfnisse von Frauen, die eine Fehlgeburt erlebt und ein Krankenhaus aufgesucht haben
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		Quantitative, internetbasierte Umfrage; Teil größerer Doktorandenstudie
3	Was the sample size justified?	X		n=723, Berechnung der Mindestgröße von 150-250 Frauen
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	X		Frauen, die in den letzten 5 Jahren eine Fehlgeburt hatten und ein Krankenhaus in Nordirland aufgesucht haben
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?			X Verbreitung des Umfragelinks in sozialen Medien, nicht genau beschrieben über welche
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?	X		Tzd. Self-Selection Bias
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?		X	Gründe nicht bekannt
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?	X		
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?	X		RIMS, Likert-Scale
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)			X Nicht im Vorfeld deutlich beschrieben: p < 0.01 CI 95%
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	X		Deskriptive Statistik: Pearson-Korrelation, mehrfache Regression, gepaarte t-test →

				übersichtlich in Tabelle zusammengefasst
Results				
12	Were the basic data adequately described?	X		
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?		X	Ausreichend große Stichprobe, tzd Self-Selection-Bias
14	If appropriate, was information about non-responders described?		X	
15	Were the results internally consistent?			X Daten zu Wohlfühlen zu Hause vs. im Krankenhaus bei zwei ähnlichen Fragen widersprüchlich, nicht darauf eingegangen
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	X		
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?	X		Auch widersprüchliche aber vor allem unterstützende Literatur in der Diskussion genannt, Schlüssige Argumentation
18	Were the limitations of the study discussed?	X		Eingeschränkte Übertragbarkeit, da nur in Nordirland durchgeführt; retrospektiv, self-reported data aber aufgrund von großer Stichprobe robust; Ergänzung durch qualitative Arbeiten sinnvoll
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?		X	Finanzierung transparent
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X		Informationsblatt, Einverständnisformular + Nachbesprechungsblatt mit relevanten Support-Kontaktnummern;

V.II.IV Iwanowicz-Palus et al., 2014 [30]

„High evaluation of medical staff by women after miscarriage during hospitalization” (Iwanowicz-Palus et al., 2014)				
	Questions	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?			X wenig übersichtlich dargestellt: Erfassen der Meinungen von Frauen mit einer Fehlgeburt, die während des Krankenhausaufenthaltes Hilfe und Unterstützung des medizinischen Personals benötigten
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		
3	Was the sample size justified?		X	n=303 (vollständig ausgefüllte Fragebögen von ursprünglich 350 Frauen)
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	(X)		Frauen, die vor mehreren Tagen (=ungenau) bis max. vor 2 Monaten einen SWS-Verlust hatten und medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben; Patientinnen der gynäkologischen Stationen sowie der Frauenambulanzen und

				Familienhebammen der Region Lublin (Polen)
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?			X Rekrutierungsprozess nicht klar beschrieben, wenn alle Patientinnen mit Fehlgeburt angesprochen wurden, dann ja
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?			X Rekrutierungsprozess nicht klar beschrieben, mutmaßlich über die medizinischen Einrichtungen, dann ja
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?		X	Nicht erwähnt
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?	X		
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?	X		Fragebogen auf relevanter Literatur erstellt, 5-point Likert Scale (Pilotstudien gingen voraus)
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)	X		p < 0,05
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	X		Statistische Analyse mit STATISTICA 9.0, Man-Whitney U test, Kruscal-Wallis test. Spearman's rank correlation
Results				
12	Were the basic data adequately described?	X		Ausführlich und übersichtlich
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?			X Nicht beschrieben, tzd. relative große Stichprobe
14	If appropriate, was information about non-responders described?		X	Nicht erwähnt
15	Were the results internally consistent?	X		
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	X		In Tabellen- und Text-Form
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?	X		Verschiedene Thematiken mit aktueller Literatur thematisiert und mit eigenen Daten gestützt / verglichen
18	Were the limitations of the study discussed?		X	Nicht erwähnt
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?		X	
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X		Information über freiwillige, anonyme Teilnahme

V.II.V Iwanowicz-Palus et al., 2021 [31]

„Social support and subjective assessment of psychophysical condition, health, and satisfaction with quality of life among women after pregnancy loss” (Iwanowicz-Palus et al., 2021)				
	Questions	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		Bewertung der Auswirkungen der sozialen Unterstützung auf den psychophysischen Zustand, die Gesundheit und die Zufriedenheit mit der Lebensqualität von Frauen nach Fehlgeburten und Eileiterschwangerschaften
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		diagnostische Umfrage aus zwei Teilen

3	Was the sample size justified?		X	645 Teilnehmende, 610 korrekt ausgefüllte Fragebögen (Wirksamkeitsindex 94,57%)
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	X		Diagnose eines einzelnen Spontanaborts bis zur 22. SSW oder einer Eileiterschwangerschaft
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?	X		Eingeschränkte Übertragbarkeit, da nur in KH mit hoher Versorgungsstufe, keine ambulanten SWS-Verluste miteinbegriffen, jedoch Ansprechen aller geeigneten Teilnehmenden als gut zu bewerten
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?	X		Geregelter Zeitpunkt (letzter Tag des KH-Aufenthaltes) Überprüfung der Ein-/Ausschlusskriterien im Vorfeld
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?		X	
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?	X		Unabhängige Variable: soziale Unterstützung Abhängige Variablen: psychophysischer Zustand, Gesundheit, Lebensqualität + Kovariaten/Soziodemografische Daten
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?	X		<u>Soz. Unterstützung</u> : Berlin Social Support Scales (BSSS) von R.Schwarzer, U.Schulz (cronbachsches Alpha 0,80 = gut) <u>Unterstützungsquelle</u> : 10-Punkte-Skala <u>Subjektive Bewertung ihres psychophysischen Zustands etc.:</u> 4-Punkte-Skala (cronbachsches Alpha 0,90 = exzellent)
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)	X		p<0,05
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	X		u.a. Mann-Whitney U-Test, Chi-Square Test, Spearman's Rank Correlation Coefficient, multiple Regressionsanalyse,... → sehr ausführlich beschrieben
Results				
12	Were the basic data adequately described?			
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?		X	Siehe 3.
14	If appropriate, was information about non-responders described?		X	
15	Were the results internally consistent?	X		
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	X		Übersichtlich und transparent in Tabellen- und Textform, keine Widersprüche
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?	X		Regelmäßige Bezugnahmen zu eigenen Daten, ausführliche, nachvollziehbare Diskussion
18	Were the limitations of the study discussed?	X		u.a. Querschnittscharakter → lässt keine Etablierung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen zwischen den gemessenen Variablen zu; Psychophysischer Zustand selbst bewertet; Keine

				Bewertung der individuellen Merkmale, die die Wahrnehmung der Variablen beeinflusst haben könnten → ausführlich und transparent auf Stärken und Grenzen eingegangen
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?		X	Laut eigener Aussage keine vorhanden
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X		Schriftliche Zustimmung

V.II.VI Freedle & Oliveira, 2022 [32]

„The relationship between disclosure, social reactions, rumination and posttraumatic growth following miscarriage.” (Freedle & Oliveira, 2022)				
	Questions	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		Erkunden der Beziehung zwischen Selbstoffenbarung, positiven sozialen Reaktionen auf die Offenbarung und kognitive Prozesse (z.B. Grübeln) zu den Erfahrungen von Frauen mit positiven psychologischen Veränderungen nach einer Fehlgeburt
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		retrospektiv
3	Was the sample size justified?		X	Große Stichprobe
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)	X		227 Frauen, die innerhalb der letzten 25 Jahre mind. 1 Fehlgeburt vor der 20. SSW hatten; ausführliche Ein- und Ausschlusskriterien
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?			X 18–45-jährige Frauen, die Social-Media nutzen, Self-Selection Bias
6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?			X Zufalls- und Schneeballverfahren über 2 Social-Media-Plattformen, Anzeige für 18 bis 45 Jahre; weit gefasster Zeitraum der Fehlgeburten (Recall-Bias)
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?			X Abbrechquote von 40,5%, Gründe dargelegt
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?			Offenlegung, Reaktionen auf die Offenlegung, ereignisbezogenes Grübeln, posttraumatisches Wachstum (PTG) + Verlustkontexte, demografische Daten
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?			Gängige Instrumente übersichtlich dargestellt: Inkl. x-Point-Likert Skalen <u>Selbstoffenbarung</u> : Distress Disclosure Index (DDI) <u>Soziale Reaktionen</u> : Social Reaction Questionnaire; (SRQ), <u>Grübeln</u> : Event related Rumination Inventory (ERRI)

				Posttraumatisches Wachstum: Posttraumatic Growth Inventory (PTGI) Cronbachs Alpha angegeben >0,7
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)			CI 95% p<0.05
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?			u.a. deskriptive Statistik, Pearson's correlation coefficient, hierarchische multiple Regression, Mediations Analyse → ausführlich für die jeweiligen Hypothesen beschrieben
Results				
12	Were the basic data adequately described?	X		Ausführlich in Text- und Tabellenform dargestellt
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?			X nicht thematisiert
14	If appropriate, was information about non-responders described?		X	
15	Were the results internally consistent?	X		
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	X		Ausführlich, nach Korrelationen der Variablen geordnet
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?	X		Ähnlich aufgebaut wie Ergebnisteil, Rückbezug zu Ergebnissen, ausführlich mit bestehender Literatur verglichen
18	Were the limitations of the study discussed?	X		Ausführlich auf Limitationen eingegangen
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?		X	Nicht thematisiert
20	Was ethical approval or consent of participants attained?	X		Zustimmung zur Teilnahme über die Umfrage

V.II.VII Bommaraju et al., 2016 [33]

“Situating stigma in stratified reproduction: Abortion stigma and miscarriage stigma as barriers to reproductive healthcare” (Bommaraju et al., 2016)				
	Questions	Yes	No	Don't know/ Comment
Introduction				
1	Were the aims/objectives of the study clear?	X		Untersuchung, der Zusammenhänge der Ethnizität, der gemeldete Abtreibungs-/Fehlgeburtsgeschichte und der Stigmatisierung
Methods				
2	Was the study design appropriate for the stated aim(s)?	X		Quantitative Querschnittsstudie im Rahmen eines größeren Projekts zur Dokumentation der Fortpflanzungserfahrungen, selbstverwaltete Fragebögen
3	Was the sample size justified?		X	n=306, Rücklaufquote von 78% (ursprünglich n=454)
4	Was the target/reference population clearly defined? (Is it clear who the research was about?)			Frauen, >18J., die vor max. 3 Tagen ihre erste Lebendgeburt einem der 2 KH in Boston oder Cincinnati hatten (28,1% Fehlgeburt gemeldet)
5	Was the sample frame taken from an appropriate population base so that it closely represented the target/reference population under investigation?	X		Rekrutierung während stationärer postpartum Zeit, aus heterogener Population

6	Was the selection process likely to select subjects/participants that were representative of the target/reference population under investigation?	X		Hohe Wahrscheinlichkeit Frauen mit passenden Kriterien rekrutieren zu können
7	Were measures undertaken to address and categorise non-responders?		X	
8	Were the risk factor and outcome variables measured appropriate to the aims of the study?	X		Wahrnehmung des Abtreibungsstigmas (ASP) Wahrnehmung des Fehlgeburtstigmas (MSP) Vergleichende Stigma-Wahrnehmung (ASP minus MSP)
9	Were the risk factor and outcome variables measured correctly using instruments/measurements that had been trialled, piloted or published previously?		X	Selbstentwickelte Skalen genutzt <u>Ethnizität</u> : „nicht-hispanische Weiße“, „nicht hispanische Schwarze“, „Latinas“ <u>Stigma</u> : Index berechnet anhand 4-Point-Likert-Skala bezüglich Fehlgeburtstigma MSP ($\alpha = 0,78$) und Abtreibungstigma ASP ($\alpha = 0,86$); Stigma-Wahrnehmungsindex CSP ($\alpha=0,70$) selbst erstellt <u>Vorgeschichte mit Abtreibung/Fehlgeburt</u> : konkrete Fragen zu Art der Erfahrungen damit
10	Is it clear what was used to determined statistical significance and/or precision estimates? (e.g. p-values, confidence intervals)	X		$p < 0,05$ ($< 0,01$, $< 0,001$) CI 95%
11	Were the methods (including statistical methods) sufficiently described to enable them to be repeated?	X		Multiple lineare Regression Bivariate Analyse Recht knapp aber nachvollziehbar beschrieben
Results				
12	Were the basic data adequately described?			
13	Does the response rate raise concerns about non-response bias?		X	Große Stichprobe
14	If appropriate, was information about non-responders described?		X	
15	Were the results internally consistent?			
16	Were the results presented for all the analyses described in the methods?	X		Ausführlich in Text- und Tabellenform
Discussion				
17	Were the authors' discussions and conclusions justified by the results?	X		
18	Were the limitations of the study discussed?	X		Zuverlässige interne Validität, nicht auf externe überprüft; keine geografisch repräsentative Stichprobe; schließt Frauen aus, die kein lebendes Kind haben; signifikant unterschiedliche Verteilung der Berichte je nach Ethnizität
Other				
19	Were there any funding sources or conflicts of interest that may affect the authors' interpretation of the results?			X nicht erwähnt
20	Was ethical approval or consent of participants attained?			Genehmigt Einverständniserklärung eingeholt

VI. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Luna Zoé Conrad, geboren am 21.04.2001 in Veltheim (Ohe), dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Kleine Geburt mit großer Bedeutung – Das Potenzial der Hebammenbetreuung im Kontext der Entstigmatisierung von Fehlgeburten“ 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, 20.11.2023

Ort, Datum, Unterschrift