



**Bachelorarbeit**  
**Hebammenwissenschaft B.Sc.**

Ganzheitliche Wochenbettbetreuung nach einer Totgeburt -  
Ein Versorgungsplan für Hebammen

Vorgelegt von: Claudia Rebecca Victoria Constanze Schäffler, [REDACTED]  
Hamburg, 20. November 2023

Erstprüfende: Dr. Nina Reitis  
Zweitprüfende: Prof. Dr. Claudia Limmer

## **Vorwort**

Die Idee für meine Bachelorarbeit hatte ihren Ursprung während meines außerklinischen Einsatzes. Ich durfte im Rahmen von zwei Trauerkursen für verwaiste Eltern 16 Schicksale kennenlernen. Es waren die Schicksale von 16 Babys, die auf dieser Erde nicht verweilen durften. Jede einzelne der persönlichen Geschichten hat mich sehr berührt – an dieser Stelle danke ich den betroffenen Eltern für das mir entgegengebrachte Vertrauen und die Bereitschaft, ihre jeweilige Geschichte mit mir zu teilen.

Die betroffenen Familien haben von sehr verschiedenen Erfahrungen in Bezug auf das Betreuungsausmaß und der Art der Begleitung von ihrer Hebamme im Wochenbett berichtet. Hierbei habe ich eine Idee davon bekommen, welchen Stellenwert dies für die Bewältigung des Schicksals hatte – dies hat mich zum Nachdenken angeregt.

Mit dieser Arbeit möchte ich einen Beitrag für die Praxis leisten und Hebammen in der ambulanten Wochenbettbetreuung eine Handreichung für die Begleitung von Familien nach einer Totgeburt mitgeben.

Ich hoffe, dass meine Arbeit einen Unterschied für die betroffenen Familien macht.

Schließlich hoffe ich, dass sie für ihre Elternschaft Anerkennung erfahren und ihre Kinder in ihrem Umfeld und in der Gesellschaft wahrgenommen werden.

An dieser Stelle möchte ich meiner Erstgutachterin Dr. Nina Reitis einen großen Dank für das Teilen ihrer umfangreichen Expertise und ihre wertvolle Unterstützung bei der Betreuung dieser Arbeit aussprechen.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich Frau Dr. Daniela Vogel, der ich vor 3,5 Jahren versprochen habe, sie in meiner Bachelorarbeit zu erwähnen und der ich nun am Ende meines Studiums ein „Dankeschön“ schicke – Versprechen eingehalten.

Ich danke „FF“ und „MM“ für den Beistand während dieser kompletten Zeit sowie meiner Schwester für den emotionalen Zuspruch.

Ein besonderer Dank gilt meinem Mann Sebastian und meinen Kindern Emilia, Louisa und Gregor, die im Rahmen des dualen Studiums viel zu oft auf mich verzichten mussten, die mich aber dennoch immer unterstützt und an mich geglaubt haben.

Hinweise zum Sprachgebrauch:

In der vorliegenden Arbeit geht es um Prozesse, die im biologischen Sinne Frauen vorenthalten sind. Die in der Arbeit verwendete Literatur bezieht sich auf „Frauen“ und „Mütter“. Diese Bezeichnungen wurden im Rahmen dieser Arbeit übernommen, sollen aber alle Menschen mit Uterus, die gebären, miteinbeziehen und keine geschlechtsspezifische Diskriminierung darstellen.

Die Berufsbezeichnung „Hebamme“ umfasst gemäß § 3 des Hebammengesetzes (HebG) alle Berufsangehörigen und schließt damit alle Geschlechter (m/w/d) ein.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf der Hebammenbetreuung im Wochenbett. Diese Form der Betreuung findet sich nur in wenigen weiteren Ländern. Die unterschiedlichen Berufsbezeichnungen, die es für die postnatale Betreuung von Familien gibt, werden im Verlauf dieser Arbeit unter dem Begriff „Gesundheitsfachkräfte“ zusammengefasst. Die erarbeiteten Handlungsempfehlungen sind auf den Aufgabenbereich der Hebamme zu übertragen.

## Abstract

Weltweit werden jedes Jahr zwei Millionen Kinder tot geboren, davon mehr als 4000 in Deutschland. Hinter jeder dieser Zahlen steht eine trauernde Frau mit ihren Angehörigen. In Deutschland haben Frauen nach Schwangerschaft und Geburt Anspruch auf Hebammenbetreuung im Wochenbett, die neben der medizinischen auch psychologische sowie soziale Faktoren berücksichtigen soll. Die Studienlage deutet darauf hin, dass eine sensible und kompetente Betreuung für die physische und psychische Gesundheit Betroffener von Bedeutung ist. Studien zeigen aber auch, dass Hebammen sich hierbei überfordert fühlen. Ziel dieser Arbeit ist es, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen herauszuarbeiten, um diese, im Rahmen eines Versorgungsplanes, betreuenden Hebammen als Handreichung zur Verfügung zu stellen. Als Grundlage hierfür wird eine systematische Literaturrecherche in den relevanten Datenbanken durchgeführt. Hierbei werden vier Systematic Reviews sowie zwei qualitative Studien als für diese Arbeit relevant identifiziert. Die Betreuungspunkte, die zu einem verbesserten Outcome – in Bezug auf einen physiologischen Trauer- sowie Wochenbettverlauf – führen, werden herausgearbeitet und in einen Versorgungsplan implementiert. Hierbei erfolgt die Aufteilung in drei Bereiche: Der Bereich **physisch** umfasst einzelne Unterpunkte zu den Themen der *körperlichen Rückbildung*, der *Laktation* und der *Sexualität* sowie Informationen zu dem positiven Effekt von *körperlicher Aktivität*. Für den Bereich **psychisch** lassen sich die Unterpunkte *Personifizierung*, *Anerkennung*, *Essentielles*, *Professionelle Hilfe* sowie *Erinnerungen und Rituale* identifizieren. Der Bereich **Soziales** lässt sich in die Unterpunkte *soziales Umfeld*, *weitere Unterstützung*, *Angehörige*, *Partnerschaft*, *kulturelle Besonderheiten* und *Organisatorisches* aufteilen. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Personifizierung des Kindes sowie die Anerkennung der Elternschaft als bedeutsamste Indikatoren für ein verbessertes Outcome herausgearbeitet werden. Ebenfalls einen positiven Einfluss hierauf hat das Teilen von Erinnerungen an das verstorbene Kind. Damit kann zudem einer Stigmatisierung in der Gesellschaft entgegengewirkt werden. Es wird anhand der eingeschlossenen Literatur erneut deutlich, dass Gesundheitsfachkräfte Fortbildungsbedarf im Umgang mit trauernden Eltern benötigen. Die Studienlage sowie diese Arbeit zeigen darüber hinaus auf, dass weiterer Forschungsbedarf besteht.

# Inhaltsverzeichnis

## Abbildungsverzeichnis

## Tabellenverzeichnis

## Abkürzungsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Hintergrund</b> .....	<b>2</b>
	2.1 Definition Totgeburt .....	2
	2.2 Anspruch auf Hebammenleistung im Wochenbett .....	3
	2.3 Wochenbett .....	3
	2.4 Wochenbett in Trauer .....	4
	2.5 Richtlinien/Handlungsempfehlungen für in Deutschland tätige Hebammen .....	5
	2.6 Versorgungslücke und daraus resultierende Forschungsfrage .....	6
	2.7 Ziel dieser Arbeit.....	6
<b>3</b>	<b>Methodik</b> .....	<b>6</b>
	3.1 Auswahl der Datenbanken und methodisches Vorgehen.....	6
	3.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	8
	3.3 Suche in den Datenbanken.....	8
	3.3.1 PubMed .....	8
	3.3.2 Cinahl .....	9
	3.3.3 PsychInfo.....	9
	3.3.4 Cochrane .....	10
	3.4 Vorstellung einbezogener Literatur .....	11
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>12</b>
	4.1 Ergebnisse der eingeschlossenen Reviews und Studien .....	12
	4.2 Erstellung des Versorgungsplanes .....	19
	4.2.1 Physisch.....	19
	4.2.2 Psychisch.....	20
	4.2.3 Soziales .....	22
	4.3 Visualisierung des Versorgungsplans .....	23

<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>25</b>
5.1	Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung .....	25
5.2	Implikationen der Ergebnisse für die Praxis .....	29
5.3	Diskussion der gewählten Methode .....	31
<b>6</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>33</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>36</b>
<b>I.</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>I</b>
Ia	Detaillierte Übersicht der inkludierten Studien.....	I
Ib	Übersicht der inkludierten Studien in den Systematic Review .....	V
Ic	Übersicht der Doppelungen .....	VIII

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Flow-Chart, eigene Darstellung .....	10
Abbildung 2: Versorgungsplan Physisch, eigene Darstellung.....	23
Abbildung 3: Versorgungsplan Psychisch, eigene Darstellung.....	24
Abbildung 4: Versorgungsplan Soziales, eigene Darstellung .....	24

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Kernbegriffe, eigene Darstellung .....	7
Tabelle 2: Eingeschlossene Studien, eigene Darstellung.....	11

## Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
DHV	Deutscher Hebammenverband e.V.
IGEL-Leistungen	Individuelle Gesundheitsleistungen
med.	medizinisch
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomized Controlled Trial (dt.: Randomisierte kontrollierte Studie)
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
SSW	Schwangerschaftswoche
WHO	World Health Organization (dt.: Weltgesundheitsorganisation)

## 1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt an, dass sich weltweit jährlich fast zwei Millionen Totgeburten ereignen. Dies bedeutet, dass nahezu alle 16 Sekunden ein Baby vor oder während der Geburt nach der 28. Schwangerschaftswoche verstirbt (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2023). In Deutschland sind im Jahr 2021 4.205 Kinder perinatal verstorben (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen [IQTIG], 2021). Zudem ist festzustellen, dass die Zahl der Totgeburten in Deutschland in den vergangenen Jahren gestiegen ist. So war zwischen 2007 und 2021 ein Anstieg um 24% zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2022). Diese Entwicklung unterstreicht die Notwendigkeit, sich näher mit dem Thema der Totgeburt auseinanderzusetzen.

Eine Totgeburt (engl.: stillbirth) stellt eine starke Belastung für die betroffenen Familien dar. Das gilt insbesondere für die Frau, welche die physische Rückbildung durchlebt und den Verlust des Kindes verarbeiten muss. Die Studienlage zeigt, dass das Erleben einer Totgeburt Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit von Eltern hat (Burden et al., 2016). Ferner wird in der Literatur beschrieben, dass Eltern, die eine Totgeburt erleiden, ein erhöhtes Risiko haben, psychisch zu erkranken. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass eine sensible und kompetente Betreuung nach einer Totgeburt von hoher Relevanz ist und die psychischen Probleme langfristig verringern kann (Flenady et al., 2014).

Während der Zeit nach der Geburt bedürfen Mütter eines besonderen Schutzes. So dürfen sie laut Gesetz acht Wochen nach der Geburt unter Bezug ihres vollen Gehalts nicht als Angestellte beschäftigt werden. Dieser Anspruch besteht auch nach Totgeburten (§ 3 MuSchG). Der Einschluss der Phase nach Totgeburten unterstreicht die Schutzbedürftigkeit der Betroffenen und macht die Dringlichkeit deutlich, Mütter in dieser Zeit nicht allein zu lassen.

Gesetzlich krankenversicherte Frauen in Deutschland haben einen Anspruch auf Hebammenhilfe über den gesamten Betreuungsbogen (Sayn-Wittgenstein, 2007, S. 24). Für die Zeit des Wochenbettes umfasst dies die Betreuung durch eine Hebamme ab dem Zeitpunkt nach der Geburt bis zur Vollendung von zwölf Wochen danach, mit der Möglichkeit einer Verlängerung mit ärztlichem Attest (§ 24d, SGB V), unabhängig davon, ob das Kind lebend oder tot geboren wird. Diese Vorgaben beziehen sich auf die gesetzlichen Krankenkassen. Die privaten Krankenkassen werden hierbei nicht berücksichtigt und müssen gesondert betrachtet werden.

Das Hamburger Hebammengesetz besagt, dass examinierte Hebammen befähigt sein sollen, „bei der Betreuung sowie Aufklärung neben medizinischen auch soziale und psychosoziale Faktoren, insbesondere in belastenden Lebenssituationen (...) zu berücksichtigen“ (§ 2 Abs 2

Satz 2 HmbHebG). Die Begleitung von Totgeburten ist Teil der Ausbildung von Hebammen. Dies findet sich in der Studien- und Prüfungsverordnung (HebStPrV, 2020) wieder. Jedoch zeigt die Literatur, dass sich Hebammenstudent:innen nach ihrer Berufszulassung für eine adäquate Betreuung von Familien mit Totgeburten nicht genug ausgebildet fühlen (Homer et al., 2016). Der perinatale Tod stellt aber auch erfahrene Hebammen vor eine Herausforderung. Die Studienlage zeigt auf, dass die peri- und postnatale Begleitung von Totgeburten sowohl in beruflicher als auch persönlicher Hinsicht erhebliche Auswirkungen auf Geburtshelfer:innen hat. (Flenady et al., 2014). Es lässt sich ein signifikanter Zusammenhang der psychischen Gesundheit von Hebammen mit belastenden Ereignissen, wie einer Totgeburt, beobachten (Ravaldi et al., 2022). Aus der Literatur wird deutlich, dass ein Weiterbildungsbedarf von Gesundheitsfachkräften im Bereich der Betreuung von Totgeburten besteht (Almeida et al., 2016; Fenwick et al., 2007; Flenady et al., 2014; Ravaldi et al., 2022; Shakespeare et al., 2020; Sharma et al., 2022; "Supporting Women, Families, and Care Providers after Stillbirths," 2016).

Bislang fehlen Handlungsempfehlungen für die ambulante Hebammenversorgung nach einer Totgeburt. Im Rahmen dieser Arbeit sollen auf Basis der originären Hebammenbetreuung evidenzbasierte Handlungsempfehlungen erarbeitet werden, die in einem zu erstellenden Versorgungsplan zusammengefasst werden. Der Plan soll Informationen und Handlungsempfehlungen für die betreuenden Hebammen im Wochenbett geben. Dadurch sollen sie im Umgang mit Wochenbettverläufen nach einer Totgeburt an Sicherheit gewinnen und in ihrer Kompetenz gestärkt werden. Zugleich sollen sie anhand des erstellten Plans die Grenzen ihrer Kompetenz erkennen können.

Der Versorgungsplan bezieht sich ausschließlich auf die Betreuung nach Totgeburten. Die Betreuung und Trauerprozesse nach Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten bedürfen ebenso besonderer Aufmerksamkeit, bringen jedoch andere Schwerpunkte mit sich und sind deshalb nicht Gegenstand dieser Arbeit.

## **2 Hintergrund**

Zur Erstellung eines Versorgungsplanes muss zunächst recherchiert werden, welche Vorgaben für die Wochenbettbetreuung nach einer Totgeburt bestehen. Darüber hinaus werden in diesem Kapitel die erforderlichen Hintergrundinformationen erläutert.

### **2.1 Definition Totgeburt**

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen zur Totgeburt. Die WHO definiert eine Totgeburt als ein Baby, das nach der 28. Schwangerschaftswoche (SSW) vor oder unter der

Geburt verstirbt (WHO, 2023). Insbesondere hinsichtlich der relevanten SSW unterscheiden sich international die Definitionen einer Totgeburt.

Bei dieser Arbeit handelt es sich um die Wochenbettbetreuung nach einer Totgeburt in Deutschland, so dass für den zu entwickelnden Versorgungsplan die im Gesetz geregelten Bestimmungen maßgeblich sind. In Deutschland wird nach geltender Personenstandsverordnung definiert, dass eine „Lebendgeburt (vor)liegt, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Hat sich keines der (...) genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde“ (§ 31 PStV).

## **2.2 Anspruch auf Hebammenleistung im Wochenbett**

Den Anspruch auf Hebammenhilfe während der Schwangerschaft, bei und nach der Geburt sowie für die Wochenbettbetreuung ergibt sich aus dem Sozialgesetzbuch (SGB V, § 24d). Hebammen können ihre Leistungserbringung mit den Krankenkassen abrechnen. Die Art der Leistung sowie die Höhe der Vergütung ist im Hebammenhilfevertrag und seinen Anlagen geregelt. Dieser wurde zwischen den Hebammenverbänden und dem GKV-Spitzenverband vereinbart und zielt auf „die Förderung des regelrechten Verlaufs von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft durch Leistungen der Hebammenhilfe“ (GKV-Spitzenverband, 2015). Innerhalb der ersten zehn Tage kann die Hebamme maximal 20 Wochenbettbetreuungen abrechnen, für den Zeitraum vom 11. Wochenbetttag bis zum Ablauf von zwölf Wochen weitere 16 Wochenbettbetreuungen. Diese stehen der Mutter mit und ohne Kind zu (GKV-Spitzenverband, 2019), so auch für Mütter mit tot geborenen Kindern.

## **2.3 Wochenbett**

Die medizinische Definition des Wochenbettes wird ab der Geburt der Plazenta bis sechs Wochen danach gezählt. Das frühe Wochenbett umfasst die Zeit vom ersten bis zehnten Tag, das späte Wochenbett gilt ab dem elften Tag bis zum Ende der ersten sechs Wochen. Fünf physische und psychische Vorgänge werden dem Wochenbett zugeordnet:

- Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung
- Laktation
- Rückbildung schwangerschafts- und geburtsbedingter Veränderungen
- Wundheilung
- Hormonelle Umstellung (Stiefel et al., 2020, S. 792)

Im Wochenbett sammeln, bewerten und dokumentieren Hebammen die genannten Vorgänge. Ferner begleiten sie die unterschiedlichen individuellen und dynamischen Anpassungsprozesse bei Mutter und Kind. Hierbei informieren und beraten sie die Familien nach deren individuellen Bedürfnisse (Harder et al., 2022, S. 336). Ein entsprechender Leitfaden für relevante Beratungsthemen ist in einschlägiger Fachliteratur zu finden (Harder et al., 2022, S. 339).

## **2.4 Wochenbett in Trauer**

Nach einer Totgeburt sollte die trauernde Familie möglichst von einer Hebamme mit einer speziellen Qualifikation für die Begleitung verwaister Eltern bzw. von einer Hebamme, die Kenntnisse über die Phasen der Trauer hat, begleitet werden (National Bereavement Care Pathway [NBCP], 2022). Die Betreuung soll „im Sinne einer kontinuierlichen und familienzentrierten Trauerbegleitung (...) unbedingt Standards für die Entlassung und weitere Begleitung der verwaisten Mütter vorliegen (haben) und individuell an die Bedürfnisse der Frau und ihrer Familie angepasst werden. (...) Ideal wäre, wenn Hebammen, Sozialarbeiterinnen, Babylotsinnen und Psychologinnen die Familien begleiten, um aus den unterschiedlichen Perspektiven Fortschritte und ‚Rückschritte‘ im Trauerprozess zu beobachten und gemeinsam Strategien zu entwickeln, wie die Ressourcen der Eltern gestärkt und Angebote zur Unterstützung entwickelt werden können“ (Harder et al., 2022, S. 228). Die Hebammenkunde beschäftigt sich sowohl mit der physischen Rückbildung als auch mit dem Trauerprozess. Die Rückbildung tritt demnach oftmals verzögert ein und spiegelt sich in dem schrittweisen Abschied der Frau von ihrem Kind wider, so dass sich die Rückbildungsprozesse in manchen Fällen erst nach der Bestattung des Kindes einstellen. Ferner gilt die Trauer als ein physiologischer Prozess, der mit Reaktionen auf verschiedenen Ebenen einhergeht. Der Trauerprozess verläuft individuell und in jedem Einzelfall unterschiedlich. Er wird meist in verschiedene Phasen unterteilt (Stiefel, Brendel, Bauer, et al., 2020, S. 903f). Die Beschreibung der einzelnen Phasen unterliegt verschiedenen Modellen (Bender, 2019, S. 27, Rechenberg-Winter & Fischinger, 2018, S. 33ff). Der für diese Arbeit relevante Hintergrund lässt sich anhand des Gezeitenmodells nach Smeding skizzieren. Nach diesem Modell nimmt die Trauer der Betroffenen im Verlauf ab und wieder zu, analog zu Ebbe und Flut, jedoch ohne einen festen Rhythmus. Die Trauer endet hiernach nie, lässt sich aber in das Leben integrieren, so dass Betroffene mit ihr umgehen können. Die Autor:innen gehen davon aus, dass jeder trauernde Mensch die notwendigen Ressourcen für einen physiologischen Trauerprozess hat. Die Begleiter haben die Aufgabe, Trauernde dabei zu unterstützen, diese Ressourcen (wiederzu-) entdecken (Smeding & Heitkönig-Wilp, 2014, S. 140ff). Es ist zu beachten, dass der Trauerprozess niemals gleich verläuft, da er von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Die einzelnen Phasen können nicht nur nacheinander, sondern auch gleichzeitig auftreten. Ebenso können sie sich wiederholen (Harder et al., 2022, S. 220f).

## **2.5 Richtlinien/Handlungsempfehlungen für in Deutschland tätige Hebammen**

### **Der Hebammenhilfevertrag**

In den Anlagen des Vertrages über Hebammenhilfe im Wochenbett und in der Stillzeit sind unterschiedliche Leistungen beschrieben. „Die Befunderhebung erfolgt situationsangepasst am Bedarf von Mutter und Kind (...) unter Berücksichtigung der medizinischen, sozialen und psychosozialen sowie wirtschaftlichen Rahmenbedingungen...“ (GKV-Spitzenverband (2018). Einzeln aufgeführt sind unter anderem Leistungen für eine „besondere Unterstützung bei der Verarbeitung traumatischer Schwangerschafts- oder Geburtserfahrungen und -situationen“ (GKV-Spitzenverband, 2018). Unter der Position „Leistungen während der Geburt“ sind zusätzliche Leistungen für die Betreuung während der Geburt eines verstorbenen Kindes aufgeführt (GKV-Spitzenverband, 2018). Für die Leistungserbringung sowie den Umfang der Betreuung im Wochenbett nach einer Totgeburt ist keine eigene Position vorzufinden.

### **Hamburger Berufsordnung**

Die Berufsordnungen der Bundesländer legen die maßgeblichen Aufgaben von Hebammen in Deutschland fest. Diese Arbeit orientiert sich an der Hamburger Berufsordnung. Diese besagt, dass Hebammen „bei der Betreuung neben medizinischen auch soziale und psychosoziale Faktoren, insbesondere in belastenden Lebenssituationen...(berücksichtigen)“ (§ 2 Abs 2 Satz 2 HmbHebG). Die ambulante Betreuung einer Frau und ihrer Familie im Wochenbett ist als belastende Lebenssituation anzusehen und stellt auch eine besondere Herausforderung für die Hebamme dar. Es ist keine Handlungsempfehlung für diese Situation vorzufinden (§ 2 Abs 2 Satz 2 HmbHebG).

### **Leitlinien**

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) wurde als weitere Quelle für evidenzbasierte Handlungsempfehlungen herangezogen. Die AWMF e.V. erarbeitet in unterschiedlichen Arbeitskreisen Leitlinien von grundsätzlichen und fachübergreifenden Fragestellungen in der wissenschaftlichen Medizin. Diese werden im AWMF-Leitlinienregister veröffentlicht (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2023). In Bezug auf die Betreuung von Frauen und ihren Familien nach einer Totgeburt liegt derzeit keine spezifische Leitlinie vor. Die Fertigstellung der Leitlinie zur „Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie“ ist für Ende Februar 2025 geplant. In dieser sollen laut Zielorientierung die Zeit nach dem Versterben des Kindes explizit mit einbezogen werden, so dass sich zukünftig evtl. Erkenntnisse auf die ambulante Hebammenbetreuung im Wochenbett übertragen lassen (AWMF, 2023).

## **2.6 Versorgungslücke und daraus resultierende Forschungsfrage**

Die aufgeführten Richtlinien und Vorgaben für Hebammen haben aufgezeigt, dass keine Handlungsempfehlungen für die ambulante Hebammenbegleitung bei Totgeburten im Wochenbett vorhanden sind. Die Begleitung fällt jedoch einschließlich der psychosozialen und sozialen Betreuung eindeutig in die Aufgabe der Hebamme. Nach der Studienlage fühlen sich Hebammen bei der Betreuung von Totgeburten überfordert (Ravaldi et al., 2022). Daraus lässt sich die Notwendigkeit von Standards und Handlungsempfehlungen ableiten, welche dazu dienen, die Versorgungslücke in dem beschriebenen Bereich zu schließen. Vor diesem Hintergrund wird die Forschungsfrage in Anlehnung an das PICO-Schema (Ritschl et al., 2023, S. 323) ohne Kontrollgruppe (C) entwickelt:

„Welche hebammengeleiteten Behandlungsschritte/Maßnahmen (I) helfen Eltern nach einer Totgeburt (P) zu einem verbesserten Outcome unter Einbeziehung von medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten (O)?“

## **2.7 Ziel dieser Arbeit**

Ausgehend von der vorstehenden Forschungsfrage soll ein evidenzbasierter Versorgungsplan entstehen. Dieser soll Hebammen, die Familien nach einer Totgeburt im ambulanten Wochenbett begleiten, Handlungsempfehlungen zu medizinischen, psychischen und sozialen Aspekten in der Betreuung geben. Betroffene Eltern sollen dadurch einen positiven Effekt auf ihre physische und psychische Gesundheit erlangen. Die dargestellten Empfehlungen werden auf Grund neuester Studienerkenntnisse im Versorgungsplan evidenzbasiert zusammengefasst.

# **3 Methodik**

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise ausführlich beschrieben. Für die Entwicklung eines evidenzbasierten Versorgungsplanes wird im ersten Schritt eine systematische Literaturrecherche in ausgewählten Datenbanken durchgeführt. Hierfür werden zunächst Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Im Anschluss an die Recherche wird die eingeschlossene Literatur vorgestellt.

## **3.1 Auswahl der Datenbanken und methodisches Vorgehen**

Bei der Literaturrecherche wurden die gängigen medizinischen und wissenschaftlich fundierten Datenbanken PubMed, cinahl und Cochrane sowie Psychinfo<sup>4</sup> genutzt. Die Geburt sowie der postpartale Verlauf werden aus medizinischer Sicht betrachtet. Hierfür finden sich in PubMed und cinahl geeignete Artikel, die für diese Arbeit in Frage kommen können. Für Handlungsempfehlungen ist die Einbeziehung von Cochrane<sup>3</sup> unverzichtbar. Psychinfo liefert einen umfassenden Überblick in den Bereich der Psychologie und wird hinzugezogen, da die psychische und die psychosoziale Komponente des Wochenbettverlaufs nach einer Totgeburt

besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. In Kombination decken die Datenbanken sowohl die physischen als auch die psychischen Aspekte der Wochenbettbetreuung nach einer Totgeburt ab. Klinische Empfehlungen sollen auf Basis einer systematischen Literaturrecherche erfolgen (Herkner & Müllner, 2011, S. 173). Hierfür werden zu Beginn die Kernbegriffe des Themas dieser Arbeit identifiziert. Die Begriffe „Totgeburt“ und „Wochenbett“ ergeben sich aus der Fragestellung und sind deshalb zentrale Begriffe für diese Arbeit. Neben den physischen Vorgängen im Wochenbett ist die Trauer nach einer Totgeburt bedeutsam, so dass „Trauer“ als weiterer Kernbegriff definiert wurde. Die Handlungsempfehlungen leiten sich aus den Bedürfnissen der betroffenen Frauen bzw. beider Eltern ab, so dass „Bedürfnisse“ ebenfalls als Kernbegriff aufgenommen wurde. Die Anwender:innen des Versorgungsplanes sind Hebammen, folglich stellt „Hebamme“ einen weiteren Kernbegriff dar. Die Hebammenbetreuung, wie sie in Deutschland Teil des Gesundheitssystems ist, findet sich in nur wenigen Ländern wieder, so dass bei der Literatursuche mit dem Kernbegriff „Gesundheitsfachberufe“ ähnliche Funktionsgruppen miteingeschlossen werden und auf die Arbeit der Hebammen in Deutschland übertragen werden sollen. Die Fragestellung bezieht sich auf die Betreuung im Wochenbett in Deutschland. Es wurde auf Grund der Vollständigkeit eine erste Abfrage jeweils mit den deutschen Suchbegriffen „Totgeburt“ und „Wochenbett“ durchgeführt, welche aber keine Ergebnisse erzielte. Dies war zu erwarten, da für eine erfolgreiche Literaturrecherche aufgrund der internationalen Forschung die Einbeziehung der englischen Begriffe unverzichtbar ist. Zudem werden deutsche Studien in englischer Sprache veröffentlicht. Die Eingrenzung auf Deutschland erfolgt in der Suche mit dem Begriff „Germany“. Einen Überblick der Kernbegriffe und Synonyme in englischer Sprache zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Kernbegriffe, eigene Darstellung

#	Kernbegriffe	Synonyme
#1	Totgeburt	IUFT OR (intrauterine death) OR (intra-uterine death) OR (fetal loss) OR (fetal death) OR (fetal demise) OR (perinatal loss) OR (perinatal mortality)
#2	Trauer	grief OR mourning OR sorrow OR bereavement OR psychosocial
#3	Bedürfnisse	care OR needs OR provision OR social OR support
#4	Wochenbett	postpartum* OR postnatal* OR postpartal*
#5	Hebamme	Midwife* OR Midwives* OR (Nurse Midwife) OR (Nurse Midwives)
#6	Gesundheitsfachberufe	(health care) OR (health care professional) OR (care provider*)

Ein anerkanntes Qualitätskriterium ist die Aktualität, um sicherzustellen, dass es sich um aktuelle Forschungsergebnisse handelt. Daher wurden lediglich die Suchergebnisse der vergangenen zehn Jahre einbezogen (Veröffentlichung seit 2013).

### **3.2 Ein- und Ausschlusskriterien**

Die Kriterien zum Einschluss von Literatur beschränken sich auf die Einflussfaktoren für das Outcome der postpartalen Betreuung einer Totgeburt. Ein Ausschlusskriterium betrifft die Durchführung der Studie in einem einkommensschwachen Land. Es ist anzunehmen, dass das Gefühl von Trauer ein universales ist. Zugleich ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Ressourcen der betreuenden Personen eher in einkommensstarken Ländern mit vergleichbarer medizinischer Infrastruktur ähneln, so dass für diese Arbeit ausschließlich Studien aus einkommensstarken Ländern eingeschlossen sind. Dies stellt keine Abwertung der Trauer und Trauerarbeit in anderen Ländern dar, sondern soll eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse sicherstellen. Eine Ausnahme bilden die Systematic Reviews. Diese sind eingeschlossen, wenn mindestens die Hälfte der in dem Review einbezogenen Studien in einkommensstarken Ländern durchgeführt wurde. Weitere Ausschlusskriterien sind beispielsweise der Fokus der Studie auf eine Folgeschwangerschaft sowie digitale Interventionen oder die Implementierung von Studienergebnissen in Trauerskalen. Literatur, die eine pharmakologische Begleitung der Trauerarbeit miteinbezieht, ist ebenfalls ausgeschlossen, da das Verschreiben von Medikamenten nicht die originäre Hebammenarbeit darstellt. Ein weiteres Kriterium, welches zum Ausschluss von Studien führt, ist der Einschluss von Schwangerschaftsverlusten vor der 20. Schwangerschaftswoche (SSW). Wie erwähnt ist die Hebammenbetreuung im Wochenbett in dieser Form nur in wenigen weiteren Ländern Teil des Gesundheitssystem, so dass Erkenntnisse aus dem Bereich der postpartalen klinischen Versorgung nicht zum Studienausschluss führen. Viele Studien befassen sich neben der postpartalen Betreuung inhaltlich ebenso mit der Betreuung vor und/oder während der Geburt, dies stellt kein Ausschlusskriterium dar. Jedoch sind Studien, die den Fokus ausschließlich auf die Betreuung während der Geburt legen, ausgeschlossen.

### **3.3 Suche in den Datenbanken**

Im Folgenden wird die Recherche in den einzelnen Datenbanken mit den genannten Schlagwörtern bzw. Synonymen erläutert. Eine Darstellung ist im Flow-Chart (siehe Abbildung 1) abgebildet.

#### **3.3.1 PubMed**

Bei der Recherche in PubMed wurde eine Advance-Suche durchgeführt. Für die ausführliche Literaturrecherche wurden die jeweiligen Synonyme aus der Tabelle 1 mit dem Operator OR verbunden. Die prägnantesten Kernbegriffe für das Thema dieser Arbeit „Totgeburt“ und „Wochenbett“ sowie die beschriebenen Synonyme wurden in einer ersten Suche einzeln durchgeführt. Suche #1 ergab 35.217 Treffer, die Suche #4 ergab 90.513 Treffer. Die Suchen aus #1 und #4 wurden mit dem Operator AND verbunden, in dieser Kombination betrug das Ergebnis 5.243 Treffer. Um das Ergebnis weiter einzugrenzen und einen Schwerpunkt dieser Arbeit in

die Suche aufzunehmen, wurde um AND #2 ergänzt, das Resultat der Suche von #1 AND #2 AND #4 sind 130 Studien. Um einen Versorgungsplan auszuarbeiten, ist es wichtig, die besonderen Bedürfnisse der Betroffenen zu kennen und diese evidenzbasiert in die Empfehlungen einzuarbeiten, so dass im nächsten Schritt der Operator AND #3 ergänzt wurde. Dies ergab 118 Studien als Ergebnis. Auf Grund der spezifischen Betreuung von Hebammen im Wochenbett wurden Hebammen eingeschlossen, aber im Hinblick auf die internationale Studienlage mit Gesundheitsfachkräften und weiteren Synonymen ergänzt. Diese beiden Schlagworte (#5 OR #6) wurden in die Advanced-Suche integriert. Eine Kombination der #1 bis #6, verbunden mit dem Operator AND ergab 91 Treffer. Diese Suche wurde mit dem Suchparameter AND „Germany“ eingegrenzt. Diese Suche ergab 3 Treffer. Um aus einem umfangreicheren Ergebnispool wählen zu können, wurde der Suchparameter „Germany“ wieder entfernt. Es wurde die Advanced-Suche von #1 bis #6 wiederholt und die daraus 91 resultierenden Treffer hinsichtlich ihres Titels auf Passgenauigkeit zur Fragestellung untersucht. Nach Durchsicht der Titel blieben 37 Studien bestehen, die im nächsten Schritt durch Lesen des Abstracts geprüft wurden. Daraufhin wurden 28 Abstracts auf Grund von verschiedenen Faktoren ausgeschlossen (siehe Kapitel 3.2), so dass eine Auswahl von neun Studien bestehen blieb. Diese wurden im Volltext gescreent. Daraus resultierte eine finale Auswahl von vier Systematic Reviews. Diese Suche wurde in den weiteren Datenbanken wiederholt.

### **3.3.2 Cinahl**

Analog zu der vorherigen Suche wurde die Suche mit #1 gestartet. Das Ergebnis waren 8.795 Studien. Der nächste Suchstring war die kombinierte Suche von #1 und #4, verbunden mit dem Operator AND. Es wurden 863 Treffer angezeigt. Zur weiteren Eingrenzung wurde #2 mit dem Operator AND ergänzt. Diese Suche lieferte 102 Treffer. Zur Reduzierung der Treffer wurde #3 eingefügt, so dass die Treffer auf 85 reduziert wurden. Im nächsten Schritt wurde #5 und #6 (#5 OR #6) eingefügt. Das Resultat waren 27 Treffer. Die Spezifizierung mit dem Schlagwort Germany zeigte null Ergebnisse. Die durchgeführte Suche mit 27 Treffern wird als das finale Ergebnis betrachtet. Diese wurden durch Titelscreening auf ihre Relevanz in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit überprüft, so dass vier Titel bestehen blieben. Nach Durchsicht der Abstracts wurde eine Studie eingeschlossen.

### **3.3.3 PsychInfo**

Eine erste Suche mit #1 ergab 20 Treffer. Die Suche mit #4 hatte 381 Treffer. Im nächsten Schritt wurden #1 und #4 mit dem Operator AND verbunden. Dies führte zu sieben Studien. Zur Eingrenzung wurde #2 ebenfalls mit dem Operator AND in die Suche einbezogen. Diese Kombination ergab null Treffer. Die sieben Studien aus der vorigen Suche wurden nach Titeln gescreent. Daraufhin wurde eine Studie eingeschlossen. Beim Durchlesen des Abstracts und

des Volltextes blieb die Auswahl bestehen, so dass im Ergebnis eine Studie aufgenommen wurde.

### 3.3.4 Cochrane

Die Suche wurde mit #1 begonnen. Es wurden 927 Treffer angezeigt. Die Suche von #1 und #4 ergab 523 Treffer. Die Kombination mit #2 führte im Ergebnis zu 87 Studien. Nach Addition von #3 sowie #5 und 6 (#5 OR #6) blieben die 87 Studien bestehen. Nach dem Titelscreening blieben zwei relevante Studien übrig, die jedoch nach der Prüfung des Abstracts ausgeschlossen wurden. Aus dieser Suche wurden keine Studien eingeschlossen.

Die Auswahl der Datenbanken wurde auf Doppelungen geprüft. Diese Suche war negativ. Nach diesem Schritt wurden folglich zwei Studien sowie vier Systematic Reviews inkludiert (siehe Abbildung 1).

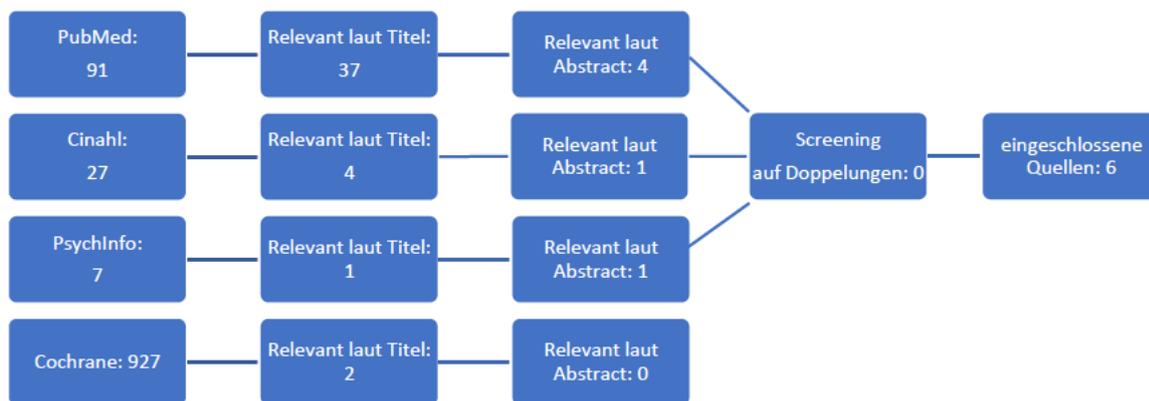


Abbildung 1: Flow-Chart, eigene Darstellung

### 3.4 Vorstellung einbezogener Literatur

Tabelle 2 stellt die eingeschlossene Literatur sortiert nach der Zahl der Teilnehmer:innen dar, wobei an erster Stelle die Quelle mit der höchsten Teilnehmer:innenzahl steht.

Tabelle 2: Eingeschlossene Studien, eigene Darstellung

Nr.	Autor:innen	Jahr	Titel
1	Ellis et al.	2016	Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences
2	Peters et al.	2015	Caring for families experiencing stillbirth: evidence-based guidance for maternity care providers
3	Persson et al.	2023	Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive metasynthesis of qualitative studies in high-income countries
4	Westby et al.	2021	Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review
5	Farrales et al.	2020	What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study
6	Huberty et al.	2014	A qualitative study exploring women's beliefs about physical activity after stillbirth

Anhand der beschriebenen Verfahrensweise können die oben genannten vier Systematic Reviews sowie zwei Studien eingeschlossen werden, auf die inhaltlich in Kapitel 4 eingegangen wird. Zur Bewertung der Studie wird zusätzlich zu möglichen Bias und Confoundings das Evidenzlevel beurteilt. Als Grundlage hierfür wird sich an der Evidenzpyramide nach Polit & Beck orientiert. Systematic Reviews lassen sich im höchsten Evidenzlevel einordnen, so dass die gewonnenen Ergebnisse mit einer hohen Evidenz zu bewerten sind. Bei den zwei weiteren eingeschlossenen Studien handelt es sich um qualitative Studien, die sich hierarchisch im unteren Teil der Pyramide wiederfinden lassen (Polit & Beck, 2021, S.173). Qualitative Studien eignen sich, trotz deren Einordnung im unteren Bereich der Evidenzpyramide, besonders für Fragestellungen aus der Gesundheits- und Pflegebranche. Die relevanten Themen werden aus der Perspektive von Betroffenen betrachtet. Dies stellt die Basis für eine bedürfnisorientierte Versorgung dar (Ritschl et al., 2023, S. 74). Das Design der Studie von Farrales et al., die partizipative Gesundheitsforschung, bezieht Betroffene während des Forschungsprozesses mit ein und eignet sich somit als Basis dafür, neu entwickelte Strategien umzusetzen (Ritschl et al., 2023, S. S.61).

Systematic Reviews bieten einen umfassenden Überblick über vorhandene Literatur zu der Forschungsfrage und dienen als Grundlage, um evidenzbasierte Handlungsempfehlungen auszusprechen. Hierbei ist anzumerken, dass trotz der Auswahl von vier Datenbanken nicht gewährleistet werden kann, dass alle relevante Literatur eingeschlossen ist. Limitationen der Reviews und Studien werden im Anhang Ia aufgezeigt.

Die vier einbezogenen Systematic Reviews haben zusammen 103 Studien einbezogen. In zwei dieser Reviews wurde eine Meta-Analyse durchgeführt. Eine Überprüfung auf Doppelungen von Studien der einzelnen Reviews ist durchgeführt. 14 Studien konnten identifiziert werden, die jeweils in zwei Reviews eingeschlossen sind. Zwei Studien sind in jeweils drei Reviews inkludiert. Eine detaillierte Übersicht der verwendeten Reviews und Studien ist Anhang Ia zu entnehmen. Die Auflistung aller Studien der Reviews sowie der Doppelungen findet sich in Anhang Ib sowie Ic.

## **4 Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien im Hinblick auf die Fragestellung erläutert und kategorisiert. Im Anschluss daran werden aus den gewonnenen Erkenntnissen Handlungsempfehlungen abgeleitet, die in einen Versorgungsplan implementiert sowie als Übersicht grafisch dargestellt werden.

### **4.1 Ergebnisse der eingeschlossenen Reviews und Studien**

Dieses Unterkapitel befasst sich mit Inhalten und Ergebnissen der vier Systematic Reviews sowie der zwei qualitativen Studien. Da die ausgewählten Quellen die Basis für die Erstellung des Versorgungsplanes darstellen, erfolgt eine ausführliche Beschreibung der Ergebnisse aus der Literatur. Eine kritische Bewertung der eingeschlossenen Reviews und Studien erfolgt anhand von Qualitätskriterien (siehe Anhang Ia), die sich an der Bewertung nach Herkner & Müllner orientieren (Herkner & Müllner, 2011, S. 251ff). Bis auf wenige Ausnahmen können diese positiv belegt werden. Dies ist folglich als Zeichen hoher Evidenz zu werten (Herkner & Müllner, 2011, S. 251ff).

#### **1. Ellis et al.: Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences**

Die Autor:innen dieses Systematic Reviews beschreiben, dass es sich bei der Begleitung von Totgeburten um einen Bereich handelt, der im Gesundheitswesen besonders stark vernachlässigt wird. Das Review hat zum Ziel, die Bedeutung einer guten (Trauer-) Begleitung herauszuarbeiten, um die psychologische Situation der Eltern zu verbessern sowie Informationen für Forschung und Ausbildung zu erweitern. (Ellis et al., 2016). Die Autor:innen kamen zu dem

Schluss, dass sich mehr als die Hälfte der Eltern auch nach der Entlassung aus der Klinik emotionale Unterstützung wünschen. Hierbei sind klare Übergaben von der Klinik an das nachbetreuende Personal erforderlich. Es ist hilfreich, wenn die betreuende Person Erfahrungen in der Trauerarbeit hat und betroffene Eltern die betreuende Person bereits kennen. Des Weiteren wird festgehalten, dass Väter oft andere Bedürfnisse haben. Ferner sind die emotionalen Reaktionen von Frauen und Männern häufig unterschiedlich. Ein Drittel der Eltern wünschten sich umfangreiche Informationen zur postnatalen Phase und was sie erwartet. Alle Informationen sollten klar, verständlich, gut strukturiert und zu gegebenem Zeitpunkt sensibel übermittelt werden. Die betrachteten Bedürfnisse lassen sich in physische und psychische unterteilen. Laktation, Nachwehen/Schmerzen sowie Wochenfluss werden zu den physischen Symptomen gezählt. Depression, postpartale Depression, Angstzustände und posttraumatische Belastungsstörungen werden den psychischen Symptomen zugeordnet (Ellis et al., 2016). Ein weiterer Aspekt sind die gesetzlichen Regelungen zu Mutterschutz und Elterngeld, über die informiert werden sollte. Die Verhaltensweisen und Handlungen des betreuenden Personals haben eine einprägsame Wirkung auf die Eltern. Hierbei ist neben der verbalen Kommunikation auch die nonverbale Kommunikation des Personals ein wichtiges Kriterium. Es zeigt sich, dass die Betreuung eine Herausforderung für medizinisches Personal ist. Häufig zweifelt dieses an seinen Fähigkeiten, eine gute Betreuung leisten zu können. An der Stelle sollten Fortbildungen angeboten werden. In dem Review haben alle Gesundheitsfachkräfte in den eingeschlossenen Studien angegeben, dass emotionale sowie wissens- und systembedingte Hindernisse für eine bedarfsgerechte Betreuung bestehen. Die emotionale Unterstützung und Anerkennung der Geburt sind wichtige Aspekte in der Trauerbegleitung. So hilft es den Eltern mit der Situation umzugehen, wenn Sie darüber sprechen und die Trauer zulassen können. Das Ereignis der Geburt anzuerkennen ist hierbei entscheidend. Es sollte nicht als medizinischer Fall, sondern als Geburt und Tod eines Babys betrachtet werden. Über die Geburt an sich sollte gesprochen und hierbei ggf. auf die Todesursache eingegangen werden. Nachbesprechungen helfen, Unsicherheiten aufzulösen und Schuldgefühle abzubauen. Es ist wichtig zu versichern, dass der Tod des Kindes nicht in der Schuld der Eltern liegt. Die Autor:innen stellen fest, dass die Nennung des Namens für die Eltern von Bedeutung ist. Das Systematic Review zeigt weiter auf, dass sich Familien nach einer Totgeburt oft isoliert fühlen. Eine Rolle spielt hierbei, dass es in der Gesellschaft an Anerkennung des Themas fehlt. Selbsthilfegruppen können hierbei für einen Teil der Eltern einen positiven Effekt haben, da sie sich dadurch in ihrem Verlust nicht allein fühlen. Mit anderen Eltern über die Trauer zu sprechen, kann ebenfalls hilfreich sein. Im Rahmen der Betreuung könnte zudem erwogen werden, über eine mögliche Folge-Schwangerschaft zu sprechen. Jedoch sollte dabei beachtet werden, dass der Fokus der Begleitung auf der Totgeburt liegen sollte (Ellis et al., 2016).

## **2. Peters et al.: Caring for families experiencing stillbirth: evidence-based guidance for maternity care providers**

Das Systematic Review von Peters et al. entstand, um evidenzbasierte und kulturell angepasste Informationen für Gesundheitsfachkräfte, die Eltern vor, während und nach einer Totgeburt begleiten, herauszuarbeiten. Nach den Autor:innen zeigt die Studienlage, dass sich eine Totgeburt für viele Jahre auf das Leben der Eltern auswirken kann. Sie kommen ferner zu dem Ergebnis, dass die betroffenen Eltern über die komplette Phase der Begleitung eine sensible und einfühlsame Betreuung von Gesundheitsfachkräften benötigen. Informationen sollten sorgfältig formuliert sowie klar und verständlich zum gegebenen Zeitpunkt übermittelt werden. Hierbei ist es von Bedeutung, dass die Eltern individualisierte Information über den Ablauf des Wochenbettes erhalten (Peters et al., 2015). Eltern wünschen sich Anerkennung für ihr „Eltern-sein“, auch wenn sie Eltern eines toten Kindes sind. Sie empfinden die Geburt nicht als ein medizinisches Ereignis, sondern als Tod ihres Babys. Vermittlung zu Selbsthilfegruppen oder Unterstützung durch Psycholog:innen kann in manchen Fällen hilfreich sein. Eine Bereitstellung von Informationen zu bürokratischen Fragen wie Mutterschutz oder organisatorischen Fragen zu der Beerdigung wird oftmals von Eltern geschätzt. Die eingeschlossenen Studien zeigen, dass der Kontakt im Wochenbett zu Gesundheitsfachkräften für die Eltern von großer Bedeutung ist, um über das Erlebte zu sprechen, aber auch um weitere Themen wie zum Umgang oder Probleme mit dem Partner oder dem sozialen Umfeld zu thematisieren. Darüber hinaus benötigen die Betroffenen Beratung zu den körperlichen Veränderungen, Laktation oder Sex und Verhütung. Es zeigt sich, dass sich die Aufnahme von körperlicher Betätigung nach einer Totgeburt positiv auf den physiologischen Trauerprozess und somit auf die psychische Gesundheit auswirken kann (Peter et al., 2015). Auf Grund einer begrenzten Anzahl von Teilnehmer:innen mit unterschiedlich kulturellen Hintergründen wurde aufgenommen, dass einige kulturelle Gruppen besondere Glaubensvorstellungen, Praktiken oder Zeremonien, die im Zusammenhang mit dem Tod stehen, haben. Diese können Besonderheiten in der Betreuung mit sich bringen, die berücksichtigt werden sollten. Es wurde herausgearbeitet, dass Freunde und Familie eine wichtige Unterstützung für Familien sein können (Peters et al., 2015).

## **3. Persson et al.: Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive metasynthesis of qualitative studies in high-income countries**

Das Systematic Review von Persson et al. hat das Ziel, relevante Aspekte der Hilfe und Unterstützung für Eltern, Angehörige und Gesundheitsfachkräfte ab der Diagnose einer Totgeburt in einkommensstarken Ländern zu identifizieren. Der Zeitraum der Unterstützung umfasst sowohl die präpartale Betreuung ab der Diagnose über die Geburt bis hin zur postpartalen Betreuung. Die Autor:innen kommen zu dem Schluss, dass sich die Betreuung und Unterstützung

in vier Kernelemente fassen lässt. Diese in Relation zueinanderstehenden und miteinander agierenden Elemente sind Personifizierung, respektvolle Haltung, existenzielle Fragen und Stigmatisierung. Werden sie beachtet, kann daraus ein positiver Effekt auf das Outcome der Eltern von totgeborenen Kindern resultieren (Persson et al., 2023). Im Folgenden wird näher darauf eingegangen.

Unter Personifizierung wird verstanden, dass Fachpersonal das totgeborene Kind als Person anerkennt und ehrt sowie mit dem Namen anspricht. Das Schaffen von Erinnerungen sowie Zeremonien oder Rituale können den Trauerprozess erleichtern. Die Personifizierung impliziert ebenso, die verwaisten Eltern als solche anzuerkennen. Bei mangelnder Anerkennung des Individuums und der Elternrolle zeigt sich, dass der Umgang mit dem Verlust des Kindes erschwert ist (Persson et al., 2023).

Unter dem Aspekt Respektvolle Haltung geht Persson et al. auf die Relevanz der Geburtsbegleitung sowie auf die Relevanz der Information, Anleitung und Unterstützung ein, die betroffene Eltern vom Fachpersonal erfahren sollen. Dies beinhaltet, dass die Gebärende die Möglichkeit haben sollte, über ihre Geburtserfahrungen zu sprechen und Stolz und Stärke zu empfinden, dass ihr Körper geboren hat. Das Review zeigt auf, dass ein Fehlen den Abschied des Kindes sowie den Trauerprozess erschwert (Persson et al., 2023). Persson et al. geht im nächsten Punkt auf die existenziellen Fragen ein, die trauernde Eltern aufwerfen. Leben und Gerechtigkeit werden in Frage gestellt. Die vorhandene Ungewissheit über die Todesursache und den Schicksalsschlag führten zudem oft zu Frustration und Wut gegenüber dem Pflegepersonal. Ebenso werden häufig Wut und Groll auf das Leben, die Menschen im Umfeld sowie die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Lebens beobachtet. (Persson et al., 2023).

Der Begriff der Stigmatisierung beschreibt die erlebte Stigmatisierung von Betroffenen, die sich in Gefühlen der Einsamkeit und der Isolation äußern. Die Elternschaft wird durch das fehlende Baby als unsichtbar beschrieben. Die Bedeutung der Trauer und das Ausmaß des Verlustes teilen Betroffene bevorzugt mit weiteren Betroffenen. In dem Review werden ebenfalls die Geschwister des verstorbenen Kindes erwähnt, die Einsamkeit verspürten, da die Eltern auf Grund ihrer eigenen Trauer nicht präsent sind. Neben der Stigmatisierung erleben die Eltern Schuld- und Schamgefühle, zum einen, weil sie annehmen, dass Warnzeichen des Körpers übersehen wurden und zum anderen, weil sie nicht in der Lage waren, ein lebendiges Kind zu gebären (Persson et al., 2023). Persson et al. beschreibt jedoch auch, dass die traumatische Erfahrung eines tot geborenen Kindes auch positiv auf die Resilienz auswirken sowie neue Fähigkeiten und Ressourcen hervorbringen kann. Somit kann daraus ein positiver Effekt auf das persönliche Wachstum resultieren (Persson et al., 2023).

#### **4. Westby et al.: Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review**

Das systematische Review von Westby et al. arbeitet die Ergebnisse von Studien heraus, die sich mit Depressionen, Angstzuständen, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und Zwangsstörungen im Zusammenhang mit einer Totgeburt beschäftigen. Hierfür ist eine Auswahl von 13 Studien eingeschlossen, die in der Mehrheit Frauen als Studienteilnehmer:innen hatten. Der Einfluss von Zwangsstörungen ließ sich in dem Review nicht darstellen, da benötigte Studien nicht unter die Einschlusskriterien der Suche fielen. Zusammenfassend kommen die Autor:innen zu dem Ergebnis, dass sowohl kurz- als auch langfristig ein erhöhtes Auftreten von Depressionen, Ängsten und PTBS bei Eltern nach Totgeburten im Vergleich zu Eltern mit Lebendgeburten beobachtet werden kann. Westby et al. zeigen auf, dass soziale Unterstützung, der Familienstand, negative Beurteilungen sowie variable Faktoren einen Einfluss auf das Auftreten sowie das Ausmaß der Symptome haben können (Westby et al., 2021). Prädiktoren für depressive Symptome bei Frauen nach einer Totgeburt werden in dem Review identifiziert, jedoch wird ein schwacher bis mäßiger Einfluss von vielfältigen Faktoren beschrieben. Das Review zeigt auf, dass unverheiratete Frauen das höchste Risiko einer Depression haben, unabhängig vom Bildungsabschluss und Beschäftigungsverhältnis. Als zweithöchster Risikofaktor wird die unzureichende emotionale Unterstützung als Prädiktor einer Depression nach Totgeburt genannt (Westby et al., 2021). Weiterhin zeigt das Review auf, dass eine Totgeburt häufig mit Angstsymptomen assoziiert ist. Betroffene Eltern haben im Vergleich zu Eltern mit einem lebenden Kind ein erhöhtes Risiko zu erkranken. Dieses ist kurz nach der Geburt am höchsten und nach 30 Monaten nicht mehr signifikant erhöht. Als Prädiktoren für eine auftretende Angstsymptomatik nennen Westby et al. unter anderem das Fehlen von Erinnerungen (Westby et al., 2021).

Eine weitere Folge der Totgeburt ist ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer PTBS. So beschreiben Westby et al., dass Mütter nach einer Totgeburt eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, Symptome einer PTBS zu zeigen als Mütter mit einer Lebendgeburt. Die Symptome machen sich in der unmittelbaren Zeit nach der Geburt am stärksten bemerkbar und nehmen im Laufe der Zeit ab. Als prädiktive Faktoren werden professionelle Unterstützung, Erinnerungen sowie die verstrichene Zeit seit der Totgeburt genannt. Erwähnenswert ist, dass Frauen, die eine hohe soziale Unterstützung erfahren haben, über weniger Symptome einer PTBS berichteten. Zusammenfassend sollten sich Gesundheitsfachkräfte den Risikofaktoren bewusst sein. Präventive Maßnahmen wie professionelle und soziale Unterstützung kann einen physiologischen Trauerprozess fördern und eine Pathologisierung der Symptome verhindern (Westby et al., 2021).

## **5. Farrales et al.: What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study**

Bei der Studie von Farrales et al. wurde ein qualitatives, partizipatives Forschungsdesign gewählt. Ziel der Studie ist, die Erfahrungen, die trauernde Eltern nach einer Totgeburt im Kontakt mit Gesundheitsfachkräften während und nach einer Totgeburt gemacht haben, zu erforschen (Farrales et al., 2020). Allgemein ließen sich keine gravierenden Unterschiede bei den Bedürfnissen während der Trauer zwischen Männern und Frauen feststellen. Die Teilnehmer:innen beschreiben, dass die Trauer sich allgegenwärtig anfühlt und gaben den Wunsch nach Anerkennung des Kindes als unersetzliches Individuum sowie fachlicher langfristiger Unterstützung an. Die Ergebnisse der Studie lassen sich in drei Kategorien clustern. Diese sind Anerkennung der Elternschaft sowie der Trauer, Anerkennung des Traumas sowie Verständnis der anhaltenden Trauer, verbunden mit dem Wunsch nach Unterstützung (Farrales et al., 2020).

Unter dem Punkt „Anerkennung der Elternschaft sowie der Trauer“ zeigt sich der Wunsch, dass beteiligte Gesundheitsfachkräfte ihre Elternschaft anerkennen. Dies kann durch die Anerkennung der Verbindung zwischen Eltern und ihrem toten Kind gefördert werden. Die gewünschte Anerkennung ist mit dem Bedürfnis verbunden, dass ihr Baby als unersetzliches Individuum anerkannt wird. Diese Form der Anerkennung nahmen die Eltern auch als eine Bestätigung der Anerkennung ihrer Trauer wahr (Farrales et al., 2020).

Unter „Anerkennung des Traumas“ wird zusammengefasst, dass ein Teil des Traumas allein durch dessen Anerkennung gemildert werden kann. Es zeigt sich, dass die Umstände, welche die traumatischen Erfahrungen verstärken, von den Teilnehmer:innen sehr unterschiedlich benannt werden. Allgemein lässt sich jedoch festhalten, dass ein Mitgefühl der Gesundheitsfachkräfte das Trauma mildert. Die Eltern wünschen sich von dem medizinischen Personal, dass sie sich trotz ihrer Professionalität auf menschlicher Ebene mit ihnen verbinden (Farrales et al., 2020).

Als letzter Punkt ist die „Anerkennung der anhaltenden Trauer verbunden mit Unterstützung“ genannt. Die Teilnehmer:innen der Studie berichten, wie hilfreich anhaltende Unterstützung wahrgenommen wird. Hierbei werden verschiedene Arten der Unterstützung genannt, sowohl die medizinische Unterstützung als auch Selbsthilfegruppen oder Kontakt zu anderen Betroffenen. Betroffene berichten von fehlendem Wissen in Bezug auf die physische Rückbildung sowie die einsetzende Laktation. Zu diesen Themen hätten sie sich mehr Informationen gewünscht (Farrales et al., 2020). Zusammenfassend beschreiben die Autor:innen, dass die Anerkennung auf verschiedenen Ebenen sowie ein mitfühlender Umgang dazu beitragen können,

das Risiko künftiger psychologischer Folgen zu minimieren und die Wahrscheinlichkeit einer dauerhaften Traumatisierung zu reduzieren (Farrales et al., 2020).

## **6. Huberty et al.: A qualitative study exploring women's beliefs about physical activity after stillbirth**

Die Erkenntnisse der Studie von Huberty et al. sollen dazu beitragen, die Lebensqualität von Frauen nach einer Totgeburt mit Hilfe von körperlicher Aktivität zu verbessern. Hierfür wurde eine explorative Forschungsstudie durchgeführt, deren Ziel es ist, die Bedeutung von Sport bei Frauen nach einer Totgeburt qualitativ zu erheben.

Fast alle Studienteilnehmerinnen berichten, dass sich körperliche Aktivität positiv auf ihr mentales, emotionales und physisches Wohlbefinden auswirkt und ihnen hilft, mit dem Verlust besser zurechtzukommen. Frauen, die regelmäßig sportlich aktiv sind, berichten, dass sie die Aktivität nutzten, um ihren mentalen und emotionalen Stress in Folge der Totgeburt zu minimieren, so dass sie Sport als wichtigen Bewältigungsfaktor beschreiben. Aber auch Teilnehmerinnen, die nicht regelmäßig aktiv sind, spüren nach dem Sport einen positiven Effekt auf ihre mentale Gesundheit. Bis auf einige Ausnahmen geben alle Frauen an, dass Sport einen positiven Effekt in Bezug auf die Trauerbewältigung hat. Als Motivatoren für Sport werden der Wunsch nach einem gesunden, starken Körper für eine erneute Schwangerschaft sowie die Vorbildfunktion für schon vorhandene Kinder genannt. Ferner wollen sie damit Menschen in ihrem Umfeld signalisieren, dass sie der Trauer nicht erliegen. Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft aktiv waren, teilen mit, dass Sport Teil ihres Lebens sei und sie sich nicht vorstellen können, den Verlust ohne Aktivität durchzustehen. Zu den Hindernissen für körperliche Aktivität zählen emotionale Symptome, ein Mangel an Motivation, Müdigkeit, Schuld, eine erneute Schwangerschaft oder die Sorge, andere Neugeborenen zu sehen. Ein Großteil der Befragten gibt emotionale Symptome und einen daraus entstehenden Mangel an Motivation an. Ungefähr die Hälfte der Frauen berichtet über Müdigkeit, die sie vom Sporttreiben abhält. Frauen berichten außerdem über die Sorge, andere Personen zu treffen und über ihren Verlust sprechen zu müssen. Die Sorge davor, andere Babys oder schwangere Menschen zu sehen, hält einen Teil der Frauen davon ab, das Haus zu verlassen (Huberty et al., 2014). Fast alle Studienteilnehmer:innen geben an, dass sie von keiner Gesundheitsfachkraft zum Sport motiviert werden. Einige Frauen berichten, dass sie sich hierzu mehr Informationen wünschten. Die Autor:innen kamen zu dem Schluss, dass körperliche Aktivität einen positiven Effekt auf die Gesundheit nach einer Totgeburt haben kann. Es bedarf allerdings möglicherweise einer umfassenden Aufklärung über die positiven Auswirkungen. Diese Erkenntnis könnte ein Motivator für körperliche Aktivität sein. Darüber hinaus könnten vermehrt Angebote speziell für Frauen nach einer Totgeburt etabliert werden. Diese sollten von Personen mit Erfahrung in

der Trauerarbeit durchgeführt werden. Alternativ könnten Sportprogramme für zu Hause eine Möglichkeit sein, nach dem Verlust aktiv zu werden. In der Studie wird die Empfehlung ausgesprochen, über die Bedeutung der Selbstfürsorge und die Rolle von körperlicher Aktivität zu informieren.

## 4.2 Erstellung des Versorgungsplanes

Wie in der Einleitung dieser Arbeit beschrieben, haben Hebammen laut Hamburger Berufsverordnung „bei der Betreuung sowie Aufklärung neben medizinischen auch soziale und psychosoziale Faktoren, insbesondere in belastenden Lebenssituationen (...) zu berücksichtigen“ (§ 2 Abs 2 Satz 2 HmbHebG). Anlehnend daran wird der Versorgungsplan in drei Bereiche aufgeteilt. Für den Versorgungsplan erfolgt die Aufteilung in die Bereiche **physisch**, **psychisch** und **sozial**. Hierbei ist zu beachten, dass diese drei Betreuungspunkte miteinander verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen können.

- Unter den Bereich **physisch** (med.: somatisch) fallen die Empfehlungen, die dem Körper, der körperlichen Beschaffenheit, zuzuordnen sind.
- Die **psychische** Betreuung beinhaltet Maßnahmen, die förderlich für die psychische und seelische Gesundheit sowie den direkten Trauerprozess sind.
- Der Bereich **sozial** hat den Fokus auf das Zusammenleben, die Gemeinschaft der Betroffenen.

Die Handlungsempfehlungen sowie die Vermittlung der relevanten Informationen aus allen drei Bereichen haben das Ziel, das Outcome in Bezug auf einen physiologischen Trauer- sowie Wochenbettverlauf zu verbessern. Der Fokus liegt hierbei auf der mentalen Gesundheit. Die in den vorigen Abschnitten ermittelten Ergebnisse werden im Folgenden in den Versorgungsplan implementiert.

### 4.2.1 Physisch

Der physische Bereich untergliedert sich in vier Unterpunkte, die dem Körper, der organischen Komponente, zuzuordnen sind. Für den Bereich „Physisch“ wurden „Rückbildung“, „Laktation“, „Sexualität“ und „Physische Aktivität“ herausgearbeitet. Entsprechende Handlungsempfehlungen aus den Ergebnissen der Literatur sind jeweils darunter zusammengefasst.

#### Rückbildung

- Es ist für die Beziehung der Frau zu ihrem Körper wichtig, die Vorgänge der physiologischen körperlichen Rückbildung zu erläutern (Ellis et al., 2016; Farralles et al., 2020; Peters et al., 2015)

- Die Hebamme muss wissen und darauf hinweisen, dass die Rückbildung auf Grund der Trauer ggf. verzögert einsetzen kann (Stiefel, Brendel, & Bauer, 2020)
- Es ist zu empfehlen, Übungen zur Rückbildungsgymnastik zu zeigen (Farrales et al., 2020)
- Es sollte eruiert werden, ob und in welcher Form Rückbildungskurse speziell für Frauen nach Totgeburten vorhanden sind (Huberty et al., 2014)

#### **Laktation**

- Informationen zu der erwartenden Laktation sowie den verschiedenen Möglichkeiten des Abstillens sollten gegeben werden (Ellis et al., 2016; Farrales et al., 2020; Peters et al., 2015)

#### **Sexualität**

- Es empfiehlt sich, den Raum für mögliche Fragen zur Sexualität zu geben (Peters et al., 2015)
- Das Thema Verhütung soll ggf. aufgegriffen werden (Peters et al., 2015)
- Die Thematik einer möglichen Folge-Schwangerschaft soll angesprochen werden (Ellis et al., 2016)

#### **Physische Aktivität**

- Prinzipiell wirkt sich physische Aktivität auf die mentale und emotionale Gesundheit aus. Es ist ratsam, dies zu erläutern (Huberty et al., 2014)
- Körperliche Aktivität sollte angeraten werden (Huberty et al., 2014; Peters et al., 2015)
- Die Gründe für das eventuelle Ausbleiben von körperlicher Aktivität sollten erfragt werden (Huberty et al., 2014)
- Es kann besprochen werden, ob im Einzelfall Sportprogramme für zuhause eine Alternative darstellen können (Huberty et al., 2014)

### **4.2.2 Psychisch**

Handlungsempfehlungen, die in die Kategorie „Psychisch“ fallen, sind unter diesem Punkt zusammengefasst. Es lassen sich die fünf Themenbereiche „Personifizierung“, „Anerkennung“, „Essentielles“, „Professionelle Hilfe“ und „Erinnerungen und Rituale“ identifizieren. Die entsprechenden Handlungsempfehlungen, denen ein besonderer Schwerpunkt in der Betreuung eingeräumt werden soll, sind unter der jeweiligen Überschrift beschrieben.

### **Personifizierung**

- Es ist wichtig, das verstorbene Kind als eigenständiges Individuum zu betrachten (Farrales et al., 2020; Persson et al., 2023)
- Nach Einzigartigkeiten oder Besonderheiten im Aussehen des Kindes zu fragen, unterstützt die Betrachtung als Persönlichkeit (Persson et al., 2023)
- Die Hebamme sollte nach dem Namen fragen und diesen auch gebrauchen, wenn sie von dem Kind spricht (Ellis et al., 2016; Persson et al., 2023)

### **Anerkennung**

- Es sollte angeboten werden, die Geburt nachzubesprechen (Ellis et al., 2016)
- Die Tatsache, dass die Frau geboren hat, sollte anerkannt werden (Ellis et al., 2016; Persson et al., 2023; Peters et al., 2015; Westby et al., 2021)
- Das tote Kind hat die Eltern zu diesen gemacht. Für die Eltern ist es von Bedeutung, ihre Elternschaft anzuerkennen, als Eltern von einem toten Kind (Persson et al., 2023; Peters et al., 2015)
- Die Trauer der Eltern ist als physiologischer Prozess anzusehen und anzuerkennen, auch in ihrer Dauer (Farrales et al., 2020)
- Der Verlust des Babys ist traumatisch, das Trauma sollte anerkannt werden (Farrales et al., 2020)

### **Essentielles**

- Die Hebamme sollte den Eltern und im Besonderen der Frau versichern, dass sie keine Schuld an dem Tod trägt (Ellis et al., 2016; Huberty et al., 2014; Persson et al., 2023)
- Fragen nach dem Sinn des Lebens sowie Wut auf andere Menschen sind Gefühle, die vorkommen dürfen (Persson et al., 2023)
- Die Aufgabe der Hebamme ist es, den Eltern alle benötigten Informationen klar und verständlich zur Verfügung zu stellen (Ellis et al., 2016; Persson et al., 2023; Peters et al., 2015)
- Aussagen und Informationen sollten bedacht, sensibel und einfühlsam sein (Farrales et al., 2020; Peters et al., 2015; Westby et al., 2021)
- Es ist ratsam, sich der non-verbale Kommunikation bewusst zu sein (Ellis et al., 2016)

### **Professionelle Hilfe**

- Professionelle Hilfe z.B. in Form von Psychotherapie ist möglich, diese Information sollte den Eltern gegeben werden (Peters et al., 2015; Westby et al., 2021). Ggf. ist es hilfreich, hier bei der Anbindung zu unterstützen

## **Erinnerungen und Rituale**

- Die Hebamme sollte die Eltern darauf ansprechen, ob sie Erinnerungsstücke mit und vom verstorbenen Kind schaffen möchten und ggf. unterstützen, diese zu kreieren (Persson et al., 2023; Westby et al., 2021). Erinnerungen können bei der Trauerverarbeitung hilfreich sein
- Rituale können gemeinsam erarbeitet werden (Persson et al., 2023)

### **4.2.3 Soziales**

Unter den Bereich „Soziales“ fallen sechs Unterpunkte, die sich auf das (soziale) Umfeld sowie Bezugspersonen beziehen oder Auswirkungen auf diesen Bereich haben.

„Soziales Umfeld“, „Angehörige“, „Partnerschaft“, „Weitere Unterstützung“, „kulturelle Besonderheiten“ und „Organisatorisches“ sind dem Bereich zuzuordnen. Die Beratungsschwerpunkte und Handlungsempfehlungen sind im Folgenden aufgeführt.

#### **Soziales Umfeld**

- Im sozialen Umfeld offen mit dem Verlust umzugehen, ist zu empfehlen, dies kann einer Stigmatisierung vorbeugen. Die Eltern sollen ermutigt werden, im Umfeld offen über ihren Verlust zu sprechen (Ellis et al., 2016)
- Möglichkeiten der Unterstützung im sozialen Umfeld wirken sich positiv auf die psychische Gesundheit aus. Die Hebamme soll bei den Eltern nach den Ressourcen innerhalb des Umfeldes fragen und empfehlen, diese aktiv zu erfragen (Ellis et al., 2016; Persson et al., 2023, Peters et al., 2015, Westby et al., 2021)
- Es empfiehlt sich anzusprechen, ob und ggf. in welcher Form die Arbeitgeber über den Verlust informiert werden sollen (Westby et al., 2021)

#### **Weitere Unterstützung**

- Trauer- oder Selbsthilfegruppen sind hilfreich bei der Verarbeitung, eine mögliche Teilnahme sollte diskutiert werden (Ellis et al., 2016; Farrales et al., 2020; Persson et al., 2023; Peters et al., 2015)

#### **Angehörige**

- Die Bedürfnisse und auch die Trauer von Geschwisterkindern muss berücksichtigt werden (Persson et al., 2023)
- Die Trauer der Großeltern kann ggf. thematisiert werden (Persson et al., 2023)

#### **Partnerschaft**

- Die Hebamme sollte sich bewusst sein, dass sie ggf. Ansprechperson für Partnerschaftskonflikte sein kann (Peters et al., 2015)

- Die Trauer von Frauen und Männern unterscheidet sich oftmals in ihrer Ausprägung (Ellis et al., 2016)
- Väter haben häufig andere Bedürfnisse (Ellis et al., 2016)

### Kulturelle Besonderheiten

- Kulturelle oder religiöse Besonderheiten in Verbindung mit dem Tod sollten von der Hebamme erfragt, anerkannt und berücksichtigt werden (Peters et al., 2015)

### Organisatorisches

- Organisatorische Angelegenheiten wie z.B. zu Mutterschutz, Elternzeit, Beerdigung sollten zur Verfügung gestellt (Ellis et al., 2016; Peters et al., 2015)

## 4.3 Visualisierung des Versorgungsplans

In diesem Abschnitt geht es um Informationen und Beratungsthemen für die Wochenbettbetreuung nach einer Totgeburt. Die Kontrolle der physiologischen Rückbildungsvorgänge gehört zu den originären Hebammentätigkeiten und wird deshalb nicht explizit aufgeführt.

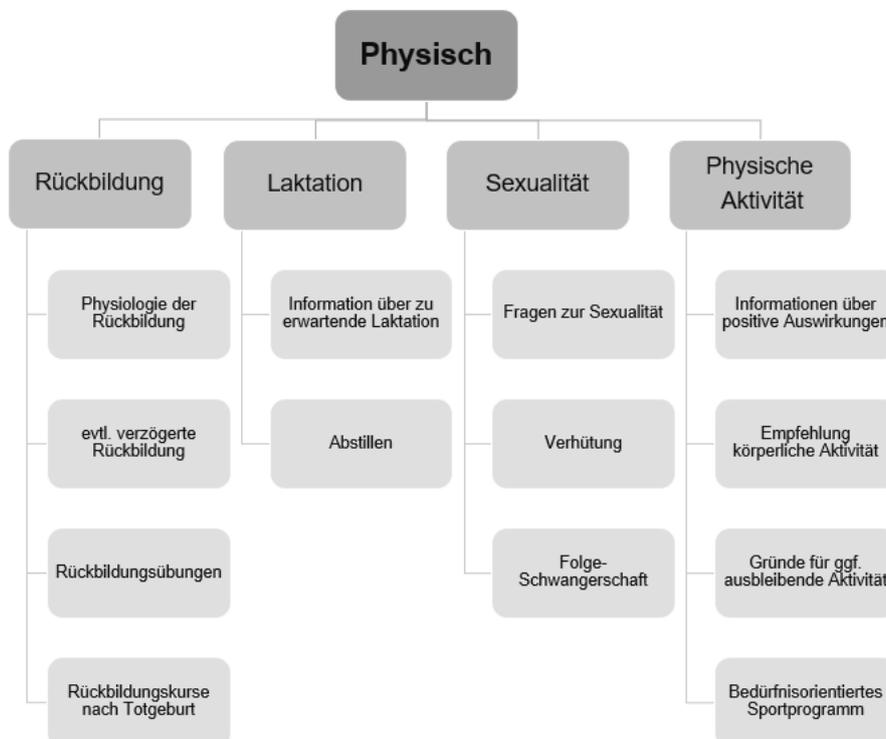


Abbildung 2: Versorgungsplan Physisch, eigene Darstellung

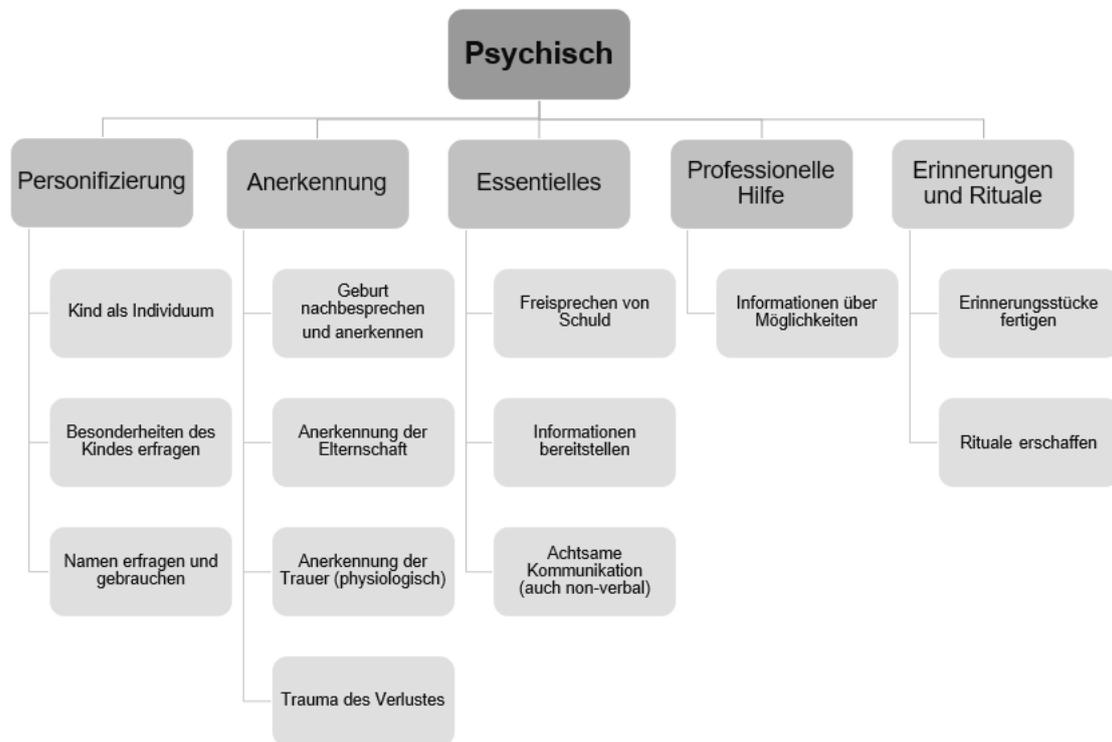


Abbildung 3: Versorgungsplan Psychisch, eigene Darstellung

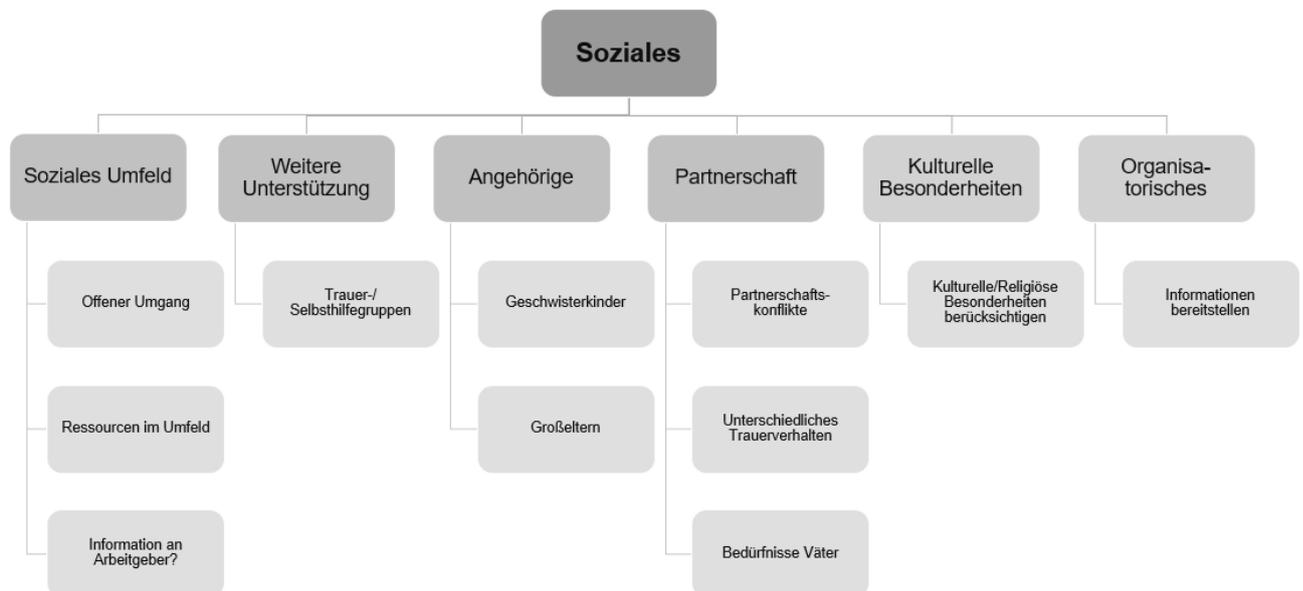


Abbildung 4: Versorgungsplan Soziales, eigene Darstellung

## 5 Diskussion

Wie im letzten Kapitel gezeigt, führen die Ausarbeitungen der Studien zu dem Ergebnis des Versorgungsplanes, dessen Stärken und Schwächen im Folgenden diskutiert werden sollen. Darüber hinaus wird auf die Implikation des Versorgungsplanes für die Praxis näher eingegangen. Ein weiterer Bestandteil dieses Kapitels ist die Diskussion der Methode.

### 5.1 Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Fragestellung

Auf Basis der durchgeführten Literaturrecherche kann die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet werden. Die Literaturrecherche hat gezeigt, dass evidenzbasierte Informationen für die postpartale Hebammenbegleitung im Wochenbett fehlen. Die eingeschlossenen Studien liefern Empfehlungen, welche für ein verbessertes Outcome relevant sind. Diese konnten erfolgreich identifiziert und in den Versorgungsplan integriert werden. Hierbei zeigt sich jedoch, dass alle Studien sowie die Reviews den Schwerpunkt auf die psychische Gesundheit als Outcome legen (Ellis et al., 2016; Farrales et al., 2020; Huberty et al., 2014; Persson et al., 2023; Peters et al., 2015; Westby et al., 2021). Dies deckt sich mit dem Fokus dieser Arbeit. Wie beschrieben ist der Trauerprozess grundsätzlich ein physiologischer Prozess (Stiefel, Brendel, Bauer, et al., 2020, S. 904), Gefühle von Trauer und Verzweiflung nach einer Totgeburt stellen zunächst keine Pathologie dar (Persson et al., 2023). Die Gefahr ist jedoch, dass dieser pathologisch wird und mit Konsequenzen für die psychische Gesundheit einhergehen kann. Die in der Fragestellung gewählten Aspekte (medizinisch, psychologisch und psychosozial), die „Hebammen besonders in belastenden Lebenssituationen berücksichtigen sollen“ (§ 2 Abs 2 Satz 2 HmbHebG), sind im Rahmen des Versorgungsplanes abgedeckt. Die Einteilung des Versorgungsplanes erfolgt zur besseren Transparenz der einzubeziehenden Faktoren der Betreuung in die Komponenten *physisch*, *psychisch* und *sozial*.

Die medizinischen Aspekte fallen im physischen Bereich in Bezug auf die körperliche Rückbildung in die originäre Hebammentätigkeit. Es ist davon auszugehen, dass examinierte Hebammen in dem Bereich der physiologischen körperlichen Rückbildungsprozesse über ausreichend Expertise verfügen und diese von der Pathologie abgrenzen können, so dass dieses Thema nicht weiter ausgeführt wird. Die Aufgabe der Hebamme, die Frau und Familie auch nach einer Totgeburt über zu erwartenden Rückbildungsprozesse zu informieren, wird vorausgesetzt. Die im folgenden diskutierten Handlungsempfehlungen umfassen (neben der originären Hebammentätigkeit) Punkte, die dem Informationsbedarf im physischen Bereich zuzuschreiben sind. Die physischen Prozesse unterliegen nach einer Totgeburt ebenso einer Veränderung wie nach einer Geburt mit lebendem Kind. In einschlägiger Fachliteratur wird bei Müttern nach einer Totgeburt von der Möglichkeit eines verzögerten Rückbildungsprozesses berichtet (Stiefel, Brendel, Bauer, et al., 2020), jedoch wurde dies in den einbezogenen Reviews und Studien nicht aufgeführt. Dennoch ist die Information als relevant einzustufen und

findet sich im Versorgungsplan wieder, so dass die Hebamme dies bei verzögerten Verläufen berücksichtigen kann. Als Folge einer verzögerten Rückbildung können weitere Abweichungen und/oder Komplikationen auftreten (Stiefel, Brendel, Bauer, et al., 2020, S. 909). Aus der eingeschlossenen Literatur lassen sich keine Berichte zu einem vermehrten Auftreten von physischen Komplikationen im Wochenbett (wie einer Mastitis, einem Lochialstau, einer Puerperalinfektion oder einer Thrombose) auf Grund der Totgeburt oder der psychischen Belastung ausfindig machen. Es lässt sich nicht beantworten, ob die fehlende Beschreibung von pathologischen physischen Verläufen auf den Schwerpunkt der verfügbaren Literatur auf die psychische Gesundheit zurückzuführen ist oder ob das Wochenbett nach einer Totgeburt keine höhere Inzidenz für Pathologien aufweist. Hierzu bedarf es weiterer Recherche oder auch Forschung. Die Information über entsprechende Übungen zur Rückbildungsgymnastik gehören in das Aufgabenfeld der Hebamme, unabhängig von der Totgeburt. Eine Information über entsprechende Rückbildungskurse für Mütter nach einer Totgeburt soll erfolgen. Hierfür bedarf es weiterer Versorgungsforschung, inwiefern diese flächendeckend angeboten werden. Die Studien zeigen, dass es von Bedeutung ist, die Frauen über die zu erwartende Laktation und Möglichkeiten des Abstillens bedarfsorientiert zu informieren. Für die bedarfsorientierte Beratung sind verschiedene Abstillmethoden relevant. Die Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden sollten folgerichtig einbezogen werden, sind jedoch in der eingeschlossenen Literatur nicht aufgeführt. In den Leitlinien des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) ist die empfohlene Abstillmethode die pharmakologische, bei der mit Tabletten die Milchbildung unterdrückt wird. Frauen sollten hiernach darauf hingewiesen werden, dass ein Drittel der Betroffenen, die sich für nicht-pharmakologische Abstillmethoden entscheiden, exzessive Beschwerden haben (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2010). Hierbei ist zu beachten, dass die medikamentösen Abstillmedikamente meist psychische Nebenwirkungen haben. Um eine Beeinflussung der Psyche zu vermeiden, ist das Abstillen auf natürlichem Wege vorzuziehen (Garten & Hude, 2019, S. 200-201) und fachgerecht zu begleiten. Eine weitere Möglichkeit, die das Review von Peters et al. (2015) aufführt, ist die Möglichkeit der Muttermilchspende. Diese ist jedoch nicht in Bezug auf physische und/oder psychische Auswirkungen evaluiert, so dass dieser Punkt nicht in den Versorgungsplan aufgenommen wurde. In der Literatur sind zwar positive Effekte der Muttermilchspende in Bezug auf den Trauerprozess belegt (Welborn, 2012), jedoch bedarf es hierzu weiterer Recherche und/oder Forschung, in welchem Umfang diese Methode einen positiven Effekt vorweisen kann, um eine evidenzbasierte Empfehlung auszusprechen. Die aufgeführten Punkte zur Sexualität sind in der Studie von Peters et al. benannt (2015) und ebenfalls Bestandteil der Beratung bei einer regulären Wochenbettbetreuung (Harder et al., 2022, S. 55f). Sie sind somit auf die Begleitung einer Totgeburt zu übertragen, so dass dieser Punkt eingepflegt ist. Die Empfehlungen zur physischen Aktivität basieren fast ausschließlich auf der qualitativen Studie

von Huberty et al. (2014). Die Studie kommt zu dem Schluss, dass Sport einen positiven Einfluss auf die psychische und mentale Gesundheit nach einer Totgeburt haben kann. Die Evidenzstärke ist auf Grund von nur 24 Teilnehmerinnen im Hinblick auf eine Empfehlung im Versorgungsplan als gering einzustufen, so dass diese Aussage kritisch betrachtet werden muss. Unter Betrachtung des ganzheitlichen Ansatzes ist bekannt, dass Sport positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hat. In einem groß angelegten Systematic Review ist der positive Effekt von Sport bei einem Auftreten von Depressionen erwiesen (Davenport et al., 2018). Ein weiteres Review zeigt auf, dass die Ausübung von Sport einen positiven Effekt auf postpartale Depressionen haben kann (Dennis & Dowswell, 2013). Auch wenn es in dem Bereich noch weiterer Forschung bedarf, wurden die Ergebnisse als relevant eingestuft und auf die Zeit nach einer Totgeburt übertragen, so dass eine Empfehlung im Versorgungsplan ausgesprochen wird. Diese sind unabhängig von den Übungen zur Rückbildung zu betrachten. Die Themen, die sich dem psychischen Bereich zuordnen lassen, haben unterschiedliche Empfehlungsgrade. Die Personifizierung hat in den eingeschlossenen Reviews den stärksten positiven Einfluss auf die Trauerbewältigung und die psychische Gesundheit (Ellis et al., 2016; Persson et al., 2023). Es lässt sich ableiten, dass dieser Punkt eine äußerst wichtige Handlungsempfehlung darstellt und unbedingt in dem Versorgungsplan aufzuführen ist. Die Anerkennung der Elternschaft ist ebenso von starker Evidenz (Ellis et al., 2016; Persson et al., 2023; Peters et al., 2015; Westby et al., 2021) und im Versorgungsplan aufgenommen. Es ergibt sich die Schlussfolgerung, dass Hebammen hiermit wesentlich zu einem gesunden Trauerprozess beitragen können. Die in der eingeschlossenen Literatur angemerkte Schuldfrage (Ellis et al., 2016; Huberty et al., 2014; Persson et al., 2023) tritt häufig bei Trauernden auf (Bender, 2019, S. 51). Die Empfehlung, diese im Wochenbett zu thematisieren wird als relevant betrachtet und ist im Versorgungsplan ebenso integriert. Die Relevanz der klaren Kommunikation sowie eine einfühlsame und verständliche Informationsvermittlung ergibt sich aus dem Leitbild des Deutschen Hebammenverbandes (DHV) (Deutscher Hebammenverband [DHV], 2001) und lässt sich ebenso durch eine hohe Evidenz in den eingeschlossenen Studien belegen (Ellis et al., 2016; Persson et al., 2023; Peters et al., 2015; Westby et al., 2021). Die Möglichkeit der professionellen Hilfe, beispielsweise Psychotherapie, aufzuzeigen, wird empfohlen (Peters et al., 2015; Westby et al., 2021) und stellt einen weiteren Punkt im Versorgungsplan dar. Hiermit kann auch die Kompetenzgrenze der Hebamme gewahrt werden. Das Schaffen von Erinnerungen mit und von dem Kind wird in der eingeschlossenen Literatur erwähnt. Die Studienergebnisse beziehen sich allerdings auf das Anfertigen von Erinnerungen in der Klinik, wie eine Locke oder einen Fußabdruck (Persson et al., 2023; Westby et al., 2021). Es bleibt unerwähnt, inwieweit es hilfreich ist, noch postpartum im ambulanten Bereich Erinnerungsstücke zu sammeln bzw. ob sich der positive Effekt auf später angefertigte Erinnerungen übertragen lässt. Hierzu wird eine Studie von Crawley et al. (2013) einbezogen. Diese

untersucht, ob das Schaffen und Teilen von Erinnerungen mit besserer mentaler Gesundheit assoziiert ist. Es zeigten sich einige Limitationen, jedoch lässt sich zusammenfassen, dass das Teilen von Erinnerungen und das Sprechen über das Baby mit einem geringeren Risiko für PTBS einhergeht (Crawley et al., 2013). Dies unterstreicht an der Stelle erneut die Relevanz der Personifizierung. Ein weiterer Ansatz, der sich ableiten lässt, ist es, einer Stigmatisierung entgegenzuwirken, indem Erinnerungen geteilt werden und über das verstorbene Kind gesprochen wird. Das verstorbene Kind wird dadurch auch für das Umfeld existent. Daraus folgt, dass auch Erinnerungsstücke, die im ambulanten Bereich gesammelt werden, einen positiven Effekt aufweisen können, so dass hierfür eine Empfehlung ausgesprochen und in den Versorgungsplan implementiert ist.

Der dritte Bereich des Versorgungsplanes betrifft „Soziales“. Die Studie von Ellis et al. (2016) belegt, dass die Eltern offen über ihren Verlust sprechen sollen. Die Empfehlung, das Umfeld einzubeziehen, ergibt sich aus allen vier eingeschlossenen Reviews (Ellis et al., 2016; Persson et al., 2023, Peters et al., 2015, Westby et al., 2021). Folglich ist dies ein wesentlicher Faktor im Hinblick auf die psychische Gesundheit und ist als evidenzbasierte Empfehlung aufgenommen. Es lässt sich ableiten, dass die Teilnahme an Selbsthilfe- oder Trauergruppen durch das Sprechen über das Kind und das Kind „sichtbar zu machen“ sowie der Austausch mit Gleichgesinnten positive Auswirkungen auf den Trauerprozess haben kann. Diese Erkenntnis ist in drei der eingeschlossenen Reviews dargelegt (Ellis et al., 2016; Farrales et al., 2020; Persson et al., 2023; Peters et al., 2015) und weist somit eine hohe Evidenz auf. Die Hebamme sollte diesen Punkt folglich ansprechen. Die Einbeziehung von Geschwisterkindern wird in der Literatur ebenfalls thematisiert (Persson et al., 2023) und ist als Empfehlung aufgenommen. Weiter ergibt sich aus der Literatur, dass Studien zur Trauer von Großeltern fehlen (Persson et al., 2023). Dies lässt den Schluss zu, dass auch sie in ihrer Trauer gesehen werden sollten. Hierzu bedarf es jedoch weiterer Forschung. Im Umgang mit dem Verlust zeigt die Studienlage Unstimmigkeiten bei Männern und Frauen in Bezug auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Während das Review von Ellis et al. (2016) aufzeigt, dass Trauer und das Verhalten von Männern und Frauen unterschiedlich ablaufen können, kommt die Studie von Farrales et al. (2020) zu einem konträren Ergebnis. Die Autor:innen zeigen auf, dass Männer und Frauen keine bedeutenden Unterschiede ihrer Bedürfnisse in der Begleitung ihres Verlustes zeigen (Farrales et al., 2020). Hierzu ist kritisch anzumerken, dass die Teilnehmern:innen der Studie zum einem in einer Trauergruppe rekrutiert wurden, zum anderen mit 14 teilnehmenden Männern lediglich eine geringe Anzahl abbilden. Es lässt sich ableiten, dass sich Teilnehmer:innen einer Trauergruppe aktiv mit ihrem Verlust und ihren Bedürfnissen auseinandersetzen. Dies könnte zu einer Verzerrung der Bedürfnisse der Studienteilnehmer:innen geführt haben. Ferner bleibt es fraglich, ob sich dies auf den Großteil der betroffenen Männer übertragen lässt. Auf Grund der

großen Verzerrung ist die Aussage von Faralles et al. (2016), dass Männer und Frauen die gleichen Bedürfnisse haben, nicht in den Versorgungsplan implementiert. Im Gegensatz dazu werden die Unterschiede im Trauerprozess von Männern und Frauen durch die Fachliteratur gestützt (Stiefel, Brendel, & Bauer, 2020, S. 906) und in Studienergebnissen dargelegt (Stroebe et al., 2013). Die Information über eventuell vorkommende Unterschiede im Trauerprozesse sind in den Versorgungsplan eingeflossen. Das Wissen über die Verschiedenheiten ist für die Hebamme relevant, da sie auch Ansprechperson für daraus resultierende Partnerschaftskonflikte sein kann (Peters et al., 2015; Stiefel, Brendel, & Bauer, 2020, S. 906f). Die Relevanz des Beachtens von kulturellen Unterschieden ist sowohl im Review von Peters et al. (2015) als auch im Leitbild des DHVs (2001) benannt und ist folgerichtig ein Punkt des Versorgungsplanes.

## **5.2 Implikationen der Ergebnisse für die Praxis**

Es bleibt anzumerken, dass weitere medizinische Aspekte im Bereich der Psychologie im Wochenbett ebenfalls relevant sein und ggf. eine Pathologie (wie PTBS, Depressionen, Angststörungen etc.) aufweisen können. Es ist zu beachten, dass diese nicht mehr in den Kompetenzbereich der Hebamme fallen und nicht von ihr behandelt werden. An der Stelle ist es wichtig, diese zu erkennen und ggf. in der Lotsenfunktion weitere Unterstützung hinzuzuziehen. Hierfür wären in der Praxis „red flags“ ein hilfreiches Mittel. („Unter ‚Red Flags‘ werden Warn- oder Alarmhinweise und -symptome verstanden, die frühzeitig ein zugrunde liegendes behandlungsbedürftiges akutes Krankheitsbild anzeigen, bevor dieses voll ausgeprägt ist“ (Koppenberg et al., 2019).) Bei Kenntnis dieser „red flags“ kann die betreuende Hebamme Sicherheit bezüglich ihrer Kompetenzgrenze erlangen und läuft nicht Gefahr, auftretende Pathologien im Bereich der Psyche zu übersehen. Die eingeschlossene Studie von Westby et al. untersucht die genannten psychischen Erkrankungen in Folge einer Totgeburt, jedoch lassen sich weder aus der Studie noch aus der weiteren Literatur Warnsymptome oder „red flags“ ausfindig machen. Es bedarf auf Basis einer expliziten Suche eine Betrachtung der aktuellen Forschung. Ebenfalls ist weiteres Fachwissen, ggf. von Expert:innen im Bereich der Psychologie/Trauerbegleitung, nötig. An der Stelle ist erneut zu betonen, dass die Hebamme den Trauerprozess begleiten kann, aber nicht dafür ausgebildet ist, eine psychologische oder psychotherapeutische Beratung zu erteilen.

Die Evidenz zeigt, dass es nötig ist, Hebammen auf dem Gebiet der Trauerarbeit weiter auszubilden. Dies hätte darüber hinaus auch den Vorteil, dass die physiologischen Trauerprozesse besser von pathologischen Merkmalen abgegrenzt werden können. Der Bedarf an Weiterbildung ist eindeutig gegeben (Almeida et al., 2016; Farrales et al., 2020; Fenwick et al., 2007; Flenady et al., 2014; Peters et al. 2015, Ravaldi et al., 2022; Shakespeare et al., 2020; Sharma et al., 2022; „Supporting Women, Families, and Care Providers after Stillbirths,“ 2016).

Es stellt sich die Frage, aus welchen Gründen sich nicht mehr Hebammen in dem Bereich weiterbilden. Eine mögliche Antwort sind die damit verbundenen Kosten. Die Fortbildungskosten im Bereich Trauer o.ä. sind von der Hebamme selbst zu tragen. Es ist anzunehmen, dass die Motivation an der Teilnahme und die Bereitschaft zum Aufbringen der Kosten für eine entsprechende Fortbildung höher wären, wenn, nach erfolgreichem Abschluss, eine gesonderte Abrechnungsmöglichkeit für die Wochenbettbetreuung nach Totgeburten bei den Krankenkassen vorhanden wäre. Zum jetzigen Zeitpunkt müsste eine gesonderte Trauerbegleitung der Familie als individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL-Leistungen) in Rechnung gestellt werden. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Folgen von pathologischen Trauerverläufen mit Kosten für das gesamte Gesundheitssystem sowie gesellschaftlichen Kosten einhergehen können. Hergeleitete Gründe hierfür sind beispielsweise weitere und längere Therapien oder ein langfristiger oder immer wiederkehrender Arbeitsausfall.

In der Literatur wird beschrieben, dass Hebammen bereits in der Ausbildung oftmals bei der Begleitung von Totgeburten aus verschiedenen Gründen nicht involviert sind (Homer et al., 2016), obwohl dies ein Bestandteil der (Hochschul-)Ausbildung sein soll. Dies hat hinreichende Konsequenzen für diese Hebammen, die nach ihrem Examen in der ambulanten Wochenbettbetreuung tätig sind. Neben den grundlegenden Kenntnissen über die Bedürfnisse von Eltern mit einer Totgeburt fehlt die Erfahrung im Umgang mit den betroffenen Familien. Die Lücke des theoretischen Wissens könnte die Implementierung des Versorgungsplanes in die Curricula der Hochschulen schließen.

Für eine praktikable Umsetzung des Versorgungsplanes im Wochenbett wäre zusätzlich ein gesonderter Dokumentationsbogen für die ambulante Betreuung nach Totgeburten hilfreich. Es wäre denkbar, diesen auf Basis des Versorgungsplanes zu kreieren und die erstellten Ausführungen als Erläuterung hinzuzufügen. Eine Verbreitung könnte über die Berufsverbände der Hebammen oder über die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe e.V. (QUAG) erfolgen. Es ist angezeigt, die zusätzliche Möglichkeit der Dokumentation im Wochenbett auch noch einen Schritt früher anzusetzen. An der Stelle könnte ein standardisierter Überleitungsbogen aus der Klinik für die Wochenbetthebamme eine Verbesserung erzielen. Die Einführung einer ausführlichen Übergabe würde auch das Risiko eines Informationsverlustes minimieren. Dabei könnte auf diesem auch vermerkt werden, welche Themen schon besprochen wurden, welche Wünsche die Eltern bereits geäußert haben sowie ob gesonderter Beratungsbedarf zu weiteren Themen vorliegt. Hiermit würde zwar nicht der Wunsch der Eltern nach einer kontinuierlichen Betreuungsperson unter der Geburt sowie postpartum erfüllt (Persson et al., 2023), aber die Weitergabe von relevanten Informationen wäre sichergestellt. Es lässt sich schlussfolgern, dass durch die Hilfe des Überleitungsbogens die anschließende

Betreuung der freiberuflichen Hebamme bedarfs- und bedürfnisgerechter ausgestaltet werden kann, was wiederum einen positiven Effekt auf die Trauerbewältigung und die psychische Gesundheit darstellen könnte.

### **5.3 Diskussion der gewählten Methode**

Vorab ist anzumerken, dass 16 Studien jeweils in zwei Reviews und zwei Studien in drei Reviews inkludiert sind. Dies kann eine leichte Verzerrung der Gewichtung von Handlungsempfehlungen zur Folge haben, unterstreicht aber im gleichen Zuge die Relevanz dieser Studien. Insgesamt ist bei der Bewertung der Evidenz zu berücksichtigen, dass Menschen in ihrer Trauer und in ihren Bedürfnissen hinsichtlich der Unterstützung individuell sind, so dass auch Handlungsempfehlungen mit geringer Evidenz einen positiven Effekt auf das Outcome aufweisen können. Es ist dennoch wichtig zu herauszuarbeiten, welche Handlungen oder Interventionen sich positiv auf den Großteil der Trauernden auswirken. Dies ist in dieser Arbeit erfolgt.

Im Hinblick auf die in dieser Arbeit gestellten Forschungsfrage muss an der Stelle ein besonderer Blick auf die Formulierung des „verbesserten Outcomes“ gelegt werden. Wie ausgeführt, legt diese Arbeit den Fokus auf die psychische Gesundheit, assoziiert mit einem physiologischen Trauerprozess. Bei der Schlagwortdefinition ist dies berücksichtigt. Im Verlauf der Arbeit wird deutlich, dass der Einfluss von verschiedenen Faktoren als eigener Suchstring untersucht werden müsste, um einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der Evidenz in den einzelnen Themenbereichen zu geben. Hierfür bedarf es ggf. weiterer gezielter Forschung.

Eine bewusste Limitation der Suche und folglich des Versorgungsplanes ist der Ausschluss der frühen Schwangerschaftsverluste sowie die Abbrüche auf Grund von Fehlbildungen. Die betroffenen Familien benötigen ebenso besondere Aufmerksamkeit. Es wird jedoch angenommen, dass es hierfür unterschiedliche Schwerpunkte in der Beratung gibt, so dass nicht alle Punkte des Versorgungsplans übertragen werden können.

Trotz vieler gewonnener Erkenntnisse, die in den Versorgungsplan implementiert wurden, sind Grenzen in der ausgewählten Literatur anzutreffen. Das Ziel, das Outcome der betroffenen Eltern zu verbessern, hängt von vielen Faktoren ab. Der Einschluss von vier Systematic Reviews zeigt zwar eine große Bandbreite, dennoch fehlt es an Quellen zu den einzelnen Themen. Die jeweiligen Bereiche des Versorgungsplanes stehen miteinander in Interaktion und werden teilweise in den Studien nicht umfassend betrachtet. Hierfür wäre, zum Beispiel, ein alleiniger Suchstring zu den Einflussfaktoren des Abstillens nach einer Totgeburt erforderlich, der sich auf Grund des Umfangs dieser Arbeit nicht abbilden ließ. Dieser Versorgungsplan ist als praktische Handreichung zu betrachten, um der betreuenden Hebamme einen barrierefreien Überblick über die relevanten Themen und deren Umsetzung zu geben. Die

Implementierung in die Praxis lässt sich im Rahmen des Schaubildes gut umsetzen. Es ist jedoch anzumerken, dass ein Vertiefen einzelner Themenbereiche für eine vollständige evidenzbasierte Beratung notwendig ist.

Die durchgeführte systematische Literaturrecherche liefert einen breiten Überblick über den aktuellen Forschungsstand und ist unverzichtbar bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen. Zu berücksichtigende Kriterien sind definierte Suchbegriffe, der Blick auf die Qualität der Studien sowie zu bestimmende Ein- und Ausschlusskriterien. Als ein weiteres Qualitätskriterium wird angesehen, dass alle wichtigsten und größten Datenbanken berücksichtigt werden (Herkner & Müllner, 2011, S. 175ff). Die genannten Kriterien sind erfüllt, die Suche in vier Datenbanken soll vermeiden, relevante Studien zu übersehen und ist durchgeführt.

Bei zwei eingeschlossenen Studien handelt es sich um qualitative Studien. Diese sind für komplexe Fragestellungen aus dem Gesundheitsbereich gut geeignet, um Erfahrungen von Betroffenen zu evaluieren. Dies bildet die Basis für eine bedürfnisorientierte Betreuung (Ritschl et al., 2023, S. 73). Beide Studien weisen eine adäquate Fallzahl für eine qualitative Studie auf, die Fallzahlen für qualitative Studien sind individuell und hängen von verschiedenen Faktoren ab (Ritschl et al., 2023, S. 67). Es ist jedoch kritisch zu betrachten, dass die Empfehlungen auf Erkenntnissen einzelner Studien mit 24 und 27 Teilnehmer:innen sowie der beschriebenen Limitationen hinsichtlich ihrer Evidenz getroffen wurden. Hierfür bedarf es wie beschrieben weiterer gezielter Forschung. Vier der sechs eingeschlossenen Literaturquellen sind Systematic Reviews, davon eines mit Meta-Analyse. Grundsätzlich eignen sich diese gut, um Erkenntnisse und Ergebnisse der gegenwärtigen Literatur in der Gesamtschau betrachten zu können und somit auf eine hohe Evidenz zurückzugreifen (Ritschl et al., 2023, S. 235ff).

Systematic Reviews tragen ferner dazu bei, Forschungslücken aufzuzeigen. Für die Beantwortung der Forschungsfrage ist miteinzubeziehen, dass die Qualität der Studien, die in den Reviews verwendet wurden, im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht wurde. Mögliche Bias der 103 eingeschlossenen Studien der Reviews und somit Verzerrungen in den Empfehlungen der Systematic Reviews können nicht vollständig ausgeschlossen werden. Etwaige Limitationen der Reviews sind im Ergebnisteil bereits aufgezeigt.

An dieser Stelle ist ebenfalls kritisch anzumerken, dass die vorhandenen Reviews ausschließlich qualitative und zum Teil quantitative Studien einschließen, jedoch keine randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) inkludiert sind. Im Rahmen der Literatursichtung ist ein Cochrane-Review von Koopmanns et al. (2013) mit einer für diese Arbeit gut passenden Forschungsfrage gesichtet worden. Bei diesem Review lag der Schwerpunkt auf dem Einschluss von RCT. Im Ergebnis konnten zu der Fragestellung jedoch keine RCTs identifiziert

werden.(Koopmans et al., 2013). Die fehlenden randomisierten Studien zeigen die Dringlichkeit der Erforschung des Themas. Eine denkbare Erklärung für fehlende Studien ist die ausschließlich subjektive Messbarkeit der Trauer und/oder der psychischen Gesundheit. Das Review von Westby et al. (2021) untersucht zwar die Messbarkeit der angewendeten Maßnahmen im Zusammenhang mit Depressionen, Angststörungen oder PTBS. Hierbei geht allerdings aus der Literatur nicht hervor, ob die Diagnosen ärztlich gesichert sind. Generell ist anzumerken, dass in den eingeschlossenen Studien der Erfolg der Interventionen in fast allen Fällen auf die psychische Gesundheit bezogen ist, wobei daraus nicht eindeutig hervorgeht, nach welchen Kriterien diese sich definiert. Dies ist als Limitation in der Literatur als auch in der Folge als Limitation des Versorgungsplanes anzusehen. Ein Ansatz Trauer zu messen, ist in der Literatur durch den Einsatz von Trauerskalen zu finden (Bakbakhi et al., 2023; Ravaldi et al., 2020). Dies wird bereits in Studien untersucht, ist jedoch noch nicht (einheitlich) in der Forschung integriert.

Zur vollständigen Aussage über die Evidenz der Ergebnisse sowie die Überprüfung der Methode ist es denkbar, die Wirksamkeit des Versorgungsplan zu untersuchen. Hierfür eignet sich ein RCT als Studiendesign. An der Stelle gilt es jedoch zu bedenken, dass dieses Studiendesign vor dem Hintergrund der Fragestellung aus ethischen Gründen sowie fehlender Messbarkeit nicht möglich ist. Es ist eine Möglichkeit, den Versorgungsplan von Hebammen, die ihn bei der Betreuung nach einer Totgeburt verwendet haben, evaluieren zu lassen. Es könnte ein Feedback-Fragebogen mit ausgegeben werden, um zu erfahren, welche Themenschwerpunkte hilfreich waren und welche Punkte gefehlt haben. Auf dieser Basis kann eine kontinuierliche Weiterentwicklung der bedürfnisorientierten Betreuung erfolgen.

## **6 Fazit**

Die Studien belegen, dass Handlungsempfehlungen unerlässlich sind, um den Hebammen eine angemessene und sichere Betreuung von Eltern einer Totgeburt zu ermöglichen. Oftmals sind Hebammen anfangs die einzigen Ansprechpersonen für Eltern. Die Betreuung und Begleitung benötigen Ruhe und vor allem Zeit. Die Themen sind sensibel anzusprechen und die Trauerarbeit nimmt einen großen Stellenwert bei der Betreuung der Familie ein. Trotz dieser Erfordernisse gibt es für Hebammen nicht die Möglichkeit, diese Leistungen bei der Krankenkasse gesondert einzureichen. Ob fehlende Abrechnungsmodalitäten oder andere Gründe ursächlich für die mangelnde Expertise von Trauerarbeit bei einem großen Teil der Hebammen sind, bleibt fraglich. Festzuhalten ist, dass Hebammen sich oftmals Fortbildungsbedarf auf diesem Gebiet wünschen.

Im Rahmen dieser Arbeit ist eine Handreichung für Hebammen, die Familien nach einer Totgeburt im Wochenbett betreuen, entstanden. Die Ergebnisse der inkludierten Studien und Systematic Reviews, die nach einer systematischen Literaturrecherche eingeschlossen wurden, bilden die Grundlage für die empfohlenen Maßnahmen. Wie die Diskussion gezeigt hat, nehmen verschiedene Faktoren Einfluss auf einen gesunden Trauerverlauf. Diese wurden identifiziert und in einen Versorgungsplan implementiert. Der Versorgungsplan ist in die drei Bereiche **physisch**, **psychisch** und **sozial** unterteilt. Unter jeder Rubrik sind die wichtigsten Handlungsempfehlungen sowie relevante Informationen zusammengefasst. Aufgabe der Hebammen ist es, individuell und bedürfnisorientiert den Fokus auf den jeweiligen Bereich der Betreuung zu legen. Hierfür ist es unerlässlich, einen umfassenden Überblick über die relevanten Themen zu haben.

Unter dem Bereich **physisch** sind Themen zu der *körperlichen Rückbildung*, *der Laktation* oder *der Sexualität* finden. Informationen zu dem positiven Effekt auf *körperliche Aktivität* sollen ebenfalls miteinbezogen werden.

Der Bereich **psychisch** teilt sich in *Personifizierung*, *Anerkennung*, *Essentielles*, *Professionelle Hilfe* sowie *Erinnerungen und Rituale*. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Betroffenen die Personifizierung als wichtigsten Aspekt betrachten. Die Tatsache, dass sowohl Hebammen als auch das weitere Umfeld das tote Baby als eigenständigen Menschen ansehen, die Besonderheiten des Kindes und die Elternschaft anerkennen, scheint den größten Effekt auf einen gesunden Trauerverlauf und damit auf die psychische Gesundheit zu haben. Der Bereich **Soziales** umfasst die Unterpunkte *soziales Umfeld*, *weitere Unterstützung*, *Angehörige*, *Partnerschaft*, *Kulturelle Besonderheiten* und *Organisatorisches*. Die darunter eingeteilten Handlungsempfehlungen und Informationen liefern den betreuenden Hebammen eine detaillierte Übersicht. Als wichtigster Faktor für die Eltern sind hierbei die Erinnerungen hervorzuheben. Es bleibt anzumerken, dass es sich nicht unbedingt um die erschaffene Erinnerung direkt nach Geburt, wie einen Fußabdruck oder eine Locke, handeln muss, sondern vielmehr um das Teilen von Erinnerungen, das Sprechen über das Ereignis. Diese Empfehlungen kombiniert mit der Personifizierung und der Anerkennung können einen wichtigen Beitrag zu einem physiologischen Trauerprozess leisten. Gleichzeitig wird das Thema Tod entstigmatisiert. Das verstorbene Kind bekommt einen festen Platz in der Familie und damit in der Gesellschaft, so dass der Tod einen Platz im Leben erhält.

Alle Punkte des Versorgungsplanes sind auf der Grundlage von Evidenzen erstellt oder ließen sich aus der Literatur schlussfolgern und schlüssig übertragen. Für die aufgeführten evidenzschwachen Bereiche sollte noch explizit in der Literatur recherchiert werden, teilweise bedarf es hierzu weiterer Forschung. Im Rahmen dieser Arbeit ist ein für die Praxis gut einsetzbarer Versorgungsplan erstellt worden. Dieser kann von freiberuflichen Hebammen im Wochenbett

direkt als umfassende Handreichung der Themen-/Behandlungsschwerpunkte dienen. Es sollte beachtet werden, dass individuelle Verläufe vereinzelt weiteres Wissen oder vermehrte Expertise erfordern, so dass diese Informationen eigenständig vertieft werden müssen. Abschließend ist hinzuzufügen, dass der Trauerprozess individuell und nicht innerhalb der Zeit im Wochenbett und der damit verbundenen Betreuung der Hebamme abgeschlossen ist.

## Literaturverzeichnis

- Almeida, F. D. A., Moraes, M. S. D., & Cunha, M. L. D. R. (2016). Taking care of the newborn dying and their families: Nurses' experiences of neonatal intensive care. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 50(spe), 122–129. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300018>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [AWMF]. (2023). AWMF. *Die AWMF*. Abgerufen am 19. Oktober 2023 von <https://www.awmf.org/die-awmf#c517>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. [AWMF]. (2023). PD Dr. Lars Garten. *S2k-Leitlinie Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie*. Abgerufen am 19. Oktober 2023 von <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/024-029>
- Bakbakhi, D., Siassakos, D., Davies, A., Merriel, A., Barnard, K., Stead, E., Shakespeare, C., Duffy, J. M. N., Hinton, L., McDowell, K., Lyons, A., Fraser, A., Burden, C., & iCHOOSE Collaborative Group. (2023). Interventions, outcomes and outcome measurement instruments in stillbirth care research: A systematic review to inform the development of a core outcome set. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 130(6), 560–576. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17390>
- Bender, J. (2019). *Praxisbuch Trauerbegleitung: Trauerprozesse verstehen, begleiten, verwandeln*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59100-0>
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A. E. P., Downe, S., Cacciatore, J., & Siassakos, D. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Crawley, R., Lomax, S., & Ayers, S. (2013). Recovering from stillbirth: The effects of making and sharing memories on maternal mental health. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(2), 195–207. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.795216>
- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Deutscher Hebammenverband e.V. [DHV] (2018). Deutscher Hebammenverband. Leitbild. Abgerufen am 20. Oktober 2023 von [https://www.hebammenverband-mv.de/fileadmin/user\\_upload/Download/Leitbild\\_des\\_DHV\\_18032001.pdf](https://www.hebammenverband-mv.de/fileadmin/user_upload/Download/Leitbild_des_DHV_18032001.pdf)
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Bradley, S., Jackson, S., Flenady, V., Heazell, A., & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: A

- review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 16. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0806-2>
- Farrales, L. L., Cacciatore, J., Jonas-Simpson, C., Dharamsi, S., Ascher, J., & Klein, M. C. (2020). What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: A community-based participatory study. *BMC Psychology*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0385-x>
- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20(4), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.09.002>
- Flenady, V., Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W., & Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(s4), 137–140. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13009>
- Garten, L., & Hude, K. von der (Eds.). (2019). *Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie* (2. Auflage). Springer.
- GKV-Spitzenverband (2015). GKV-Spitzenverband. *Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V*. Abgerufen am 17. Oktober 2023 von [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/1\\_Vertragstext.\\_Hebammenhilfevertrag\\_09-2017.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/1_Vertragstext._Hebammenhilfevertrag_09-2017.pdf)
- GKV-Spitzenverband (2018). GKV-Spitzenverband. *Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag nach § 134a SGB V*. Abgerufen am 17. Oktober 2023 von [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/Hebammen\\_Lesefassung\\_Leistungsbeschreibung\\_ab\\_2018-01-01.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf)
- GKV-Spitzenverband (2018). GKV-Spitzenverband. *Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V*. Abgerufen am 17. Oktober 2023 von [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/Hebammen\\_Anlage\\_1.3\\_Verguetungsverzeichnis\\_ab\\_01.01.19.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Anlage_1.3_Verguetungsverzeichnis_ab_01.01.19.pdf)
- Harder, U., Borchard, C., Bach, J., & Friedrich, J. (Eds.). (2022). *Wochenbettbetreuung* (5. überarbeitete und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b000000574>
- Herkner, H., & Müllner, M. (2011). *Erfolgreich wissenschaftlich arbeiten in der Klinik: Grundlagen, Interpretation und Umsetzung: Evidence Based Medicine* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer.

- Homer, C. S. E., Malata, A., & Ten Hoop-Bender, P. (2016). Supporting women, families, and care providers after stillbirths. *The Lancet*, 387(10018), 516–517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7)
- Huberty, J. L., Coleman, J., Rolfsmeyer, K., & Wu, S. (2014). A qualitative study exploring women's beliefs about physical activity after stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-26>
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen [IQTIG]. (2021). IQTIG Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe. Abgerufen am 17. Oktober 2023 von [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2021/pmgebh/DeQS\\_PM-GEBH\\_2021\\_BUAW\\_V01\\_2022-06-30.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2021/pmgebh/DeQS_PM-GEBH_2021_BUAW_V01_2022-06-30.pdf)
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
- Koppenberg, J., Albrecht, R., & Bucher, M. (2019). «Red Flags» und Schocksymptome. *Praxis*, 108(13), 845–849. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003313>
- Persson, M., Hildingsson, I., Hultcrantz, M., Kärrman Fredriksson, M., Peira, N., Silverstein, R. A., Sveen, J., & Berterö, C. (2023). Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries. *PLOS ONE*, 18(8), e0289617. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289617>
- Peters, M. D. J., Lisy, K., Riitano, D., Jordan, Z., & Aromataris, E. (2015). Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*, 28(4), 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.003>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition). Wolters Kluwer.
- Ravaldi, C., Bettiol, A., Crescioli, G., Lombardi, N., Biffino, M., Romeo, G., Levi, M., Bonaiuti, R., & Vannacci, A. (2020). Italian translation and validation of the Perinatal Grief Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(3), 684–689. <https://doi.org/10.1111/scs.12772>
- Ravaldi, C., Carelli, E., Frontini, A., Mosconi, L., Tagliavini, S., Cossu, E., Crescioli, G., Lombardi, N., Bonaiuti, R., Bettiol, A., Facchinetti, F., & Vannacci, A. (2022). The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth*, 35(1), 48–58. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.003>
- Rechenberg-Winter, P., & Fischinger, E. (2018). *Kursbuch systemische Trauerbegleitung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ritschl, V., Weigl, R., & Stamm, T. A. (Eds.). (2023). *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (2. Auflage). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-66501-5>

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2010). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth*. Abgerufen am 10. Oktober 2023 von [https://www.rcog.org.uk/media/0fefdrk4/gtg\\_55.pdf](https://www.rcog.org.uk/media/0fefdrk4/gtg_55.pdf)
- Sayn-Wittgenstein, F. zu (Ed.). (2007). *Geburtshilfe neu denken: Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland; [Familienplanung, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Stillzeit]* (1. Aufl.). Huber.
- Shakespeare, C., Merriel, A., Bakhbaki, D., Blencowe, H., Boyle, F. M., Flenady, V., Gold, K., Horey, D., Lynch, M., Mills, T. A., Murphy, M. M., Storey, C., Toolan, M., Siassakos, D., & RESPECT (Research of Evidence based Stillbirth care Principles to Establish global Consensus on respectful Treatment) working group. (2020). The RESPECT Study for consensus on global bereavement care after stillbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(2), 137–147. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13110>
- Sharma, B., Kulshreshtha, S., Aggarwal, N., Suri, V., & Nehra, R. (2022). Bereavement Care Practices Following Stillbirths: Health-Care Provider's Perspective. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 47(1), 30–33. [https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm\\_676\\_21](https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_676_21)
- Smeding, R. E. W., & Heitkönig-Wilp, M. (Eds.). (2014). *Trauer erschließen - Eine Tafel der Gezeiten* (Unveränderter Nachdruck). der hospiz verlag.
- Statistisches Bundesamt [Destatis] (2022). *Die Zahl der Totgeburten je 1 000 Geborenen seit 2007 um 24 % gestiegen*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 19. Oktober 2023, von [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22\\_303\\_12.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_303_12.html)
- Stiefel, A., Brendel, K., Bauer, N. H., & Harder, U. (Eds.). (2020). *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6., aktualisierte und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-163368>
- Stillbirth and Neonatal Death Society [Sands] (2022). National Bereavement Care Pathway [NBCP] (2022). *Stillbirth Short Guidance July 2022*. Abgerufen am 21. Oktober 2023 von <https://nbcpathway.org.uk/sites/default/files/2022-08/NBCP%20Stillbirth%20short%20guidance%20July%202022.pdf>
- Stroebe, M., Finkenauer, C., Wijngaards-de Meij, L., Schut, H., van den Bout, J., & Stroebe, W. (2013). Partner-Oriented Self-Regulation Among Bereaved Parents: The Costs of Holding in Grief for the Partner's Sake. *Psychological Science*, 24(4), 395–402. <https://doi.org/10.1177/0956797612457383>
- Supporting women, families, and care providers after stillbirths. (2016). *The Lancet*, 387(10018), 516–517. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7)

- Welborn, J. M. (2012). The Experience of Expressing and Donating Breast Milk Following a Perinatal Loss. *Journal of Human Lactation*, 28(4), 506–510. <https://doi.org/10.1177/0890334412455459>
- Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2023). World Health Organization. *One stillbirth occurs every 16 seconds, according to first ever joint UN estimates*. Abgerufen am 09. Oktober 2023 von <https://www.who.int/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>
- Westby, C. L., Erlandsen, A. R., Nilsen, S. A., Visted, E., & Thimm, J. C. (2021). Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 782. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x>

# I. Anhang

## Ia Detaillierte Übersicht der inkludierten Studien

Nr.	Autor: innen	Jahr	Titel	DOI	erschienen	Impact- Faktor	Studiendesign	Ziel der Arbeit
1	Ellis et al.	2016	Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences	10.1186/s12884-016-0806-2	25.01.2016, BMC Pregnancy and Childbirth (2016) 16:16	3,1	Systematic Review + Meta-analyse)	Informationen für Forschung, Ausbildung und Unterstützung der von Totgeburt betroffenen Eltern zu verbessern.
2	Peters et al.	2015	Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers	10.1016/j.wombi.2015.07.003.	4.12.2015, Women Birth . 2015 Dec;28(4):272-8.	3,8	Systematic Review	Sinnvolle und kulturell angemessene Handlungsempfehlungen für die Betreuung nach einer Totgeburt sollen herausgearbeitet werden.
3	Persson et al.	2023	Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta synthesis of qualitative studies in high-income countries	10.1371/journal.pone.0289617	15.08.2023, Plos ONE 18 (8): e0289617	3,7	Systematic Review + Metaanalyse (Ergebnisse validiert mit qualitativen Studien)	Identifizierung der wichtigen Aspekte für die Begleitung und Unterstützung für Eltern, Angehörige und Gesundheitsfachkräfte in einkommensstarken Ländern bei Totgeburten (während Diagnose bis Postpartum-Zeit)
4	Westby et al.	2021	Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review	<a href="https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x">10.1186/s12884-021-04254-x</a>	18.11.2021, BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Nov 18;21(1):782.	3,1	Systematic Review	Haben Eltern nach einer Totgeburt ein erhöhtes Risiko für Depressionen, Ängsten, Posttraumatischen Belastungsstörungen und/oder Zwangsstörungen? Welche Prädiktoren stehen mit dem Schweregrad der Symptome genannter Erkrankungen in Zusammenhang?
5	Farrales et al.	2020	What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study	10.1186/s40359-020-0385-x	17.02.2020, BMC Psychol 88,18 (2020)	3,7	partizipative Gesundheitsstudie (qualitativ)	Erforschung der Erfahrungen von trauernden Eltern während im Kontakt mit Gesundheitsfachkräften während und nach einer Totgeburt.
6	Huberty et al.	2014	A qualitative study exploring women's belief about physical activity after stillbirth	10.1186/1471-2393-14-26	17.01.2014, BMC pregnancy and childbirth 2014, 14:26	3,1	explorative Forschungsstudie (qualitativ)	Die Lebensqualität von Frauen nach einer Totgeburt mit Hilfe von physischer Aktivität verbessern.

Nr.	Ergebnisse	Ziel der Studie eindeutig	Definition stillbirth in der Studie	Postpartum bis	Studienergebnisse auf Population der BA übertragbar?	Ein- und Ausschlusskriterien definiert	statistische Methode beschrieben	Syst. Review: eingeschlossene Studien nachzuvollziehen	Korrektheit der angegebenen Zahlen
1	Unterstützung von erfahrenem Personal, auch nach Klinikentlassung, ist wichtig. Väter haben andere Bedürfnisse. Die Informationsvermittlung sollte umfassend, gut strukturiert, verständlich und empathisch sein. Die Bedürfnisse der Frauen sind in physisch und psychisch unterteilt. Die non-verbale Kommunikation ist ebenso von Bedeutung.	ja	>20. SSW. - Geburt	unklar	ja	ja	ja	ja	ja
2	Es konnten verschiedene Handlungsempfehlungen identifiziert werden, die die psychosoziale Gesundheit von Frauen und Familien nach einer Totgeburt fördern. Die Hauptfaktoren sind eine einfühlsame Betreuung, verständliche Informationsvermittlung und Zeit geben.	ja	> 20. SSW - Geburt	2-3 Monate nach Geburt – 6 Jahre (1x22 Jahre)	ja	ja	ja	ja	ja
3	Entscheidende Kriterien für ein verbessertes Outcome: "Personifizierung", "Respektvolle Haltung", "Existentielle Fragen", "Stigmatisierung". Training für Gesundheitsfachkräfte ist notwendig, damit diese besser unterstützen können.	ja	22. - 41. SSW	< 6 Monate	ja	ja	ja	ja	ja
4	Eltern nach einer Totgeburt haben ein erhöhtes Risiko an Depressionen, Ängsten oder PTBS zu erkranken (im Vergleich nach Lebendgeburten). Für Zwangsstörungen wurden keine Studien gefunden. Teilweise dauern die Symptome lange an und werden pathologisch. Präventive Maßnahmen wie professionelle Unterstützung und Hilfe aus dem sozialen Umfeld können helfen, einen gesunden Trauerprozess zu durchleben.	ja	> 20. SSW - Geburt	< 3,5 Jahre	ja	ja	ja	ja	ja
5	Ein zentrales Ergebnis ist die Anerkennung des Babys als ein Individuum. Unterthemen sind die Anerkennung der Elternschaft sowie der Trauer, die Anerkennung des Traumas und die Anerkennung der anhaltenden Trauer, verbunden mit Unterstützung.	ja	unklar	≤ 2 Monate - 18-20 Jahre (3 TN)	ja	nein	ja	/	ja
6	Sport kann sich positiv auf die Gesundheit nach einer Totgeburt auswirken.	ja	> 20. SSW	< 12 Monate	ja	ja	ja	/	ja

Nr.	Syst. Review: Suchbegriffe und gewählte Datenbanken angegeben	Syst. Review: Suchzeitraum angegeben	Syst. Review: PRISMA-Design	Syst. Review: "Handsuche"	Syst. Review: inkludierte Studien	Qual. Studien: Teilnehmerzahl der Forschungsgruppe	Syst. Review: Erscheinungsjahre der inkludierten Studien	Syst. Review: Studiendesign der inkl. Studien	Syst. Review: > 50% einkommensstarke Länder eingeschlossen	Hinweise auf Bias als Gütekriterium in der Arbeit beschrieben
1	ja	ja	ja	ja	52	/	1996 - 2013	qualitative, quantitative, mixed-methods (gemischtes Studiendesign)	ja	ja, geographical bias und citation bias
2	ja	ja	ja	unklar	22	/	1997 - 2014	qualitative Studien	ja	ja, citation bias
3	ja	ja	ja	ja	16	/	2004-2020	qualitative, quantitative	ja	ja, geographical bias, language bias und citation bias
4	ja	ja	ja	unklar	13	/	1995-2019	peer-reviewed quantitative Studien	ja	ja, common source bias
5	/	/	/	/	/	27	/	/	/	ja, geographical bias, selection bias
6	/	/	/	/	/	24	/	/	/	ja, selection bias, response bias

Nr.	Vorgehen	Bias/Limitationen
1	Es wurden 52 Studien inkludiert, davon legten 40 einen Fokus auf die Eltern, 12 Studien waren auf das Personal ausgerichtet. Die Studien wurden ausgewertet, um die Bedeutung einer guten (Trauer-) Begleitung herauszuarbeiten, um die psychologische Situation der Eltern zu verbessern. Es wird eine Meta-Analyse angewandt.	Eine Limitation des Reviews ist die mögliche Verzerrung der Gewichtung einzelner Themenbereiche. Es wurden Aussagen höher gewichtet, wenn diese sich in den Studien wiederholen. Hierbei wurde festgestellt, dass Themen mit hoher Gewichtung teilweise in unterschiedlichen Studien mit der gleichen Forschungsgruppe genannt wurden. Es ist nicht auszuschließen, dass diese einen bestimmten Themenschwerpunkt verfolgen, der folglich mehrfach in unterschiedlichen Studien behandelt wurde.
2	Es wurden 22 qualitative Studien eingeschlossen, die im Bereich der Betreuung von Eltern im Kontext einer Totgeburt geforscht haben. Die Ergebnisse wurden von einer Expertengruppe, bestehend aus Forscher:innen im Bereich Totgeburt, medizinischem Fachpersonal und betroffenen Eltern, diskutiert. Hieraus entstanden Handlungsempfehlungen für die Praxis. Die Empfehlungen wurden in die verschiedenen zeitlichen Phasen der Begleitung unterteilt.	Eine Limitation der Arbeit sind mangelnde Erkenntnisse zur Betreuung von weiteren Familienmitgliedern ist, da keine Studie, die sich ausschließlich damit beschäftigte, den Einschlusskriterien entsprach. Es bedarf weiterer Forschung zur Umsetzung und Implementierung von Handlungsanweisungen, um die psychosozialen Auswirkungen auf die Eltern und Familien zu bestimmen. Die Wirksamkeit von Weiterbildung sollte näher erforscht werden. Prinzipiell lässt sich feststellen, dass begleitendes Personal von einer Weiterbildung in dem Bereich profitieren würde.
3	Die meisten der 16 eingeschlossenen Studien beschäftigen sich mit der Fragestellung aus Eltern-Perspektive. Eine Studie befasst sich damit aus Sicht von Geschwistern und vier Studien zeigen den Standpunkt der Gesundheitsfachkräfte. Es wird eine Meta-Synthese durchgeführt, um wichtige Aspekte zu identifizieren.	Studien aus Elternsicht waren in der Überzahl, dies könnte zu einer Verzerrung und falschen Gewichtung geführt haben. Einige Studien berücksichtigen im Ausland geborene Personen, ohne überprüft zu haben, ob sie die Landessprache sprechen. Des Weiteren sind die Studien aus einkommensstarken Ländern in der Überzahl.
4	Das systematische Review arbeitet die Ergebnisse von 13 Studien heraus, die sich mit Depressionen, Angstzuständen, posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und Zwangsstörungen im Zusammenhang mit einer Totgeburt beschäftigen. Die Studien hatten in der Mehrheit Frauen als Teilnehmer:innen. Der Einfluss von Zwangsstörungen ließ sich in dem Review nicht darstellen, da benötigte Studien nicht unter die Einschlusskriterien der Suche fielen. Alle Studien wurden nach 11 Kriterien in einer Dreipunkte-Skala eingeteilt. Die Auswahl eignete sich nicht für eine Meta-Analyse.	Als Limitation des Reviews ist die Suche in nur zwei Datenbanken anzuführen. Die Autor:innen legen offen, dass sie auf Grund der geringen Anzahl an eingeschlossenen Studien auch Ergebnisse von geringerer Güte eingeschlossen haben. Darüber hinaus greifen einige Studie auf dieselben Quellen zu, was zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen kann.
5	Es wurde ein qualitatives, partizipatives Forschungsdesign gewählt und Fokusgruppen gebildet, die von Moderator:innen, die Expertise auf dem Gebiet der sensitiven qualitativen Forschung haben, begleitet wurden. In diesen Gruppen wurde die Forschungsfrage evaluiert und das Studiendesign erstellt. Die Teilnehmer:innen, die in einem Trauer-Workshop rekrutiert wurden, beteiligten sich an der Bearbeitung der Studie. Die vier Fokusgruppen bestanden aus insgesamt 27 Eltern (davon 44% Väter), die in einem Zeitraum von > 2 Monaten bis 20 Jahren eine Totgeburt erlebt haben. Co-Forscher tauschten sich mit weiteren trauernden Eltern und Gesundheitsfachkräften aus. Ziel der Studie ist, die Erfahrungen, die trauernde Eltern nach einer Totgeburt im Kontakt mit Gesundheitsfachkräften in diesem Rahmen gemacht haben, zu erforschen	Teilnehmer wurden in einer Trauergruppe rekrutiert, so dass es fraglich ist, ob sich die Bedürfnisse auf die Gesamtheit der Trauernden übertragen lassen. Die Schlussfolgerung, dass Männer und Frauen die gleichen Bedürfnisse haben, ist vor dem Hintergrund kritisch anzumerken.
6	Hierfür wurde eine explorative Forschungsstudie durchgeführt. Deren Ziel war es, die Bedeutung von Sport bei Frauen nach einer Totgeburt qualitativ zu erheben. An der Studie nahmen 24 Frauen mit einer Totgeburt innerhalb der letzten zwölf Monate teil. Die Rekrutierung erfolgte über verschiedene Kommunikationsmittel. Die Interviewbögen wurden in Anlehnung an das „Health Brief Modell“ entwickelt. Das „Health Brief Modell“ dient als theoretischer Rahmen zur Analyse von gesundheitsbezogenem Verhalten. In dieser Studie wurden qualitative Interviews von einer geschulten Mitarbeiterin durchgeführt, die Antworten der Teilnehmerinnen wurden ausgewertet und codiert.	Die Autor:innen limitieren die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Gesellschaft, da die teilnehmenden Frauen überwiegend gebildete, verheiratete Frauen waren. Darüber hinaus gaben die Frauen selbst ihre Teilnahme an körperlicher Aktivität an, welches zu inhärenten Einschränkungen führen kann.

## Ib Übersicht der inkludierten Studien in den Systematic Review

Nr.	Autor:innen	Eingeschlossene Studien	Jahr	Land
1	Persson et al.	Avelin et al.	2014	Schweden
2	Persson et al.	Cacciatore et al.	2013	Schweden
3	Persson et al.	Camacho et al.	2020	Spanien
4	Persson et al.	Downe et al.	2013	UK
5	Persson et al.	Farrales et al.	2020	Canada
6	Persson et al.	Fernandez-Alcantara et al.	2020	Spanien
7	Persson et al.	Jonas-Simpson et al.	2010	Canada
8	Persson et al.	Lindgren et al.	2014	Schweden
9	Persson et al.	Malm et al.	2011	Schweden
10	Persson et al.	Martinez-Serrano et al.	2018	Spanien
11	Persson et al.	Nuzum et al.	2018	Irland
12	Persson et al.	Nuzum et al.	2014	Irland
13	Persson et al.	Ryninks et al.	2014	UK
14	Persson et al.	Radestad et al.	2014	Schweden
15	Persson et al.	Saflund et al.	2004	Schweden
16	Persson et al.	Trulsson, Radestad	2004	Norwegen
17	Westby et al.	Boyle et al.	1996	Australien
18	Westby et al.	Chung et al.	2017	UK
19	Westby et al.	Crawley et al.	2013	UK
20	Westby et al.	Horsch et al.	2015	UK
21	Westby et al.	Kokou-Kpolou et al.	2018	Frankreich
22	Westby et al.	Lewkowitz et al.	2019	USA
23	Westby et al.	Radestadt et al.	1996	Schweden
24	Westby et al.	Radestadt et al.	2009	Schweden
25	Westby et al.	Surkan et al.	2008	Schweden
26	Westby et al.	Surkan et al.	2009	Schweden
27	Westby et al.	Surkan et al.	2016	Bangladesch
28	Westby et al.	Thearle et al.	1995	Australien
29	Westby et al.	Vance et al.	1995	Australien
30	Peters et al.	Lee et al.	2012	Australien
31	Peters et al.	Bonnette et al.	2012	Australien
32	Peters et al.	O'Neill et al.	1998	Australien
33	Peters et al.	Kelley et al.	2012	USA
34	Peters et al.	Pullen et al.	2012	USA
35	Peters et al.	Sanchez et al.	2001	USA
36	Peters et al.	Huberty et al.	2014	USA
37	Peters et al.	Weaver-Hightower et al.	2012	USA
38	Peters et al.	Saflund et al.	2004	Schweden
39	Peters et al.	Radestad et al.	2014	Schweden
40	Peters et al.	Malm et al.	2011	Schweden
41	Peters et al.	Avelin et al.	2011	Schweden
42	Peters et al.	Samuelsson et al.	2001	Schweden
43	Peters et al.	Worth et al.	1997	Canada
44	Peters et al.	Hsu et al.	2004	Taiwan
45	Peters et al.	Hsu et al.	2002	Taiwan

Nr.	Autor:innen	Eingeschlossene Studien	Jahr	Land
46	Peters et al.	Sun et al.	2013	Taiwan
47	Peters et al.	Downe et al.	2013	UK
48	Peters et al.	Dyson et al.	1998	UK
49	Peters et al.	Corbet-Owen et al.	2001	Südafrika
50	Peters et al.	Trulsson et al.	2004	Norwegen
51	Peters et al.	Yamazaki et al.	2010	Japan
52	Ellis et al.	Radestadt et al.	1996	Schweden
53	Ellis et al.	Yee Kong et al.	1997	Australien
54	Ellis et al.	Malacrida et al.	1997	Canada
55	Ellis et al.	Wagner et al.	1997	USA
56	Ellis et al.	Dyson et al.	1998	UK
57	Ellis et al.	Lee et al.	2012	Australien
58	Ellis et al.	Samuelsson et al.	2001	Schweden
59	Ellis et al.	Trulsson et al.	2004	Norwegen
60	Ellis et al.	Cacciatore et al.	2007	international
61	Ellis et al.	Cacciatore et al.	2007	international
62	Ellis et al.	Surkan et al.	2008	Schweden
63	Ellis et al.	Conry et al.	2008	Südafrika
64	Ellis et al.	Wildsmith et al.	2008	UK
65	Ellis et al.	Radestad et al.	2009	Schweden
66	Ellis et al.	Forhan et al.	2010	USA
67	Ellis et al.	Cacciatore et al.	2010	international
68	Ellis et al.	Erlandsson et al.	2011	Schweden
69	Ellis et al.	Richardson et al.	2011	Australien
70	Ellis et al.	Avelin et al.	2011	Schweden
71	Ellis et al.	Kerslake et al.	2012	UK
72	Ellis et al.	Heazell et al.	2012	UK
73	Ellis et al.	Saflund et al.	2004	Schweden
74	Ellis et al.	Kavanaugh et al.	2005	USA
75	Ellis et al.	Mc Creight et al.	2008	UK
76	Ellis et al.	Breeze et al.	2012	UK
77	Ellis et al.	Flenady et al.	2010	Australien
78	Ellis et al.	Malm et al.	2011	Schweden
79	Ellis et al.	Meaney et al.	2013	Irland
80	Ellis et al.	Erlandsson et al.	2011	Schweden
81	Ellis et al.	Hogue et al.	2012	USA
82	Ellis et al.	O'Connell et al.	2012	Irland
83	Ellis et al.	Nordlund et al.	2012	Schweden
84	Ellis et al.	Pullen et al.	2012	USA
85	Ellis et al.	Kelley et al.	2012	USA
86	Ellis et al.	Erlandsson et al.	2013	Schweden
87	Ellis et al.	Cacciatore et al.	2013	Schweden
88	Ellis et al.	Crawley et al.	2013	UK
89	Ellis et al.	Gavensteen et al.	2013	Norwegen
90	Ellis et al.	Curtis et al.	2000	UK
91	Ellis et al.	Nallen et al.	2006	Irland
92	Ellis et al.	Fenwick et al.	2007	Australien

<b>Nr.</b>	<b>Autor:innen</b>	<b>Eingeschlossene Studien</b>	<b>Jahr</b>	<b>Land</b>
93	Ellis et al.	Hibbert et al.	2011	UK
94	Ellis et al.	Downe et al.	2012	UK
95	Ellis et al.	Heazell et al.	2012	UK
96	Ellis et al.	Begley et al.	2003	Irland
97	Ellis et al.	Cartwright et al.	2005	UK
98	Ellis et al.	Mc Kenna et al.	2011	Australien
99	Ellis et al.	Rivaldi et al.	2010	Italien
100	Ellis et al.	Verline et al.	2012	Irland
101	Ellis et al.	Kelley et al.	2012	USA
102	Ellis et al.	Puia et al.	2013	USA
103	Ellis et al.	Farrow et al.	2013	USA

## Ic Übersicht der Doppelungen

Nr.	Autor:innen	Studie	Jahr	Land
1	Peters et al.	Avelin et al.	2011	Schweden
1	Ellis et al.	Avelin et al.	2011	Schweden
2	Persson et al.	Cacciatore et al.	2013	Schweden
2	Ellis et al.	Cacciatore et al.	2013	Schweden
3	Westby et al.	Crawley et al.	2013	UK
3	Ellis et al.	Crawley et al.	2013	UK
4	Persson et al.	Downe et al.	2013	UK
4	Peters et al.	Downe et al.	2013	UK
5	Peters et al.	Dyson et al.	1998	UK
5	Ellis et al.	Dyson et al.	1998	UK
6	Peters et al.	Kelley et al.	2012	USA
6	Ellis et al.	Kelley et al.	2012	USA
7	Peters et al.	Lee et al.	2012	Australien
7	Ellis et al.	Lee et al.	2012	Australien
8	Peters et al.	Malm et al.	2011	Schweden
8	Ellis et al.	Malm et al.	2011	Schweden
9	Ellis et al.	Pullen et al.	2012	USA
9	Peters et al.	Pullen et al.	2012	USA
10	Persson et al.	Radestad et al.	2014	Schweden
10	Peters et al.	Radestad et al.	2014	Schweden
11	Ellis et al.	Radestad et al.	2009	Schweden
11	Westby et al.	Radestadt et al.	2009	Schweden
12	Westby et al.	Radestadt et al.	1996	Schweden
12	Ellis et al.	Radestadt et al.	1996	Schweden
13	Persson et al.	Saflund et al.	2004	Schweden
13	Peters et al.	Saflund et al.	2004	Schweden
13	Ellis et al.	Saflund et al.	2004	Schweden
14	Peters et al.	Samuelsson et al.	2001	Schweden
14	Ellis et al.	Samuelsson et al.	2001	Schweden
15	Westby et al.	Surkan et al.	2008	Schweden
15	Ellis et al.	Surkan et al.	2008	Schweden
16	Peters et al.	Trulsson et al.	2004	Norwegen
16	Ellis et al.	Trulsson et al.	2004	Norwegen
16	Persson et al.	Trulsson et al.	2004	Norwegen

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, Claudia Rebecca Victoria Constanze Schäffler, geboren am 05.06.1982 in Frankfurt am Main, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Ganzheitliche Wochenbettbetreuung nach einer Totgeburt – Ein Versorgungsplan für Hebammen“ 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, den 20.11.2023

