

Vorwort

Diese Arbeit richtet sich an Hebammen und andere Professionen, die einen intrauterinen Fruchttod begleiten, und Eltern, die diese Erfahrung durchleben müssen. Zur besseren Lesbarkeit der Arbeit wurde auf das Gendern verzichtet. Sofern nicht anders kenntlich gemacht, bezieht sich jede Personenbezeichnung auf alle Geschlechter. Dies bezieht sich insbesondere auf diejenigen, die sich als Schwangere, Mutter, Vater bzw. Eltern sehen, und Personen, die die Bezeichnung Hebamme, Arzt und Gesundheits- und Krankenpfleger tragen dürfen. Es wird in dieser Arbeit, aufgrund der verwendeten Literatur, zwar von heterosexuellen cis Eltern gesprochen, sie richtet sich aber ebenso an alle Formen des Elternseins.

Zusammenfassung (Abstract)

Einleitung / Hintergrund: Die Zahl der jährlichen Totgeburten in Deutschland steigt. Da es derzeit keine in Deutschland gültige Leitlinie gibt, ist es das Ziel dieser Arbeit, einen evidenzbasierten Versorgungsplan für Hebammen zu erstellen. Paare sollen dadurch bei einem intrauterinen Fruchttod (dieser ist definiert als ein vorgeburtliches Versterben des Kindes ab 24+0 Schwangerschaftswochen oder einem Geburtsgewicht $\geq 500\text{g}$) eine bestmögliche Betreuung in dem Zeitraum von Diagnosestellung bis einschließlich der ersten Stunden nach Geburt erhalten.

Methoden: Die Literaturrecherche erfolgte systematisch in den Datenbanken PubMed, Scopus und Cochrane. Unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien konnten zwei Querschnittsstudien und drei Reviews inkludiert werden. Eine während der Bearbeitungszeit veröffentlichte Leitlinie wurde nachträglich herangezogen. Alle Arbeiten wurden kritisch gewürdigt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Arbeiten zeigen auf, dass keine bisherige Veröffentlichung alle Aspekte der Forschungsfrage vollständig beantwortet. Daher erfolgte nach der Herausarbeitung der relevanten Ergebnisse die Erstellung eines Versorgungsplans, mit dem Ziel die bestehenden Forschungsergebnisse zu vereinen. Der Versorgungsplan wurde in vier Phasen unterteilt: *Betreuung während der Diagnose*, *Betreuung vor der Geburt*, *Betreuung während der Geburt* und *Betreuung unmittelbar nach der Geburt*. Für die gesamte Betreuung sollten die individuellen Bedürfnisse der Eltern, ein respektvoller und empathischer Umgang mit Eltern und Kind sowie eine angemessene Kommunikation berücksichtigt werden. Zudem sollen die religiösen, spirituellen und kulturellen Hintergründe der Familie beachtet werden.

Diskussion: Der Versorgungsplan lässt sich auf die Hebammentätigkeit anwenden. Es sollte jedoch mehr in die Aus- und Fortbildung bezüglich der Betreuung von intrauterinen Fruchttoden durch Hebammen investiert werden. Hinzukommt, dass die Ergebnisse einen weiterhin großen Forschungsbedarf aufzeigen, weshalb die Vollständigkeit des Versorgungsplans fraglich ist. Als größte Limitationen sind die zeitlichen und formalen Vorgaben dieser Thesis zu nennen.

Fazit: Die Forschungsfrage konnte beantwortet und ein Versorgungsplan erstellt werden. Aufgrund des großen Forschungsbedarfs stellt dieser eine erste Orientierungshilfe dar, welche perspektivisch gesehen durch neue Forschungsergebnisse ergänzt und vervollständigt werden sollte.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	i
Tabellenverzeichnis.....	ii
Abkürzungsverzeichnis.....	iii
1 Einleitung.....	1
2 Hintergrund	3
2.1 Definition Totgeburt	3
2.2 Definition Intrauteriner Fruchttod (IUFT)	3
2.3 Hebammenkompetenz	4
2.4 Rechtliche Rahmenbedingungen	5
2.4.1 Personenstandsregister.....	5
2.4.2 Mutterschutz	5
2.4.3 Bestattungspflicht	5
3 Methoden.....	7
3.1 Beschreibung des Vorgehens	7
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	8
3.3 Datenbankrecherche	9
3.3.1 PubMed	9
3.3.2 Scopus.....	10
3.3.3 Cochrane	10
3.3.4 Screening auf Dopplungen	11
3.4 Überprüfung auf neue Veröffentlichungen	11
4 Ergebnisse.....	12
4.1 Vorstellung der inkludierten Publikationen	12
4.2 Ergebnisse der inkludierten Publikationen	13
4.3 Der Versorgungsplan	21
4.3.1 Erstellung des Versorgungsplans.....	21
4.3.2 Darstellung des Versorgungsplans.....	22
5 Diskussion.....	24
5.1 Diskussion der Ergebnisse.....	24

5.2	Diskussion der Methoden	28
6	<i>Fazit</i>	32
7	<i>Literaturverzeichnis</i>	35
8	<i>Anhang</i>	I
8.1	Kritische Würdigungen der inkludierten Publikationen.....	I
8.2	Übersicht der eingeschlossenen Studien der Reviews	IX
8.3	Übersicht der Dopplungen.....	X
9	<i>Eidesstattliche Erklärung</i>	XI

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow-Chart der Literaturoauswahl; eigene Darstellung.	11
Abbildung 2: Flow-Chart der aktualisierten Literaturoauswahl; eigene Darstellung.	11
Abbildung 3: Versorgungsplan für Hebammen, die Eltern mit einem IUFT betreuen; eigene Darstellung.	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Definitionen einer Totgeburt.	3
Tabelle 2: Übersicht über Definitionen eines IUFTs.	4
Tabelle 3: Regelung der Bestattungspflicht, modifiziert von Schwarz & Gscheidel, 2021..	6
Tabelle 4: Verwendete Suchbegriffe.	8
Tabelle 5: Darstellung der inkludierten Studien.	12
Tabelle 6: In den Publikationen genannte Forschungslücken.....	27
Tabelle 7: Bewertung der Reviews modifiziert nach CASP „Systematic Review Checklist“. (CASP, 2024)	I
Tabelle 8: Bewertung der Studien modifiziert nach CASP „Cross-Sectional Studies Checklist“. (CASP, 2024)	V
Tabelle 9: Bewertung der Leitlinie modifiziert nach AGREE-Tool. (Brouwers et al., 2010)	VIII
Tabelle 10: Übersicht der verwendeten Studien der Reviews.	IX
Tabelle 11: Prüfung auf Dopplungen der in den Reviews verwendeten Studien.....	X

Abkürzungsverzeichnis

AGREE-Tool	- Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation - Tool
CASP	- Critical Appraisal Checklists
HebAPrV	- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger
HebG	- Hebammengesetz
HebStPrV	- Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen
IQTIG	- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IUFD	- Intrauterine fetal death
IUFT	- Intrauteriner Fruchttod
LGBTQIA+	- Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual/Transgender, Queer, Intersexual und Asexual
PStG	- Personenstandsgesetz
PStV	- Personenstandsverordnung
SGB	- Sozialgesetzbuch
SSW	- Schwangerschaftswoche
WHO	- World Health Organization

1 Einleitung

In Deutschland kamen im Jahr 2021 4,3 Totgeburten pro tausend Geburten zur Welt. Auch wenn die Anzahl aufgrund medizinischer Standards niedrig ist, betrug die jährliche Gesamtzahl an totgeborenen Kindern 2022 3247 (4,4 pro tausend Geburten), womit ein Anstieg von 0,1 pro 1000 Geburten zu verzeichnen ist. (Statistisches Bundesamt, 2023) Insgesamt zeigt sich, dass die Anzahl seit 2007 kontinuierlich steigt. Die Gründe hierfür sind derzeit noch ungeklärt, es lässt sich jedoch sagen, dass demografisch gesehen Ostdeutschland einschließlich Berlin nahezu permanent eine höhere Inzidenz aufweist als Westdeutschland (Statistisches Bundesamt, 2022). Frauen ohne deutsche Staatsangehörigkeit wiesen 2022 ebenfalls höhere Zahlen auf. Dort waren 5,0 pro tausend Geburten eine Totgeburt, während es bei Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit 4,1 pro tausend Geburten waren. (Statistisches Bundesamt, 2023)

Die steigenden Zahlen gehen auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, dass Hebammen in ihrem Berufsalltag mit einer Totgeburt konfrontiert werden - sei es im Bereich der Schwangerenvorsorge, der Geburtshilfe oder in der Wochenbettbetreuung. Bei circa der Hälfte aller Totgeburten handelt es sich um einen intrauterinen Fruchttod (IUFT). Dieser liegt dann vor, wenn das Kind bereits vorgeburtlich verstorben ist. 2022 wurden 1743 Kinder mit einem IUFT in deutschen Kliniken (IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2023) und elf Kinder außerklinisch geboren (Loytved & Schäfers, 2023). Das Eintreten eines IUFTs ist nicht nur für die betroffenen Eltern, sondern auch für alle beteiligten Professionen eine Ausnahmesituation. Eine qualitative Studie aus Spanien zeigt, dass Hebammen zwar für die Betreuung eines IUFTs ausgebildet werden, aber Schwierigkeiten wahrnehmen, diesen adäquat zu betreuen, da das Hauptaugenmerk der Ausbildung auf physiologischen Geburten liegt (Martínez-Serrano et al., 2018). Dies beobachtete auch die Autorin dieser Thesis in deutschen Kliniken. Dabei ist insbesondere für die werdenden Eltern eine gute, der Situation angepasste Hebammenbetreuung von großer Bedeutung (Schwarz & Stiefel, 2020, S. 751f), da Hebammen unter anderem Hauptansprechpartner in dieser höchst vulnerablen Situation sind.

Leitlinien, d.h. wissenschaftliche sowie aktuelle Handlungsempfehlungen, die der Qualitätssicherung und Entscheidungsfindung dienen (Bundesministerium für Gesundheit, 2016), stellen dabei eine große Hilfe dar. Eine Internetrecherche nach deutschen Leitlinien, die sich mit der Betreuung eines IUFTs oder Totgeburten bei Einlingen auseinandersetzen, blieb erfolglos. Das verdeutlicht die in diesem Bereich bestehende große Versorgungslücke in Deutschland, welche aufgrund der zuvor beschriebenen Unsicherheit in der Betreuung dringend geschlossen werden sollte.

Das Ziel dieser Arbeit ist, einen evidenzbasierten Versorgungsplan für Hebammen zu erstellen, durch den Eltern mit einem IUFT eine bestmögliche Betreuung in dem Zeitraum von Diagnosestellung bis einschließlich der Geburt erhalten können. Geburt schließt in diesem Fall die Zeit ein, in der sich die Eltern im Kreißaal bzw. der außerklinischen geburtshilflichen Hebammenbetreuung befinden. Der Versorgungsplan soll die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Eltern berücksichtigen. Dieser bezieht sich auf Einlingsschwangerschaften, in denen das Kind im letzten Schwangerschaftsdrittel intrauterin verstorben ist. Davon abzugrenzen sind frühe und späte Aborte, perinatale Totgeburten sowie Schwangerschaftsabbrüche. Diese Themen sind ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Hebammenarbeit, aber aufgrund der Rahmenbedingungen und der möglicherweise aufkommenden differenzierten Ergebnisse nicht Teil dieser Thesis.

Somit lässt sich folgende Forschungsfrage zur Erstellung des Versorgungsplans formulieren: *„Was benötigen Eltern mit der Diagnose eines IUFTs im letzten Drittel der Schwangerschaft von Hebammen im Zeitraum von der Diagnosestellung bis einschließlich der Geburt?“*.

2 Hintergrund

In diesem Kapitel werden die für die Bearbeitung der Thematik erforderlichen Hintergrundinformationen erläutert. Dazu zählen die Definitionen von Totgeburt und IUFT, die Hebammenkompetenzen sowie rechtliche Rahmenbedingungen, die mit einem IUFT einhergehen.

2.1 Definition Totgeburt

Der Begriff Totgeburt ist nicht einheitlich definiert. Wie Tabelle 1 zu entnehmen ist, variiert die Definition stark.

Tabelle 1: Übersicht über Definitionen einer Totgeburt.

Definition	Land	Quelle
Tod des ungeborenen Kindes > 28. Schwangerschaftswoche (SSW) vor oder unter Geburt	weltweit	WHO, o. J.
Fetal death: Geburt eines Kindes ohne Lebenszeichen unabhängig von der SSW Stillbirth: > 20. SSW oder $\geq 350\text{g}$ → Derzeit keine einheitliche Definition in den USA, aber diese wird angestrebt	USA	Maslovich & Burke, 2022
Geburt eines Kindes mit Geburtsgewicht $\geq 500\text{g}$ oder $\geq 23 + 0$ SSW und zusätzlich keine Lebenszeichen (kindliche Atmung, Herzschlag, Nabelschnurpuls, willkürliche Muskelkontraktion) nach §31 der Personenstandesverordnung (PStV)	Deutschland	Warntjen et al., 2021
Geburt eines Kindes mit Geburtsgewicht $\geq 500\text{g}$ und zusätzlich keine Lebenszeichen (kindliche Atmung, Herzschlag, Nabelschnurpuls, willkürliche Muskelkontraktion) → keine Berücksichtigung der SSW oder Verweis zu §31 PStV	Deutschland	Schwarz & Stiefel, 2020, S.751

Sollte das totgeborene Kind die 24. Schwangerschaftswoche (SSW) ($\leq 22 + 6$ SSW) nicht erreicht haben und ebenfalls keine Lebenszeichen aufweisen sowie ein Geburtsgewicht $< 500\text{g}$ haben, wird von einem Spätabort gesprochen (Goerke, 2022a; Muin, 2023).

2.2 Definition Intrauteriner Fruchttod (IUFT)

Von der zuvor beschriebenen Totgeburt ist der in dieser Arbeit thematisierte IUFT abzugrenzen. Dieser liegt dann vor, wenn das ungeborene Kind bereits vor Geburtsbeginn verstorben ist (Goerke, 2022b; Maslovich & Burke, 2022; Muin, 2023). Der Zeitpunkt, wann

von einem IUFT gesprochen wird, ist dabei nicht eindeutig festgelegt, wie aus Tabelle 2 hervorgeht.

Tabelle 2: Übersicht über Definitionen eines IUFTs.

Definition	Land	Quelle
„Stillbirth“ ersetzt den Begriff „intrauterine fetal demise“ > 20. SSW oder $\geq 350\text{g}$	USA	(Maslovich & Burke, 2022)
„intrauterine fetal death“ ab vollendeter 24. SSW	Großbritannien	(National Guideline Alliance, 2021)
früher IUFT (Abort) (9+0 SSW bis 21+6 SSW), später IUFT (ab 22+0 SSW)	Deutschland	(Muin, 2023)
$\geq 500\text{g}$ oder > 23 + 6 SSW	Deutschland	(Goerke, 2022b)
Keine Differenzierung zwischen Totgeburt und IUFT	Deutschland	(Schwarz & Stiefel, 2020, S. 751f)

In dieser Arbeit wird der IUFT als das vorgeburtliche Versterben des Kindes ab der vollendeten 24. SSW oder einem Geburtsgewicht $\geq 500\text{g}$ definiert. Dadurch besteht eine klare Abgrenzung zu einem Spätabort und es wird ersichtlich, dass ein IUFT zwangsläufig in einer Totgeburt endet.

2.3 Hebammenkompetenz

Hebammen sind dazu befähigt, Familien während eines IUFTs bzw. einer Totgeburt zu betreuen und zu begleiten. In der neuen Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen (HebStPrV) Anlage 1 und §9 Abs. 4 Satz 1g des Hebammengesetzes (HebG) ist dies als zu erlernende Kompetenz aufgeführt. In der alten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger (HebAPrV) von 1981 wurde lediglich das „Verhalten bei kindlichem Todesfall“ gelehrt (vgl. Anlage 2 HebAPrV). Die für die Betreuung erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit ist im Hebammenethik-Kodex des Deutschen Hebammenverbands unter Punkt I.e) verankert (Deutscher Hebammenverband e.V., 2018), denn die Diagnosestellung erfolgt mittels Ultraschall durch Ärzte (Muin, 2023), da Hebammen diese Art der Untersuchung nicht durchführen dürfen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2024). Der Anlage 1.2 *Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe* nach §134a des Sozialgesetzbuchs (SGB) V ist zu entnehmen, dass Hebammen die Geburtsbetreuung bei Totgeburten klinisch und außerklinisch betreuen und abrechnen dürfen. Ebenso ist darin die Vergütung bei postpartaler Betreuung der verwaisten Mutter geregelt (GKV-Spitzenverband, 2018).

2.4 Rechtliche Rahmenbedingungen

Mit einem IUFT und der daraus resultierenden Totgeburt gehen einige rechtliche und bürokratische Vorgänge einher, die im Nachfolgenden aufgeführt werden. Es ist wichtig für Hebammen, über diese Themen informiert zu sein, um den Eltern entsprechend beratend zur Seite stehen zu können.

2.4.1 Personenstandsregister

In der Personenstandsverordnung (PStV) §31 wird die Klassifikation von Lebendgeburt, Totgeburt und Fehlgeburt beschrieben. Demnach handelt es sich um eine Totgeburt, wenn das Kind keinen eigenen Herzschlag, Nabelschnurpuls oder Lungenatmung nach der Geburt aufweist und entweder ein Geburtsgewicht von mind. 500g hat oder mind. in SSW 23 + 0 geboren wurde. Die Totgeburt muss genauso wie die Lebendgeburt im Personenstandsregister registriert werden, allerdings mit dem Vermerk, dass das Kind tot geboren wurde (PStV §31 (2)). Die Eintragung im Personenstandsregister erfordert laut Personenstandsgesetz (PStG) §21 (2) die Angabe über Zeit und Ort der Geburt, das Geschlecht des Kindes sowie die vollständigen Namen der Eltern und deren Geschlecht - die Angaben des Vor- und Nachnamens des Kindes sind nicht erforderlich, können aber auf Wunsch der Eltern gemacht und entsprechend registriert werden. Die Anzeige muss spätestens am dritten Werktag nach der Totgeburt erfolgen (PStG §18 Abs. 1 S. 2).

2.4.2 Mutterschutz

Für Mütter mit einem IUFT gelten die gleichen Mutterschutzregelungen, wie für Mütter mit einem lebendgeborenen Kind. Vor dem errechneten Termin bestehen sechs Wochen Mutterschutz und nach der Geburt acht Wochen. Im Gegensatz zu Eltern, deren Kind lebend auf die Welt gekommen ist, können Mütter einer Totgeburt, die Schutzfrist postpartal verkürzen, sofern von ärztlicher Seite nichts dagegenspricht und sie es ausdrücklich wünschen. Dadurch besteht die Möglichkeit, bereits in der dritten Woche nach der Geburt wieder einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Dies kann innerhalb der acht Wochen jederzeit widerrufen werden. (vgl. Mutterschutzgesetz §3 Abs. 1 und Abs. 4)

2.4.3 Bestattungspflicht

Die Bestattungspflicht ist in Deutschland Ländersache. Dabei ziehen die Bundesländer die Grenze der Bestattungspflicht anhand des Geburtsgewichts oder der Schwangerschaftswoche, wie der Tabelle 3 zu entnehmen ist. Nach der Definition des IUFTs, die in dieser Thesis verwendet wird, besteht in einem Großteil der deutschen Bundesländer eine Bestattungspflicht bei IUFT. Sollte dies nicht der Fall sein, haben Eltern die Möglichkeit auf

eigenen Wunsch, eine individuelle Bestattung ihres Kindes zu veranlassen. Alternativ wird in den meisten Bundesländern eine Sammelbeisetzung durchgeführt zum Beispiel bei Früh- und Spätaborten oder einem Geburtsgewicht < 1000g. (Schwarz & Gscheidel, 2021)

Tabelle 3: Regelung der Bestattungspflicht, modifiziert von Schwarz & Gscheidel, 2021.

Regelung	Bundesland
Keine Bestattungspflicht	Nordrhein-Westfalen
Mind. 500g	Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hessen (Sonderregelung: oder nach der 24. SSW), Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen
Mind. 1000g	Berlin, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern

3 Methoden

In diesem Abschnitt wird die verwendete Methode zur Erstellung des Versorgungsplans erläutert. Es wird das Recherchevorgehen ausführlich beschrieben. Zudem erfolgt die Darstellung der Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Beschreibung der Recherchewege in den verschiedenen Datenbanken und das Auswahlverfahren der in dem Ergebnisteil verwendeten Literatur.

3.1 Beschreibung des Vorgehens

Für die Erstellung eines evidenzbasierten, wissenschaftlichen Versorgungsplans, der auf einer Forschungsfrage aufbaut, ist eine ausführliche Literaturrecherche von besonderer Relevanz. Für diese Arbeit wurde das Konzept der systematischen Literaturrecherche ausgewählt, da diese ergebnisorientiert und präzise ist (Ertl-Schmuck et al., 2023, S. 126). Die Suche erfolgte im Oktober 2024 in den Online-Datenbanken PubMed, Scopus und Cochrane. Diese zählen zu den größten und bekanntesten medizinischen Datenbanken, weshalb dort die meisten für diese Arbeit relevanten Publikationen zu erwarten waren. Hinzu kommt, dass Online-Datenbanken den gegenwärtigen Forschungsstand gut darstellen (Ertl-Schmuck et al., 2023, S. 124). Die Suche erfolgte mit Hilfe der Tabelle 4. Die Kernbegriffe *Intrauteriner Fruchttod*, *Hebammenbetreuung*, *Eltern* und *Handlung* wurden entsprechend der thematischen Festlegung des Titels und der daraus entwickelten Forschungsfrage dieser Thesis gewählt. Zur weiteren Eingrenzung und Anpassung der Suche wurden die Kernbegriffe um *Einlingsgravidität* und *Trauer* ergänzt. Es wurden englisch- und deutschsprachige Schlagworte verwendet. Suchbegriffe, die aus mehr als einem Wort bestanden, wurden in Klammern gefasst, um sie als einen Begriff zu kennzeichnen. Jeder Kernbegriff wurde um weitere Synonyme mit dem Booleschen Operator „OR“ verknüpft. Da im englischsprachigen *stillbirth* als Synonym für *intrauterine fetal demise* verwendet wird (Maslovich & Burke, 2022), wurden zu dem Kernbegriff *Intrauteriner Fruchttod* auch *stillbirth*, *term stillbirth* und *Totgeburt* ergänzt, obwohl IUFT und Totgeburt per zuvor beschriebener Definition (s. Abschnitt 2.1 und 2.2) zu unterscheiden sind. Die daraus entstandenen einzelnen Suchstrings, in dieser Arbeit nummeriert #1 bis #6, wurden anschließend in unterschiedlichen Kombinationen, nachfolgend beschrieben, mit dem Booleschen Operator „AND“ verknüpft. Außerdem wurde das Recherchefeld der einzelnen Kernbegriffe festgelegt. Je nach verwendeter Datenbank wurde #1 in „Title und Abstract“ oder in „Title, Abstract und Keywords“ gesucht, da dies das Hauptthema der Thesis ist und somit unabdingbar. Das gewählte Recherchefeld für die Suchstrings #2 bis #6 lautete All Fields oder All text. Unter #2 wurden zudem mithilfe des Booleschen Operators „NOT“ sämtliche Formen von

Mehrlingsschwangerschaften (s. Tabelle 4) ausgeschlossen, da sich diese Arbeit auf den Verlust eines einzelnen Kindes bezieht.

Tabelle 4: Verwendete Suchbegriffe.

	#	Kernbegriff	Synonyme	Recherchefeld
AND	1	Intrauteriner Fruchttod	IUFT, intrauterine fetal death, IUFD, intrauterine fetal demise, stillbirth, term stillbirth, Totgeburt	Title, Abstract / Title, Abstract, Keywords
	2	Einlingsgravidität	Einling, Einlingsschwangerschaft, singleton pregnancy, singleton NOT: Zwillinge, Zwillingschwangerschaft, Mehrlinge, Mehrlingsschwangerschaft, twin, twin pregnancy, multiple pregnancy	All Fields / All text
	3	Hebammenbetreuung	Hebamme, Hebammen, midwife, midwives, midwifery, obstetric nurse, care, caregiver, caregivers	All Fields / All text
	4	Eltern	parents, parenthood, mother, father, Mutter, Vater	All Fields / All text
	5	Handlung	Care, needs, requirements, management	All Fields / All text
	6	Trauer	Trauerarbeit, mourning, grief, bereavement, sorrow	All Fields / All text
OR				

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Auswahl der geeigneten Literatur wurden Ein- und Ausschlusskriterien formuliert. Ziel war es, Literatur zu finden, die möglichst umfassend die Fragestellung der Thesis beantwortet. Demnach sollte sich die Literatur an geburtshilfliches Personal richten, idealerweise an Hebammen oder Krankenschwestern in der Geburtshilfe, und sich auf das letzte Schwangerschaftsdrittel beziehen. Die Bedürfnisse der Eltern rund um Diagnose des IUFTs bzw. der stillbirth, die Geburt und die erste Zeit danach sollten miteinbezogen und Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Nur Studien, Reviews und Leitlinien wurden in Betracht gezogen, wohingegen Studienprotokolle, reflective case studies und Artikel ausgeschlossen wurden. Vor 2014 publizierte Literatur wurde nicht berücksichtigt, damit der Versorgungsplan auf einem aktuellen wissenschaftlichen Stand ist. Ein weiteres Kriterium war, dass der Volltext in deutscher oder englischer Sprache verfügbar ist. Für eine bessere Vergleichbarkeit der Gesundheitssysteme und der möglichen Ressourcen der Eltern und Hebammen wurden Publikationen aus Ländern mit mittlerem bis hohem Einkommen mit

einer möglichst internationalen Sicht inkludiert, da sich diese besser auf Deutschland übertragen lassen. Veröffentlichungen aus Ländern mit niedrigem Einkommen wurden ausgeschlossen. Aus dem gleichen Grund wurden Studien über kleine Bevölkerungsgruppen, indigene Völker und Studien, die an einzelnen Standorten bzw. Krankenhäusern durchgeführt wurden, exkludiert. In Reviews sollte mindestens die Hälfte der inkludierten Studien aus Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen sein. Des Weiteren wurde Literatur ausgeschlossen, die „after / following stillbirth“ im Titel trug, da der Schwerpunkt dieser Arbeit sich auf die Zeit ab Diagnose bis unmittelbar nach der Geburt fokussiert.

3.3 Datenbankrecherche

Im Folgenden werden die einzelnen Recherchewege der verschiedenen Datenbanken aufgezeigt. Dafür wurden in allen Datenbanken die Kernbegriffe #1 bis #6 und deren Synonyme als einzelne Suchstrings eingegeben und anschließend in unterschiedlicher Weise miteinander verknüpft, sodass umfangreiche und zugleich thematisch eingrenzende Suchstrings entstanden. Darauf aufbauend konnte eine Literaturlauswahl getroffen werden. Der Prozess der Auswahl ist zusätzlich in Abbildung 1 und ergänzend in Abbildung 2 am Ende des Kapitels dargestellt.

3.3.1 PubMed

Die Suche in der Datenbank PubMed erfolgte mithilfe des Advanced Search Builder. Zunächst wurde #1 *Intrauteriner Fruchttod* in Title und Abstract und #3 *Hebammenbetreuung* in allen Feldern mit „AND“ verknüpft in die Suchmaske eingegeben, da diese die wichtigsten Kernbegriffe zur Beantwortung der Forschungsfrage sind. Das Ergebnis waren 4655 Veröffentlichungen. Um nun eine weitere Eingrenzung durchzuführen, wurde die Suche um #5 *Handlung* in allen Feldern ergänzt, da das Ziel der Thesis das Erstellen eines Versorgungsplans ist und dafür dieser Aspekt besondere Relevanz hat. Es konnten 4531 Ergebnisse gefunden werden, sodass die Suche weiter spezifiziert werden musste. Der nächste Kernbegriff #4 *Eltern* wurde hinzugefügt, da sich der Versorgungsplan auf deren Bedürfnisse beziehen soll. Die Suche erzielte 1472 Resultate, was eine erneute Eingrenzung erforderte. Wie zuvor erläutert, liegt der Schwerpunkt dieser Thesis auf dem Verlust eines einzelnen Kindes, weshalb nun #2 *Einlingsgravidität* zur Suche ergänzt wurde. Das Ergebnis waren 139 Publikationen. Die Titel aller Veröffentlichungen wurden gelesen, jedoch wurde keine Quelle für die Ausarbeitung des Versorgungsplans eingeschlossen. #2 *Einlingsgravidität* wurde aus dem Suchstring entfernt und stattdessen wurde #6 *Trauer* mittels „AND“ mit den bisherigen Kernbegriffen und deren Synonymen verknüpft, weil dieser Aspekt des IUFTs einen bedeutenden Unterschied in der Betreuung der Eltern zu der einer Lebendgeburt macht. Die Suche erzielte 253 Ergebnisse. Gemäß der Ein- und Ausschlusskriterien wurde

der Filter 2014 bis 2024 angewendet. Als Resultat fanden sich 180 Veröffentlichungen, wovon 46 Publikationen anhand des Titels in eine erste Vorauswahl aufgenommen und nach Lesen der Abstracts auf 17 Publikationen eingegrenzt wurden. Anschließend erfolgte das Volltextscreening. Drei Reviews und zwei Studien sind schließlich in diese Arbeit inkludiert worden.

3.3.2 Scopus

Die systematische Literaturrecherche in der Datenbank Scopus ist ähnlich zu der in PubMed erfolgt. Zunächst wurden in der Einfach-Suche die #1 bis #6 einzeln eingegeben, welche anschließend, wie im Folgenden beschrieben, mithilfe des Combine queries Tools kombiniert wurden. Wie auch bei PubMed wurde zu Beginn #1 *Intrauteriner Fruchttod* in Title, Abstract und Keywords und #3 *Hebammenbetreuung* in allen Feldern mit „AND“ verbunden. Das Ergebnis waren 16536 Veröffentlichungen. Zur weiteren Eingrenzung wurde ebenfalls #5 *Handlung* in allen Feldern ergänzt. Es gab 16314 Ergebnisse, sodass die Suche durch #4 *Eltern* in allen Feldern weiter spezifiziert wurde. Die Suche erzielte 14 Resultate, jedoch waren diese Veröffentlichungen laut Titel nicht passend. #4 *Eltern* wurde entfernt und stattdessen wurde #6 *Trauer* in allen Feldern mit den bisherigen Kernbegriffen und deren Synonymen verknüpft. Die Suche erzielte 1127 Ergebnisse. Ergänzt wurde die Suche um #2 *Einlingsgravidität* in allen Feldern zur weiteren Eingrenzung der Ergebnisse. Das Resultat waren 57 Publikationen. Nach der zeitlichen Beschränkung auf die Veröffentlichungsjahre 2014 bis 2024 verblieben 46 Titel, wovon neun Veröffentlichungen laut Titel als passend empfunden wurden. Nach dem Lesen der Abstracts verblieben zwei Studien, von denen nach Lesen der Volltexte nur eine in die Bachelorarbeit eingeschlossen wurde.

3.3.3 Cochrane

Die Suche in der Datenbank Cochrane erfolgte simultan zu der Suche in PubMed mithilfe der Advanced Search. Zunächst wurde #1 *Intrauteriner Fruchttod* in Title, Abstract und Keywords und #6 *Hebammenbetreuung* in All text verknüpft. Das Ergebnis waren 104 Reviews und 814 Studien. Die Suche ergänzt um #8 *Handlung* ergab 906 Ergebnisse (104 Reviews und 802 Studien). Die weitere Spezifikation erfolgte mit #7 *Eltern*. Die Suche erzielte 93 Reviews und 236 Studien. Wie bereits bei PubMed fand die Ergänzung #2 *Einlingsgravidität* zwar 37 Reviews und 56 Studien, jedoch wurde kein Titel für treffend erachtet, sodass #2 *Einlingsgravidität* aus dem Suchstring entfernt wurde. Mit #9 *Trauer* wurde der bestehende Suchstring angepasst. Das Resultat waren drei Reviews und 14 Studien. Wie auch in den anderen Datenbanken erfolgte eine zeitliche Eingrenzung der Publikationen auf die vergangenen zehn Jahre. Es verblieben drei Reviews und 11 Studien, von

denen vier Studien ausgewählt wurden. Nach Lesen der Abstracts verblieb eine Studie, die aufgrund des Volltextes jedoch exkludiert wurde.

3.3.4 Screening auf Dopplungen

Abschließend erfolgte ein Screening der eingeschlossenen Publikationen auf Dopplungen, wobei eine Quelle gefunden wurde, die sowohl in Scopus und PubMed veröffentlicht wurde. Somit konnten insgesamt fünf Quellen in diese Arbeit inkludiert werden - drei Reviews und zwei Studien. Die 52 eingeschlossenen Quellen der Reviews wurden in einer Übersicht dargestellt (s. Anhang 8.2) und in einer zweiten Übersicht auf Dopplungen geprüft. Dabei wurden sechs Studien gefunden, die in je zwei der drei Reviews verwendet wurden (s. Anhang 8.3).

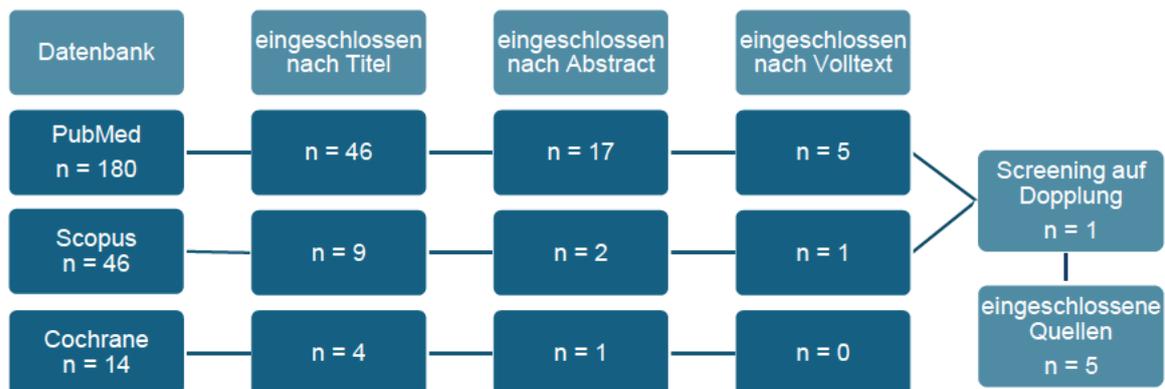


Abbildung 1: Flow-Chart der Literatursuche; eigene Darstellung.

3.4 Überprüfung auf neue Veröffentlichungen

Anfang November erfolgte bei der Datenbank PubMed, von der die gesamte Literatur bezogen wurde, eine letzte Prüfung auf neue Literatur. Dabei wurde eine neu veröffentlichte Aktualisierung einer britischen Leitlinie gefunden, welche nach Lesen des Abstracts und anschließend des Volltextes eingeschlossen und in die bisherige Ausarbeitung der Thesis eingegliedert wurde. Somit summiert sich die Anzahl der eingeschlossenen Quellen auf sechs, wie Abbildung 2 zu entnehmen ist.



Abbildung 2: Flow-Chart der aktualisierten Literatursuche; eigene Darstellung.

4 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden zunächst die inkludierten Veröffentlichungen dieser Bachelorthesis vorgestellt. Anschließend werden die Ergebnisse herausgearbeitet, welche für die Erstellung des Versorgungsplans relevant sind. Dieser wird am Ende des Kapitels graphisch präsentiert.

4.1 Vorstellung der inkludierten Publikationen

Eine Übersicht der Arbeiten ist in Tabelle 5 dargestellt. Dieser ist neben Autor, Titel, Jahr der Veröffentlichung und Studiendesign auch eine Nummerierung zu entnehmen, welche sich in den Tabellen der Kritischen Würdigung im Anhang 8.1 wiederfindet. Die Bewertungskriterien der Reviews sowie die der Studien wurden mithilfe der Critical Appraisal Checklists (CASP) für systematic Reviews und Querschnittstudien ausgewählt (CASP, 2024). Die nachträglich eingegliederte Guideline wurde mithilfe des Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Tools (AGREE-II-Tool) (Brouwers et al., 2010) kritisch analysiert und bewertet. Die letzte Spalte der Tabelle zeigt den daraus entwickelten Evidenzgrad an. Die Reihenfolge der Publikationen wurde entsprechend ihrer Evidenzklassen nach Deichsel et al. (2023) festgelegt. Dabei werden die drei Reviews und die beiden Studien als je eine Evidenzstufe betrachtet. Innerhalb dieser Gliederung wurden die Publikationen alphabetisch angeordnet. Die Leitlinie, welche die höchste wissenschaftliche Klasse aufweist, steht aufgrund ihrer späteren Ergänzung an unterster Stelle.

Tabelle 5: Darstellung der inkludierten Studien.

Nr.	Autor	Titel	Jahr	Studiendesign	Evidenz
1	Peracchini et al.	“The psychological support for women who underwent a stillbirth during their pregnancy: the quality of midwifery care”	2023	Scoping review	mittel
2	Persson et al.	„Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries”	2023	Systematic review und interpretative meta-synthesis	hoch
3	Peters et al.	„Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers”	2015	Systematic review	mittel
4	Atkins et al.	“Is care of stillborn babies and their parents respectful? Results from an international online survey”	2022	Qualitative retrospektive Querschnittstudie	hoch

5	Warland et al.	„Parents' descriptions of labouring with an antepartum fetal death: Findings from the Birthing in Grief study“	2024	Quantitative retrospektive Querschnittsstudie	hoch
6	Burden et al.	“Care of late intrauterine fetal death and stillbirth: Green-top Guideline No. 55“	2024	Leitlinie	hoch

4.2 Ergebnisse der inkludierten Publikationen

Nachfolgend werden die für die Erstellung des Versorgungsplans relevanten Ergebnisse aller sechs Arbeiten dargestellt.

Nr. 1 Peracchini et al., 2023, “The psychological support for women who underwent a stillbirth during their pregnancy: the quality of midwifery care”

Das scoping Review von Peracchini et al. analysiert die Rolle der Hebammenbetreuung bei einem perinatalen Tod und legt den Fokus dabei besonders auf die psychische Unterstützung, welche Schwangere bzw. Paare im klinischen Rahmen erhalten. Das Review wird dabei anhand der Ergebnisse der eingeschlossenen Studien in drei Kategorien unterteilt: Die medizinische Einrichtung in Ländern mit unterschiedlichen Ressourcen, Erleben und Ausbildung des Personals, mit dem Fokus auf Hebammen, und zuletzt die Erfahrungen der Eltern in dieser Situation. (Peracchini et al., 2023)

Die Betreuung einer Totgeburt hängt stark von der örtlichen Gesundheitsversorgung sowie der Arbeitsbelastung des Personals und der verfügbaren Ressourcen ab. Wie die Ergebnisse des Reviews zeigen, schätzten Eltern sowohl emotionale als auch körperliche Unterstützung durch das Gesundheitspersonal. Die dadurch geschaffene Atmosphäre während der gesamten Begleitung von Diagnose bis Geburt und darüber hinaus hat den größten Einfluss auf die Zufriedenheit der Eltern und perspektivisch deren Umgang mit ihrer Trauer. Es wird beschrieben, dass die Betreuung genauso wichtig sein kann wie andere Erinnerungen an das verstorbene Kind. Dabei ist die verbale und nonverbale Kommunikation besonders zu berücksichtigen, denn diese hat langfristigen Einfluss auf die Trauerarbeit der Eltern, weshalb jede Hebamme darin geschult werden sollte. Dies ist global gesehen nicht überall verpflichtend. Ein weiteres Problem, welches sich aus den Studien ergibt, ist, dass Hebammenstudierende während ihres Studiums nicht in die Begleitung von Totgeburten eingebunden werden und der Schwerpunkt der Ausbildung auf der Begleitung von Lebendgeburten liegt. Die Aufgaben der Hebammen bei einer Totgeburt liegen laut den Autoren darin, die Familien zu begleiten. Dazu gehört, sie über die bevorstehende Zeit und die Geburt aufzuklären. Pflegende Maßnahmen wie Handhalten, Haare kämmen und zwanglose Gespräche während dieser Zeit werden positiv von den Eltern wahrgenommen. Nach der

Geburt sollen Hebammen Erinnerungsarbeit ermöglichen. Zu nennen sind hier Fotos, Erinnerungsstücke und Abschiedsrituale. Zudem soll der Umgang mit den Eltern und dem Kind behutsam und respektvoll sein. Dies erleichtert die erste Begegnung zwischen ihnen. Außerdem sollen Eltern selbst entscheiden, ob sie ihr Baby sehen und halten wollen, da die Studienlage bezüglich des psychischen Einflusses uneindeutig ist. Eltern schätzen es laut Peracchini et al., wenn das Kind durch das Gesundheitspersonal bei seinem Namen genannt und ihm so eine Identität gegeben wird. Besonders für Mütter ist die Situation extrem belastend, denn sie haben bereits eine Bindung zu ihrem Kind aufgebaut. Der psychische Schmerz kann zudem durch die physischen Schmerzen nach der Geburt beeinflusst werden. Der Fokus der Trauerbegleitung durch Hebammen sollte die gesamte Zeit über situations- und bedarfsorientiert sein. Da verwaiste Mütter oftmals frühzeitig aus der Geburtsklinik entlassen werden, sollten ihnen gesundheitsrelevante Informationen mitgegeben werden. Eine allumfassende Hebammenbetreuung inklusive interprofessioneller Zusammenarbeit, die die mentale Gesundheit miteinschließt, ist von entscheidender Bedeutung, um eine bessere Versorgung zu erreichen. (Peracchini et al., 2023)

Nr. 2 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”

In dem systematic Review von Persson et al. wurden die Bedürfnisse von Eltern, Geschwisterkindern und dem medizinischen Personal in Ländern mit hohem Einkommen erforscht. Ergänzend erfolgte eine Meta-Synthese der erzielten Ergebnisse, welche mit den Ergebnissen einer von Betroffenen mitgestalteten Studie verglichen wurden. Ziel war es, hilfreiche Maßnahmen für Pflege und Unterstützung auszuarbeiten, die Eltern, Geschwistern und beteiligten Fachpersonen bei einer Totgeburt helfen. Der untersuchte Zeitraum erstreckt sich von der Diagnose bis hin zur postpartalen Betreuung. Die Autoren unterteilten die Ergebnisse in vier Themenschwerpunkte, welche sich gegenseitig bedingen. (Persson et al., 2023) Diese werden nachfolgend unter Berücksichtigung der Relevanz für den Versorgungsplan zusammengefasst.

Das in der Betreuung als am entscheidendsten identifizierte Thema ist die *Personifizierung* aller beteiligten Personengruppen. Insbesondere den Eltern ist es wichtig, dass ihr Kind als einzigartiges Individuum von ihrem Umfeld und dem Personal gesehen wird. Es ist ein Familienmitglied und soll entsprechend behandelt werden. Sie möchten ihm begegnen können, als wäre das Kind noch am Leben. Dabei ist es hilfreich, wenn das Kind zum Beispiel durch die Hebamme mit seinem Namen angesprochen wird. Die Personifizierung mittels Fotos des Kindes mit und ohne Eltern, aber auch andere Mementos wie Fuß- oder Handabdrücke sowie die Pflege des Kindes durch die Eltern, sofern und solange sie dies

wünschen, sorgen für die Schaffung von Erinnerungen, welche hilfreich für die Trauerarbeit sein können, denn sie beweisen die Existenz des Babys. Außerdem sollen Mementos durch die Fachpersonen initiiert werden, welche die Eltern dabei unterstützen und auch die Verbindung zwischen Eltern und Kind stärken sollen. Die Existenz des Kindes kann zusätzlich durch verschiedene Rituale und Zeremonien oder ein Kennenlernen des Kindes durch Familie und Freunde geachtet werden. Die Fachperson sollte während der gesamten Zeit auch als Individuum mit eigenen Gefühlen wahrgenommen werden. Hinzu kommt, dass fehlende Ressourcen und Unterstützung des Personals zu einer Verschlechterung der familiären Betreuung führen. (Persson et al., 2023)

Der zweite Themenbereich beschäftigt sich mit *Respektvoller Haltung*, welche entscheidend für die Personifizierung und das Verständnis der Eltern bezüglich des Verlustes ist. Die Ergebnisse zeigen, dass der generelle Umgang mit den Eltern und dem Kind wie bei einer Lebendgeburt erfolgen soll. Dabei ist die Unterstützung durch das medizinische Personal, angepasste Informationsvermittlung und eine respektvolle Betreuung während des Geburtsprozesses und bei der ersten Begegnung mit dem verstorbenen Kind von großer Bedeutung. Die Eltern befinden sich in einer Ausnahmesituation, weshalb die Betreuung einfühlsam ablaufen soll. Respektloses Verhalten erschwert die Begegnung mit dem Kind sowie den Abschieds- und Trauerprozess. Die kontinuierliche Betreuung durch die gleichen Fachpersonen kann für Sicherheit und Verbundenheit sorgen. Für das begleitende medizinische Personal ist die Situation besonders herausfordernd, weshalb es Zeit für Verarbeitung und das Angebot für Reflexionsgespräche braucht. (Persson et al., 2023)

Der dritte Punkt *Existentielle Probleme* lässt sich auf die Reaktion der unerwarteten Diagnose zurückführen, die in einer Sinn- und Lebenskrise und der Frage nach Gerechtigkeit münden kann. Eltern erleben verschiedenste Emotionen wie zum Beispiel Trauer, Hilflosigkeit und Panik. Unsicherheit entstand durch fehlende oder nicht verarbeitbare Informationen, welche sie aber in kompakter, angemessener Form wünschen. Informationen zu einer möglichen Beerdigung oder anderen Ritualen bereits vor Geburt des Kindes wurden von manchen Eltern als zusätzlich belastend empfunden. Wut wurde aus verschiedenen Gründen gegenüber dem Gesundheitspersonal und Menschen in ihrem Umfeld empfunden. Für das Personal stellt eine Geburt in der Regel ein freudiges Ereignis dar, sodass bei einer Totgeburt ein Zwiespalt entsteht. Die Begleitung kann als Ehre wahrgenommen werden oder so intensiv sein, dass die Konfrontation mit der Situation und den Eltern gemieden wird. (Persson et al., 2023)

Die *Stigmatisierung* erfolgt ab dem Zeitpunkt der Diagnose und setzt sich fort. Eltern fühlen sich entfremdet und allein mit ihrer Situation, denn ihre Elternschaft ist für andere nicht sichtbar. Oftmals wird zusätzlich ihre Trauer heruntergespielt, welche sich von der Trauer über andere Verluste unterscheidet. Begegnungen mit lebenden Neugeborenen verstärken

dieses Gefühl und unterstreichen die wahrgenommene Abnormalität. Es entwickeln sich aus verschiedenen Gründen Schuld- und Schamgefühle bei Mutter, Vater und dem Personal, welches in dieser Situation selbst Einsamkeit bei großer Belastung aufgrund beispielsweise mangelnder klinischer Strukturen erleben kann. (Persson et al., 2023)

Fachkräfte wie Hebammen befinden sich aufgrund der ganzheitlichen Betreuung in einer besonderen Position und haben daher einen bedeutenden Einfluss auf die Erfahrungen der Eltern, deren psychische und physische Gesundheit sowie soziale Beziehungen durch die Totgeburt beeinflusst werden. Individuell erstellte Betreuungspläne, in denen die Wünsche der Eltern berücksichtigt werden, und eine größere Offenheit der Gesellschaft bzgl. des Themas könnten dabei helfen. Die personenzentrierte Pflege ist nur dann langfristig möglich, wenn auch auf die Gesundheit des medizinischen Personals geachtet wird, welches Fortbildungen zur Verbesserung der Betreuung erhalten sollte. (Persson et al., 2023)

Nr. 3 Peters et al., 2015, „Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers”

Peters et al. arbeiten in ihrem systematic Review evidenzbasierte Handlungsempfehlungen heraus, welche sich an das medizinische Personal richten. Dabei bezieht sich das Forscherteam auf die relevanten und kulturellen Bedürfnisse von Müttern und ihren Familien bei einer Totgeburt. Die Gliederung der Empfehlungen erfolgt in chronologischer Reihenfolge der Betreuung ab Diagnosestellung über Geburt und die postpartale Zeit bis hin zu einer möglichen Folgeschwangerschaft und kulturellen Aspekten. (Peters et al., 2015) Die nun aufgeführten Ergebnisse beschränken sich auf den in der Forschungsfrage verwendeten Zeitraum.

Während der gesamten Betreuung, noch bevor die Diagnose gestellt ist, wünschen Eltern sich eine sensible, einfühlsame und individuelle Betreuung. Manche möchten vertraute Bezugspersonen als Unterstützung hinzuziehen. Das Fachpersonal soll die Elternschaft anerkennen und das Zeigen der eigenen Gefühle ebenso Trösten auf verbaler und nonverbaler Ebene kann für Eltern hilfreich sein. Zudem sollten Informationen vollständig, empathisch und schrittweise mitgeteilt werden, beispielsweise wenn Eltern den Grund für das Versterben wissen möchten. Es hat sich gezeigt, dass hierfür geschultes Personal eine angemessenere Betreuung ermöglichen und besser mit seinen eigenen Emotionen umgehen kann. Dabei sollten die kulturellen, religiösen und spirituellen Grundsätze der Eltern beachtet und respektiert werden. (Peters et al., 2015)

Wenn Eltern ein besorgniserregendes Gefühl vor bestätigender Diagnosestellung haben, sollte dieses ernst genommen werden. Die Diagnose selbst sollte mit angemessenen, für die Eltern verständlichen Worten kommuniziert werden. Aufgrund der emotionalen Reaktion kann die Aufnahmekapazität der Betroffenen reduziert sein, weshalb es während der

gesamten Betreuung ratsam ist, Informationen abhängig vom derzeitigen emotionalen Zustand der Eltern zu vermitteln und diese in schriftlicher, mündlicher und digitaler Form mitzugeben. Bei Bedarf sollten Aussagen wiederholt werden. Manche schätzen es, wenn die Situation mit einer medizinischen Fachperson besprochen wird und diese anbietet, für Fragen und Unterstützung anwesend zu bleiben – andere bevorzugen Zeit allein. Die Anwesenheit einer Begleitperson kann Angst lindern. Sofern möglich, sollte die weitere Betreuung durch das bei Diagnose anwesende Personal erfolgen. (Peters et al., 2015)

Mütter möchten auf Einleitung und Geburt schrittweise vorbereitet werden. Dazu zählen klinikinterne Abläufe und der Zeitpunkt der Einleitung. Dabei sollte erneut über mögliche weitere Begleitpersonen gesprochen werden. In Gesprächen und Entscheidungsprozessen sollten beide Elternteile gleichermaßen berücksichtigt und involviert sein. Die betreuende Fachperson soll einen passenden Zeitpunkt zur Aushändigung von notwendigen Formularen wählen und die Betreuung sollte generell warmherzig und nicht wertend sein. Es ist zudem zu beachten, dass der Kontakt zu anderen Familien mit lebenden Kindern vermieden wird und der Kreißsaal der Situation entsprechend vorbereitet ist. Das auf Station arbeitende Personal soll über die Situation unter Wahrung der Privatsphäre informiert werden, damit die Eltern diese nicht selbst erklären müssen. (Peters et al., 2015)

Um sich vorzubereiten, möchten manche Eltern Informationen über das zu erwartende Aussehen des Kindes erhalten. Dabei sollte die SSW, mögliche Verletzungen und bekannte körperliche Anomalien berücksichtigt, mögliche Spekulationen jedoch vermieden werden. Es sollte mit den Eltern behutsam besprochen werden, ob und wann sie ihr Kind sehen und halten möchten. Dabei können Informationen über die Entscheidung anderer Eltern in einer ähnlichen Situation hilfreich sein. Die individuelle Entscheidung soll respektiert werden. Jedes Elternteil sollte zudem die Möglichkeit erhalten, diese jederzeit ändern zu können. Sofern Eltern ihr Kind sehen möchten, sollte ihnen so viel und oft gemeinsame Zeit wie gewünscht ermöglicht werden, dies kann auch im häuslichen Umfeld sein. Dabei ist zu beachten, dass eine empathische Aufklärung über mit der Zeit zu erwartende physische Veränderungen, wie beispielsweise Nasenbluten, hilfreich sein kann. Manche Eltern schätzen Unterstützung im Umgang mit ihrem Kind, wenn sie normale, pflegende Tätigkeiten wie Baden und Anziehen des Kindes durchführen dürfen und andere Familienmitglieder das Kind kennenlernen. Zur besseren Planung sollte dies vorgeburtlich geklärt werden. Das Personal sollte dem Baby genauso viel Respekt entgegenbringen wie lebendgeborenen Kindern. Außerdem sollte es das Erstellen von Mementos ermöglichen bzw. die Eltern darin bestärken. Dazu zählen: Fotos, Hand- und Fußabdrücke, Decken und Kleidung des Kindes, das Abschneiden einer Haarsträhne und Informationen über die Haltbarkeit von Ultraschallbildern. Wenn die Eltern ihr Kind nicht sehen möchten, sollten trotzdem Erinnerungen für

einen späteren Zeitpunkt geschaffen werden, falls die Eltern es sich irgendwann anders überlegen. (Peters et al., 2015)

Nr. 4 Atkins et al., 2022, “Is care of stillborn babies and their parents respectful? Results from an international online survey”

Die quantitative retrospektive Querschnittsstudie von Atkins et al. untersucht die Erfahrungen von Eltern während einer Totgeburt. Dabei wird der respektvolle Umgang des Pflegepersonals mit den Eltern in der Schwangerschaft und nach der Totgeburt verglichen. Zudem wurde in der Studiumfrage ermittelt, welche Pflegemaßnahmen unmittelbar nach der Geburt gewünscht und/oder angeboten wurden. (Atkins et al., 2022) Diese werden nachfolgend als für den Versorgungsplan relevante Ergebnisse dargestellt. Das Ziel der Studie ist es, herauszuarbeiten, ob die Pflege von totgeborenen Babys und deren Eltern in Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen respektvoll ist und die Wünsche und Angebote bezüglich der Trauerarbeit berücksichtigt bzw. angenommen werden (Atkins et al., 2022).

Bei über zehn Prozent der Studienteilnehmer besteht ein ungedeckter Bedarf an Betreuungsmaßnahmen um den Zeitraum der Geburt. Dabei zeigt sich, dass der Wunsch danach bei Eltern aus Ländern mit mittlerem und hohem Einkommen ungefähr gleich ist, dieser jedoch bei zuerst genannter Personengruppe seltener erfüllt wird. Insbesondere das Erstellen von Erinnerungen wie Fußabdrücken oder Fotos wird dort weniger ermöglicht. Fraglich ist, ob dies an mangelnder Kenntnis oder unzureichender Ausbildung des geburtshilflichen Personals liegt. Den wenigsten Eltern wurde angeboten, ihr Kind mit nach Hause zu nehmen, obwohl viele dies gerne getan hätten. Die Gründe hierfür könnten laut Atkins et al. kulturelle, religiöse oder rechtliche Einschränkungen sowie Stigmatisierung sein. Es bedarf aber weiterer Forschung. Weitere Betreuungsmaßnahmen wurden im Studienschnitt häufiger von den Eltern gewünscht und durch das Personal angeboten; dazu zählen der Wunsch nach einer Beerdigung, dem Kind einen Namen zu geben, es Familie oder Freunden vorzustellen, es zu sehen und zu halten sowie Zeit mit ihm zu verbringen. (Atkins et al., 2022)

Nr. 5 Warland et al., 2024, „Parents' descriptions of labouring with an antepartum fetal death: Findings from the Birthing in Grief study”

Die Autoren Warland et al. beschreiben in ihrer qualitativen retrospektiven Querschnittsstudie die Bedürfnisse und Erfahrungen von Eltern mit der Diagnose IUFT unter Geburt, mit dem Ziel, Daten für zukünftige Richtlinien zu generieren. Die Ergebnisse konnten in zwei Themenbereiche mit je drei weiteren Unterkategorien unterteilt werden. (Warland et al., 2024)

Der Abschnitt „Jeder Schritt wird erklärt“ (Warland et al., 2024) zeigt auf, dass Kommunikation während der Geburt sehr wichtig ist. Eltern möchten angemessene, rechtzeitige

Informationen, die ihnen eine gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglichen. Außerdem möchten sie über den typischen Ablauf einer Totgeburt aufgeklärt werden. Sie wünschen Gründe für die Wahl des Geburtsmodus, Informationen über den Ablauf und Möglichkeiten der Einleitung zu erfahren. Außerdem wollen sie wissen, wie ihr totgeborenes Kind aussehen wird, wie die erste Begegnung sein wird und manche möchten Aufklärung über die zu erwartende Stille bei Geburt des Kindes. Den Eltern der Studie war es besonders wichtig, Zeit zum Verarbeiten der Situation und der Informationen zu erhalten und nicht zu Entscheidungen gedrängt zu werden. Dabei werden mündliche (Gespräche mit Fachkräften) und schriftliche Informationen (z. B. Broschüren) als erforderlich sowie das Diskutieren von Optionen als hilfreich empfunden. Der Informationsfluss soll dabei nach und nach erfolgen, da die Eltern oft unter Schock stehen und daher kaum in der Lage sind, Fragen zu stellen. Die Interviews haben gezeigt, dass manche Eltern sich weniger allein fühlten, aufgrund der Offenheit des klinischen Personals über die Häufigkeit eines IUFTs zu sprechen. (Warland et al., 2024)

Das zweite Themenfeld *„Uns das Gefühl geben, Eltern zu sein“* (Warland et al., 2024) macht die Bedürfnisse der Eltern deutlich. Es ist ihnen wichtig, dass sie wie Eltern behandelt werden, die ein lebendes Kind bekommen, mit dem Unterschied, dass ihre belastende Situation als solche durch das medizinische Personal anerkannt wird. Sie wünschen, dass ihre Autonomie gewahrt wird und sie in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Beispielsweise soll bei der Wahl der Schmerzmittel keine ärztliche Vorauswahl getroffen werden, da Mütter unterschiedliche Bedürfnisse haben und sich der ursprüngliche Geburtsplan unter diesen Umständen ändern kann. Sie möchten ein Bewusstsein des Personals über ihren psychischen und physischen Schmerz. Trotz des Verlusts möchten sie ein möglichst positives Geburtserlebnis. Dafür brauchen Eltern die Unterstützung durch Fachpersonen. Die Geburt und die anschließende Zeit mit dem Kind soll als wichtig angesehen werden. Rituale, wie das Durchtrennen der Nabelschnur durch den Partner oder nacktes Bonden mit dem Baby helfen, die Situation zu normalisieren, und erleichtern das Erleben der Geburt. (Warland et al., 2024)

Nr. 6 Burden et al., 2024, “Care of late intrauterine fetal death and stillbirth: Green-top Guideline No. 55”

Die aktualisierte Leitlinie aus Großbritannien hat evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für Eltern und deren Familien bei einem IUFT erstellt. Diese beziehen sich auf die Pflege um den Zeitraum der Geburt sowie die Betreuung folgender Schwangerschaften. Sie richtet sich dabei an Hebammen und Gynäkologen, aber auch an betroffene Familien und weitere medizinische Professionen (Burden et al., 2024). Aufgrund der limitierten Zeit für das Anfertigen dieser Bachelorthesis werden nachfolgend nur Ergebnisse genannt, die entweder

zum Zeitpunkt der Veröffentlichung bereits durch andere Quellen in dem Versorgungsplan enthalten waren oder eine sinnvolle Ergänzung für diesen darstellten.

Die Kommunikation über die Situation sollte angemessen in mündlicher und schriftlicher Form erfolgen. Bereits im Ultraschall können erste physische Veränderungen (z. B. Mazeration oder Einblutungen) des Kindes gesehen werden, welche für die Eltern hilfreich sein können, um sich auf das kindliche Aussehen vorzubereiten und einen ungefähren Todeszeitpunkt zu erfahren. Auch nach der Diagnose kann die Schwangere noch Kindsbewegungen spüren, diese sind jedoch passiver Natur. Bei der Diagnose sollte die Frau nicht allein sein. Sofern gewünscht sollte den Betroffenen Privatsphäre und Zeit gegeben werden. Wenn die Eltern dazu bereit sind, sollten weitere Maßnahmen besprochen werden, dazu zählen der Geburtsmodus (Abwägen von physischen und psychischen Folgen), Schmerzmittel, der zeitliche Ablauf, Mementos schaffen und ggf. das Hinzuziehen eines professionellen Dolmetschers. Dabei sollen die Entscheidungen der Frau und auch des zweiten Elternteils berücksichtigt werden. Alle Professionen, die das Paar betreuen und unterstützen, sollen über den IUFT informiert sein. Wenn möglich, soll die weitere Betreuung durch dieselben erfahrenen Hebammen und Gynäkologen erfolgen. (Burden et al., 2024)

Eine Wassergeburt ist ebenso wie ein abwartendes Verhalten bzgl. Einleitung (48 Stunden) möglich, sofern keine Kontraindikationen vorliegen. Zudem können unter der gleichen Bedingung alle üblichen Schmerzmittel verwendet werden. Der Kreißaal sollte der Situation angepasst und dabei auch für eventuelle geburtshilffliche Notfälle vorbereitet sein. Zuletzt sollten die Eltern im Kreißaal vor Geräuschen wie Babyschreien geschützt werden. (Burden et al., 2024)

Dem medizinischen Personal wird empfohlen, offen für den individuellen und kulturellen Umgang der Eltern mit dem Tod zu sein. Ihnen sollte gemeinsame Zeit mit dem Kind sowie das Schaffen von Erinnerungen an das Kind angeboten werden. Das Sehen und Halten des Kindes wird von den Autoren empfohlen. Die Entscheidung der Eltern soll in jedem Fall respektiert werden, sie kann aber jederzeit geändert werden. Falls Eltern das Kind nicht sehen möchten, kann es für sie eine Möglichkeit darstellen, dass die Hebamme sein Aussehen beschreibt. Wenn die Eltern jedoch ihr Kind sehen wollen, können bleibende Erinnerungen geschaffen werden, indem die Eltern das Kind waschen und anziehen, Fotos aufnehmen, Fuß- und Handabdrücke erstellen, das Kind aus dem Krankenhaus mitnehmen, ein Geburtszertifikat und/oder eine Erinnerungsbox erhalten. Die Eltern können dem Kind einen Namen geben und diesen entsprechend dokumentieren lassen. (Burden et al., 2024) Über den Registrierungsprozess und das Beantragen der Geburtsurkunde sollen die Eltern informiert werden, weshalb Hebammen und Ärzte die rechtlichen Rahmenbedingungen kennen sollten. Ebenso sollte das Thema der Bestattung angesprochen werden. Neben den geburtshilfflichen und organisatorischen Aspekten sollten den Eltern Informationen über

Selbsthilfegruppen und psychologische Unterstützung angeboten werden. (Burden et al., 2024)

4.3 Der Versorgungsplan

Nachfolgend wird die Vorgehensweise zur Erstellung des Versorgungsplan erläutert. Dieser wird anschließend graphisch dargestellt.

4.3.1 Erstellung des Versorgungsplans

Die Erstellung des Versorgungsplans erfolgte, nachdem die Ergebnisse der inkludierten Publikationen Nr. 1 bis 5, wie zuvor beschrieben ausgearbeitet worden waren. Die später gefundene Leitlinie (Nr. 6) und die daraus auf diese Arbeit abgeleiteten Ergebnisse wurden nachträglich in die bereits bestehenden Ergebnisse des Versorgungsplans implementiert. Der Aufbau des Versorgungsplans orientiert sich an der groben Gliederung des systematic Reviews von Peters et al. (2015), da diese die zeitliche Abfolge des Ereignisses beschreibt und somit den zeitlichen Teilaspekt der Fragestellung der Thesis „*Was benötigen Eltern mit der Diagnose eines IUFTs im letzten Drittel der Schwangerschaft von Hebammen im Zeitraum von der Diagnosestellung bis einschließlich der Geburt?*“ aufgreift. Somit werden vier Themenschwerpunkte festgelegt: *Betreuung bei Diagnose*, *Betreuung vor der Geburt*, *Betreuung während der Geburt* und *Betreuung unmittelbar nach der Geburt*. Die Schwerpunkte werden um weitere Aspekte, die zu jeder Phase der Betreuung von Eltern mit einem IUFT von großer Bedeutung sind, ergänzt und entsprechend ersichtlich dargestellt (s. Abb. 3).

Zur besseren, evidenzbasierten Übersicht des Plans wurde das Zitationsformat von American Psychological Association 7. Auflage in Chicago Style 16. Auflage geändert. Um einen leichteren Rückbezug zu der Ergebnispräsentation in Abschnitt 4.2 ziehen zu können, wurde die bisherige Nummerierung der inkludierten Veröffentlichungen übernommen. Die Quellenangaben werden am unteren Ende der doppelseitigen Grafik in Kurzform aufgeführt, mit der sie sich im Literaturverzeichnis finden lassen. Die Begründungen der einzelnen Empfehlungen sind den Ergebnissen der Publikationen in Abschnitt 4.2 zu entnehmen. Die in den Versorgungsplan aufgenommenen Empfehlungen sollen eine Orientierungshilfe für Hebammen darstellen. Sie können aber auch Anwendung bei anderen geburtshilflichen Professionen, wie beispielsweise Gynäkologen finden. Es muss jedoch gesagt werden, dass jede Situation und vor allem jede Frau und jedes Elternpaar individuell gesehen werden soll und es gegebenenfalls zu Abweichungen innerhalb der Reihenfolge der Empfehlungen kommen kann.

4.3.2 Darstellung des Versorgungsplans

Der Versorgungsplan richtet sich an Hebammen, die Eltern mit einem IUFT betreuen. Die Eltern wünschen sich eine empathische, verständnisvolle und fachkompetente Betreuung unter Berücksichtigung ihrer Wünsche, Vorstellungen und Entscheidungen. Sie möchten ein schönes Geburtserlebnis, und dass sie und ihr Kind respektvoll behandelt werden. ^{2, 3, 5, 6}

Betreuung während der Diagnose

Instinkt / Sorgen der Eltern vor Diagnosestellung ernst nehmen ^{3, 4}

Verzögerte Diagnose sorgt für Verunsicherung der Eltern ³

Anwesenheit einer Begleitperson ermöglichen ^{3, 6}

Diverse Emotionen und Reaktionen sind zu erwarten ^{1, 2, 5}

Zeit für erstes Verarbeiten einräumen ⁶

Nach Diagnose b. B. für Fragen und Unterstützung anwesend bleiben ³

Wenn möglich, ab nun Betreuung durch gleiches med. Personal ^{2, 3, 6}

Betreuung vor der Geburt

Beratungsthemen:

- Nächste Schritte ^{5, 6}
- Geburtsmodus ^{3, 5, 6}
- Geburt: ggf. Einleitung / Schmerzmedikation ^{1, 3, 5, 6}
- Einbeziehen von Bezugspersonen ³
- Klinikinterne Abläufe ³
- Aussehen des Kindes ^{3, 5, 6} und passive Kindsbewegungen ⁶
→ z.B. SSW / ggf. bekannte Anomalien berücksichtigen, nicht spekulieren ³
- Stille im Moment der Geburt erklären ⁵
- Schuld- / Schamgefühle besprechen ²
- ggf. professionellen Dolmetscher organisieren ⁶
- Psychologische Betreuung anbieten, Selbsthilfegruppen empfehlen ⁶

Zeit für Entscheidung ⁵ und Raum für Privatsphäre ^{4, 6} ermöglichen

Aushändigung notwendiger Formulare (guten Zeitpunkt abpassen) ³

Erstellen von individuellen Betreuungsplänen ^{2, 6}

Betreuung während der Geburt

Angemessene Atmosphäre im Kreißsaal schaffen ^{1, 3, 6}

Pflegende Aufgaben durchführen, z.B.:

- Hände halten ¹
- Haare bürsten ¹
- Zwanglose Kommunikation ¹

Verständliche, empathische und rechtzeitige Kommunikation (verbal und non-verbal²), Informationsübermittlung schrittweise (mündlich, schriftlich und digital) ^{1, 2, 3, 4, 5, 6}

Religiöse, spirituelle und kulturelle Wünsche und Vorstellungen respektieren ^{2, 4, 6}

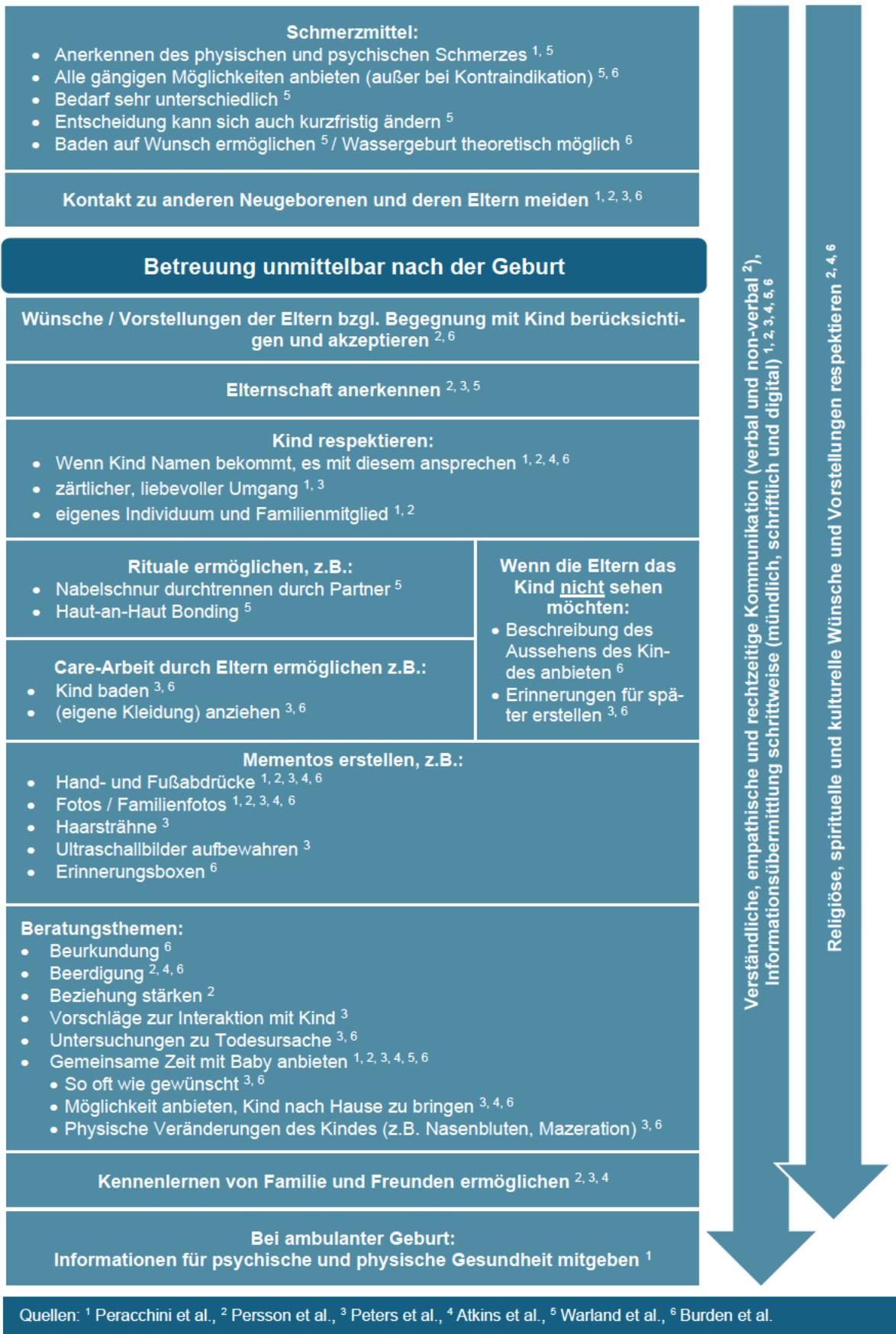


Abbildung 3: Versorgungsplan für Hebammen, die Eltern mit einem IUFT betreuen; eigene Darstellung.

5 Diskussion

In diesem Kapitel werden zunächst die Ergebnisse des Versorgungsplans hinsichtlich ihrer Evidenz diskutiert. Anschließend wird ein Bezug zu möglichen Praxisimplikationen hergestellt und überprüft, welche gesundheitspolitischen Maßnahmen und weitere Forschungsziele sich aus dieser Thesen ableiten lassen. In einem zweiten Schritt erfolgen die Diskussion und Reflexion der gewählten Methoden und es werden Limitationen dieser Arbeit dargestellt.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die Forschungsfrage der Bachelorthesis „*Was benötigen Eltern mit der Diagnose eines IUFTs im letzten Drittel der Schwangerschaft von Hebammen im Zeitraum von der Diagnosestellung bis einschließlich der Geburt?*“ konnte mithilfe des bisherigen Forschungsstands beantwortet und ein Versorgungsplan entwickelt werden. Auch wenn in den eingeschlossenen Publikationen hauptsächlich von *health care providers* gesprochen wird, können die formulierten Handlungsempfehlungen auf deutsche Hebammen übertragen werden, da diese u. a. Fachpersonen für die Betreuung bei Totgeburten (§9 HebG Abs. 4 Satz 1g) sind. Diese sollen dazu dienen, dass die Eltern trotz der besonderen Umstände mit Unterstützung von Hebammen eine positive Geburtserfahrung erleben können. Aufgrund der übersichtlichen und chronologischen Strukturierung lässt sich der Plan leicht und zu jeder Phase erkennbar anwenden. Da sich die Betreuung über einen längeren Zeitraum und mehrere Schichten erstrecken kann, wird empfohlen, dass die bereits angesprochenen Beratungsthemen durch die Hebamme, mit der das jeweilige Gespräch stattgefunden hat, erkenntlich gemacht werden. Dies kann zum Beispiel durch ein Häkchen oder Kürzel im Versorgungsplan erfolgen. Natürlich kann es auch sein, dass die Eltern Fragen zu Themen stellen, die laut Versorgungsplan eher nach der Geburt besprochen werden sollten. In dem Fall sollte von der Gliederung des Versorgungsplans abgewichen und die entsprechende Frage beantwortet werden. Auch hier sollte eine entsprechende Kennzeichnung im Versorgungsplan erfolgen. Hinzu kommt, dass die individuellen Wünsche und Vorstellungen schriftlich für die Kollegen festgehalten werden sollten. Das könnte beispielsweise in Form individueller Betreuungspläne erfolgen. So werden die Schichtwechsel für die Eltern und das Personal erleichtert, da belastende Wiederholungen der bereits angesprochenen Themen vermieden werden können. Die Betreuung eines IUFTs kann für die involvierten Hebammen und andere Professionen besonders intensiv und emotional sein (Persson et al., 2023), da neben der regulären Geburtsbetreuung die Trauerbegleitung zu leisten ist und ggf. ein großer Gesprächsbedarf besteht. Daher sollte eine Eins-zu-eins-Betreuung empfohlen werden. Dies ist insbesondere bei einem hohen Arbeitsaufkommen, z. B. wegen Unterbesetzung des

Teams nicht oder nur unzureichend möglich, sodass fraglich ist, wie gut sich der Versorgungsplan dann umsetzen lässt. Gleichzeitig kann der Versorgungsplan gerade in solchen Situationen dazu beitragen, einen besseren Überblick über den möglichen Betreuungsumfang zu gewinnen. Dies bezieht sich auf Maßnahmen, die über die herkömmliche Geburtshilfe hinausgehen.

Laut dem Hebammenhilfevertrag Anlage 1.2 dürfen Hebammen Totgeburten, zu denen IUFT-Babys gehören, außerklinisch betreuen und dies auch abrechnen. Dadurch kann der Versorgungsplan auch dort angewendet werden. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die inkludierten Studien sich primär auf das klinische Setting beziehen, da von außerklinischer Betreuung nicht erwähnt wird. Hinzu kommt, dass der erste Absatz des Versorgungsplans „Betreuung während der Diagnose“ sich eher auf bei Diagnosestellung anwesende, klinisch arbeitende Hebammen bezieht, denn die britische Leitlinie rät davon ab, die Diagnose des IUFTs aufgrund einer ungenauen Aussagekraft mit einem Pinard-Rohr oder Doppler zu stellen, sondern per Ultraschall (Burden et al., 2024). Dies ist bisher in Deutschland nicht Teil der Hebammenarbeit, sondern obliegt den ärztlichen Kollegen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2024), weshalb hier eine interprofessionelle Zusammenarbeit erforderlich wird. Dennoch könnten sich Eltern, die befürchten, dass etwas mit ihrem ungeborenen Kind nicht stimmt, an ihre außerklinisch arbeitende Hebamme wenden, die sich dann an den ersten Empfehlungen des Versorgungsplans orientieren kann.

Durch das neue Hebammengesetz aus dem Jahr 2020 und die zusätzlich definierte Studien- und Prüfungsordnung für Hebammen wird zum ersten Mal das Erlernen der Betreuung bei einer Totgeburt und somit auch einem IUFT als Teil der Hebammenarbeit aufgeführt (vgl. HebStPrV Anlage 1). Bis zu der Akademisierung der Hebammenausbildung in das Hebammenstudium im Jahr 2020 war dies von Gesetzesseite nicht fest in die Ausbildung integriert. Es wurde lediglich das „Verhalten bei kindlichem Todesfall“ (vgl. Anlage 2 HebAPrV) gelehrt, was sehr unspezifisch ist. Deshalb ist positiv zu verzeichnen, dass das wichtige und herausfordernde Thema nun fester Bestandteil der neuen HebStPrV ist. Es ist zu hoffen, dass sich dadurch perspektivisch eine bessere und bedarfsgerechtere Betreuung der Eltern etablieren wird. Fraglich bleibt jedoch, inwieweit die deutschen Universitäten und Fachhochschulen diese neue Regelung umsetzen. Persson et al. (2023) schlägt vor, examinierte Hebammen in Fortbildungen mithilfe eines interaktiven Schauspiels besser auf die Betreuung von Eltern mit einer Totgeburt vorzubereiten. Dieser Vorschlag könnte an Hochschulen, die über ein Skills-Lab oder vergleichbares verfügen, umgesetzt werden, indem bereits in der theoretischen Phase des Studiums mithilfe von Schauspielern der Fall eine Totgeburt realistisch nachgespielt wird. Dadurch würden die Studierenden in einem

geschützten Rahmen erste Berührungen mit einer solchen Situation haben und könnten sich besser für den Kreißsaal oder das Externat vorbereitet fühlen.

Neben den praktischen Ausbildungsinhalten im Studium, war der Konsens einiger der inkludierten Publikationen (Atkins et al., 2022; Burden et al., 2024; Peracchini et al., 2023; Persson et al., 2023; Peters et al., 2015), dass auch examinierte Hebammen und andere involvierte Professionen fortgebildet werden müssen. Dies ist erforderlich, damit die Eltern eine bestmögliche Betreuung erhalten können und das Personal gleichzeitig in der Lage ist, seine eigenen Emotionen und Ressourcen besser einschätzen zu können (Peters et al., 2015). Für andere geburtshilfliche (Notfall-)Situationen wie beispielsweise Reanimationen oder Beckenendlagegeburten werden Schulungen bereits von manchen Krankenhäusern regelmäßig, teilweise sogar verpflichtend, angeboten. Dieses Angebot sollte dringend um Teamfortbildungen zur Betreuung bei IUFT erweitert werden. Zusätzlich kann es hilfreich sein, in jedem geburtshilflichen Setting evidenzbasierte Handlungsempfehlungen, zu etablieren, welche die Bedürfnisse der Eltern aufzeigen, wie z. B. der in dieser Arbeit erstellte Versorgungsplan. Dadurch wird den Hebammen eine Orientierungshilfe an die Hand gegeben, mit der ihnen die Betreuung leichter fällt und die zusätzlich dazu beiträgt, ihr eigenes Handeln zu reflektieren.

Gesundheitspolitisch sollte eine einheitliche Definition für einen IUFT angestrebt werden, welche deutschlandweit allgemeine Gültigkeit besitzt. Dabei könnte, wie in Österreich bereits diskutiert wird, die aufgrund modernster medizinischer Technik verschobene Überlebensgrenze eines Neugeborenen Berücksichtigung finden (Muin, 2023). Fraglich ist, ob in diesem Zuge auch §31 (2) der PStV, die Definition einer Totgeburt, entsprechend angepasst werden müsste. Für die Wissenschaft wären ggf. sogar international einheitliche Definitionen von Totgeburt und IUFT von Vorteil, damit Publikationen besser miteinander verglichen und Situationen übertragen werden können. Insbesondere die synonyme Verwendung von stillbirth und intrauterine fetal death (Maslovich & Burke, 2022) hat die Ausarbeitung und Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit zunächst erschwert, da sich der Versorgungsplan an Eltern richtet, die bereits vor Geburtsbeginn die Diagnose des kindlichen Sterbens erfahren und entsprechend darauf vorbereitet werden können – anders als bei einem intrapartalen Versterben. Durch die synonyme Verwendung wurde während der Bearbeitung entschieden, Veröffentlichungen in den Versorgungsplan zu integrieren, die sowohl ante- als auch intrapartal verstorbene Kinder und deren Eltern thematisieren. Da dies auf eine Vielzahl der Studien zutraf und die Forscher selbst keine Abgrenzung vornahmen, könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass sich die Bedürfnisse der Eltern weniger als zunächst angenommen, voneinander unterscheiden. Die somit in den Versorgungsplan integrierten Studien berücksichtigen das Versterben von ungeborenen Kindern zwischen 20 + 0 SSW bis hin zu kurz vor der Geburt. Warland et al. (2024) ist die einzige Studie, die den

Todeszeitpunkt in Bezug auf die SSW nicht definiert. Da sie sich aber als einzige der inkludierten Studien explizit auf das vorgeburtliche Versterben bezieht, wurde diese qualitative retrospektive Querschnittsstudie dennoch eingeschlossen. Fraglich bleibt, ob die Fragestellung dieser Thesis aus gegebenem Grund dahingehend zu „in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft“ hätte umformuliert werden sollen. Dann wäre aber laut Definition dieser Arbeit nicht nur die Betreuung von IUFTs, sondern auch von Spätaborten berücksichtigt worden.

Ein weiteres gesundheitspolitisches Ziel sollte die Erstellung einer Leitlinie für die Betreuung von IUFTs und Totgeburten sein unter Beteiligung aller zuständigen Fachgesellschaften. Dafür könnte der Versorgungsplan als Grundlage dienen. Gleichzeitig stellt die aktualisierte, britische Leitlinie von Burden et al. (2024) eine sehr umfangreiche, wissenschaftliche Ausarbeitung dar, welche zusätzlich zur Orientierung hinzugezogen werden könnte. Jedoch müsste die Übertragbarkeit auf das deutsche Gesundheitssystem überprüft und entsprechend angepasst werden und es ist zu erwähnen, dass die Leitlinie nicht alle Handlungsempfehlungen des Versorgungsplans enthält.

Die Autoren der Publikationen sind sich einig, dass in diesem Feld weiterer Forschungsbedarf besteht. Je nach Schwerpunkt der Arbeiten wurden verschiedene neue Forschungsziele formuliert, welche der nachfolgenden Tabelle 6 zu entnehmen sind.

Tabelle 6: In den Publikationen genannte Forschungslücken.

Publikation	Aufgezeigter Forschungsbedarf
Peracchini et al., 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Kommunikation bei Totgeburt
Persson et al., 2023	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung von mehreren sozio-ökonomischen und demographisch verschiedenen Gruppen • Berücksichtigung von Vätern, Eltern aus Minderheitengruppen und gleichgeschlechtlichen Paaren • Unterstützungsmaßnahmen für alle bei einer Totgeburt beteiligten Personen
Peters et al., 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Weitere Forschung zum Erleben von Geschwisterkindern bei einer Totgeburt • Bestandteile und Auswirkungen von Ausbildungs- und Unterstützungsprogrammen für das Fachpersonal
Atkins et al., 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenhang zwischen kulturell bedingter Wahrnehmung der Totgeburt und der Art der Verarbeitung bei allen beteiligten Personengruppen

	<ul style="list-style-type: none"> • Gründe, warum Eltern nicht angeboten bekommen, ihr totes Kind mit nach Hause zu nehmen • Respektvoller Umgang mit Patienten aus ärztlicher Sicht • Kulturelle, praktische und einstellungsbezogene Gründe, warum Eltern in Ländern mit hohem Einkommen die Arbeit des Fachpersonals besser bewerten
Warland et al., 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen von diversen Bevölkerungsgruppen für eine Sensibilisierung der kulturellen Werte während der Betreuung (Indigene Völker, Menschen aus der LGBTQIA+-Community und solche, die kulturell und sprachlich divers sind) • Erfahrung intrapartaler Betreuung bei IUFT und Sectio
Burden et al., 2024	<ul style="list-style-type: none"> • Viele Empfehlungen wurden trotz fehlender Evidenz als „best practice point“ aufgenommen → weiterer Forschungsbedarf

Zudem konnten keine Studien gefunden werden, die das Erleben der Situation und die Bedürfnisse von Single-Moms-By-Choice und ungeplant Alleinerziehenden erforschen. Wie Warland et al. (2024) bereits aufgezeigt hat, betrifft die Forschungslücke auch Menschen der LGBTQIA+ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual/Transgender, Queer, Intersexual und Asexual) - Community. Auch wenn beispielsweise die Leitlinie von Burden et al. (2024) sich explizit an Mütter, Trans- und nicht-binäre Menschen richtet, konnten in der systematischen Recherche keine Studien gefunden werden, die sich explizit auf deren Bedürfnisse beziehen. Dasselbe gilt für Erfahrungen und die praktische Umsetzung der Betreuung eines IUFTs in der außerklinischen Geburtshilfe, weshalb auch hier ein großer Forschungsbedarf besteht.

Wie die Daten der Studien gezeigt haben, möchten Eltern bereits vor der Geburt des verstorbenen Kindes erfahren, wie es weitergeht. Dazu sollte auch eine Information über das Anrecht auf Mutterschutz gehören (Mutterschutzgesetz §3 Abs. 1). Da die Studien dieses Thema nicht berücksichtigt haben, konnte es nicht in den Versorgungsplan aufgenommen werden. Weiterführende Informationen sollten jedoch nachgeburtlich besprochen werden, beispielsweise vor der Entlassung aus dem Krankenhaus.

5.2 Diskussion der Methoden

Bei den in dieser Ausarbeitung verwendeten Veröffentlichungen handelt es sich um drei Reviews, eine qualitative und eine quantitative retrospektive Querschnittstudie. Die Evidenz der Publikationen, die die Grundlage des Versorgungsplans darstellen, wurde nach der kritischen Würdigung auf mittel bis hoch eingeordnet (s. Anhang 8.1). Diese Einstufung erfolgte mithilfe von modifizierten CASP-Check-Listen für die Studien und Reviews (CASP, 2024) und dem modifizierten AGREE-Tool (Brouwers et al., 2010) für die britische Leitlinie.

Das Review von Peters et al. (2015) wurde aufgrund des nicht abrufbaren Reviewreports und daraus resultierend der unzureichend vorhandenen Darstellung der eingeschlossenen Ergebnisse als von mittlerer Güte gewertet. Eine Anfrage nach dem Volltext blieb bis zum 28.11.2024 vom Autor unbeantwortet. Ebenso wurde die Evidenz des scoping Reviews von Peracchini et al. (2023) als mittel eingeordnet, da die Arbeit an einigen Stellen inhaltliche Fehler aufweist. So wird beispielsweise im Ergebnisteil von 15 eingeschlossenen Studien gesprochen, dem Flow-Chart und nachfolgenden Text sind aber nur 14 Studien zu entnehmen. Da die anderen vier Publikationen eine hohe Güte aufweisen, kann der Versorgungsplan dennoch mit einer hohen Evidenz bewertet werden. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass ein Großteil der herausgearbeiteten Handlungsempfehlungen im Versorgungsplan durch mehrere Quellen bestätigt werden. Auch die systematische Herangehensweise der Autorin trägt dazu bei. Gemäß der Evidenzklassen von Deichsel et al. (2023) sind die beiden Querschnittsstudien aufgrund eines erhöhten Bias-Risikos auf einer niedrigen Stufe anzusehen. Ein Vorteil der beiden Studien ist, dass die Perspektiven von beiden Elternteilen berücksichtigt wurden. Jedoch liegt wegen der ungleichen Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer ein Selektions-Bias vor. Während Atkins et al. (2022) eine internationale Umfrage (n=3769) durchführte, beschränkt sich Warland et al. (2024) auf den australischen Kontinent und vergleicht die Aussagen aus 18 semi-strukturierten Interviews, weshalb Atkins et al. (2022) innerhalb der gleichen Evidenzklasse eine höhere Güte aufweist. Die Ergebnisse von Warland et al. (2024) lassen sich jedoch besser auf die Fragestellung der Thesis anwenden. Auch wenn die drei Reviews im Ergebnisteil einer Kategorie zugeordnet werden, muss bezüglich der Evidenz darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dem Review von Peracchini et al. (2023) um ein scoping Review handelt, welches nicht die Qualität der darin eingeschlossenen Studien bewertet, sondern lediglich den aktuellen Forschungsstand aufzeigt. Somit weist dieses Review eine etwas niedrigere Evidenz auf als die beiden systematischen Reviews von Persson et al. (2023) und Peters et al. (2015). Diese systematischen Reviews haben, nach der Leitlinie von Burden et al. (2024), die zweithöchste Güte aufgrund der Evidenz-Synthese aufzuweisen (Deichsel et al., 2023). Hinzu kommt, dass das scoping Review teilweise Daten aus Ländern mit einem niedrigen Einkommen inkludiert hat, weshalb die vollständige Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Deutschland fraglich ist. Ein Abgleich der inkludierten Studien der Reviews hat ergänzend aufgezeigt, dass von 52 Studien lediglich sechs Studien in zwei der drei Arbeiten berücksichtigt wurden (s. Anhang 8.3), weshalb eine zu starke Ähnlichkeit der Publikationen ausgeschlossen werden konnte. Es ist ergänzend zu sagen, dass experimentelle Studien zwar eine höhere Güte aufweisen als die verwendeten Querschnittsstudien, jedoch keine gefunden werden konnten, die den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Hinzukommt, dass bei dieser Thematik experimentelle Studien nicht oder nur schwer umsetzbar sind. Dies

hängt unter anderem mit der Unvorhersehbarkeit des vorgeburtlichen Versterbens eines Kindes zusammen. Gleichzeitig ist die Situation für die Eltern sehr herausfordernd und emotional belastend, sodass es ethisch fragwürdig ist, innerhalb des in dieser Arbeit berücksichtigten Zeitraums eine Studie durchzuführen. Retrospektiv können Kohortenstudien, die diesen Zeitraum miteinschließen, durchgeführt werden, jedoch könnte es dann zu einem Retrospektionseffekt kommen. Diese Aussage bezieht sich nicht auf das gesamte Forschungsfeld der Betreuung bei IUFTs, sondern lediglich die Forschungsfrage dieser Arbeit. So könnten beispielsweise die langfristigen Folgen eines IUFTs durch eine prospektive Kohortenstudie ermittelt werden. Aufgrund der formalen Vorgaben dieser Arbeit kann nicht in vollem Umfang über die Evidenz der einzelnen Studien diskutiert werden. Die vollständige kritische Würdigung ist dem Anhang 8.1 zu entnehmen.

Die methodische Herangehensweise zur Beantwortung der Forschungsfrage und Erstellung des Versorgungsplans erfolgte systematisch. Dadurch konnten geeignete Publikationen verschiedener Studiendesigns herangezogen werden. Aufgrund der zeitlichen Beschränkung auf die letzten zehn Jahre sind diese zudem aktuell. Dennoch besteht eine Limitation der Arbeit in der kurzen Bearbeitungszeit und den formalen Vorgaben. Es wurde bei der Auswahl der Studien, die die wissenschaftliche Grundlage des Versorgungsplans bilden, explizit darauf geachtet, dass möglichst alle Facetten der Fragestellung innerhalb der jeweiligen Publikationen Beachtung fanden. Aus diesem Grund wurden Studien ausgeschlossen, die besondere Themenschwerpunkte wie z. B. Laktation nach einer Totgeburt oder Bedürfnisse von Vätern bei einem vorgeburtlichen Verlust ihres Kindes hatten. Ebenso konnten die in der Leitlinie von Burden et al. (2024) beschriebenen medizinischen Handlungsempfehlungen bezüglich Geburtsmodus, Einleitungsmöglichkeiten und Antibiotikatherapie unter Geburt bei einem IUFT aufgrund der formalen Vorgaben und späteren Integration in diese Arbeit nicht im Ergebnisteil berücksichtigt werden. Die Arbeit ist weiterhin dadurch limitiert, dass konkrete Empfehlungen der Kommunikation nicht formuliert werden konnten. Auch werden in den vorliegenden Publikationen keine Informationen über mögliche Unterschiede des Geburtserlebens zwischen einem lebenden und einem toten Kind beschrieben, was insbesondere für Mütter, die bereits Geburtserfahrungen haben, relevant sein könnte. Weiterführende Forschung und neue Erkenntnisse sollten daher in einem nächsten Schritt in den Versorgungsplan aufgenommen werden, sodass dieser mit der Zeit vervollständigt wird.

Durch die Begrenzung auf Länder mit einem mittlerem bis hohem Einkommen lassen sich die Ergebnisse zwar leicht auf Deutschland und die hier ausgeübte Hebammenarbeit übertragen, jedoch führt der Ausschluss von Ländern mit niedrigem Einkommen zu einer weiteren Limitation der Arbeit. Es kommt bei der Begleitung von Eltern, die einen IUFT erleben nicht ausschließlich auf hohe medizinische Standards an - es werden auch kleine Gesten

wie Hände halten oder Haare kämmen, für die es keine besonderen Ressourcen braucht, als hilfreich angesehen (Peracchini et al., 2023). Durch den Ausschluss von Studien, die in Entwicklungsländern durchgeführt wurden, könnten möglicherweise weitere Handlungsempfehlungen, die in Deutschland von Hebammen leicht umzusetzen wären, nicht berücksichtigt worden sein. Manche Ergebnisse der Studien wurden auch nicht in den Versorgungsplan aufgenommen, da diese als unangemessen bewertet wurden. Als Beispiel ist hier zu nennen, dass es manchen Eltern zur Normalisierung der Situation geholfen hat, wenn die betreuende Fachperson mit dem toten Baby gekuschelt hat (Peters et al., 2015). Dies übersteigt nach Einschätzung der Autorin den in diesem Kontext von Peters et al. (2015) erwähnten respektvollen und zärtlichen Umgang mit dem Kind.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage stellt der Versorgungsplan die passende Methode dar, da so die bereits erforschten Themen schlüssig, übersichtlich und vor allem evidenzbasiert zusammengetragen werden konnten. Gemäß der Formulierung der Forschungsfrage finden jedoch die Wünsche und Erfahrungen von Hebammen keine Berücksichtigung. Ebenso werden in dieser Arbeit das Erleben und die Bedürfnisse von Geschwistern und weiteren Familienmitgliedern, wie beispielsweise Großeltern, während und unmittelbar nach der Geburt eines vorgeburtlich verstorbenen Kindes nicht beachtet, obwohl diese Personengruppen Teil einzelner eingeschlossener Publikationen sind. Da diese einen großen Einfluss auf das Geburtserleben der betroffenen Eltern ausüben können und eigene Bedürfnisse haben, sollten sie in zukünftiger Forschung berücksichtigt werden.

6 Fazit

Aufgrund der mangelnden Verfügbarkeit an evidenzbasierten Handlungsempfehlungen und Leitlinien in Deutschland, ist die Erstellung eines wissenschaftlich fundierten Versorgungsplans von besonderer Relevanz. Die Dringlichkeit wird durch die steigenden Prävalenzen an Totgeburten und damit einhergehend vermutlich auch eine Zunahme der IUFTs verstärkt. Dem geburtshilflich arbeitenden Personal, insbesondere den Hebammen, wird damit eine evidenzbasierte Orientierungshilfe für die Betreuung von betroffenen Eltern und später ihren totgeborenen Kindern ermöglicht.

Die Ausarbeitung der Thesis erfolgte im Oktober und November 2024. Im Anschluss an die systematische Recherche wurden die relevanten Ergebnisse der eingeschlossenen Publikationen ausgearbeitet und in vier aufeinanderfolgende Phasen der Betreuung gegliedert: *Betreuung während der Diagnose*, *Betreuung vor der Geburt*, *Betreuung während der Geburt* und *Betreuung unmittelbar nach der Geburt*. In jeder Phase werden Bedürfnisse der Eltern und daraus entwickelte Handlungsempfehlungen für Hebammen dargestellt. Unabhängig von der Phase, in der sich die Eltern befinden, wurden weitere Handlungsempfehlungen ausgearbeitet. Eltern wünschen sich eine empathische, verständnisvolle und fachkompetente Betreuung unter Berücksichtigung ihrer Wünsche, Vorstellungen und getroffenen Entscheidungen. Dafür ist ein respektvoller Umgang mit ihnen und dem Kind essenziell. Die Art der Kommunikation sollte der Situation entsprechend empathisch sein. Aufgrund der besonderen Umstände sollten Hebammen Informationen in schriftlicher, mündlicher und digitaler Form übermitteln und die religiösen, spirituellen und kulturellen Hintergründe der Familien berücksichtigen.

Der Versorgungsplan lässt sich wegen seiner übersichtlichen Struktur leicht in die Hebammenarbeit integrieren und kann umgehend in der jeweiligen Phase der Betreuung Anwendung finden. Wichtig ist, die Individualität der verschiedenen Eltern zu wahren, weshalb es zu Abweichungen bezüglich der Reihenfolge der Handlungsempfehlungen kommen kann. Um dennoch einen Überblick über die bereits durchgeführten Empfehlungen zu behalten, wird empfohlen, an entsprechender Stelle einen Vermerk zu hinterlassen. Insgesamt trägt der Versorgungsplan dazu bei, dass eine Übersicht über den Betreuungsumfang, zusätzlich zu der regulären geburtshilflichen Begleitung, geschaffen wird.

Durch die erstmalige Aufnahme des Themas in die 2020 verabschiedete Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen ist außerdem zu hoffen, dass die Studierenden bereits in den theoretischen Phasen des Studiums gut auf die Begleitung von Totgeburten und IUFTs vorbereitet werden. Somit könnte in den nächsten Jahren ein positiver Wandel in der Qualität der Betreuung entstehen und Hebammen zusätzlich darin ausgebildet sein, ihre eigenen Emotionen professionell aufzuarbeiten. Zusätzlich sollten regelmäßige Fortbildungen

für Hebammen und andere Professionen, die Eltern in dieser Situation betreuen, etabliert werden.

Gleich zu Beginn der Erarbeitung wurde deutlich, dass es weder auf nationaler noch auf internationaler Ebene einheitliche Definitionen für Totgeburten und IUFTs gibt, weshalb in dieser Thesis Publikationen Verwendung fanden, die sowohl ante- als auch intrapartal verstorbene Kinder und ihre Eltern inkludierten. Es sollte ein anzustrebendes Ziel in Deutschland, idealerweise sogar international, sein, die Begriffe klar voneinander abgrenzbar und einheitlich zu definieren. Ebenso sollte eine weitere gesundheitspolitische Intention das Erstellen einer offiziellen Leitlinie unter Beteiligung aller relevanter Berufsgruppen sein. Hierfür könnten der Versorgungsplan und die britische Leitlinie von Burden et al. (2024) eine erste Grundlage bilden.

Limitationen der Thesis sind das Ausschließen von Ländern mit einem niedrigen Einkommen, da fraglich ist, ob dadurch gut umsetzbare Handlungsempfehlungen nicht berücksichtigt wurden. Zudem konnten aufgrund der zeitlichen und formalen Vorgaben der Thesis nicht alle Ergebnisse berücksichtigt und diskutiert werden. Daher wäre ein weiterführendes Ziel, den Versorgungsplan in einem nächsten Schritt um weitere Empfehlungen zu ergänzen und somit zu vervollständigen. Dabei handelt es sich um Themen, welche als relevant angesehen werden, aber nicht in den inkludierten Studien berücksichtigt wurden oder aufgrund der formalen Vorgaben nicht in die Thesis aufgenommen werden konnten. Dazu zählen die klaren medizinischen Empfehlungen bezüglich Geburtsmodus, Einleitung und Antibiotikatherapie bei IUFT unter der Geburt aus der Leitlinie von Burden et al. (2024), aber auch konkrete Kommunikationsempfehlungen in Form von Beispielsätzen. Auch sollten als Beratungsthema mögliche Unterschiede zwischen Geburt bei einem lebenden und toten Kind ergänzt werden, da dies insbesondere für Multipara bedeutend sein könnte. Fraglich ist, ob es dazu bereits Studien gibt. Ebenso ist der in Deutschland gesetzlich geregelte Mutterschutz ein wichtiges Thema. Dieser fand bisher keine Berücksichtigung in den verwendeten internationalen Studien und sollte ebenso als vorgeburtliches Beratungsthema etabliert werden.

Weitere Erkenntnisse während der Bearbeitung der Fragestellung waren, dass für das Thema des IUFTs eine große Forschungslücke besteht, die dringend geschlossen werden muss. Zukünftige Forschung sollte unter anderem einen Schwerpunkt auf eine angemessene Kommunikation in der Betreuung legen. Zusätzlich gibt es kaum bis keine Studien, die die Bedürfnisse von Eltern aus kulturellen Minderheiten, Menschen der LGBTQIA+-Community, Single-Moms-by-Choice und ungeplant Alleinerziehenden berücksichtigen. Auch muss das Erleben der Situation tiefgreifender erforscht werden, inklusive der daraus folgenden Konsequenzen für den zweiten Elternteil, Geschwisterkinder, Großeltern und das medizinische Personal. Ferner konnten keine Studien gefunden werden, die die

Erfahrungen und praktische Umsetzung der Betreuung einer IUFTs in der außerklinischen Geburtshilfe erforschen. Es ist jedoch zu beachten, dass aufgrund der höchst vulnerablen Situation der Eltern und der Unvorhersehbarkeit eines IUFTs, die Durchführung neuer Studien erschwert sein kann.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Forschungsfrage *„Was benötigen Eltern mit der Diagnose eines IUFTs im letzten Drittel der Schwangerschaft von Hebammen im Zeitraum von der Diagnosestellung bis einschließlich der Geburt?“* umfassend beantwortet und ein evidenzbasierter Versorgungsplan erstellt werden konnte. Aufgrund des großen Forschungsbedarfs stellt dieser eine erste Orientierungshilfe dar, welche perspektivisch durch neue Forschungsergebnisse ergänzt und vervollständigt werden sollte.

7 Literaturverzeichnis

- Atkins, B., Blencowe, H., Boyle, F. M., Sacks, E., Horey, D., & Flenady, V. (2022). Is care of stillborn babies and their parents respectful? Results from an international online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(10), 1731–1739. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17138>
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., & Zitzelsberger, L. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), E839–E842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2016, May 31). *Leitlinien | BMG*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z//leitlinien.html>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2024, January 18). *Betreuung durch eine Hebamme – familienplanung.de*. <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/schwangerschaftsvorsorge/hebamme/#>
- Burden, C., Merriel, A., Bakhbakhhi, D., Heazell, A., & Siassakos, D. (2024). Care of late intrauterine fetal death and stillbirth: Green-top Guideline No. 55. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17844>
- CASP. (2024). *CASP Checklists – Critical Appraisal Skills Programme*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Deichsel, A., Günther, D., Mathis, D. T., Schüttler, K. F., Wafaisade, A., Ackermann, J., Laky, B., Eggeling, L., Kopf, S., & Herbst, E. (2023). Evidence level of clinical interventional studies—Mind the biases. *Arthroskopie*, 36(6), 426–431. <https://doi.org/10.1007/S00142-023-00637-8/FIGURES/1>
- Deutscher Hebammenverband e.V. (2018, March 1). *Leitbild des Deutschen Hebammenverbandes*. https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2020/09/180314_DHV_Leitlinien_2018_web.pdf
- Ertl-Schmuck, R., Unger, A., & Mibs, M. (2023). Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege. In *Wissenschaftliches Arbeiten in Gesundheit und Pflege* (Issue 2., S. 120–153). utb GmbH. <https://doi.org/10.36198/9783838556710>
- GKV-Spitzenverband. (2018, January 1). *Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung zum Vertrag über Hebammenhilfe nach § 134a SGB V*. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Lesefassung_Leistungsbeschreibung_ab_2018-01-01.pdf

- Goerke, K. (2022a, November). *Pschyrembel Online | Abort*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Abort/K01G5>
- Goerke, K. (2022b, November). *Pschyrembel Online | Intrauteriner Fruchttod*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Intrauteriner%20Fruchttod/K088C>
- IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. (2023). *Perinatalmedizin: Geburtshilfe Erfassungsjahr 2022*. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2022/pmgebh/DeQS_PM-GEBH_2022_BUAW_Bund_2023-07-20.pdf
- Loytved, C., & Schäfers, R. (2023). *Qualitätsbericht 2022 Außerklinische Geburtshilfe in Deutschland* (A. Losch & S. Roth, Trans.). https://www.quag.de/downloads/QUAG_Bericht2022.pdf
- Martínez-Serrano, P., Palmar-Santos, A. M., Solís-Muñoz, M., Álvarez-Plaza, C., & Pedraz-Marcos, A. (2018). Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*, *66*, 127–133. <https://doi.org/10.1016/J.MIDW.2018.08.010>
- Maslovich, M. M., & Burke, L. M. (2022). Intrauterine Fetal Demise. *Evidence-Based Obstetrics and Gynecology*, *479–485*. <https://doi.org/10.1002/9781119072980.ch45>
- Mayer, H., Raphaelis, S., Kobleder, A., & Kleibel, V. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren – Bewerten – Erstellen* (1. Auflage, S. 35). Facultas Wien.
- Muin, D. A. (2023). Der späte intrauterine Fruchttod. In C. von Kaisenberg, P. Klaritsch, & I. Hösli-Krais (Eds.), *Die Geburtshilfe* (6. Auflage). Springer Berlin Heidelberg. https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/die-geburtshilfe/der-spaete-intrauterine-fruchttod?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-44369-9_63
- National Guideline Alliance. (2021, November). *Inducing labour – Intrauterine fetal death after previous caesarean birth*. NICE Guideline NG207, Evidence Review Underpinning Recommendations 1.2.30, 1.2.32 and a Research Recommendation in the NICE Guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/evidence/d-intrauterine-fetal-death-after-previous-caesarean-birth-pdf-9266825057#>
- Peracchini, M., Agostini, A., D'Angelo, A., Sicignano, T., Santoni, G., Finale, E., Ceccanti, M., Napolitano, M., Fiore, M., Tarani, L., Dylag, K. A., & Messina, M. P. (2023). The psychological support for women who underwent a stillbirth during their pregnancy: the quality of midwifery care. *Rivista Di Psichiatria*, *58(4)*, 143–153. <https://doi.org/10.1708/4064.40476>
- Persson, M., Hildingsson, I., Hultcrantz, M., Fredriksson, M. K., 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)*. <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: *Journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 272–278.
<https://doi.org/10.1016/J.WOMBI.2015.07.003>
- Peters, M. D. J., Riitano, D., Lisy, K., Jordan, Z., Pearson, A., & Aromataris, E. (2014). Provision of effective, meaningful and appropriate care for families who have experienced stillbirth: a comprehensive systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(11), 141–156.
<https://doi.org/10.11124/jbisrir-2014-2008>
- Schwarz, C., & Gscheidel, L. (2021). Sternenkinder bestatten. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 1. https://www.dhz-online.de/no_cache/archiv/archiv-inhalt-heft/archiv-detail-abo/artikel/sternenkinder-bestatten/
- Schwarz, C., & Stiefel, A. (2020). Geburt eines toten, fehlgebildeten oder kranken Kindes. In A. Stiefel, K. Brendel, & N. H. Bauer (Eds.), *Hebammenkunde – Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Auflage, pp. 751–759). Georg Thieme Verlag.
- Statistisches Bundesamt. (2022). Die Zahl der Totgeburten je 1 000 Geborenen seit 2007 um 24 % gestiegen. *Destatis.De*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_303_12
- Statistisches Bundesamt. (2023, July 20). Anteil der Totgeburten im Jahr 2022 leicht auf 4,4 je 1 000 Geborene gestiegen – Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_287_12.html
- Warland, J., Pollock, D., Collier, A., Horey, D., & Boyle, F. (2024). Parents' descriptions of labouring with an antepartum fetal death: Findings from the Birthing in Grief study. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 64(2), 133–140.
<https://doi.org/10.1111/AJO.13759>
- Warntjen, M., Stellpflug, M. H., & Pschyrembel Redaktion. (2021, August). *Pschyrembel Online | Totgeburt*. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/Totgeburt/K0MPQ/doc/>
- WHO. (o. J.). *Stillbirth*. World Health Organization. Retrieved October 14, 2024, from https://www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1

8 Anhang

8.1 Kritische Würdigungen der inkludierten Publikationen

Tabelle 7: Bewertung der Reviews modifiziert nach CASP „Systematic Review Checklist“. (CASP, 2024)

Nr.	1	2	3
Autor	Peracchini et al.	Persson et al.	Peters et al.
Titel	“The psychological support for women who underwent a stillbirth during their pregnancy: the quality of midwifery care”	„Care and support when a baby is stillborn: A systematic review and an interpretive meta-synthesis of qualitative studies in high-income countries”	„Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers”
Jahr	2023	2023	2015
DOI	10.1708/4064.40476	10.1371/JOURNAL.PONE.0289617	10.1016/J.WOMBI.2015.07.003
Studiendesign	Scoping review	Systematic review and interpretive meta-synthesis of qualitative studies	Systematic review
Land	Italien	Schweden	Australien
Definition IUFT / stillbirth	Stillbirth ab 28. SSW	Stillbirth zwischen 22. – 41. SSW	Stillbirth ab 20. SSW
Ziel der Arbeit	Erforschung der Rolle von Hebammen aus psychologischer Sicht während der Betreuung von Totgeburten	Identifizierung der wichtigsten Pflege und Unterstützungsmaßnahmen für Eltern, Geschwister und pflegendes Personal Ländern mit hohem Einkommen bei einer Totgeburt ab dem Zeitpunkt der Diagnose bis in die postpartale Zeit	Darstellung der sinnvollen, kulturell angemessenen und evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für Mütter und deren Familien bei einem IUFT.
Limitation der Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Review beschreibt selbst keine Limitationen - Nicht alles wurde ins Englische übersetzt, 	<ul style="list-style-type: none"> - Bedürfnisse von Geschwistern und Fachpersonen konnten nicht vollständig untersucht werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Kein Zugriff auf Reviewreport (Anfrage blieb unbeantwortet) - Kritische Würdigung nicht nachvollziehbar

	<p>teilweise noch italienische Wörter in Publikation vorhanden</p> <p>- Daten sind teilweise aus Ländern mit einem niedrigen Einkommen und anderen Ressourcen</p>	<p>- Studien legen nicht dar, ob Studienteilnehmer Migrationshintergrund haben und somit eine Sprachbarriere oder der Ausschluss aus der Studie vorliegen könnte → Übertragbarkeit der Ergebnisse auf kleinere Bevölkerungsgruppen fraglich</p>	<p>- Nicht ersichtlich aufgrund welcher Quellen die Empfehlungen erstellt wurden</p> <p>- Kultureller Aspekt stützt sich auf eine begrenzte Anzahl kultureller Gruppen</p> <p>- andere Familienmitglieder wurden nicht berücksichtigt</p> <p>- keine Forschung zu Effektivität in Aus- und Fortbildungen des geburtshilflichen Fachpersonals</p>
Eingeschlossene Studien	14 → Zahlen nicht identisch zwischen Flow-Chart und Methodik	16	22
Studiendesign geeignet?	Ja	Ja	Ja
Forschungsfrage eindeutig?	Ja	Nein, keine Frage formuliert, aber Ziel eindeutig erkennbar	Ja (s. Reviewprotokoll (Peters et al., 2014))
Gezielte Suche?	Ja	Ja	Ja
Einbezug aller relevanter Studien?	Ja	Ja	Vermutlich
Wurden die Studien kritisch bewertet?	Nein → Bei scoping Review nicht erforderlich (Mayer et al., 2021)	Ja	Ja
War es sinnvoll, Studienergebnisse zusammenzufassen?	Ja, dadurch entstand eine übersichtliche Gliederung (Klinische Umgebung, Erfahrungen und Ausbildung der Fachpersonen und Erfahrungen der Eltern)	Ja, dadurch entstand eine übersichtliche Gliederung (Personifizierung, respektvolle Haltung, Existenzängste und Stigmatisierung)	Ja, dadurch entstand eine übersichtliche Gliederung (zeitliche Abfolge von Diagnose bis hin zur nächsten Schwangerschaft)

Schlüssel-Ergebnisse der Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuung soll frau-enzentriert, situa-tions- und bedarfs-orientiert sein - Gute Kommunikation ist essenziell - Erinnerungen an Pflege können ge-nauso wichtig sein wie andere Erinne-rungen - Totgeburt und peri-nataler Verlust sollte fest im Studium ver-ankert sein, damit künftiges Personal die Betreuungsquali-tät verbessert - weiterer Forschungs-bedarf 	<ul style="list-style-type: none"> - Personifizierung: Kind ist eigenes Indi-viduum, Elternschaft anerkennen, Perso-nal hat eigene Emo-tionen und Hinter-grundgeschichte - Respektvolle Hal-tung: Trauer der El-tern nicht runterspie-len, respektvoller Umgang mit Kind - Existenzängste: kön-nen sich bei allen Beteiligten entwi-ckeln - Stigmatisierung: alle Beteiligte können Gefühl von Einsam-keit und Ablehnung erfahren 	<ul style="list-style-type: none"> - Eltern wünschen em-pathischen Umgang, angemessene Kom-munikation und Hilfe bei Entscheidungen wie z. B., ob sie das Kind sehen und hal-ten möchten - Eltern brauchen leicht verständliche Informationen - Fachpersonen sollen Eltern entsprechend unterstützen und Er-innerungen mit bzw. an das Kind schaffen - Kulturelle Besonder-heiten sollten be-rücksichtigt werden
Sind die Ergeb-nisse vertrauens-würdig?	Teilweise	Ja	Ja
Wurden alle wichti-gen Erkenntnisse berücksichtigt?	Ja	Ja	Ja
Überwiegen die Vorteile des Re-views die Nach-teile?	Ja	Ja	Ja
Meta-Synthese 1) Angemessene Analyse der einzelnen Studien? 2) Einschränkungen berücksichtigt? 3) Hat das Review einen Mehrwert?	-	1) Ja 2) Ja 3) Ja	1) Nicht nachvollzieh-bar 2) Nicht nachvollzieh-bar 3) Ja

Anwendbar auf Bachelorthesis?	Teilweise - Unklarer Zeitpunkt des Versterbens des Kindes (vor oder unter Geburt) - Daten stammen teilweise aus Ländern mit anderen/geringeren Ressourcen	Teilweise - Unklarer Zeitpunkt des Versterbens des Kindes (vor oder unter Geburt) - Frühere Schwangerschaftswochen inkludiert	Ja - Versterben bis kurz vor Geburt - Enthält die vollständige Zeitspanne des Versorgungsplans - Frühere Schwangerschaftswochen inkludiert
Bewertung des Reviews	Mittlere Güte	Hohe Güte	Mittlere Güte

Tabelle 8: Bewertung der Studien modifiziert nach CASP „Cross-Sectional Studies Checklist“. (CASP, 2024)

Nummer	4	5
Autor	Atkins et al.	Warland et al.
Titel	“Is care of stillborn babies and their parents respectful? Results from an international online survey”	„Parents’ descriptions of labouring with an antepartum fetal death: Findings from the Birthing in Grief study”
Jahr	2022	2024
DOI	10.1111/1471-0528.17138	10.1111/AJO.13759
Studiendesign	Quantitative retrospektive Querschnittsstudie	Qualitative retrospektive Querschnittsstudie
Land	Großbritannien	Australien
Definition IUFT / stillbirth	Stillbirth ab 20. SSW	IUFT, keine zeitliche Definition
Ziel der Arbeit	Herausfinden, wie häufig bzw. wodurch respektvolle Pflege bei einer Totgeburt in verschiedenen Regionen der Welt gelingt	Erforschen von Erfahrungen, die Eltern in der geburtshilflichen Betreuung bei einem IUFT gemacht haben
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> - Vergleichsschwierigkeiten mit anderen Studien - Durch Rekrutierungsart eventuell mehr Eltern mit negativen Erfahrungen - Teilweise nur oberflächliche Informationen z.B. kultureller Einfluss - Ungleichgewicht zwischen Elternteilen - Beeinflussung der Ergebnisse durch Paare möglich - besonders Middle-income Länder haben ungedeckten Bedarf an Erstellung von Mementos 	<ul style="list-style-type: none"> - Kleine Population mit hauptsächlich weißen Menschen, die in städtischen Gebieten in Australien leben → keine Berücksichtigung von Indigenen oder Menschen der LGBTQIA+ Gruppe - nur Erfahrungen bei vaginalen Geburten - Ungleichgewicht zwischen Elternteilen
Studien-Population	3769 Teilnehmer, davon 3639 Mütter und 130 Väter aus 44 Ländern (27 Länder mit hohem und 17 Länder mit mittlerem Einkommen)	18 Teilnehmer, davon 14 Mütter und 4 Väter aus ganz Australien

Forschungsziel klar formuliert?	Ja	Ja
Methodik angemessen?	Ja	Ja
Forschungsdesign passend zu Forschungsziel?	Ja (multi-country, online, cross-sectional survey)	Ja (semi-strukturierte Interviews)
Teilnehmer-Rekrutierung angemessen?	Teilweise	Teilweise
Genauere Datenerhebung, um Bias zu reduzieren	Teilweise, aufgrund der Anonymität fraglich, ob Eltern die Situation wirklich erlebt haben	Ja, persönliche Interviews und Ergebnisse wurden von allen Studienforschern zweimal gelesen und anschließend mit Hilfe von Fokusgruppen kontrolliert
Datenerhebung passend?	Teilweise	Ja
Geeignete Populationsgröße?	Ja	Teilweise
Beziehung zwischen Teilnehmern und Forschern berücksichtigt?	Keine Auskunft, aber es bestehen keine Interessenskonflikte	Keine Auskunft
Ethische Transparenz?	Ja, durch Komitee geprüft	Ja, durch Komitee geprüft
Gründliche Datenanalyse?	Ja	Ja
Klare Darstellung der Ergebnisse?	Ja	Ja
Schlüssel-Ergebnisse der Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> - Ca. ein Viertel beschreibt mangelnden Respekt im Umgang mit sich und dem Baby, besonders bei Erstgebärenden und Geburten vor der 30. SSW - weltweit gesehen müssen pflegerische und unterstützende Aspekte mehr umgesetzt werden z. B. durch Fortbildungen - in Ländern mit mittlerem Einkommen war der unerfüllte Wunsch nach bleibenden Erinnerungen hoch 	<ul style="list-style-type: none"> - Wichtigste Bedürfnisse der Eltern: „<i>Jeden Schritt erklären und Helfen, uns wie Eltern zu fühlen</i>“ (Warland et al., 2024) - Ergebnisse stimmen mit australischen Leitlinien zu Trauerarbeit bei Totgeburt / neonatalem Tod überein: „gute Kommunikation, Anerkennung der Elternschaft, gemeinsame Entscheidungsfindung und effektive Unterstützung“ (Warland et al., 2024) - Eltern möchten bestmögliche Betreuung, dabei

		miteinbezogen und in eigene Entscheidungen unterstützt werden
Wie nützlich ist die Forschung?	Sehr nützlich	Sehr nützlich
Anwendbar auf Bachelorthesis?	<p>Teilweise</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unklar, wie viele der Studienteilnehmer IUFT oder intrapartale Totgeburt erlebt haben - Frühere Schwangerschaftswochen inkludiert - Schwerpunkt liegt auf dem Vergleich der respektvollen Betreuung in der Schwangerschaft vs. postpartal 	<p>Ja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeit bezieht sich auf IUFTs - Zeitraum unter Geburt ist Teil der Fragestellung der Bachelorthesis
Bewertung der Studie	Hohe Güte	Hohe Güte

Tabelle 9: Bewertung der Leitlinie modifiziert nach AGREE-Tool. (Brouwers et al., 2010)

Nummer	6
Autor	Burden et al.
Titel	“Care of late intrauterine fetal death and stillbirth: Green-top Guideline No. 55”
Jahr	2024
DOI	10.1111/1471-0528.17844
Studiendesign	Leitlinie
Definition IUFT / stillbirth	≥ 24 + 0 SSW
Ziel der Arbeit	Ausarbeitung evidenzbasierter Handlungsempfehlungen für Gynäkologen, Hebammen und betroffene Eltern bei einem späten IUFT in einer Einlingschwangerschaft vor, während und nach der Geburt.
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	
1) Zielformulierung?	1) Ja
2) Gesundheitsrelevantes Thema?	2) Ja
3) Zielpopulation bestimmt?	3) Ja
Domäne 2: Beteiligung von Interessensgruppen	
1) Vertretung aller relevanter Berufsgruppen?	1) Nein, nur Forscher und Ärzte
2) Ansichten und Wünsche der Zielpopulation?	2) teilweise
3) Anwenderzielgruppen?	3) Ja
Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung	
1) Systematische Methode?	1) Ja
2) Ein- und Ausschlusskriterien?	2) Ja
3) Prüfung durch externe Experten?	3) Ja
4) Aktuell gültig?	4) Ja (28.10.2024 bis 2027)
Domäne 4: Klarheit der Gestaltung	
1) Empfehlungen spezifisch/eindeutig?	1) Ja
2) Schlüsselempfehlungen erkennbar?	2) Ja
Domäne 5: Anwendbarkeit	
1) Vorschläge zur Anwendbarkeit?	1) Ja
2) Berücksichtigung Ressourcenbedarf?	2) Ja
Redaktionelle Unabhängigkeit	
1) Einflussnahme durch Sponsoring?	1) Nein
2) Interessenkonflikte?	2) Aufgezeigt
Anwendbar auf Bachelorthesis	Ja
Bewertung der Leitlinie	Hohe Güte

8.2 Übersicht der eingeschlossenen Studien der Reviews

Tabelle 10: Übersicht der verwendeten Studien der Reviews.

Autor	Nr.	Eingeschlossene Studie	Jahr	Land
Peracchini et al.	1	Brierley-Jones et al.	2018	England
	2	Camacho-Ávila et al.	2019	Spanien
	3	Cassidy, P.R.	2022	Spanien
	4	Cheer et al.	2021	Papua-Neuguinea
	5	Choummanivong et al.	2020	Laos
	6	Christou et al.	2021	Afghanistan
	7	Garcia et al.	2020	Großbritannien
	8	Gold et al.	2017	USA
	9	Martinez-Serrano et al.	2018	Spanien
	10	Mills et al.	2023	Kenia / Uganda
	11	Ravaldi et al.	2018	Italien
	12	Salenius, P.	2019	Großbritannien
	13	Sheehy and Baird	2022	Australien
	14	Siassakos et al.	2018	Großbritannien
Persson et al.	15	Avelin et al.	2014	Schweden
	16	Cacciatore et al.	2013	Schweden
	17	Camacho-Ávila et al.	2020	Spanien
	18	Downe et al.	2013	Großbritannien
	19	Farrales et al.	2020	Kanada
	20	Fernandez-Alca et al.	2020	Spanien
	21	Jonas-Simpson et al.	2010	Kanada
	22	Lindgren et al.	2014	Schweden
	23	Malm et al.	2011	Schweden
	24	Martinez-Serrano et al.	2018	Spanien
	25	Nuzum et al.	2018	Irland
	26	Nuzum et al.	2014	Irland
	27	Radestad et al.	2013	Schweden
	28	Ryninks et al.	2014	Großbritannien
	29	Säflund et al.	2004	Schweden
	30	Trulsson et al.	2004	Norwegen
Peters et al.	31	Avelin et al.	2011	Schweden
	32	Bonnette, S.	2012	Australien
	33	Corbet-Owen, C.	2001	Südafrika
	34	Downe et al.	2013	Großbritannien
	35	Dyson and While	1998	Großbritannien

	36	Hsu et al.	2004	Taiwan
	37	Hsu et al.	2002	Taiwan
	38	Huberty et al.	2014	USA
	39	Kelley and Trinidad	2012	USA
	40	Lee, C.	2012	Australien
	41	Malm et al.	2011	Schweden
	42	O'Neill, B.	1998	Australien
	43	Pullen et al.	2012	USA
	44	Radestad et al.	2014	Schweden
	45	Säflund et al.	2004	Schweden
	46	Samuelsson et al.	2001	Schweden
	47	Sanchez, N. A.	2001	USA
	48	Sun et al.	2013	Taiwan
	49	Trulsson et al.	2004	Norwegen
	50	Weaver-Hightower and Waltzing	2012	USA
	51	Worth, N. J.	1997	Kanada
	52	Yamazaki, A.	2010	Japan

8.3 Übersicht der Dopplungen

Tabelle 11: Prüfung auf Dopplungen der in den Reviews verwendeten Studien.

Nr.	Autor	Eingeschlossene Studie	Jahr	Land
1	Peters et al.	Downe et al.	2013	Großbritannien
	Persson et al.			
2	Peters et al.	Malm et al.	2011	Schweden
	Persson et al.			
3	Peracchini et al.	Martinez-Serrano et al.	2018	Spanien
	Persson et al.			
4	Peters et al.	Radestad et al.	2014	Schweden
	Persson et al.			
5	Peters et al.	Säflund et al.	2004	Schweden
	Persson et al.			
6	Peters et al.	Trulsson et al.	2004	Norwegen
	Persson et al.			

9 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Nadja Weßler, geb. Konitzer, ,
dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel:

**Der intrauterine Fruchttod
Von der Diagnose bis einschließlich Geburt – Was benötigen Eltern in dieser Zeit
von Hebammen?**

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 und 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.

Ort, Datum



Unterschrift