

**Neue Hoffnung, alter Schmerz.  
Betreuung der Folgeschwangerschaft nach Fehl- oder Totgeburt:  
Ein Versorgungsplan für Hebammen**

Bachelorarbeit  
im Fach Hebammenwissenschaft B. Sc. (dual)

Abgabedatum: 19.11.2024

Vorgelegt von: Sabine Rivière



Erstprüferin: Prof. Dr. Birgit-Christiane Zyriax

Zweitprüferin: Janne Schmittinger, M. Sc.

## **Vorbemerkungen zum Sprachgebrauch**

In der vorliegenden Arbeit wird gendersensible Sprache in Übereinstimmung mit aktuellen sprachwissenschaftlichen und soziokulturellen Erkenntnissen verwendet, um sicherzustellen, dass alle Geschlechter und Geschlechtsidentitäten sichtbar gemacht werden. Dies erfolgt entweder durch neutrale Formulierungen oder mithilfe des Gender\*, welches als inklusives Mittel genutzt wird, um diverse geschlechtliche Identitäten und Lebensrealitäten abzubilden.

Bei der Zitation von Studien, die die Erfahrungen von cis-Frauen untersuchen, werden die entsprechenden Bezeichnungen wie „Frau“, „Schwangere“ und „Mutter“ übernommen. Bei Bezugnahme auf Studienpopulationen, die Paare in heterosexuellen Beziehungen beschreiben, werden ebenso die Bezeichnungen „Mann“, „Partner“ oder „Vater“ verwendet. Enthalten Studienpopulationen homosexuelle Paare, kommen neutrale Formulierungen zur Bezeichnung des zweiten Elternteils zum Einsatz. Diese spezifische Sprachwahl ist notwendig, um den Kontext und die Begrenzungen der jeweiligen Studien korrekt darzustellen.

Die Berufsbezeichnung „Hebamme“ wird gemäß § 3 des Hebammengesetzes (HebG) im generischen Femininum verwendet, unabhängig von Geschlecht und Geschlechtsidentität der berufsausübenden Person.

Diese Differenzierung zwischen inklusiven und spezifischen Begriffen reflektiert sowohl den Anspruch auf sprachliche Inklusion als auch die wissenschaftliche Präzision in der Darstellung empirischer Ergebnisse.

## Abstract

**Hintergrund:** Eine Folgeschwangerschaft nach Fehl- oder Totgeburt stellt für werdende Eltern aufgrund ihrer Unsicherheit und Sorge vor einem erneuten Verlust eine besondere psychische Belastung dar. Diese Arbeit fokussiert die besonderen Anforderungen dieser vulnerablen Schwangerschaften und hat zum Ziel, einen handlungsleitenden Versorgungsplan für eine evidenzbasierte psychosoziale Betreuung durch Hebammen im deutschen Gesundheitssystem zu entwickeln. Grundlage ist folgende Forschungsfrage: *Welche Handlungsschritte und Maßnahmen können Hebammen in der Schwangerschaftsbetreuung umsetzen, um Stress, Ängste und depressive Symptome in der Folgeschwangerschaft nach Fehl- oder Totgeburt zu verringern und die Bindung zum Kind zu stärken?*

**Methode:** Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden eine systematische Literaturrecherche in den medizinischen Fachdatenbanken PubMed und CINAHL sowie eine Recherche nach internationalen deutsch- und englischsprachigen Leitlinien durchgeführt. Es wurden 12 Studien und eine Leitlinie inkludiert, die die Grundlage für den Versorgungsplan bilden.

**Ergebnisse:** Der Versorgungsplan umfasst unter dem Titel *Die 6 V's der Schwangerschaftsbetreuung nach Verlust* zentrale Handlungsschritte, an denen sich Hebammen für ihre Arbeit orientieren können. Die Grundlage jeder Begegnung bilden als Basisversorgung die Punkte *Verfügbarkeit, Verständnis, Versichern* und *Verbinden*. Möglichkeiten der erweiterten Versorgung bei Bedarf beschreiben die Punkte *Versuchen* und *Verweisen*. Die unter diesen sechs Schritten gebündelten Empfehlungen und Interventionsansätze ermöglichen die strukturierte Gestaltung einer empathischen und individuellen Betreuung.

**Diskussion:** Eine Stärke der Arbeit liegt darin, dass sie bedürfnisorientierte Versorgung durch den Einbezug der Betroffenenperspektive sicherstellt. Aufgrund des geringen Forschungsstandes zu praktischen Maßnahmen ist der Evidenzgrad einiger Empfehlungen jedoch als insgesamt niedrig einzustufen. Hinzu kommt als Limitation eine fehlende Datenlage in Bezug auf die Versorgungsstruktur in Deutschland.

**Fazit:** Der Versorgungsplan stellt einen Beitrag zur Verbesserung der Betreuung von Folgeschwangerschaften nach Schwangerschaftsverlust dar, er hat das Potenzial, ein positiveres Erleben der Schwangerschaft und eine langfristige Verbesserung der mentalen Gesundheit von Betroffenen zu unterstützen. Es ist weitere Forschung nötig, um das Outcome seiner Umsetzung zu evaluieren.

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	I
Tabellenverzeichnis .....	I
Abkürzungsverzeichnis.....	II
1 Einleitung.....	1
2 Theoretischer Hintergrund .....	2
2.1 Fehl- und Totgeburt: Definitionen und Prävalenzen .....	2
2.2 Folgeschwangerschaft nach Schwangerschaftsverlust .....	3
2.2.1 Empfehlungen zum Schwangerschaftsintervall.....	3
2.2.2 Psychosoziale Herausforderungen in der Schwangerschaft.....	4
2.2.3 Langfristige Auswirkungen .....	5
2.3 Schwangerschaftsbetreuung durch Hebammen in Deutschland .....	6
2.4 Forschungsfrage .....	7
3 Methodik .....	8
3.1 Literaturrecherche .....	8
3.2 Leitlinienrecherche .....	11
3.3 Tools zur Bewertung der Studien- und Leitlinienqualität .....	12
4 Ergebnisse.....	12
4.1 Eingeschlossene Literatur.....	12
4.2 Versorgungsplan .....	15
4.2.1 Überblick: Die 6 V's der Schwangerschaftsbetreuung nach Verlust .....	15
4.2.2 Basisversorgung.....	16
4.2.3 Erweiterte Versorgung .....	23
5 Diskussion .....	26
5.1 Diskussion der Ergebnisse .....	26
5.2 Methodische Limitationen .....	30
5.3 Implikationen für Praxis, Lehre und Forschung .....	31
6 Fazit.....	33

Literaturverzeichnis .....	35
Anhang .....	i
Anhang 1: Detaillierte Übersicht der inkludierten Studien und Leitlinie (alphabetisch).....	i
Anhang 2: Studienbewertung.....	iv
Anhang 3: Leitlinienbewertung.....	xi
Eidesstattliche Erklärung .....	xiii

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Flowchart der systematischen Literaturrecherche .....	10
Abbildung 2: Einordnung der inkludierten Studien nach Evidenzlevel .....	14
Abbildung 3: Die 6 V's der Schwangerschaftsbetreuung nach Verlust.....	16

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Aufschlüsselung der Forschungsfrage nach dem PICO-Schema .....	7
Tabelle 2: Suchstring der systematischen Literaturrecherche .....	9
Tabelle 3: Übersicht der inkludierten Studien und Leitlinie (alphabetisch) .....	13

## **Abkürzungsverzeichnis**

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
DGGG	<i>Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe</i>
DGHWI	<i>Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft</i>
DHV	<i>Deutscher Hebammenverband</i>
EPDS	<i>Edinburgh Postnatal Depression Score</i>
G-BA	<i>Gemeinsamer Bundesausschuss</i>
Mu-RL	<i>Mutterschafts-Richtlinie</i>
PMR	<i>Progressive Muskelentspannung</i>
PRCI	<i>Positive Reappraisal Coping Intervention</i>
RCOG	<i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
SOGC	<i>Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada</i>
SSW	<i>Schwangerschaftswoche</i>
WHO	<i>World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation</i>

## 1 Einleitung

Eine erneute Schwangerschaft nach einem Schwangerschaftsverlust durch Fehl- oder Totgeburt stellt werdende Eltern vor eine besonders herausfordernde Situation. Anstelle der unbeschwerten Vorfriede und der sorglosen Vorbereitung, wie sie sonst oft die Schwangerschaft begleiten, treten nun spezifische mentale und emotionale Belastungen in den Vordergrund, die das Schwangerschaftserleben prägen (Ockhuijsen et al., 2014, S. 271f.). Die Gefühle der Eltern sind gemischt: Auf der einen Seite Freude und Aufregung, auf der anderen Seite die Angst vor dem Ungewissen (Fernández-Basanta et al., 2023, S. 12); auf die Enttäuschung warten und gleichzeitig hoffen, dass sie nicht eintritt (Côté-Arsenault & Morrison-Beedy, 2001, S. 243). Denn ob Eltern ein sogenanntes Regenbogen-Baby erwarten oder aber der nächste Verlust bevorsteht, lässt sich nicht vorhersagen.

Gesellschaftlich und im Gesundheitswesen wird oftmals angenommen, dass Fehlgeburten aufgrund ihres frühen Zeitpunktes weniger belastend als Totgeburten seien und werden daher in ihrer Bedeutung für Betroffene unterschätzt (Bardos et al., 2015, S. 7). Ein systematisches Review zeigt jedoch, dass das Gestationsalter des Verlustes keinen klaren Einfluss auf die Intensität und Dauer der Trauer nimmt (Mergl et al., 2022, S. 12). Deshalb werden Aborte und Totgeburten mit ihren Auswirkungen auf eine Folgeschwangerschaft und deren Betreuung in dieser Arbeit gemeinsam betrachtet, analog zur Herangehensweise einer Vielzahl aktueller Studien (siehe z. B. Charrois et al. 2022; Lazarides et al., 2023; Mainali et al. 2023).

Psychische Belastungen während der Schwangerschaft sind mit wesentlichen Auswirkungen auf die Familiengesundheit assoziiert, darunter ein erhöhtes Risiko für perinatale psychische Erkrankungen, die als Problem zunehmend öffentliche Anerkennung erlangen (Mills et al., 2016, S. 9). Mit der verlorenen Unbeschwertheit fühlen sich schwangere Personen häufig allein. Wenn sie zudem Unverständnis für ihre Sorgen erfahren, trägt dies noch weiter zu sozialer Isolation bei (Mills et al., 2014, S. 945). Ihre Situation erfordert deshalb besondere Unterstützung durch gut ausgebildetes Personal, das Empathie zeigt (Meredith et al., 2017, S. 11), Ressourcen anbietet, um die Herausforderungen zu bewältigen (De Montigny et al., 2017, S. 45), und ihnen so dazu verhilft, auf emotionaler Ebene ein gewisses Maß an Kontrolle zurückzuerlangen (Chemouny & Wendland, 2024, S. 7). Der Frage, wie diese vulnerablen Schwangerschaften am besten betreut werden sollten, haben sich bereits einige internationale Forschungsteams gewidmet (siehe Chichester et al., 2022; Fockler et al., 2017; Heazell et al., 2019; Heazell et al., 2024). Doch die existierenden

Handlungsempfehlungen lassen größtenteils Fehlgeburten außen vor, nehmen eine stark medizinisch geprägte Sichtweise in den Fokus, entstammen nicht dem deutschen Versorgungskontext und adressieren keine Hebammen.

Bereits 2002 konnten Caelli et al. jedoch zeigen, dass die Betreuung von Folgeschwangerschaften nach Verlust besonders positiv wahrgenommen wird, wenn sie durch Hebammen erfolgt, da ihnen ausgeprägte Empathie zugeschrieben wird (S. 135). Dennoch fehlen noch heute passende umfassende, psychosozial ausgerichtete Versorgungskonzepte, die von ihnen im Kontext der Schwangerschaftsversorgung in Deutschland umgesetzt werden können. Das Ziel dieser Arbeit besteht deshalb darin, einen Versorgungsplan zu entwickeln, der Hebammen dazu befähigt, die besonderen Anforderungen dieser Schwangerschaften zu (er)kennen, betroffene schwangere Personen frühzeitig zu identifizieren, deren spezifische Bedürfnisse zu erfassen und geeignete Handlungsschritte zur Unterstützung umzusetzen. Dieser Ansatz soll zum einen für Betroffene zu einem positiveren Erleben der Schwangerschaft und einer langfristigen Verbesserung ihrer mentalen Gesundheit beitragen. Zum anderen sollen die Potenziale und Grenzen der Hebammenarbeit in diesen Schwangerschaften deutlich gemacht und so die interprofessionelle Zusammenarbeit, insbesondere mit Gynäkolog\*innen und Psychotherapeut\*innen, gefördert werden.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

### **2.1 Fehl- und Totgeburt: Definitionen und Prävalenzen**

Die Definitionen der verschiedenen Formen von Schwangerschaftsverlusten sind in der internationalen Literatur uneinheitlich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zieht die Grenze zwischen Fehlgeburt (Abort) und Totgeburt beispielsweise in der 28. Schwangerschaftswoche (SSW) (WHO, o. J.). In Deutschland hat sich hingegen die Abgrenzung etabliert, bis Ende der 13. SSW von einem Frühabort zu sprechen, an den sich zeitlich von der 14. bis 23. SSW der Spätabort anschließt (Lasch & Fillenberg, 2017, S. 176-178).

Da die Prävalenz von Fehlgeburten in Deutschland nicht systematisch erfasst wird, finden sich in der Literatur unterschiedliche Schätzungen zu ihrer Häufigkeit und große Spannweiten in den Prozentangaben. Wird die Gesamtheit aller konzipierten Schwangerschaften betrachtet, gehen Lasch und Fillenberg (2017) beispielsweise davon aus, dass sich nur die Hälfte zu einer vollendeten Schwangerschaft weiterentwickelt. Viele dieser Aborte bleiben aufgrund ihres frühen Zeitpunktes unbemerkt und werden oft als verspätete Menstruationsblutung interpretiert (S. 176). Von den klinisch diagnostizierten Schwangerschaften enden

laut Kluge (2020) rund zehn bis 30 Prozent in einem Abort (S. 414), wobei es sich bei rund 80 Prozent um einen Frühabort handelt (Lasch & Fillenberg, 2017, S. 178). Eine Sonderform bildet der habituelle Abort. Dieser wird diagnostiziert, wenn drei oder mehr aufeinanderfolgende Schwangerschaften als Fehlgeburten enden. Habituelle Aborte treten bei 0,5 bis 1 Prozent aller Paare mit Kinderwunsch auf (ebd., S. 179).

Ab der 24. SSW oder bei einem Geburtsgewicht von über 500 Gramm wird das vorgeburtliche Versterben eines Kindes als intrauteriner Fruchttod (IUFT) bezeichnet (ebd. S. 178), der nach Personenstandsgesetz § 31 in einer Totgeburt resultiert. In Deutschland endeten 2023 laut Statistischem Bundesamt 0,43% aller Schwangerschaften auf diese Weise (Statistisches Bundesamt (Destatis), 2024).

## **2.2 Folgeschwangerschaft nach Schwangerschaftsverlust**

### **2.2.1 Empfehlungen zum Schwangerschaftsintervall**

Die WHO empfiehlt seit 2005, nach einer Fehlgeburt mindestens sechs Monate mit einer erneuten Schwangerschaft zu warten (Marston, 2005, S. 18). Diese Empfehlung wurde jedoch im darauffolgenden wissenschaftlichen Diskurs stark kritisiert. Bhattacharya und Smith (2011) betonen, dass sich in der Studienlage keine Hinweise finden, dass eine kürzere Schwangerschaftsfolge nach einer unkomplizierten Fehlgeburt risikobehaftet wäre. Stattdessen sollten sich Paare ihrem Kinderwunsch dann erneut zuwenden, wenn sie sich körperlich und mental bereit fühlen (S. 140). Für Totgeburten gibt es keine offizielle Empfehlung zum Abstand der Schwangerschaftsfolge. Eine retrospektive Kohortenstudie zeigt, dass selbst ein Schwangerschaftsintervall unter drei Monaten kein steigendes Risiko für ein nachteiliges perinatales Outcome birgt. Jedoch ist bei einer vorangegangenen Totgeburt zu beachten, dass das Risiko für einen erneuten perinatalen Verlust sowie Frühgeburtlichkeit allgemein erhöht ist (Gibbins et al., 2023, S. 3).

Tatsächlich wird über die Hälfte der Betroffenen nach einer Fehlgeburt innerhalb von sechs Monaten erneut schwanger (Sundermann et al., 2017, S. 4), nach einer Totgeburt ist es in diesem Zeitraum rund ein Drittel (Regan et al., 2019, S. 1527). Ob ein kurzer Abstand der Schwangerschaftsfolge ein Risikofaktor für zusätzliche psychische Belastungen in der Folgeschwangerschaft ist, wird diskutiert. Ältere Studien zeigen, dass das Risiko für Psychopathologien steigt, wenn das Schwangerschaftsintervall weniger als sechs Monate bei Fehlgeburten (Gong et al., 2013, S. 34) und weniger als 12 Monate bei Totgeburten beträgt (Hughes et al., 1999, S. 1723). Der neuere Forschungsstand widerspricht diesen Ergebnissen und zeigt, dass in beiden Fällen eine Schwangerschaftsfolge von weniger als 12

Monaten keinen Einfluss auf das Maß an erlebten depressiven Symptomen oder Ängsten nimmt (Charrois et al., 2022, S. 249; Gravensteen et al., 2018, S. 7).

### **2.2.2 Psychosoziale Herausforderungen in der Schwangerschaft**

Die Schwangerschaft nach einer Fehl- oder Totgeburt ist mit dem hohen Risiko eines negativen Einflusses auf das mentale und emotionale maternale Wohlergehen verbunden, da sie mit einem erhöhten Maß an wahrgenommener Unsicherheit einhergeht. Mehrere Studien konnten zeigen, dass sich Schwangere, die einen pränatalen Verlust erlebt haben, vergleichsweise deutlich gestresster, nervöser und müder fühlen. Dieser Unterschied bleibt über die gesamte Schwangerschaftsdauer bestehen und verstärkt sich in einigen Fällen im Laufe der Schwangerschaft sogar (Lazarides et al., 2023, S. 860; Mainali et al., 2023, S. 4f.). Hinzu kommen vermehrte Sorgen rund um das Baby und die Geburt sowie um die eigene Gefühlswelt und zwischenmenschliche Beziehungen (Haghparast et al., 2016, S. 1100). Laut Luo et al. (2023) erleben rund zwei Drittel aller Schwangeren mit Verlusterfahrung mittlere bis stark erhöhte Level an psychischem Stress (S. 4).

Ein allgemein erhöhtes Risiko für Ängste und depressive Symptome in Schwangerschaften nach Fehl- und Totgeburten konnten unter anderem Biaggi et al. (2016), Blackmore et al. (2011), Mainali et al. (2023) und Thomas et al. (2021) belegen. Laut einer Studie von Charrois et al. (2022) bewegt sich die Stärke der depressiven Symptome bei rund 50 Prozent der Betroffenen im sub-klinischen bis klinischen Bereich, bei den Ängsten sind es über 40 Prozent (S. 247). Bereits das Bewältigungsmuster unmittelbar nach dem Verlust ist prädiktiv für das Maß an Ängsten und Depressionen in einer Folgeschwangerschaft (Bergner et al., 2008, S. 109).

Um mit durch Unsicherheit ausgelöstem Stress, Ängsten und depressiven Symptomen umzugehen, nutzen Betroffene unterschiedliche Strategien. Ein typisches Denkmuster ist, sich zeitliche Ziele zu setzen, wie beispielsweise das Erreichen bestimmter Schwangerschaftswochen, insbesondere der des letzten Verlustes (Meaney et al., 2017, S. 5). Einige schwangere Personen vermeiden den Gedanken an die aktuelle Schwangerschaft, wobei der innere Rückzug den Bindungsaufbau zum ungeborenen Kind stören kann. Côté-Arsenault und Donato haben für dieses Phänomen der emotionalen Zurückhaltung den Begriff des „Cushioning“ (dt.: dämpfen, abfedern) geprägt. Durch das (bewusste oder unbewusste) Hinauszögern der Bindung an das Kind, schützen sich Betroffene vermeintlich vor dem Schmerz im Falle eines erneuten Verlustes. Teilweise setzt das Zulassen einer Bindung erst ein, wenn das Kind geboren ist und in den Armen gehalten werden kann. Ein Anzeichen für

starkes Cushioning sind zum Beispiel fehlende Vorbereitungen auf die Ankunft des Kindes (Côté-Arsenault & Donato, 2011, o. S.). Armstrong et al. konnten bereits 2004 zeigen, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen mütterlicher Angst und pränataler Bindung gibt: Je höher die Angst, desto geringer die Bindung (S. 769). Dasselbe gilt für Depressionen (Rollè et al., 2020, S. 14). Inwiefern der Bindungsaufbau zwischen Mutter und Kind hierdurch tatsächlich langfristig gestört ist oder nur verspätet erfolgt, ist nicht abschließend geklärt (Lee et al., 2017, S. 15). Eine Metaanalyse von Mills et al. (2014) kommt außerdem zu dem Schluss, dass wenn werdende Eltern versuchen, ihre Bindung zum Baby zurückzuhalten, dies oft mit dem langen Verheimlichen der Schwangerschaft vor dem Umfeld einhergeht, wodurch es zu sozialer Isolation kommt (S. 946). Andere Betroffene verhalten sich wiederum gegenteilig und suchen aktiv die Unterstützung ihres Umfeldes und nach guter medizinischer Versorgung (Bergner et al., 2008, S. 109). Letzteres spiegelt sich beispielsweise in der erhöhten Nutzung medizinischer Angebote, wie Screenings und diagnostischen Tests, wider (Hutti et al., 2011, S. 110).

Die stärksten prädiktiven Faktoren für Depressionen und Ängste in der Folgeschwangerschaft sind bereits durchlebte Depressionen oder andere psychische Grunderkrankungen (Charrois et al., 2022, S. 248; Giannandrea et al., 2013, S. 766). Auch ein niedriger sozioökonomischer Status und geringe soziale Unterstützung stellen ein Risiko dar (Ladhani et al., 2018, S. 1680). Weitere verstärkende Faktoren der mentalen Belastung sind beispielsweise höheres Alter, eine lange Dauer bis zur erfolgreichen Konzeption, fehlende Schwangerschaftssymptome sowie Fertilitätsprobleme im näheren Umfeld (Ockhuijsen et al., 2014, S. 269). Eine subjektiv wahrgenommene stabile finanzielle Situation (Mainali et al., 2023, S. 7) sowie eine extrovertierte Persönlichkeit (Echabe-Ecenarro et al., 2023, S. 10) gelten als protektive Faktoren.

### **2.2.3 Langfristige Auswirkungen**

Eine psychisch belastete Schwangerschaft ist nachweislich mit verschiedenen negativen Outcomes für Familien assoziiert. Unter anderem erhöht die Belastung das Risiko der Entwicklung einer postpartalen Depression (Blackmore et al., 2011, S. 375). Je nach Ausprägung der Ängste und Depressionen in der Schwangerschaft, kann ihr Maß auch noch mehrere Monate nach der Geburt eines gesunden Kindes ihren Höchststand erreichen, insbesondere wenn im Wochenbett weitere Stressfaktoren hinzukommen, wie beispielsweise fehlende soziale Unterstützung (Charrois et al., 2022, S. 248f.). Auch besteht laut Gravens-teen et al. (2018) das Risiko, dass zwar unmittelbar nach der Geburt zunächst eine Phase der Beruhigung eintritt, Ängste und Depressionen jedoch in der Kleinkindzeit noch einmal

wiederkehren (Gravensteen et al., 2018, S. 7). Ein verzögerter und erschwerter Bindungsaufbau mit dem Kind kann zudem auch nach der Geburt noch zu Schuldgefühlen und einem schlechten Gewissen beitragen (Campbell-Jackson et al., 2014, S. 9).

### **2.3 Schwangerschaftsbetreuung durch Hebammen in Deutschland**

Die Schwangerschaftsbetreuung findet in Deutschland vorrangig im Rahmen der Schwangerenvorsorge statt. Ihre Durchführung wird rechtlich bindend durch die Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL) des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definiert. Sowohl niedergelassene Gynäkolog\*innen als auch Hebammen dürfen sie durchführen (Vetter & Goeckenjan, 2013, S. 1679). In Deutschland nehmen 85 Prozent aller Schwangeren erste gynäkologische Kontrolltermine vor der 12. SSW wahr (Moller et al., 2017, S. 981). Auch der Erstkontakt mit einer Hebamme findet, angesichts der durch Hebammenmangel geprägten Versorgungslage, sichtbar am Beispiel Hamburg (Zyriax et al., 2022, S. 310), meist bereits in der Frühschwangerschaft statt.

Im Rahmen der Physiologie handeln Hebammen eigenständig (DHV, 2019). Für das low-risk Kollektiv ist belegt, dass hebammengeleitete Vorsorge im Vergleich zur gynäkologischen Schwangerenvorsorge „gleich gute bzw. in manchen Teilbereichen signifikant bessere Ergebnisse liefert, zu weniger Interventionen führt [und] eine Kostenreduktion für das Gesundheitssystem bedeutet“ (Rath, 2012, S. 39). Sie wird von der WHO ausdrücklich zur Sicherstellung eines positiven Schwangerschaftserlebens empfohlen (WHO, 2016, S. 89). Doch da Ultraschalluntersuchungen ausschließlich durch Gynäkolog\*innen erfolgen, kommt es selbst in physiologischen Schwangerschaften bei Einbezug einer Hebamme meist zu einer geteilten Vorsorge. Wird eine Risikoschwangerschaft diagnostiziert, ist die Betreuung durch eine Hebamme weiterhin möglich, jedoch erfolgen die Vorsorgeuntersuchungen in Zusammenarbeit mit Gynäkolog\*innen (Höfer & Stiefel, 2020, S. 294) und gegebenenfalls unter Einbezug weiterer fachlich relevanter Berufsgruppen.

Hebammen kommt in der Schwangerschaft die wichtige Aufgabe zu, Informationen zu vermitteln, die Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz der schwangeren Person zu stärken und die Wahrnehmung körpereigener Veränderungen sowie den Beziehungsaufbau zum Kind zu fördern. So lenken Hebammen – auch bei regelwidrigen Verläufen – den Blick auf die grundsätzliche Physiologie des Schwangerschaftsprozesses und fördern das Bewusstsein für die gesunden Aspekte des Elternwerdens (Höfer & Stiefel, 2020, S. 291). Neben der Vorsorge haben Hebammen strukturell deshalb noch weitere Möglichkeiten, die Schwangerschaftsbetreuung zu gestalten und ambulante hebammenhilfliche Leistungen

über den Hebammenhilfe-Vertrag des GKV-Spitzenverbands mit den Krankenkassen abzurechnen. Hierzu zählen unter anderem: *Beratung der Schwangeren, auch mit Kommunikationsmedium; individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt sowie Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen* (GKV-Spitzenverband, 2019, S.1-3).

Obwohl die Schwangerschaftsbetreuung durch Hebammen viele Vorteile birgt, bieten in Hamburg nur 68 Prozent aller freiberuflichen Hebammen Schwangerenvorsorge an und lediglich 29 Prozent aller Schwangeren erfahren pränatale Hebammenbetreuung (Zyriax et al., 2022, S. 310). Gründe für die geringe Umsetzung sind beispielsweise, dass die Möglichkeit schwangeren Personen oft gar nicht bewusst ist und Hebammen die Sorge haben, sich in einen Konflikt mit Gynäkolog\*innen zu begeben (Heck & Weiss, 2015, S. 213f.). Um Letzterem entgegenzuwirken, hat der G-BA 2023 den Delegationsvorbehalt aus den Mu-RL gestrichen und somit Hebammen in ihrer Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit in diesem Tätigkeitsfeld bestärkt (Hertle et al., 2023, S. 51).

## 2.4 Forschungsfrage

Aus den Erkenntnissen zu den Belastungen und Herausforderungen von schwangeren Personen mit Verlusterfahrung sowie dem Handlungsrahmen von Hebammen leitet sich, für die Erstellung des Versorgungsplans, folgende Fragestellung ab: *Welche Handlungsschritte und Maßnahmen können Hebammen in der Schwangerschaftsbetreuung umsetzen, um Stress, Ängste und depressive Symptome in der Folgeschwangerschaft nach Fehl- oder Totgeburt zu verringern und die Bindung zum Kind zu stärken?*

Die Forschungsfrage basiert auf einem PICO-Schema (s. Tabelle 1). Diese Methode hat sich als besonders effizient bei der Recherche nach Evidenz zu medizinischen Fragestellungen erwiesen (Schardt et al., 2007).

*Tabelle 1: Aufschlüsselung der Forschungsfrage nach dem PICO-Schema*

PICO	Element der Forschungsfrage
Population	Schwangere Personen in der Folgeschwangerschaft nach Fehl- oder Totgeburt
Intervention	Handlungsschritte und Maßnahmen in der Schwangerschaftsbetreuung
Comparison	Aktuelle Versorgungsrealität („usual care“)
Outcome	Reduziertes Maß an Stress, Ängsten und depressiven Symptomen, erhöhte Bindung zum Kind

## 3 Methodik

### 3.1 Literaturrecherche

Zunächst wurde sich dem Thema explorativ mittels einer unsystematischen Literaturrecherche genähert. Diese zeigte zum einen, dass die thematisch relevante Literatur beinahe ausschließlich über englische Suchbegriffe auffindbar ist. Zum anderen stellte die Suche nach geeigneten Studien zu praktischen Handlungsempfehlungen und Interventionen eine Herausforderung dar: Es gibt nur wenige Studien, die konkrete Maßnahmen zur Linderung von Stress, Ängsten und depressiven Symptomen in dieser Population systematisch in Form von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) untersucht haben. Deshalb wurde die Suche auf qualitative Studien erweitert, die Erfahrungen und Bedürfnisse von Betroffenen erhoben haben, aus denen sich ebenfalls Empfehlungen für die Praxis ableiten lassen. Die explorative Recherche zeigte außerdem, welche Datenbanken für die systematische Recherche am gewinnbringendsten sein würden. Geprüft wurden PubMed, CINAHL und die Cochrane Library als gängige, fachlich relevante Datenbanken für medizinische Studien. Außerdem wurde PubPsych geprüft, mit dem Ziel, zusätzliche psychologische und psychosoziale Arbeiten zu dem Thema zu finden. Nach diesem Schritt fiel die Entscheidung, die systematische Literaturrecherche lediglich in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchzuführen. Diese umfassen jeweils große Mengen internationaler, wissenschaftlich fundierter Arbeiten, die sowohl rein medizinische Fragestellungen als auch psychosoziale Facetten medizinischer Themen behandeln, wie es für den Versorgungsplan dieser Arbeit notwendig ist. PubPsych lieferte keine zusätzliche relevante Literatur. Da es im aktuellen Forschungsstande rund um die Zielpopulation des Versorgungsplans kaum RCTs und somit keine systematischen Reviews gibt, wurde auf eine systematische Suche in der Cochrane Library ebenfalls verzichtet.

Im nächsten Schritt wurden anhand der unsystematischen Literaturrecherche sowie der Erkenntnisse aus dem Forschungsstand rund um die Problemfelder und Herausforderungen der Folgeschwangerschaft nach Fehl- oder Totgeburt zunächst die relevanten Keywords der Suche ausgemacht und anhand des PICO-Schemas systematisiert (ohne Kontrollgruppe, denn diese steht für den Vergleich mit der aktuellen Versorgungsrealität ("usual care")). Aus den abgeleiteten Suchbegriffen wurde ein einzelner Suchstring entwickelt, der alle Säulen des PICO-Schemas umfasst. Begriffe innerhalb einer Kategorie wurden mit dem booleschen Operator OR verbunden, die Kategorien untereinander wiederum mit dem booleschen Operator AND (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Suchstring der systematischen Literaturrecherche

PICO-Kategorien	Suchstring
Population	(((pregnancy after loss) OR (pregnancy after perinatal loss) OR (pregnancy after perinatal death) OR (pregnancy after stillbirth) OR (previous perinatal loss) OR (previous perinatal death) OR (previous stillbirth) OR (previous miscarriage) OR (miscarriage history) OR (prior early pregnancy loss)) AND
Intervention	((midwife) OR (care) OR (interventions) OR (strategies) OR (best practices) OR (support) OR (supportive care) OR (midwife led care) OR (psychological support) OR (counselling) OR (self-help)) AND
Outcome	((distress) OR (anxiety) OR (depression) OR (depressive symptoms) OR (expectations) OR (experiences) OR (need for health care) OR (coping) OR (attachment)))

Die systematische Recherche folgte dem sensitiven Prinzip nach Nordhausen und Hirt (2019), welches eine Form der umfassenden Datenbankrecherche beschreibt. Im Gegensatz zur spezifischen Recherche hat die vergleichsweise hohe Trefferzahl dieses Prinzips den Vorteil, dass das Risiko, relevante Artikel zu übersehen, geringer ist und gilt deshalb methodisch als hochwertiger (S. 4). Mit weit gefassten Einschlusskriterien und einer Vielzahl verwendeter Suchbegriffe war das Ziel, möglichst viele unterschiedliche Facetten des Themas in den Versorgungsplan einzubeziehen. Zu den Einschlusskriterien zählte ein Suchzeitraum der letzten zehn Jahre (01.01.2014 bis 12.09.2024), um den aktuelleren Forschungsstand möglichst breit abzudecken. In PubMed wurde die Suche auf Vorkommen der Suchbegriffe in *Title/Abstract* eingeschränkt, in CINAHL auf *Abstract*. (Diese Unterscheidung im Vorgehen ergibt sich aus den Voreinstellungen der Datenbanken.) Die Studienart blieb ungefiltert, um sowohl quantitative als auch qualitative Studien einzuschließen.

Ausgeschlossen wurden im ersten Schritt beim Sichten der Titel alle thematisch unpassenden Treffer. Hauptsächlich handelte es sich dabei um Arbeiten, die die unmittelbaren psychischen Folgen eines Schwangerschaftsverlustes behandeln, ohne auf eine Folgeschwangerschaft einzugehen, oder peripartale mentale Gesundheit im Allgemeinen ohne Bezug auf einen Schwangerschaftsverlust untersuchen. Im nächsten Schritt wurden beim Sichten der Abstracts alle Studien ausgeschlossen, die keinen Erkenntnisgewinn in Bezug auf die Forschungsfrage versprachen. Laut Abstract passende Studien, die jedoch bei Sichtung

der Volltexte in ihren Ergebnissen zu wenig Praxisbezug für das Formulieren von konkreten Handlungsempfehlungen aufwiesen, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

Für die Erstellung des Versorgungsplans wurden am Ende des Rechercheprozesses 12 für die Beantwortung der Forschungsfrage relevante Studien eingeschlossen. Diese werden in Kapitel 4.1 näher beschrieben. Dokumentiert wurde der Auswahlprozess mithilfe eines Flowcharts (s. Abbildung 1, eigene Darstellung), angelehnt an das PRISMA flow diagram nach Page et al. (2021).

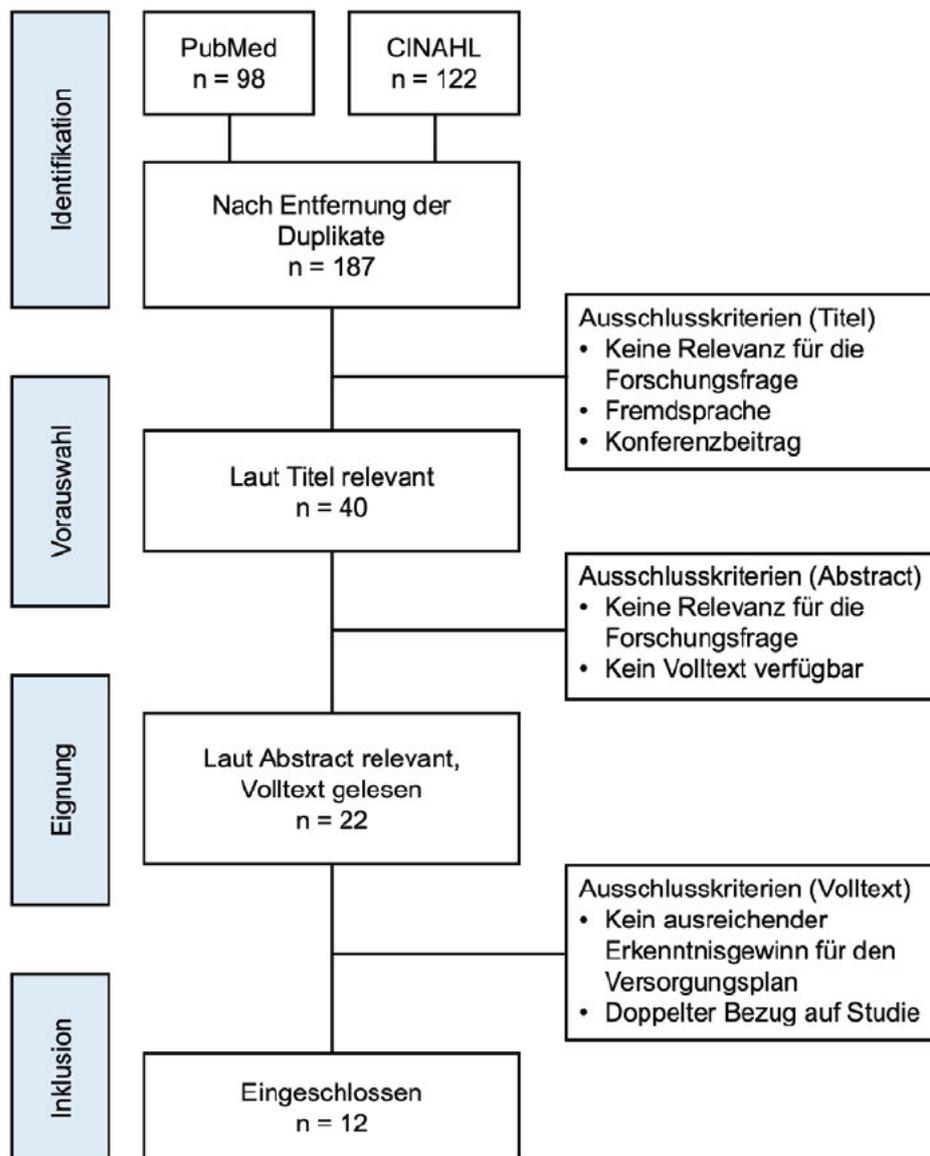


Abbildung 1: Flowchart der systematischen Literaturrecherche

### 3.2 Leitlinienrecherche

Zusätzlich zu den eingeschlossenen Studien sollte sich der Versorgungsplan auf Leitlinien stützen. Diese haben den Vorteil, den aktuellen Erkenntnisstand zur medizinischen Versorgung spezifischer Themen nicht nur systematisch wiederzugeben, sondern Nutzen und Schaden von Vorgehensweisen abzuwägen und konsensbasierte Handlungsempfehlungen auszusprechen, an denen sich Behandler\*innen und Patient\*innen orientieren können. Leitlinien sind Teil der medizinischen Qualitätssicherung und ein wichtiges Instrument in der Verbindung von Forschung und Praxis (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2023b).

Mit einer Google-Suche nach deutsch- und englischsprachigen Leitlinien wurden mehrere ausgemacht, die im thematischen Fokus Erkenntnispotenzial für den Versorgungsplan versprochen. Hierzu zählen beispielsweise Leitlinien zum Umgang mit habituellen Aborten, wie die AWMF S2k Leitlinie *Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontana-borten* der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2022) und die *Recurrent Miscarriage Green-top Guideline No. 17* des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (L. Regan et al., 2023). Diese Leitlinien behandeln das Thema Folgeschwangerschaft nach Schwangerschaftsverlust jedoch beinahe ausschließlich auf medizinischer Ebene und widmen psychosozialen Aspekten nur einen kurzen Hinweis. Leitlinien zur peripartalen mentalen Gesundheit, wie zum Beispiel *Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum – ACOG Clinical Practice Guideline No. 5* des American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2023) und *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance* des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2020) benennen Schwangere, die bereits einen oder mehrere Schwangerschaftsverlust(e) erlebt haben, nicht konkret als Risikogruppe für psychische Erkrankungen in der Folgeschwangerschaft.

Lediglich die kanadische Leitlinie der Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) *No. 369 – Management of Pregnancy Subsequent to Stillbirth* (Ladhani et al., 2018) liefert einen inhaltlichen Mehrwert in Bezug auf die psychosoziale Betreuung der Zielpopulation. Obwohl die Leitlinie seit 2023 abgelaufen ist und ausschließlich Folgeschwangerschaften nach Totgeburt behandelt, wird sie für die Erstellung des Versorgungsplans aufgrund ihrer hilfreichen praktischen Empfehlungen eingeschlossen.

### **3.3 Tools zur Bewertung der Studien- und Leitlinienqualität**

Zur kritischen Würdigung ihrer Qualität wurden die eingeschlossenen Studien mithilfe von Checklisten bewertet, die auf das jeweilige Studiendesign abgestimmt sind (s. Anhang 2). Aus dem Critical Appraisal Skills Programme (CASP) kamen folgende Listen zum Einsatz: *Randomised Controlled Trial* (CASP, 2023), *Cross-Sectional Studies* (CASP, 2024), *Qualitative Studies* (CASP, 2018a) und *Systematic Review* (CASP, 2018b). Zur Bewertung von quasi-experimentellen Studien wurde die *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies* (Tufanaru et al., 2020) verwendet. Die Bewertung wurde in englischer Sprache verfasst, um keine Veränderungen an den Items der Originallisten vorzunehmen. Dieses standardisierte Vorgehen ermöglicht eine bessere Vergleichbarkeit der eingeschlossenen Studien sowie eine vertiefte Auseinandersetzung mit der internen und externen Validität ihrer Umsetzung und Ergebnisdarstellung (Ritschl et al., 2023, S. 331).

Die eingeschlossene Leitlinie wurde einer vereinfachten Bewertung in Anlehnung an das AGREE II Tool (Brouwers et al., 2014) unterzogen (s. Anhang 3). Statt die Items mit Punkten zu versehen, wurde bei der Bewertung zwischen *erfüllt* und *nicht erfüllt* unterschieden. Dieses standardisierte und in deutscher Sprache verfügbare Bewertungstool wurde entwickelt, um die Qualität der methodischen Genauigkeit bei der Leitlinienentwicklung sowie die Transparenz ihrer Empfehlungen zu beurteilen (Brouwers et al., 2014, S. 6).

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Eingeschlossene Literatur**

Die eingeschlossenen Studien (s. Tabelle 3, detaillierte Übersicht in Anhang 1) überspannen den gesamten Suchzeitraum der Recherche, sodass die ältesten aus dem Jahr 2014 (3, 12) und die aktuellste aus September 2024 (2) stammen. Eine Metaanalyse (12) trägt zudem Forschungsergebnisse aus den Jahren 1996 bis 2011 zusammen und gibt somit einen Überblick über den Forschungsstand vor dem Suchzeitraum dieser Arbeit. Durchgeführt wurden die Untersuchungen überwiegend in westlichen Ländern (Australien (11), Dänemark (9), Frankreich (2), Kanada (6, 10), Niederlande (13) und USA (3, 7, 8)), zwei Studien umfassen internationale Stichproben (4, 12), eine Arbeit stammt aus dem Iran (1) und eine aus der Türkei (5).

*Tabelle 3: Übersicht der inkludierten Studien und Leitlinie (alphabetisch)*

Nr.	Autor*innen	Jahr	Titel
1	Azogh et al.	2018	The effect of psychoeducation on anxiety in subsequent pregnancy following Stillbirth: A quasi-experimental study.
2	Chemouny & Wendland	2024	The experience of miscarriage and its impact on prenatal attachment during the following pregnancy: A mixed-methods study.
3	Côté-Arsenault et al.	2014	Evidence-based intervention with women pregnant after perinatal loss.
4	Dalton & Gruber	2022	Uncertainty and coping in r/PregnancyAfterLoss.
5	Duman et al.	2022	The effect of relaxation exercises training on pregnancy-related anxiety after perinatal loss: A pilot randomized control trial.
6	Gower et al.	2023	Subsequent pregnancy after stillbirth: A qualitative narrative analysis of Canadian families' experiences.
7	Huberty et al.	2018	Use of complementary approaches in pregnant women with a history of miscarriage.
8	Hutti et al.	2015	Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss.
9	Koert et al.	2023	"You're never pregnant in the same way again": Prior early pregnancy loss influences need for health care and support in subsequent pregnancy.
10	Ladhani et al. (SOGC)	2018	No. 369 – Management of Pregnancy Subsequent to Stillbirth. (Leitlinie)
11	Meredith et al.	2017	"Not just a normal mum": A qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss.
12	Mills et al.	2014	Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: A meta-synthesis.
13	Ockhuijsen et al.	2015	Exploring a self-help coping intervention for pregnant women with a miscarriage history.

Vier Studien untersuchten Interventionen in der Zielpopulation. Bei zwei von ihnen handelt es sich um randomisiert-kontrollierte Studiendesigns (3, 5), die anderen beiden sind quasi-experimentelle Studien (1, 13). Weitere Arbeiten erschlossen in verschiedenen qualitativen Studiendesigns (4, 6, 9, 11, 12) und quantitativen Querschnittstudien (7, 8) sowie einer mixed-methods Untersuchung (2) Erfahrungen, Bedürfnisse und Erwartungen von schwangeren Personen und Paaren. Eingeordnet in die Evidenzhierarchie nach Polit und Beck (2021, S. 29) (s. Abbildung 2, eigene Darstellung) wird deutlich, dass die eingeschlossenen Arbeiten sehr unterschiedliche Evidenzniveaus aufweisen, wobei qualitative Studien von den Autor\*innen niedrig eingestuft werden. Für den Gesundheitsbereich sind sie jedoch von Vorteil, da sie die Sicht der Betroffenen erheben und ihre Erfahrungen und Handlungen nachvollziehbar machen. Dies ermöglicht ein tiefergehendes Verständnis für ihre Situation und legt den Grundstein für bedürfnisorientierte Versorgung (Gebhart et al., 2023, S. 73).

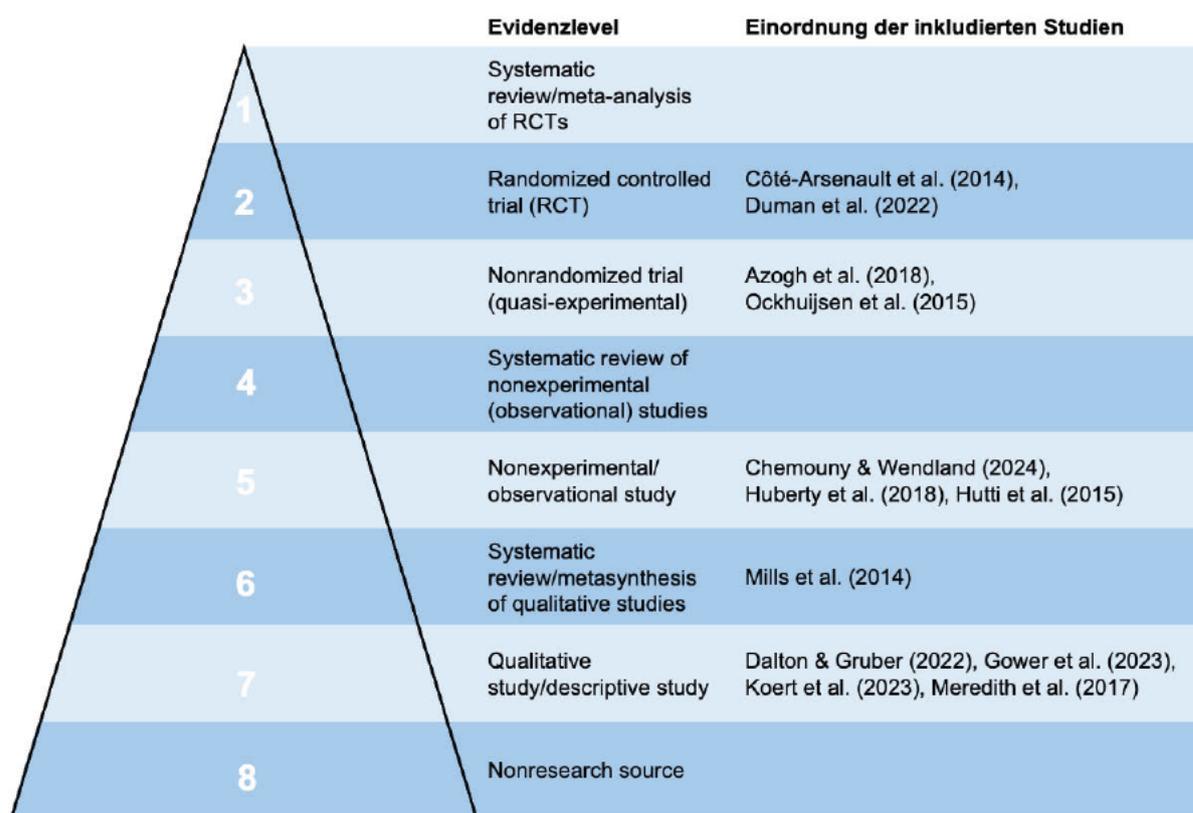


Abbildung 2: Einordnung der inkludierten Studien nach Evidenzlevel

In Bezug auf die Art des erlebten Verlustes legen vier Studien den Fokus auf Aborte (2, 7, 9, 13). Zwei Studien (1, 6) sowie die SOGC-Leitlinie (10) behandeln ausschließlich Totgeburten. Vier Arbeiten enthalten zusätzlich zu Fehl- und Totgeburten auch neonatale Verluste im ersten Lebensmonat des Kindes in ihren Stichproben (3, 8, 11, 12). Diese Studien

wurden, obwohl sie somit mit der Forschungsfrage dieser Arbeit nicht vollkommen übereinstimmen, dennoch inkludiert, da der Erkenntnisgewinn zu den Interventionen und Bedürfnissen der Betroffenen für den Versorgungsplan hoch ist und es sich bezogen auf die gesamte Arbeit nur um kleinere Teilstichproben handelt. Bei zwei weiteren Studien ist die Form des Verlustes in der Stichprobenauswahl nicht näher definiert und wird in der Stichprobenbeschreibung nicht differenziert (4, 5).

## **4.2 Versorgungsplan**

### **4.2.1 Überblick: Die 6 V's der Schwangerschaftsbetreuung nach Verlust**

Ziel des Versorgungsplans ist die Reduktion von Stress, Ängsten und depressiven Symptomen sowie die Stärkung der Bindung zum ungeborenen Kind in einer Schwangerschaft nach Fehl- oder Totgeburt. Zusammengetragen wurden als Ergebnis *Die 6 V's der Schwangerschaftsbetreuung nach Verlust* (s. Abbildung 3). Um den Bedürfnissen der Zielpopulation mit den Empfehlungen gerecht zu werden, basieren sie unter anderem auf Erfahrungen und Präferenzen, die in qualitativen Studien erhoben wurden. Die Anwender\*innenzielgruppe sind freiberufliche Hebammen, die Schwangerschaften betreuen, unabhängig davon, ob sie Vorsorgen oder andere hebammenhilfliche Maßnahmen durchführen.

Der Versorgungsplan dient zur Orientierung, welche Grundsätze und Handlungsschritte in der psychosozialen Betreuung evidenzbasiert hilfreich sein können. Die Umsetzung der Empfehlungen muss dennoch in jeder Betreuungssituation individuell in Bezug auf die Bedürfnisse der schwangeren Person sowie in Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Gynäkolog\*innen und Psychotherapeut\*innen abgewogen werden. Übergreifend gilt, dass der Aufbau einer unterstützenden und vertrauensvollen Beziehung durch Empathie, Freundlichkeit und Offenheit die Grundlage der Betreuung bildet (Gower et al., 2023, S. 7).



Abbildung 3: Die 6 V's der Schwangerschaftsbetreuung nach Verlust

#### 4.2.2 Basisversorgung

Die ersten vier Punkte des Versorgungsplans beziehen sich als Basisversorgung auf die Betreuung jeder Folgeschwangerschaft nach Verlust und sollten von der Hebamme bei jeder Begegnung bedacht werden. Im Folgenden werden die Empfehlungen detailliert erläutert.

##### 1. Verfügbarkeit

- a. Die Hebamme bietet eine kontinuierliche Betreuung ab dem ersten Schwangerschaftstrimenon an.

Betroffene wünschen sich für die Betreuung ihrer Folgeschwangerschaft Kontinuität in Form von regelmäßigen Terminen mit Behandler\*innen, die ihnen bekannt sind (Côté-Arsenault

et al., 2014, S. 185; Mills et al., 2014, S. 949). Der Beziehungsaufbau fällt ihnen leichter, wenn die Geschichte ihrer vorherigen Schwangerschaft bekannt ist und sie diese nicht bei jedem Termin erneut erzählen müssen. Im Falle eines personellen Ausfalls der behandelnden Hebamme oder Gynäkolog\*in wird es von Betroffenen positiv wahrgenommen, wenn innerhalb des Teams sichergestellt wurde, dass ihre Geschichte auch dem Vertretungspersonal bekannt ist (Meredith et al., 2017, S. 8), da eine erneute Wiedergabe des Erlebnisses als belastend empfunden wird (Gower et al., 2023, S. 7). Der Wunsch nach Kontinuität kann für einige auch bedeuten, dass sie sich in ihrer Folgeschwangerschaft gezielt in Behandlung des Teams begeben, das ihren Schwangerschaftsverlust begleitet hat, da ihre Geschichte somit bereits bekannt ist (ebd.). Insbesondere im ersten Trimenon herrscht oftmals eine Versorgungslücke in der Hebammenbetreuung sowie in der gynäkologischen Betreuung (Koert et al., 2023, S. 7), da in dieser Zeit durch Hebammen meist nur das Anamnesegespräch und bei Gynäkolog\*innen die Schwangerschaftsfeststellung sowie zum Ende der Ersttrimesterultraschall (oder ggf. das Ersttrimesterscreening) stattfinden. Doch insbesondere in der Frühschwangerschaft ist die Unsicherheit groß, da noch keine Kindsbewegungen gespürt werden, die das Fortbestehen der Schwangerschaft signalisieren (ebd.). Bereits in dieser Zeit können Hebammen bei Bedarf die Versorgung mit zusätzlichen Beratungsterminen engmaschiger gestalten und schwangere Personen auf psychischer Ebene unterstützen.

- b. Die Hebamme stellt Erreichbarkeit auf unterschiedlichen Wegen (Telefon, E-Mail, Textnachricht) sicher und ermutigt die schwangere Person, bei Unsicherheiten Kontakt aufzunehmen.

Zu wissen, dass bei akuten Fragen und Unsicherheiten die Hebamme als professionelle Ansprechperson zur Verfügung steht, beschreiben Betroffene als sehr beruhigend. Die Option, sich per Telefon, Textnachricht oder E-Mail melden zu können und hierzu auch ermutigt zu werden, wird im Zugang zur Versorgung als niedrigschwellig empfunden (Meredith et al., 2017, S. 6), insbesondere im Vergleich zu langen Wartezeiten in der gynäkologischen Praxis oder Klinik (Koert et al., 2023, S. 6). Gleichzeitig zeigt der Forschungsstand, dass schon das Wissen, bei Bedarf eine Hebamme erreichen zu können, bereits ausreicht, um ein Gefühl der Beruhigung hervorzurufen. Nur wenige nutzen das Angebot tatsächlich (Côté-Arsenault et al., 2014, S. 184; Meredith et al., 2017, S. 6). Auch Partner\*innen berichten, dass diese Option ihnen in ihrer Rolle als Hauptunterstützer\*innen die Last nimmt, den Zugang zu medizinischer Versorgung organisieren zu müssen (Koert et al., 2023, S. 6). Hebammen können bei Fragen und Unsicherheiten als erste Anlaufstelle einschätzen, ob es sich um eine Fragestellung auf physiologischer Ebene handelt, zu der sie selbst beraten können,

oder ob eine ärztliche Vorstellung erforderlich ist, und somit das Versorgungssystem entlasten. Beratung mittels Kommunikationsmedien können Hebammen mit den Krankenkassen abrechnen, sollten jedoch schwangere Personen darauf hinweisen, dass dies im Laufe einer Schwangerschaft nur 12 Mal möglich ist (GKV-Spitzenverband, 2019, S. 1).

- c. Die Hebamme richtet bei Bedarf flexibel zusätzliche Beratungstermine ein.

Zusätzliche Termine zwischen geplanten Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen zu können, wird von Betroffenen als äußerst hilfreich empfunden, insbesondere wenn das Einrichten dieser Termine flexibel gestaltet ist (Meredith et al., 2017, S. 10; Mills et al., 2014, S. 949). So kann akuten Unsicherheiten schnell begegnet werden. Zusätzlich wird auch Flexibilität in der Länge des Termins wertgeschätzt, um emotionalen Themen Raum zu geben (Meredith et al., 2017, S. 6). Da Zusatztermine außerhalb des Turnus der Vorsorgen stattfinden, können sie unter *Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen* mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Auch das zeitliche Limit von drei Stunden, das in begründeten Fällen auch überschritten werden darf (GKV-Spitzenverband, 2019, S. 3), kommt den Bedürfnissen der Zielpopulation entgegen.

## 2. Verständnis

- a. Die Hebamme erstellt eine ausführliche Anamnese und erlangt durch aktives Zuhören ein umfassendes Verständnis des Schwangerschaftsverlustes und der psychosozialen Situation in der aktuellen Schwangerschaft.

Um eine sensible und bedürfnisorientierte Versorgung sowie fundierte Risikoeinschätzung zu ermöglichen, ist es notwendig, die Auswirkungen des Verlustes im individuellen Fall zu verstehen. Der erste Kennenlern-Termin bei Aufnahme einer Betreuung wird in der Regel von Hebammen zum Erfassen einer Anamnese genutzt. Wenn sich herausstellt, dass es sich um eine Folgeschwangerschaft nach Verlust handelt, muss zum einen die geburtshilfliche Geschichte und die Erfahrung des Verlustes vertieft nachgefragt und zum anderen ihre Auswirkung auf die aktuelle Schwangerschaft eingeschätzt werden (Chemouny & Wendland, 2024, S. 7; Côté-Arsenault et al., 2014, S. 185). Bereits bei der ersten Begegnung ist deshalb ein Screening auf perinatale psychische Erkrankungen sinnvoll (Hutti et al., 2015, S. 48), um herauszufinden, ob psychologische bzw. psychotherapeutische Begleitung nötig ist (vertiefte Erläuterung in Kap. 4.2.3, Empfehlung 6b). Zu weiteren Schlüsselinformationen zählen beispielsweise Details wie der Zeitpunkt des Verlustes, da diese SSW in der Folgeschwangerschaft oft besonders belastend ist (Mills et al., 2014, S. 945), und ob das verstorbene Kind bereits einen Namen hatte, bei dem es genannt werden kann,

da auch dies von Eltern geschätzt wird (ebd., S. 947). Hinzu kommen das Erfragen und Einschätzen von zusätzlichen prädiktiven und protektiven Faktoren in Bezug auf das Entwickeln einer perinatalen psychischen Erkrankung (s. Kap. 2.2.2). Auch bei jedem weiteren Termin ist es wichtig, die aktuellen Gefühle, Gedanken und Sorgen zu erfragen, da sich diese dynamisch ändern und teilweise widersprüchlich sein können. Aktives Zuhören und das Gesagte nicht zu beurteilen, wird von Betroffenen wertschätzend aufgenommen (Côté-Arsenault et al., 2014, S. 184). Sich vor jedem Termin die Geschichte der schwangeren Person sowie mögliche (zeitliche) Triggerpunkte ins Gedächtnis zu rufen und die Notizen der letzten Begegnung nachzulesen, ist zusätzlich wichtig, um angemessen kommunizieren zu können (Mills et al., 2014, S. 949).

- b. Die Hebamme begegnet der schwangeren Person verständnisvoll und validiert ihre Gefühle sowie die Besonderheit ihrer Situation.

Betroffene wünschen sich, dass ihrer Situation, die sie selbst als besonders wahrnehmen, mit viel Verständnis begegnet wird. Denn wer sich selbst nicht als „normale Mutter“ (Meredith et al., 2017, S. 4) wahrnimmt, möchte auch nicht so behandelt werden (ebd.). Die Unsicherheiten und Ängste verständnisvoll zu validieren, trägt dazu bei, die Erfahrung zu normalisieren (Côté-Arsenault et al., 2014, S. 185; Meredith et al., 2017, S. 6). Auf diese Weise stärken unterstützende Gespräche das Selbstbewusstsein (Côté-Arsenault et al., 2014, S. 184). Oft fühlen sich Betroffene bereits besser, wenn ihr erhöhtes Stressempfinden und ihre Ängste anerkannt statt klein geredet werden (Gower et al., 2023, S. 4f.). Denn häufig machen Betroffene die Erfahrung, dass ihr Umfeld davon ausgeht, dass die erneute Schwangerschaft den Verlust verblasen lässt und sie sich nun glücklich und voller Vorfreude fühlen müssten, während ihre Emotionen in Wirklichkeit sehr gemischt und verwirrend sein können, was zu einem Gefühl sozialer Isolation und fehlender Unterstützung beiträgt (Meredith et al., 2017, S. 5; Mills et al., 2014, S. 945). Vorsichtiger Optimismus und Verlustangst wechseln sich ab, insbesondere rund um die Zeit des vorangegangenen Verlustes (Koert et al., 2023, S. 5). Freude über die neue Schwangerschaft zu empfinden, kann zu Schuldgefühlen gegenüber dem verstorbenen Kind führen (Dalton & Gruber, 2022, S. 854), auch wenn sich gleichzeitig dennoch von vielen bewusst vorgenommen wird, sich über die neue Schwangerschaft zu freuen (Mills et al., 2014, S. 946). Die ambivalenten Gefühle, die bei Betroffenen auftreten können, müssen der Hebamme bewusst sein, um verständnisvoll und entlastend reagieren zu können. Durch das Antizipieren der Belastung kann sie Eltern auf die Erfahrung vorbereiten (Meredith et al., 2017, S. 6).

- c. Die Hebamme vermittelt Wissen über die psychosozialen Herausforderungen in Folgeschwangerschaften nach Verlusten, um Betroffenen ein evidenzbasiertes Verständnis ihrer eigenen Situation zu ermöglichen.

Eine quasi-experimentelle Studie von Azogh et al. (2018) zeigte anhand einer psychoedukativen Intervention, dass wenn Schwangere Informationen zu den Themen Trauer nach Schwangerschaftsverlust und den Auswirkungen auf die Folgeschwangerschaften erhalten, dies den optimistischen Blick auf die aktuelle Schwangerschaft fördert und Ängste sowie Hoffnungslosigkeit reduziert. Dies trug dazu bei, das unnötige Aufsuchen medizinischer Versorgung zu mindern (S. 48). Auch in der Interview-Studie von Koert et al. (2023) äußerten Betroffene, dass mehr Informationen über die eigene Situation zu ihrer Normalisierung und einem verbesserten allgemeinen Wohlbefinden beitragen. Das Beantworten von Fragen, Erklären der nächsten Schritte und was auf die Schwangeren bzw. Paare zukommt, wurde als klare Führung durch den Prozess wahrgenommen (S. 6). Auch in den Interviews von Meredith et al. (2017) wünschten sich Studienteilnehmerinnen zusätzliche Informationen in Form von Büchern und Kursen, um durch zusätzliches Wissen besser mit ihrer Situation umgehen zu können (S. 7, S. 9).

### 3. Versichern

- a. Die Hebamme kann anbieten, bei jedem (Vorsorge-)Termin ab dem 2. Trimenon, die Herztöne des Kindes gemeinsam zu hören.

Wenn sich schwangere Personen noch nicht durch spürbare Kindsbewegungen selbst versichern können, dass ihr Kind lebt, wünschen sich einige vermehrt die Bestätigung von außen. Gower et al. (2023) fanden in narrativen Erzählungen heraus, dass zusätzliches Monitoring durch mehr Ultraschalluntersuchungen zur Beruhigung als hilfreich empfunden werden (S. 5). Eine Komponente davon ist, neben dem visuellen Eindruck, das Hören der fetalen Herzfrequenz. Dies können auch Hebammen ab der ca. 14. SSW mit dem Dopton oder ab der 20. SSW per Stethoskop-Methoden (Schäfers, 2015, S. 176), beispielsweise mit einem Fetalstethoskop, den schwangeren Personen und ihren Partner\*innen anstelle eines Ultraschalls ermöglichen. Während die Kontrolle der kindlichen Herzaktion als fester Bestandteil der Schwangerenvorsorge in den Mu-RL vorgeschrieben ist (G-BA, 2023, S. 6), können Hebammen diese Maßnahme auch bei zusätzlichen Terminen unkompliziert durchführen. Jedoch muss sich die Hebamme bewusst sein, dass diese Situation zusätzlichen Stress auslösen kann, insbesondere, wenn die Herztöne nicht sofort gefunden werden. Deshalb ist es wichtig, diese Option zunächst nur anzubieten und während der Durchführung ruhig und sicher zu kommunizieren. Gleichzeitig zeigt der Forschungsstand in Bezug

auf Ultraschalluntersuchungen, dass die daraus gewonnene Sicherheit nur kurzzeitig anhält (Koert et al., 2023, S. 6; Mills et al., 2014, S. 947). Ob sich die Kurzweiligkeit der Beruhigung auch auf das isolierte Hören der Herzfrequenz übertragen lässt, ist nicht untersucht. Dass sich schwangere Personen ein eigenes Dopton anschaffen, ist laut SOGC-Leitlinie ausdrücklich nicht zu empfehlen, da dies zu einem falschen Sicherheitsempfinden führen kann (Ladhani et al., 2018, S. 1676).

- b. Die Hebamme empfiehlt, die Frequenz der Kindsbewegungen (unsystematisch) zu beobachten und bei deutlichem Nachlassen medizinische Versorgung aufzusuchen.

Mit dem Einsetzen sicher spürbarer Kindsbewegungen rund um die 20. SSW (Büthe et al., 2023, S. 61), berichten werdende Eltern der Zielpopulation, sich sicherer in Bezug auf die Vitalität ihres Kindes zu fühlen und weniger auf Bestätigung durch medizinische Versorgung angewiesen zu sein (Koert et al., 2023, S. 6). Im aktuellen Forschungsstand ist es laut SOGC-Leitlinie umstritten, ob der Einsatz von Zählmethoden zum Selbstmonitoring sinnvoll ist, um die Rate an perinatalen Verlusten in den Folgeschwangerschaften nach Totgeburten zu reduzieren (Ladhani et al., 2018, S. 1676). Betroffene berichten einerseits, dass das Zählen der Kindsbewegungen ihnen Sicherheit geben würde, andererseits wird das Warten auf die Bewegungen als weiterer Stressfaktor empfunden (Côté-Arsenault et al., 2014, S. 185; Dalton & Gruber, 2022, S. 854; Mills et al., 2014, S. 497). Ein positiver Effekt, wenn die Kindsbewegungen gezielt wahrgenommen werden, ist jedoch die bewusste Auseinandersetzung mit dem Kind, wodurch die innere Distanz zur Schwangerschaft abnimmt (Mills et al., 2014, S. 497). Die Aufmerksamkeit der schwangeren Person auf die Kindsbewegungen zu lenken und ihr zu empfehlen, diese unsystematisch zu beobachten und nachlassende Bewegungen medizinisch abklären zu lassen, so wie es für alle Schwangerschaften beispielsweise in den NICE-Guidelines empfohlen wird (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021, S. 64), erscheint deshalb sinnvoll.

#### 4. Verbinden

- a. Die Hebamme stärkt die Bindung zum ungeborenen Kind, indem sie es personalisiert, die Eltern zur Kontaktaufnahme motiviert und mit ihnen über ihre Vorbereitungen spricht.

Die Bindung zum Kind kann durch mentales Vermeidungsverhalten und das Wahren einer inneren Distanz („Cushioning“) verzögert eintreten, wenn schwangere Personen versuchen, sich emotional vor einem erneuten Verlust zu schützen. Um die Bindung zu stärken

und das Risiko einer langfristigen Bindungsstörung zu vermindern, ist es hilfreich, Eltern dazu zu ermutigen, das ungeborene Kind zu personifizieren. Schwangere, die Worte wie „Kind“ und „Baby“ statt „Fötus“ verwenden, haben eine nachweislich stärkere pränatale Bindung (Chemouny & Wendland, 2024, S. 3). Dies wird noch verstärkt, wenn sich die Eltern mit der Namensfindung auseinandersetzen (ebd.). Außerdem weisen Schwangere, die ihren Bauch im Zeitraum nach dem Verlust und in der folgenden Schwangerschaft weiterhin schützend berühren, ebenfalls höhere Raten an pränataler Bindung auf (ebd.). Die Hebamme kann dies unterstützen, indem sie das Kind mit personifizierenden Begriffen bezeichnet, beim (vorläufigen) Namen nennt und Eltern ermutigt, den Bauch zu berühren und Kontakt aufzunehmen. Da Familien aufgrund von Cushioning die Vorbereitungen für die Ankunft des Kindes teilweise hinauszögern, empfiehlt die SOGC-Leitlinie, Eltern nach ihren Vorbereitungen zu fragen, um die Bindung zu stärken (Ladhani et al., 2018, S. 1678). Sich aktiv auf die Ankunft des Kindes vorzubereiten, ist auch laut Mills et al. (2014) ein wichtiger Aspekt, der Eltern dabei hilft, trotz der Ängste Hoffnung zu wahren (S. 946).

- b. Die Hebamme stärkt die Paarbindung, indem sie gemeinsame Termine vorsieht und die Eltern ermutigt, sich gemeinsam mit der Schwangerschaft auseinanderzusetzen.

Intensive Trauer in der Folgeschwangerschaft ist laut Hutti et al. (2015) mit einer geringen Zufriedenheit in der Partnerschaft assoziiert (S. 48). Chemouny und Wendland (2024) fanden heraus, dass die Unterstützung durch den Partner oder die Partnerin ein protektiver Faktor für eine gute Bindung zum Kind in der Folgeschwangerschaft ist. Deshalb fordern die Autor\*innen, dass Partner\*innen in die Schwangerschaftsbetreuung einbezogen werden und ihnen psychologische Unterstützungsangebote zukommen (S. 7). Unterstützung durch das zweite Elternteil wirkt sich ebenfalls positiv auf das Körperbild in der Schwangerschaft aus (ebd., S. 3).

- c. Die Hebamme lädt zu Gesprächen über das verstorbene Kind ein und nennt es (wenn vorhanden) beim Namen.

In der Folgeschwangerschaft auch über das verlorene Kind zu sprechen und es (wenn vorhanden) beim Namen zu nennen, signalisiert den Eltern, dass ihr Verlust und somit auch ihre aktuellen Ängste ernst genommen werden. Aus der Studie von Meredith et al. (2017) geht hervor, dass verwaiste Mütter zum Teil gern über ihr verstorbene Kind sprechen (S. 5). Auch Mills et al. (2014) zeigen in ihrer Metaanalyse, dass Eltern diese Form des Umgangs mit ihrem Verlust wertschätzen (S. 947). Das verstorbene Kind in Gesprächen zu

personifizieren, trägt laut Chemouny und Wendland (2024) zusätzlich signifikant zur pränatalen Bindung in der Folgeschwangerschaft bei (S. 7). Die Empfehlung, das verstorbene Baby anzuerkennen, es beim Namen zu nennen und offen über die Erinnerung zu sprechen, wird auch von der SOGC-Leitlinie geäußert (Ladhani et al., 2018, S. 1678).

#### **4.2.3 Erweiterte Versorgung**

Für die erweiterte Versorgung wurden Empfehlungen formuliert, die individuell zum Einsatz kommen können, wenn weitere Unterstützung notwendig ist, die über das für Hebammen in der Schwangerschaftsbetreuung Leistbare hinausgeht. Es ist wichtig, die Betreuung fortlaufend zu evaluieren, weiter an die Bedürfnisse der schwangeren Person anzupassen und gegebenenfalls mit behandelnden Gynäkolog\*innen und Psychotherapeut\*innen Rücksprache zu halten.

#### **5. Versuchen**

- a. Die Hebamme kann Entspannungstechniken, wie beispielsweise progressive Muskelentspannung (PMR), Meditation, Yoga und Atemübungen, empfehlen und ggf. anleiten.

Huberty et al. (2018) fanden in einer Querschnittsstudie in den USA heraus, dass rund ein Drittel aller Schwangeren mit Verlusterfahrung von sich aus auf unterschiedliche komplementäre Methoden zurückgreifen, um ihr Stressempfinden zu reduzieren. Bei Schwangeren, die ein erhöhtes Belastungsniveau durch Stress, Ängste und Depressionen angaben, waren es sogar 36 bis 44 Prozent (S. 4). Zu den meistgenutzten Ansätzen zählen Gebet (22,3 Prozent), Yoga (15 Prozent), Massage (14,5 Prozent), Chiropraktik (13 Prozent) und Meditation (11,4 Prozent) (ebd., S. 3). Ob diese Methoden zu einer reduzierten Belastung beitragen, konnte die Studie nicht belegen. Als weit verbreitete und beliebte Interventionsansätze können sie dennoch mit dem Potenzial einer Verbesserung des Wohlbefindens empfohlen werden (ebd., S. 4). In einer mehrteiligen Interventionsstudie aus den USA wurde unter anderem eine nicht näher spezifizierte Entspannungsübung angeleitet, die überwiegend als hilfreich empfunden wurde (Côté-Arsenault et al., 2014, S. 184). Chemouny und Wendland (2024) folgern aus den Ergebnissen ihrer Arbeit, dass es sinnvoll sei, insbesondere einen Fokus auf körperliche Entspannungstechniken zu legen, da ein positives Körperbild in der Schwangerschaft nach Verlust einen protektiven Faktor für die Bindung zum Kind darstellt (S. 8). Hierzu ist beispielsweise progressive Muskelentspannung (PMR) zu empfehlen. Ein Pilot-RCT konnte zeigen, dass PMR schwangerschaftsbezogene Ängste bei Schwangeren mit einem perinatalen Verlust in der Vorgeschichte

signifikant reduzieren konnte (Duman et al., 2022, S. 49). Die iranische quasi-experimentelle Interventionsstudie von Azogh et al. (2018) umfasste ebenfalls eine Einheit zu Stressmanagementmethoden, zu denen neben PMR auch Atemübungen zählten. Da die psychoedukative Intervention insgesamt die schwangerschaftsbezogenen Ängste signifikant reduzieren konnte, gehen die Autor\*innen davon aus, dass diese Entspannungstechniken dazu beigetragen haben und stellen insbesondere die Atemübungen als hilfreich heraus, da sie zusätzlich unter der Geburt dem Umgang mit dem Wehenschmerz zugute kommen (S. 48).

- b. Die Hebamme kann empfehlen, positive Affirmationen zu nutzen und diese gemeinsam mit der schwangeren Person erarbeiten.

Die quasi-experimentelle Studie von Ockhuijsen et al. (2015) hat in einer niederländischen Studienpopulation mit Schwangeren mit einer Fehlgeburtserfahrung untersucht, inwiefern eine Intervention zur Neubewertung von unsicheren Situationen (Positive Reappraisal Coping Intervention, PRCI) bei der Stressbewältigung hilft. Es wurden vorgegebene Leitsätze eingesetzt, die sich die Schwangeren in einem Zeitraum von drei Wochen zweimal täglich vorlesen sollten, um eine positive Umdeutung der Situation und der eigenen Gedanken herbeizuführen. Im Interventionszeitraum zeichnete sich ab, dass die Schwangeren die Frequenz der Affirmationen individuell an ihre Bedürfnisse anpassten (S. 289). Dennoch zeigte sich in den Ergebnissen die Tendenz, dass PRCI einen positiven Effekt auf das emotionale Wohlbefinden hatte. Negative Effekte konnten nicht nachgewiesen werden (ebd., S. 291). Auch online tauschen sich schwangere Personen mit Verlusterfahrung über Strategien aus, die ihnen helfen, ihre Unsicherheit zu bewältigen. Auf der Internetplattform Reddit fanden Dalton und Gruber (2022) in einer quantitativen Inhaltsanalyse des Threads *r/PregnancyAfterLoss* mehrere Mantren, die Mitglieder einander empfehlen, wie beispielsweise: „Heute bin ich schwanger.“ (S. 857). Um individuell passende Affirmationen zu finden, die nicht als künstlich empfunden werden, sollte die Hebamme die Leitsätze gemeinsam mit der schwangeren Person erarbeiten, anstatt sie vorzugeben.

- c. Die Hebamme kann empfehlen, ein Schwangerschaftstagebuch zu führen.

Das RCT von Côté-Arsenault et al. (2014) umfasste als Teil der Intervention das Führen eines Schwangerschaftstagebuchs, in dem die Gefühle im Laufe der Schwangerschaft reflektiert werden sollten (S. 184). Einige Studienteilnehmerinnen führten diesen Part nicht aus, da sie angaben, die Zeit nicht zu finden oder nicht gern zu schreiben. 19 verbleibende Tagebücher wurden vertieft inhaltlich analysiert und die Ergebnisse in einer gesonderten Veröffentlichung berichtet (Moore & Côté-Arsenault, 2018). Die Teilnehmerinnen, die das

Tagebuch tatsächlich nutzen, empfanden es als hilfreich, ihre Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen und später nachlesen zu können (Moore & Côté-Arsenault, 2018, S. 63). Deshalb empfehlen die Autor\*innen, schwangere Personen auf die Möglichkeit eines Schwangerschaftstagebuchs aufmerksam zu machen (ebd., S. 71). Auch in der Interviewstudie von Meredith et al. (2017) nannten Schwangere unter anderem Schreiben als Weg, sich mit ihren Gedanken, Gefühlen und Fragen zu befassen, beispielsweise in Form von Tagebüchern, Blogs oder Briefen an ihr Baby (S. 9).

## 6. Verweisen

- a. Die Hebamme kann schwangeren Personen und ihren Partner\*innen den Austausch mit Betroffenen empfehlen und sie an Selbsthilfegruppen verweisen.

Von den Erfahrungen anderer Eltern in derselben Situation zu hören, trägt zur Normalisierung des Erlebnisses bei. Sich in der psychoedukativen Intervention von Azogh et al. mit anderen Schwangeren unterhalten zu können, ohne bestimmte Themen zu vermeiden und Gefühle zu rationalisieren, trug bei den Teilnehmerinnen zu einem positiveren Blick auf ihre Schwangerschaften bei (Azogh et al., 2018, S. 48). Auch mehrere qualitative Studien kommen zu dem Schluss, dass der geschützte Austausch zwischen Eltern mit Verlusterfahrung als positiv und empowernd wahrgenommen wird, wohingegen herkömmliche Geburtsvorbereitungskurse als problematisch empfunden werden, aus Sorge, anderen Eltern mit der eigenen Geschichte Angst zu machen (Gower et al., 2023, S. 8; Mills et al., 2014, S. 947 f.). Einige suchen sich den Peer-Support online, beispielsweise in Foren wie Reddit, und fragen dort die Community nach Rat, Erfahrungen, Feedback und Geschichten mit glücklichem Ausgang (Dalton & Gruber, 2022, S. 856). Geburtsvorbereitungskurse für Folgeschwangerschaften nach Verlust werden in Deutschland von einigen Hebammen regional angeboten. Auch Selbsthilfegruppen sind meist regional organisiert. Gerade in ländlichen Regionen kann der Zugang somit erschwert sein. Der Verein *Postpartum Support International* bietet digitale Treffen zu verschiedenen Themen an, darunter auch die Selbsthilfegruppe *Unterstützung bei der Schwangerschaft nach einem Verlust*. Diese richtet sich an Schwangere, die jede Form von Verlust (frühe Fehlgeburt bis neonatales Versterben eines Kindes) erlebt haben (Postpartum Support International, 2024).

- b. Die Hebamme führt Screenings auf peripartale psychische Erkrankungen mittels EPDS durch und verweist schwangere Personen bei Bedarf in psychotherapeutische Behandlung.

Ein erhöhter Grad an Unsicherheit und Stress ist in Folgeschwangerschaften nach Verlust normal und darf nicht pathologisiert werden (Ladhani et al., 2018, S. 1679). Doch mit einer besonders starken Belastung geht das Risiko für ein pathologisches Maß an Stress, Ängsten und Depressionen einher. In diesem Fall sind die Grenzen der Hebammenarbeit erreicht und eine psychologische bzw. psychotherapeutische Behandlung erforderlich. Deshalb empfiehlt die SOGC-Leitlinie, in Schwangerschaften nach Totgeburt psychologische Screenings durchzuführen und bei Bedarf in angemessene Behandlung zu überweisen (ebd.). Die Leitlinie stützt sich auf die Querschnittstudie von Hutti et al. (2015), die die Empfehlung sogar weiter fasst und formuliert, dass Screenings auf depressive Symptome, Angstzustände und posttraumatischen Stress in allen Folgeschwangerschaften, unabhängig vom Gestationsalter des Verlustes, als Teil der Schwangerschaftsbetreuung regelmäßig durchgeführt werden sollten (S. 48). In diesem Kontext ist die Beachtung zusätzlicher Risikofaktoren, wie geringes Einkommen, geringe soziale Unterstützung sowie traumatische Erlebnisse in der Vergangenheit, wichtig (Ladhani et al., 2018, S. 1680). Eines der wenigen deutschsprachig verfügbaren und für die Peripartalzeit validierten Screening-Tools, ist der Edinburgh Postnatal Depression Score (EPDS) (Weigl & Garthus-Niegel, 2021). Als Anlaufstellen für psychologische Beratung und psychotherapeutische Behandlung eignen sich lokale Beratungsstellen, zu denen die Hebamme als Lotsin die Verbindung herstellen kann.

## **5 Diskussion**

### **5.1 Diskussion der Ergebnisse**

Die Empfehlungen des Versorgungsplans werden im Folgenden hinsichtlich ihrer Evidenz und Umsetzbarkeit diskutiert.

#### *1. Verfügbarkeit (a. Kontinuierliche Betreuung ab 1. Trim.; b. Erreichbarkeit; c. Flexibilität)*

Die Empfehlungen zur Verfügbarkeit basieren auf den Ergebnissen qualitativer Forschung (Gower et al. (2023), Koert et al. (2023), Meredith et al. (2017), Mills et al. (2014) sowie die follow-up Interviews im RCT von Côté-Arsenault et al. (2014)), wodurch der Betroffenenperspektive und den Bedürfnissen der Zielpopulation im Versorgungsplan ein hoher Wert beigemessen wird. Trotz überwiegend kleiner Stichproben zeigen die Arbeiten widerspruchsfrei, dass sowohl Kontinuität als auch verschiedene Wege der Erreichbarkeit und das flexible Einrichten von Zusatzterminen eine wichtige Rolle spielen, um der Unsicherheit entgegenzuwirken. Im RCT von Côté-Arsenault et al. (2014), welches zwar insgesamt keine signifikanten Ergebnisse erzielte, wurde der gesprächsbasierte Part der Intervention (regelmäßige Hausbesuche durch eine geschulte Pflegekraft) jedoch von allen

Studienteilnehmerinnen als besonders hilfreich herausgestellt (Côté-Arsenault et al., 2014, S. 184). Auch die SOGC-Leitlinie greift den Aspekt der kontinuierlichen Betreuung als Teil einer Empfehlungsformulierung auf, die mit einem hohen Evidenzgrad bewertet ist (Ladhani et al., 2018, S. 1671). Die Beobachtungen zur Versorgungslücke im ersten Trimenon stammen aus einer dänischen Studie (Koert et al., 2023), lassen sich jedoch auch auf die Schwangerschaftsbetreuung in Deutschland übertragen. Angesichts der Tatsache, dass Hebammen in Deutschland von Beginn an eine Schwangerschaft begleiten können, ließe sich diese Versorgungslücke im ersten Trimenon gut umsetzbar durch Hebammen schließen. Bezüglich der Empfehlungen zu Erreichbarkeit und Flexibilität muss festgehalten werden, dass freiberufliche Hebammen vor der besonderen Herausforderung stehen, eine Balance zwischen Arbeit und Privatleben herzustellen (Donald et al., 2014).

### *2. Verständnis (a. Ausführliche Anamnese; b. Gefühle validieren; c. Wissen vermitteln)*

Der Wunsch nach einer Betreuung, die von einem tiefen Verständnis der geburtshilflichen Geschichte und den Auswirkungen des vergangenen Verlustes geprägt ist, stellt eine zentrale Konstante dar. Außerdem wird in allen in dieser Arbeit inkludierten Studien, die die Bedürfnisse von Schwangeren in der Folgeschwangerschaft nach Verlust erhoben haben, ein besonderes Verständnis für ambivalente und negative Gefühle sowie die Besonderheit der Situation gefordert. Die Arbeit von Mills et al. (2014) deckt als Metaanalyse den Zeitraum vor dem eigentlichen Suchzeitraum dieser Arbeit ab, Chemouny und Wendland (2024) sowie Koert et al. (2023) bestätigen, dass dieser Wunsch auch in der aktuellen Versorgungsrealität weiter besteht. Demnach herrscht für diese Empfehlungen ein hoher Konsens.

Bezüglich der Empfehlung zur Wissensvermittlung, um Betroffenen mehr Verständnis für die eigene Situation zu ermöglichen, wurde die quasi-experimentelle Studie von Azogh et al. (2018) angeführt. Diese stammt aus dem Iran, das Sample in der Interventionsgruppe (n = 50) enthielt 92 Prozent Frauen ohne Beschäftigungsverhältnis und 12 Prozent ohne Bildungsabschluss. Obwohl die Ergebnisse der Studie signifikant waren, ist fraglich, ob sie auf Deutschland, wo das Bildungsniveau und die Berufstätigkeit von Frauen insgesamt höher sind, übertragbar sind. Doch auch die soziodemographisch besser übertragbaren Studien von Meredith et al. (2017) und Koert et al. (2023) aus Australien und Dänemark benennen ebenso das Informationsbedürfnis von Betroffenen.

### *3. Versichern (a. Herztöne; b. Kindsbewegungen)*

Zu den Vor- oder Nachteilen des Einsatzes von gemeinsam gehörten fetalen Herztönen gibt es aktuell keine Evidenz über das Potential zur Reduktion von Ängsten und

Unsicherheiten in der Folgeschwangerschaft nach Verlust. Die Empfehlung leitet sich aus Erkenntnissen zum Wunsch nach vermehrten Ultraschall-Untersuchungen (Gower et al., 2023, S. 5) ab und wurde mit Blick auf die Umsetzbarkeit an die aktuell in Deutschland gängigen Arbeitsmaterialien und -methoden von Hebammen angepasst. Aufgrund der möglicherweise kurzzeitigen Wirkung der Bestätigung von außen (Koert et al., 2023, S. 6; Mills et al., 2014, S. 947) sowie der Gefahr, einen zusätzlichen Stressfaktor zu kreieren, sollte diese Maßnahme lediglich als Angebot formuliert und individuell auf Wunsch der schwangeren Person eingesetzt werden.

Auch das Zählen von Kindsbewegungen kann zusätzlichen Stress bedeuten (Côté-Arsenault et al., 2014, S. 185; Dalton & Gruber, 2022, S. 854; Mills et al., 2014, S. 497). Deshalb wurde sich an der weiter gefassten und allgemein gültigen Empfehlung, Kindsbewegungen in der Schwangerschaft unsystematisch zu beobachten, orientiert. Diese basiert auf einem breiten internationalen evidenzbasierten Konsens, der von wegweisenden Leitlinien wie der NICE-Guideline zur Schwangerschaftsbetreuung aufgegriffen wird. Beide Empfehlungen zum Punkt *Versichern* sind mit wenig Aufwand umsetzbar.

#### 4. Verbinden (a. Bindung zum Kind; b. Paarbindung; c. Verstorbenes Kind erinnern)

Das Thema Bindung wird im Versorgungsplan auf drei verschiedenen Ebenen aufgegriffen, die alle auf die Bindung zum ungeborenen Kind in der aktuellen Schwangerschaft einwirken. Im aktuell verfügbaren Forschungsstand gibt es nur eine Studie, die die Auswirkungen verschiedener Faktoren im Kontext eines Schwangerschaftsverlustes auf die pränatale Bindung zum Kind der Folgeschwangerschaft untersucht. Es handelt sich um eine Querschnittsstudie von Chemouny und Wendland (2024) aus Frankreich. Die im Versorgungsplan zitierten positiven Zusammenhänge zwischen der Personifizierung des aktuellen und des verstorbenen Kindes, der Paarbindung sowie beschützenden Berührungen des Bauches mit einer erhöhten pränatalen Bindung sind signifikant. Zum Messen der Effekte setzten die Autor\*innen validierte Skalen ein. Obwohl keine statistische Power berechnet wurde, ist anhand der mittelgroßen Stichprobe (n = 267) davon auszugehen, dass diese Arbeit eine erste Tendenz zeichnet, welche Faktoren hinsichtlich des Bindungsaufbaus protektiv sind und unterstützt werden sollten, wenngleich keine Kausalzusammenhänge untersucht wurden.

Dass Hebammen nicht davor zurückschrecken sollten, auch über das verstorbene Kind offen und personifizierend zu sprechen, zeigen die qualitativen Studien von Meredith et al. (2017) und Mills et al. (2014), in denen Betroffene diesen Umgang als wertschätzend empfinden. Diese Empfehlung fügt sich zusätzlich in die langjährige Forschung von Denise

Côté-Arsenault ein, die in Zusammenarbeit mit verschiedenen Forscher\*innen immer wieder die Wichtigkeit dieses Aspekts in der Betreuung von Folgeschwangerschaften nach Verlust sowohl theoretisch als auch empirisch belegen konnte (siehe beispielsweise Côté-Arsenault & Morrison-Beedy (2001) und Côté-Arsenault & Hubbard (2019)).

5. Versuchen (a. Entspannungsübungen; b. Affirmationen; c. Schwangerschaftstagebuch)  
Ob Stress, Ängste und depressive Symptome im speziellen Fall der Unsicherheiten in einer Folgeschwangerschaft nach Verlust durch Entspannungstechniken reduziert werden, ist im aktuellen Forschungsstand nicht abschließend geklärt. Lediglich das Pilot-RCT von Duman et al. (2022) konnte in einer kleineren Stichprobe (n = 64) einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Einsatz von PMR und der Reduktion von Ängsten in der Zielpopulation zeigen. Die Autor\*innen betonen, dass diese Entspannungstechnik für Hebammen in der Anleitung einfach umsetzbar, kostengünstig und sicher ist (S. 49). Die Empfehlung stützt sich zusätzlich auf die Querschnittstudie von Huberty et al. (2018), die in einer Untersuchung mit 193 Schwangeren mit Fehlgeburtserfahrung zeigt, dass Entspannungsübungen in der Zielpopulation grundsätzlich beliebt sind. Auch hier wurde jedoch keine Kausalität untersucht.

Eine weitere Möglichkeit stellt der Einsatz von Affirmationen dar. Auch diese Methode wird laut Dalton und Gruber (2022) in der Zielpopulation bereits ohne professionelle Anleitung genutzt, um Unsicherheiten zu bewältigen. Ockhuijsen et al. (2015) haben den Einsatz von positiven Leitsätzen, die ursprünglich von Lancaster und Boivin (2008) für Wartezeiten im Kontext von Kinderwunschbehandlungen entwickelt wurden, in einer quasi-experimentellen Studie mit schwangeren Personen mit Fehlgeburtserfahrung getestet. Allerdings ist die Evidenz aufgrund der geringen Compliance der Studienteilnehmerinnen, der kleinen Stichprobe (n = 12) und dem Fehlen einer Kontrollgruppe niedrig. Einige Frauen berichteten, zunächst Schwierigkeiten mit der Intervention gehabt zu haben, da sie das Lesen der Karten vergaßen oder es sich künstlich anfühlte (Ockhuijsen et al., 2015, S. 290). Jedoch kann diese Methode von Hebammen mit geringem Aufwand angeleitet und von Betroffenen ausprobiert werden. Ein gemeinsames Entwickeln der Affirmationen kann dabei helfen, sie an die Bedürfnisse der schwangeren Person anzupassen und intuitivere Leitsätze zu finden.

In Bezug auf das Führen eines Schwangerschaftstagebuchs konnte bislang kein signifikanter Zusammenhang mit der Reduktion von Stress, Ängsten und depressiven Symptomen in der Folgeschwangerschaft nach Verlust gezeigt werden. Dennoch empfinden einige schwangere Personen das Schreiben in diesem Kontext als hilfreich (Meredith et al., 2017, S. 9; Moore & Côté-Arsenault, 2018, S. 63), weshalb Hebammen Betroffenen diese Option

anbieten können. Die Umsetzung dieser Maßnahme hängt stark davon ab, wie viel Zeit die schwangere Person investieren möchte und kann.

#### 6. Verweisen (a. Peer-Support; b. Psychotherapie)

Soziale Unterstützung ist ein wichtiger protektiver Faktor, wenn es um die Reduktion von Stress, Ängsten und depressiven Symptomen sowie die Stärkung des pränatalen Bindungsaufbaus geht. Eine Möglichkeit, Betroffenen zu mehr sozialer Unterstützung zu verhelfen, ist, die Verbindung zu Peer-Support herzustellen (Côté-Arsenault & Freije, 2004). Diese Empfehlung wird von der SOGC-Leitlinie mit moderatem Evidenzgrad ausgesprochen (Ladhani et al., 2018, S. 1679). Weitere Studien, die nach Veröffentlichung der seit 2023 abgelaufenen Leitlinie entstanden sind, belegen ebenfalls dass sich Betroffene geschützten Austausch untereinander wünschen (Azogh et al., 2018, S. 48; Gower et al., 2023, S. 8) oder ihn aktiv online suchen (Dalton & Gruber, 2022). Auch Chemouny und Wendland (2024) äußern diese Empfehlung in den praktischen Implikationen ihrer Querschnittstudie (S. 7). Zusammengenommen verleiht dies der Empfehlung weiteren Nachdruck. Eine Umsetzungshürde liegt in der Regionalität der meisten Angebote, wodurch gegebenenfalls auf digitale Formate zurückgegriffen werden muss.

Bezüglich der Empfehlung, schwangere Personen auf perinatale psychische Erkrankungen zu screenen und bei Bedarf in psychologische Beratung oder psychotherapeutische Behandlung weiterzuleiten, basiert die SOCG-Leitlinie auf der Studie von Hutti et al. (2015). Diese verzeichnet bei 227 Studienteilnehmerinnen eine hohe statistische Power (> 80%) und berichtet signifikante Ergebnisse, sodass ihre Implikationen für die Praxis mit hohem Evidenzgrad aufgegriffen wurden (Ladhani et al., 2018, S. 1679). Aufgrund der wenigen verfügbaren deutschsprachigen Tools wird der Einsatz des verbreiteten EPDS empfohlen, der jedoch vorrangig auf peripartale Depressionen screenen. Für peripartale Angststörungen und posttraumatischen Stress gibt es zurzeit keine validierten deutschsprachigen Tools, was die Gefahr von Ungenauigkeit im Screening und in der Umsetzung dieser Empfehlung birgt. Dennoch ist der EPDS ein wirksames Tool, das einfach in der Anwendung und unter Hebammen bereits verbreitet ist (Kuhn & Koch, 2023, S. 9).

## 5.2 Methodische Limitationen

Für die Beantwortung der Forschungsfrage hat sich das Erstellen eines Versorgungsplans methodisch in eingeschränktem Maße als geeignet erwiesen. Eine Stärke der Arbeit liegt darin, dass das Ergebnis konkrete Handlungsempfehlungen beschreibt, die den aktuellen Forschungsstand aufgrund der unterschiedlichen Studiendesigns der inkludierten Studien

multiperspektivisch abbilden. Zum einen liegt der Fokus, basierend auf qualitativen Arbeiten, auf Wünschen und Erwartungen der Zielpopulation und stellt somit eine bedürfnisorientierte Versorgung sicher. Zum anderen umfasst der Versorgungsplan gut umsetzbare Interventionen, die von Hebammen empfohlen bzw. angeleitet und von schwangeren Personen ausprobiert werden können. Wenngleich die verfügbare Evidenz hierzu zurzeit noch gering ist, handelt es sich um Maßnahmen, die von der Zielpopulation entweder bereits von selbst angewendet werden oder zu denen sich in follow-up Befragungen positiv geäußert wurde.

Angesichts der wenigen vorhandenen Interventionsstudien ist jedoch anzunehmen, dass die Forschungsfrage insbesondere in Bezug auf Maßnahmen, die schwangere Personen zur Reduktion ihres Stressempfindens, Ängsten und Depressionen umsetzen können, nicht vollumfassend beantwortet werden konnte. Nicht zuletzt, da aktuell keine Evidenz zu Kausalzusammenhängen existiert. Insgesamt ist der Evidenzgrad der einbezogenen Studien sehr heterogen. Eine weitere Limitation ist, dass alle inkludierten Studien und die Leitlinie aus dem Ausland stammen. Es stehen derzeit keine Daten zur Verfügung, die sich auf den Versorgungskontext des deutschen Gesundheitssystems beziehen. Für einen Versorgungsplan, der sich explizit an in Deutschland arbeitende freiberufliche Hebammen richtet, wäre eine gesicherte Übertragbarkeit der Studienergebnisse jedoch von hoher Bedeutung. Hinzu kommt die Einschränkung, dass sich die Forschungsfrage nur auf die Betreuung von schwangeren Personen bezieht, die die Erfahrung einer Fehl- oder Totgeburt gemacht haben, jedoch inkludierten einige der zitierten Studien auch neonatale Verluste (Côté-Arsenault et al., 2014; Hutti et al., 2015; Meredith et al., 2017; Mills et al., 2014) oder machten keine Angaben zur Form der durchlebten Verluste (Dalton & Gruber, 2022; Duman et al., 2020). Aufgrund der sehr individuellen Trauer- und Stressreaktionen ist unklar, ob diese Teilstichproben möglicherweise Einfluss auf die Ergebnisse und ihre Übertragbarkeit auf die Forschungsfrage nehmen.

### **5.3 Implikationen für Praxis, Lehre und Forschung**

Im Vergleich zu vorhandenen Handlungsleitfäden (siehe Chichester et al., 2022; Fockler et al., 2017; Heazell et al., 2019; Heazell et al., 2024) handelt es sich beim vorliegenden Versorgungsplan um die erste Arbeit, die Hebammen adressiert, die Versorgungsstruktur in Deutschland einbezieht, alle Formen von Schwangerschaftsverlusten inkludiert und ausschließlich auf die psychosoziale Betreuung abzielt. Die meisten Empfehlungen weisen eine hohe Umsetzbarkeit in der Praxis der Schwangerschaftsbetreuung auf, jedoch sieht sich die Umsetzung hauptsächlich mit zwei Hürden konfrontiert. Auf der Mikroebene liegt

die größte Herausforderung, schwangere Personen mit Verlusterfahrung bedürfnisorientiert zu betreuen, in der Kommunikation. Hebammen können sich unsicher fühlen, wenn es darum geht, über den Verlust und die damit einhergehenden Belastungen zu sprechen. Deshalb ist es wichtig, das Bewusstsein für dieses Thema in der Lehre und in Fortbildungen zu schärfen und einfühlsame Kommunikationsmethoden zu vermitteln (Gower et al., 2023, S. 7). Auf der Makroebene bildet die aktuelle Versorgungslage eine Hürde. So werden beispielsweise in Hamburg nur 29 Prozent aller Schwangeren vorgeburtlich durch eine Hebamme betreut. Insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen ist das Versorgungsangebot noch geringer (Zyriax et al., 2022, S. 314). Jedoch sind schwangere Personen mit Zusatzbelastungen stärker gefährdet, perinatale psychische Erkrankungen zu entwickeln und unter den Herausforderungen einer vorangegangenen Fehl- oder Totgeburt verstärkt zu leiden. Diese vulnerable Gruppe braucht die Unterstützung durch Hebammen in ihrer erneuten Schwangerschaft in besonderem Maße. Deshalb muss die Rolle von Hebammen in der Schwangerschaftsbetreuung flächendeckend weiter gestärkt werden. Einen voraussichtlichen Vorstoß schafft in dieser Hinsicht die derzeitige Entwicklung der *S3-Leitlinie zur Schwangerenvorsorge bei gesunden Schwangeren*, die federführend gemeinsam von der Deutschen Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWI) und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) erarbeitet und deren Fertigstellung 2027 erwartet wird (AWMF, 2023a).

In Bezug auf bereits vorhandene Leitlinien wurde in dieser Arbeit deutlich, dass ein dringender Bedarf nach Überarbeitung des bestehenden Materials besteht, damit neben medizinischen Behandlungsoptionen und Diagnostikansätzen zukünftig auch psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen in umfassenderem Maße als bisher einbezogen werden. Beispielsweise betrifft dies internationale Leitlinien zu Themen wie habituellen Aborten sowie peripartaler mentaler Gesundheit. Es wäre auch denkbar, Leitlinien zur Schwangerenvorsorge oder zu Schwangerschaftsverlusten durch Empfehlungen für die Versorgung von Folgeschwangerschaften nach Verlust zu erweitern. Für eine solide Evidenzgrundlage dieser geforderten Leitlinienüberarbeitung bedarf es weiterer Forschung zu Maßnahmen, die die psychosoziale Ebene adressieren. Eine Möglichkeit wäre, bereits als hilfreich erwiesene Interventionen zur Reduktion von Stress-, Angst- und Depressionssymptomen sowie zur Stärkung der pränatalen Bindung aus dem allgemeineren Forschungsstand zur peripartalen psychischen Gesundheit in Stichproben mit schwangeren Personen mit Verlusterfahrung zu testen.

## 6 Fazit

Die Ergebnisse dieser Arbeit tragen zu einem verbesserten Verständnis der Bedürfnisse von schwangeren Personen mit Verlusterfahrung durch Fehl- oder Totgeburt bei. Sie zeigen, dass psychische Belastungen wie Stress, Ängste und depressive Symptome sowie der daraus resultierende erschwerte Bindungsaufbau zum Kind relevante Themen sind, die in der Versorgung noch nicht ausreichend beachtet werden. Eine Normalisierung dieses belasteten Schwangerschaftserlebens kann dazu beitragen, die soziale Isolation von Betroffenen zu verringern.

In Bezug auf die Forschungsfrage lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die Grundlage der Betreuung ein offener und empathischer Umgang mit dem vorangegangenen Verlust sowie den Sorgen und Unsicherheiten in der bestehenden Schwangerschaft sein sollte. Hebammen sollten eine kontinuierliche und flexible Betreuung bereits ab dem ersten Trimenon ermöglichen, um die Versorgungslücke zu Beginn der Schwangerschaft, in der die größte Unsicherheit vorherrscht, zu schließen. Es ist von hoher Bedeutung eine umfassende Anamnese zu erheben, ambivalente Gefühle sowie psychische Belastungen zu validieren und Betroffene antizipierend darauf vorzubereiten, indem ihnen Wissen zu ihrer Situation vermittelt wird. Zudem kann es hilfreich sein, die Vitalität des Kindes mit gemeinsam gehörten Herztönen zu prüfen und die Aufmerksamkeit auf die im Schwangerschaftsverlauf zunehmenden Kindsbewegungen zu lenken. Zur Stärkung der pränatalen Bindung gehört, neben der Reduktion von Cushioning durch Personifizierung des Kindes, auch die Stärkung protektiver Faktoren, wie der Paarbeziehung und der wertschätzenden Erinnerung an das verlorene Kind. Wenn weitere Versorgungsschritte nötig erscheinen, um Stress, Ängste und depressive Symptome zu reduzieren, können Hebammen Entspannungsübungen anleiten, mit den schwangeren Personen Affirmationen für eine positive Umdeutung der Situation entwickeln, sie dazu anhalten, ihre Gedanken und Gefühle aufzuschreiben oder den Austausch mit Familien in derselben Situation fördern. Hebammen nehmen mit ihrem beruflichen Fokus auf die Physiologie in der Versorgung dieser Folgeschwangerschaften eine wichtige Rolle ein, die jedoch an ihre Grenzen kommen kann. Zwar gilt es, eine Pathologisierung der psychischen Belastungen zu vermeiden, pathologische Entwicklungen aber dennoch zu erkennen und bei Bedarf die Anbindung an psychologische Beratung oder psychotherapeutische Behandlung herzustellen.

Für die Förderung der peripartalen psychischen Gesundheit von Familien ist es wichtig, dass die Hebammenarbeit in der Schwangerschaftsbetreuung in Deutschland weiter gestärkt wird. Hebammen kommt eine zentrale Rolle in der Sensibilisierung der Gesellschaft

hinsichtlich der Häufigkeit von Schwangerschaftsverlusten und der Normalisierung von Belastungen in der Folgeschwangerschaft zu. Insbesondere sozial benachteiligte Familien und schwangere Personen mit psychischen Vorbelastungen würden als Risikogruppen von einer verbesserten Versorgung profitieren. Um zu evaluieren, ob die Umsetzung des Versorgungsplans tatsächlich zu einer Verminderung von Stress, Ängsten und depressiven Symptomen sowie einer stärkeren pränatalen Bindung führt, braucht es weitere Forschung. Im Ausblick auf den weiteren Versorgungskontext stellt sich zudem die Frage, ob die Belastungen in Folgeschwangerschaften womöglich bereits durch die unmittelbare Hebammenbetreuung von Schwangerschaftsverlusten reduziert werden könnten.

## Literaturverzeichnis

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2023). Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5. *Obstetrics & Gynecology*, 141(6), 1262–1288. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000005202>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2023a, August 8). *Angemeldet: S3-Leitlinie Schwangerenvorsorge bei gesunden Schwangeren*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/180-001>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). (2023b, September 5). *AWMF-Regelwerk Leitlinien*. <https://www.awmf.org/regelwerk/>
- Armstrong, D. S. (2004). Impact of Prior Perinatal Loss on Subsequent Pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(6), 765–773. <https://doi.org/10.1177/0884217504270714>
- Azogh, M., Shakiba, M., & Navidian, A. (2018). The Effect of Psychoeducation on Anxiety in Subsequent Pregnancy Following Stillbirth: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Family & Reproductive Health*, 12(1), 42–50.
- Barbe, C., Ouy, J., Boiteux-Chabrier, M., Bouazzi, L., Pham, B.-N., Carrau-Truillet, S., & Hurtaud, A. (2023). Exploring the impact of prior spontaneous miscarriage on stress among pregnant women during the first trimester: An observational study. *BJGP Open*, 7(1), 1–10. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0100>
- Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. A., & Williams, Z. (2015). A National Survey on Public Perceptions of Miscarriage. *Obstetrics & Gynecology*, 125(6), 1313–1320. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000859>
- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B. F., & Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(2), 105–113. <https://doi.org/10.1080/01674820701687521>
- Bhattacharya, S., & Smith, N. (2011). Pregnancy following Miscarriage: What is the Optimum Interpregnancy Interval? *Women's Health*, 7(2), 139–141. <https://doi.org/10.2217/WHE.11.2>
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>
- Blackmore, E. R., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J., & O'Connor, T. G. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 373–378. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083105>
- 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. (2014). 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>
- Büthe, K., Schwenger-Fink, C., Krone, A., & Lahmann, D. (2023). *Evidenzbasierte Schwangerenbetreuung und Schwangerschaftsvorsorge: Eine Arbeitshilfe für*

*Hebammen im Praxisalltag* (2. Aufl.). W. Kohlhammer GmbH.  
<https://doi.org/10.17433/978-3-17-041533-1>

- Caelli, K., Downie, J., & Letendre, A. (2002). Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 127–136. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02252.x>
- Campbell-Jackson, L., Bezance, J., & Horsch, A. (2014). „A renewed sense of purpose“: Mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0423-x>
- Charrois, E. M., Mughal, M. K., Arshad, M., Wajid, A., Bright, K. S., Giallo, R., & Kingston, D. (2022). Patterns and predictors of depressive and anxiety symptoms in mothers affected by previous prenatal loss in the ALSPAC birth cohort. *Journal of Affective Disorders*, 307, 244–253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.055>
- Chemouny, M., & Wendland, J. (2024). The experience of miscarriage and its impact on prenatal attachment during the following pregnancy: A mixed-methods study. *Midwifery*, 136, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104072>
- Chichester, M., Tepner, L., & Côté-Arsenault, D. (2022). Nursing Care of Childbearing Families After Previous Perinatal Loss. *Nursing for Women's Health*, 26(5), 379–388. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2022.07.011>
- Côté-Arsenault, D., & Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81–92. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513115>
- Côté-Arsenault, D., & Freije, M. M. (2004). Support Groups Helping Women Through Pregnancies after Loss. *Western Journal of Nursing Research*, 26(6), 650–670. <https://doi.org/10.1177/0193945904265817>
- Côté-Arsenault, D., & Hubbard, L. J. (2019). Improving Perinatal Care Through Theory Application. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 44(6), 345–350. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000564>
- Côté-Arsenault, D., & Morrison-Beedy, D. (2001). Women's Voices Reflecting Changed Expectations for Pregnancy after Perinatal Loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(3), 239–244. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2001.00239.x>
- Côté-Arsenault, D., Schwartz, K., Krowchuk, H., & McCoy, T. P. (2014). Evidence-based Intervention with Women Pregnant after Perinatal Loss. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(3), 177–186. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000024>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018a). *CASP Qualitative Studies Checklist*. <https://casp-uk.net/checklists/casp-systematic-review-checklist-fillable.pdf>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018b). *CASP Systematic Review Checklist*. <https://casp-uk.net/checklists-archive/casp-systematic-review-checklist-fillable.pdf>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2023). *CASP Randomised Controlled Trial Standard Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/randomised-controlled-trial-rct-checklist/>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2024). *CASP Cross-Sectional Studies Checklist*. <https://casp-uk.net/casp-checklists/CASP-checklist-cross-sectional-study-2024.pdf>
- Dalton, E. D., & Gruber, K. (2022). Being PAL: Uncertainty and Coping in r/PregnancyAfterLoss. *Health Communication*, 37(7), 850–861. <https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1874641>

- De Montigny, F., Verdon, C., & Dennie-Fillion, E. (2017). Pregnancy after loss: Women's challenges and resources needed. *Meeting Abstracts from the International Stillbirth Alliance Conference 2017: Cork, Ireland. September 22-24, 2017*, 17(S1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1457-7>
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG). (2022). *AWMF S2k Leitlinie Diagnostik und Therapie von Frauen mit wiederholten Spontanaborten* (Version 5.1). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-050>
- Deutscher Hebammenverband (DHV). (2019). *Kompetenzen von Hebammen*. [https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2021/02/2019-09-13\\_DHV\\_Kompetenzen\\_von\\_Hebammen\\_Anhang\\_1\\_zur\\_Stellungnahme\\_HebStPrV.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2021/02/2019-09-13_DHV_Kompetenzen_von_Hebammen_Anhang_1_zur_Stellungnahme_HebStPrV.pdf)
- Donald, H., Smythe, L., & McAra-Cooper, J. (2014). Creating a better work-life balance. *New Zealand College of Midwives Journal*, 49, 5–10. <https://doi.org/10.12784/nzcomjnl49.2014.1.5-10>
- Duman, M., Durgun Ozan, Y., Aksoy Derya, Y., & Timur Taşhan, S. (2020). The effect of relaxation exercises training on pregnancy-related anxiety after perinatal loss: A pilot randomized control trial. *EXPLORE*, 18(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.11.002>
- Echabe-Ecenarro, O., Orue, I., & Cortazar, N. (2023). Social support, temperament and previous prenatal loss interact to predict depression and anxiety during pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2237523>
- Fernández-Basanta, S., Dahl-Cortizo, C., Coronado, C., & Movilla-Fernández, M.-J. (2023). Pregnancy after perinatal loss: A meta-ethnography from a women's perspective. *Midwifery*, 124, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103762>
- Fockler, M. E., Ladhani, N. N. N., Watson, J., & Barrett, J. F. R. (2017). Pregnancy subsequent to stillbirth: Medical and psychosocial aspects of care. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 22(3), 186–192. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.004>
- Gebhart, V., Perkhofer, S., & Tucek, G. (2023). Qualitative Forschung in den Gesundheitsberufen. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 73–74). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-66501-5>
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2023). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL)*. <https://www.g-ba.de/richtlinien/19/>
- Giannandrea, S. A. M., Cerulli, C., Anson, E., & Chaudron, L. H. (2013). Increased Risk for Postpartum Psychiatric Disorders Among Women with Past Pregnancy Loss. *Journal of Women's Health*, 22(9), 760–768. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4011>
- Gibbins, K. J., Garg, B., & Caughey, A. B. (2023). Interpregnancy Interval After Stillbirth and Adverse Perinatal Outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 141(6), 1203–1205. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005188>
- GKV-Spitzenverband. (2019). *Anlage 1.3 Vergütungsverzeichnis zum Vertrag nach § 134a SGB V*. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/hebammen/aktuelle\\_dokumente/Hebammen\\_Anlage\\_1.3\\_Verguetungsverzeichnis\\_ab\\_01.01.19.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/aktuelle_dokumente/Hebammen_Anlage_1.3_Verguetungsverzeichnis_ab_01.01.19.pdf)
- Gong, X., Hao, J., Tao, F., Zhang, J., Wang, H., & Xu, R. (2013). Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: Data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 166(1), 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.09.024>

- Gower, S., Luddington, J., Khosa, D., Thaivalappil, A., & Papadopoulos, A. (2023). Subsequent pregnancy after stillbirth: A qualitative narrative analysis of Canadian families' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05533-5>
- Gravensteen, I. K., Jacobsen, E.-M., Sandset, P. M., Helgadottir, L. B., Rådestad, I., Sandvik, L., & Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: A prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1666-8>
- Haghparast, E., Famarzia, M., & Hassanzadeh, R. (2016). Psychiatric symptoms and pregnancy distress in subsequent pregnancy after spontaneous abortion history. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(5), 1097–1101. <https://doi.org/10.12669/pjms.325.10909>
- Heazell, A. E. P., Barron, R., & Fockler, M. E. (2024). Care in pregnancy after stillbirth. *Seminars in Perinatology*, 48(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2023.151872>
- Heazell, A., Wojcieszek, A. M., Graham, N., & Stephens, L. (2019). Care in pregnancies after stillbirth and perinatal death. *IJBPE*, 6(2), 23–28.
- Heck, R., & Weiss, E. (2015). Was hindert Hebammen an der Schwangerenvorsorge? *Die Hebamme*, 28(03), 212–216. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1547431>
- Hertle, D., Wende, D., & Schmitt, N. (2023). G-BA stellt klar: Interdisziplinäre Schwangerenvorsorge auf Augenhöhe ist möglich. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 77(3), 51–53. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2023-3-51>
- Höfer, S., & Stiefel, A. (2020). Schwangerenvorsorge. In A. Stiefel, K. Brendel, N. H. Bauer, & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6., aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 291–296). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-163368>
- Huberty, J., Matthews, J., Leiferman, J. A., & Lee, C. (2018). Use of complementary approaches in pregnant women with a history of miscarriage. *Complementary Therapies in Medicine*, 36, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.11.003>
- Hughes, P. M., Turton, P., & Evans, C. D. H. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. *BMJ*, 318, 1721–1724. <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7200.1721>
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2011). Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, 36(2), 104–111. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e3182057335>
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A., & Hall, L. A. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 44(1), 42–50. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12539>
- Kluge, S. (2020). Aborte (Fehlgeburten). In A. Stiefel, K. Brendel, N. H. Bauer, & U. Harder (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf* (6. Aufl.). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-163368>
- Koert, E., Hartwig, T. S., Hviid Malling, G. M., Schmidt, L., & Nielsen, H. S. (2023). „You're never pregnant in the same way again“: Prior early pregnancy loss influences need for health care and support in subsequent pregnancy. *Human Reproduction Open*, 2023(3), 1–10. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad032>
- Kuhn, M., & Koch, M. (2023). Re-Evaluierung des EPDS. *Hebamme*, 36(03), 9–10. <https://doi.org/10.1055/a-2060-2990>

- Ladhani, N. N. N., Fockler, M. E., Stephens, L., Barrett, J. F. R., & Heazell, A. E. P. (2018). No. 369-Management of Pregnancy Subsequent to Stillbirth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada / Journal d'obstetrique et Gynecologie Du Canada (JOGC)*, *40*(12), 1669–1683. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.07.002>
- Lancastle, D., & Boivin, J. (2008). A feasibility study of a brief coping intervention (PRCI) for the waiting period before a pregnancy test during fertility treatment. *Human Reproduction*, *23*(10), 2299–2307. <https://doi.org/10.1093/humrep/den257>
- Lasch, L., & Fillenberg, S. (2017). *Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-52809-9>
- Lazarides, C., Moog, N. K., Verner, G., Voelkle, M. C., Henrich, W., Heim, C. M., Braun, T., Wadhwa, P. D., Buss, C., & Entringer, S. (2023). The association between history of prenatal loss and maternal psychological state in a subsequent pregnancy: An ecological momentary assessment (EMA) study. *Psychological Medicine*, *53*(3), 855–865. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002221>
- Lee, L., McKenzie-McHarg, K., & Horsch, A. (2017). The impact of miscarriage and stillbirth on maternal–fetal relationships: An integrative review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *35*(1), 32–52. <https://doi.org/10.1080/02646838.2016.1239249>
- Luo, X., Chen, B., & Shen, Q. (2023). Psychological distress in subsequent pregnancy among women with a history of pregnancy loss: A latent profile analysis. *Midwifery*, *127*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103845>
- Mainali, A., Infanti, J. J., Thapa, S. B., Jacobsen, G. W., & Larose, T. L. (2023). Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: A case-cohort study from Scandinavia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *23*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05318-2>
- Marston, C. (2005). *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69855/WHO\\_RHR\\_07.1\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf?sequence=1)
- Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: An interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open*, *7*, 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011382>
- Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J., & Desha, L. (2017). “Not just a normal mum”: A qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *17*(6), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1200-9>
- Mergl, R., Quaat, S. M., Edeler, L.-M., & Allgaier, A.-K. (2022). Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: A systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *European Journal of Psychotraumatology*, *13*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2108578>
- Mills, T. A., Ricklesford, C., Cooke, A., Heazell, A. E. P., Whitworth, M., & Lavender, T. (2014). Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: A metasynthesis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *121*(8), 943–950. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12656>
- Mills, T. A., Ricklesford, C., Heazell, A. E. P., Cooke, A., & Lavender, T. (2016). Marvellous to mediocre: Findings of national survey of UK practice and provision of care in pregnancies after stillbirth or neonatal death. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *16*(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0891-2>
- Moller, A.-B., Petzold, M., Chou, D., & Say, L. (2017). Early antenatal care visit: A systematic analysis of regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013.

*The Lancet Global Health*, 5(10), e977–e983. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30325-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30325-X)

- Moore, S. E., & Côté-Arsenault, D. (2018). Navigating an Uncertain Journey of Pregnancy After Perinatal Loss. *Illness, Crisis & Loss*, 26(1), 58–74. <https://doi.org/10.1177/1054137317740802>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2020). *Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations#principles-of-care-in-pregnancy-and-the-postnatal-period-2>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). *Antenatal care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/chapter/Recommendations#routine-antenatal-clinical-care>
- Nordhausen, T., & Hirt, J. (2019). *One size does not fit all – systematische Literaturrecherche in Fachdatenbanken. Schritt 1: Festlegung des Rechercheprinzips*. Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. <https://doi.org/10.6094/KLINPFLEG.5.5>
- Ockhuijsen, H. D. L., van den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S., & de Boer, F. (2014). Pregnancy After Miscarriage: Balancing Between Loss of Control and Searching for Control. *Research in Nursing & Health*, 37(4), 267–275. <https://doi.org/10.1002/nur.21610>
- Ockhuijsen, H. D. L., Van Den Hoogen, A., Boivin, J., Macklon, N. S., & De Boer, F. (2015). Exploring a self-help coping intervention for pregnant women with a miscarriage history. *Applied Nursing Research*, 28(4), 285–292. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.002>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: Updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, 1–36. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11. Aufl.). Wolters Kluwer.
- Postpartum Support International. (2024). *Selbsthilfegruppen. Unterstützung bei der Schwangerschaft nach einem Verlust*. <https://www.postpartum.net/de/group/pregnancy-after-loss-support/>
- Rath, A. (2012). Hebammengeleitete Schwangerenvorsorge im Vergleich zu anderen Betreuungsmodellen. *Die Hebamme*, 25(04), 236–240. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1320142>
- Regan, A. K., Gissler, M., Magnus, M. C., Håberg, S. E., Ball, S., Malacova, E., Nassar, N., Leonard, H., & Pereira, G. (2019). Association between interpregnancy interval and adverse birth outcomes in women with a previous stillbirth: An international cohort study. *The Lancet*, 393, 1527–1535. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32266-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32266-9)
- Regan, L., Rai, R., Saravelos, S., Li, T.-C., & the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). Recurrent Miscarriage: Green-top Guideline No. 17. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 130(12), e9–e39. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17515>
- Ritschl, V., Stamm, T., & Unterhumer, G. (2023). Wissenschaft praktisch – evidenzbasierte Praxis. In V. Ritschl, R. Weigl, & T. Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und*

- Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis (2. Aufl., S. 321–337). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-66501-5>
- Rollè, L., Giordano, M., Santoniccolo, F., & Trombetta, T. (2020). Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1–26. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082644>
- Schäfers, R. (2015). Schwangerenvorsorge. In C. Mändle, S. Opitz-Kreuter, & A. Bosch (Hrsg.), *Das Hebammenbuch: Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe*. (6. Auflage, S. 156–201). Schattauer.
- Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 7, 16. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-7-16>
- Statistisches Bundesamt (Destatis). (2024, Juli 3). *Geburten. Daten der Lebendgeborenen, Totgeborenen, Gestorbenen und der Gestorbenen im 1. Lebensjahr*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/lebendgeborene-gestorbene.html>
- Sundermann, A. C., Hartmann, K. E., Jones, S. H., Torstenson, E. S., & Velez Edwards, D. R. (2017). Interpregnancy Interval After Pregnancy Loss and Risk of Repeat Miscarriage. *Obstetrics and gynecology*, 130(6), 1312–1318. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002318>
- Thomas, S., Stephens, L., Mills, T. A., Hughes, C., Kerby, A., Smith, D. M., & Heazell, A. E. P. (2021). Measures of anxiety, depression and stress in the antenatal and perinatal period following a stillbirth or neonatal death: A multicentre cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04289-0>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBIC Manual for Evidence Synthesis* (S. 1–6). JBI. [https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist\\_for\\_Quasi-Experimental\\_Appraisal\\_Tool.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool.pdf)
- Vetter, K., & Goeckenjan, M. (2013). Schwangerenvorsorge in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(12), 1679–1685. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1858-3>
- Weigl, T., & Garthus-Niegel, S. (2021). Messinstrumente zur peripartalen Diagnostik von Depression, Angst und Stress (Teil 1 einer Serie zur psychologischen Diagnostik im Peripartalzeitraum). *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 225(04), 300–305. <https://doi.org/10.1055/a-1471-7256>
- World Health Organization (WHO). (o. J.). *Why we need to talk about losing a baby*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- World Health Organization (WHO). (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/250796>
- Zyriax, B.-C., Schmittinger, J., & Diemert, A. (2022). Hebammen in Hamburg – Aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen. In R. Fehr & J. Augustin (Hrsg.), *Nachhaltige StadtGesundheit Hamburg II* (S. 306–314). oekom Verlag. <https://doi.org/10.14512/9783962389512>

## Anhang

### Anhang 1: Detaillierte Übersicht der inkludierten Studien und Leitlinie (alphabetisch)

Autor*innen	Jahr	Titel	Land	Studiendesign	Stichprobe	Inkludierte Verluste	Inhalt
Azogh et al.	2018	The effect of psychoeducation on anxiety in subsequent pregnancy following stillbirth: A quasi-experimental study.	Iran	Quasi-experimentelle Studie	n = 100	Totgeburt	Auswirkung einer psychoedukativen Intervention auf das Maß an Ängsten bei Schwangeren in der Folgeschwangerschaft nach Totgeburt.
Chemouny & Wendland	2024	The experience of miscarriage and its impact on prenatal attachment during the following pregnancy: A mixed-methods study.	Frankreich	Mixed-methods Querschnittstudie	n = 267	Fehlgeburt	Einfluss von Körperbild, Unterstützung durch den/die Partner*in, Resilienz und Behandlungserfahrung im Kontext einer vorangegangenen Fehlgeburt auf die pränatale Bindung von Schwangeren zu ihrem Kind in der Folgeschwangerschaft nach Abort.
Côté-Arsenault et al.	2014	Evidence-based intervention with women pregnant after perinatal loss.	USA	RCT	n = 23	Fehlgeburt, Totgeburt, neonataler Tod	Intervention für Schwangere in der Folgeschwangerschaft nach perinatalem Verlust in Form von Hausbesuchen durch eine geschulte Pflegekraft sowie Maßnahmen zur Stressreduzierung, um Ängste und Depressionen zu verringern und die pränatale Bindung zu fördern.
Dalton & Gruber	2022	Uncertainty and coping in r/PregnancyAfter Loss.	international	Qualitative Inhaltsanalyse	n = 636	unbekannt	Unsicherheit in der Folgeschwangerschaft nach Verlust und Bewältigungsstrategien, über die sich Betroffene auf der Internetplattform „Reddit“ austauschen.

Duman et al.	2022	The effect of relaxation exercises training on pregnancy-related anxiety after perinatal loss: A pilot randomized control trial.	Türkei	RCT (Pilot)	n = 64	unbekannt	Schwangerschaftsbezogene Ängste in der Folgeschwangerschaft nach Verlust anhand von Übungen zur progressiven Muskelentspannung (PMR) reduzieren.
Gower et al.	2023	Subsequent pregnancy after stillbirth: a qualitative narrative analysis of Canadian families' experiences.	Kanada	Qualitative Inhaltsanalyse	n = 62	Totgeburt	Erfahrungen und Bedürfnisse von Paaren in der Betreuung der Folgeschwangerschaft nach einer Totgeburt.
Huberty et al.	2018	Use of complementary approaches in pregnant women with a history of miscarriage.	USA	Quantitative Querschnittstudie	n = 193	Fehlgeburt	Methoden und Strategien, die Schwangere in der Folgeschwangerschaft nach Abort zur Selbsthilfe anwenden.
Hutti et al.	2015	Grief Intensity, Psychological Well-Being, and the Intimate Partner Relationship in the Subsequent Pregnancy after a Perinatal Loss.	USA	Quantitative Querschnittstudie	n = 227	Fehlgeburt, Totgeburt, neonataler Tod	Überprüfung der Konstruktvalidität der „Perinatal Grief Intensity Scale“ (PGIS) sowie des Zusammenhangs zwischen Trauerintensität und dem psychischen Wohlbefinden sowie der Qualität der Partnerschaft in der Folgeschwangerschaft nach perinatalem Verlust.
Koert et al.	2023	“You're never pregnant in the same way again”: prior early pregnancy loss influences need for health care and support in subsequent pregnancy.	Dänemark	Qualitative Interviews	n = 15	Fehlgeburt	Bedürfnisse von Paaren zur Unterstützung in der Folgeschwangerschaft nach Abort und ihre Veränderung im Laufe der Schwangerschaft.
Ladhani et al. (SOGC)	2018	No. 369 - Management of Pregnancy Subsequent to Stillbirth	Kanada	Leitlinie		Totgeburt	Empfehlungen für die pränatale Betreuung und die psychosozialen Aspekte von Schwangeren in der Folgeschwangerschaft nach einer Totgeburt.

Meredith et al.	2017	"Not just a normal mum": a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss.	Australien	Qualitative Interviews	n = 10	Fehlgeburt, Totgeburt, neonataler Tod	Erfahrungen von Schwangeren in einer Folgeschwangerschaft nach perinatalem Verlust im Kontext der Betreuung in der „Pregnancy After Loss Clinic“ (Brisbane, Australien).
Mills et al.	2014	Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis.	international	Metaanalyse qualitativer Studien	n = 14/ n = 332	Fehlgeburt, Totgeburt, neonataler Tod	Vertieftes Verständnis der Erfahrungen und Bedürfnisse von Eltern in der Folgeschwangerschaft nach perinatalem Verlust.
Ockhuijsen et al.	2015	Exploring a self-help coping intervention for pregnant women with a miscarriage history.	Niederlande	Quasi-experimentelle Studie (mixed methods)	n = 12	Fehlgeburt	Intervention zur Stressbewältigung durch Neubewertung („Positive Reappraisal Coping Intervention“) und tägliche Aufzeichnung der Emotionen („Daily Record Keeping“) übertragen auf den Einsatz in der Folgeschwangerschaft nach Abort.

## Anhang 2: Studienbewertung

### CASP Randomised Controlled Trial Standard Checklist (CASP, 2023), Teil 1

Study	Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			Section B: Was the study methodologically sound?		
	1. Did the study address a clearly focused research question?	2. Was the assignment of participants to interventions randomised?	3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion?	4. 4.1 Were the participants 'blind' to intervention they were given? 4.2 Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? 4.3 Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?	5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial?	6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?
Côté-Arsenault et al. (2014)	Yes	Yes	Yes	No No No	Yes	Yes
Duman et al. (2022)	Yes	Yes	Yes	Can't tell No Can't tell	Yes	Yes

*Teil 2 auf der folgenden Seite.*

## Teil 2

Study	Section C: What are the results?			Section D: Will the results help locally?		Overall appraisal
	7. Were the effects of intervention reported comprehensively?	8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?	9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?	10. Can the results be applied to your local population/in your context?	11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?	
Côté-Arsenault et al. (2014)	No (the effects of the different components of the intervention were not considered or reported separately)	Yes	Yes	Yes	Yes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- the intervention was described superficially</li> <li>- no significant results regarding reducing stress, anxiety or depression, but positive tendency</li> <li>- low statistical power (&lt; 80%)</li> <li>- high satisfaction of the participants in follow-up interviews</li> </ul>
Duman et al. (2022)	Yes	No (no confidence intervals were reported)	Yes	Yes	Yes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PMR is an easily implementable intervention</li> <li>- significant effect on reducing fear of giving birth and worries about bearing a handicapped child (<math>p = &lt; 0.001</math>)</li> <li>- although a pilot study, it reports high statistical power (100%)</li> </ul>

**JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (Tufanaru et al., 2020)**

Study	1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	2. Were the participants included in any comparisons similar?	3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	4. Was there a control group?	5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	8. Were outcomes measured in a reliable way?	9. Was appropriate statistical analysis used?	Overall appraisal
Azogh et al. (2018)	Yes	Yes	Yes	Yes	No (1 pre-test, 1 post-test)	Yes	Yes	Yes	Yes	- educational intervention had a significant effect on reducing pregnancy-related anxiety ( $p = 0.003$ ) - sample demographics not very transferable to Germany
Ockhuijsen et al. (2015)	Yes	Not applicable (no control group)	Not applicable (no control group)	No	No (no pre-test, 1 post-test)	Not Applicable (no control group)	Not applicable (no control group)	Yes	Yes (but only descriptive)	- no control group - small sample (n = 12) - low compliance - follow-up interviews for more insight - easily implementable approach for practice and no harms were found

## CASP Cross-Sectional Studies Checklist (CASP, 2024), Teil 1

Study	1. Did the study address a clearly focused issue?	2. Did the authors use an appropriate method to answer their question?	3. Were the subjects recruited in an acceptable way?	4. Were the measures accurately measured to reduce bias?	5. Were the data collected in a way that addressed the research issue?	6. Did the study have enough participants to minimize the play of chance?	7. How are the results presented (a) and what is the main result (b)?
Chemouny & Wendland (2024)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell (no power calculation)	(a): Comprehensive report of descriptive analysis (incl. correlation analysis) (b): Prenatal attachment is positively influenced by their body image and partner support.
Huberty et al. (2018)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell (no power calculation)	(a): Comprehensive report of descriptive analysis (incl. regression analysis) (b): Complementary approaches are a popular way to manage psychological distress.
Hutti et al. (2015)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes (power > 80%)	(a): Comprehensive report of scale validation process and descriptive analysis (b): Significant relationship between pregnancy- anxiety, depression, stress, and the quality of the intimate partner relationship.

*Teil 2 auf der folgenden Seite.*

## Teil 2

Study	8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	9. Is there a clear statement of findings?	10. Can the results be applied to the local population?	11. How valuable is the research?	12. Overall appraisal
Chemouny & Wendland (2024)	Yes	Yes	Yes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- first study on prenatal attachment in the target population</li> <li>- significant effects were reported</li> <li>- specific implications for (interdisciplinary) practice</li> <li>- no diverse sample</li> <li>- no conflict of interest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- comprehensible study design</li> <li>- new findings and important implications for practice regarding the support of prenatal attachment</li> <li>- no causal relationships</li> </ul>
Huberty et al. (2018)	Yes	Yes	Yes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- study fills the gap on knowing which types of complementary approaches are used by women pregnant after miscarriage in the US</li> <li>- significant results were reported</li> <li>- no diverse sample</li> <li>- no conflict of interest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- comprehensible study design</li> <li>- new findings</li> <li>- important implications regarding acceptable and attractive coping strategies</li> <li>- no causal relationships</li> </ul>
Hutti et al. (2015)	Yes	Yes	Yes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- further validation of the Perinatal Grief Intensity Scale (PGIS)</li> <li>- high statistical power</li> <li>- significant results were reported</li> <li>- no diverse sample</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- comprehensible study design</li> <li>- important implications for practice regarding mental health screening</li> <li>- no causal relationships</li> </ul>

## CASP Systematic Review Checklist (CASP, 2018b)

Study	Section A: Are the results valid?					Section B: What are the results?		Section C: Will the results help locally?			Overall appraisal
	1. Did the review address a clearly focused question?	2. Did the authors look for the right type of papers?	3. Do you think all the important, relevant studies were included?	4. Did the authors do enough to assess quality of the included studies?	5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	6. What are the overall results of the review?	7. How precise are the results?	8. Can the results be applied to the local population?	9. Were all important outcomes considered?	10. Are the benefits worth the harms and costs?	
Mills et al. (2014)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Importance of access to high-quality psychosocial support to previously bereaved parents.	Not applicable (qualitative meta-synthesis)	Yes	Yes	Yes	- comprehensible study design including search string, inclusion criteria, grading system - combination of results in plausible themes, subthemes and core concepts

## CASP Qualitative Studies Checklist (CASP, 2018a)

Study	Section A: Are the results valid?					
	1. Was there a clear statement of the aims of the research?	2. Is a qualitative methodology appropriate?	3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?
Koert et al. (2023)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Meredith et al. (2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Gower et al. (2023)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Not applicable (no direct contact)
Dalton & Gruber (2022)	Yes	Yes	Unclear	Unclear	Yes	Not applicable (no direct contact)

Section B: What are the results?			Section C: Will the results help locally?
7. Have ethical issues been taken into consideration?	8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	9. Is there a clear statement of findings?	10. How valuable is the research?
Yes	Yes	Yes	Helpful insights due to long-term study design throughout the entire pregnancy, including partner perspective, good transferability, research gaps identified.
Yes	Yes	Yes	Helpful insights into different experiences and needs through the purposive sample, recommendations for the Pregnancy After Loss Clinic transferable to other treatment contexts, research gaps identified.
Yes	Yes	Yes	Helpful insights into personal thoughts that were shared in writing, plausible categories extracted, recommendations for practice, high transferability.
Not applicable (data extracted from online community)	Unclear	Yes	Helpful insights into online discussions outside of a care context, large database, recommendations for practice, theoretical embedding of uncertainty in pregnancy after loss

### Anhang 3: Leitlinienbewertung

Bewertung der SOGC Clinical Practice Guideline No. 369 – *Management of Pregnancy Subsequent to Stillbirth* (Ladhani et al., 2018) in Anlehnung an AGREE II (Brouwers et al., 2014).

Item	Erfüllt?
Domäne 1: Geltungsbereich und Zweck	
1. Das / die Gesamtziel(e) der Leitlinie ist / sind eindeutig beschrieben.	Ja
2. Die in der Leitlinie behandelte(n) gesundheitsrelevante(n) Frage(n) ist (sind) eindeutig beschrieben.	Ja
3. Die Zielpopulation (z. B. Patienten, Bevölkerung) der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.	Ja
Domäne 2: Beteiligung von Interessensgruppen	
4. Die Entwicklergruppe der Leitlinie schließt Mitglieder aller relevanten Berufsgruppen ein.	Ja
5. Die Ansichten und Präferenzen der Zielpopulation (z. B. Patienten, Bevölkerung) wurden ermittelt.	Nein
6. Die Anwenderzielgruppe der Leitlinie ist eindeutig beschrieben.	Ja
Domäne 3: Genauigkeit der Leitlinienentwicklung	
7. Es wurde systematisch nach Evidenz gesucht.	Nein
8. Die Kriterien für die Auswahl der Evidenz sind eindeutig beschrieben.	Nein
9. Die Stärken und die Schwächen der Evidenz sind eindeutig beschrieben.	Nein
10. Das methodische Vorgehen bei der Formulierung der Empfehlungen ist eindeutig beschrieben.	Nein
11. Der gesundheitliche Nutzen, Nebenwirkungen und Risiken wurden bei der Formulierung der Empfehlungen berücksichtigt.	Ja
12. Die zugrunde liegende Evidenz kann den Empfehlungen eindeutig zugeordnet werden.	Ja
13. Die Leitlinie wurde vor ihrer Veröffentlichung durch externe Experten begutachtet.	Ja
14. Es existiert ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie.	Ja
	(2023 abgelaufen)

Domäne 4: Klarheit der Gestaltung	
15. Die Empfehlungen der Leitlinie sind spezifisch und eindeutig.	Ja
16. Die unterschiedlichen Alternativen für die Behandlung der Erkrankung oder des Gesundheitsproblems sind eindeutig dargestellt.	Ja
17. Die Schlüsselempfehlungen der Leitlinie sind einfach zu finden.	Ja
Domäne 5: Anwendbarkeit	
18. Mögliche förderliche und hinderliche Faktoren für die Anwendung der Leitlinie werden beschrieben.	Nein
19. Die Leitlinie macht Vorschläge und / oder benennt Instrumente, die die Anwendung der Leitlinienempfehlungen unterstützen.	Nein
20. Die möglichen finanziellen Auswirkungen der Leitlinienempfehlungen wurden berücksichtigt.	Nein
21. Die Leitlinie nennt Messgrößen für die Bewertung der Prozess- und / oder Ergebnisqualität.	Nein
Domäne 6: Redaktionelle Unabhängigkeit	
22. Die finanzierende Organisation hat keinen Einfluss auf die Inhalte der Leitlinie genommen.	Ja
23. Interessenkonflikte der Mitglieder der Entwicklergruppe der Leitlinie wurden dokumentiert und bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt.	Ja
Gesamtbewertung und Grund für Einschluss:	
Obwohl die Leitlinie seit 2023 abgelaufen ist und trotz bestehendem Aktualisierungsverfahren noch nicht erneuert wurde und sich außerdem auf die Versorgung von Folgeschwangerschaften nach Totgeburt beschränkt, wird sie für die Erstellung des Versorgungsplans einbezogen, da es sich um die einzige spezifische Leitlinie zu diesem Thema handelt, die auch psychosoziale Aspekte vertieft aufgreift. Die Empfehlungen stammen von Praktiker*innen, sind eindeutig beschrieben, gut umsetzbar, haben einen hohen Konsens und sind nachvollziehbar mit Evidenz belegt.	

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Sabine Rivière,  dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel Neue Hoffnung, alter Schmerz. Betreuung der Folgeschwangerschaft nach Fehl- oder Totgeburt: Ein Versorgungsplan für Hebammen selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat-GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

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

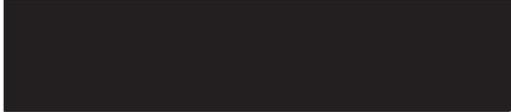
Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

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

Hamburg, den 19.11.2024

---

Ort, Datum



Unterschrift