HSLU Hochschule Luzern

Soziale Arbeit
Institut für Pflege und Interprofessionalität

Traumainformierte Pflege in der Geburtshilfe

Bachelorthesis – systematische Literaturübersicht

Autorin: Regula Blaser-Christen
Immatrikulationsnummer: 24-871-824
Kursgruppe: Klasse SA.BSC_PFFP.2401

Hochschule Luzern
Departement Soziale Arbeit
Institut für Pflege und Interprofessionalität
Modul: SA.0014 Bachelorthesis

Abgabedatum: 12.12.2025
Anzahl Zeichen ohne Leerzeichen: 62’746
Anzahl Zeichen mit Leerzeichen: 71’324

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.
Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.
Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.
Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de

Abstract

Hintergrund: Traumatische Geburtserfahrungen können bei Frauen und ihren Partner:innen erhebliche psychische Belastungen auslösen. Eine mögliche Folge ist die geburtsbezogene posttraumatische Belastungsstörung (CB-PTSD), eine spezifische Form der PTBS, die durch die Geburt selbst entsteht. Da betroffene Frauen häufig unzureichend erkannt und unterstützt werden, rückt traumainformierte Pflege (TIP) zunehmend als sinnvoller und Ansatz für die geburtshilfliche Versorgung in den Fokus.

Fragestellung/Ziel: Diese Arbeit untersucht, welchen Beitrag TIP in der Geburtshilfe für Patient:innen, Fachpersonal und das Gesundheitssystem leistet. Ziel ist es, die Relevanz, Chancen und Herausforderungen traumainformierter Pflege aufzuzeigen.

Methodik: Grundlage bildet eine systematische Literaturübersicht mit Mixed-Methods-Ansatz. Die Literaturrecherche erfolgte in den Datenbanken PubMed, CINAHL, FIT-Nursing Care und PubPsych. Sechs Primärstudien (zwei qualitative, vier quantitative) erfüllten die Ein- und Ausschlusskriterien und wurden thematisch-narrativ ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass TIP die frühzeitige Identifikation traumatischer Belastungen fördert, die Beziehungsgestaltung verbessert und die Offenlegung von Traumata erhöht. Quantitative Befunde weisen zudem auf eine Verringerung posttraumatischer Belastungssymptome sowie auf verbesserte neonatale Outcomes hin.

Schlussfolgerungen: Insgesamt lässt sich erkennen, dass TIP einen positiven Beitrag zur geburtshilflichen Versorgung leistet. Die Ergebnisse unterstreichen zudem die Chance, traumainformierte Ansätze künftig stärker in der Praxis zu berücksichtigen, um die psychosoziale Versorgung von Frauen und Familien nachhaltig zu stärken.

Inhalt

Abstract I

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis VI

1 Einleitung 1

1.1 Relevanz für die Pflegepraxis 1

1.2 Problemstellung 1

1.3 Eingrenzung des Themas 2

1.4 Fragestellung und Ziele 2

2 Theoretischer Hintergrund 3

2.1 Trauma und Geburt – theoretische Grundlagen 3

2.1.1 Trauma 3

2.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung 4

2.1.3 Childbirth-related Posttraumatic Stress Disorder (CB-PTSD) 4

2.1.4 Screeninginstrumente 5

2.2 Traumainformierte Pflege – theoretische Grundlagen 6

2.2.1 Die 4 R`s der traumainformierten Haltung 6

2.2.2 Die 6 Leitprinzipien der traumainformierten Pflege 7

2.2.3 Die 10 Implementierungsdomänen für die praktische Umsetzung 8

3 Methodik 10

3.1 Literaturrecherche 10

3.1.1 Forschungsdesign 10

3.1.2 Suchstrategie und Datenbanken 10

3.2 Literaturauswahl 11

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien 11

3.2.2 Studienauswahlprozess nach PRISMA 2020 13

3.3 Weiteres methodisches Vorgehen 15

3.3.1 Qualitätsbewertung der Studien 15

3.3.2 Vorgehen bei der Synthese, Diskussion, Implikation 15
3.3.3 Umgang mit digitalen Recherchen und KI-Werkzeugen 15
4 Ergebnisse 16
4.1 Zusammenfassung und kritische Würdigung 16
4.1.1 Studie 1 16
4.1.2 Studie 2 18
4.1.3 Studie 3 19
4.1.4 Studie 4 20
4.1.5 Studie 5 22
4.1.6 Studie 6 23
4.2 Thematisch-narrative Synthese 24
4.2.1 Die Erfahrungen und Bedürfnisse der Patient:innen 24
4.2.2 Haltung, Kompetenz und Belastung des Fachpersonals 25
4.2.3 Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem 26
5 Diskussion 28
6 Limitationen und Stärken der Arbeit 31
7 Schlussfolgerungen für die Praxis 32
8 Literatur- und Quellenverzeichnis 35
Anhang A 40
8.1 Rechercheprotokolle 40
8.1.1 Pubmed Protokoll Datenbankrecherche vom 23.08.2025 40
8.1.2 Cinahl Protokoll Datenbankrecherche vom 23.08.2025 42
8.1.3 pubPsych Protokoll Datenbankrecherche vom 23.08.2025 43
8.1.4 FIT-Nursing Care Protokoll Datenbankrecherche vom 18.08.2025 44
8.2 Kritische Würdigung der Studien 45
8.2.1 Checkliste für die kritische Bewertung von qualitativen Studien 45
8.2.2 Checkliste für die kritische Bewertung von quantitativen Studien 48

8.2.3 Checkliste für die kritische Bewertung von quantitativen Studien 52
8.2.4 Checkliste für die kritische Bewertung von qualitativen Studien 56
8.2.5 Checkliste für die kritische Bewertung von quantitativen Studien 60
8.2.6 Checkliste für die kritische Bewertung von quantitativen Studien 64
9 Zusammenfassung Studien 68

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 PICO-Schema 10
Tabelle 2 Übersicht Suchbegriffe und Synonyme 11
Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturauswahl 12

Abbildung 1: Studienauswahlprozess gemäss PRISMA 2020 (Page et al., 2021) 14

1 Einleitung

1.1 Relevanz für die Pflegepraxis

Psychologische Geburtstraumata und geburtsbedingte posttraumatische Belastungsstörungen (childbirth related posttraumatic stress disorder; CB-PTSD) betreffen weltweit jährlich rund 6,6 Millionen Mütter und 1,7 Millionen Väter oder Co-Eltern und stellen eine erhebliche gesundheitliche und gesellschaftliche Belastung dar. Es gibt zunehmend Hinweise darauf, dass eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) häufig als direkte Folge einer traumatisch erlebten Geburt entsteht (Horsch et al., 2024, S. 1116). Etwa 4% der Frauen und 1% der Männer entwickeln nach der Geburt eine CB-PTSD (Ayers et al., 2024).

Zu den Risikofaktoren zählen prädisponierende Vulnerabilitätsfaktoren wie frühere Traumata oder psychische Vorerkrankungen sowie geburtsbezogene Komplikationen während der Schwangerschaft und Geburt. Postpartale Belastungen können das Risiko einer CB-PTSD zusätzlich erhöhen (Ayers et al., 2024).

Die Forschung zeigt, dass Geburtstrauma ein anerkanntes Phänomen ist, das sowohl körperliche als auch psychische Gesundheitsprobleme verursacht und langfristig das gesamte Familiensystem beeinflusst. Entsprechend betonen die Autor:innen die Bedeutung einer adäquaten Unterstützung für Frauen nach traumatischen Geburten (Molloy et al., 2021). Brown et al. (2022, S. 7) identifizierten soziale Unterstützung, professionelle Kommunikation durch Fachpersonen sowie die Ermutigung, über traumatische Geburtserlebnisse zu sprechen, als resilienzfördernde Faktoren. Diese Ansätze können wesentlich dazu beitragen, das Risiko einer CB-PTSD zu senken.

1.2 Problemstellung

Trotz dieser Erkenntnisse bleiben traumatische Geburtserfahrungen und CB-PTSD in der geburtshilflichen Versorgung weitgehend unerkannt und werden nicht routinemässig erfasst (Horsch et al., 2024, S. 1120).
Nagle et al. (2022, S. 1-2) berichten, dass 18% aller Wöchnerinnen ihre Geburt als traumatisch erlebten. Während viele Frauen resilient reagierten, entwickelten andere eine CB-PTSD oder zeigten subklinische Symptome, die zwar Beeinträchtigungen verursachten, jedoch keine diagnostische Erfassung oder therapeutische Interventionen nach sich zogen. Insbesondere die fehlende Evidenz und Routine zur Identifikation einer CB-PTSD gilt als zentrale Versorgungslücke (Horsch et al., 2024, S. 1121). Solche unzureichend erkannten Traumafolgen können die

psychische Gesundheit von Eltern und Familien langfristig beeinträchtigen. Brown et al. (2022, S. 21) empfehlen daher Resilienzförderung gezielt in der postpartalen Versorgung zu verankern, um Folgeerkrankungen zu verhindern. Ayers et al (2024) betonen zusätzlich die Notwendigkeit der Implementierung eines traumainformierten Pflegeansatzes, der Fachpersonen befähigt, Belastungen zu erkennen, Retraumatisierungen zu vermeiden und Heilungsprozesse aktiv zu unterstützen.

1.3 Eingrenzung des Themas

Die traumainformierte Pflege (TIP) besitzt angesichts dieser Versorgungslücke eine hohe Relevanz für die klinische Praxis. Ayers et al. (2024) beschreiben traumainformierte Versorgungsmodelle als vielversprechend, auch wenn sie bisher kaum in der Geburtshilfe getestet wurden, und fordern ausdrücklich, die Prinzipien der TIP in geburtshilflichen Einrichtungen und Ausbildungsprogrammen zu integrieren. Ziel ist es, negative Geburtserfahrungen zu minimieren und die Rechte, Sicherheit, Selbstbestimmung und Würde von Frauen und Geburtsbegleitenden vor, während und nach der Geburt zu wahren.

Die Haltung der TIP ermöglicht es, Betroffene frühzeitig zu sensibilisieren, Belastungen rechtzeitig zu erkennen und Fachpersonen darin zu schulen, professionell und empathisch auf Traumata zu reagieren. Das Konzept, das in anderen klinischen Bereichen bereits erfolgreich etabliert wurde, erscheint auch für die Geburtshilfe vielversprechend (White et al., 2022; Ayers et al., 2024).

Obwohl die theoretische Grundlage der TIP international anerkannt ist, bestehen deutliche Forschungslücken in Bezug auf die praktische Umsetzung und Wirksamkeit in der Geburtshilfe. Es fehlen empirische Erkenntnisse darüber, welche Auswirkungen TIP auf Patient:innen, Fachpersonal und das Gesundheitssystem hat (Ayers et al., 2024). Studien wie jene von Dekel et al. (2024) unterstreichen zudem die Notwendigkeit, traumasensible Versorgungsmodelle zu entwickeln, da betroffene Frauen häufig keine adäquate Unterstützung nach traumatischen Geburten erhalten.

1.4 Fragestellung und Ziele

Die TIP wird in mehreren aktuellen Studien als empfehlenswerter Ansatz für die geburtshilfliche Versorgung beschrieben. Vor diesem Hintergrund stellt sich die zentrale Forschungsfrage:

Welchen Beitrag leistet die traumainformierte Pflege in der Geburtshilfe für Patient:innen, Fachpersonal und das Gesundheitssystem?

Trauma ist ein weit verbreitetes Phänomen, das langfristige Auswirkungen auf das emotionale, körperliche, soziale oder psychische Wohlbefinden haben kann. Diese Erkenntnis verdeutlicht die Notwendigkeit eines traumasensiblen Umgangs im Gesundheitssystem (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014, S. 7).
TIP zielt darauf ab, Traumafolgen zu erkennen, retraumatisierende Erfahrungen zu vermeiden und eine sichere, unterstützende Umgebung zu schaffen, die Heilung und Resilienz fördert (SAMHSA, 2014, S. 9).

Ziel dieser Arbeit ist es, die Relevanz, Chancen und Herausforderungen der Implementierung von TIP in der Geburtshilfe zu beleuchten. Dabei soll untersucht werden, inwiefern dieser Ansatz zur Prävention einer CB-PTBS beiträgt und welche Vorteile die TIP für Patient:innen, Fachpersonen und das gesamte geburtshilfliche Gesundheitssystem schaffen kann.

Durch die systematische Analyse aktueller wissenschaftlicher Arbeiten sollen die potenziellen Effekte der TIP identifiziert werden, um eine fundierte Grundlage für die Integration dieses Konzeptes in die klinische Praxis zu schaffen. Langfristig soll diese Arbeit Entscheidungsträger:innen evidenzbasierte Argumente liefern, um die Implementierung von TIP in geburtshilflichen Versorgungseinrichtungen zu fördern.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Trauma und Geburt – theoretische Grundlagen

2.1.1 Trauma

Es existieren unterschiedliche Definitionen des Begriffs Trauma, die sich in ihren Nuancen und theoretischen Schwerpunkten unterscheiden. SAMHSA (2014) fasst Trauma folgendermassen zusammen:

«*Individual trauma results from an **event**, series of events, or set of circumstances that is **experienced** by an individual as physically or emotionally harmful or life threatening and that has lasting adverse **effects** on the individual's functioning and mental, physical, social, emotional, or spiritual well-being.*" (SAMHSA, 2014, S. 7)

Auch in der Geburtshilfe kann ein als emotional einschneidend oder potenziell lebensbedrohlich erlebter Geburtsverlauf ein Trauma auslösen, das dauerhaft negative Auswirkungen auf Mutter, Kind und das gesamte Familiensystem haben kann (Ayers et al., 2024; Horsch et al., 2024).

2.1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Die American Psychiatric Association [APA] (2022) beschreibt im “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5-TR) eine PTBS als Reaktion auf eine tatsächliche oder drohende Konfrontation mit Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt. Das traumatische Ereignis kann direkt erlebt, beobachtet oder durch eine nahestehende Person vermittelt werden. In der Geburtshilfe kann eine schwierige oder bedrohlich erlebte Geburt somit ein potenziell auslösendes Ereignis darstellen, insbesondere wenn sie mit Kontrollverlust, Todesangst oder extremer Hilflosigkeit verbunden ist.

Zu den zentralen diagnostischen Merkmalen zählen laut DSM-5-TR intrusive Erinnerungen, Flashbacks, Albträume, emotionale und kognitive Vermeidungsstrategien, anhaltend negative Gedanken und erhöhte physiologische Erregung. Diese Symptome müssen über mindestens einen Monat bestehen und zu einer klinisch relevanten Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder familiären Leben führen.

Darüber hinaus beschreibt die APA (2022), dass PTBS häufig komorbid mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Substanzgebrauchstörungen auftritt. Diese Überschneidungen erschweren die Diagnosestellung und verdeutlichen die Notwendigkeit einer traumasensiblen Haltung im klinischen Alltag.

2.1.3 Childbirth-related Posttraumatic Stress Disorder (CB-PTSD)

In der Fachliteratur wird CB-PTSD nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt, sondern als spezifische Form der PTBS beschrieben, bei der das auslösende Ereignis die Geburt ist. Sie basiert auf den diagnostischen Kriterien der PTBS (APA, 2022), wobei sich aktuelle Studien damit befassen, welche Faktoren zur Entwicklung oder Prävention einer CB-PTSD beitragen können.

Risikofaktoren für eine CB-PTSD

Mehrere Studien identifizieren Risikofaktoren, welche die Entstehung einer CB-PTSD begünstigen können (Ayers et al., 2024; Dekel et al., 2024). Dazu gehören geburtshilfliche Interventionen wie invasive körperliche Untersuchungen oder Positionierungen während der Wehen,

die als entwürdigend oder kontrollverlustfördernd erlebt werden. Ebenso gelten adverse childhood experiences (ACEs), also belastende Kindheitserfahrungen, sowie vorausgehende psychische Erkrankungen oder negative Erfahrungen bei früheren Geburten als bedeutsame Vulnerabilitätsfaktoren. Gordon et al. (2025) betonen zudem, dass geburtshilfliche Komplikationen wie Notkaiserschnitte oder unerwartete medizinische Eingriffe sowie Machtasymmetrien und fehlende Empathie im Kontakt mit dem Gesundheitspersonal in engem Zusammenhang mit der Entwicklung einer CB-PTSD stehen können. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Ergebnissen von Ayers et al. (2024) und Horsch et al. (2024), die fehlende emotionale Unterstützung, mangelnde Kommunikation und Kontrollverlust während der Geburt als wesentliche Prädiktoren beschrieben.

Resilienz nach einer traumatischen Geburt

In einer qualitativen Studie auf der Grundlage der Grounded Theory untersuchten Brown et al. (2022) die Bewältigungsstrategien von Frauen nach einer traumatisch erlebten Geburt. Dabei identifizierten sie zwei zentrale protektiv wirkende Hauptthemen: «Soziale Unterstützung» und «Selbstermächtigung». Frauen berichteten, dass empathische Unterstützung, offene Gespräche sowie der Austausch mit anderen Betroffenen ihre Resilienz förderten. Selbstermächtigung bezog sich auf die aktive Auseinandersetzung mit dem Geburtserlebnis, die Wiedererlangung von Kontrolle und das Vertrauen in die eigene Bewältigungsfähigkeit. Die Förderung dieser Faktoren, insbesondere durch eine bestätigende, empathische und partizipative Haltung des Fachpersonals, kann entscheidend dazu beitragen, posttraumatische Belastungsstörungen zu reduzieren und die psychische Genesung zu unterstützen (Brown et al., 2022). Diese Erkenntnisse verdeutlichen die enge Verbindung zwischen Resilienzförderung und der traumainformierten Haltung in der Geburtshilfe.

2.1.4 Screeninginstrumente

Um betroffene Frauen frühzeitig zu identifizieren sind geeignete Screeninginstrumente erforderlich. Bisher sind Screeninginstrumente zur Erfassung einer CB-PTSD jedoch weder international standardisiert noch klinisch etabliert. Diese Forschungslücke wurde in der Literatur hervorgehoben, weshalb eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit von Ciuffo et al. (2025) untersuchte, welche Beurteilungsmethoden im ersten Jahr nach der Geburt für eine CB-PTSD eingesetzt werden. Die Ergebnisse zeigten, dass Selbstauskunftsfragebögen derzeit die am häufigsten verwendeten Messinstrumente sind. In den letzten Jahren wurden jedoch spezialisierte Instrumente wie die City Birth Trauma Scale (City BiTS) entwickelt, die eine gezieltere Erfassung geburtsspezifischer PTBS-Symptome ermöglichen (Ciuffo et al., 2025).

Die City BiTS wurde inzwischen in mehrere Sprachen übersetzt und validiert. Bezugnehmend auf die deutsche Version von Weigl et al. (2021) basiert dieses Assessmentinstrument auf den DSM-5 Kriterien der APA (2022), berücksichtigt jedoch den geburtsspezifischen Kontext. Es erfasst Symptombereiche wie Wiedererleben, Vermeidung, negative Kognitionen und Hyperarousal im direkten Bezug zur Geburt. Die geburtsbezogene Formulierung des Instruments könnte die Akzeptanz standardisierter Erhebungen der psychischen Gesundheit in der Perinatalperiode erhöhen, da sich Frauen eher mit den Fragen identifizieren als mit allgemeinen PTBS-Fragebögen. Dadurch wird die Teilnahme an postpartalen psychologischen Untersuchungen wahrscheinlicher und eine frühzeitige Identifizierung betroffener Frauen möglich. Eine effiziente Erkennung von Symptomen kann die Zuweisung zu angemessenen therapeutischen Massnahmen beschleunigen und Fehldiagnosen vermeiden. Zukünftige Forschung auf Basis der City BiTS könnte zudem zur Entwicklung evidenzbasierter Präventions- und Interventionsstrategien für CB-PTSD beitragen (Weigl et al., 2021).

Für die zukünftige Forschung wird empfohlen, Messmethoden weiter zu verfeinern, Längsschnittstudien zur Untersuchung von Symptomverläufen durchzuführen und die Wirksamkeit von Frühinterventionsstrategien zu prüfen (Ciuffo et al., 2025).

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Pflege durch den Einsatz validierter Instrumente massgeblich zur Früherkennung, Prävention und Unterstützung von Frauen mit geburtsbezogenen Traumafolgen beiträgt.

2.2 Traumainformierte Pflege – theoretische Grundlagen

Das Konzept der traumainformierten Pflege wurde von der SAMHSA (2014) entwickelt, um das Wissen über die Auswirkung von Trauma systematisch in die klinische Praxis, Ausbildung und Organisation zu integrieren. Ziel ist es, für Patient:innen als auch für das Fachpersonal ein Umfeld zu schaffen, das Sicherheit, Vertrauen und Heilung fördert. Ein traumainformierter Ansatz geht davon aus, dass Traumata weit verbreitet sind und dass alle Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, mit traumatisierten Personen in Kontakt kommen können. Entsprechend ist es wichtig, TIP nicht nur auf der individuellen Ebene, sondern auch auf organisatorischer und struktureller Ebene zu verankern.

2.2.1 Die 4 R`s der traumainformierten Haltung

Die 4 R`s als Grundannahme der traumainformierten Haltung nach SAMHSA (2014) basieren auf vier zentralen Annahmen:

Realize (Wissen): Die Auswirkungen und das Ausmass von Trauma auf Individuen, Familien, Gemeinschaften und Systeme wird verstanden.

Recognize (Erkennung): Anzeichen und Symptome von Trauma bei Patient:innen, Arbeitskolleg:innen und sich selbst werden erkannt.

Respond (Organisation): Das Wissen über Trauma wird konsequent in Richtlinien, Verfahren und klinischem Handeln integriert.

Resist Re-traumatisation (Retraumatisierungen verhindern): Strukturen und Abläufe sind so gestaltet, dass sie Retraumatisierungen verhindern und die Sicherheit fördern.

Diese vier Grundlagen bilden das Fundament einer traumasensiblen Pflege. Sie könnten gerade in der Geburtshilfe, in welcher vulnerable Lebensphasen und potenziell belastende Ereignisse zusammentreffen, von zentraler Bedeutung sein, um Sicherheit, Selbstbestimmung und Vertrauen zu gewährleisten (S. 9).

2.2.2 Die 6 Leitprinzipien der traumainformierten Pflege

Die 6 Leitprinzipien der traumainformierten Pflege werden von der SAMHSA (2014) als zentrale handlungsleitende Werte definiert, die die Implementierung von TIP in Praxis, Ausbildung und Organisationen unterstützen:

Safety (Sicherheit; körperlich und psychisch):
Die physische, emotionale und psychologische Sicherheit der Patient:innen und Mitarbeiter:innen stehen im Mittelpunkt.

Trustworthiness & Transparency (Vertrauenswürdigkeit und Transparenz):
Entscheidungen werden offen kommuniziert und nachvollziehbar gestaltet, um Vertrauen aufzubauen.

Peer Support (Peer-Unterstützung):
Menschen mit Traumaerfahrung werden einbezogen um Hoffnung, Verbundenheit und Verständnis zu fördern.

Collaboration & Mutuality (Zusammenarbeit und Gegenseitigkeit):
Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit gleicht Machtgefälle aus.

Empowerment, Voice & Choice (Stärkung, Mitbestimmung und Wahlmöglichkeiten):

Individuelle Ressourcen und Stärken der Betroffenen werden anerkannt. Sie erhalten ein Mitspracherecht und Entscheidungsfreiheit.

Cultural, Historical & Gender Issues (Kulturelle, historische und geschlechtsspezifische Sensibilität):
Kulturelle, gesellschaftliche und geschlechtsspezifische Einflüsse werden respektiert und in die Versorgung integriert.

Diese sechs Prinzipien bilden die Grundlage einer beziehungsorientierten, respektvollen Pflegepraxis, die psychische Sicherheit und Selbstwirksamkeit fördert. Auf die Geburtshilfe bezogen bedeutet dies zum Beispiel, Frauen aktiv in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, sie hinreichend zu informieren, eine respektvolle Kommunikation zu pflegen und ihre individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen (S. 10-11).

2.2.3 Die 10 Implementierungsdomänen für die praktische Umsetzung

Für die praktische Umsetzung von TIP auf institutioneller Ebene beschreibt die SAMHSA (2014) zehn Implementierungsdomänen für die Umsetzung von TIP in die Praxis:

Governance & Leadership:
TIP wird von der Leitung als strategisches Ziel verankert. Entsprechende Ressourcen werden bereitgestellt.

Policy:
Organisationsrichtlinien werden traumasensibel formuliert und regelmässig überprüft.

Physical Environment:
Räumliche Strukturen werden so gestaltet, dass sie Sicherheit, Privatsphäre und Ruhe fördern.

Engagement & Involvement:
Patient:innen und Angehörige werden aktiv in die Planung, Evaluation und Verbesserungsprozesse einbezogen.

Cross-Sector Collaboration:
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird angewandt und fördern die ganzheitliche Versorgung.

Screenign, Assessment & Treatment Services:

Implementierung von Screeninginstrumenten zur frühzeitigen Erkennung von Traumafolgen.

Training & Workforce Development:
Schulungen für Mitarbeiter:innen zur Förderung des Trauma-Wissens, der traumasensiblen Haltung und der Selbstfürsorge.

Progress Monitoring & Quality Assurance:
Evaluation der Umsetzung und Qualitätssicherung durch Feedbacks und Indikatoren.

Financing:
Sicherstellung einer nachhaltigen Finanzierung von Schulungen, Personal und strukturellen Anpassungen.

Evaluation:
Systematische Überprüfung der Wirksamkeit und kontinuierlichen Anpassungen der Strategien.

Die Anwendung dieser zehn Domänen unterstützt den Transformationsprozess hin zu einer traumasensiblen Organisation. In der Geburtshilfe bedeutet dies, eine entsprechende Haltung konsequent im gesamten Betreuungsprozess anzuwenden und die erforderlichen Ressourcen und Rahmenbedingungen zu schaffen, um Patient:innen und Mitarbeiter:innen präventiv zu unterstützen und Heilungsprozesse zu fördern.

Auf Grundlage dieser theoretischen Konzepte wird deutlich, dass die TIP in der Geburtshilfe eine zentrale Rolle bei der Prävention und Bewältigung geburtsbezogener Traumafolgen spielen kann. In der Geburtshilfe kreuzen sich eine vulnerable Lebensphase mit dem Übergang in eine neue Elternrolle sowie emotional und physiologisch intensive Ereignisse. Kontrollverlust, Schmerz, Angst, ungenügende Kommunikation oder medizinische Notfälle werden als bedrohlich erlebt und können traumatische Reaktionen auslösen (Ayers et al., 2024; Horsch et al., 2024). Der traumainformierte Ansatz unterstützt dabei, solche Erfahrungen zu verstehen und präventiv gegenzusteuern, indem Sicherheit, Transparenz und Mitbestimmung in den Mittelpunkt gestellt werden. Er ersetzt keinesfalls traumatherapeutische Interventionen, ermöglicht jedoch, Trauma vorzubeugen, Anzeichen zu erkennen, Heilungsprozesse zu fördern und bei Bedarf interprofessionell weiterzuweisen (SAMHSA, 2014).

3 Methodik

3.1 Literaturrecherche

3.1.1 Forschungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wird eine systematische Literaturübersicht durchgeführt. Da die verfügbare Evidenz zur TIP in der Geburtshilfe sowohl qualitative als auch quantitative Primärstudien umfasst, deren Anzahl jedoch begrenzt ist, wird ein Mixed-Method-Review gewählt. Dieses Design ermöglicht die Integration subjektiver Erfahrungen aus qualitativen Studien sowie messbarer Effekte und Outcome-Daten aus quantitativen Untersuchungen. So entsteht ein umfassendes Bild über die Relevanz, Chancen und Herausforderungen der TIP in der Geburtshilfe, und eine systematische Bewertung der Ergebnisse wird möglich.

3.1.2 Suchstrategie und Datenbanken

Die Literatursuche wurde bewusst offen gestaltet, um sämtliche relevante Fachliteratur zur TIP im geburtshilflichen Kontext zu erfassen. Zur systematischen Strukturierung der Suchbegriffe wurde das PICO-Schema nach Behrens und Langer (2010) herangezogen, das sich insbesondere in pflegewissenschaftlichen Fragestellungen zur Wirksamkeit von Interventionen bewährt hat (Mayer et al., 2023, S. 48-49):

PICO-Schema	**Definition**
Population (P)	Geburtshilfe
Intervention (I)	traumainformierte Pflege
Kontrollgruppe (C)	traditionelle Pflege in der Geburtshilfe
Outcome (O)	Vorteile für Patient:innen, Fachpersonen, Versorgungssystem

Tabelle 1

Die Recherche erfolgte in den medizinischen Datenbanken PubMed, CINAHL und FIT-Nursing Care. Zusätzlich wurde PubPsych einbezogen, um psychologische Perspektiven zu CB-PTSD und TIP abzudecken. Die Entwicklung der Suchstrings erfolgte initial in PubMed, bis eine ausreichende Balance zwischen Sensitivität und Spezifität erreicht war. Anschliessend wurden die

finalen Suchstrings in weitere Datenbanken übertragen. Es wurden deutsche sowie englische Synonyme und kontrollierte Schlagwörter (MeSH) berücksichtigt, wie in Tabelle 2 abgebildet:

Tabelle 2: Übersicht der verwendeten Suchbegriffe und Synonyme

Deutsch	**Englisch**	**Englisch Synonyme**
Geburtshilfe	Obstetric [MeSH]	maternity
Traumainformierte Pflege	“trauma-informed care”	
Patientinnen Geburtshilfe	Mothers [MeSH]	maternal
Pflege	Nurses [MeSH]	
Ökonomie	economics [MeSH]	
Vorteile	benefit	

Tabelle 2

Zur Kombination der Suchbegriffe wurden Boolesche Operatoren (AND, OR) eingesetzt, um eine ausgewogene Balance zwischen Sensitivität und Spezifität der Suche zu gewährleisten. Ein exemplarischer Suchstring lautet:

(obstetrics OR maternity OR mothers OR economics OR benefit OR nurses) AND “trauma informed care” [Filter letzte 5 Jahre].

Der Suchzeitraum erstreckt sich von 01.07.2025 bis zum 23.08.2025. Die Trefferverwaltung und Duplikatkontrolle erfolgten über Zotero. Ein detailliertes Rechercheprotokoll wurde erstellt und im Anhang dokumentiert.

3.2 Literaturauswahl

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Studien zur geburtshilflichen Versorgung, in denen TIP im Fokus steht und deren Ergebnisse sich auf Patient:innen, Fachpersonal oder potenzielle systemische bzw. ökonomische Auswirkungen beziehen. Um den aktuellen Forschungsstand abzubilden, wurden Studien, die älter als 5 Jahre sind, ausgeschlossen. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien, in denen TIP ausschliesslich im Zusammenhang mit COVID-19, im pädiatrischen Setting, in der Anästhesie oder in der Psychiatrie untersucht wurde. Nicht berücksichtigt wurden zudem Studien mit Fokus auf spezifische Risikogruppen (z.B. Überlebende sexueller Gewalt,

kindlichem Missbrauch, Migration, Substanzenabusus oder häusliche Gewalt), da diese nicht auf das allgemeine geburtshilfliche Setting übertragbar sind.
Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden vorab definiert, um die Relevanz und Qualität der eingeschlossenen Studien systematisch sicherzustellen. Tabelle 3 gibt einen Überblick über die angewandten Kriterien:

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien der Literaturauswahl

Kriterium	**Einschlusskriterien**	**Ausschlusskriterien**
Population	Studien zur geburtshilflichen Versorgung	Studien aus anderen Settings (z.B. Pädiatrie, Anästhesie, Psychiatrie)
Intervention	Untersuchungen zur TIP im geburtshilflichen Kontext	Studien ohne Bezug zu TIP oder mit ausschliesslich theoretischem Fokus
Vergleichsintervention	Vergleich mit herkömmlicher Pflegepraxis	Studien, die ausschliesslich Spezialinterventionen wie z.B. psychotherapeutische Verfahren untersuchten
Outcome	Ergebnisse zur Auswirkung auf Patient:innen, Fachpersonal oder Versorgungssystem	Studien ohne berichtete Outcomes im Zusammenhang mit TIP
Publikationszeitraum	Veröffentlichung der letzten fünf Jahre (2020-2025)	Studien älter als fünf Jahre
Publikationsart	Primärstudien mit qualitativen, quantitativen oder Mixed-Methods-Designs	Systematische oder integrative Reviews, Sekundäranalysen, Buchkapitel
Sprache	Deutsch und Englisch	Andere Sprachen
Population	Allgemeine geburtshilfliche Patient:innenpopulation	Spezifische Risikogruppen (z.B. Überlebende sexueller Gewalt, Migration, Substanzabusus, häusliche Gewalt)
Kontext/Setting	Klinische oder ambulante geburtshilfliche Versorgung	Forschungssettings ausserhalb der Geburtshilfe
Thematischer Fokus	TIP im Zusammenhang mit Geburt, Perinatalphase oder Wochenbett	TIP im Zusammenhang mit COVID-19 oder anderen thematisch abweichenden Kontexten

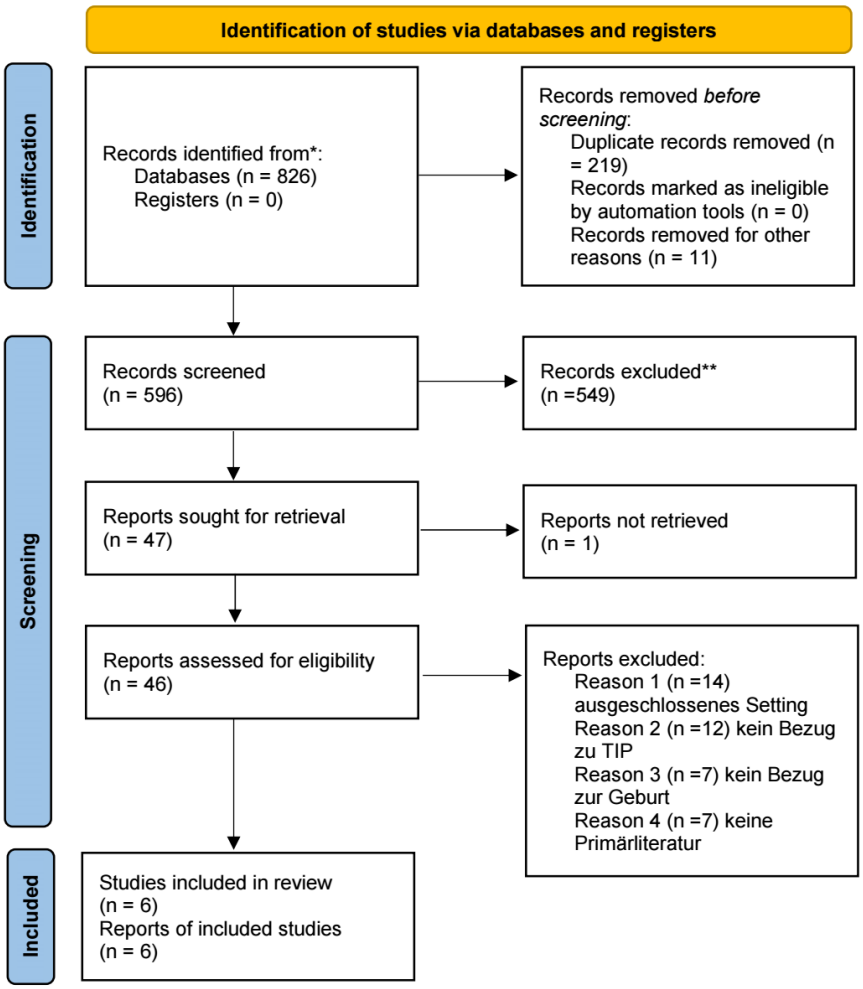
Tabelle 3 *Eigene Darstellung in Anlehnung an (Mayer et al., 2023, S. 104 ff.)*

3.2.2 Studienauswahlprozess nach PRISMA 2020

In den Datenbanken CINAHL, PubMed, PubPsych und FIT-Nursing Care wurden insgesamt 826 Treffer identifiziert. Nach Entfernung von Duplikaten verblieben 607 Studien.
11 Studien wurden ausgeschlossen, da weder Autor:in noch Abstract verfügbar waren oder es sich um ein Buchkapitel handelte.
Bei den verbleibenden 596 Studien erfolgte das Titel- und Abstract-Screening. Studien wurden gemäss den Ein- und Ausschlusskriterien ausgeschlossen, wenn die Relevanz zu TIP oder der Geburtshilfe fehlte oder die Population ausserhalb der perinatalen Versorgung lag (z.B. Patient:innen mit HIV, mit Kriegs- und Fluchttraumata, mit Traumata durch sexuelle Übergriffe oder Gewalt, mit Substanzenmissbrauch sowie Kinder-, Jugendliche und LGBTQI+). Es gab keine Einschränkungen bei den Studiendesigns.
Nach diesem Schritt verblieben 47 Studien für die Volltextanalyse, 46 Volltexte konnten beschafft werden. 14 Studien wurden durch ein unpassendes Setting ausgeschlossen. 12 Studien wurden ausgeschlossen, weil der Fokus nicht auf TIP lag. Bei 7 Studien lag der Fokus nicht auf der Geburt oder der Perinatalphase. In einem letzten Schritt wurden 7 weitere Studien ausgeschlossen, da es sich um systematische oder integrative Review-Arbeiten beziehungsweise Sekundäranalysen handelte. Schliesslich wurden 6 Primärstudien in die Übersichtsarbeit aufgenommen.

3.2.2.1 Abbildung 1: Studienauswahlprozess gemäss PRISMA 2020 (Page et al., 2021)

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



*Consider, if feasible to do so, reporting the number of records identified from each database or register searched (rather than the total number across all databases/registers).

**If automation tools were used, indicate how many records were excluded by a human and how many were excluded by automation tools.

Source: Page MJ, et al. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Abbildung 1

3.3 Weiteres methodisches Vorgehen

3.3.1 Qualitätsbewertung der Studien

Die methodische Qualität der eingeschlossenen Studien wird anhand der Bewertungsraster nach Mayer et al. (2023) beurteilt. Diese Raster unterscheiden zwischen qualitativen und quantitativen Studiendesigns und ermöglichen eine strukturierte und transparente Bewertung hinsichtlich Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit und methodischer Strenge (S.145-147).
Die Bewertung erfolgt durch die Autorin selbst, unter Anwendung einheitlicher Kriterien. Obwohl keine unabhängige Zweitbegutachtung (Peer-Review) vorgesehen ist, wird eine möglichst objektive Einschätzung angestrebt. Die detaillierten Qualitätsbewertungen der einzelnen Studien sind im Anhang dokumentiert.

3.3.2 Vorgehen bei der Synthese, Diskussion, Implikation

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien werden mittels thematisch-narrativer Synthese zusammengeführt. Die Themenbildung erfolgte induktiv aus den Befunden der Primärstudien und wurde anschliessend deduktiv entlang der Forschungsfrage und des theoretischen Bezugsrahmens verdichtet. Dieses Vorgehen ist besonders geeignet für das Zusammenführen von Mixed-Methods-Daten und wird laut Mayer et al. (2023) empfohlen. Durch die thematische Bündelung der Befunde können sowohl subjektive Erfahrungen aus qualitativen Studien als auch messbare Effekte aus quantitativen Studien integriert werden. Die Einordnung der Ergebnisse erfolgt im Rahmen der Diskussion und der Empfehlung für die Praxis. Limitationen der Arbeit werden dabei konkret dargestellt und reflektiert.

3.3.3 Umgang mit digitalen Recherchen und KI-Werkzeugen

Digitale Werkzeuge wie Zotero wurden zur Literaturverwaltung und Duplikatkontrolle eingesetzt. Künstliche Intelligenz, namentlich ChatGPT, wurde ausschliesslich zur sprachlichen Überarbeitung und Strukturierung bereits vorhandener Inhalte genutzt, jedoch nicht zur Generierung wissenschaftlicher Ergebnisse. Alle inhaltlichen Bewertungen und Argumentationen basieren auf der eigenständigen Analyse der Originalquellen durch die Autorin.

4 Ergebnisse

4.1 Zusammenfassung und kritische Würdigung

Insgesamt wurden 6 Primärstudien durch die systematische Literatursuche eingeschlossen, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten. Es handelt sich dabei um 2 qualitative Studien sowie 4 quantitative Studien. Alle Studien beziehen sich auf die Geburtshilfe und untersuchen die Vorteile der traumainformierten Pflege aus Sicht der Patient:innen, des Fachpersonals und des Gesundheitssystems.

Die Ergebnisse der sechs Studien werden in der Folge narrativ zusammengefasst und kritisch beurteilt. Eine tabellarische Zusammenfassung der sechs Studien inklusive der Hauptergebnisse sowie die ausführliche kritische Bewertung anhand der Checkliste von Mayer et al. (2023, S. 145-149) ist im Anhang abgelegt.

4.1.1 Studie 1

Studie 1 «An interpretative phenomenological analysis of the experience of couples' recovery from the psychological symptoms of trauma following traumatic childbirth (Attard et al., 2022)

Die Studie zeigt, dass Eltern nach einer traumatisch erlebten Geburt unterschiedliche Erlebnisse und Verarbeitungstechniken aufweisen. Durch die Analyse der Erfahrungen von sechs Paaren nach einer traumatischen Geburt wurden 4 zentrale Themen identifiziert, um den Bedarf traumainformierter Pflegekommunikation aufzuzeigen.

1. «Die Eltern brauchten Bestätigung».
Die Teilnehmenden berichteten, dass sie eine Bestätigung ihrer körperlichen und emotionalen Schmerzen durch Freunde, Familie und medizinischem Fachpersonal benötigten. Wurden Trauma-Symptome der Mütter von Fachpersonal nicht wahrgenommen, ignoriert oder nicht angesprochen, verschlimmerte sich ihre Reaktion. In der Folge fiel es schwerer, Unterstützung anzunehmen. Auch im sozialen Umfeld suchten die Mütter nach Bestätigung. Unerfahrenheit und beschwichtigende Aussagen wie «aber dem Baby geht es jetzt gut» verhinderten die Anerkennung des erlittenen Schmerzes. Die Abwertung des Erlebten vermittelte den Eindruck, ein gesundes Baby müsse genügen, um ein Trauma zu überwinden. Der Mangel an Bestätigung führte zu vermindertem Selbstvertrauen, zu Schuldgefühlen, zum Empfinden, das Neugeborene im Stich gelassen zu haben und zu dem Gefühl, als Elternteil «nicht gut genug» zu

sein. Die Väter spielten im Genesungsprozess eine zentrale Rolle, indem sie den Müttern Bestätigung gaben. Aussagen wie «Du dachtest, du wärst nicht stark genug - das ist lächerlich, weil du knallhart bist» wirkten unterstützend. Häufig linderte jedoch erst die Anerkennung des Traumas durch Therapeut:innen die Schuldgefühle und vermittelte den Müttern, dass es in Ordnung ist, nicht in Ordnung zu sein.

2. «sich Papier dünn fühlen».

Die Eltern beschrieben sich als verletzlicher und anfälliger für Stress. Die Kombination aus Neugeborenen und traumatischer Geburt führte dazu, dass sich viele Paare überfordert fühlten. Sie vermieden die Auseinandersetzung mit dem Trauma und berichteten von emotionaler Abstumpfung sowie einem “Überlebensmodus”. Es zeigte sich, dass Väter zwar erkannten, dass die Mütter psychisch belastet waren, jedoch ihre eigenen Probleme leugneten. Fast alle Mütter berichteten über mangelnde Unterstützung, wobei sich die erhaltene Hilfe meist auf das Neugeborene konzentrierte. Dies erzeugte Gefühle von Verlassenheit, Misstrauen und fehlender Fürsorge durch das Fachpersonal. Aufgrund der fehlenden Unterstützung suchten einige Mütter Hilfe bei Online-Peergroups. Der Nutzen wurde unterschiedlich erlebt, da es sich nicht um eine individuelle Betreuung handelte. Gleichzeitig zeigte sich ein potenzielles Wachstum innerhalb der Paarbeziehung. Einige Eltern berichteten über eine gestärkte Bindung und die Fähigkeit, schwierige Emotionen miteinander zu besprechen. Paare mit Kommunikationsschwierigkeiten oder Sorge, den Partner zu belasten, empfanden hingegen externe Unterstützung als hilfreicher, um Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein wieder aufzubauen.

3. «es handelt sich um einen Systemfehler».

Die Teilnehmerinnen beschrieben ein tiefes Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem, dass sie im Stich gelassen habe. Sie berichteten von respektlosem oder gar übergriffigem Verhalten des Personals; eine Teilnehmerin bezeichnete ihre Erfahrung als Missbrauch. Viele Eltern erlebten Geburtsnachbesprechungen als retraumatisierend, insbesondere, wenn diese in räumlicher Nähe zum Geburtsort stattfanden. Zudem kritisierten die Eltern die unzureichende Kompetenz der Fachpersonen, die diese Gespräche führten. Zudem äusserten viele Eltern die Angst, sich dem Gesundheitspersonal zu öffnen, da sie befürchteten, ihnen könnte die Obhut über das Kind entzogen werden, wenn sie Hilfsbedarf eingestünden. Als hilfreich erlebten sie den Zugang zu klaren Informationen über verfügbare Unterstützungsangebote.

4. «Ein Geburtstrauma wird immer ein Teil von dir sein».

Das Trauma wurde als lebensverändernde Erfahrung beschrieben. Der erlebte Kontrollverlust wurde im Genesungsprozess durch das Widererlangen von Kontrolle kompensiert. Die Sorge um mögliche bleibende Auswirkungen auf das Kind wurde durch die Erleichterung gemildert,

dass sich das Baby gesund entwickelte. So berichteten Eltern, dass das Glück ihres Babys eine zentrale Rolle in ihrem Genesungsprozess spielte.

Kritische Würdigung

Die Studie wurde 2022 in der Zeitschrift BMC Pregnancy and Childbirth veröffentlicht. In der qualitativ interpretativen Studie wurde eine interpretative phänomenologische Analyse von sechs Elternpaaren nach einer traumatischen Geburt durchgeführt. Die Onlineinterviews wurden analytisch sinnvoll einer thematischen Analyse unterzogen. Der ethische Aspekt wurde ausführlich beschrieben und berücksichtigt, was für dieses Design bedeutend ist. Die Ergebnisse wurden thematisch aufgeführt und mittels Zitate gestärkt. Die Diskussion widerspiegelt die Ergebnisse genau und die Schlussfolgerungen passen zu den Ergebnissen. Die Limitation durch die kleine Stichprobenzahl und die Selbstselektion wird erkannt und beschrieben. Auch wird erwähnt, dass die Teilnehmer im Voraus nicht auf PTBS gescreent wurden und somit keine validierten Instrumente zum Einsatz kamen.

4.1.2 Studie 2

Studie 2 «Trauma-informed support after a complicated childbirth – An early intervention to reduce symptoms of post-traumatic stress, fear of childbirth and mental illness". (Andersson et al., 2024)

In einem nicht randomisierten Gruppenvergleich an Frauen (n=101) wurde überprüft, ob ein traumainformiertes Unterstützungsprogramm (PFA) die postpartale Belastung nach einer komplizierten Geburt verringert. Dafür erhielten 43 der ausgewählten Frauen die PFA-basierte Intervention. Die Intervention wurde durch das National Child Traumatic Stress Network und dem National Center for Post-Traumatic Stress Disorder in den Vereinigten Staaten entwickelt. Die posttraumatischen Belastungssymptome wurden mit der Impact of Event Scale-Revised (IES-R) gemessen. Dabei zeigte die Interventionsgruppe signifikant geringere posttraumatische Belastungsstörungen im mittleren Stressniveau (p=0.002) als die Kontrollgruppe (der mediane Score des IES-R betrug 7, in der Kontrollgruppe lag er bei 15). 26% der Frauen der Kontrollgruppe wiesen einen hohen IES-R-Wert von ≥30 auf, was auf eine deutliche PTBS hinweist. In der Interventionsgruppe lag das Vorkommen nur bei 12%. Der Unterschied erwies sich als nicht signifikant (p=0.084). In der Interventionsgruppe zeigten sich weniger Frauen, die an Angst vor der Geburt (FOC) litten (p=0.704) und weniger Frauen, die an Depressionen und Angstzuständen litten (p=0.065, p=0.113). Jedoch war keiner dieser Unterschiede signifikant.

Kritische Würdigung

Die qualitative Querschnittstudie wurde 2024 im Fachjournal Sexual & Reproductive Healthcare veröffentlicht. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind nachvollziehbar gewählt. Es wurden validierte Messinstrumente gewählt. Eine formale Fallzahlberechnung wurde nicht vorgenommen, so dass die Stichprobengrösse in einzelnen Bereichen klein blieb und keine Signifikanzberechnung möglich war. Die Rekrutierung erfolgte nicht randomisiert, stattdessen wurde eine uneinheitliche Rekrutierungsmethode gewählt, die mögliche Verzerrungen verursacht haben kann. Mögliche Selektionsverzerrungen innerhalb der Stichprobe wurden erkannt und beschrieben, weshalb die Auswertung mittels einem Mann-Whitney-U-Test erfolgte. Die Ergebnisse werden objektiv dargestellt und in der Diskussion treffend zum aktuellen Forschungsstand eingeordnet.

4.1.3 Studie 3

Studie 3 «Maternal-Child Health Outcomes from Pre- to Post-Implementation of a Trauma-Informed Care Initiative in the Prenatal Care Setting: A Retrospective Study". (Racine et al., 2021)

In einer retrospektiven Kohortenstudie untersuchten die Autor:innen, ob die Implementierung eines traumainformierten Pflegeansatzes in einer Niedrigrisiko-Geburtsklinik Unterschiede bei den mütterlichen Risiken während der Schwangerschaft sowie in den Geburtsergebnissen der Säuglinge bewirkt. Insgesamt hatten 32.3% der Frauen ein positives ACE-Screening, was bedeutet, dass ein Drittel der Teilnehmerinnen über belastende Kindheitserfahrungen wie häusliche Gewalt, Suchterkrankungen oder psychische Erkrankungen in der Familie berichtete. Davon gaben 16% der Frauen ein ACE, 10% zwei ACEs, 2.4% drei ACEs und 3.8% der Frauen vier oder mehr ACEs an. Die Untersuchung mütterlicher Risiken in der Schwangerschaft, wie Schwangerschaftsdiabetes, Präeklampsie, Depressionen, Angststörungen und ein Substanzkonsum, zeigte keinen signifikanten Unterschied ($p=0.15$). Hingegen zeigten sich beim neonatalen Outcome signifikante Vorteile für Frauen, die nach TIP begleitet wurden ($p=0.046$). Sie hatten unter anderem ein geringeres Risiko für Frühgeburten (<37SSW), instrumentell unterstützte Geburten (Vakuum, Sectio), niedriges Geburtsgewicht (<2500g), niedrige APGAR-Werte sowie ein geringeres Risiko für eine Einweisung des Neugeborenen auf die Neonatologie.

Kritische Würdigung

Die retrospektive, quantitative Kohortenstudie wurde 2021 im Journal of Midwifery & Women`s Health veröffentlicht. Ziel war der Vergleich von Patientinnen vor und nach der Implementierung von TIP in einer Niedrigrisiko-Geburtsklinik. Die Untersuchung basierte auf einem beobachtenden Design, auf eine randomisierte Kontrollgruppe wurde verzichtet. Einzelne Datensätze konnten nicht berücksichtigt werden, da einige Frauen das ACE-Screening ablehnten oder retrospektive Angaben (z.B. Geburtsergebnisse) fehlten. Dies begünstigt eine mögliche Selektionsverzerrung. Zwar wurde der Stichprobenumfang berechnet und die Zielgrösse erreicht, jedoch führten die geringen Fallzahlen einer Niedrigrisiko-Geburtsklinik zu einer teilweise eingeschränkten Aussagekraft. Das verwendete ACE-Screening stellt ein international validiertes Instrument dar, und die Implementierung der TIP in die Geburtsklinik wurde transparent dokumentiert. Für die Datenanalyse kamen einfache statistische Verfahren (Chi2, Fisher`s Exact, t-Tests) zum Einsatz und die Ergebnisse wurden übersichtlich in Tabellen dargestellt. Die Diskussion ist differenziert und ordnet die Resultate sachgerecht in den geburtshilflichen Kontext ein. Positiv hervorzuheben ist, dass die Autor:innen die Limitationen ihrer Studie transparent benennen und die Ergebnisse realistisch einschätzen. Da es sich um ein Qualitätsverbesserungsprojekt handelte, war keine Ethikprüfung erforderlich. Kritisch zu betrachten ist jedoch die eingeschränkte Generalisierbarkeit der Resultate, da lediglich eine Klinik mit einer Niedrigrisiko-Geburtenabteilung untersucht wurde.

4.1.4 Studie 4

Studie 4 «Women`s experiences of trauma, the psychosocial impact and health service needs during the perinatal period". (Perera et al., 2023)

Die Studie zeigt anhand einer Auswertung mittels dem Grounded-Theory-Modell wie frühere Traumata das tägliche Leben, die psychische Gesundheit und das Erleben der Schwangerschaft, Geburt und der Zeit danach beeinflussen. Dafür wurden die Daten von neun Frauen (Screening-Fragebögen zur Erfassung psychischer Symptome und halbstrukturierten Tiefeninterviews zur individuellen Erfahrung) erhoben, um eine traumainformierte Versorgung voranzutreiben. Es zeigten sich folgende Hauptthemen:

1. «Die Rolle des Traumas in der Perinatalzeit von Frauen»

Es wurde deutlich, dass sich traumatische Ereignisse noch Monate bis Jahre später auf die Frauen auswirkten, was zu einer erhöhten Angst in der perinatalen Phase führte. Erinnerungen an das (Geburts-)Trauma lösten erneut belastende Emotionen aus. Dies bewirkte eine aktive

Vermeidung auslösender Erinnerungssituationen. Zudem hatte dies psychologische Auswirkungen zur Folge, in denen Frauen das Gefühl von Überforderung, Besorgnis und depressiver Stimmung verspürten. Sie fühlten sich hilflos und hoffnungslos und hatten das Gefühl, die vollständige Kontrolle über alles zu verlieren. Sie entwickelten Ängste und Sorgen, nicht das «Richtige» für das Baby zu machen und sorgten sich um ihre Fähigkeit, sich um ihre Kinder kümmern zu können.

2. «Perinatale Erfahrungen während der COVID-19-Pandemie»

Während der Pandemie wurden die Isolation durch die Kontaktbeschränkung und die Schliessung von Programmen und Diensten verstärkt. Dies führte zu vermehrten Ängsten und Depressionen. Dafür zeigten sich positive Aspekte, wie beispielsweise mehr Zeit mit dem Baby und ein entschleunigter Alltag.

3. «Die Bedeutung sozialer Unterstützung»

Es zeigte sich, dass eine positive soziale Unterstützung eine «heilende» Wirkung hat und hilfreich ist, um psychische Belastungen zu lindern. Unterstützung um die tägliche Routine zu bewältigen, beeinflusste die persönliche Wahrnehmung positiv und half psychologische Dienste in Anspruch zu nehmen. Der Partner wurde dabei als wichtige Ressource beschrieben. Selbsthilfegruppen konnten die soziale Unterstützung positiv ergänzen. Hingegen führte ein Mangel an sozialer Unterstützung zu emotionaler und körperlicher Erschöpfung.

4. «Barrieren beim Zugang zu medizinischen und psychologischen Diensten»

Stigmatisierung, Kosten, Entfernung und ein begrenztes Angebot hinderten Frauen daran, sich professionelle Unterstützung zu suchen und auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Besonders die persönliche Stigmatisierung in Bezug auf die Selbsterkennung des Bedarfs an psychologischer Betreuung spielte eine wichtige Rolle. Aber auch die systemische Stigmatisierung durch Gesundheitspersonal, indem sie die Beschwerden herunterspielten, führte zu einem Vertrauensbruch, der den Zugang zu psychologischen Diensten erschwerte.

5. «Spezifische Bedürfnisse von Frauen mit einer Traumavorgeschichte»

Frauen betonten den Bedarf nach einer mitfühlenden, traumainformierten Betreuung. Gesundheitspersonal wurde als hilfreich empfunden, wenn es hilfsbereit, reaktionsschnell, aufmerksam und unterstützend war. Ausserdem wurde erkannt, dass Frauen nicht ausreichend über die Erfahrung und Veränderung in der Perinatalzeit informiert wurden. Auch der Einbezug der Partner:innen zeigten besondere Vorteile. Zusätzlich wurde geäussert, dass Gesundheitspersonal zu wenig Fragen zu ihrer psychischen Gesundheit stellte und diese auch nicht an ihre Partner:innen richteten. Es wäre hilfreich, die psychische Belastung anhand einer Ja-Nein-Symptom-Checkliste zu erfassen.

Kritische Würdigung

Die Qualitative Studie Nr.4 wurde mit einer konstruktivistischen Grounded-Theory-Methodik erstellt. Sie wurde 2023 in der Fachzeitschrift BMC Pregnancy and Childbirth veröffentlicht. Die Stichprobe war mit n=9 klein und überwiegend homogen, was die Übertragbarkeit auf andere Kontexte einschränkt. Zudem beeinflusste der Erhebungszeitraum während der COVID-19 Pandemie die Ergebnisse. Die Grounded-Theory-Methode war für die Forschungsfrage geeignet, allerdings wurden die eingesetzten validierten Screening-Instrumente - die Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS), Perinatale Angst-Screening Skala (PASS) und die Checkliste für posttraumatische Belastungsstörungen (DSM-5) nur deskriptiv ausgewertet, was die Aussagekraft der quantitativen Daten begrenzt. Die Ergebnisse wurden thematisch nachvollziehbar aufgezeigt und fokussierten die individuelle Perspektive der Frauen, wodurch sich wertvolle Hinweise für die Gestaltung einer traumainformierten Versorgung ergaben. Die Studie wurde durch die zuständige Ethikkommission bewilligt. Alle Teilnehmerinnen gaben ihr informiertes Einverständnis und erhielten bei Bedarf Unterstützungsangebote.

4.1.5 Studie 5

Studie 5 «Trauma-Informed Psychosocial Screening and Care Planning: A Patient-Centered Improvement Project in a midwife Clinic". (Lefever-Rhizal et al., 2023)

Die Studie überprüfte im Rahmen eines Qualitätsverbesserungsprojekts, wie die Einführung einer traumainformierten psychosozialen Versorgung die Erkennung von Traumata und PTBS verbessert und wie es sich im klinischen Alltag integrieren lässt. Durch Schulungen des Personals, schriftliche und mündliche Screenings sowie die Einführung gemeinsamer Behandlungspläne stieg der Anteil der Frauen, die ihr Trauma offenlegten, deutlich von 5% auf 30%. Die Identifikation einer PTBS erhöhte sich von 0% auf 7%, was der Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung entspricht. Die Dokumentation bidirektionaler Behandlungspläne nahm von 8% auf 67% zu. Insgesamt wurde die Umsetzung von TIP zu 67% erreicht, wobei ein Zielwert von 85% angestrebt war. Die Arbeitsbelastung des Personals wurde als angemessen und die Intervention als sinnvoll bewertet.

Kritische Würdigung

Die Studie wurde 2023 im Journal of Midwifery & Women`s Health veröffentlicht. Sie verfolgte ein praxisorientiertes Qualitätsverbesserungsprojekt mit einem quantitativen Design. Dabei wurde die Wirksamkeit der Implementierung einer traumainformierten Pflege nach SAMHSA überprüft. Die Intervention sowie die Datenerhebung in PDSA-Zyklen wurden transparent und

nachvollziehbar beschrieben. Für die Datenerhebung kamen validierte Screening-Instrumente zum Einsatz. (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS], Primary Care PTSD Screen [PC-PTSD]). Die Datenanalyse erfolgte ausschliesslich deskriptiv, da eine inferenzstatistische Prüfung fehlte. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist eingeschränkt, da die Erhebung nur in einer einzelnen Klinik mit sechs Hebammen durchgeführt wurde. Die Stichprobengrösse war auf das Patientenaufkommen innerhalb von 8 Wochen begrenzt (n=219) und es gab keine Kontrollgruppe. Zudem besteht ein potenzielles Risiko für BIAS, da die Projektleiterin gleichzeitig im Klinikteam tätig war. Dieser Aspekt wurde jedoch in den Limitationen offen reflektiert und dargestellt.

4.1.6 Studie 6

Studie 6 «A Multidisciplinary Standardized Patient Simulation for Using Trauma-Informed Care for Pregnant Patients". (Olson et al., 2024)

Die Studie führte ein quasi-experimentelles Prä- und Post-Design mit 114 Teilnehmenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen durch um zu prüfen, ob eine standardisierte Patient:innen-Simulation das Wissen über Trauma und TIP sowie das Vertrauen im Umgang mit betroffenen Patient:innen verbessert. Dabei gaben 49.82% der Teilnehmenden an, bereits Patient:innen mit einem traumatischen Ereignis in der Vorgeschichte betreut zu haben. 58.97% berichteten, persönlich Zeuge einer traumatischen Patientenerfahrung geworden zu sein. Nach dem Simulationstraining zeigte sich eine signifikante Verbesserung des Wissens über Trauma, TIP und dem klinischen Umgang (p=0.001).
Das wahrgenommene Wohlbefinden und die Sicherheit im Umgang mit betroffenen Patient:innen verbesserte sich ebenfalls, obwohl es keine statistische Signifikanz erreichte (p=0.13).

Kritische Würdigung

Die Studie wurde 2024 im MedEdPortal veröffentlicht und verfolgte ein praxisorientiertes quasi-experimentelles Design. Das Design ist für die Überprüfung einer Bildungsintervention sinnvoll. Die Datenerhebung erfolgte mittels strukturierter Fragebögen, wobei die prä- und post-Simulation über die Plattform REDCap ausgefüllt wurden. Von den 114 Teilnehmenden füllten 60 Teilnehmende den Präsimulationsfragebogen aus, 27 stellten den Postsimulationsfragebogen aus. Die Auswertung erfolgte mit geeigneten statistischen Verfahren (McNemar-Test, t-Test, Likert-Skala, Binomialzeichentest). Die aber nur geringe Rücklaufquote birgt das Risiko einer Selektionsverzerrung und schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse ein. Die Simulation wurde anschliessend in den regulären Lehrplan des Krankenhauses aufgenommen.

4.2 Thematisch-narrative Synthese

Die Ergebnisse der eingeschlossenen quantitativen und qualitativen Primärstudien wurden im Rahmen einer thematischen Synthese zusammengeführt. Zunächst wurden alle relevanten Aussagen und Befunde systematisch erfasst und anschliessend induktiv zu übergeordneten Themen gebündelt. Auf Grundlage dieser Analyse ergaben sich drei zentrale Themenbereiche, die das Zusammenspiel zwischen den Erfahrungen der Patient:innen, der Haltung und Kompetenz des Fachpersonals sowie den strukturellen Bedingungen im Gesundheitssystem beschreiben. Diese Themen werden folgend dargestellt.

4.2.1 Die Erfahrungen und Bedürfnisse der Patient:innen

Erfahrungen und Auswirkungen traumatischer Geburten

In den Studien von Attard et al. (2022) und Perera et al. (2023) zeigte sich, dass Mütter während der Geburt häufig einen Verlust von Kontrolle und Sicherheit erlebten. Dieses Erleben führte zu Gefühlen von Hilflosigkeit, Überforderung und Angst. Viele Frauen vermieden es, sich mit ihrem Trauma auseinanderzusetzen und beschrieben eine emotionale Abstumpfung. Einige Mütter entwickelten tiefgreifende Schuldgefühle gegenüber ihrem Baby, da sie das Gefühl hatten, nicht genug getan zu haben oder als Mütter nicht zu genügen. Dies führte zu Selbstzweifeln und der Angst, das Falsche zu tun.
Sowohl Mütter als auch Väter suchten nach Bestätigung für ihre körperlichen und emotionalen Schmerzen, erhielten diese jedoch weder von Fachpersonen noch aus ihrem sozialen Umfeld. Die fehlende Reaktion auf ihr Leiden verschlimmerten die Beschwerden und erschwerte es, nachträglich Unterstützung anzunehmen.
Diese Befunde verdeutlichen die Schwere der psychischen Belastung nach traumatischen Geburtserlebnissen und zeigen zugleich, wie soziale und professionelle Reaktionen entscheidend zur psychischen Verarbeitung beitragen. Frühzeitige psychosoziale Interventionen könnten demnach eine zentrale Rolle spielen, um das Risiko einer PTBS zu reduzieren.

Bedeutung traumainformierter Unterstützung und Beziehungsgestaltung

Attard et al. (2022) beschrieben, dass eine empathische und bestätigende Betreuung durch das Fachpersonal den Heilungsprozess subjektiv fördern kann. Diese Erkenntnis wird durch Andersson et al. (2024) gestützt, die nachweisen konnten, dass eine traumainformierte Betreuung durch Fachpersonal mittlere PTBS-Belastungen verhindern oder starke PTBS-Belastungen reduzieren kann. Auch Perera et al. (2023) betonten die heilende Wirkung positiver Unterstützungserfahrungen.

Besonders hervorgehoben wird von Attard et al. (2022) und Perera et al. (2023) die Bedeutung der Unterstützung und des Einbezugs des Partners. Einerseits, um seine eigene Perspektive anzuerkennen, andererseits, um der Mutter während der Verarbeitung eine emotionale Stütze zu sein. Ebenso wurde die Weitergabe von Wissen an beide Elternteile als entscheidend beschrieben, um die Situation nach einer traumatischen Geburt besser einschätzen und gezielt Unterstützung anfordern zu können.
Sowohl Attard et al. (2022) als auch Perera et al. (2023) betonten die Bedeutung sozialer Unterstützung durch die Familie und Freunde. Deren Fehlen kann die psychischen Beschwerden erheblich verstärken, insbesondere durch fehlende Gesprächspartner:innen, zunehmende Isolation oder mangelnde Bestätigung. Einige Mütter suchten Hilfe in Selbsthilfe- oder Peergruppen, deren Wirksamkeit jedoch aufgrund der fehlenden Individualisierung begrenzt blieb. Diese Ergebnisse verdeutlichen, die zentrale Rolle zwischenmenschlicher Beziehungen. Eine empathische und bestätigende Kommunikation wirkt stabilisierend, vermittelt Sicherheit und fördert die Wiedererlangung von Kontrolle und Selbstwirksamkeit. Damit wird deutlich, dass die Beziehungs- und Kommunikationskompetenz sowie die Empathie in der geburtshilflichen Versorgung verankert werden sollten.

4.2.2 Haltung, Kompetenz und Belastung des Fachpersonals

Olson et al. (2024) zeigten, dass gezielte Schulungen das Wissen des Fachpersonals über Trauma und traumainformierte Pflege signifikant verbesserten. Es deutet sich eine Tendenz an, dass sich das Wohlbefinden des Fachpersonals im Umgang mit traumatisierten Patient:innen positiv verändert. Dies ist insofern relevant, als nahezu die Hälfte der Befragten bereits Patient:innen mit traumatischen Erfahrungen betreut hatte und rund 60% berichteten, selbst Zeuge einer traumatischen Patientensituation gewesen zu sein.

Attard et al. (2022) und Perera et al. (2023) beschrieben, dass unzureichend geschultes Personal Eltern retraumatisieren kann. Ergänzend dazu zeigte die Studie von Lefever-Rhizal et al. (2023), dass gut ausgebildetes Fachpersonal sowie die Implementierung strukturierter Screeningverfahren die Offenlegung von Traumata deutlich erhöhten und die Erkennung von PTBS signifikant verbesserten. Dies deutet darauf hin, dass die Implementation traumainformierter Prinzipien das Vertrauen der Patient:innen in das Fachpersonal stärkt, indem eine sichere und respektvolle Kommunikationsbasis geschaffen wird.
Perera et al. (2023) berichteten zudem, dass Eltern sich wünschten, häufiger zu ihrer psychischen Gesundheit befragt zu werden. Ein einfaches Screening mittels einer Ja-Nein-Checkliste wurde als hilfreich erachtet, um Belastungen frühzeitig zu erkennen. Die Arbeitsbelastung

im Rahmen der Implementierung traumainformierter Pflege wurde von Lefever-Rhizal et al. (2023) als akzeptabel und sinnvoll bewertet. Zudem zeigte sich, dass TIP die empathische Haltung des Fachpersonals stärkt und die Angst vor emotionaler Nähe zu Patient:innen mindert, was auch Olson et al. (2024) bestätigten.
Diese Ergebnisse unterstreichen, dass traumainformierte Schulungen nicht nur die fachliche Kompetenz, sondern auch die emotionale Belastbarkeit des Fachpersonals fördern. Sie senken die Hemmschwelle, Patient:innen auf Trauma anzusprechen, und erhöhen zugleich die Bereitschaft der Betroffenen, über ihre Erfahrungen zu sprechen. Dies stellt einen wichtigen Schritt im Genesungsprozess dar und sollte als zentraler Bestandteil der Implementierung traumainformierter Konzepte betrachtet werden.

4.2.3 Strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem

Perera et al. (2023) verdeutlichten, dass systemische Barrieren wie Stigmatisierung, Kosten, unzureichende psychologische Versorgungsangebote und Hemmungen, Unterstützung in Anspruch zu nehmen, die Versorgung traumatisierter Frauen erheblich erschweren. Auch ein fehlendes Vertrauen in das Gesundheitssystem wurde als zentrales Hindernis für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe identifiziert, was durch Attard et al. (2022) bestätigt wurde.

Die Implementierung eines traumainformierten Pflegeansatzes führte in der Studie von Racine et al. (2021) zwar nicht zu einer signifikanten Reduktion maternalen Risiken während der Schwangerschaft, jedoch zu signifikant besseren neonatalen Outcomes. Frauen, die unter traumainformierter Begleitung standen, wiesen ein geringeres Risiko für Frühgeburten, instrumentelle Geburten und andere negative neonatale Komplikationen auf. Auch Andersson et al. (2024) konnten durch TIP eine signifikante Reduktion mittlerer PTBS-Symptome sowie eine Tendenz zur Verringerung von Angst- und Depressionssymptomen bei Frauen nachweisen.
Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass TIP nicht nur auf der individuellen Ebene wirkt, sondern auch strukturelle Effekte entfalten kann, indem sie die Versorgungsqualität verbessert und langfristige gesundheitliche Risiken reduziert. Eine nachhaltige Integration von TIP in Leitlinien, Aus- und Weiterbildungsprogrammen sowie Qualitätsstandards könnte somit wesentlich zur Prävention und Gesundheitsförderung in der Geburtshilfe beitragen.
Zugleich zeigen die Befunde, dass traumatische Geburtserlebnisse nicht nur individuelle, sondern auch strukturelle und organisatorische Dimensionen aufweisen. Darum ist es von zentraler Bedeutung, dass traumatische Erfahrungen von Fachpersonen erkannt, angesprochen und

gewürdigt werden. Eine empathische soziale Unterstützung sowie der Einbezug der Partner:innen spielen dabei eine wesentliche Rolle. Durch ein gestärktes Vertrauen in das Gesundheitssystem können niederschwellige Unterstützungsangebote besser genutzt und nachhaltige Heilungsprozesse gefördert werden. Voraussetzung hierfür ist gut ausgebildetes Fachpersonal, das sowohl eine qualitativ hochwertige Betreuung gewährleistet als auch über Rahmenbedingungen verfügt, die den Erhalt des eigenen Wohlbefindens ermöglichen. Insgesamt wird damit sichtbar, dass TIP eine präventive und gesundheitsförderliche Wirkung entfalten kann, die Patient:innen, Fachpersonal und das Gesundheitssystem gleichermassen entlastet.

5 Diskussion

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass die Bedürfnisse der Patient:innen eng mit den Grundprinzipien der TIP übereinstimmen. Die eingeschlossenen Studien weisen dabei eine heterogene methodische Qualität auf. Während einige klare und fundierte Ergebnisse liefern, zeigen andere Einschränkungen in der Stichprobengrösse oder der Datenerhebung. Dies relativiert die Aussagekraft teilweise, bietet aber trotzdem wesentliche Einblicke in die Bedürfnisse von Patient:innen und Fachpersonen. Diese Ausgangslage erlaubt es, die Ergebnisse entlang der vier Grundannahmen (Realize – Recognizes – Responds – Resist re-traumatisation) von TIP des SAMHSA-Modells (2014, S.9) zu analysieren und zu reflektieren, inwieweit traumainformierte Ansätze den Herausforderungen in der Geburtshilfe gerecht werden können.

Das **Realize-Prinzip** betont in einem ersten Schritt das Verständnis der Auswirkungen von Traumata und zeigt, wie zentral das Bewusstsein für die Entstehung und Folgen traumatischer Geburtserfahrungen für eine angemessene Betreuung ist. Mehrere Studien (Attard et al., 2022; Perera et al., 2023) verdeutlichen, dass betroffene Frauen nicht nur medizinische Behandlungen suchen, sondern vor allem die Anerkennung ihres Erlebens benötigen. Frauen berichteten, dass ihr Leid häufig nicht benannt oder validiert wurde, was Gefühle von Schuld, Selbstzweifel und Isolation verstärkte. Dies korrespondiert mit den Ergebnissen von Frankham et al. (2023), wonach unbehandelte posttraumatische Symptome die Mutter-Kind-Beziehung nachhaltig beeinträchtigen und damit auf potenziell generationenübergreifende Auswirkungen hinweisen (Isobel, 2024).

Auch auf Seiten des Fachpersonals erhält das Realize-Prinzip Relevanz. Olson et al. (2024) zeigten, dass Fachpersonen nach Schulungen zur TIP mehr Sicherheit im Umgang mit traumatisierten Patient:innen empfinden und eher bereit sind, Trauma aktiv anzusprechen. Uddin et al. (2022) berichteten zudem, dass viele Fachpersonen selbst Zeugen traumatischer Situationen wurden. Dieser Aspekt verdeutlicht, dass Realize nicht nur Patient:innen betrifft, sondern auch die Gesundheit und Resilienz des Personals beeinflusst, was auch durch Long et al. (2024) gestützt wird.

In einem nächsten Schritt wird deutlich, dass Wissen allein nicht ausreicht. Erst wenn Fachpersonen – im Sinne des **Recognize-Prinzips** – traumatische Belastungen aktiv erkennen, kann eine angemessene Versorgung erfolgen. Das Prinzip Recognize bildet damit die Brücke zwischen theoretischem Verständnis und klinischer Umsetzung. Die Ergebnisse dieser Arbeit

zeigen jedoch, dass dieser Schritt in der geburtshilflichen Praxis bislang unzureichend umgesetzt ist.

Obwohl Studien wie Lefever-Rhizal et al. (2023) belegen, dass Screeningverfahren die Offenlegung von Traumata fördern und zur Identifikation einer PTBS beitragen können, existieren bislang keine international etablierten Instrumente zur spezifischen Erfassung von CB-PTSD (Givrad et al., 2025). Weigl et al. (2021) weisen darauf hin, dass der City BiTS das erste validierte Instrument ist, das die DSM-5-Kriterien berücksichtigt und zugleich den geburtsspezifischen Kontext integriert. Seine Anwendung könnte nicht nur zur Erhebung international vergleichbarer Prävalenzdaten von CB-PTSD beitragen, sondern vor allem dazu dienen, betroffene Eltern frühzeitig zu identifizieren und gezielt zu unterstützen.

Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien verdeutlichen, dass ein reines Screening nicht ausreicht. Eltern wünschen sich nicht nur eine standardisierte Abfrage, sondern eine empathische und zugewandte Betreuung. Ein Screening entfaltet erst dann Wirkung, wenn es mit echtem Interesse und Raum zur verbalen Verarbeitung verbunden ist. Auch die Weitergabe von Informationen zur psychischen Verarbeitung nach der Geburt wurde von Betroffenen als essenziell beschrieben (Attard et al., 2022; Perera et al., 2023).

Besonders hervorzuheben ist die Notwendigkeit, beide Elternteile in diesen Prozess einzubeziehen. Zum einen, weil Väter und Co-Eltern ebenfalls traumatisch belastet sein können (Horsch et al., 2024), zum anderen, weil die Einbindung von Partner:innen als bedeutsamer Schutzfaktor für Resilienz und Genesung identifiziert wurde (Brown et al., 2022; Li et al., 2025).

Insgesamt wird deutlich, dass das Prinzip Recognize weit über die Einführung eines Screenings hinausgeht. Erforderlich ist vielmehr die Bereitstellung verständlicher Informationen und Unterstützungsangebote, die eine vertrauensvolle Basis schaffen und Betroffenen ermöglicht, ihr Erleben offen anzusprechen. Erst unter diesen Bedingungen können Fachpersonen CB-PTSD frühzeitig erkennen und angemessene Versorgungsangebote einleiten (Perera et al., 2023; Sperlich et al., 2017).

Das **Respond-Prinzip** wird nicht allein durch die Einführung eines Screenings erfüllt, sondern erfordert systemische Interventionen. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass traumainformierte Massnahmen erst dann wirksam werden, wenn sie in verbindliche Vorsorgestrukturen eingebettet sind. Racine et al. (2021) belegen, dass die Implementierung von TIP mit einer Reduktion von CB-PTSD-Symptomen sowie mit verbesserten neonatalen Outcomes einhergeht. Dies deutet darauf hin, dass TIP nicht nur psychosoziale, sondern auch somatische und

potenziell gesundheitsökonomische Effekte entfalten kann. Verbeke et al. (2022) betonen zwar die Vorteile frühzeitiger psychosozialer Interventionen, weisen jedoch zugleich darauf hin, dass belastbare gesundheitsökonomische Nachweise bisher fehlen. Damit wird die Notwendigkeit zukünftiger gesundheitsökonomischer Forschung im geburtshilflichen Kontext deutlich. Die daraus resultierende Forschungslücke verdeutlicht, dass TIP nicht nur auf der Ebene klinischer Interventionen weiterentwickelt werden muss, sondern auch strukturell und bildungspolitisch verankert werden sollte. Olson et al. (2024) fordern in diesem Zusammenhang ausdrücklich die Integration traumainformierter Inhalte in Aus- und Weiterbildungsprogramme, um Fachpersonen gezielt auf den professionellen Umgang mit traumatischen Geburtserfahrungen vorzubereiten. Eine Forderung, die auch von DeAndrade et al. (2025) und Long et al. (2024) unterstützt wird.

Das vierte Prinzip, das **Resist Re-traumatisations-Prinzip**, zielt darauf ab, erneute psychische Verletzungen durch klinisches Handeln oder institutionelle Strukturen zu verhindern. Die Ergebnisse dieser Arbeit aufgrund der eingeschlossenen Studien zeigen, dass insbesondere in der Geburtshilfe ein erhebliches Risiko für Retraumatisierungen besteht. Gordon et al. (2025) berichten zudem, dass Frauen während geburtshilflicher Interventionen Gefühle von Macht- und Kontrollverlust oder Übergriffigkeit erleben können. Solche Erfahrungen haben das Potenzial, traumatische Erlebnisse der Vergangenheit zu reaktivieren oder neue Traumata zu begründen.

Die Prävention solcher Retraumatisierungen setzt jedoch die konsequente Umsetzung der drei vorangegangenen R`s voraus. Ohne ein grundlegendes Verständnis für Trauma (Realize), die aktive Identifikation von Belastungen (Recognize) und ein angemessenes, unterstützendes Handeln (Respond) bleibt das Risiko bestehen, betroffene Personen erneut psychisch zu verletzen. Besonders Frauen mit bekannten Risikofaktoren, etwa den ACEs oder vorbestehenden psychischen Erkrankungen, sind vulnerabel für eine CB-PTSD, insbesondere wenn geburtshilfliche Komplikationen hinzukommen und diese weder erkannt noch validiert werden.

Lefever-Rhizal et al. (2023) betonen, dass ohne diagnostische Instrumente und einem bewussten Umgang mit Trauma verborgene Risiken übersehen werden können, was den Weg für Retraumatisierungen ebnet. Studien wie jene von Andersson et al. (2024) verdeutlichen zudem, dass durch die Implementierung von TIP Retraumatisierungen nicht nur erkannt, sondern aktiv verhindert werden können.

Damit wird deutlich, dass Resist Re-traumatisation kein isoliertes Prinzip ist, sondern das Ergebnis einer Haltung, die sich durch alle Ebenen der Versorgung zieht. Erst wenn die geburtshilfliche Versorgung nicht nur physische Sicherheit gewährleistet, sondern auch psychische Verletzlichkeit respektiert, kann sie dazu beitragen, weitere Traumatisierungen zu verhindern und langfristige psychische Gesundheit zu fördern.

Zusammenfassend lässt die Forschungsfrage dahingehend beantworten, dass TIP in der Geburtshilfe einen bedeutenden Beitrag zur Verbesserung der perinatalen Versorgung leisten kann. Auf individueller Ebene zeigt sich dies insbesondere durch die Anerkennung des Geburtserlebens, die Förderung emotionaler Sicherheit sowie die Unterstützung von Bewältigungsprozessen bei betroffenen Frauen und Familien. Gleichzeitig profitieren auch Fachpersonen, da TIP ihnen ermöglicht, traumatische Situationen professionell einzuordnen, empathisch zu begleiten und eigene Belastungen reflektiert zu verarbeiten.

Auf systemischer Ebene unterstreichen die Ergebnisse die Relevanz einer strukturellen Verankerung von TIP in Aus- und Weiterbildung, um eine nachhaltige Veränderung in Haltung und Handeln in der Praxis zu fördern. Im Hinblick auf primäre und sekundäre Prävention sowie die Förderung gesunder Bindungserfahrungen könnte TIP zudem langfristig zur finanziellen Entlastung des Gesundheitssystems beitragen, wenngleich hierfür noch weitere gesundheitsökonomische Evidenz erforderlich ist.

6 Limitationen und Stärken der Arbeit

Diese Arbeit weist sowohl methodische Stärken als auch Einschränkungen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Als erste eigenständig erstellte wissenschaftliche Literaturübersicht erfolgte die Auswahl und Bewertung der Studien durch eine Einzelperson. Da weder ein Peer-Review noch eine Doppelbewertung stattfand, kann ein subjektiver Selektions- oder Bewertungsbias nicht ausgeschlossen werden. Gleichzeitig gewährleistete die konsequente Anwendung der methodischen Leitlinien nach Mayer et al. (2023) eine strukturierte und nachvollziehbare Vorgehensweise, was zur methodischen Transparenz und Nachvollziehbarkeit beiträgt.
Die Datenbasis ist begrenzt, da zur TIP in der Geburtshilfe nur wenige Primärstudien vorliegen, deren methodische Qualität von gut bis moderat reicht. Die Entscheidung für einen Mixed-Methods-Ansatz stellt jedoch eine zentrale Stärke dar, da auf diese Weise sowohl subjektive

Erfahrungen als auch messbare Effekte integriert werden konnten. Dies ermöglichte ein umfassenderes Bild der Relevanz und Wirkung von TIP trotz eingeschränkter Evidenzlage.
Eine weitere methodische Einschränkung ergibt sich aus der Beschränkung auf deutsch- und englischsprachige Publikationen der vergangenen fünf Jahre. Dadurch besteht das Risiko eines Publikations- oder Sprachbias. Diese Eingrenzung wurde jedoch bewusst vorgenommen, um den aktuellen Forschungsstand abzubilden und die klinische Relevanz sicherzustellen.
Der inhaltliche Fokus dieser Arbeit lag auf der Identifikation von Chancen und Vorteilen von TIP. Dadurch wurden potenzielle Risiken oder Herausforderungen weniger berücksichtigt, was zu einer positiven Verzerrung des Gesamtbildes führen kann, zugleich aber zur klaren Fokussierung der Erkenntnisse beiträgt.
Schliesslich verfügt die Autorin über eine langjährige Berufserfahrung in der Geburtshilfe. Diese Fachkompetenz ermöglichte ein tiefes Verständnis des Kontextes und eine praxisorientierte Interpretation der Ergebnisse. Gleichzeitig kann nicht ausgeschlossen werden, dass bestehende Überzeugungen zur Relevanz von TIP unbewusst Einfluss auf die Bewertung einzelner Studien genommen haben, was als Interpretationsbias einzuordnen ist.

7 Schlussfolgerungen für die Praxis

Die vorliegenden Ergebnisse legen nahe, dass TIP ein erhebliches Potenzial besitzt, die psychosoziale Versorgung in der Geburtshilfe nachhaltig zu verbessern. Die qualitativen Studien verdeutlichen, dass die Bedürfnisse von Frauen nach Bestätigung, emotionaler Sicherheit und Mitbestimmung eng mit den Grundprinzipien der TIP übereinstimmen. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, Leid zu lindern und betroffene Frauen und Familien gezielt in ihrem Bewältigungsprozess zu unterstützen. Indem TIP die Anerkennung traumatischer Erfahrungen fördert und Ressourcen für Resilienz stärkt, kann sie langfristig auch generationale Auswirkungen beeinflussen, etwa durch verbesserte Bindungserfahrungen und psychische Stabilität im Familiensystem (Brown et al., 2022; Isobel, 2023).

Die quantitativen Befunde ergänzen dieses Bild, indem sie erste Hinweise auf die Wirksamkeit traumainformierter Ansätze in Bezug auf gesundheitliche Outcomes liefern. Studien wie jene von Andersson et al. (2024) oder Racine et al. (2021) zeigen, dass mit TIP nicht nur psychische Belastungen reduziert, sondern neonatale Ergebnisse verbessert werden können. Diese Effekte deuten auf ein entlastendes Potenzial für das Gesundheitssystem hin. Obschon robuste

gesundheitsökonomische Daten bislang fehlen (Verbeke et al., 2022), verdeutlicht die Gesamtansicht der Befunde, dass TIP eine vielversprechende Grundlage bietet, präventive und sekundärpräventive Massnahmen in der Geburtshilfe zu verankern.

Internationale Organisationen wie die WHO fordern seit Jahren eine Stärkung der psychischen Gesundheit und betonen die Notwendigkeit von strukturellen Veränderungen, um emotionale Belastungen frühzeitig aufzufangen (WHO, 2021-2025). Die Implementierung traumainformierter Konzepte in Leitlinien, Screeningprozessen und interprofessioneller Zusammenarbeit stellt hierbei einen entscheidenden Schritt dar. Fachgesellschaften (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2021) und Studien (Andersson et al., 2024; Kuzma et al., 2020; Long et al., 2022; Sachdeva et al., 2022) sprechen sich ausdrücklich für die Integration von TIP in der Geburtshilfe aus, während andere Studien sich klar für die Integration von TIP in der Aus- und Weiterbildung positionieren (DeAndrade et al., 2025; Olson et al., 2024), um Fachpersonen zu befähigen, traumatische Erfahrungen nicht nur zu erkennen, sondern professionell zu begleiten.

Mögliche Herausforderungen liegen in der praktischen Umsetzung. Der Einsatz von TIP erfordert Zeitressourcen, institutionelle Unterstützung und Schulungskonzepte. Zudem besteht die Gefahr, dass rein standardisierte Screenings ohne zugehörige psychosoziale Angebote retraumatisierend wirken können (Lefever-Rhizal et al., 2023). Bisher liegen jedoch keine Hinweise auf negative Effekte traumainformierter Ansätze vor. Vielmehr betonen die untersuchten Studien den Schutzcharakter der TIP.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass TIP nicht nur als individuelles Versorgungskonzept, sondern als strukturelles Leitprinzip verstanden werden muss. Um die identifizierten Potenziale tatsächlich wirksam werden zu lassen, braucht es niederschwellige Angebote, die Raum für Reflexion, Anerkennung und psychologische Begleitung bieten. Ein mögliches Modell stellt etwa eine psychoedukative Sprechstunde dar, in der Betroffene ihr Erleben in einem sicheren Rahmen verarbeiten und bei Bedarf gezielt weitervermittelt werden können. Solche Angebote ermöglichen es, nicht nur Symptome zu erfassen, sondern echte Bewältigungsprozesse anzustossen.

Im gesundheitlichen Kontext zeigt sich ein deutlicher Handlungsbedarf. Während in den vergangenen Jahren erhebliche Fortschritte bei der Reduktion geburtshilflicher Morbidität durch körperliche Komplikationen erzielt wurden, fehlt bislang ein vergleichbarer Fokus auf psychische Gesundheit und traumabedingte Störungen. Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass

eine umfassende Versorgungsqualität erst dann erreicht wird, wenn Prävention und Versorgung psychischer Belastungen ebenso konsequent verfolgt werden wie die somatische Sicherheit.

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass traumainformierte Ansätze in der Geburtshilfe vielversprechende Perspektiven eröffnen. Es bedarf jedoch weiterer evidenzbasierter Forschung, um ihre tatsächlichen Effekte zu belegen und aufzuzeigen, wie TIP gezielt weiterentwickelt werden kann, um psychischen Erkrankungen wie der CB-PTSD nachhaltig vorzubeugen. Eine zentrale Aufgabe der kommenden Jahre wird darin bestehen, diese Erkenntnisse in verbindliche Versorgungs- und Ausbildungsstrukturen zu überführen, um betroffenen Frauen, Familien und Fachpersonen wirksam zu stärken.[1]

[1] Für die sprachliche Überarbeitung und Strukturierung des gesamten Textes wurde OpenAI. (2025). ChatGPT Version 5 https://chat.openai.com/ verwendet.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Caring for Patients Who Have Experienced Trauma: ACOG Committee Opinion, Number 825. *Obstetrics & Gynecology*, *137*(4), e94–e99. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004326

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing. https://archive.org/details/dsm-5-tr_202409/page/n419/mode/1up

Andersson, H., Nieminen, K., Malmquist, A., & Grundström, H. (2024). Trauma-informed support after a complicated childbirth—An early intervention to reduce symptoms of post-traumatic stress, fear of childbirth and mental illness. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, *41*, 101002. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2024.101002

Attard, R., Iles, J., Bristow, F., & Satherley, R.-M. (2022). An interpretative phenomenological analysis of the experience of couples' recovery from the psychological symptoms of trauma following traumatic childbirth. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *22*(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12884-022-05091-2

Ayers, S., Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Nieuwenhuijze, M., Bogaerts, A., Hartmann, K., Karlsdottir, S. I., Oosterman, M., Tecirli, G., Turner, J. D., & Lalor, J. (2024). Traumatic birth and childbirth-related post-traumatic stress disorder: International expert consensus recommendations for practice, policy, and research. *Women and Birth*, *37*(2), 362–367. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.006

Brown, A., Nielsen, J. D. J., Russo, K., Ayers, S., & Webb, R. (2022). The Journey towards resilience following a traumatic birth: A grounded theory. *Midwifery*, *104*, 103204. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103204

Ciuffo, G., Morais, A., Landoni, M., Costa, R., Pinto, T. M., Lamela, D., Jongenelen, I., & Ionio, C. (2025). Assessing mother's childbirth-related posttraumatic stress disorder

during the first year postpartum: A systematic review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *43*(2), 230–337. https://doi.org/10.1080/02646838.2024.2382876

DeAndrade, S., Pelletier, A., Grossman, S., Lewis-O'Connor, A., Dutton, C., Royce, C. S., & Bartz, D. (2025). Trauma-Informed Care Training in U.S. and Canadian Ob/Gyn Residencies. *Violence against Women*, *31*(5), 1201–1212. https://doi.org/10.1177/10778012241230328

Dekel, S., Papadakis, J. E., Quagliarini, B., Pham, C. T., Pacheco-Barrios, K., Hughes, F., Jagodnik, K. M., & Nandru, R. (2024). Preventing posttraumatic stress disorder following childbirth: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *230*(6), 610-641.e14. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.12.013

Frankham, L. J., Thorsteinsson, E. B., & Bartik, W. (2023). Birth related PTSD and its association with the mother-infant relationship: A meta-analysis. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *38*, 100920. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100920

Givrad, S., Wall, K. M., Goldman, L. W., Shin, J. Y., Novak, E. H., Lowell, A., Penner, F., Day, M. J., Papa, L., Wright, D., & Rutherford, H. J. V. (2025). A systematic review on the assessment of pregnancy-specific psychological trauma during pregnancy: A call to action. *AJOG Global Reports*, *5*(1), 100451. https://doi.org/10.1016/j.xagr.2025.100451

Gordon, J., Hunter, A., Callanan, F., Kiely, C., & Grealish, A. (2025). An Integrative Review Exploring Womens' Experiences of Retraumatization Within Perinatal Services. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *70*(1), 32–49. https://doi.org/10.1111/jmwh.13662

Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *230*(3), S1116–S1127. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089

Isobel, S. (2023). Trauma and the perinatal period: A review of the theory and practice of trauma-sensitive interactions for nurses and midwives. *Nursing Open*, *10*(12), 7585–7595. https://doi.org/10.1002/nop2.2017

Isobel, S. (2024). Trauma in the lives of parents experiencing severe perinatal mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1380146. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1380146

Kuzma, E. K., Pardee, M., & Morgan, A. (2020). Implementing Patient-Centered Trauma-Informed Care for the Perinatal Nurse. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, *34*(4), E23–E31. https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000520

Lefever-Rhizal, D., Collins-Fulea, C., & Bailey, J. M. (2023). Trauma-Informed Psychosocial Screening and Care Planning: A Patient-Centered Improvement Project in a Midwife Clinic. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *68*(5), 652–658. https://doi.org/10.1111/jmwh.13512

Li, L., Xiao, L., Yuan, X., Wu, J., Li, J., Chen, X., Zhai, X., & Wang, B. (2025). Partner involvement and emotional and informational support gaps as predictors of postpartum birth trauma symptoms: A multi-center cross-sectional study of 230 women at 42 days postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *25*(1), 918. https://doi.org/10.1186/s12884-025-08084-z

Long, T., Aggar, C., & Grace, S. (2024). Trauma-informed care education for midwives: Does education improve attitudes towards trauma-informed care? *Midwifery*, *131*, https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.103950

Long, T., Aggar, C., Grace, S., & Thomas, T. (2022). Trauma informed care education for midwives: An integrative review. *Midwifery*, *104*. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103197

Mayer, H., Raphaelis, S., & Kobleder, A. (2023). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren – Bewerten – Erstellen* (2. Auflage). facultas.

Molloy, E., Biggerstaff, D. L., & Sidebotham, P. (2021). A phenomenological exploration of parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth*, *34*(3), 278–287. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.004

Nagle, U., Naughton, S., Ayers, S., Cooley, S., Duffy, R. M., & Dikmen-Yildiz, P. (2022). A survey of perceived traumatic birth experiences in an Irish maternity sample – prevalence, risk factors and follow up. *Midwifery*, *113*, 103419. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103419

Olson, D. N., Brandt, A., Greywitt, S., & Gibson, K. S. (2024). A Multidisciplinary Standardized Patient Simulation for Using Trauma-Informed Care for Pregnant Patients. *MedEdPORTAL : The Journal of Teaching and Learning Resources*, *20*, 11474. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11474

Perera, E., Chou, S., Cousins, N., Mota, N., & Reynolds, K. (2023). Women's experiences of trauma, the psychosocial impact and health service needs during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *23*(1), 197. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05509-5

Racine, N., Ereyi-Osas, W., Killam, T., McDonald, S., & Madigan, S. (2021). Maternal-Child Health Outcomes fromPre- to Post-Implementation of a Trauma-Informed Care Initiative in the Prenatal Care Setting: A Retrospective Study. *Children*, *8*(11), 1–13. https://doi.org/10.3390/children8111061

Sachdeva, J., Nagle Yang, S., Gopalan, P., Worley, L. L. M., Mittal, L., Shirvani, N., Spada, M., Albertini, E., Shenai, N., Moore Simas, T. A., & Byatt, N. (2022). Trauma Informed Care in the Obstetric Setting and Role of the Perinatal Psychiatrist: A Comprehensive Review of the Literature. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, *63*(5), 485–496. https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.04.005

Sperlich, M., Seng, J. S., Li, Y., Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2017). Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice: Conceptual and Practical Issues. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *62*(6), 661–672. https://doi.org/10.1111/jmwh.12674

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* [HHS Publication No. SMA 14-4884]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf

Uddin, N., Ayers, S., Khine, R., & Webb, R. (2022). The perceived impact of birth trauma witnessed by maternity health professionals: A systematic review. *Midwifery*, *114*, 103460. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103460

Verbeke, E., Bogaerts, A., Nuyts, T., Crombag, N., & Luyten, J. (2022). Cost-effectiveness of mental health interventions during and after pregnancy: A systematic review. *Birth*, *49*(3), 364–402. https://doi.org/10.1111/birt.12623

Weigl, T., Beck-Hiestermann, F. M. L., Stenzel, N. M., Benson, S., Schedlowski, M., & Garthus-Niegel, S. (2021). Assessment of Childbirth-Related PTSD: Psychometric Properties of the German Version of the City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 731537. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.731537

White, A., Saxer, K., Raja, S., & Hall, S. L. (2022). A Trauma-informed Approach to Postpartum Care. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000730

WHO. (2025). *WHO Handlungsrahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Region der WHO (2021-2025)*. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b69c777a-0c8e-4bd5-bef3-065bce042c28/content

Anhang A

8.1 Rechercheprotokolle

8.1.1 Pubmed Protokoll Datenbankrecherche vom 23.08.2025

Datenbank	Nr.1	Suchbegriffe und Verknüpfung	Treffer	Aufnahme in Flowchart
PubMed	1	“Trauma informed care”:("trauma informed care"[All Fields]) AND (y_5[Filter])	1`393	
	2	Obstetric:"obstetric"[All Fields] OR "obstetrically"[All Fields] OR "obstetrics"[MeSH Terms] OR "obstetrics"[All Fields] OR "obstetrical"[All Fields] y_5[Filter]:"last 5 years"[dp]	180`150	
	3	maternity:"maternally"[All Fields] OR "maternities"[All Fields] OR "maternity"[All Fields] OR "mothers"[MeSH Terms] OR "mothers"[All Fields] OR "maternal"[All Fields] y_5[Filter]:"last 5 years"[dp]	176`193	
	4	mothers:"mother's"[All Fields] OR "mothered"[All Fields] OR "mothers"[MeSH Terms] OR "mothers"[All Fields] OR "mother"[All Fields] OR "mothering"[All Fields] y_5[Filter]:"last 5 years"[dp]	80`686	
	5	Economics:"economical"[All Fields] OR "economics"[MeSH Terms] OR "economics"[All	321`447	

		Fields] OR "economic"[All Fields] OR "economically"[All Fields] OR "economics"[Subheading] OR "economization"[All Fields] OR "economize"[All Fields] OR "economized"[All Fields] OR "economizes"[All Fields] OR "economizing"[All Fields] y_5[Filter]:"last 5 years"[dp]		
	6	Benefit**:**"benefit"[All Fields] OR "benefited"[All Fields] OR "benefiting"[All Fields] OR "benefits"[All Fields] OR "benefitted"[All Fields] OR "benefitting"[All Fields] y_5[Filter]:"last 5 years"[dp]	397`937	
	7	Nurses:("nurse s"[All Fields] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields] OR "nurses s"[All Fields]) AND (y_5[Filter])	92`042	
	8	(((((obstetric AND (y_5[Filter])) OR (maternity AND (y_5[Filter]))) OR (mothers AND (y_5[Filter]))) OR (economics AND (y_5[Filter]))) OR (benefit AND (y_5[Filter]))) OR (nurses AND (y_5[Filter]))in the last 5 years	1`041`776	
	9	("trauma informed care" AND (y_5[Filter])) AND ((((((obstetric AND (y_5[Filter])) OR (maternity AND (y_5[Filter]))) OR (mothers AND (y_5[Filter]))) OR (economics AND (y_5[Filter]))) OR (benefit AND (y_5[Filter]))) OR (nurses AND (y_5[Filter])) AND (y_5[Filter]))in the last 5 years	449	Ja

(Quelle: Mayer et al., 2023, S. 178)

8.1.2 Cinahl Protokoll Datenbankrecherche vom 23.08.2025

Datenbank	Nr.2	Suchbegriffe und Verknüpfung	Treffer	Aufnahme in Flowchart
Cinahl	1	«trauma informed care	1`015	
	2	obstetrics	18`105	
	3	maternity	19`236	
	4	mothers	90`528	
	5	economics	796`189	
	6	nurses	110`252	
	7	benefit	314`684	
	8	obstetrics OR maternity OR mothers OR economics OR benefit OR nurses	1`255`071	
	9	(obstetrics OR maternity OR mothers OR economics OR benefit OR nurses) AND "trauma informed care"Filter 5Years	277	Ja

(Quelle: Mayer et al., 2023, S. 178)

8.1.3 pubPsych Protokoll Datenbankrecherche vom 23.08.2025

Datenbank	Nr.3	Suchbegriffe und Verknüpfung	Treffer	Aufnahme in Flowchart
pubPsych	1	«trauma informed care»	460	
	2	obstetric	3`989	
	3	maternity	1`824	
	4	mothers	39`149	
	5	economics	28`257	
	6	benefit	36`484	
	7	nurses	26`631	
	8	«trauma informed care» AND (obstetric OR maternity OR mothers OR economics OR benefit OR profit OR nurses)Filter 5Years	100	Ja

(Quelle: Mayer et al., 2023, S. 178)

8.1.4 FIT-Nursing Care Protokoll Datenbankrecherche vom 18.08.2025

Datenbank	Nr.4	Suchbegriffe und Verknüpfung	Treffer	Aufnahme in Flowchart
FIT-Nursing Care	1	Traumainformierte Pflege	0	
	2	Geburtshilfe	0	

(Quelle: Mayer et al., 2023, S. 178)

8.2 Kritische Würdigung der Studien

8.2.1 Checkliste für die kritische Bewertung von qualitativen Studien

Beurteilende Person Regula Blaser.

Datum 11.09.2025.

Name der Studie "An interpretative phenomenological analysis of the experience of couples`recovery from the psychological symptoms of trauma following traumatic childbirth"

Autor Rossie Attard, Jane Illes, Florence Bisow and Rose-Marie Satherley

Jahr 2022

	Adäquat	Unklar	Problematisch
1. Forschungsproblem Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist?	X	☐	☐
2. Forschungsfrage(n) und Ziel(e) Ist/sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Ist das Ziel/sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet?	X	☐	☐
3. Aufarbeitung des Forschungsstands Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Besteht ein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der aufgearbeiteten Forschungsliteratur und dem Forschungsproblem?	X	☐	☐
4. Design Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und ist es plausibel begründet?	X	☐	☐
5. Sample Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Wie wurden die Teilnehmer:innen rekrutiert? Ist die Auswahlstrategie des Samples nachvollziehbar und begründet?	X	☐	☐

6. Datenerhebung Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage bzw. zur Erfassung des betreffenden Phänomens geeignet? Ist die Vorgangsweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Wird die Studie mit den übereinstimmenden Vorgaben des jeweiligen Ansatzes (z. B. Grounded Theory) methodisch stringent durchgeführt?	**X**	☐	☐
7. Ethische Diskussion Wurden die Teilnehmer:innen vollständig informiert („informed consent“)? Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer:innen aufgezeigt? Wurden die Teilnehmer:innen vor möglichen Schäden geschützt? Wurde die Anonymität der Teilnehmer:innen gewahrt? Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt?	**X**	☐	☐
8. Datenanalyse Werden die zur Analyse der Daten eingesetzten Strategien beschrieben? Sind sie nachvollziehbar? Werden Aussagen zur Berücksichtigung von Gütekriterien qualitativer Forschung getroffen?	**X**	☐	☐
9. Ergebnisdarstellung Werden das Sample und sein Kontext ausreichend beschrieben? Ist die Ergebnisdarstellung verständlich und nachvollziehbar? Wird das betreffende Phänomen ausreichend beschrieben? Konnte die Forschungsfrage beantwortet werden?	**X**	☐	☐

10. Diskussion und Schlussfolgerung Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt (wird darauf Bezug genommen, was bereits über das Phänomen bekannt ist)? Welchen Beitrag zur Theorie- bzw. Konzeptentwicklung über das betreffende Phänomen leistet die Arbeit? Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt?	**X**	☐	☐
11. Literaturangaben Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell?	**X**	☐	☐

(adaptiert nach Mayer et al., 2023, S. 147)

Gesamtbeurteilung: Die Studie erfüllt alle zentralen Qualitätskriterien qualitativer Forschung und weist eine klare Fragestellung, nachvollziehbare Methodik sowie eine schlüssige Analyse auf. Daher wird sie eingeschlossen.

Einschluss **X** Ausschluss ☐ Suche nach weiteren Informationen ☐

Quelle: Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2023). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren - Bewerten - Erstellen* (2. Auflage). facultas.

Kommentare zur kritischen Beurteilung von qualitativen Studien

1. **Forschungsproblem**

Das Forschungsproblem ist klar geschildert und dargestellt. Psychische Folgen und CB-PTBS sind relevant aber oft unerkannt, weshalb sie das Erleben von Paaren untersuchen wollen.

2. **Forschungsfrage(n) und Ziel(e)**

Die Forschungsfrage ist klar erkennbar und entspricht dem Ziel, die psychische Erholung von Paaren nach einer traumatischen Geburt aufzuzeigen.

3. **Aufarbeitung des Forschungsstands**

Geburtstrauma und die psychische Belastung nach einer Geburt inkl. CB-PTBS werden mit Literatur unterstützt aufgezeigt und begründet. Die Literatur passt zum Forschungsproblem.

4. **Design**

Es handelt sich um eine qualitative Studie, die mit Hilfe einer interpretativen phenomenologischen Analyse gemacht wurde. Die Methodenwahl ist begründet und nachvollziehbar.

5. **Sample**

Einbezogen werden Paare die ein Geburtstrauma erlitten haben (mind. 1 Person davon). Ein- und Ausschlusskriterien wurden klar definiert und in einer Tabelle aufgelistet. Jedoch wurden über eine Selbstselektion in die Studie einbezogen und im Voraus nicht auf PTBS gescreent.

6. **Datenerhebung**

Die Datenerhebung erfolgt mittels Online-Interviews über Teams von insgesamt 1,5 – 2 Stunden. Für das Interview wurden Fragen mit Psychologen und Betroffenen entwickelt.

7. **Ethische Diskussion**

Die Genehmigung durch die NHS-Ethikkommission wurde eingeholt. Die Teilnehmer wurden informiert und haben sich zur Verfügung gestellt. Die Namen wurden anonymisiert. Die Teilnehmer konnten jederzeit abbrechen. Sie bekamen zum Dank für die Teilnahme einen Gutschein von 10 Pfund.

8. **Datenanalyse**

Die Schritte für eine interpretative Analyse wurden nach Smith et al. klar aufgelistet und beschrieben.

9. **Ergebnisdarstellung**

Die Ergebnisse werden mit Zitaten dargestellt. Die Themen werden herausgearbeitet und anschliessend die Frage beantwortet.

10. **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die unterschiedlichen Wege der Erholung von Paaren nach einer traumatischen Geburt werden aufgezeigt. Auch die Paarperspektive wird miteinbezogen und betont, dass diese stärker gefördert werden soll. Empfehlungen für die Praxis und die Forschung werden formuliert.

11. **Literaturangaben**

Die Quellen sind nachvollziehbar angegeben und aktuell.

8.2.2 Checkliste für die kritische Bewertung von quantitativen Studien

Beurteilende Person Regula Blaser

Datum 14.09.2025.

Name der Studie: *Trauma-informed support after a complicated childbirth – An early intervention to reduce symptoms of post-traumatic stress, fear of childbirth and mental illness"*

Autor Hanna Anderson, Katrie Nieminen, Annna Malmquist, Hanna Grundstrom.

Jahr 2024.

	Adäquat	Unklar	Problematisch
1. Forschungsproblem Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist?	X	☐	☐
2. Forschungsfrage(n) und Ziel(e) Ist/sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Ist das Ziel/sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet?	X	☐	☐
3. Aufarbeitung des Forschungsstands Wurde ein Literaturreview durchgeführt? Wenn ja, ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert?	X	☐	☐
4. Design Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und ist es plausibel begründet?	X	☐	☐
5. Stichprobe Ist die Population beschrieben? Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Ist die Auswahlstrategie der Stichprobe nachvollziehbar und begründet? Wird eine Berechnung der notwendigen Stichprobengröße durchgeführt und wie wird die Stichprobengröße begründet?	☐	X	☐

6. Datenerhebung Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet? Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Welche Variablen wurden erhoben und mit welchem Assessmentinstrument? Wurde das Instrument von den Autor:innen selbst erstellt oder von anderen Personen übernommen? Wird die Auswahl des Instruments begründet? Werden die Reliabilität und die Validität des Instruments diskutiert?	**X**	☐	☐
7. Ethische Diskussion Wurden die Teilnehmer:innen vollständig informiert („informed consent“)? Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer:innen aufgezeigt? Wurden die Teilnehmer:innen vor möglichen Schäden geschützt? Wurde die Anonymität der Teilnehmer:innen gewahrt? Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt?	**X**	☐	☐
8. Datenanalyse Werden die statistischen Tests, die für die Datenanalyse verwendet wurden, genannt und begründet? Wird rein deskriptiv ausgewertet oder erfolgen komplexere statistische Berechnungen? Wird das Signifikanzniveau genannt? Entsprechen die jeweiligen Methoden dem Messniveau jeder Variablen?	**X**	☐	☐
9. Ergebnisdarstellung Bezieht sich die Ergebnisdarstellung auf die Forschungsfrage(n)? Wird die Stichprobe ausreichend beschrieben? Sind die präsentierten Informationen ausreichend, um die Forschungsfrage(n) zu beantworten?	**X**	☐	☐
10. Diskussion und Schlussfolgerung Wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung des bisherigen Forschungsstands diskutiert und interpretiert? Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt?	**X**	☐	☐

11. Literaturangaben Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell?	**X**	☐	☐

(adaptiert nach Mayer et al., 2023, S. 147)

Gesamtbeurteilung: Die Studie ist methodisch nachvollziehbar, ethisch sauber und wissenschaftlich solide. Trotz kleiner Limitation in der Stichprobenwahl ist die Qualität insgesamt hoch, weshalb ein Einschluss gerechtfertigt ist.

Einschluss **X** Ausschluss ☐ Suche nach weiteren Informationen ☐

Quelle: Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2023). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren - Bewerten - Erstellen* (2. Auflage). facultas.

Kommentare zur kritischen Beurteilung von quantitativen Studien

1. **Forschungsproblem**

Ausgangslage wird klar dargestellt. Frauen haben nach einer komplizierten Geburt ein erhöhtes Risiko für PTBS, Angststörungen, Depressionen und Angst vor einer nächsten Geburt (FOC). Die Relevanz für die Praxis ist nachvollziehbar beschrieben.

2. **Forschungsfrage(n) und Ziel(e)**

Kann ein trauma-informiertes Supportprogramm die Symptome der Problemstellung reduzieren?

3. **Aufarbeitung des Forschungsstands**

Es gibt ein Literaturüberblick mit aktuellen Quellenangaben. Die Theorie und die Begriffe werden kurz erklärt.

4. **Design**

Es handelt sich um eine quantitative-experimentelle Studie mit dem Vergleich der Interventionsgruppe zu der Kontrollgruppe. Die Begründung der Wahl dieses Designs ist plausibel.

5. **Stichprobe**

Ein- und Ausschlusskriterien werden genannt. Die Population ist definiert. Die Rekrutierung erfolgt durch Frauen nach einer komplizierten Geburt in einem Spital und aus den Akten daraus. Eine Pause in der Rekrutierung während der COVID-19 Pandemie fand statt. (n=101). Es fand im Voraus keine Berechnung der notwenigen Stichprobengrösse statt, so konnten teilweise keine klaren Ergebnisse vorgelegt werden.

6. **Datenerhebung**

Es werden validierte Instrumente mittels Fragebogen (IES-R, W-DEQ-B, HADS) benutzt. Das Vorgehen der Datenerhebung wurde gut beschrieben.

7. **Ethische Diskussion**

Der Studienplan wurde von der Regionalen Ethischen Prüfungskommission von Linköping genehmigt. Die Anonymität war gewährleistet. Die Schutzmassnahmen für die Teilnehmer wurden beschrieben.

8. **Datenanalyse**

Statistische Werte wurden durch den Mann-Withney-U Test, den Chi-Quadrat-Test und dem exakten Fisher-Test erhoben. Das Signifikantzniveau wurde bei $p < 0.05$ festgelegt.

9. **Ergebnisdarstellung**

Die Ergebnisse sind klar strukturiert und der Bezug zur Forschungsfrage wurde hergestellt. Es gibt nachvollziehbare Tabellen, die auch eine Selektionsverzerrung ausschlossen.

10. **Diskussion**

Die Diskussion beruht auf den gesammelten Daten. Aussagen werden vielfältig beleuchtet und kritisch hinterfragt. Mögliche Verzerrungen werden aufgezeigt.

11. **Literaturangaben**

Die Quellen sind nachvollziehbar angegeben

8.2.3 Checkliste für die kritische Bewertung von quantitativen Studien

Beurteilende Person Regula Blaser.

Datum 14.09.25.

Name der Studie: "*Maternal-Child Health Outcomes from Pre- to Post-Implementation of a Trauma-Informed Care Initiative in the Prenatal Care Setting: A Retrospective Study.*"

Autor Nicole Racine, Whitney Ereyi-Osas, Theresa Killam, Sheila McDonald, Sheri Madigan.

Jahr 2021

	Adäquat	Unklar	Problematisch
1. Forschungsproblem Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist?	**X**	☐	☐

2. Forschungsfrage(n) und Ziel(e) Ist/sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Ist das Ziel/sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet?	**X**	☐	☐
3. Aufarbeitung des Forschungsstands Wurde ein Literaturreview durchgeführt? Wenn ja, ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert?	**X**	☐	☐
4. Design Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und ist es plausibel begründet?	**X**	☐	☐
5. Stichprobe Ist die Population beschrieben? Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Ist die Auswahlstrategie der Stichprobe nachvollziehbar und begründet? Wird eine Berechnung der notwendigen Stichprobengröße durchgeführt und wie wird die Stichprobengröße begründet?	☐	**X**	☐
6. Datenerhebung Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet? Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Welche Variablen wurden erhoben und mit welchem Assessmentinstrument? Wurde das Instrument von den Autor:innen selbst erstellt oder von anderen Personen übernommen? Wird die Auswahl des Instruments begründet? Werden die Reliabilität und die Validität des Instruments diskutiert?	**X**	☐	☐

7. Ethische Diskussion Wurden die Teilnehmer:innen vollständig informiert („informed consent“)? Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer:innen aufgezeigt? Wurden die Teilnehmer:innen vor möglichen Schäden geschützt? Wurde die Anonymität der Teilnehmer:innen gewahrt? Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt?	**X**	☐	☐
8. Datenanalyse Werden die statistischen Tests, die für die Datenanalyse verwendet wurden, genannt und begründet? Wird rein deskriptiv ausgewertet oder erfolgen komplexere statistische Berechnungen? Wird das Signifikanzniveau genannt? Entsprechen die jeweiligen Methoden dem Messniveau jeder Variablen?	☐	**X**	☐
9. Ergebnisdarstellung Bezieht sich die Ergebnisdarstellung auf die Forschungsfrage(n)? Wird die Stichprobe ausreichend beschrieben? Sind die präsentierten Informationen ausreichend, um die Forschungsfrage(n) zu beantworten?	**X**	☐	☐
10. Diskussion und Schlussfolgerung Wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung des bisherigen Forschungsstands diskutiert und interpretiert? Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt?	**X**	☐	☐
11. Literaturangaben Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell?	**X**	☐	☐

(adaptiert nach Mayer et al., 2023, S. 147)

Gesamtbeurteilung: Die Studie ist insgesamt solide aufgebaut und methodisch nachvollziehbar, weis jedoch bei der Stichprobe und Datenanalyse gewisse Unklarheiten auf. So wurde bei der Stichprobenwahl das Screening der Teilnehmer teilweise abgelehnt und es wurde nur eine

niedrig Risikogruppe einbezogen. In der Datenanalyse ist zudem nicht ersichtlich, wie die unterschiedlichen Testverfahren im Hinblick auf die reduzierten Fallzahlen interpretiert wurden. Trotz dieser Einschränkung ist die Studie für den Einschluss geeignet.

Einschluss **X** Ausschluss ☐ Suche nach weiteren Informationen ☐

Quelle: Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2023). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren - Bewerten - Erstellen* (2. Auflage). facultas.

Kommentare zur kritischen Beurteilung von quantitativen Studien

1. **Forschungsproblem**

Die Ausgangslage ist klar geschildert. ACE`s sind häufig und haben negative Folgen für Mutter und Kind. Die daraus resultierenden vorgestellten Probleme sind nachvollziehbar und begründet.

2. **Forschungsfrage(n) und Ziel(e)**

Welche Effekte hat die Implementierung einer Trauma-Informierten Pflege im Setting der pränatalen Versorgung auf die mütterliche Gesundheit und kindliche Outcome? Das Ziel ist auf das Problem ausgerichtet.

3. **Aufarbeitung des Forschungsstands**

Es gibt einen Überblick über die bestehende Literatur zu diesem Thema. Die Folgen von Traumata werden aufgezeigt. TIC wird erklärt.

4. **Design**

Es handelt sich um eine prä- und post- Vergleichsstudie. Es wurde eine retrospektive Aktenüberprüfung von Frauen vor der TIC-Einführung und von Frauen nach der TIC-Einführung durchgeführt. Es wurde nicht derselbe Zeitraum gewählt.

5. **Stichprobe**

Die Population ist beschrieben. Es handelt sich um schwangere Frauen mit nur geringem Risiko für Schwangerschaftskomplikationen. (n=601). Ein- und Ausschlusskriterien wurden beschrieben. Es wurde eine A-Priori-Berechnung des Stichprobenumfangs durchgeführt.

6. **Datenerhebung**

Es wurden standardisierte Fragebögen und klinische Daten durch die Aktenprüfung genutzt. Die genutzten Instrumente sind validiert. Das Vorgehen ist nachvollziehbar beschrieben.

7. **Ethische Diskussion**

Die Studie wurde vom Institutional Review Board (IRB) geprüft und freigegeben. Der Schutz der Daten der Patienten:innen ist gewährleistet. Es wurden nur Daten geprüft, es hat kein direkter Kontakt mit den Patient:innen stattgefunden

8. **Datenanalyse**

Es wurden unterschiedliche Test (Chi-Square-Test und T-Tests) angewendet, um die Unterschiede zwischen den zwei Zeitpunkten zu prüfen. Das Signifikantniveau wurde dabei auf $p<0.05$ festgelegt Es wurden nur retrospektive Daten ausgewertet. Die Daten wurden nur von schwangeren Frauen mit geringem Risiko für Komplikationen ausgewertet, was zu einer sehr geringen Stichprobenanzahl im Vergleich führte. 14% der Frauen lehnte zudem das Screening ab.

9. **Ergebnisdarstellung**

Die Ergebnisse werden klar präsentiert und mittels Tabelle ersichtlich gemacht.

10. **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse werden klar präsentiert. Die Begrenzungen werden aussagekräftig reflektiert, so dass die Ergebnisse eingeordnet werden können. Die positiven Effekte von TIC werden trotz der aufgezeigten Ergebnisse hervorgehoben und zu weiterer Forschung in Kliniken mit erhöhtem Risiko aufgefordert.

11. **Ergebnisdarstellung**

Die Quellen sind nachvollziehbar angegeben

8.2.4 Checkliste für die kritische Bewertung von qualitativen Studien

Beurteilende Person Regula Blaser.

Datum 16.09.2025.

Name der Studie: *«Women`s experiences of trauma, the psychosocial impact and health service needs during the perinatal period"*

Autor Essence Perera, Sharon Chou, Nicole Cousins, Natalie Motta and Kristin Reynolds.

Jahr 2023.

	Adäquat	Unklar	Problematisch
1. Forschungsproblem Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist?	X	☐	☐

2. Forschungsfrage(n) und Ziel(e) Ist/sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Ist das Ziel/sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet?	X	☐	☐
3. Aufarbeitung des Forschungsstands Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Besteht ein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der aufgearbeiteten Forschungsliteratur und dem Forschungsproblem?	☐	X	☐
4. Design Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und ist es plausibel begründet?	X	☐	☐
5. Sample Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Wie wurden die Teilnehmer:innen rekrutiert? Ist die Auswahlstrategie des Samples nachvollziehbar und begründet?	☐	X	☐
6. Datenerhebung Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage bzw. zur Erfassung des betreffenden Phänomens geeignet? Ist die Vorgangsweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Wird die Studie mit den übereinstimmenden Vorgaben des jeweiligen Ansatzes (z. B. Grounded Theory) methodisch stringent durchgeführt?	X	☐	☐
7. Ethische Diskussion Wurden die Teilnehmer:innen vollständig informiert („informed consent“)? Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer:innen aufgezeigt? Wurden die Teilnehmer:innen vor möglichen Schäden geschützt? Wurde die Anonymität der Teilnehmer:innen gewahrt? Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt?	X	☐	☐

8. Datenanalyse Werden die zur Analyse der Daten eingesetzten Strategien beschrieben? Sind sie nachvollziehbar? Werden Aussagen zur Berücksichtigung von Gütekriterien qualitativer Forschung getroffen?	**X**	☐	☐
9. Ergebnisdarstellung Werden das Sample und sein Kontext ausreichend beschrieben? Ist die Ergebnisdarstellung verständlich und nachvollziehbar? Wird das betreffende Phänomen ausreichend beschrieben? Konnte die Forschungsfrage beantwortet werden?	**X**	☐	☐
10. Diskussion und Schlussfolgerung Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt (wird darauf Bezug genommen, was bereits über das Phänomen bekannt ist)? Welchen Beitrag zur Theorie- bzw. Konzeptentwicklung über das betreffende Phänomen leistet die Arbeit? Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt?	**X**	☐	☐
11. Literaturangaben Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell?	**X**	☐	☐

(adaptiert nach Mayer et al., 2023, S. 147)

Gesamtbeurteilung: Die Studie ist insgesamt gut nachvollziehbar aufgebaut und liefert wertvolle Einblicke in die subjektive Erfahrung betroffener Frauen. Unklarheiten bestehen vor allem in der begrenzten und spezifisch rekrutierten Stichprobe sowie im nur teilweise vertieften Forschungsstand. Trotz dieser Einschränkung sind Design, Datenerhebung, Analyse und ethische Umsetzung überzeugend, sodass die Studie für den Einschluss geeignet ist.

Einschluss **X** Ausschluss ☐ Suche nach weiteren Informationen ☐

Quelle: Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2023). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren - Bewerten - Erstellen* (2. Auflage). facultas.

Kommentare zur kritischen Beurteilung von qualitativen Studien

1. **Forschungsproblem**

Ja, klar geschildert, dass Frauen Situationen während der Perinatal Periode als traumatisch erleben. Dies führt zu psychosozialen Folgen und bringt verschiedene Bedürfnisse an das Gesundheitswesen mit sich. Es gibt dabei wenig Forschung in der subjektiven Wahrnehmung von Frauen.

2. **Forschungsfrage(n) und Ziel(e)**

Fragestellung ist erkennbar: «Wie erleben Frauen Geburtstraumata. Welche psychosozialen Auswirkungen bringt dies mit sich und welchen Unterstützungsbedarf äussern sie?

3. **Aufarbeitung des Forschungsstands**

Es wird ein Einblick in die Literatur gewährleistet. Begriffe wie TIC werden aber nur oberflächlich geklärt.

4. **Design**

Ja, es wird als eine Miexed-Method-Strategie beschrieben, die aber überwiegend qualitativ konzipiert ist. Dies passt gut zum Thema und der Forschungsfrage. Die Begründung ist pausibel.

5. **Sample**

Die Rekrutierung erfolgte über Selbsthilfegruppen oder Perinatalorganisationen oder sozialen Netzwerkgruppen. Es wurde keine Rekrutierung über ein Spital gemacht. Es gibt nur eine geringe Stichprobe von 9 Frauen (n=9) .

6. **Datenerhebung**

Die Datenerhebung wurde gut dokumentiert. Es gab Screeningfragebögen und anschliessend halbstrukturierte Online-Interviews. Die Screeningmethoden wurden aussagekräftig beschrieben.

7. **Ethische Diskussion**

Das Ethik Board der University of Manitoba und das Board des Women`s Health Clinic Birth Center haben die Studie genehmigt. Es gibt weitere ethische Überlegungen mit denen die Frauen während der Studie geschützt wurden und es standen den Teilnehmerinnen lokale psychologische Dienste zur Verfügung.

8. **Datenanalyse**

Das Vorgehen ist methodisch geeignet zur Erfassung subjektiver Erfahrungen, jedoch schränkt die geringe Stichprobengrösse die Übertragbarkeit ein..

9. **Ergebnisdarstellung**

Die Ergebnisse sind differenziert dargestellt und in Themenbereiche unterteilt. Die Bereiche passen zur Forschungsfrage.

10. Diskussion und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse werden interpretiert und verständlich gemacht. Zusammenfassend wird umfassend erläutert, was Frauen in der Perinatalzeit benötigen.

11. Literaturangaben

Die Literaturangaben sind vorhanden und ist meist aktuell.

8.2.5 Checkliste für die kritische Bewertung von quantitativen Studien

Beurteilende Person Regula Blaser.

Datum 17.09.2025.

Name der Studie «Trauma-Informed Psychosocial Screening and Care Planning: A Patient-Centered Improvement Project in a Midwife Clinic".

Autor Debra Lefever-Rhizal, Cathrine Collins-Fulea, Joanne Motino Bailey.

Jahr 2023.

	Adäquat	Unklar	Problematisch
1. Forschungsproblem Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist?	X	☐	☐
2. Forschungsfrage(n) und Ziel(e) Ist/sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Ist das Ziel/sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet?	X	☐	☐
3. Aufarbeitung des Forschungsstands Wurde ein Literaturreview durchgeführt? Wenn ja, ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert?	☐	X	☐

4. Design Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und ist es plausibel begründet?	X	☐	☐
5. Stichprobe Ist die Population beschrieben? Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Ist die Auswahlstrategie der Stichprobe nachvollziehbar und begründet? Wird eine Berechnung der notwendigen Stichprobengröße durchgeführt und wie wird die Stichprobengröße begründet?	☐	X	☐
6. Datenerhebung Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet? Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Welche Variablen wurden erhoben und mit welchem Assessmentinstrument? Wurde das Instrument von den Autor:innen selbst erstellt oder von anderen Personen übernommen? Wird die Auswahl des Instruments begründet? Werden die Reliabilität und die Validität des Instruments diskutiert?	X	☐	☐
7. Ethische Diskussion Wurden die Teilnehmer:innen vollständig informiert („informed consent“)? Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer:innen aufgezeigt? Wurden die Teilnehmer:innen vor möglichen Schäden geschützt? Wurde die Anonymität der Teilnehmer:innen gewahrt? Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt?	☐	X	☐
8. Datenanalyse Werden die statistischen Tests, die für die Datenanalyse verwendet wurden, genannt und begründet? Wird rein deskriptiv ausgewertet oder erfolgen komplexere statistische Berechnungen? Wird das Signifikanzniveau genannt? Entsprechen die jeweiligen Methoden dem Messniveau jeder Variablen?	X	☐	☐

9. Ergebnisdarstellung Bezieht sich die Ergebnisdarstellung auf die Forschungsfrage(n)? Wird die Stichprobe ausreichend beschrieben? Sind die präsentierten Informationen ausreichend, um die Forschungsfrage(n) zu beantworten?	**X**	☐	☐
10. Diskussion und Schlussfolgerung Wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung des bisherigen Forschungsstands diskutiert und interpretiert? Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt?	**X**	☐	☐
11. Literaturangaben Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell?	**X**	☐	☐

(adaptiert nach Mayer et al., 2023, S. 147)

Gesamtbeurteilung: Die Studie ist insgesamt klar strukturiert und methodisch nachvollziehbar. Das Projekt liefert wertvolle Hinweise zur praktischen Umsetzung traumainformierter Pflege. Einschränkungen bestehen vor allem in der unzureichend beschriebenen Literaturbasis, der fehlenden Stichprobenbegründung sowie der wenig transparenten ethischen Einordnung. Trotz dieser Punkte ist die Studie aufgrund ihrer Praxisrelevanz und der soliden Datenerhebung geeignet für den Einschluss.

Einschluss **X** Ausschluss ☐ Suche nach weiteren Informationen ☐

Quelle: Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2023). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren - Bewerten - Erstellen* (2. Auflage). facultas.

Kommentare zur kritischen Beurteilung von quantitativen Studien

1. Forschungsproblem

Das Forschungsproblem ist klar dargestellt Es besteht ein Handlungsbedarf, welcher gut begründet ist.

2. **Forschungsfrage(n) und Ziel(e)**

Kann durch ein TIC basiertes Screening und eine Care-Planung die Erkennung von Traumata und PTBS verbessert werden?.Es sollen dabei mindestens 85% der Patient:innen ein TIC Screening und eine Care-Planung erhalten.

3. **Aufarbeitung des Forschungsstands**

Es gibt Literatur zu TIC und den dazugehörigen Prinzipien. Sie werden aber nur oberflächlich beschrieben.

4. **Design**

Es handelt sich um ein Quality-Improvemente-Projekt mit den PDSA (Plan-Do-Study-Act) Zyklen über 8 Wochen. Das Design wird plausibel begründet.

5. **Stichprobe**

Es wurden alle Patientinnen einer Midwife Clinik eingeschlossen (n=219). Die Klinik wurde ausgewählt, weil sie einen breites Demografisches Patientengut bot. Ein- und Ausschlusskriterien gab es nicht. Es wurde keine Berechnung der Stichprobengrösse durchgeführt.

6. **Datenerhebung**

EPDS für Depressionen und das PC-PTSD für posttraumatische Belastungsstörungen wurden als validierte Screeninginstrumente eingesetzt. Weiter gab es Befragungen nach der ACOG. Die Instrumente wurden jeweils kurz beschrieben und begründet..

7. **Ethische Diskussion**

Es wurde keine Reflexion über eine Risikoabwägung bekannt gegeben. Die Frauen füllten die Screeningformulare aus, wenn sie dies wollten. Näheres ist nicht bekannt. Die Ethikkommission der University of Michigan hat das Projekt geprüft und als Qualitätsverbesserndes Projekt eingestuft, dass von einer laufenden Überprüfung ausgeschlossen ist.

8. **Datenanalyse**

Die Daten wurden Quantitativ ausgewertet. Die Daten wurden vor und nach der Umsetzung verglichen. Die Screenig Raten, welche positiv ausgefallen sind wurden erfasst und verglichen. Es gibt keine komplexen Statistischen Bewertungen und auch keine Signifikanztests.

9. **Ergebnisdarstellung**

Ja, die Darstellung ist klar geschildert und dargestellt.

10. **Diskussion und Schlussfolgerung**

Ja, die Ergebnisse werden in die bestehende Forschung eingeordnet. Schlussfolgerungen für die Implementierung in eine Klinik werden abgegeben. Die Limitationen werden aufgezeigt.

11. **Literaturangaben**

Ja, die Literatur ist nachvollziehbar angegeben und aktuelle Quellen werden einbezogen.

8.2.6 Checkliste für die kritische Bewertung von quantitativen Studien

Beurteilende Person Regula Blaser.

Datum 17.09.2025.

Name der Studie «A Multidisciplinary Standadized Patient Simulation for Using Trauma-Informed Care for Pregnant Patients.

Autor Danielle Nichole Olson, Anna Brandt, Sarah Greywitt, Kelly S.Gibson.

Jahr 2024.

	Adäquat	Unklar	Problematisch
1. Forschungsproblem Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist?	X	☐	☐
2. Forschungsfrage(n) und Ziel(e) Ist/sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Ist das Ziel/sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet?	X	☐	☐
3. Aufarbeitung des Forschungsstands Wurde ein Literaturreview durchgeführt? Wenn ja, ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert?	☐	X	☐
4. Design Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und ist es plausibel begründet?	X	☐	☐

5. Stichprobe Ist die Population beschrieben? Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Ist die Auswahlstrategie der Stichprobe nachvollziehbar und begründet? Wird eine Berechnung der notwendigen Stichprobengröße durchgeführt und wie wird die Stichprobengröße begründet?	☐	**X**	☐
6. Datenerhebung Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet? Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Welche Variablen wurden erhoben und mit welchem Assessmentinstrument? Wurde das Instrument von den Autor:innen selbst erstellt oder von anderen Personen übernommen? Wird die Auswahl des Instruments begründet? Werden die Reliabilität und die Validität des Instruments diskutiert?	☐	**X**	☐
7. Ethische Diskussion Wurden die Teilnehmer:innen vollständig informiert („informed consent“)? Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer:innen aufgezeigt? Wurden die Teilnehmer:innen vor möglichen Schäden geschützt? Wurde die Anonymität der Teilnehmer:innen gewahrt? Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt?	**X**	☐	☐
8. Datenanalyse Werden die statistischen Tests, die für die Datenanalyse verwendet wurden, genannt und begründet? Wird rein deskriptiv ausgewertet oder erfolgen komplexere statistische Berechnungen? Wird das Signifikanzniveau genannt? Entsprechen die jeweiligen Methoden dem Messniveau jeder Variablen?	**X**	☐	☐

9. Ergebnisdarstellung Bezieht sich die Ergebnisdarstellung auf die Forschungsfrage(n)? Wird die Stichprobe ausreichend beschrieben? Sind die präsentierten Informationen ausreichend, um die Forschungsfrage(n) zu beantworten?	**X**	☐	☐
10. Diskussion und Schlussfolgerung Wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung des bisherigen Forschungsstands diskutiert und interpretiert? Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt?	**X**	☐	☐
11. Literaturangaben Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell?	**X**	☐	☐

(adaptiert nach Mayer et al., 2023, S. 147)

Gesamtbeurteilung: Die Studie ist nachvollziehbar aufgebaut und adressiert ein praxisrelevantes Thema, indem sie die Wirksamkeit eines simulationbasierten Trainings zur Anwendung traumainformierter Ansätze prüft. Das Design ist insgesamt passend, jedoch schränken die geringen Rücklaufquoten, die fehlende Validierung der Messinstrumente sowie die unzureichende Beschreibung der Stichprobe die Aussagekraft ein. Trotz dieser Limitationen liefert die Arbeit wertvolle Hinweise für die praktische Ausbildung im Bereich TIP und ist daher für den Einschluss geeignet.

Einschluss **X** Ausschluss ☐ Suche nach weiteren Informationen ☐

Quelle: Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2023). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren - Bewerten - Erstellen* (2. Auflage). facultas.

Kommentare zur kritischen Beurteilung von quantitativen Studien

1. **Forschungsproblem**

Ja, das Ziel ist klar formuliert. Es geht darum zu prüfen, ob eine Simulation mit standardisierten Patienten das Wissen und die Sicherheit im Umgang mit TIC verbessern kann.

2. **Forschungsfrage(n) und Ziel(e)**

Die Forschungsfrage ist klar, passt zum Problem und scheint sinnvoll.

3. **Aufarbeitung des Forschungsstands**

Die Literatur wird kurz aufgezeigt und oberflächlich vernetzt. Das daraus resultierende Risiko wird beschrieben. TIC wird als Ansatz kurz beschrieben mit dem Hinweis, dass es zu wenig umgesetzt wird. Studien zu Simultationstrainings fehlen, weshalb die Studie gemacht wurde.

4. **Design**

Quasi-experimentelles Prä-Post Design ohne Kontrollgruppe.

5. **Stichprobe**

114 Teilnehmer mulitdisziplinärer Fachpersonen. Keine Ein- und Ausschlusskriterien. Nur 60 füllten den Vor- und nur noch 27 den Nach-Simulationsfragebogen aus.

6. **Datenerhebung**

Fragebogen vor- und nach der Simulation wurden anonymisiert mit REDCap ausgewertet. Es wurde Wissen über TIC, Komfort im Gespräch mit Patienten:innen und über motivierende Gesprächsführung erhoben. Fragebögen wurden nicht validiert

7. **Ethische Diskussion**

Das Projekt wurde vom institutionellen Prüfungsausschuss als Qualitätsverbesserung angesehen. Da die Studie keine Forschung an Menschen darstelle wurden sie freigestellt. Sie holten sich aber die Zustimmung zur Verwendung der anonymisierten Daten ein.

8. **Datenanalyse**

Prä- und Post Simulationsanalyse der 27 gepaarten Fragebögen. Mittels Mc-Nemar-Tests und T-Tests und Binomilatests.

9. **Ergebnisdarstellung**

Die Ergebnisse wurden klar dargestellt, beziehen sich auf die Fragestellung und werden mittels Signifikanzwert eingeschätzt.

10. **Diskussion und Schlussfolgerung**

Die Ergebnisse wurden diskutiert und als Praxisnahe Möglichkeit dargestellt um TIC in der Geburtshilfe zu trainieren. Es wird als Schlussfolgerung nachvollziehbar beschrieben, dass Simulationen ein effektives Instrument sein können um TIC in der Geburtshilfe zu verankern. Die Einschränkungen werden durch die geringe Anzahl der ausgefüllten Fragebögen und die fehlende Kontrollgruppe und die fehlenden Ein-Ausschlusskriterien bei der Selektion aufgezeigt.

11. **Literaturangaben**

Die Literatur ist vollständig, relevant und aktuell.

9 Zusammenfassung Studien

Studie1: "*An interpretative phenomenological analysis of the experience of couples' recovery from the psychological symptoms of trauma following traumatic childbirth"*

Zusammenfassung der Studie: Analyse der Erfahrungen von 6 Paaren nach einer traumatischen Geburt. Der Fokus liegt auf dem Erholungsprozess der Paare nach dem traumatischen Ereignis. Es wurden 4 Themen identifiziert: «we need validation», «feeling paper thin", "this is a system failure" und "Bith trauma is always going to be a part of you". TIP Integration unterstützt Eltern im Genesungspozess.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Prolembeschreibung Geburtstraumata betreffen viele Mütter und deren Partner. Sie werden aber selten erkannt. Die fehlende Anerkennung kann langfristige Folgen haben. **Forschungsfrage** Wie erholen sich Paare nach einer traumatisch erlebten Geburt? Was hilft und unterstützt sie dabei, was behindert? **Bezugsrahmen** Interpretative Phänomenologische Analyse	**Design** Qualitativ interpretative Phenomenologische Analyse **Methode** Onlineinterviews (1.5-2h) mit thematischer Analyse **Stichprobe** Paare, die ein Geburtstrauma erlebt haben (n=6 Paare) **Datenerhebung/Messverfahren** Vertiefte online Interviews via Teams, Semi-strukturiert **Datenanalyse** Datenerhebung aus den Themen. Triangulation **Ethik** NHS-Ethikbewilligung, schriftliche Einwilligung, Anonymisierung, Möglichkeit zum Abbruch.	Es wird nach einer Bestätigung gesucht, die weder durch das Gesundheitspersonal noch die Familie erfolgte. Dadurch ging das Vertrauen in das Gesundheitssystem aber auch in die eigene Person und die Rolle als Mutter, Vater oder Paar verloren. Das fehlende Vertrauen führte dazu, dass keine Hilfe angenommen wurde oder das Trauma verdrängt wurde. Es wurde über die Wichtigkeit berichtet, die systemische Genesung des Paares zu stärken. Zeichen einer Genesung waren die Sehnsucht nach Normalität und das Finden der neuen Identität. Es wird von posttraumatischem Wachstum gesprochen, das die positive Veränderung nach einem Traumaereignis beschreibt.	**Diskussion/ Interpretation der Ergebnisse** Das Leiden der Paare war stark verknüpft mit der Reaktion des Gesundheitssystems. Anerkennung, Kontrolle und therapeutische Unterstützung waren zentrale Faktoren für die Erholung. **Limitationen** Nur eine kleine Stichprobe von 6 Paaren. Selbstselektion. Kein Screening auf PTBS **Schlussfolgerungen/Praxisbezug** Die Förderung von TIP wird in der Geburtshilfe empfohlen und verbessert die psychische Gesundheit der Paare. Es sollten Paare statt nur die Mütter in die Versorgung einbezogen werden.

Studie 2: "*Trauma-informed support after a complicated childbirth – An early intervention to reduce symptoms of post-traumatic stress, fear of childbirth and mental illness.*"

Zusammenfassung der Studie: Überprüfung, ob ein Trauma-informiertes Unterstützungsprogramm (PFA) die postpartale Belastung verringert.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problembeschreibung Komplizierte Geburten erhöhen das Risiko für PTBS-Symptome, Angst und Depressionen, sowie Angst vor der Geburt (FOC). Wirksame Interventionen sind noch nicht bekannt und geklärt. **Forschungsfrage** Reduziert ein Trauma-informiertes Supportprogramm (PFA) post-traumatischen Stress, Angst und Depressionen und FOC? **Bezugsrahmen** Psychological First Aid und Trauma-informierte Pflege in der postpartalen Versorgung	**Design** Qualitativer Querschnittsvergleich: Intervention vs. Routineversorgung **Methode** Einsatz PFA-basiertes Programm, mündliche und schriftliche Psychoedukation, Kontinuität im Wochenbett und Follow-up Anrufe. **Stichprobe** n=101 Frauen mit komplizierter Geburt. **Datenerhebung/Messverfahren** Posttraumatisches Stresssymptom (IES-R) FOC (Angst vor der Geburt): W-DEQ B Angst/ Depression (HADS) **Datenanalyse** Mann-Withney-U-Test, Chi-Quadrat-Test, exakter Fisher-Test, $p<0.05$ **Ethik** Ethikkommission Linköping, schriftliche Einverständnis	Bewertung der PTBS bei mittlerem Stressniveau: IEA-R: signifikant niedriger in der Interventionsgruppe. Anteil der Frauen mit hohem Stressniveau (IES-R> 30): 12% bei der Interventionsgruppe, 26% bei der Kontrollgruppe. Verbesserung aber keine Signifikanz. (Grund: Anzahl Studienteilnehmer mit hohem Stresslevel n=20) oder Zeichen, dass zusätzlich zu PAF noch stärkere therapeutische Massnahmen nötig wären. FOC (W-DEQ B): keine signifikanten Gruppenunterschiede HADS-Depression/ Angst: seltener bei der Interventionsgruppe aber keine Signifikanz.	**Diskussion/ Interpretation der Ergebnisse** Früh implementierte PFA reduziert eine mittlere posttraumatische Belastung. Es gibt Anzeichen, dass sie auch ein hohes Stresslevel minimieren. Es fehlen die Effekte auf FOC, Angst und Depressionen. Es bräuchte gezielte FOC-Bausteine in der Intervention. **Limitationen** Nicht randomisiert. Grosses Zeitfenster. Kleine Stichprobe für Signifikanzberechnung. Keine bestehenden Messungen vor der Geburt. **Schlussfolgerungen/Praxisbezug** Trauma-informiertes Supportprogramm nach einer komplizierten Geburt kann postpartale Stresssymptome deutlich senken. Sie empfehlen die Schulung des Personals via TIC, standardisierte Frühinterventionen und Follow-ups.

Studie 3: "*Maternal-Child Health Outcomes from Pre- to Post-Implementation of a Trauma-Informed Care Initiative in the Prenatal Care Setting: A Retrospective Study".*

Zusammenfassung der Studie: Retrospektive Aktenreview vor und nach der Einführung eines Trauma-informierten Programms. Einen Hinweis aber keinen signifikanten Effekt auf die Gesundheit in der Schwangerschaft der Mütter aber eine Verbesserung der Geburtsergebnisse nach TIP-Einführung.

Einleitung	**Methode**	**Ergebnisse**	**Diskussion**
Problembeschreibung Hohe Prävalenz von ACE-Traumas, wenig Belege für den Nutzen von TIP in der Schwangerschaft. **Forschungsfrage** Verringert TIP Schwangerschaftsrisiken und oder verbessert TIP die Geburtsergebnisse im Vergleich zur Standardversorgung? **Bezugsrahmen** TIP- Prinzipien von SAMHSA, Literatur zu ACE`s	**Design** Retrospektive Kohortestudie **Methode** n=601 Schwangere **Datenerhebung/Messverfahren** Vor-Nachher Vergleich von Maternale Risiken und Geburtsergebnisse/Säuglings-Outcomes **Datenanalyse** Deskriptivstatistik, T-Test/Chi-Quadrat-Test, Signifikanzniveau p<0.05. **Ethik** Genehmigung REB (Universität Calgary). Nur Archivdaten	Nach der Einführung von TIP zeigten sich keine Gruppenunterschiede bei den maternalen Risiken p=0.15 Jedoch zeigte sich ein signifikant besseres Säuglings-Outcome und weniger Frühgeburten p=0.046	**Diskussion/ Interpretation der Ergebnisse** TIP zeigt keinen Effekt auf maternale Schwangerschaftsrisiken aber Vorteile fürs Säuglings-Outcome. Es wurde kein Schaden durch ACE Fragen zugefügt. **Limitationen** Retrospektive Studie, Studie in einer Geburtsklinik mit niedrigem Risiko, keine vollständigen Screenings (14% lehnten das ACE-Screening ab). **Schlussfolgerungen/Praxisbezug** Die Implementierung von TIP und die Abfrage von ACE`s und das Screening zur psychischen Gesundheit zeigte keinen Unterschied in der Gesundheit der Schwangeren, jedoch eine Verbesserung der Geburtsergebnisse. Weitere Forschung ist nötig.

Studie 4: "*Women`s experiences of trauma, the psychosocial impact and health service needs during the perinatal period".*

Zusammenfassung der Studie: Qualitative Interviews (Grounded Theory) mit 9 Frauen zu traumabezogenen Erfahrungen, die psychosozialen Auswirkungen und der Versorgungsbedarf. Vorbestehende Traumata prägen die Erfahrungen stark. Soziale Unterstützung schützt. Es gibt viele Barrieren beim Zugang zu psychischer und medizinischer Hilfe. TIP wirkt unterstützend in der Verarbeitung und der Möglichkeit Hilfe zu bekommen.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problembeschreibung Es gibt eine hohe Belastung durch Traumas aber wenig Wissen dazu. **Forschungsfrage** Über welche psychischen Erfahrungen berichten Frauen mit Traumata? Welche Versorgungslücken nennen sie? **Bezugsrahmen** Trauma Definition, TIP-Konzept	**Design** Qualitative Studie, Grounded Theory **Methode** Semi-strukturierte Interviews über Zoom und Screeningfragebögen (EPDS, PASS, PCL-5) **Stichprobe** (n = 9), (1x schwanger, 8 postpartal 25-39j) **Datenerhebung/Messverfahren** Semi-strukturierte Zoom-Interviews, Dauer 60-90Min, Audio- Transkript, Feldnotizen. Screening: EPDS, PASS, PCL-5/LEC-5 **Datenanalyse** Grounded Theory **Ethik** Uni-Ethikfreigabe und schriftliche Einwilligung. Vorsorge für die Teilnehmer bei Auslösung von Stress durch die Studie.	Es gibt 5 Hauptthemen, welche mittels der Grounded-Theory beleuchtet wurden: Die Wichtigkeit von sozialer Unterstützung und die damit verbundene Anerkennung des Traumas und der Möglichkeit Ressourcen für die Traumabewältigung freizusetzen. Die Rolle des Traumas im Leben einer Frau und der entstehende Druck alles «richtig» zu machen und «normal» zu sein. Die Barriere Hilfe zu bekommen geprägt durch Stigmatisierung, zu wenigen Informationen und zu wenig Ressourcen im Unterstützungsangebot. Die speziellen Bedürfnisse von Frauen mit Trauma in der Lebensgeschichte. Deren Bedürfnis verstanden und ernstgenommen zu werden und ihre eigenen Entscheidungen treffen zu können. Sowie dem Bedürfnis nach mehr Fokus auf der psychischen Gesundheit.	**Diskussion/ Interpretation der Ergebnisse** Traumata wirken sich stark auf die die psychische Gesundheit in der Perinatalzeit aus. TIP deckt sich mit den Bedürfnissen und wird eingefordert. Der Fokus auf die psychische Gesundheit wird vernachlässigt. Zusätzlich gestehen sich Frauen ihre Bedürfnisse nicht ein (Stigmata). Sie haben einen erschwerten Zugang zu professioneller Hilfe. Es fehlt an Informationen, auch an Angeboten. Dadurch erhalten/ fordern die Frauen keine Hilfe, selbst wenn sie sie benötigen. **Limitationen** Geringe Stichprobe. Rekrutierung nicht über Kliniken. Homogene Gruppe. **Schlussfolgerungen/Praxisbezug** Systematische Integration von TIP. Einbindung des Partners und niederschwellige psychische Angebote werden gefordert.

Studie 5: "*Trauma-Informed Psychosocial Screening and Care Planning: A Patient-Centered Improvement Project in a Midwife Clinic".*

Zusammenfassung der Studie: In einer Hebammenambulanz wurde untersucht, ob ein traumainformiertes Screening und die Anpassung eines traumainformierten Versorgungsprozesses, die Erkennung von Traumata und PTBS verbessern kann und wie es im Klinikalltag umsetzbar ist.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problembeschreibung Traumatische Erfahrungen in der Schwangerschaft sind häufig, werden aber in der Klinik kaum erkannt. Dies führt zu einer unzureichenden Versorgung. **Forschungsfrage** Kann die Einführung einer traumainformierten psychosozialen Versorgung die Erkennung von Traumata und PTBS verbessern und wie lässt es sich in den Alltag integrieren? **Bezugsrahmen** Traumainformiertes Versorgungsmodell nach SAMHSA. Patientenzentrierter Versorgungsansatz des Institutes of Medicine.	**Design** Qualitätsverbesserungsprojekt nach Plan-Do-Study-Act. **Methode** Implementierung von traumainformiertem Screening und einem Versorgungsplan in einer universitären Hebammenambulanz. **Stichprobe** n=219 Patientenkontakte über 8 Wochen in einer Hebammenambulanz innerhalb eines tertiärem Versorgungszentrums. **Datenerhebung/ Messverfahren** Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD) validiert. Fragen der ACOG zu Gewalt. Dokumentationsprüfung, Teamfeedback und Arbeitsbelastung **Datenanalyse** Deskriptive Analyse. Verlaufsdiagramme und Feldnotizen und Mitarbeiterbefragungen **Ethik** Die Studie wurde durch das International Review Board (IRB) der University of Michigan geprüft und als qualitätsverbessernd eingestuft.	Der Anteil der Frauen, die ihre Traumata beschrieben, stieg deutlich von 5% auf 30%. Die Erkennung von PTBS stieg von 0% auf 7%, was der Prävalenz in der Bevölkerung entspricht. Die Dokumentation der gemeinsam gewählten Behandlungspläne zwischen Hebamme und Patientin nahm von 8% auf 67% zu. Die Arbeitsbelastung wurde vom Personal als zumutbar und sinnvoll bewertet.	**Diskussion/ Interpretation der Ergebnisse** Ein Traumainformiertes Screening verbessert die Erkennung von Traumata und PTBS deutlich. Die Prinzipien von TIP wurden dafür in den Tagesablauf integriert, was das Vertrauen und die Offenheit der Patientinnen förderte. Für die Care-Planung braucht es noch mehr Training und einfache alltagstaugliche Tools, obschon bereits Fortschritte erzielt wurden. **Limitationen** Durchführung hat nur in einer Klinik stattgefunden. Die Projektleiterin war eine Mitarbeiterin vor Ort (Beeinflussung der Mitarbeiter möglich). Es wurde nur die Dokumentation geprüft für die Care-Planung. **Schlussfolgerungen/Praxisbezug** Traumainformierte psychosoziale Versorgung kann mit einfachen, praxisnahen Massnahmen umgesetzt werden. Screening und Care-Planning verbesserten die Erkennung von Traumata und PTBS. Mit kleinen Massnahmen kann die Versorgungsqualität bereits deutlich gesteigert werden.

Studie 6: "*A Multidisciplinary Standadized Patient Simulation for Using Trauma-Informed Care for Pregnant Patients"*

Zusammenfassung der Studie: Eine Simultaitonsübung ist eine Erfolgreiche Methode um Fachpersonen im Wissen über Traumata und im Umgang mit Patient:innen mit Traumata zu betreuen. Da auch Fachpersonen Traumata im Umgang mit Patient:innen erleben, kann auch ihr Komfort gebessert werden.

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Problembeschreibung Viele Schwangere Frauen haben Traumata in ihrer Vorgeschichte. TIP ist ein wichtiger Ansatz aber strukturierte Trainings für Fachpersonal fehlen. **Forschungsfrage** Kann eine Simulationsübung das Wissen und den Komfort bei einer traumainformierten Betreuung verbessern? **Bezugsrahmen** TIP-Prinzipien von (SAMHSA), Simulationstraining	**Design** Quasi-experimentelles Prä- und Post-Design **Methode** Simulation einer standardisierten Patientensituation für multidisziplinäre Gesundheitsfachleute. Debriefing und Fragebögen vor und nach der Simulation **Stichprobe** 114 Teilnehmende aber nur 60 füllten den ersten Fragebogen und nur 27 den zweiten Fragebogen aus. **Datenerhebung/Messverfahren** Fragebogen zu Wissen und Komfort im Umgang mit Trauma bei Patienten:innen. Likert-Skalen zur Selbsteinschätzung. **Datenanalyse** T-Tests für die Wissensscores, McNemar-Test und binomiale Test, Deskriptive Statistik **Ethik** Einstufung als Qualitätsverbesserung durch den Institutionellen Prüfungsausschuss. Zustimmung zur Verwendung der Antworten.	Das Wissen über Traumata, TIP und den Umgang mit betroffenen Patienten:innen verbesserte sich signifikant (p=0.001) Die Teilnehmenden fühlten sich sicherer im Umgang mit Patienten:innen mit traumatischer Erfahrung, jedoch ohne Signifikanz p=0.13 Mehr Teilnehmende konnten TIP- Prinzipien und Wissen zur motivierender Gesprächsführung korrekt benennen.	**Diskussion/ Interpretation der Ergebnisse** Die Simulation ist eine sinnvolle Methode, um TIP in der Geburtshilfe zu trainieren Es gibt positive Effekte auf das Wissen und die Selbstsicherheit des Personals im Umgang mit Traumata. Fachpersonal ist geprägt von erlebten Traumata, die Einfluss auf ihre zukünftige Arbeit haben können. **Limitationen** Kleine Stichprobe (nur 27 vor-nachher Fragebögen) Simulation wurde nur einmal durchgeführt. Simulation ist nicht überall anwendbar oder übertragbar. **Schlussfolgerungen/Praxisbezug** Simulationen können Fachpersonen auf TIP vorbereiten , wodurch die Versorgung der Patienten aber auch der eigene Komfort verbessert wird. Das Konzept kann auf andere Kliniken übertragen werden und fördert die Versorgung.