Der Tod eines Kindes rund um die Geburt

Was die Forschung über Fehlgeburt, Totgeburt und Neugeborenentod zeigt



Wissenschaftliche Grundlage der SGVE · Nr. 9

Wenn ein Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder kurz danach stirbt, wird die Trauer der Eltern im Umfeld oft nicht in ihrer ganzen Bedeutung erkannt. Dieses Papier zeigt, was die Forschung über diesen Verlust und über gute Begleitung sagt.

Von Betroffenen für Betroffene

SGVE
Schweizerische Gemeinschaft verwaister Eltern

Das Wichtigste in Kürze

> **Der Tod eines Kindes rund um die Geburt ist der Tod eines Kindes. Wie lange es gelebt hat, sagt nichts darüber aus, welche Bedeutung es für seine Eltern hat.**

Wenn ein Kind während der Schwangerschaft, bei der Geburt oder kurz danach stirbt, treffen Elternschaft und Verlust oft unmittelbar aufeinander. Viele Eltern haben ihr Kind erwartet, sich auf sein Leben eingestellt und ihm längst einen Platz gegeben, in der Familie und in ihren Vorstellungen von der Zukunft. Gleichzeitig gibt es oft nur wenige gemeinsame Erinnerungen mit anderen Menschen. Vieles von der Beziehung zu diesem Kind kennen vor allem die Eltern selbst.

Das kann die Trauer zusätzlich erschweren. Viele Eltern erleben, dass ihr Verlust kleiner gemacht wird, weil ihr Kind nur kurz oder gar nicht ausserhalb des Mutterleibs gelebt hat. Sie hören, dass sie noch jung seien, es wieder versuchen könnten oder ein früher Verlust leichter zu verkraften sei. Solche Reaktionen können verletzen und dazu führen, dass Eltern an der Berechtigung ihrer eigenen Trauer zweifeln.

Die seelische Belastung nach einem solchen Verlust kann sehr gross sein. Im Durchschnitt nehmen depressive und traumatische Beschwerden im Lauf des ersten Jahres ab. Gleichzeitig bleibt ein Teil der Eltern auch nach längerer Zeit stark belastet. Lang anhaltende Trauer ist deshalb nicht automatisch ein Zeichen dafür, dass etwas falsch läuft. Wenn die Belastung das Leben über längere Zeit stark einschränkt, kann fachliche Unterstützung sinnvoll sein.

Für Eltern, die ein Kind rund um die Geburt verloren haben

Ihre Trauer braucht keine Rechtfertigung. Wie lange Ihr Kind gelebt hat, sagt nichts darüber aus, wie sehr es zu Ihnen gehört. Wenn andere Ihren Verlust kleiner machen, verändert das nichts an der Bedeutung Ihres Kindes.

Es gibt keinen festen Zeitplan. Im Durchschnitt nimmt die Belastung mit der Zeit ab. Bei einem Teil der Eltern bleibt sie lange schwer. Beides ist in der Forschung beschrieben.

Sie dürfen selbst entscheiden, wie Sie sich verabschieden. Ihr Kind zu sehen oder zu halten und Fotos oder Erinnerungsstücke zu behalten, sind Möglichkeiten und keine Pflichten. Lassen Sie sich informieren und nehmen Sie sich, soweit möglich, Zeit für Ihre Entscheidung.

Sie und Ihr Partner oder Ihre Partnerin müssen nicht gleich trauern. Wie Trauer gezeigt wird, kann sehr verschieden sein. Der andere Elternteil wird zudem häufig weniger direkt nach dem eigenen Befinden gefragt.

Sie dürfen auch später Unterstützung suchen. Wenn Sie nach Monaten oder Jahren merken, dass Sie mehr Begleitung brauchen, ist das kein Rückschritt.

Besonders sorgfältig muss mit der Frage umgegangen werden, ob Eltern ihr verstorbenes Kind sehen oder halten möchten und ob sie Fotos oder andere Erinnerungsstücke wünschen. Die Forschung hat dazu über Jahrzehnte unterschiedliche, teilweise gegensätzliche Befunde

hervorgebracht. Heute lässt sich vor allem eines sagen. Es gibt keine Entscheidung, die für alle Eltern richtig ist. Wichtig sind eine verständliche Information, echte Wahlmöglichkeiten, genügend Zeit und eine Begleitung, die weder zum Kontakt drängt noch davon abrät. In einer prospektiven Untersuchung bereuten Eltern ihre Entscheidung später selten, unabhängig davon, ob sie ihr Kind gehalten hatten oder nicht.

Der jeweils andere Elternteil, häufig der Vater, gerät dabei leicht aus dem Blick. Er wird oft weniger direkt nach dem eigenen Befinden gefragt und stellt die eigene Trauer teilweise zurück, um die Mutter zu unterstützen oder Organisatorisches zu übernehmen. Auch Geschwister werden in Forschung und Versorgung deutlich seltener berücksichtigt. Wie sie ein Kind betrauern, das sie vielleicht kaum oder gar nicht kennenlernen konnten, ist bisher nur wenig untersucht.

Viele Frauen werden nach einem solchen Verlust erneut schwanger. Diese Schwangerschaft ist häufig von Angst, Anspannung und der Sorge begleitet, dass sich der Verlust wiederholen könnte. Solche Reaktionen sind nachvollziehbar und in Studien auch körperlich messbar. Zum zeitlichen Abstand gibt es einen entlastenden, aber begrenzten Befund. Eine grosse Studie nach Totgeburt fand auch bei einer erneuten Schwangerschaft innerhalb von drei Monaten kein erhöhtes Risiko für die untersuchten ungünstigen Schwangerschafts- und Geburtsverläufe. Daraus folgt jedoch kein allgemein richtiger Zeitpunkt für eine neue Schwangerschaft. Medizinische Voraussetzungen und das eigene Empfinden können unterschiedlich sein.

Über viele Studien hinweg werden ähnliche Merkmale guter Begleitung beschrieben. Eltern möchten, dass ihr Kind als Kind anerkannt wird, dass sein Name ausgesprochen werden darf und dass andere zuhören, ohne den Verlust kleinzureden. Sie brauchen Fachpersonen, die Wahlmöglichkeiten erklären und Entscheidungen begleiten, statt Vorgaben zu machen. Und sie brauchen die Möglichkeit, auch später wieder Unterstützung zu finden. Gute Begleitung nimmt die Trauer nicht weg. Sie kann aber dazu beitragen, dass Eltern mit ihr nicht allein bleiben.

Was die Forschung zeigt

Dieser Teil fasst den Stand der ausgewerteten Forschung zusammen. Er richtet sich an Betroffene und an Fachpersonen, die genauer verstehen möchten, worauf die Aussagen dieses Papiers beruhen. Die wörtlichen englischen Zitate stammen aus den Originalarbeiten.

Der Forschungsstand auf einen Blick

Fragestellung

Wie belastend ist der Tod eines Kindes vor, während oder kurz nach der Geburt, welche Verläufe nimmt die Trauer, und welche Formen der Begleitung sind in der Forschung als hilfreich oder als schädlich beschrieben?

Evidenzbasis

Die Befunde stammen überwiegend aus qualitativen Studien und Übersichtsarbeiten. Hinzu kommen wenige Längsschnitt-, Kohorten- und Registerstudien sowie einzelne randomisierte Interventionsstudien. Ein erheblicher Teil des Materials ist älter als zehn Jahre, und mehrere der methodisch stärksten Einzelbefunde stammen aus den Neunziger- und frühen Zweitausenderjahren.

Zentrale Erkenntnisse

Auffällige Depressions- und posttraumatische Belastungssymptome treten im ersten Jahr nach dem Verlust deutlich häufiger auf als nach einer Lebendgeburt. Im Durchschnitt klingt die Belastung ab, bei einem beträchtlichen Teil der Eltern bleibt sie jedoch über Jahre bestehen. Die fehlende gesellschaftliche Anerkennung des Verlusts hängt messbar mit der Schwere der Trauer zusammen. Die Schwangerschaft nach einem Verlust ist eine eigene, auch körperlich messbare Phase erhöhter Verletzlichkeit.

Bedeutung für die Praxis

Die Befunde sprechen für eine Begleitung, die das Kind und die Elternschaft anerkennt, echte Wahlmöglichkeiten eröffnet und über die ersten Wochen hinaus erreichbar bleibt. Eine Metaanalyse randomisierter Studien zeigt für gezielte nichtmedikamentöse Angebote Verbesserungen, zugleich sind die Effekte einzelner Angebote oft klein und ihre Dauerhaftigkeit nur begrenzt belegt.

Wie schwer die Belastung wiegt

Der perinatale Verlust umfasst ein Spektrum vom frühen Schwangerschaftsverlust über die Totgeburt bis zum Tod eines Neugeborenen sowie den Abbruch nach einer schweren Diagnose. Diese Situationen unterscheiden sich in vielen Einzelheiten, für mehrere Verlustformen werden jedoch hohe seelische Belastungen berichtet. Eine Untersuchung fand bei Fehlgeburt, Totgeburt und Neugeborenentod depressive Werte weit über der klinischen Schwelle, mit Mittelwerten zwischen 25,2 und 29,6 gegenüber einem üblichen Schwellenwert von 16. Der Unterschied war statistisch signifikant mit $p < 0{,}001$, *Participants in all three groups (miscarriage, stillbirth, and neonatal death) reported significantly higher mean CES-D scores (range 25.2-29.6, $p < .001$) than the traditional cutoff score of 16* (Hutti 2014).

Begriffserklärung

Aberkannte Trauer. Als aberkannt gilt eine Trauer, der das Umfeld die Berechtigung abspricht, weil die Beziehung, der Verlust oder die trauernde Person gesellschaftlich nicht als trauerwürdig gelten. Beim Tod eines Kindes rund um die Geburt geschieht das besonders häufig, weil andere Menschen das Kind nie erlebt haben und die Dauer seines Lebens fälschlicherweise als Mass für die Schwere des Verlusts genommen wird.

Anhaltende Trauerstörung. Damit bezeichnet die Fachliteratur eine Trauer, die über längere Zeit unvermindert schwer bleibt und die Lebensführung erheblich beeinträchtigt. Sie ist nicht einfach eine besonders tiefe Trauer, sondern ein eigenes Beschwerdebild mit anhaltender Sehnsucht, starker seelischer Not und dem Gefühl, das eigene Leben nicht weiterführen zu können. Sie ist behandelbar.

Die Grössenordnung dieser Belastung ist in mehreren Arbeiten beziffert. Eine bevölkerungsbasierte Längsschnitterhebung verglich 377 Mütter nach einem perinatalen Verlust mit 232 Müttern nach einer Lebendgeburt. Sie fand bei den betroffenen Frauen eine annähernd vierfach erhöhte Chance eines auffälligen Depressionsbefunds und eine siebenfach erhöhte Chance eines auffälligen Befunds für posttraumatische Belastung (Gold 2016). Dieselbe Erhebung hält fest, dass nur eine Minderheit der auffällig getesteten Frauen überhaupt eine psychiatrische Behandlung erhielt, *A minority of screen-positive women were receiving any type of psychiatric treatment* (Gold 2016). Diese Grössenordnung wird seither breit weitergegeben, unter anderem in einem elternnahen Übersichtsbeitrag, der sie auf das Jahr nach einer Totgeburt oder einem Neugeborenentod bezieht, *In the year following stillbirth or neonatal death, mothers have a four-fold increase in depression and a seven-fold increase in post-traumatic stress disorder compared to mothers after a live birth* (Todorović 2025). Eine Übersichtsarbeit zur posttraumatischen Belastung kommt auf einen ähnlichen Bereich und beziffert den Anteil der Frauen, die nach einem perinatalen Verlust eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln, mit bis zu 39 Prozent, *up to 39% of women who experience perinatal bereavement proceed to develop Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD)*. Nach einer gewöhnlichen Geburt liegt derselbe Wert bei 4 bis 17 Prozent (Hollins Martin 2023). Ein systematischer Review von 46 Arbeiten aus 31 Studien ordnet diese Belastung zusätzlich ein. Die posttraumatischen Symptome unterschieden sich kaum danach, ob das Kind vor, während oder nach der Geburt starb, *PTSD symptoms were not found to differ much depending on whether the death occurred prior to, during, or following birth*, und auch das Schwangerschaftsalter hing nicht durchgängig mit der Schwere zusammen, *nor was gestational age consistently associated with PTSD severity* (Christiansen 2017). Dieselbe Arbeit hält fest, dass ein Teil dieser Verluste die strengen diagnostischen Kriterien des DSM-5 nicht erfüllt, obwohl die Betroffenen Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und der Übererregung zeigen, *it is problematic that not all types of infant loss resulting in sufficient symptoms of re-experiencing, avoidance, and arousal can elicit a DSM-5 PTSD diagnosis* (Christiansen 2017). In diesem Review zeigte sich damit kein konsistenter Zusammenhang der posttraumatischen Belastung mit dem Zeitpunkt des Todes oder dem Schwangerschaftsalter. Auch als Verlust an Lebensqualität lässt sich die Belastung fassen. Eine englische Erhebung führt die gemessene Einbusse nach einem perinatalen Tod ausdrücklich auf Angst und Depression zurück und leitet daraus den Bedarf an psychischer Unterstützung ab, *Mental health support following perinatal bereavement is especially important* (Camacho 2024).

Zur zeitlichen Entwicklung liegen zwei unterschiedliche, aber miteinander vereinbare Befundmuster vor. Eine gematchte Registerkohorte zeigt für Mütter nach dem Tod eines Säuglings deutlich erhöhte Raten psychiatrischer Diagnosen, mit einer fast fünffach erhöhten Rate für Depression (RR = 4,94), einer gut zweifach erhöhten für Angststörungen (RR = 2,21) und einer gut

dreifach erhöhten für die Einnahme von Psychopharmaka (RR = 3,18), jeweils in den ersten sechs Monaten nach dem Tod, *Relative rates (RR) of depression (RR = 4.94), anxiety (RR = 2.21), and psychotropic medication use (RR = 3.18) were highest in the 6 months after the child's death* (Wall-Wieler 2018). Im Mittel klingen diese erhöhten Raten innerhalb eines Jahres wieder ab (Wall-Wieler 2018). Dieser Durchschnitt verdeckt jedoch eine erheblich belastete Minderheit. Eine prospektive Kohorte zur anhaltenden Trauerstörung fand, dass die Raten im zweiten Jahr nach dem Verlust nicht sinken, sondern steigen und sich nach drei Jahren über alle untersuchten Gruppen hinweg bei rund 40 Prozent einpendeln (Goldstein 2019). Eine Längsschnittstudie an Eltern nach dem Tod eines Kindes auf der Intensivstation fand ebenfalls, dass etwa ein Drittel auch nach längerer Zeit Symptome klinischer Depression oder posttraumatischer Belastung zeigte (Hawthorne 2016). Wann sich abzeichnet, wer zu dieser Minderheit gehört, untersuchte eine ältere Längsschnittstudie an 194 Müttern nach Totgeburt, Neugeborenentod oder plötzlichem Kindstod im Vergleich mit 203 Müttern lebender Kinder. Wer zwei Monate nach dem Verlust nicht belastet war, wurde es später selten, wer nach acht Monaten noch belastet war, blieb es meist, *Bereaved mothers who were not distressed soon (2 months) after the loss were unlikely to become so later, but those who were still distressed at 8 months were likely to remain so subsequently* (Boyle 1996a). Der durchschnittliche Rückgang der Belastung lässt damit keine Entwarnung für die einzelne Familie zu.

Zwischen Müttern und Vätern zeigen sich im Durchschnitt Unterschiede in der gemessenen Belastung. Mehrere ältere Längsschnittstudien berichten höhere Werte bei den Müttern, während sich die zeitlichen Verläufe zwischen den Studien unterscheiden. In einer dieser Studien waren Mütter zu allen Messzeitpunkten signifikant depressiver als Väter, *Mothers were significantly more depressed than fathers at all time points* (Dyregrov 1991). Die Symptome bilden sich zudem unterschiedlich schnell zurück. Bei Müttern nahm die Trauer zwischen dem dritten und dem dreizehnten Monat ab, bei Vätern bereits zwischen dem dritten und dem sechsten, *Grief decreased from 3 to 13 months for mothers and from 3 to 6 months for fathers* (Youngblut 2017). Bei Müttern liessen sich erhöhte Angst- und Depressionswerte gegenüber Vergleichsgruppen bis zu dreissig Monate nach dem Tod des Kindes nachweisen (Vance 1995). Eine aktuelle Erhebung bestätigt diese Richtung. Bei den Ausgangswerten lagen die Werte der Mütter über denen der Väter, wobei die Effektgrössen klein bis mittelgross waren, *Baseline results showed higher scores for mothers compared to fathers, with effect sizes ranging from small to medium* (De Vincenzo 2024). Diese Befunde erlauben nicht den Schluss, dass Väter grundsätzlich weniger trauern. Sie zeigen vielmehr Unterschiede in den gemessenen Symptomen und im zeitlichen Verlauf, wobei die verwendeten Instrumente die Trauer von Männern möglicherweise nicht vollständig erfassen.

Die Belastung bleibt nicht auf das seelische Erleben beschränkt. Eine Längsschnittanalyse an Eltern nach dem Tod eines Kindes auf der Neugeborenen- oder Kinderintensivstation dokumentierte mehrere hundert akute Erkrankungen und Behandlungen und benennt zwei Zeitfenster, in denen die körperliche Gesundheit der Eltern besonders beobachtet werden sollte, die ersten sechs Monate und der elfte bis dreizehnte Monat nach dem Tod. Die Autorenschaft empfiehlt, Interventionen gezielt auf diese Zeitfenster auszurichten, *Parents' health needs to be monitored in months 1 to 6 and months 11 to 13, and interventions targeted to parents in these months* (Brooten 2018a). Das zweite Fenster fällt mit dem ersten Todestag zusammen.

Warum diese Trauer oft nicht anerkannt wird

Der Tod eines Kindes rund um die Geburt gilt als besonders typischer Fall aberkannter Trauer. Ein qualitativer systematischer Review hält fest, dass die Trauer nach einem Schwangerschaftsverlust von Familie, Freundeskreis und

Arbeitskolleginnen geleugnet oder kleingeredet wird und sich dadurch die soziale Isolation der Eltern verstärkt, *Grief resulting from pregnancy loss is also considered to be a disenfranchised grief, denied and minimized by family members, friends, or colleagues of the bereaved, thus increasing their social isolation* (Ribeiro 2025). Dieselbe Arbeit benennt einen zweiten Grund für die Schwere des Verlusts. Weil er meist plötzlich und ohne Vorzeichen eintritt, fehlt jede Möglichkeit, sich seelisch darauf vorzubereiten oder rechtzeitig Hilfe zu organisieren (Ribeiro 2025).

Die fehlende Anerkennung greift die Elternidentität selbst an. Eine qualitative Studie an Müttern, die ihr Kind durch den plötzlichen Kindstod verloren hatten, beschreibt das Zusammenwirken von drei Erfahrungen, dem Gefühl, das Kind nicht geschützt zu haben, der Ungewissheit eines medizinisch ungeklärten Todes und abweisenden Reaktionen des Umfelds. Zusammen untergraben sie die mütterliche Identität, *the undermine of maternal identity is likely to be intensified due to the perceived failure to protect the infant, the ambiguity of a medically unexplained death, and often the dismissive societal responses* (Kartaginer 2025). Der Wiederaufbau dieser Identität verläuft nach derselben Arbeit nicht geradlinig, sondern in Wellen zwischen einem zerrissenen und einem wieder zusammengefügten Selbstbild (Kartaginer 2025).

Die grösste Skalenstudie im ausgewerteten Material zeigt einen messbaren Zusammenhang zwischen fehlender Anerkennung und der Schwere der Trauer. Eine Mehrheit von 54 Prozent der befragten Mütter nach einer Totgeburt erlebte Stigmatisierung. Bei 80 Prozent von ihnen überwog Selbststigma in Form von Selbstvorwürfen und Scham, *Results of the Stillbirth Stigma Scale indicated that a majority (54%) of bereaved mothers experienced stigma. Self-stigma was the predominant type of stigma experienced (80%)* (Pollock 2021). Höhere Stigmawerte gingen mit einem geringeren Selbstwertgefühl ($r (877) = -0{,}304$, $p < 0{,}001$), weniger wahrgenommener sozialer Unterstützung ($r (871) = -0{,}448$, $p < 0{,}001$) und stärkerer Trauer ($r (829) = 0{,}609$, $p < 0{,}001$) einher. Der Zusammenhang mit der Trauerschwere war mit einer Korrelation von 0,609 am stärksten, *Higher stillbirth stigma scores were also associated with lower self-esteem ($r (877) = -.304$, $p < .001$), lower perceived social support ($r (871) = -.448$, $p < .001$) and higher levels of grief ($r (829) = .609$, $p < .001$)* (Pollock 2021). Fehlende Anerkennung und schwere Trauer hängen damit eng zusammen, auch wenn sich die Richtung dieses Zusammenhangs mit einer Querschnittserhebung nicht klären lässt.

Als Reaktion auf diese fehlende Anerkennung schaffen Eltern Belege für die Existenz ihres Kindes. Erinnerungsstücke bestätigen die Elternschaft und halten fest, dass das Kind als Familienmitglied existiert hat, *the parents experienced the objects to affirm parenthood and manifest that the infant existed as a family member* (Værland 2025). Dieselbe Arbeit hält die Ambivalenz solcher Gegenstände fest. Sie lösten gute und schmerzhafte Gefühle zugleich aus, und die Eltern wandten sich mit der Zeit einzelnen Objekten zu und anderen ab. Erinnerungsarbeit ist damit kein blosses Bewahren, sondern eine allmähliche Umformung der Bindung an das verstorbene Kind (Værland 2025).

Das Kind sehen und halten

Ob Eltern ihr verstorbenes Kind sehen und halten sollen, war in der perinatalen Trauerversorgung lange umstritten. Die fachlichen Empfehlungen änderten sich im Lauf der Zeit. Bis in die Achtzigerjahre galt vielerorts, unter anderem in Australien, das Gegenteil der heutigen Praxis. Eltern eines totgeborenen Kindes durften es nicht sehen und wurden aufgefordert, rasch wieder schwanger zu werden, *Before the 1980s in Australia, parents of stillborn children were not permitted to see the baby and were advised to quickly conceive again* (Cunningham 2012).

Nachdem sich diese Praxis umgekehrt hatte, wurde auch die neue Empfehlung infrage gestellt. Eine einflussreiche Fall-Kontroll-Studie fand, dass Frauen, die ihr totgeborenes Kind gesehen hatten, stärkere Angst ($p = 0{,}02$) und mehr

posttraumatische Symptome (p = 0,02) zeigten als jene, die es nicht gesehen hatten, *Women who had seen their stillborn infant had greater anxiety (p=0.02) and higher symptoms of PTSD than those who had not (p=0.02)* (Hughes 2002). Die Autorinnen zogen daraus den ausdrücklichen Schluss gegen eine pauschale Empfehlung zugunsten des Kontakts. Sie widersprachen damit Leitlinien, nach denen das Nicht-Sehen und Nicht-Halten des verstorbenen Kindes die Trauer der Eltern beeinträchtigen könnte, *Our findings do not support good-practice guidelines, which state that failure to see and hold the dead child could have adverse effects on parents' mourning* (Hughes 2002). Dieser Befund verunsicherte die Praxis über Jahre. Er beruht allerdings auf einer Beobachtung und nicht auf einem Experiment. Es ist möglich, dass belastetere Verläufe eher zum Kontakt führten und nicht umgekehrt.

Eine systematische Übersicht mit Metaanalyse fasste die quantitativen Arbeiten dieser Linie später zusammen und schlüsselte den Befund nach der Form des Kontakts auf. Das Sehen des Kindes hatte keinen nachweisbaren Einfluss auf Angst oder Depression, das Halten erhöhte das Angstrisiko, *Subgroup analysis showed that seeing a stillborn baby had no significant effect on anxiety or depression, but holding a stillborn baby increased the risks of anxiety* (Sun 2023). Dieselbe Arbeit hält jedoch fest, dass Eltern mit Kontakt zufriedener mit ihrer Entscheidung waren, *Parents who had contact with a stillborn baby were more satisfied with their decision* (Sun 2023). Die beiden Befunde widersprechen sich nicht, sondern erfassen unterschiedliche Aspekte. Eine höhere Angstbelastung und eine als richtig empfundene Entscheidung können nebeneinander bestehen. Auch diese Metaanalyse beruht allerdings auf Beobachtungsstudien und unterliegt demselben Grundproblem, denn wer sein Kind hält, unterscheidet sich womöglich schon vorher von jenen, die es nicht tun.

Eine systematische Übersicht über 23 Arbeiten berichtet überwiegend gegenteilige Befunde. Einundzwanzig der eingeschlossenen Studien wiesen auf günstige Verläufe bei Eltern hin, die ihr Kind gesehen oder gehalten hatten, und eine erhöhte psychische Belastung war unter anderem mit einer aktuellen Schwangerschaft, der Entscheidung gegen das Sehen, mit zu wenig Zeit beim Kind und mit zu wenigen Erinnerungsstücken verbunden, *Twenty-one studies suggested positive outcomes for parents who saw or held their baby. Increased psychological morbidity was associated with current pregnancy, choice not to see their baby, lack of time with their baby and/or insufficient mementos* (Kingdon 2015b). Dieselbe Arbeit hält fest, dass sich seit 2007 die Studien häufen, die den älteren Leitlinien gegen eine Ermutigung zum Kontakt widersprechen, *Since 2007, there has been a proliferation of studies that challenge clinical guidelines recommending that clinicians do not encourage parental contact* (Kingdon 2015b).

Neuere Forschung richtet den Blick auf unterstützende Versorgung und echte Wahlmöglichkeiten. Ein systematischer Review hält fest, dass sich günstige Wirkungen dort zeigen, wo Eltern eine solche Begleitung erhielten, darunter die Wahl der Geburtsart und die Möglichkeit, ihr Kind zu sehen und zu halten, *A growing body of evidence suggests beneficial effects for parents who received supportive care and were offered choices such as mode of birth and the option to see and hold their baby* (Atkins 2023). Eine qualitative Studie an Eltern nach einer Totgeburt beschreibt, wie längere körperliche Nähe zum Kind ihnen half, die Trauer zu begreifen und mit ihr umzugehen, und zugleich ihr Elternsein bestätigte, *Caring for the stillborn baby through physical proximity for an extended period of time helped parents comprehend and cope with their grief, while also affirming their sense of parenthood* (Höglund 2025).

Eine prospektive Kohorte trägt zur Einordnung des scheinbaren Widerspruchs zur frühen Warnung bei. Stärkere Trauer bedeutet demnach nicht dasselbe wie schlechtere psychische Gesundheit, und die Eltern berichteten unabhängig von ihrer Entscheidung nur wenig Reue, *Little regret was reported, irrespective of*

the decision (Wilson 2015). Dieselbe Arbeit folgert daraus, dass Eltern eine ausgewogene Beratung erhalten sollen, die sie zu einer eigenen Entscheidung befähigt, statt einer Empfehlung in die eine oder andere Richtung (Wilson 2015).

Bei Erinnerungsstücken zeigt sich ein vergleichbares Muster. Eine systematische Übersicht mit Metasynthese zur Erinnerungsfotografie zeigt, dass die aktive Empfehlung durch Fachpersonen die Entscheidung der Eltern stark prägt und dass manche Eltern, denen keine Fotografie angeboten wurde, sich diese Möglichkeit im Nachhinein wünschten, *some parents not offered bereavement photography post-stillbirth expressed their desire for this opportunity retrospectively* (Oxlad 2023). Die Fotografien halfen später dabei, das Kind den Geschwistern vorzustellen, den Verlust der Eltern zu bestätigen und die Erinnerung an das Kind mit anderen zu teilen (Oxlad 2023). Ein Cochrane-Review fasst diesen Punkt für die Begleitung zusammen. Unter den richtigen Umständen und geführt von mitfühlenden, erfahrenen Fachpersonen erleben Eltern das Sehen und Halten ihres verstorbenen Kindes oft als sehr positiv, *under the right circumstances and guided by compassionate, sensitive, experienced staff, parents' experiences of seeing and holding their deceased baby is often very positive* (Koopmans 2013). Warum die Begleitung so viel Gewicht trägt, zeigt eine Meta-Ethnografie an 333 Eltern aus sechs Ländern. Die Zeit rund um die Geburt ist die einzige, in der überhaupt Erinnerungen entstehen können, *the time around birth being the only time memories can be made*, und die Eltern können in diesem Moment nur begrenzt sagen, was sie möchten, *the variable ability that parents have to articulate their preferences at that time* (Kingdon 2015a). Die Arbeit beantwortet die Frage nach dem Kontakt ausdrücklich nicht, sondern richtet den Blick darauf, wie Fachpersonen die Entscheidung stützen können, *We do not offer new evidence to answer the question 'Should parents see and hold their stillborn baby?', instead our findings advance understanding of how professionals can support parents to make appropriate decisions in a novel, highly charged and dynamic situation* (Kingdon 2015a). Für die Begleitung kommt es damit nicht darauf an, ob Kontakt stattfindet, sondern wie die Frage gestellt und wie die Entscheidung begleitet wird.

Die Schwangerschaft nach dem Verlust

Die Schwangerschaft nach einem Verlust ist eine eigene Phase mit eigenen Bedürfnissen. Sie wird vor dem Hintergrund der vorangegangenen Erfahrung erlebt, und Fachpersonen erkennen sie nicht immer als besonders verletzliche Zeit, vor allem dann nicht, wenn die Schwangerschaft weiter fortgeschritten ist als die vorherige, *pregnancy after loss, especially if progressed to beyond the gestation of the previous loss, is not always recognised by health professionals as an acutely vulnerable time for parents* (Todorović 2025). Dass diese Phase viele Betroffene betrifft, zeigt ihre Häufigkeit. Die meisten Frauen, die ein Kind verloren haben, werden erneut schwanger, in der Regel innerhalb eines Jahres, *Most women who have experienced the loss of a baby will embark on another pregnancy, usually within a year* (Barron 2025).

Die erhöhte Verletzlichkeit ist nicht nur berichtet, sondern auch körperlich messbar. Eine multizentrische Kohortenstudie an Frauen, die nach einer Totgeburt oder einem Neugeborenentod erneut schwanger waren, fand erhöhte Angst- und Depressionswerte zusammen mit erhöhten Cortisolwerten im Haar, die im Verlauf der Schwangerschaft abnahmen, *This study demonstrated heightened anxiety and depressive symptoms and elevated cortisol levels in women in pregnancies after a stillbirth or neonatal death which decrease as pregnancy progresses* (Thomas 2021). Der Verlauf des Stresshormons folgte dabei dem Verlauf der Symptome, mit $p < 0{,}05$, *Hair cortisol levels fell in a similar profile to anxiety and depression symptoms ($p<0.05$)* (Thomas 2021).

Für diese Phase entstehen eigene Versorgungsmodelle. Eine prospektive Kohortenstudie untersucht eine spezialisierte Sprechstunde für die Schwangerschaft nach einem Verlust und hält fest, dass erste Untersuchungen bessere

Schwangerschaftsverläufe, geringere Angstwerte und einen hohen gesellschaftlichen Nutzen im Verhältnis zu den Kosten zeigen, *Initial studies have shown that this model of care improves pregnancy outcomes, decreases anxiety levels and is associated with a strong social return on investment* (Barron 2025).

Der zeitliche Abstand bis zu einer erneuten Schwangerschaft ist eine häufige Quelle von Schuldgefühlen; die vorliegende Evidenz erlaubt hierzu eine Entlastung. Eine retrospektive Kohortenstudie an über fünftausend Personen nach einer Totgeburt fand, dass keine der untersuchten Abstände bis zur nächsten Schwangerschaft mit einem erhöhten Risiko ungünstiger perinataler Verläufe verbunden war, auch der kürzeste Abstand von weniger als drei Monaten nicht, *None of the IPI categories were associated with increased risk of adverse perinatal outcomes, including the shortest category (IPI less than 3 months)* (Gibbins 2023). Ältere prospektive Arbeiten weisen in dieselbe Richtung. Eine rasche neue Schwangerschaft erwies sich nur selten als nachteilig, und sowohl das erneute Schwangerwerden als auch die Geburt eines lebenden Kindes verringerten die Trauer, *Both conceiving again and the birth of a living child lessened grief* (Cuisinier 1996). Eine quantitative Untersuchung an Eltern extrem früh geborener Kinder bestätigt diesen Zusammenhang statistisch (Büchi 2007). Dieselbe Arbeit ordnet den Verlust zugleich weiter ein. Der Tod eines extrem früh geborenen Kindes löst demnach nicht nur einen langen und schmerzhaften Trauerprozess aus, sondern auch einen Prozess persönlichen Wachstums, *death of an extremely premature infant triggers not only a painful long-term process of mourning but also of individual personal growth* (Büchi 2007). Die Folgeschwangerschaft ist damit eine verletzliche Zeit, kann aber auch einen Wendepunkt darstellen.

Väter, Partner und Geschwister

Väter und Partner sind sowohl im Umfeld der Familie als auch in der Forschung wenig sichtbar. Nach dem Tod eines Kindes vor der Geburt berichten Väter, dass ihnen Unterstützung fehlt und dass sie den äusseren Ausdruck ihrer Trauer zurücknehmen, *Following a fetal death, fathers have reported feeling a lack of support and minimizing their outward expression of grief* (McDonough 2026). Hinzu kommt eine eigene Belastung. Väter erleben die traumatische Geburt ihrer Partnerin mit, was zusammen mit dem Verlust des Kindes zu einer sekundären Traumatisierung führen kann (McDonough 2026).

Eine qualitative Studie an dreissig Männern nach einer Totgeburt zeigt, wie dieser Rückzug entsteht. Von den Männern werden anspruchsvolle Rollen rund um den Verlust erwartet. Die Verbindung aus fehlender Anerkennung und diesen Rollenerwartungen führt dazu, dass sie ihre Trauer unterdrücken, *men are expected to take on complex and demanding roles related to the loss. The lack of recognition, coupled with the need to perform the roles imposed upon them, seems to cause men to suppress their grief* (Glaser 2025). Fünfundzwanzig der dreissig Befragten richteten ihre Aufmerksamkeit auf die Trauer und die Erholung ihrer Partnerin und stellten die eigene zurück (Glaser 2025). Entsprechend besteht ein kaum gedeckter Bedarf an einem eigenen Raum, in dem die Trauer der Väter für sich gesehen und gehört wird (Glaser 2025).

Ein systematischer Review zur Trauer von Männern nach einem Schwangerschafts- oder Neugeborenenverlust fasst diese Lage in einem Begriff. Männer erleben eine doppelt aberkannte Trauer, *Men may face double-disenfranchised grief in relation to the pregnancy/neonatal loss experience* (Obst 2020). Dieselbe Arbeit weist auf ein methodisches Problem hin, das die Forschungslage selbst verzerrt, denn die gängigen Trauerinstrumente bilden möglicherweise nicht ab, was die Trauer von Männern ausmacht, *current grief measures may not capture all of the complexities of grief for men* (Obst 2020). Ein älterer systematischer Review zu Vätern nach Totgeburt und Neugeborenentod hält zudem fest, dass Väter eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln können und dass ihre soziale Rolle als Sorgende für ihre Partnerin bei der Planung der

Begleitung Anerkennung braucht, *The social role of fathers as carers for their partners needs recognition when planning care for bereaved families* (Badenhorst 2006). Wie häufig diese Belastung ist, lässt sich nur grob beziffern, da posttraumatische Belastungsstörungen bei Vätern weniger umfassend untersucht wurden. Die berichteten Werte für eine posttraumatische Belastungsstörung bei Vätern reichen über die Studien hinweg von null bis 15,6 Prozent und liegen damit deutlich unter denen der Mütter, *PTSD in fathers following infant loss has been less extensively studied but PTSD levels were generally much lower than in mothers with reported prevalence rates at 0-15.6% across studies* (Christiansen 2017).

Bei den Geschwistern ist die Evidenzlage noch begrenzter. Eine systematische Übersicht zu Unterstützungsangeboten für Familien nach einer Totgeburt fand für Geschwister keine einzige Interventionsstudie, *No studies of interventions for siblings were found*, und beurteilte die Aussagekraft der vorhandenen Studien insgesamt als sehr gering. In allen vier Studien wurde das Verzerrungsrisiko als hoch und die Sicherheit für sämtliche Endpunkte als sehr gering bewertet, *The risk of bias was assessed as high in all four studies and the certainty for all outcomes was rated as very low* (Hildingsson 2024). Dass die Geschwisterdimension gleichwohl von Gewicht ist, zeigt eine Registerarbeit zum Tod eines Zwillings kurz nach der Geburt. Sie fand beim überlebenden Zwilling ein erhöhtes Risiko psychiatrischer Erkrankungen, das über dem nach dem Verlust eines nicht als Zwilling geborenen Geschwisters lag, *increased risk of psychiatric disorders after a loss of cotwin* (Song 2021). Am stärksten war der Zusammenhang für emotionale Störungen und für Erkrankungen, die vor dem 25. Altersjahr diagnostiziert wurden (Song 2021). Wie wenig die Versorgung die Geschwister erreicht, zeigt eine retrospektive Kohortenstudie an Familien sehr kleiner Frühgeborener. Nach dem Tod des Kindes stieg die Inanspruchnahme psychischer Versorgung bei den Eltern kurzfristig deutlich an, *Higher usage was observed for bereaved case parents soon after their child's death* (Schwartz 2024). Die Geschwister der verstorbenen Kinder nahmen dagegen seltener psychische Versorgung in Anspruch als die Vergleichsgruppe. Bei ihnen und bei den Vätern blieben die Unterschiede zur Vergleichsgruppe zudem über die Zeit bestehen, *bereaved case female and male siblings, and bereaved male parents experienced continued differences* (Schwartz 2024).

Was die Versorgung leisten kann und wo sie klemmt

Die Studien beschreiben relativ einheitlich, was Eltern als hilfreich erleben. Eine Erhebung an 417 Müttern nach einem perinatalen Tod beziffert den Schutzeffekt konkret. Ausreichende soziale Unterstützung vervierfachte die Chance auf ein günstiges Bewältigungsverhalten (adjustiertes Chancenverhältnis = 4,10; 95-Prozent-Konfidenzintervall 1,91–8,81), *Significant factors of positive coping included sufficient social support (adjusted odds ratio = 4.10; 95% confidence interval: 1.91-8.81)*, und der Zugang zu Trauerberatung verdreifachte sie (adjustiertes Chancenverhältnis = 3,19; 95-Prozent-Konfidenzintervall 1,38–7,39), *access to bereavement counselling (adjusted odds ratio = 3.19; 95% confidence interval: 1.38-7.39)* (Burayu 2025). In derselben Erhebung griffen mehr als 44 Prozent der Mütter auf ungünstige Bewältigungsformen zurück, was die Autorenschaft als deutlichen Mangel an Trauerbegleitung wertet (Burayu 2025). Welche Formen der Bewältigung Betroffene selbst empfehlen, hat eine populationsbasierte Untersuchung erhoben. Genannt wurden das Sprechen über den Verlust, Selbsthilfegruppen, das Erinnern an das Kind und Spiritualität (Stanhope 2024).

Das Verhalten von Fachpersonen wirkt in beide Richtungen. Ein systematischer Review von 61 Studien mit mehr als 6000 Eltern hält fest, dass Eltern emotionale Zuwendung, Aufmerksamkeit für Mutter und Kind sowie Aufklärung über die Trauer schätzen, *Parents valued emotional support, attention to mother and baby and grief education*, und dass Ausweichen, Unempfindlichkeit und schlechte Kommunikation

das Belastendste sind, was sie im Kontakt mit der Versorgung erleben, *Avoidance, insensitivity and poor staff communication were the most distressing behaviors encountered* (Gold 2007). Die Autorenschaft ordnet auch ein, warum einzelne Momente so schwer wiegen. In einer Zeit hoher Anspannung können sich scheinbar harmlose Fehltritte einer Fachperson im Gedächtnis der Eltern festsetzen und über Jahre wiederkehren, *During these high-stress times, seemingly benign mis-steps by a health care provider may be engrained in a bereaved parent's memory and replayed over and over in the years to come* (Gold 2007).

Einen Zusammenhang zwischen spezialisierter Begleitung und geringerer Belastung zeigt eine dänische Kohortenstudie an 732 Eltern. Wer spezialisierte Versorgung erhielt, berichtete weniger Symptome anhaltender Trauer und posttraumatischer Belastung, *specialized care was associated with fewer PGD and PTSD symptoms* (Mørk 2025). Dieselbe Arbeit benennt zugleich die Lücke, denn nur 22,5 Prozent der Eltern erhielten überhaupt eine solche Versorgung (Mørk 2025). Auf der Ebene der Systemkosten kommt eine systematische Übersicht mit Metaanalyse zu einem verwandten Schluss. Eine Totgeburt verursacht mehr Aufwand als eine Lebendgeburt, sowohl rund um die Geburt als auch durch die zusätzliche Überwachung in folgenden Schwangerschaften, und die indirekten Kosten tragen die Familien meist allein (Heazell 2016). Dieselbe Arbeit hält fest, dass sich die Folgen für die psychische Gesundheit der Eltern durch eine einfühlsame Haltung der Versorgenden und durch passgenaue Angebote abschwächen lassen (Heazell 2016).

Wie belastbar diese Angebote insgesamt belegt sind, prüfte ein Cochrane-Review zur Unterstützung von Müttern, Vätern und Familien nach perinatalem Tod. Der Review kommt zu einer zurückhaltenden Einschätzung. Weil es an randomisierten Studien guter Qualität fehlt, bleibt der tatsächliche Nutzen der bestehenden Angebote unklar (Koopmans 2013). Unbestritten ist dagegen, dass die Grundversorgung und ein tragfähiges familiäres und soziales Netz in der Zeit um den Tod des Kindes von unschätzbarem Wert sind, *Primary healthcare interventions and a strong family and social support network are invaluable to parents and families around the time a baby dies* (Koopmans 2013). Die Lücke betrifft damit nicht die Frage, ob Unterstützung nötig ist, sondern welches gezielte Angebot wie viel bewirkt.

Die kontrollierte Interventionsforschung ist in diesem Feld begrenzt. Im ausgewerteten Bestand finden sich sechs Publikationen mit randomisiertem Design, von denen zwei reine Studienprotokolle ohne Ergebnisse sind. Ergebnisse liegen damit aus vier abgeschlossenen randomisierten Studien vor, eine davon eine Machbarkeitsstudie. Eine randomisierte Studie zu einem digitalen Trauerprogramm für Eltern fand einen kurzfristigen Effekt auf die psychische Belastung, der drei Monate später nicht mehr nachweisbar war, *the effect on psychological distress was not sustained at 3-month follow-up* (Loughnan 2025). Dieselbe Arbeit benennt die Hürden, die Eltern von Unterstützung fernhalten, darunter fehlendes Wissen über bestehende Angebote, die Scheu, wegen befürchteter Stigmatisierung Hilfe zu suchen, und lange Wartezeiten (Loughnan 2025). Eine zweite randomisierte Studie an Eltern nach dem Tod eines Kindes auf der Neugeborenenintensivstation ordnet die Wirkfaktoren ein. Stärkere Trauer nach drei Monaten hing mit weniger sozialer Unterstützung und mit schwächeren spirituellen oder religiösen Überzeugungen zusammen, *Higher grief at 3 months was negatively correlated with social support and spiritual/religious beliefs* (Rosenbaum 2015). Eine ältere randomisierte Studie an 341 Paaren nach einer Fehlgeburt verglich mehrere Formen der Unterstützung miteinander. Am beständigsten wirkte darin die persönliche Beratung durch Pflegefachpersonen, und zwar bei Frauen wie bei Männern, während ein reines Selbstlernangebot vor allem den Frauen half (Swanson 2009a). Die Richtung dieser Befunde stimmt mit der Beobachtungsevidenz überein, die Effekte sind jedoch klein und ihre Dauerhaftigkeit ist offen.

Über den hier ausgewerteten Bestand hinaus ist die Evidenzbasis breiter. Eine systematische Übersicht mit Metaanalyse von 21 randomisierten Studien zu nichtmedikamentösen Angeboten für Eltern nach einem perinatalen Verlust fand statistisch signifikante Verbesserungen bei Trauer, posttraumatischer Belastung, Depression, Angst und wahrgenommener sozialer Unterstützung, mit mittlerer bis hoher Vertrauenswürdigkeit der Evidenz, *The findings demonstrated significant improvements of nonpharmacological interventions in the grief, posttraumatic stress disorder, depression, anxiety, and perceived social support of parents with perinatal loss, with moderate-to-high certainty of evidence* (Li 2024). Dieselbe Arbeit beschreibt, was die wirksameren Angebote auszeichnet, nämlich kognitiv ausgerichtete Ansätze, eine persönliche Durchführung im Einzelsetting, *delivery modalities (face-to-face), and formats (individual-based)*, und eine Begrenzung auf vier oder weniger Sitzungen, *and a recommended number of sessions of four or fewer* (Li 2024). Zwischen diesem Ergebnis und dem Cochrane-Review liegen elf Jahre und ein deutlich gewachsener Studienbestand. Warum dieser Bestand dennoch langsam wächst, benennt eine Übersicht zu Trauerangeboten in der Neugeborenenintensivmedizin. Die Angebote sind von Mitgefühl geleitet und gelten allgemein als hilfreich, ihre experimentelle Prüfung erschweren jedoch ethische Bedenken, *ethical concerns complicate experimental research* (Harvey 2008).

Die deutlichste Lücke betrifft die Vorbereitung der Fachpersonen. In einer aktuellen Erhebung unter leitenden Fachpersonen der Geburtshilfe bewerteten 39 Prozent ihre eigene Ausbildung in Trauerbegleitung als weniger als zufriedenstellend oder als unzureichend, *39% rated their bereavement care training as less than satisfactory or inadequate* (Loughnan 2026). Eine ältere und grössere Erhebung an 750 Fachpersonen in elf italienischen Spitälern zeigt dieselbe Lücke in ihren praktischen Folgen. Nur 27,9 Prozent gaben an, für die Eltern Erinnerungsstücke an das Kind geschaffen zu haben, *only 27.9% of respondents reported having created memories of the baby*, und 44,4 Prozent brachten das Kind unmittelbar weg, ohne den Eltern einen Abschied zu ermöglichen (Ravaldi 2018). Der Wunsch nach Schulung war mit 90,2 Prozent nahezu einhellig, und drei Viertel der Befragten hatten nie an einer Weiterbildung zur perinatalen Trauerbegleitung teilgenommen (Ravaldi 2018). Dass sich das ändern lässt, zeigen zwei ältere Arbeiten mit Vorher-Nachher-Vergleich. In einer quasiexperimentellen Untersuchung stieg das Verständnis der Fachpersonen für die emotionalen Bedürfnisse betroffener Familien nach einem Schulungsprogramm statistisch signifikant an, *Health care professionals' perceptions of the emotional care needs of families experiencing perinatal loss were significantly increased after an educational program* (DiMarco 2002). Dieselbe Untersuchung machte zudem eine Rangordnung innerhalb der Berufsgruppe sichtbar, denn die Fehlgeburt galt den Befragten als weniger schwerer Verlust als Totgeburt und Neugeborenentod (DiMarco 2002). Auch die Praxis lässt sich verändern. Nach der landesweiten Einführung eines strukturierten Betreuungsmodells nach plötzlichem Kindstod in Irland stieg der Anteil der Familien, denen Erinnerungsstücke an ihr Kind angeboten wurden, von 46 auf 84 Prozent, *Only 46 per cent of families were offered momentos of their baby prior to the MOC as compared to 84 per cent after the implementation of the MOC* (McDonnell 1999). Dieselbe Auswertung hält fest, dass auch danach erhebliche Unterschiede in der Betreuungsqualität blieben (McDonnell 1999). Die Grundprinzipien hilfreicher Versorgung sind damit beschrieben, die Fachpersonen sind dafür jedoch ungleich geschult und setzen sie ungleich um.

Was sich aus der Forschung ableiten lässt

Dieser Abschnitt bündelt die Schlussfolgerungen, die sich aus dem dargestellten Forschungsstand ableiten lassen.

Aus der vorliegenden Forschung lassen sich vier übergreifende Schlussfolgerungen ableiten.

Erstens ist die Belastung nach einem perinatalen Verlust in ihrer Höhe belegt und zeigt im Verlauf zwei unterschiedliche Muster. Die im Durchschnitt abklingende Symptomlast und die über Jahre belastete Minderheit sind kein Widerspruch, sondern zwei Aussagen über unterschiedliche Gruppen. Angebote, die sich nur am durchschnittlichen Verlauf orientieren, laufen deshalb Gefahr, gerade länger belastete Eltern nicht ausreichend zu erreichen. Eine Begleitung, die grundsätzlich nach wenigen Wochen endet, trägt dem dokumentierten Verlauf nicht Rechnung.

Zweitens ist die fehlende gesellschaftliche Anerkennung dieses Verlusts kein Randphänomen. Sie hängt messbar mit der Schwere der Trauer zusammen und zeigt sich zu einem grossen Teil als Selbstvorwurf und Scham. Die Anerkennung des Kindes und der Elternschaft ist daher nicht nur eine Frage der Höflichkeit, sondern ein eigenständiger Ansatzpunkt der Unterstützung.

Drittens gibt die Evidenz zur Kontaktfrage keine allgemeine Regel her, und zwar in keiner Richtung. Die frühe Warnung vor Schaden und die heutige Betonung der Wahl beruhen auf unterschiedlichen Designs und unterschiedlichen Zeiten. Die Mehrzahl der Einzelstudien weist inzwischen auf günstige Verläufe bei Kontakt hin, ohne dass sich daraus eine Vorgabe ableiten liesse, denn alle diese Daten stammen aus Beobachtungsstudien. Prospektive Daten berichten nur wenig Reue, unabhängig davon, ob Eltern sich für oder gegen das Halten ihres Kindes entschieden hatten. Die Gesamtlage erlaubt deshalb keine allgemeine Vorgabe. Massgeblich bleiben verständliche Information, Wahlmöglichkeit und Begleitung.

Viertens ist die Schwangerschaft nach einem Verlust als eigene Phase zu behandeln und nicht einfach als Rückkehr zur Normalität. Ihre erhöhte Verletzlichkeit ist auch anhand von Stresshormonen untersucht, und für diese Situation entstehen eigene Versorgungsmodelle. Ein begrenzter, aber entlastender Befund betrifft den zeitlichen Abstand. In einer grossen Kohorte nach Totgeburt war auch ein Abstand von weniger als drei Monaten nicht mit einem erhöhten Risiko der untersuchten ungünstigen perinatalen Verläufe verbunden. Daraus lässt sich jedoch keine allgemeine Empfehlung zum Zeitpunkt einer erneuten Schwangerschaft ableiten.

Limitationen

Die erste und wichtigste Einschränkung betrifft die Art der Evidenz. Die Studienlage ist breit, aber überwiegend qualitativ und häufig auf kleinen Stichproben aufgebaut. Auf Kohorten-, Register- und Längsschnittstudien entfällt nur ein kleiner Teil des Materials, auf kontrollierte oder randomisierte Studien ein noch kleinerer. Die qualitative Forschung erlaubt ein genaues Verständnis des Erlebens, aber keine verlässliche Schätzung von Häufigkeiten und keine Aussage über Wirksamkeit. Hinzu kommt, dass sich die vorhandenen Studien nur begrenzt bündeln lassen. Eine systematische Übersicht zur Versorgungsforschung nach einer Totgeburt fand in den eingeschlossenen Arbeiten 242 verschiedene Messinstrumente, mit 0 bis 22 Instrumenten für ein einziges Ergebnismass, *A total of 242 outcome measurement instruments were used, with 0-22 tools per outcome* (Bakhbakhi 2023). Solange dieselbe Frage mit derart unterschiedlichen Massen untersucht wird, bleiben Zusammenfassungen über Studien hinweg unsicher.

Zweitens ist ein erheblicher Teil des Materials nicht aktuell. Rund die Hälfte liegt mehr als zehn Jahre zurück, und mehrere der methodisch stärksten Einzelbefunde, gerade zur Kontaktfrage und zu den Trauerverläufen, stammen aus den Neunziger- und frühen Zweitausenderjahren. Solche Befunde veralten unterschiedlich schnell. Längsschnittdaten zum Trauerverlauf bleiben lange gültig, Aussagen zur Versorgungspraxis dagegen nicht.

Drittens ist eine der meistzitierten Zahlen dieses Feldes in den meisten Quellen nicht primär erhoben. Die vierfach erhöhte Depressionsrate und die siebenfach erhöhte Rate posttraumatischer Belastung erscheinen vor allem in Übersichtsbeiträgen, die sie

weitergeben. Die zugrunde liegende Erhebung ist eine bevölkerungsbasierte Längsschnittstudie mit Vergleichsgruppe (Gold 2016). Die Grössenordnung ist damit belegt, sie beruht aber auf einer einzelnen regionalen Stichprobe und auf Screening-Instrumenten und nicht auf klinischen Diagnosen.

Viertens ist die Übertragbarkeit mehrerer Kernbefunde begrenzt. Die Erhebung zu den Schutzfaktoren stammt aus einem einkommensschwachen Land mit einer anderen Versorgungslage, die eindrücklichsten Befunde zur Stigmatisierung teils aus Regionen, in denen Kinderlosigkeit besonders stark stigmatisiert ist. Solche Arbeiten belegen die Reichweite des Phänomens, lassen sich aber nicht ohne Weiteres auf die Schweiz übertragen. Eine systematische Übersicht mit Meta-Ethnografie zur Versorgung nach einem Neugeborenentod in einkommensschwachen und mittleren Ländern relativiert diesen Vorbehalt teilweise. Die übergreifenden Themen der Trauerbegleitung und die Trauerreaktionen ähneln sich demnach über geografische Grenzen hinweg, *Overarching themes in bereavement care shape grief responses and are often similar across geographical locations* (Wilson 2025). Was sich unterscheidet, sind eher die Versorgungsbedingungen als das Erleben selbst.

Fünftens liegt ein wichtiger Gegenbefund zur aberkannten Trauer vor. Eine vignettenbasierte Untersuchung an 1280 Personen fand, dass der Schwangerschaftsverlust in der Bevölkerung möglicherweise weniger aberkannt ist, als betroffene Eltern es wahrnehmen, und dass die Befragten für einen Schwangerschaftsverlust sogar mehr Trauer erwarteten als für andere gesellschaftlich wenig anerkannte Verluste (Buyukcan-Tetik 2024b). Das entkräftet das Konstrukt nicht, verschiebt aber den Ansatzpunkt teilweise von der Gesellschaft zur eigenen Wahrnehmung der Betroffenen.

Schliesslich fehlen Schweizer Primärdaten fast vollständig. Am nächsten kommt die nationale Erhebung PELICAN, benannt nach Paediatric End-of-Life Care Needs in Switzerland. Sie befragte verwaiste Eltern dazu, wie sie die Begleitung am Lebensende ihres Kindes erlebt hatten, und führte die Eltern von Neugeborenen dabei als eigene Gruppe. Deren Bewertung der gemeinsamen Entscheidungsfindung fiel deutlich weniger positiv aus als die der übrigen Gruppen (Zimmermann 2016). Die Erhebung erfasst allerdings nur einen kleinen Teil des hier behandelten Spektrums, denn sie schliesst Kinder ein, die nach der Geburt an einer Erkrankung starben, und weder Totgeburten noch den Schwangerschaftsverlust. Sie fragt zudem nach der Versorgung am Lebensende und nicht nach dem Verlauf der Trauer. Zu Häufigkeit, Verlauf und Unterstützungsbedarf nach perinatalem Verlust in der Schweiz liegt damit weiterhin keine eigene Erhebung vor. Was diese Erhebung über die Begleitung sterbender Kinder und ihrer Familien zeigt, stellt das Papier zur medizinischen Begleitung am Lebensende dar.

Handlungsfelder für die Schweiz und die SGVE

Dieser Teil geht über die reine Darstellung der Forschung hinaus. Er beschreibt den daraus abgeleiteten Handlungsbedarf und die mögliche Rolle der SGVE.

Wo Lücken bestehen

Verluste während der Schwangerschaft, bei der Geburt und in der Neugeborenenzeit betreffen viele Familien. Wie häufig die verschiedenen Formen in der Schweiz zusammen auftreten und wie es den betroffenen Eltern längerfristig geht, lässt sich aus den vorhandenen Daten jedoch nicht verlässlich beantworten. Die nationale PELICAN-Erhebung erfasst einen Teil der Neugeborenentodesfälle und die Versorgung am Lebensende, nicht aber Fehlgeburten, Totgeburten oder den späteren Trauerverlauf. Für die Schweiz besteht damit bereits bei der Datengrundlage eine deutliche Lücke.

Internationale Studien zeigen zugleich wiederkehrende Probleme in der Anerkennung und Begleitung. Eltern berichten, dass ihr Verlust im sozialen Umfeld oder in der Versorgung kleingeredet wird. Fachpersonen beschreiben ungleiche Vorbereitung auf Trauerbegleitung, und Erhebungen aus mehreren Ländern zeigen deutliche Unterschiede zwischen Einrichtungen. Diese Befunde sind für die Schweiz relevant, dürfen aber nicht als Nachweis derselben Versorgungslücken hierzulande ausgegeben werden.

Besonders wenig geklärt ist die längerfristige Begleitung. Die Forschung dokumentiert Belastungen über Monate und Jahre. Wie verlässlich Unterstützung nach der unmittelbaren Zeit um den Verlust später wieder zugänglich ist, ist für die Schweiz nicht untersucht. Der jeweils andere Elternteil, häufig der Vater, wird in der internationalen Literatur oft weniger direkt angesprochen. Für Geschwister fehlen Interventionsstudien fast vollständig. Wie gut diese Gruppen in der Schweiz erreicht werden, ist ebenfalls nicht systematisch untersucht.

Was in der Schweiz gebraucht wird

Aus der vorhandenen Evidenz lässt sich vor allem ableiten, dass gute Begleitung nicht auf eine einzelne Massnahme reduziert werden sollte. Fachpersonen in Geburtshilfe und Neonatologie brauchen Wissen über Trauerreaktionen, eine sichere Gesprächsführung und einen sorgfältigen Umgang mit der Frage, ob Eltern ihr Kind sehen oder halten und welche Erinnerungsstücke sie wünschen. Die Forschung stützt dabei keine allgemeine Vorgabe für oder gegen den Kontakt. Sie spricht für verständliche Information, echte Wahlmöglichkeiten und eine Begleitung, die die Entscheidung der Eltern respektiert.

Ebenso wichtig ist, dass Unterstützung nach der Entlassung wieder zugänglich bleibt. Das bedeutet nicht, dass alle Eltern langfristige professionelle Begleitung benötigen. Die dokumentierten Verläufe sprechen aber dafür, dass Angebote auch später noch erreichbar sein sollten und dass besonders belastete Eltern nicht allein darauf angewiesen sind, selbst nach Hilfe zu suchen.

Der jeweils andere Elternteil sollte eigenständig angesprochen werden und nicht nur als Stütze der Mutter gelten. Für Geschwister besteht zunächst ein Forschungs- und Entwicklungsbedarf, weil über geeignete Angebote nur sehr wenig bekannt ist. Auch eine Schwangerschaft nach einem Verlust sollte in der Versorgung als eigene belastete Phase erkannt werden. Zur Frage des zeitlichen Abstands kann die Forschung begrenzt entlasten. Eine grosse Kohorte nach Totgeburt fand auch bei einer erneuten Schwangerschaft innerhalb von drei Monaten kein erhöhtes Risiko für die untersuchten ungünstigen perinatalen Verläufe. Das ersetzt keine individuelle medizinische Beratung und begründet keinen für alle richtigen Zeitpunkt.

Für die Schweiz wäre zudem eine eigene Datengrundlage zu Häufigkeit, längerfristigem Verlauf, Unterstützungsbedarf und Inanspruchnahme nach perinatalem Verlust wichtig. Das ist ein Forschungsbedarf, kein Wirksamkeitsnachweis für eine bestimmte Versorgungsform. Sinnvoll wäre dabei eine Zusammenarbeit von Geburtskliniken, Neonatologie, Hebammen, Fachgesellschaften, Forschenden und betroffenen Eltern.

Positionierung der SGVE

Die SGVE behandelt den Tod eines Kindes rund um die Geburt ausdrücklich als Kindsverlust und nicht als weniger bedeutsame Form davon. Mit diesem Papier stellt sie den ausgewerteten Forschungsstand in einer für Betroffene und Fachpersonen zugänglichen Form bereit und macht zugleich sichtbar, wo für die Schweiz Daten fehlen.

Darauf aufbauend will die SGVE Wissen mehrsprachig zugänglich machen, Erfahrungswissen betroffener Familien einbeziehen und Akteure miteinander vernetzen. Peer-Support-Angebote und weitere spezifische Aktivitäten in diesem Bereich befinden sich teilweise noch in Planung. Wo solche Angebote entwickelt werden, soll klar zwischen wissenschaftlich belegten Befunden, Erfahrungswissen und daraus abgeleiteten Empfehlungen unterschieden werden.

Die SGVE kann informieren, Erfahrungswissen zugänglich machen, Kooperationen anregen und zur gesellschaftlichen Anerkennung dieses Verlusts beitragen. Sie ersetzt keine medizinische, psychotherapeutische oder rechtliche Begleitung.

Dokumentation

Grundlage und Vorgehen

Evidenzprofil

Die kritisch analysierte Literatur zeigt, dass nicht jeder Aspekt dieses Themas gleich gut abgesichert ist. Das folgende Profil zeigt, wo die Evidenz stark genug trägt und wo sie dünn bleibt. Es ergänzt die inhaltlichen Befunde aus Teil 2 um eine Einschätzung ihrer Belastbarkeit.

Höhe der seelischen Belastung im ersten Jahr	●●●○	mittelstark belegt durch eine gematchte Registerkohorte, eine bevölkerungsbasierte Längsschnitterhebung mit Vergleichsgruppe und mehrere Längsschnitte
Anhaltende Belastung bei einem Teil der Eltern	●●●○	mittelstark belegt durch prospektive Kohorten mit Vergleichsgruppen, Stichproben eher klein
Fehlende Anerkennung und Selbststigma	●●○○	begrenzt belegt, überwiegend qualitativ, dazu eine grössere Skalenstudie
Kontakt zum Kind und Erinnerungsstücke	●●●○	mittelstark belegt, eine Metaanalyse trennt Sehen und Halten, ein systematischer Review bündelt 23 Arbeiten, alle Daten aus Beobachtungsstudien
Folgeschwangerschaft als verletzliche Phase	●●●○	mittelstark belegt durch Kohorten mit physiologischen Messungen
Trauer von Vätern und Partnern	●●●○	mittelstark belegt durch zwei systematische Reviews und mehrere Längsschnitte, die Instrumente bilden die Trauer von Männern möglicherweise unvollständig ab
Wirksamkeit gezielter Angebote	●●○○	begrenzt belegt, eine Metaanalyse von 21 randomisierten Studien zeigt Verbesserungen, die Effekte einzelner Angebote sind oft klein und ihre Dauerhaftigkeit ist nur begrenzt belegt
Übertragbarkeit auf die Schweiz	●●○○	eingeschränkt übertragbar, Kernbefunde aus sehr unterschiedlichen Kontexten, eine Meta-Ethnografie findet die Grundmuster über Länder hinweg ähnlich
Schweizer Datengrundlage	●○○○	stark begrenzt, PELICAN erfasst einen Teil der Begleitung am Lebensende von Neugeborenen; spezifische Schweizer Daten zu Häufigkeit, Trauerverlauf und Unterstützungsbedarf nach perinatalem Verlust fehlen

Dieses Papier beruht nicht auf einer einzelnen Studie, sondern auf einer geordneten Auswertung gesammelter Fachliteratur. Grundlage ist eine von der SGVE aufgebaute Literaturbasis mit über 5000 wissenschaftlichen Publikationen, die gezielt zum Verlust eines Kindes zusammengetragen wurden. Für das Thema perinataler Verlust wurden daraus 1'169 einschlägige Publikationen ausgewählt. Im vorliegenden Text werden 59 Publikationen direkt zitiert.

Das Papier stützt sich vor allem auf qualitative Studien und Übersichtsarbeiten, ergänzt durch eine kleinere Schicht aus Längsschnitt-, Kohorten- und Registerstudien sowie einzelnen randomisierten Interventionsstudien.

Die Kennzahlen zeigen den Umfang und die Nachvollziehbarkeit der Auswertung, nicht die Stärke der Evidenz. Die Belastbarkeit der einzelnen Aussagen wird deshalb im Evidenzprofil gesondert ausgewiesen. Das vollständige Verfahren von der Literatursuche bis zur Auswertung ist im Methodenpapier der SGVE dokumentiert. Dieses ist auf der Plattform separat veröffentlicht und unter «URL-Methodenpapier» direkt abrufbar.

Verwendete Literatur

5000+
Publikationen in der Literaturbasis

1169
einschlägige Publikationen, 802 mit höchster Relevanz

4529
einzelne Aussagen herausgezogen

59
Publikationen direkt zitiert

Die folgende Liste umfasst eine kuratierte Auswahl der wichtigsten Publikationen, basierend auf ihrer inhaltlichen Bedeutung, ihrem Relevanz-Score und ihrer direkten Zitierung im Text. Direkt zitierte Arbeiten sind mit einem Stern gekennzeichnet. Die vollständige Literaturliste ist auf Anfrage erhältlich.

★ McDonough, M. R., Leone-Sheehan, D., & Kellogg, M. (2026). Father's experience of fetal death: A secondary analysis. *Death Studies*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/07481187.2026.2638321

★ Loughnan, S. A., Horey, D., Wojcieszek, A. M., Andrews, C., Gautam, R., Carty, M., Ellwood, D., Forbes, M., Gordon, A., Jennings, B., Lohan, A., Laporte, J., Seeho, S., Shand, A., Boyle, F. M., & Flenady, V. (2026). Identifying Key Areas to Improve Care for Families Around the Time of Stillbirth or Neonatal Death: A Survey of Maternity Services in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *66*(2). https://doi.org/10.1111/ajo.70094

★ Todorović, A., O'Higgins, A., Johnston, S., Hilton, N., Webster, G., & Kelly, B. (2025). Navigating Psychosocial Aspects of Pregnancy Care After Baby Loss: A Roadmap for Professionals. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *132*(8), 1019–1031. https://doi.org/10.1111/1471-0528.18126

★ Ribeiro, M., Carvalho, P. S., & Torres, A. C. (2025). Parental experiences of grief after perinatal loss: A qualitative systematic review. *Análise Psicológica*, *43*(2), 97–110. https://doi.org/10.14417/ap.2161

★ Kartaginer, S., Leichtentritt, R. D., & Shimei, N. (2025). "Whose mother am I?" Maternal identity reconstruction among bereaved mothers of infants who died of SIDS. *Death Studies*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/07481187.2025.2603962

★ Værland, I. E., Johansen, A. B. G., & Lavik, M. H. (2025). "That Is What We Have Left of Her": The Significance of Transitional Objects After the Death of an Infant in a Norwegian Context. *Qualitative Health Research*, *35*(6), 626–639. https://doi.org/10.1177/10497323241271920

★ Höglund, B., & Hildingsson, I. (2025). Is it possible for parents to endure a stillbirth? Initial experiences, perceptions and strategies: individual in-depth interviews in Sweden 2021–2023. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *25*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-024-07055-0

★ Barron, R. L., Tomlinson, E., Bailey, E., & Heazell, A. E. (2025). Tommy's National Rainbow Clinic Study: a protocol for a multi-site cohort study to evaluate a specialist antenatal service for women and families following a stillbirth or neonatal death. *BMJ Open*, *15*(8), e103294. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-103294

★ Burayu, E. T., Bekele, G. G., & Shifaw, Z. K. (2025). Exploring coping strategies for perinatal bereaved mothers with loss and its associated factors in public health facilities in Southwest Ethiopia. *SAGE Open Medicine*, *13*. https://doi.org/10.1177/20503121251376262

★ Mørk, S., Hindsbak, N. N., O'Connor, M., Henriksen, T. B., Möller, S., & Hvidtjørn, D. (2025). Specialized Versus Standard Care After Pregnancy and Neonatal Loss: A Cohort Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/00302228251376222

★ Glaser Chodik, N., & Baum, N. (2025). The experience of men following stillbirth: the case of Israeli bereaved fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *43*(2), 443–458. https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2237541

★ Loughnan, S. A., Lancaster, A., Crocker, S., Astell, C., Griffin, A., Wojcieszek, A. M., Boyle, F. M., Ellwood, D., Dean, J., Horey, D., Callander, E., Jackson, C., Seeho, S., Shand, A., & Flenady, V. (2025). Living with Loss: Evaluating an Internet-Based Program for Parents Following Perinatal Death. *Journal of Loss and Trauma*, *30*(5), 708–732. https://doi.org/10.1080/15325024.2024.2415708

★ Wilson, C., Atkins, B., Molyneux, R., Storey, C., & Blencowe, H. (2025). Parents', Families', Communities' and Healthcare Professionals' Experiences of Care Following Neonatal Death in Healthcare Facilities in LMICs: A Systematic Review and Meta-Ethnography. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *132*(3), 346–354. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17982

★ Hildingsson, I., Berterö, C., Hultcrantz, M., Kärrman Fredriksson, M., Peira, N., Silverstein, R. A., Persson, M., & Sveen, J. (2024). Support interventions to reduce psychological distress in families experiencing stillbirth in high income countries: A systematic review. *Women and Birth*, *37*(2), 296–302. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.01.007

★ Camacho, E. M., Gold, K. J., Murphy, M., Storey, C., & Heazell, A. E. P. (2024). Measuring EQ-5D-5L utility values in parents who have experienced perinatal death. *The European Journal of Health Economics*, *25*(8), 1383–1391. https://doi.org/10.1007/s10198-024-01677-z

★ Stanhope, K. K., Temple, J. R., Christiansen-Lindquist, L., Dudley, D., Stoll, B. J., Varner, M., & Hogue, C. J. R. (2024). Short Term Coping-Behaviors and Postpartum Health in a Population-Based Study of Women with a Live Birth, Stillbirth, or Neonatal Death. *Maternal and Child Health Journal*, *28*(6), 1103–1112. https://doi.org/10.1007/s10995-023-03894-z

★ De Vincenzo, C., Cena, L., Trainini, A., Nieddu, C., Iacona, E., Ronconi, L., & Testoni, I. (2024). Perinatal Loss and Parents' Grief Amidst the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Method Research. *Behavioral Sciences*, *14*(4), 339. https://doi.org/10.3390/bs14040339

★ Buyukcan-Tetik, A., Topal, M. A., Ergun, T. D., Bagci, S. C., Kizilirmak, K., & Boelen, P. A. (2024b). Is pregnancy loss (that) disenfranchised? Evidence from a vignette study. *European Journal of Psychotraumatology*, *15*(1). https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2398354

★ Schwartz, K. E., Nye, R. T., Colt, S., Hill, D. L., & Feudtner, C. (2024). Association of Very Low Birth Weight Infants With Parental and Sibling Mental Health Care Usage. *Pediatrics*, *153*(5). https://doi.org/10.1542/peds.2023-064143

★ Li, S. N., Yang, L., Wang, Q. Y., Pan, S., Xiao, M. H., & Xie, J. (2024). Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Improving the Mental Health and Other Psychosocial Outcomes of Parents with Perinatal Loss: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, *2024*(1). https://doi.org/10.1155/2024/2181544

★ Atkins, B., Kindinger, L., Mahindra, M. P., Moatti, Z., & Siassakos, D. (2023). Stillbirth: prevention and supportive bereavement care. *BMJ Medicine*, *2*(1), e000262. https://doi.org/10.1136/bmjmed-2022-000262

★ Oxlad, M. J., Franke, E. F., Due, C., & Jaensch, L. H. (2023). Capturing parents' and health professionals' experiences of stillbirth bereavement photography: A systematic review and meta-synthesis. *Women and Birth*, *36*(5), 421–428. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.001

★ Hollins Martin, C. J., & Reid, K. (2023). A scoping review of therapies used to treat psychological trauma post perinatal bereavement. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *41*(5), 582–598. https://doi.org/10.1080/02646838.2021.2021477

★ Gibbins, K. J., Garg, B., & Caughey, A. B. (2023). Interpregnancy Interval After Stillbirth and Adverse Perinatal Outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, *141*(6), 1203–1205. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005188

★ Sun, S., Qian, J., Wang, F., Tian, Y., Sun, Y., Zheng, Q., & Yu, X. (2023). Impact of contact with the baby following stillbirth on parental mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, *29*(6). https://doi.org/10.1111/ijn.13146

★ Bakhbakhi, D., Siassakos, D., Davies, A., Merriel, A., Barnard, K., Stead, E., Shakespeare, C., Duffy, J. M. N., Hinton, L., McDowell, K., Lyons, A., Fraser, A., & Burden, C. (2023). Interventions, outcomes and outcome measurement instruments in stillbirth care research: A systematic review to inform the development of a core outcome set. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *130*(6), 560–576. https://doi.org/10.1111/1471-0528.17390

★ Thomas, S., Stephens, L., Mills, T. A., Hughes, C., Kerby, A., Smith, D. M., & Heazell, A. E. P. (2021). Measures of anxiety, depression and stress in the antenatal and perinatal period following a stillbirth or neonatal death: a multicentre cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-021-04289-0

★ Song, H., Fang, F., Larsson, H., Pedersen, N. L., Magnusson, P. K., Almqvist, C., & Valdimarsdóttir, U. A. (2021). Loss of a co-twin at birth and subsequent risk of psychiatric disorders. *eLife*, *10*. https://doi.org/10.7554/eLife.63514

★ Pollock, D. D., Pearson, D. E., Cooper, D. M., Ziaian, A. P. T., Foord, C., & Warland, A. P. J. (2021). Breaking the silence: Determining Prevalence and Understanding Stillbirth Stigma. *Midwifery*, *93*, 102884. https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102884

Hvidtjørn, D., Mørk, S., Eklund, M., Maimburg, R. D., & Henriksen, T. B. (2021). Women's Length of Stay in a Danish Specialized Unit for Perinatally Bereaved Parents. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *50*(6), 714–723. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.06.009

★ Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9

★ Goldstein, R. D., Petty, C. R., Morris, S. E., Human, M., Odendaal, H., Elliott, A., Tobacco, D., Angal, J., Brink, L., Kinney, H. C., & Prigerson, H. G. (2019). Pre-loss personal factors and prolonged grief disorder in bereaved mothers. *Psychological Medicine*, *49*(14), 2370–2378. https://doi.org/10.1017/S0033291718003264

★ Wall-Wieler, E., Roos, L. L., & Bolton, J. (2018). Duration of maternal mental health-related outcomes after an infant's death: A retrospective matched cohort study using linkable administrative data. *Depression and Anxiety*, *35*(4), 305–312. https://doi.org/10.1002/da.22729

★ Ravaldi, C., Levi, M., Angeli, E., Romeo, G., Biffino, M., Bonaiuti, R., & Vannacci, A. (2018). Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*, *64*, 53–59. https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.008

★ Brooten, D., Youngblut, J. M., Caicedo, C., del Moral, T., Cantwell, G. P., & Totapally, B. (2018a). Parents' Acute Illnesses, Hospitalizations, and Medication Changes During the Difficult First Year After Infant or Child NICU/PICU Death. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, *35*(1), 75–82. https://doi.org/10.1177/1049909116678597

★ Youngblut, J. M., Brooten, D., Glaze, J., Promise, T., & Yoo, C. (2017). Parent Grief 1–13 Months After Death in Neonatal and Pediatric Intensive Care Units. *Journal of Loss and Trauma*, *22*(1), 77–96. https://doi.org/10.1080/15325024.2016.1187049

Yu, Y., Cnattingius, S., Olsen, J., Parner, E. T., Vestergaard, M., Liew, Z., Zhao, N., & Li, J. (2017). Prenatal maternal bereavement and mortality in the first decades of life: a nationwide cohort study from Denmark and Sweden. *Psychological Medicine*, *47*(3), 389–400. https://doi.org/10.1017/S003329171600266X

★ Christiansen, D. M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following infant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *51*, 60–74. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.007

★ Hawthorne, D. M., Youngblut, J. M., & Brooten, D. (2016). Parent Spirituality, Grief, and Mental Health at 1 and 3 Months After Their Infant's/Child's Death in an Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, *31*(1), 73–80. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.07.008

★ Heazell, A. E. P., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z. A., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K. J., Mensah, O. K., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redshaw, M., Rizvi, A., Roberts, T., Toyin Saraki, H. E., Storey, C., … Budd, J. (2016). Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, *387*(10018), 604–616. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3

Plana-Ripoll, O., Parner, E., Olsen, J., & Li, J. (2016a). Severe stress following bereavement during pregnancy and risk of pregnancy loss: results from a population-based cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *70*(5), 424–429. https://doi.org/10.1136/jech-2015-206241

★ Gold, K. J., Leon, I., Boggs, M. E., & Sen, A. (2016). Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. *Journal of Women's Health*, *25*(3), 263–269. https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5284

★ Zimmermann, K., Bergstraesser, E., Engberg, S., Ramelet, A.-S., Marfurt-Russenberger, K., Von der Weid, N., Grandjean, C., Fahrni-Nater, P., & Cignacco, E. (2016). When parents face the death of their child: a nationwide cross-sectional survey of parental perspectives on their child's end-of life care. *BMC Palliative Care*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s12904-016-0098-3

★ Rosenbaum, J. L., Smith, J. R., Yan, Y., Abram, N., & Jeffe, D. B. (2015). Impact of a Neonatal-Bereavement-Support DVD on Parental Grief: A Randomized Controlled Trial. *Death Studies*, *39*(4), 191–200. https://doi.org/10.1080/07481187.2014.946628

★ Wilson, P. A., Boyle, F. M., & Ware, R. S. (2015). Holding a stillborn baby: the view from a specialist perinatal bereavement service. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *55*(4), 337–343. https://doi.org/10.1111/ajo.12327

Class, Q. A., Mortensen, P. B., Henriksen, T. B., Dalman, C., D'Onofrio, B. M., & Khashan, A. S. (2015). Preconception Maternal Bereavement and Infant and Childhood Mortality. *Psychosomatic Medicine*, *77*(8), 863–869. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000229

★ Kingdon, C., O'Donnell, E., Givens, J., & Turner, M. (2015a). The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLOS ONE*, *10*(7), e0130059. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130059

★ Kingdon, C., Givens, J. L., O'Donnell, E., & Turner, M. (2015b). Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth*, *42*(3), 206–218. https://doi.org/10.1111/birt.12176

★ Hopkins Hutti, M., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2014). Continuing Psychometric Evaluation of the Perinatal Grief Intensity Scale in the Subsequent Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *43*, S82. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12439

★ Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2013*(6). https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3

★ Cunningham, K. A. (2012). Holding a stillborn baby: does the existing evidence help us provide guidance? *Medical Journal of Australia*, *196*(9), 558–560. https://doi.org/10.5694/mja11.11417

Khashan, A. S., Wicks, S., Dalman, C., Henriksen, T. B., Li, J., Mortensen, P. B., & Kenny, L. C. (2012). Prenatal Stress and Risk of Asthma Hospitalization in the Offspring. *Psychosomatic Medicine*, *74*(6), 635–641. https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31825ac5e7

★ Swanson, K. M., Chen, H.-T., Graham, J. C., Wojnar, D. M., & Petras, A. (2009a). Resolution of Depression and Grief during the First Year after Miscarriage: A Randomized Controlled Clinical Trial of Couples-Focused Interventions. *Journal of Women's Health*, *18*(8), 1245–1257. https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1202

★ Harvey, S., Snowdon, C., & Elbourne, D. (2008). Effectiveness of bereavement interventions in neonatal intensive care: A review of the evidence. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, *13*(5), 341–356. https://doi.org/10.1016/j.siny.2008.03.011

★ Gold, K. J. (2007). Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology*, *27*(4), 230–237. https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211676

★ Büchi, S., Mörgeli, H., Schnyder, U., Jenewein, J., Hepp, U., Jina, E., Neuhaus, R., Fauchère, J.-C., Bucher, H. U., & Sensky, T. (2007). Grief and Post-Traumatic Growth in Parents 2–6 Years after the Death of Their Extremely Premature Baby. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *76*(2), 106–114. https://doi.org/10.1159/000097969

★ Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *27*(4), 245–256. https://doi.org/10.1080/01674820600870327

★ Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. *The Lancet*, *360*(9327), 114–118. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)09410-2

★ DiMarco, M., Renker, P., Medas, J., Bertosa, H., & Goranitis, J. L. (2002). Effects of an Educational Bereavement Program on Health Care Professionals' Perceptions of Perinatal Loss. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *33*(4), 180–186. https://doi.org/10.3928/0022-0124-20020701-10

★ McDonnell, M., Cullen, A., Kiberd, B., Mehanni, M., & Matthews, T. (1999). A national model of care service for professionals dealing with Sudden Infant Death. *Irish Journal of Medical Science*, *168*(4), 237–241. https://doi.org/10.1007/BF02944347

★ Cuisinier, M., Janssen, H., de Graauw, C., Bakker, S., & Hoogduin, C. (1996). Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *17*(3), 168–174. https://doi.org/10.3109/01674829609025678

★ Boyle, F. M., Vance, J. C., Najman, J. M., & Thearle, M. (1996a). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: Prevalence and patterns of distress among mothers. *Social Science & Medicine*, *43*(8), 1273–1282. https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00039-1

★ Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M., & Thearle, M. J. (1995). Gender Differences in Parental Psychological Distress Following Perinatal Death or Sudden Infant Death Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, *167*(6), 806–811. https://doi.org/10.1192/bjp.167.6.806

★ Dyregrov, A., & Matthiesen, S. B. (1991). Parental grief following the death of an infant—a follow-up over one year. *Scandinavian Journal of Psychology*, *32*(3), 193–207. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1991.tb00869.x

Verwandte und weiterführende Themen

20. Aberkannte Trauer

Der Tod eines Kindes rund um die Geburt ist der Kernfall einer Trauer, der das Umfeld die Berechtigung abspricht. Das Themenpapier behandelt diesen Mechanismus grundsätzlich und über verschiedene Verlustsituationen hinweg.

Zum Themenpapier →

1. Elterliche Trauer

Verlauf, Schwere und langfristige Folgen der Trauer von Eltern werden dort übergreifend behandelt, unabhängig vom Alter des verstorbenen Kindes.

Zum Themenpapier →

2. Geschwistertrauer

Ältere Geschwister trauern um ein Kind, das sie oft kaum oder nie kennengelernt haben. Das Themenpapier behandelt ihre Situation und den Stand der Unterstützungsforschung.

Zum Themenpapier →

5. Identität

Die Elternidentität ist beim perinatalen Verlust besonders verletzlich, weil sichtbare Belege der Elternschaft fehlen. Das Themenpapier vertieft die Frage, wie ein Verlust das Selbstbild verändert.

Zum Themenpapier →

6. Erinnerung und fortgesetzte Verbindung

Erinnerungsstücke, Fotografien und Rituale sind bei diesem Verlust besonders bedeutsam. Das Themenpapier behandelt die fortdauernde Bindung an ein verstorbenes Kind.

Zum Themenpapier →

3. Wie Mütter und Väter trauern

Väter und Partner werden nach einem perinatalen Verlust besonders leicht übersehen. Das Themenpapier behandelt die Unterschiede im Trauern und ihre Folgen für die Unterstützung.

Zum Themenpapier →

21. Peer-Support

Der Austausch mit anderen betroffenen Eltern gehört zu den am häufigsten genannten hilfreichen Formen der Unterstützung. Dieses Thema vertieft Wirkung und Grenzen peer-geleiteter Angebote.

Zum Themenpapier →

SGVE
Schweizerische
Gemeinschaft
verwaister Eltern

Lizenz und Zitation

Dieses Papier ist unter der Creative-Commons-Lizenz Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) veröffentlicht. Es darf frei genutzt, geteilt, übersetzt und bearbeitet werden, auch für kommerzielle Zwecke, sofern die SGVE als Quelle genannt wird.

Zitiervorschlag. Schweizerische Gemeinschaft verwaister Eltern (SGVE) (2026). Der Tod eines Kindes rund um die Geburt. Reihe Wissenschaftliche Grundlage der SGVE. «URL», abgerufen am «TT.MM.JJJJ».

CC BY 4.0 · Namensnennung 4.0 International