

Betreuung und Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen – ein Versorgungsplan

Bachelorarbeit im Fach Hebammenwissenschaft B. Sc.

Tag der Abgabe: 18.12.2025

Vorgelegt von: Jule Wilke, 

Gutachterinnen: Prof. Dr. Birgit-Christiane Zyriax, Betreuende Prüferin
Hebamme M.Sc. Swantje Jürgensen, Zweite Prüferin

Hinweise zum Sprachgebrauch

Ziel der Autorin ist es, in dieser Arbeit eine geschlechtergerechte Sprache zu verwenden, um alle Personen respektvoll anzusprechen und keine Personengruppe auszuschließen. Hierfür werden geschlechtsneutrale Formulierungen oder der Genderstern (*) genutzt. Da sich die Fragestellung sowie die in der vorhandenen Forschung untersuchten Populationen zur Thematik ausschließlich auf cisgeschlechtliche Frauen beziehen, werden in diesem Zusammenhang die Begriffe Frau, Schwangere oder Mutter verwendet.

Vorwort

Hebammen leisten jeden Tag so viel.

Sie halten Räume, halten Hände, halten Stille, wenn Worte fehlen.

Sie tragen Wissen, tragen Verantwortung und tragen Menschen durch einen ihrer intensivsten Lebensmomente.

Sie stärken Gesundheit, stärken Frauen, stärken Familien.

Sie begleiten, schützen, klären auf und machen Mut.

Mit dieser Bachelorarbeit möchte ich zeigen,

wie bedeutsam, vielfältig und zukunftsweisend dieser Beruf ist,

wie viel Potenzial in der hebammengeleiteten Versorgung liegt

und wie sehr ich mich darauf freue, zukünftig weiter daran zu arbeiten, zu wachsen

und die Zukunft unseres Berufes aktiv mitzugestalten.

Mein besonderer Dank gilt meinen Prüfenden Frau Prof. Dr. Zyriax und Frau Jürgensen für ihr Vertrauen in diese mutige Fragestellung sowie für die unterstützende Begleitung während des gesamten Arbeitsprozesses.

Nichts davon wäre möglich ohne die Menschen, die mich getragen,
motiviert und durch alle Höhen und Tiefen begleitet haben.

Danke Mama, Papa und Ole, für euren unerschütterlichen Glauben an mich,
eure Unterstützung und dafür, dass ihr immer hinter mir steht.

Danke an Johanna, die mir den entscheidenden Gedankenanstoß für diese Arbeit
gegeben hat und deren Freundschaft mir mehr bedeutet, als Worte ausdrücken können.

Danke an Rebekka, für unseren gegenseitigen Halt, geteilte Verzweiflung, Motivation
und den Mut, immer weiterzumachen.

Und zuletzt, **Danke an Erik** – für alles!
Deine Geduld, dein Mitdenken, Mitfühlen
und dafür, dass du jeden Schritt dieses Weges mit mir gehst.

**Mit dieser Arbeit darf ich zeigen, welche große Bedeutung unser Beruf heute hat
und in der Zukunft haben kann.**

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Kernbegriffe Literaturrecherche
Tabelle 2	einbezogene Literatur der systematischen Literaturrecherche

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Flowchart PubMed Suche, eigene Darstellung
Abbildung 2	Flowchart Cochrane Library Suche, eigene Darstellung
Abbildung 3	Flowchart Versorgungsplan, eigene Darstellung
Abbildung 4	Flowchart Versorgungsplan Anamnese, eigene Darstellung
Abbildung 5	Flowchart Versorgungsplan Beratung, eigene Darstellung

Abkürzungsverzeichnis

5A-Modell	Beratungsmodell in der Gesundheitsförderung
DHV	Deutscher Hebammenverband
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
L-Thyroxin	Levothyroxine (synthetisches Schilddrüsenhormon)
WHO	World Health Organization (dt.: Weltgesundheitsorganisation)

Abstract

Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, einen evidenzbasierten Versorgungsplan zu entwickeln, der aufzeigt, wie die präkonzeptionelle Betreuung und Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen gestaltet werden können. Dabei soll dargestellt werden, welche Beratungsinhalte, Ausführungsstrukturen und Limitationen für eine evidenzbasierte und gesundheitsfördernde Betreuung und Beratung erforderlich sind. Die Arbeit verfolgt damit das Ziel, eine bislang nicht strukturell verankerte Versorgungsleistung von Hebammen anhand der Zielgruppe von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis theoretisch und praktisch zu konkretisieren und eine mögliche Grundlage für zukünftige Implementierungs- und Evaluationsstudien zu schaffen.

Vorgehensweise

Die Arbeit folgt einem systematischen Vorgehen. Zunächst wird eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Cochrane Library durchgeführt sowie Ein- und Ausschlusskriterien dafür definiert. Die ausgewählte Literatur wird nach inhaltlichen Schwerpunkten ausgewertet, auf deren Basis ein evidenzbasierter, praxisorientierter Versorgungsplan entwickelt wird, welcher Anamnese, Beratungsinhalte, Beratungsdurchführung und interprofessionelle Schnittstellen umfasst.

Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen, dass Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis von einer präkonzeptionellen Betreuung und Beratung profitieren und Hebammen grundsätzlich über die erforderlichen Kompetenzen verfügen, diese Beratung auszuüben, jedoch sind sie in Deutschland bislang nicht strukturell in die präkonzeptionelle Versorgung eingebunden. Da sich die Ergebnisse der identifizierten Studien zur Entwicklung des Versorgungsplans nicht auf Hebammenarbeit beziehen, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse kritisch zu reflektieren. Dennoch können die gewonnenen Erkenntnisse genutzt werden, um einen evidenzbasierten Versorgungsplan zu entwickeln, indem bestehende Empfehlungen systematisch auf die Hebammenarbeit übertragen werden.

Schlussfolgerungen

Die bestehenden strukturellen und rechtlichen Bedingungen verhindern derzeit eine regelhafte präkonzeptionelle Hebammenversorgung, obwohl ihr Nutzen für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis fachlich plausibel ist. Die Evidenzlage ist noch unzureichend, da Versorgungsmodelle bislang nicht evaluiert wurden und Daten zur Wirksamkeit fehlen. Es besteht daher ein dringender Bedarf an Forschungsprojekten, die Outcomes und Implementierungsbedingungen systematisch untersuchen. Erst auf Basis dieser Evidenz kann eine gesundheitspolitische Weiterentwicklung erfolgen, die Hebammen präkonzeptionell verbindlich einbindet.

Inhaltsverzeichnis

HINWEISE ZUM SPRACHGEBRAUCH	II
VORWORT	III
TABELLENVERZEICHNIS	IV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	IV
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IV
ABSTRACT	V
INHALTSVERZEICHNIS	VI
1 EINLEITUNG	1
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	3
2.1 HASHIMOTO-THYREOIDITIS	3
2.1.1 Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch	4
2.2 PRÄKONZEPTIONELLE BETREUUNG DURCH HEBAMMEN	4
2.2.1 Rechtlicher und beruflicher Rahmen in Deutschland	4
3 METHODIK	5
3.1 AUSWAHL DER DATENBANKEN	5
3.2 METHODISCHES VORGEHEN	5
3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien	6
3.3 SUCHE	6
3.3.1 Vorgehen in PubMed	6
3.4.2 Vorgehen in der Cochrane Library	8
3.4 BEWERTUNG DER EINBEZOGENEN LITERATUR	11
3.5 ERGÄNZENDE RECHERCHE	11
4 ERGEBNISSE	13
4.1 ÜBERSICHTLICHE AUSWERTUNG DER ARBEITEN	13
4.2 DER VERSORGUNGSPLAN	14
4.3 VISUALISIERUNG UND AUSARBEITUNG	21
5 DISKUSSION	24
5.1 EVIDENZEN DER ERGEBNISSE	24
5.2 BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG	24
5.3 VERFÜGBARE EVIDENZ	25
5.4 IMPLIKATIONEN DER ERGEBNISSE	26
5.4.1 Praxis	26
5.4.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung	27
5.4.3 Gesundheitspolitische Maßnahmen	27
5.4.4 Forschung	28
5.5 DISKUSSION DER METHODE	29
5.5.1 Eignung gewählten Methode	29
5.5.2 Limitationen der Arbeit	30
6 SCHLUSSFOLGERUNGEN	32
LITERATURVERZEICHNIS	VII
EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG	XIV
I. ANHANG	XVI

1 Einleitung

In dem Bericht „*The State of the World's Midwifery*“ aus dem Jahr 2021 werden Hebammen als zentrale Fachpersonen der reproduktiven Gesundheit beschrieben, die über die gesamte reproduktive Lebensspanne hinweg einen relevanten Beitrag zur Versorgung von Frauen leisten können (United Nations Population Fund [UNFPA] et al., 2021). Der Bericht empfiehlt, Hebammen stärker in Versorgungssysteme zu integrieren und ihre Handlungsspielräume auszuweiten, um ihre Kompetenzen für Prävention und Gesundheitsförderung umfassend nutzen zu können. „*The State of the World's Midwifery*“ ist ein internationaler Bericht eines Zusammenschlusses führender internationaler Organisationen, welcher die Stärkung der Hebammenversorgung und die Verbesserung der reproduktiven Gesundheit erreichen möchte.

Die angesprochene zentrale Rolle der Hebamme spiegelt sich auch in Studien über kontinuierlich hebammengeleitete Versorgungsmodelle wider. Lassi et al. (2014) belegen, dass eine kontinuierlich hebammengeleitete Versorgung einen wesentlichen Beitrag zur Prävention leisten und nachweislich zu verbesserten maternalen und neonatalen Gesundheitsergebnissen führen kann.

In Deutschland ist die präkonzeptionelle Hebammenarbeit bislang nicht systematisch in bestehende Versorgungsstrukturen eingebunden und wird in der aktuellen Versorgungspraxis nicht als Teil der hebammengeleiteten Versorgung wahrgenommen. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass aktuell weder spezifische evidenzbasierte Leitlinien noch entsprechende Studien oder praxisorientierte Handlungsempfehlungen dazu existieren. Außerdem wird präkonzeptionelle Betreuung nicht ausdrücklich im Hebammengesetz verankert oder als eigenständige Leistung in dem Hebammenhilfevertrag der gesetzlichen Krankenversicherung abgebildet (Bundesministerium der Justiz, 2019; GKV-Spitzenverband, 2025). Diese Situation steht im Widerspruch zu den beschriebenen in Studien belegten Vorteilen von kontinuierlich hebammengeleiteten Versorgungskonzepten sowie zu den eindeutigen Empfehlungen der internationalen Gesundheits- und Hebammenorganisationen (Lassi et al., 2014; UNFPA et al., 2021). Ein weiteres Argument für die Etablierung der präkonzeptionellen Hebammenarbeit ergibt sich aus der MiCa-Studie von Janke et al. (2024), die Frauen in Deutschland im präkonzeptionellen Zeitraum sowie in der Schwangerschaft zu ihren Erfahrungen und Erwartungen an die hebammengeleitete Versorgung befragt. Die quantitativen Ergebnisse zeigen, dass Frauen bereits bei einem Kinderwunsch eine kontinuierliche, vertrauensvolle und fachkundige Begleitung durch Hebammen wünschen (Janke et al., 2024).

Für Frauen mit einer chronischen Erkrankung ist eine strukturierte und evidenzbasierte präkonzeptionelle Beratung von besonderer Bedeutung. Dunlop et al. (2008) weisen darauf hin, dass Frauen mit chronischen Erkrankungen ein deutlich höheres Risiko für

Komplikationen in Schwangerschaft und Geburt haben und eine gezielte präkonzeptionelle Versorgung diese effektiv verringern kann. Dazu zählt auch die chronische Autoimmunerkrankung Hashimoto-Thyreoiditis, welche als exemplarische Erkrankung für diese Arbeit gewählt wird. Diese Wahl ergibt sich aus Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, die die Hashimoto-Thyreoiditis im Jahr 2022 mit 2,30 % als häufigste Autoimmunerkrankung in Deutschland unter den gesetzlichen Versicherten angibt (Akmatov et al., 2024). Der präkonzeptionelle Zeitraum stellt für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis ein besonders wichtiges Interventionsfenster dar, da die betroffenen Frauen ein deutlich erhöhtes Risiko für Fertilitätsstörungen sowie für Komplikationen in der Schwangerschaft aufweisen, die im theoretischen Teil dieser Arbeit ausführlich erläutert werden.

Die Entwicklung eines evidenzbasierten Versorgungsplans für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch soll deshalb aufführen, wie Hebammen dazu beitragen können, betroffene Frauen bestmöglich auf eine Schwangerschaft vorzubereiten und die angesprochenen Risiken zu senken. Aus dieser Ausgangslage ergibt sich die folgende Forschungsfrage: *„Wie können die präkonzeptionelle Betreuung und Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen gestaltet werden?“*

Die Arbeit soll ein erstes evidenzbasiertes Beispiel aufzeigen, wie die präventive und präkonzeptionelle Arbeit durch Hebammen ausgeführt werden kann und wird auf einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Cochrane basieren. Durch die darauffolgende Strukturierung der Inhalte soll ein alltagsnaher und praxistauglicher Versorgungsplan entstehen.

2 Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund dieser Arbeit werden zunächst die Grundlagen der Hashimoto-Thyreoiditis dargestellt und die speziellen Risiken für Frauen mit dieser Autoimmunerkrankung und Kinderwunsch beschrieben. Anschließend wird die präkonzeptionelle Betreuung durch Hebammen erläutert und die rechtlichen und beruflichen Rahmenbedingungen in Deutschland eingeordnet, um den aktuellen Handlungsspielraum der Hebammenarbeit im präkonzeptionellen Kontext nachvollziehbar darzustellen.

2.1 Hashimoto-Thyreoiditis

H. Hashimoto hat im Jahr 1912 erstmals die Hashimoto-Thyreoiditis als eine Autoimmunthyreoiditis mit fortschreitender Zerstörung des Schilddrüsengewebes beschrieben (Hashimoto, 1912). Die Autoimmunität der Erkrankung ist später durch Roitt et al. erkannt worden (Roitt et al., 1956). Die Pathophysiologie, welche ebenfalls erstmals umfassend durch Roitt et al. beschrieben ist, wird durch eine Fehlsteuerung des Immunsystems gekennzeichnet, bei der sich Autoantikörper gegen Schilddrüsenantigene bilden. Diese Autoantikörper führen zu chronischer Entzündung, Fibrosierung und einem Funktionsverlust der Schilddrüse. Außerdem führt die fortschreitende Zerstörung des Schilddrüsengewebes zur Entwicklung einer Schilddrüsenunterfunktion, also einer Hypothyreose (Roitt et al., 1956). Das Risiko, an Hashimoto-Thyreoiditis zu erkranken, ist international für Frauen mit 17,5 % bis zu viermal höher als für Männer mit 7,5 %, was in der Meta-Analyse von Hu et al. (2022) belegt wird.

Die klinische Querschnittsstudie von Li et al. (2024), welche die Symptome von Personen mit Hashimoto-Thyreoiditis mittels eines standardisierten Fragebogens erhebt, führt eine Vielzahl an Beschwerden auf. Dazu zählen ausgeprägte Müdigkeit, generelle Erschöpfung, Gewichtszunahme, verstärkte Kälteintoleranz, trockene Haut, Juckreiz, Haarausfall, Obstipation, Übelkeit, abdominelle Blähungen, neurokognitive Einschränkungen wie Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, Schlafstörungen, depressive Verstimmung, Angst, Reizbarkeit und Interesselosigkeit. Die Ausprägung der Symptome hängt laut der Studie von der Höhe der Schilddrüsenantikörper ab (Li et al., 2024). Die Standardtherapie der Hashimoto-Thyreoiditis besteht in einer Gabe von Levothyroxin (L-Thyroxin) und hat das Ziel, einen ausgeglichenen Schilddrüsenhormonhaushalt zu erreichen, wobei die Dosierung individuell nach Körpergewicht und klinischen Faktoren festgelegt wird (Garber et al., 2012).

2.1.1 Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch

Eine unbehandelte oder unzureichend eingestellte Hypothyreose ist in Leitlinien und Reviews mit einem erhöhten Risiko für Fehlgeburten, Frühgeburten, Präeklampsie, maternalen Anämie, Plazentadysfunktion und postpartale Hämorrhagie assoziiert (Alexander et al., 2017; Bogović Crnčić et al., 2024). Die fetale Schilddrüse produziert erst ungefähr ab der 10.–12. Schwangerschaftswoche ausreichend Thyroxin, sodass der Fetus bis dahin vollständig auf maternale Schilddrüsenhormone angewiesen ist (Thorpe-Beeston et al., 1991). Somit kann eine mütterliche Hypothyreose durch die Hashimoto-Thyreoiditis in der Frühschwangerschaft die neuronale Entwicklung des Kindes beeinträchtigen. Kohortenstudien belegen, dass eine pathologische maternale Schilddrüsenfunktion im ersten Trimenon mit einem erhöhten Risiko für neuronale Störungen beim Kind assoziiert ist (Andersen et al., 2018).

2.2 Präkonzeptionelle Betreuung durch Hebammen

Nach der Definition der World Health Organization (WHO) umfasst eine präkonzeptionelle Beratung alle medizinischen, verhaltensbezogenen und sozialen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Beratung, die vor Eintritt einer Schwangerschaft bei Frauen oder Paaren erfolgen und darauf abzielen, die Gesundheit und die Wahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft zu verbessern (WHO, 2013).

2.2.1 Rechtlicher und beruflicher Rahmen in Deutschland

Im deutschen Hebammengesetz wird die präkonzeptionelle Hebammenarbeit nicht explizit erwähnt. Insbesondere in §1, der die Berufsbezeichnung sowie den grundsätzlichen Tätigkeitsrahmen von Hebammen definiert, wird dieser Tätigkeitsbereich nicht aufgeführt (Bundesministerium der Justiz, 2019). Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass präkonzeptionelle Leistungen derzeit auch nicht im deutschen Hebammenhilfvertrag aufgeführt sind und somit nicht strukturell vergütet werden können (GKV-Spitzenverband, 2025).

3 Methodik

Im folgenden Kapitel wird die methodische Vorgehensweise für die Entwicklung des evidenzbasierten Versorgungsplans beschrieben. Zunächst werden die Auswahl der Datenbanken sowie das methodische Vorgehen einschließlich der Ein- und Ausschlusskriterien detailliert beschrieben. Im Anschluss wird die konkrete Durchführung der systematischen Recherche einschließlich der Suche in den ausgewählten Datenbanken und der erweiterten Recherche erläutert.

3.1 Auswahl der Datenbanken

Für die Literaturrecherche werden die medizinisch und gesundheitswissenschaftlich anerkannten Datenbanken PubMed und Cochrane Library genutzt. PubMed wird ausgewählt, da es eine umfangreiche Sammlung aktueller Fachartikel aus den Bereichen der Medizin, Endokrinologie und auch der Hebammenwissenschaft enthält. Als zweite Datenbank wird die Cochrane Library mit dem Ziel genutzt, wissenschaftliche Übersichtsarbeiten und Metaanalysen mit hoher Evidenzstufe zu identifizieren. Diese sind insbesondere für die Ableitung praxisorientierter, evidenzbasierter Handlungsempfehlungen von Relevanz.

3.2 Methodisches Vorgehen

Zu Beginn der Literaturrecherche werden die zentralen Begriffe der Forschungsfrage identifiziert und in einer Begriffs-Matrix systematisch dargestellt (vgl. Tabelle 1). „Hashimoto-Thyreoiditis“ wird als Kernbegriff gewählt, da sich die Frage explizit auf die präkonzeptionelle Betreuung von Frauen mit dieser spezifischen Autoimmunerkrankung fokussiert. Für die Suche werden neben der englischen Übersetzung „hashimoto disease“ die Begriffe „*hypothyroidism*“ und „*thyroid*“ gewählt, um auch Studien zu allgemeinen Schilddrüsenerkrankungen einzubeziehen. Diese Erweiterung ergibt sich aus der Erkenntnis, dass sich viele präkonzeptionell relevante Aspekte nicht ausschließlich auf die Hashimoto-Thyreoiditis beziehen, sondern im allgemeinen Zusammenhang der Endokrinologie untersucht werden. Der zweite Kernbegriff beschreibt die Population der Fragestellung und umfasst Frauen mit Kinderwunsch sowie Frauen in der präkonzeptionellen Phase. Hierfür werden die Begriffe „*preconception*“ und „*preconception care*“ verwendet, da diese international etablierten Suchbegriffe den Zeitraum vor der Schwangerschaft am präzisesten abbilden und in der wissenschaftlichen Literatur konsistent genutzt werden. Der dritte Kernbegriff bezieht sich auf die Intervention, also auf die beratende und betreuende Tätigkeit von Hebammen. Zur Erfassung entsprechender Literatur werden die Begriffe „*midwifery care*“ und „*midwife*“ gewählt, um Studien zu hebammengeleiteten Betreuungen und Beratungen einzuschließen.

Die Suchbegriffe werden in englischer Sprache formuliert, da die internationale Forschungslage im Bereich der Endokrinologie, Präkonzeption und Hebammenwissenschaft überwiegend in englischer Sprache veröffentlicht wird.

Tabelle 1, Kernbegriffe, eigene Darstellung

Nr.	Kernbegriffe	Suchbegriffe
#1	Hashimoto-Thyreoiditis	hashimoto disease, hypothyroidism, thyroid
#2	Frauen mit Kinderwunsch = präkonzeptioneller Zeitraum	preconception, preconception care
#3	(Beratung und Betreuung) durch Hebammen	midwifery care, midwife

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Zur Sicherstellung der wissenschaftlichen Relevanz und Qualität der ausgewählten Literatur werden im Vorfeld Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Eingeschlossen werden ausschließlich peer-reviewte Originalarbeiten und Reviews, die zwischen 2015 und 2025 veröffentlicht sind, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse methodisch valide sind und dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen. Durch die zeitliche Eingrenzung wird zudem gewährleistet, dass die Entwicklungen in der Diagnostik, Therapie und präkonzeptionellen Versorgung angemessen berücksichtigt werden. Außerdem werden Publikationen in englischer oder deutscher Sprache einbezogen.

Studien mit niedriger methodischer Qualität, nicht-wissenschaftlichen Quellen sowie Arbeiten ohne Bezug zur präkonzeptionellen Phase werden ausgeschlossen. Ziel dieser Kriterien ist es, ausschließlich aktuelle und evidenzbasierte Arbeiten zu erfassen, die einen direkten Bezug zur Fragestellung und somit zur Entwicklung eines praxisorientierten Versorgungsplans aufweisen.

3.3 Suche

Die Literaturrecherche erfolgt systematisch in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed und Cochrane Library. Grundlage der Recherche bilden die zuvor definierten Suchbegriffe (vgl. Tabelle 1) sowie die Definition der Ein- und Ausschlusskriterien.

3.3.1 Vorgehen in PubMed

Die Recherche in PubMed wird mithilfe der „Advanced Search“-Funktion durchgeführt, um Suchkombinationen gezielt mit den booleschen Operatoren AND und OR zu verknüpfen. Zur Gewährleistung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens wird der gesamte Such- und Auswahlprozess systematisch in einem Flowchart

abgebildet. Dieses orientiert sich am PRISMA-Standard, sodass die Anzahl der identifizierten, gescreenten und eingeschlossenen Quellen nachvollziehbar dargestellt werden (vgl. Abbildung 1). Darüber hinaus werden in diesem Kapitel die verwendeten Suchstrings sowie die jeweiligen Trefferergebnisse detailliert beschrieben und textlich aufbereitet, um die durchgeführten Rechenschritte klar nachvollziehen zu können.

Im ersten Schritt werden alle drei Hauptbegriffe gemeinsam kombiniert, um den Zusammenhang zwischen der Hashimoto-Thyreoiditis, Präkonzeption und Hebammenarbeit umfassend abzubilden.

- Suchstring: (hashimoto disease OR hypothyroidism OR thyroid) AND (preconception OR preconception care) AND (midwifery care OR midwife)
- Ergebnis: n=2 Treffer

Da mit diesem Suchstring nur zwei Publikationen identifiziert werden können, die jedoch nach Titelsichtung keinen direkten Bezug zur Forschungsfrage aufweisen, wird die systematische Literaturrecherche erneut und angepasst durchgeführt.

In der ersten Überarbeitung erfolgt die Suche zunächst ohne direkten Bezug zur Hebammenarbeit. Damit soll die Evidenzlage zur präkonzeptionellen Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis unabhängig vom Berufsstand erfasst werden. Dieser Bezug wird im weiteren Verlauf der Arbeit explizit untersucht und im Diskussionsteil reflektiert.

Die systematische Literaturrecherche ohne Hebammenbezug (Suchstring Nr. #1 + #2) ergibt n=178 Treffer, von denen n=16 nach Titelsichtung und n=4 nach Sichtung des Abstracts als potenziell relevant eingestuft und weiterverfolgt werden.

- Suchstring: (hashimoto disease OR hypothyroidism OR thyroid) AND (preconception OR preconception care)
- Ergebnis: n=178 Treffer
 - n=18 Studien nach Titel als potenziell relevant eingeschlossen, n=3 nach Abstract weiterverfolgt.

Viele Studien befassen sich mit Screening-Maßnahmen oder Risikofaktoren für Schilddrüsenerkrankungen, jedoch nicht mit der spezifischen Betreuung von Frauen, die bereits an Hashimoto-Thyreoiditis leiden und einen Kinderwunsch haben. Diese Forschungslücke wird in der Diskussion (Kapitel 5) aufgegriffen.

Die systematische Literaturrecherche ohne Bezug zur Hebammenarbeit ergibt somit drei Arbeiten, welche in die Erarbeitung des Versorgungsplans einbezogen werden. Diese Arbeiten bieten jedoch keinen direkten Bezug zur Betreuung und Beratung durch Hebammen im präkonzeptionellen Zeitraum, weshalb im nächsten Schritt eine Suche explizit zu präkonzeptioneller Betreuung durch Hebammen ohne direkten Bezug zu Hashimoto-Thyreoiditis durchgeführt wird.

- Suchstring: (preconception OR preconception care) AND (midwifery care OR midwife)
- Ergebnis: n=291 Treffer
 - n=12 nach Titel als relevant eingeschlossen, n=1 nach Abstract weiterverfolgt.

Nach dieser zweiten Suche können insgesamt vier Arbeiten identifiziert werden, die in die Ausarbeitung des evidenzbasierten Versorgungsplans einbezogen werden.

In einer abschließenden systematischen Suche wird die Einzelsuche zum Kernbegriff #2 („präkonzeptionelle Versorgung“) gezielt auf systematische Reviews der letzten fünf Jahre eingegrenzt, um aus der hohen Gesamtzahl von circa n=7000 Treffern gezielt wissenschaftlich hochwertige, thematisch relevante und aktuelle Übersichtsarbeiten zu identifizieren.

Diese Fokussierung dient dazu, zentrale Quellen zur präkonzeptionellen Betreuung zu erfassen, die in den zuvor verwendeten Suchstrings durch die Begriffskombinationen möglicherweise nicht berücksichtigt werden. Durch die Beschränkung auf den Publikationstyp „Systematic Review“ wird die Literaturrecherche gezielter gestaltet und zugleich die Aussagekraft der eingeschlossenen Studien erhöht. Auf diese Weise kann das Risiko einer verzerrten Auswahl durch eine zu breite oder unspezifische Trefferlage reduziert werden.

- Suchstring: (*preconception* OR *preconception care*)
- Einschlusskriterien: letzte fünf Jahre, nur Systematic Reviews
- Ergebnis: n=338 Treffer
 - n=12 nach Titel als relevant eingeschlossen, n=3 nach Abstract weiterverfolgt.

3.4.2 Vorgehen in der Cochrane Library

Aufbauend auf dem Vorgehen der PubMed-Recherche erfolgt eine systematische Suche in der Cochrane Library. Dabei wird die Suchstrategie identisch angewendet, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten. Um Transparenz des methodischen Vorgehens sicherzustellen, werden die einzelnen Schritte des Such- und Auswahlprozesses strukturiert in einem Flowchart dargestellt (vgl. Abbildung 2).

Die systematische Recherche in der Cochrane Library ergibt insgesamt eine geringe, thematisch eingeschränkte Trefferzahl. Trotz einzelner potenziell relevanter Titel kann nach Sichtung der Abstracts keine Studie als inhaltlich passend für die Fragestellung eingeschlossen werden.

Somit ergibt die systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Cochrane Library insgesamt sieben Arbeiten (vgl. Tabelle 2), die in die Erarbeitung des Versorgungsplans einbezogen und im folgenden Kapitel bewertet werden.

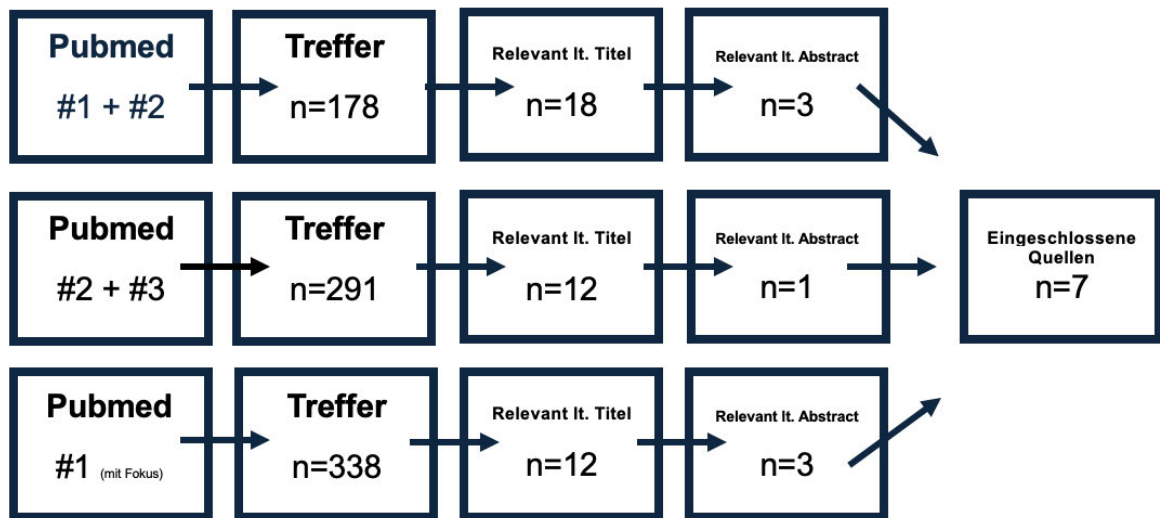


Abbildung 1: Flowchart PubMed Suche, eigene Darstellung

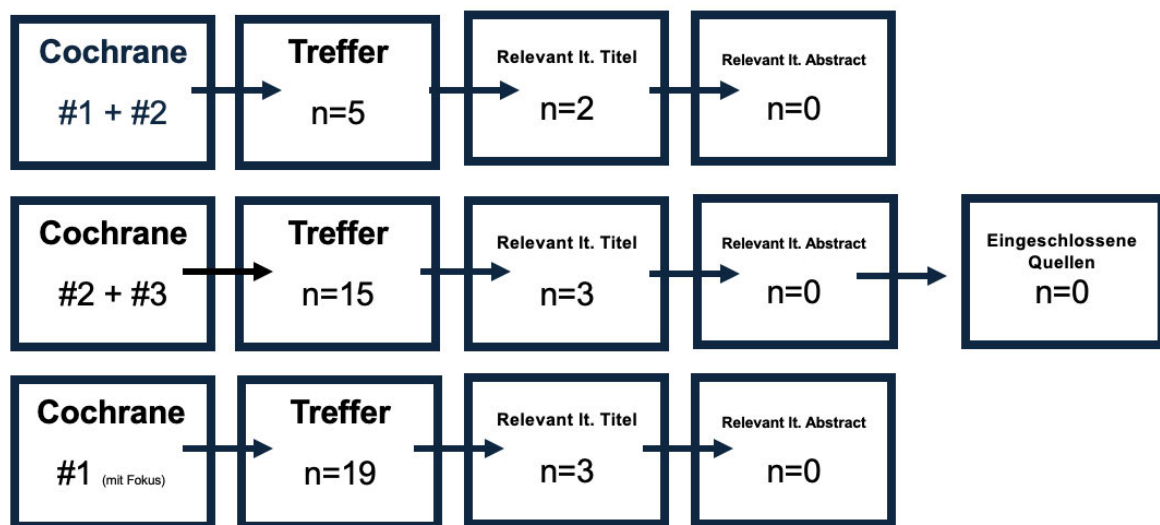


Abbildung 2: Flowchart Cochrane Library Suche, eigene Darstellung

Tabelle 2, Einbezogene Literatur nach systematischer Recherche, eigene Darstellung

Nr.	Autor*innen:	Titel:	Jahr:
1	Dhillon-Smith, R. K. Boelaert, K.	Preconception Counseling and Care for Pregnant Women with Thyroid Disease.	2022
2	Goossens J. De Roose, M. Van Hecke, A. Goemaes, R., Verhaeghe, S. Beeckman, D.	Barriers and facilitators to the provision of preconception care by healthcare providers: A systematic review	2018
3	Hidayah, N. Woro Kasmini H, O. Yuniastuti, A. Nur Anggraini Ningrum, D. Hasan, F.	What Influences Women's Knowledge, Attitudes, and Practices Toward Preconception Care? A Systematic Review and Meta-Analysis	2025
4	Okosieme, O. E. Khan, I. Taylor, P. N.	Preconception management of thyroid dysfunction.	2018
5	Suto, M. Inaoka, K. Suzuki, D. Nitamizu, A. Arata, N. Ota, E.	Behavior changes to promote preconception health: a systematic review	2025
6	Țarnă, M. Cima, L. N. Panaitescu, A. M. Martin, C. S. Sîrbu, A. E. Barbu, C. G. Pavel, B. Șerbănică, A. N. Fica, S.	Preconception Counseling in Patients with Hypothyroidism and/or Thyroid Autoimmunity.	2022
7	Withanage, N. N. Botfield, J. R. Srinivasan, S. Black, K. I. Mazza, D	Effectiveness of preconception interventions in primary care: a systematic review	2022

3.4 Bewertung der einbezogenen Literatur

Die methodische Qualität der sieben eingeschlossenen Studien wird in einem standardisierten Bewertungsprozess beurteilt, der nachvollziehbar und auf die jeweilige Studiendesigns abgestimmt sein soll.

Die drei narrativen Übersichtsarbeiten werden anhand der SANRA-Skala beurteilt, die zur qualitativen Bewertung narrativer Reviews entwickelt ist (Baethge et al., 2019). Bewertet werden insbesondere die Klarheit der Fragestellung, die Angemessenheit der Literaturrecherche, die Transparenz der Darstellung, die wissenschaftliche Begründung der Aussagen und die logische Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerungen. In allen drei Arbeiten zeigen sich eine klare Strukturierung, eine nachvollziehbare Argumentationsführung sowie ausreichende Belege. Insgesamt lassen sich die narrativen Übersichtsarbeiten als methodisch solide einstufen.

Die vier systematischen Reviews werden entlang zentraler PRISMA-Elemente bewertet (Page et al., 2021). Dazu zählen die Präzision der Fragestellung, eine systematisch aufgebaute und dokumentierte Suchstrategie, klar definierte Ein- und Ausschlusskriterien, ein transparentes Selektionsverfahren sowie die Berücksichtigung des Risikos methodischer Verzerrungen. Alle vier Arbeiten erfüllen diese Anforderungen in wesentlichen Teilen, wobei wenige Unterschiede bezogen auf die Vergleichbarkeit der Bias-Bewertung und die Vollständigkeit der Suchdokumentation ermittelt werden. In der Gesamtheit können die systematischen Reviews als methodisch solide und qualitativ hochwertig eingeordnet werden. Zusammenfassend bestätigt die Qualitätsbewertung der sieben ausgewählten Studien, dass diese über eine solide methodische Grundlage verfügen. Auf eine ausführliche Ausarbeitung der erläuterten Bewertungen wird zur Übersichtlichkeit verzichtet, da dies den formalen Rahmen der Arbeit überschreiten würde.

3.5 Ergänzende Recherche

Ergänzend zur systematischen Literaturrecherche umfasst die methodische Vorgehensweise zusätzliche gezielte Recherchen. Diese dienen dazu, bereits identifizierte Ergebnisse inhaltlich zu vertiefen, spezifische Fragestellungen zu klären und die Ableitung der Handlungsempfehlungen im Versorgungskonzept weiter zu präzisieren. Diese Schritte werden dann durchgeführt, wenn einzelne Empfehlungen in den ausgewählten Arbeiten nicht ausreichend detailliert beschrieben werden. Jeder dieser Schritte wird transparent dargelegt und methodisch begründet, sodass die Nachvollziehbarkeit des Vorgehens gewährleistet bleibt.

Außerdem werden Leitlinien einbezogen, die sich mit der präkonzeptionellen Versorgung von Frauen mit Schilddrüsenerkrankungen befassen. Als besonders relevant zeigt sich die ATA-Leitlinie „2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and

Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum“ von Alexander et al. (2017). Diese Leitlinie enthält die aktuell umfangreichsten evidenzbasierten Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der Hashimoto-Thyreoiditis im reproduktiven Kontext und ist international als Referenz anerkannt. Im deutschsprachigen Raum existieren zum Zeitpunkt der Recherche keine Leitlinien, die explizit die präkonzeptionelle Betreuung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis oder im Allgemeinen Schilddrüsenerkrankungen adressieren. Dies wird in der Diskussion aufgegriffen und weiter ausgeführt.

4 Ergebnisse

Dieses Kapitel widmet sich der Darstellung und Analyse der einbezogenen Literatur sowie die daraus resultierenden Empfehlungen und Ergebnisse zur Erstellung des Versorgungsplans. Die Grundlage der Ergebnisdarstellung bilden insgesamt sieben Arbeiten, welche zu Beginn dieses Kapitels thematisch ausgewertet werden. Darauf aufbauend wird der Versorgungsplan detailliert ausgearbeitet. Dieser gliedert sich in die Bereiche Zeitpunkt der Beratung, Ausführung der Beratung, die Anamnese, die Inhalte der Beratung sowie das interprofessionelle Arbeiten. Im Anschluss wird dieser Versorgungsplan visualisiert. Das konzipierte Versorgungskonzept bezieht sich ausschließlich auf den Zeitraum vor der Konzeption. Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis benötigen auch in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett besondere Aufmerksamkeit sowie eine enge interprofessionelle Betreuung. Diese Aspekte werden teilweise aufgegriffen, stehen jedoch nicht im Mittelpunkt der Ausarbeitung. Zudem existieren zahlreiche weitere Situationen, in denen Frauen von einer präkonzeptionellen Hebammenbegleitung profitieren könnten. Eine Betrachtung all dieser Szenarien würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

4.1 Übersichtliche Auswertung der Arbeiten

Die narrativen Reviews von Dhillon-Smith und Boelaert (2022), Okosieme et al. (2018) und Țarnă et al. (2022) fassen die aktuelle Evidenzlage zur präkonzeptionellen Betreuung von Frauen mit Schilddrüsenerkrankungen aus klinischen Studien und Leitlinien zusammen. Im Zentrum dieser Arbeiten steht die Ableitung praxisrelevanter Empfehlungen, die die Optimierung der Schilddrüsenfunktion vor Eintritt einer Schwangerschaft sowie die Minimierung maternaler und fetaler Risiken umfassen. Diese Reviews bilden damit eine zentrale Grundlage, um den medizinischen Bedarf, die Bedeutung der Stoffwechseleinstellung sowie das notwendige interprofessionelle Management im reproduktiven Kontext darzustellen.

Goossens et al. (2018) analysieren in ihrem systematischen Review hinderliche und förderliche Faktoren für die Implementierung präkonzeptioneller Beratung durch Gesundheitsfachpersonen. Sie zeigen, dass strukturelle Hindernisse wie unklare Zuständigkeiten, eine unzureichende interprofessionelle Kooperation und mangelndes Fachwissen der Fachperson entscheidende Versorgungslücken verursachen können. Gleichzeitig identifizieren sie förderliche Faktoren wie klare Verantwortlichkeiten, reproduktivmedizinische Kompetenzen und institutionelle Unterstützung als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Hidayah et al. (2025) erweitern diese Erkenntnis in ihrem systematischen Review. Sie untersuchen, welche psychosozialen Barrieren wie Wissen, Einstellungen, Motivation oder Gesundheitskompetenz, das Gesundheitsverhalten von Frauen mit Kinderwunsch prägen und wie diese durch eine Beratung gezielt positiv beeinflusst werden können.

In ihrem systematischen Review zeigen Suto et al. (2025), dass verhaltensorientierte Interventionen mit signifikanten Verbesserungen des gesundheitsbezogenen Verhaltens assoziiert sind. Diese Interventionen umfassen strukturierte Beratung, individuelle Zielsetzung und wiederholte Kontakte mit Gesundheitsfachpersonen.

Das systematische Review von Withanage et al. (2022) belegt die Effektivität präkonzeptioneller Interventionen im Bereich der Primärversorgung. Sie zeigen, dass Maßnahmen wie die Förderung der Folsäuresupplementation, gesundheitsorientierte Lebensstilveränderungen und das Management chronischer Erkrankungen messbare Verbesserungen für die reproduktive Gesundheit der Frauen und für die Schwangerschaftsverläufe erzielen. Damit liefert die Studie einen entscheidenden Beitrag zur Ableitung evidenzbasierter Beratungsinhalte.

4.2 Der Versorgungsplan

Um den Versorgungsplan nachvollziehbar strukturieren zu können, werden zunächst Zeitpunkt und Ausführung der Beratung dargestellt. In einem weiteren Schritt werden die Anamnese sowie die relevanten Beratungsinhalte erläutert und anschließend das interprofessionelle Arbeiten näher ausgeführt. Diese Schwerpunktsetzung ergibt sich aus der ausgewerteten Literatur. In jedem Abschnitt erfolgt eine systematische Evidenzbewertung, aus der konkrete Empfehlungen für die Ausgestaltung des Versorgungsplans entwickelt werden. Der gesamte Beratungs- und Betreuungsprozess wird abschließend in einem Flowchart übersichtlich dargestellt. Ein Beispiel für eine ausführliche Ausarbeitung des Versorgungsplans ist im Anhang zu finden.

A) Zeitpunkt des Betreuungsstarts

Zum Zeitpunkt der Beratung lässt sich aus der Literatur ableiten, dass eine präkonzeptionelle Beratung bei unbehandelter Hypothyreose frühzeitig erfolgen sollte, um rechtzeitig eine medikamentöse Therapie einzuleiten (Țarnă et al., 2022). In einem weiteren Review wird eine explizite zeitliche Empfehlung genannt. Frauen mit Schilddrüsenerkrankungen sollten laut diesem Review vor einer geplanten Schwangerschaft mindestens zwei Monate stabile Hormonwerte aufweisen, um Risiken im Konzeptionszeitraum zu minimieren (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022, S. 420). Daraus lässt sich ableiten, dass Frauen während der medikamentösen Einstellungsphase keinen ungeschützten Geschlechtsverkehr haben sollten, um eine Schwangerschaft erst nach Erreichen stabiler Hormonwerte zu planen. Hebammen sollten in der präkonzeptionellen Beratung deshalb auch zu Empfängnisverhütung und Familienplanung und über den optimalen Zeitpunkt einer Konzeption beraten können.

Empfehlungen für den Versorgungsplan:

- Der Start der Beratung soll mindestens zwei Monate vor der Konzeption stattfinden (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022).
- Beratung zu Empfängnisverhütung und Familienplanung sollte ebenfalls inhaltliches Beratungsthema sein.

B) Ausführung der Beratung

Withanage et al. (2022) zeigen in ihrem systematischen Review, dass wiederholte Beratungen effektiver sind als einmalige Beratungstermine. Dieses Ergebnis begründen sie damit, dass sowohl das Gesundheitswissen als auch die Umsetzung konkreter Maßnahmen häufiger von den Frauen umgesetzt werden (Withanage et al., 2022). Dieses Ergebnis wird durch Hidayah et al. (2025) gestützt. Die Autor*innen belegen, dass Frauen mehr als neunmal häufiger empfohlene Maßnahmen umsetzen, wenn sie bereits eine präkonzeptionelle Beratung erhalten haben, also die Beratung wiederholt stattfindet (Hidayah et al., 2025). Außerdem zeigen Suto et al. (2025), dass präkonzeptionelle Beratung in unterschiedlichen Formaten wie Einzel-, Gruppen- oder digitalen Angeboten erfolgreich umgesetzt werden kann und zu verbessertem Gesundheitswissen und gesundheitsförderlichem Verhalten führt.

Da keine der identifizierten Studien konkrete Aussagen zur praktischen Ausgestaltung der Beratung liefert, wird eine ergänzende Recherche zu evidenzbasierten Beratungsmodellen durchgeführt. Da Hebammenberatung aktuell weder standardisiert noch leitlinienbasiert beschrieben ist, besteht die Notwendigkeit, auf bereits etablierte gesundheitsfördernde Beratungsansätze zurückzugreifen. Dabei wird das international etablierte 5A-Modell als geeignet identifiziert und als Strukturgrundlage für den vorliegenden Versorgungsplan genutzt (Glasgow et al., 2006). Whitlock et al. (2002) bestätigen in ihrer Arbeit die Vorteile dieses Modells. Sie untersuchen systematisch, welche Beratungsmodelle nachweislich zu Verhaltensänderungen führen, wie Beratung in der Primärversorgung ideal aufgebaut sein sollte und welche Elemente erfolgreiche Präventionsinterventionen enthalten. In diesem Rahmen stellen sie das 5A-Modell als strukturierte, wirksame Vorgehensweise für präventive Beratung vor (Whitlock et al., 2002).

Weitere wichtige Ergebnisse zur Ausführung der Beratung liefern unter anderem Okosieme et al. (2018). Die Autor*innen empfehlen im Rahmen der präkonzeptionellen Betreuung eine gezielte Risikoerhebung, einschließlich der Autoimmunität, Infertilität, Vorerkrankungen und Jodversorgung. Weiter zeigen auch Suto et al. (2025), dass wirksame präkonzeptionelle Interventionen nicht nur edukative Inhalte vermitteln, sondern explizit darauf abzielen sollen, individuelle Gesundheitsrisiken zu erkennen und gemeinsam Strategien zu deren Reduktion zu entwickeln. Goossens et al. (2018) zeigen aus Versorgungsperspektive, dass

Gesundheitsfachpersonen die Risikoerhebung als essenziellen Bestandteil präkonzeptioneller Betreuung ansehen, jedoch Unsicherheiten hinsichtlich der Zuständigkeiten bestehen. Außerdem betonen Withanage et al. (2022), dass die frühzeitige Identifikation von Risikofaktoren wie Substanzkonsum oder Adipositas nachweislich zu verbesserten Schwangerschaftsverläufen beiträgt. Die Ergebnisse von mehreren ausgewählten Studien ergeben somit, dass die strukturierte Erhebung individueller Risikofaktoren, also eine Anamnese, ein zentrales Element der präkonzeptionellen Betreuung darstellt. Entsprechend werden im folgenden Abschnitt der Ablauf und die Inhalte einer solchen präkonzeptionellen Anamnese detailliert dargestellt.

Empfehlungen für den Versorgungsplan:

- Es sollen wiederholte persönliche Kontakte über mehrere Wochen oder Monate stattfinden (Withanage et al., 2022).
- Standardisierte Gesprächsstruktur durch Anwendung eines evidenzbasierten Schemas wie dem 5A-Modell (Glasgow et al., 2006).
- Die Erhebung von Risikofaktoren, also eine Anamnese, ist ein wichtiger Bestandteil der präkonzeptionellen Beratung (Goossens et al., 2018; Okosieme et al., 2018; Suto et al., 2025; Withanage et al., 2022).

C) Anamnese

Durch die zuvor beschriebene Bedeutung einer strukturierten präkonzeptionellen Risikoerhebung bildet die Anamnese den Ausgangspunkt für die Beratung. Deshalb wird ergänzend nach einem etablierten Modell gesucht, das eine systematische Risikoerfassung (Anamnese) vor der Schwangerschaft darstellt. Damit soll die Anwendbarkeit des entwickelten Versorgungsplans in der Praxis ermöglicht werden. Internationale Empfehlungen beschreiben die präkonzeptionelle Anamnese als strukturierte Erhebung medizinischer, reproduktiver, psychosozialer und lebensstilbezogener Faktoren, einschließlich chronischer Erkrankungen, Medikamenteneinnahme, Ernährungsstatus, Impfstatus sowie individueller Risikofaktoren (Johnson et al., 2006; WHO, 2013).

Ergänzend werden in den Ergebnissen der ausgewählten Arbeiten weitere Aspekte genannt, die in der Anamnese erfasst werden sollten. Dazu zählen verhaltensorientierte Aspekte wie Wissen, Einstellung und Motivation der Frauen. Diese werden als zentrale Einflussfaktoren für die Umsetzung präkonzeptioneller Maßnahmen beschrieben (Hidayah et al., 2025).

Für die praktische Umsetzung ist neben den Inhalten der Anamnese auch die Art und Weise der Durchführung der Anamneseerhebung relevant. Um einen evidenzbasierten Rahmen hierfür zu erhalten, wird ergänzend Literatur zur Gesprächsführung recherchiert. Das „*Motivational Interviewing*“ nach Miller und Rollnick (2013) beschreibt eine evidenzbasierte

Kommunikationsform, die auf offenen, explorativen Fragen, Empathie und Autonomieorientierung beruht. Dieser personenzentrierte Ansatz ermöglicht laut den Autor*innen sensible Themen wie Ernährung, Medikamenteneinnahme, psychosoziale Belastungen oder notwendige Lebensstilveränderungen vertrauensvoll anzusprechen. Gleichzeitig kann diese Kommunikationsform die Selbstwirksamkeit der Frau stärken und somit defizitorientierten Gesprächsverläufen entgegenwirken (Miller & Rollnick, 2013). Damit liefert das Modell eine evidenzbasierte Grundlage dafür, wie das Anamnesegespräch im präkonzeptionellen Kontext von Hebammen gestaltet werden kann.

Empfehlungen für den Versorgungsplan:

- Inhalte der Anamnese umfassen medizinische, reproduktive, psychosoziale und lebensstilbezogene Faktoren sowie chronische Erkrankungen, Medikamenteneinnahme, Ernährungsstatus, Impfstatus sowie individuelle Risikofaktoren (Johnson et al., 2006; WHO, 2013) ergänzt durch die Punkte Wissen, Einstellung und Motivation durch Hidayah et al. (2025).
- Kommunikationsform mit offenen, explorativen Fragen in Anamnese nutzen (Miller & Rollnick, 2013).

D) Inhalte der Beratung

Die ausgewählte Literatur zeigt, dass zu den größten Barrieren für die Gesundheitsfachpersonen in der Umsetzung von präkonzeptioneller Beratung die mangelnde Kenntnis über die Inhalte zählt (Goossens et al., 2018). Der Versorgungsplan sollte Hebammen daher eine Erläuterung über die zentralen Inhalte der präkonzeptionellen Betreuung bieten. Im Hauptteil der Arbeit werden die Inhalte nur in einem übergeordneten Thema aufgezeigt. Die vollständige und detaillierte Ausarbeitung der Beratungsinhalte erfolgt in der ausführlichen Ausarbeitung des Versorgungsplans, welcher im Anhang zu finden ist (vgl. Anhang).

Allgemeine präkonzeptionelle Beratung

Withanage et al. (2022) zeigen in ihrem systematischen Review, dass die präkonzeptionellen Interventionen die Förderung der Folsäure-Supplementation sowie die Verbesserung von Ernährungsgewohnheiten, körperlicher Aktivität und dem Verzicht auf Nikotin und Alkohol umfassen.

Ein Ergebnis aus der ergänzenden Suche stützt besonders die Relevanz des Themas der körperlichen Aktivität. Es wird belegt, dass regelmäßige körperliche Aktivität Entzündungsmarker senken und dadurch potenziell zur Stabilisierung der Schilddrüsenfunktion beitragen kann (Klasson et al., 2022). Die Autor*innen analysieren dafür in ihrer Querschnittsstudie empirische Daten, um Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität, Entzündungsparametern und Schilddrüsenhormonspiegeln bei Erwachsenen zu untersuchen. Zusätzlich

umfassen zentrale Inhalte der präkonzeptionellen Beratung laut Johnson et al. (2006) die Aufklärung über den Menstruationszyklus, Fertilität und Schwangerschaftsplanung. Insbesondere Informationen zu Zyklusvariationen, fruchtbaren Tagen sowie zur Zeit bis zur Konzeption sollten in der Beratung stattfinden (Johnson et al., 2006).

Medikamente und Substitution

Für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis wird empfohlen, vor einer geplanten Schwangerschaft eine stabile Schilddrüsenfunktion sicherzustellen. Diese Empfehlung kann laut den Autor*innen durch eine entsprechende Anpassung der Therapie mit L-Thyroxin erreicht werden (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022; Okosieme et al., 2018). Die Literatur empfiehlt eine Steigerung von L-Thyroxin um 20–30 %, sobald eine Schwangerschaft festgestellt wird (Țarnă et al., 2022). Für eine optimale Bioverfügbarkeit sollte L-Thyroxin nüchtern eingenommen werden. Andere Medikamente und kalzium- oder eisenhaltige Produkte sollten zeitlich versetzt aufgenommen werden, um eine Störung der Aufnahme von L-Thyroxin zu vermeiden (Alexander et al., 2017; Garber et al., 2012).

Zur Substitution wird empfohlen, dass Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis eine ausreichende Jodversorgung von 150–250 µg/Tag sicherstellen sollten (Țarnă et al., 2022).

Die juristische Einordnung des Hebammengesetzes von Igl und Welti (2023) erläutert, dass die Anpassung der medikamentösen Therapie ärztliche Aufgabe ist. Somit sind die Festlegung und auch die Steigerung der Dosierung ärztliche Aufgaben (Igl & Welti, 2023). Dennoch benötigen Hebammen für ihre Betreuung ein fundiertes Verständnis dieser Abläufe, um frühzeitig auf mögliche Risiken hinzuweisen, die Bedeutung von Verlaufskontrollen zu vermitteln und betroffene Frauen kompetent durch die präkonzeptionelle Phase zu begleiten.

Ernährung

Okosieme et al. (2018) betonen, dass eine angemessene Mikronährstoffversorgung in der Präkonzeption zentral für eine stabile Schilddrüsenfunktion ist. In einer ergänzenden Recherche wird deshalb gezielt nach Literatur über den Zusammenhang zwischen Ernährung und der Hashimoto-Thyreoiditis gesucht, da neben Okosieme et al. (2018) keine der ausgewählten Arbeiten die Ernährung spezifisch thematisiert.

Die Studie von Danailova et al. (2022) legt nahe, dass Ernährung über entzündungsmodulierende Mechanismen im Zusammenhang mit Prozessen der Hashimoto-Thyreoiditis stehen können. Eine unausgewogene und nährstoffarme Ernährungsweise kann oxidativen Stress und inflammatorische Vorgänge begünstigen, die wiederum den Schilddrüsenstoffwechsel belasten. Weiter wird betont, dass eine nährstoffreiche, entzündungsarme Ernährung mit ausreichender Zufuhr essenzieller Mikronährstoffe sowie antioxidativer und

Omega-3-reicher Lebensmittel einen positiven Beitrag für die Schilddrüsengesundheit leisten kann (Danailova et al., 2022).

Ergebnisse der PERIMED-Studie zeigen weiter, dass ein mediterranes, überwiegend pflanzenbasiertes Ernährungsmuster mit Olivenöl, Nüssen, Fisch und hohem Gemüseanteil die Entzündungsmarker signifikant senken kann (Estruch et al., 2018). Dieses Ergebnis könnte potenziell auch auf autoimmun-inflammatorische Prozesse wie bei der Hashimoto-Thyreoiditis übertragen werden. Zusammenfassend sollte für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch daher eine nährstoffreiche, entzündungsarme Ernährung wie ein mediterranes Ernährungsmuster in der Beratung empfohlen werden.

Verhütung

Wie im vorherigen Kapitel über den Zeitpunkt der Beratung erläutert wird, sollten Frauen mit Schilddrüsenerkrankungen vor einer geplanten Schwangerschaft mindestens zwei Monate stabile Hormonwerte aufweisen (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022). Daraus lässt sich ableiten, dass Frauen während der medikamentösen Einstellungsphase auf eine adäquate Schilddrüsenhormontherapie noch keinen ungeschützten Geschlechtsverkehr haben sollten. Hebammen sollten in der präkonzeptionellen Beratung deshalb auch zur Empfängnisverhütung beraten und über den optimalen Zeitpunkt einer Konzeption informieren können. Internationale Empfehlungen betonen, dass die Auswahl der Verhütungsmethode individuell erfolgen und sich an der medizinischen Vorgeschichte, Lebensumständen, Reproduktionsplanung und persönlichen Präferenzen orientieren sollte (WHO, 2025). Dabei umfasst die Beratung zu verschiedenen Verhütungsmethoden unter anderem Informationen zur Sicherheit und Wirksamkeit, zur korrekten Anwendung, zu möglichen Kontraindikationen sowie zu Risiken und Nebenwirkungen (WHO, 2025). Laut der Leitlinie sollen auf Grundlage einer strukturierten Gesundheitsanamnese zudem mögliche Risikofaktoren erfragt werden, da diese die Eignung verschiedener Verhütungsmethoden beeinflussen können. Dazu zählen Risiken wie eine Gerinnungsstörung, chronische Erkrankungen, Stoffwechselstörungen oder relevante Medikamenteneinnahmen. Ergänzend wird eine umfassende Aufklärung über die Wirksamkeit, die Anwendungssicherheit, mögliche Nebenwirkungen, Kontraindikationen und den Umgang mit Anwendungsfehlern sowie die Besprechung von Notfallkontrazeption empfohlen (WHO, 2025).

Risikokommunikation

Laut den Ergebnissen der ausgewählten Arbeiten stellt die Risikokommunikation einen zentralen Bestandteil der präkonzeptionellen Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis dar. Frauen sollten über mögliche Komplikationen einer unbehandelten oder schlecht eingestellten Hypothyreose informiert werden (Țarnă et al., 2022). Diese werden im

theoretischen Hintergrund dieser Arbeit ausführlich erläutert und umfassen laut Leitlinien und Reviews erhöhte Risiken für Fehlgeburten, Frühgeburten, Präeklampsie, maternaler Anämie, Plazentadysfunktion und postpartale Hämorrhagie (Alexander et al., 2017; Bogović Crnčić et al., 2024). Darüber hinaus wird empfohlen, Patientinnen über mögliche Symptomveränderungen aufzuklären, die auf eine unzureichende Stoffwechseleinstellung hinweisen können (Țarnă et al., 2022).

Empfehlungen für den Versorgungsplan:

- Bedeutung und Hintergrund der Inhalte für die beratende Hebamme erläutern (Goossens et al., 2018).
- Die Beratungsinhalte sollten die Themen Folsäure-Supplementation, Substanzverzicht, Bewegung und Gewichtsmanagement, Stressmanagement und Schlafhygiene umfassen (Johnson et al., 2006; Withanage et al., 2022).
- Speziell für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis die Themen Ernährung, Jodversorgung, L-Thyroxin-Einnahme und Risikokommunikation (Danailova et al., 2022; Okosieme et al., 2018; Țarnă et al., 2022).

E) Interprofessionelles Arbeiten

Die Literatur betont übereinstimmend, dass eine erfolgreiche präkonzeptionelle Betreuung nur durch eine strukturierte und interprofessionelle Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachpersonen gewährleistet werden kann (Goossens et al., 2018; Hidayah et al., 2025; Withanage et al., 2022). Goossens et al. (2018) analysieren in ihrem systematischen Review die Barrieren und förderlichen Faktoren in der Umsetzung präkonzeptioneller Beratung. Sie identifizierten konkret die mangelnde interprofessionelle Kooperation als zentrale Barriere. Klar strukturierte, professionsübergreifende Zusammenarbeit wird folglich als wesentliche Voraussetzung für eine wirksame Versorgung hervorgehoben (Goossens et al. 2018). Ziel dieses Versorgungsplans soll es also sein, die spezifische Rolle der Hebamme innerhalb von interprofessionellen Strukturen zu stärken und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen bereitzustellen. Diese sollen in der praktischen Hebammenarbeit anwendbar sein, ohne dass die professionellen Grenzen überschritten werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im deutschen Gesundheits- und Berufsrecht ein sogenannter ärztlicher Behandlungsvorbehalt gilt, wie Igl und Welti (2023) in ihrer systematischen Darstellung über das Gesundheits- und Berufsrecht darstellen. Das bedeutet, dass Maßnahmen der medizinischen Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation grundsätzlich nur von approbierten Ärzt*innen oder unter ihrer Anordnung durchgeführt werden dürfen (Igl & Welti, 2023). Somit liegt in diesem Versorgungsplan die Grenze der Hebammentätigkeit dort, wo eine klinische Diagnostik oder pharmakologische Therapie der Hashimoto-Thyreoiditis erforderlich ist.

Empfehlungen für den Versorgungsplan:

- Präkonzeptionelle Beratung sollte interprofessionell erfolgen (Goossens et al., 2018; Hidayah et al., 2025; Withanage et al., 2022).
- Grenzen der Hebammentätigkeit in dem Versorgungsplan aufzeigen: klinische Diagnostik oder pharmakologische Therapie der Hashimoto-Thyreoiditis (Igl & Welti, 2023).

4.3 Visualisierung und Ausarbeitung

Um die Ergebnisse des entwickelten Versorgungsplans strukturiert darzustellen, erfolgt eine Visualisierung in Form eines Flowcharts. Diese grafische Aufbereitung ermöglicht eine klare, schnell erfassbare Übersicht über die empfohlene Vorgehensweise, den Beratungsablauf sowie die einzelnen Entscheidungspunkte innerhalb der präkonzeptionellen Hebammenbetreuung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch. Dadurch werden sowohl die inhaltlichen Schwerpunkte als auch die Zusammenhänge zwischen Anamnese, Beratung und interprofessioneller Zusammenarbeit auf einen Blick ersichtlich. Die Visualisierung dient gleichzeitig als Orientierungs- und Arbeitsinstrument, das sich in der praktischen Versorgungssituation leicht einsetzen lässt. Die Abbildung 3 bietet zunächst einen strukturierten Überblick über die allgemeinen Aufgaben der Hebamme in der präkonzeptionellen Beratung und Betreuung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch. Darauf aufbauend wird in Abbildung 4 die Struktur der Anamnese detailliert aufgezeigt. Abbildung 5 veranschaulicht abschließend die Struktur der Beratung, indem die zentralen Beratungsschritte praxisnah dargestellt werden. Da die Entwicklung eines vollumfänglichen, praxisnahen Versorgungskonzepts den Umfang einer wissenschaftlichen Abschlussarbeit übersteigt, wird im Anhang eine detaillierte Ausarbeitung des Versorgungsplans bereitgestellt. Diese umfasst zusätzlich konkrete Handlungsschritte, Gesprächsleitfäden und Formulierungshilfen und ist so gestaltet, dass sie direkt in der Versorgungspraxis implementiert werden könnte. Die Kernpunkte werden in eine übersichtliche tabellarische Struktur übertragen, die den zeitlichen Ablauf der präkonzeptionellen Betreuung und die inhaltliche Ausführung der einzelnen Beratungsschritte abbildet. Die Visualisierung wird bewusst linear und alltagsnah gestaltet, damit Hebammen die einzelnen Schritte ohne zusätzlichen Erklärungsaufwand nachvollziehen und direkt in ihren Beratungsprozess integrieren könnten. Dieser Ausarbeitung liegt die Arbeit von Goossens et al. (2018) zu Grunde. Die Autor*innen benennen Umsetzungsbarrieren für Gesundheitsfachpersonen in der präkonzeptionellen Betreuung. Dazu zählen fehlendes Wissen über die Inhalte und deren Nutzen, unzureichende zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie eine geringe Priorisierung im Praxisalltag (Goossens et al., 2018). Zur möglichen Reduktion dieser Barrieren stellt der ausführliche Ausarbeitung die Inhalte so dar, dass deren Bedeutung, Nutzen und praktische

Relevanz für Hebammen leicht nachvollziehbar sind. Auf die von Goossens et al. (2018) angesprochenen strukturellen Barrieren, wie begrenzte zeitliche und finanzielle Ressourcen, nimmt die Ausarbeitung keinen Bezug. Diese werden in der Diskussion gesondert aufgegriffen und kritisch reflektiert.

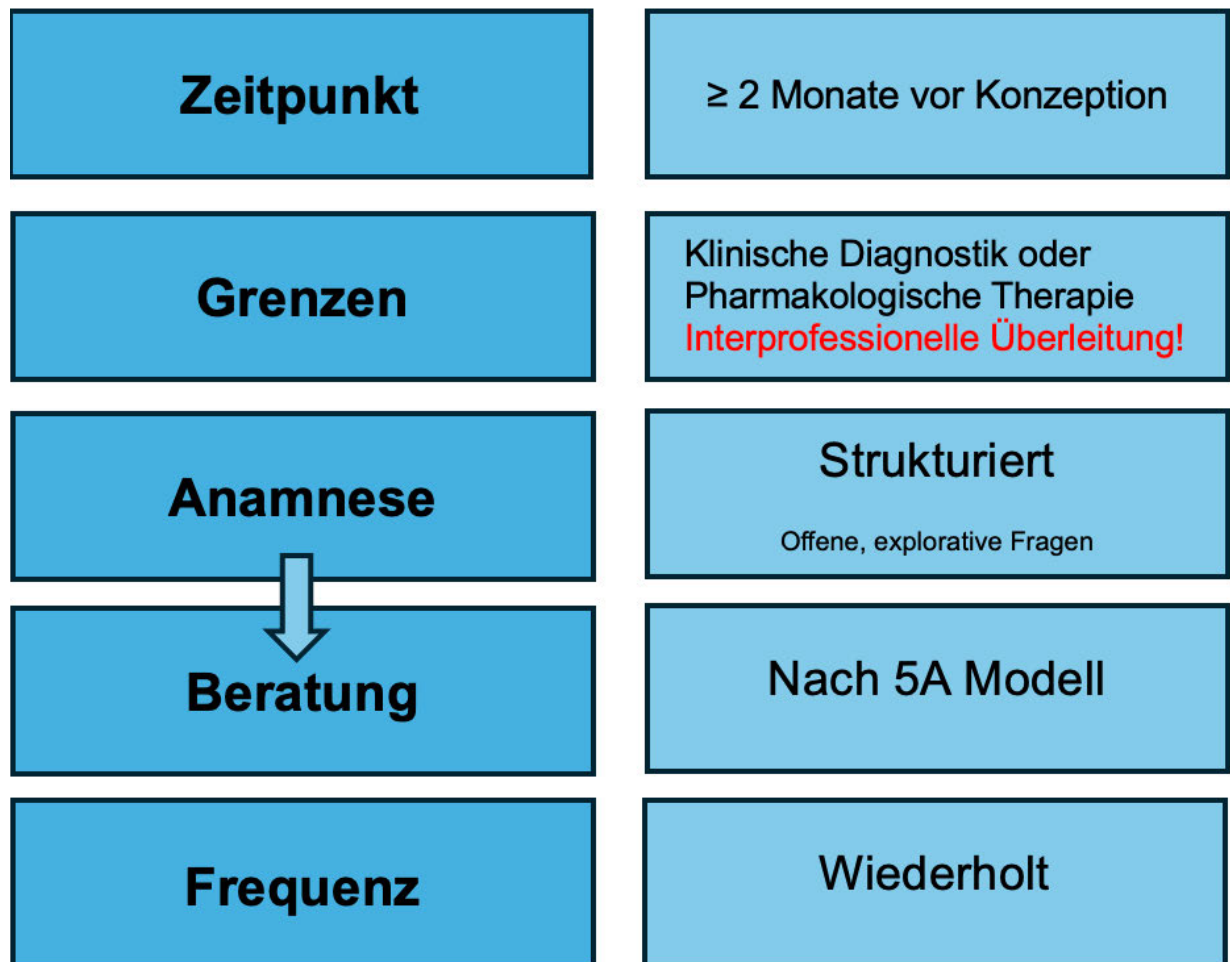


Abbildung 3: Flowchart Versorgungsplan, eigene Darstellung

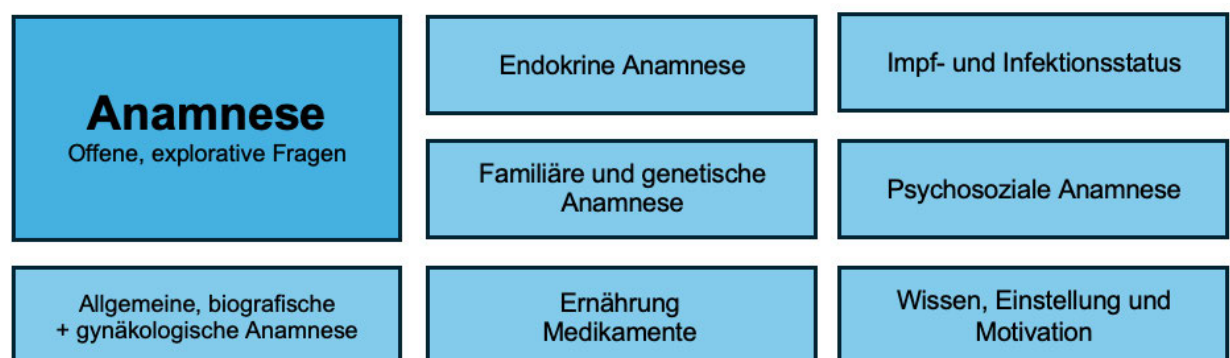


Abbildung 4: Flowchart Versorgungsplan Anamnese, eigene Darstellung

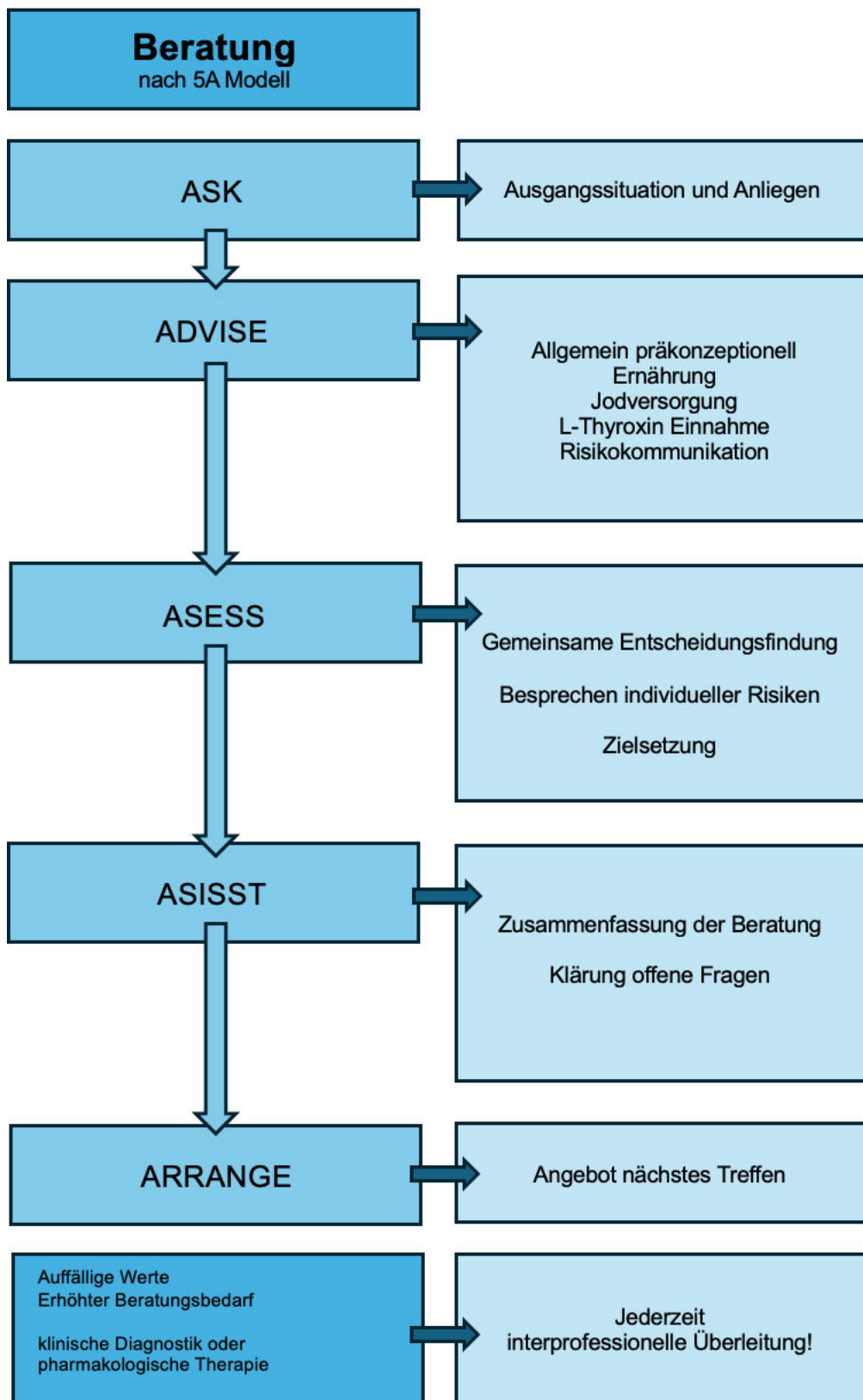


Abbildung 5: Flowchart Versorgungsplan Beratung, eigene Darstellung

5 Diskussion

Das folgende Kapitel diskutiert die zugrunde liegende Evidenz der Ergebnisse und die Beantwortung der Fragestellung. Außerdem wird auf die verfügbare Studienlage und die Umsetzbarkeit des Versorgungsplans eingegangen. Danach wird auf mögliche Implikationen für die Praxis, die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie auf gesundheitspolitische Maßnahmen und die Forschung eingegangen. Abschließend folgt die Diskussion der Methode und die Diskussion über die Limitationen der Arbeit.

5.1 Evidenzen der Ergebnisse

Die im entwickelten Versorgungskonzept formulierten Ergebnisse zeigen, dass der Zeitpunkt, die Ausführung und die Inhalte zur präkonzeptionellen Betreuung und Beratung für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen inhaltlich solide begründbar sind und anhand der ausgewerteten Literatur abgeleitet werden können. Einige Empfehlungen, wie der Beratungszeitpunkt, basieren auf narrativer Evidenz, besitzen jedoch aufgrund ihrer klaren zeitlichen Orientierung wertvolle Erkenntnisse für die Erarbeitung des Versorgungsplans (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022). Andere Aspekte, wie die wiederholte persönliche Beratungskontakte, weisen eine deutlich belastbarere Evidenz auf, da dieses Ergebnis in systematischen Reviews untersucht wird (Withanage et al., 2022). Empfehlungen, die sich auf die Kommunikation beziehen, beruhen dagegen stärker auf theoretischer Plausibilität. Dazu zählt auch der Einsatz offener Fragen in der Ausführung der Anamnese und die Anwendung des 5A-Modells in der Beratung (Glasgow et al., 2006). Insgesamt zeigt sich, dass die Empfehlungen des Versorgungskonzepts überwiegend auf moderater Evidenz basieren. Dies wird insbesondere hinsichtlich der konkreten Anwendung im Kontext der präkonzeptionellen Hebammenarbeit deutlich. Diese Erkenntnis wird im weiteren Verlauf der Diskussion weiter erläutert.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Arbeit soll darstellen, wie die präkonzeptionelle Betreuung und Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen gestaltet werden können. Die Ergebnisse zeigen, dass relevante Inhalte und Handlungsschwerpunkte für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis in der Literatur beschrieben sind. Allerdings stammen die ausgewerteten Arbeiten aus interprofessionellen Kontexten und stehen nicht in Bezug zur Hebammenarbeit. Dennoch lassen sich daraus zentrale Ergebnisse identifizieren, die sich auf die hebammengeleitete Versorgung übertragen lassen.

Die vorhandenen Studien fokussieren überwiegend die edukative Beratung sowie allgemeine Empfehlungen zur Optimierung der präkonzeptionellen Gesundheit, während

konkrete Aspekte der kontinuierlichen Betreuung und Begleitung dieser Zielgruppe nur wenig thematisiert werden.

Damit kann die Fragestellung grundsätzlich beantwortet werden. Einschränkend ist jedoch zu berücksichtigen, dass explizite empirische Modelle zur präkonzeptionellen Hebammenarbeit fehlen und die Beantwortung der Forschungsfrage somit auf theoretischer Übertragung basiert.

5.3 Verfügbare Evidenz

Bei der systematischen Literaturrecherche dieser Arbeit zeigt sich, dass ein Großteil der verfügbaren Evidenz allgemeine Screening-Programme für Frauen ohne bestehende Schilddrüsenerkrankung adressiert. Studien, die spezifisch die präkonzeptionelle Betreuung von erkrankten Frauen fokussieren oder explizit Hebammen als zuständiges Versorgungsprofession einschließen, sind nicht vorhanden. Dadurch ist die Breite der vorliegenden Literatur zur Beantwortung der konkreten Fragestellung insgesamt als sehr begrenzt einzuordnen. Dies zeigt sich auch in dem Kapitel Methodik dieser Arbeit, in dem die systematische Literaturrecherche unter Einbezug aller zentraler Suchbegriffe der Fragestellung lediglich zwei Studien identifizierte. Diese zeigten nach Sichtung des Abstracts keinen Bezug zur Forschungsfrage. Zudem wird deutlich, dass auch die Suche zu präkonzeptioneller Arbeit und Hebammenarbeit insgesamt nur wenige verwertbare Ergebnisse liefert. Diese Erkenntnisse werden im Abschnitt zu den Implikationen für die Forschung erneut aufgegriffen und vertiefend diskutiert.

Ein zentrales Defizit der in dieser Arbeit ausgewählten Studien besteht darin, dass die Mehrheit der Arbeiten aus narrativen Reviews besteht, die methodisch heterogene Quellen zusammenführen und somit nur eine begrenzte wissenschaftliche Belastbarkeit besitzen. Methodisch stärkere Studiendesigns wie randomisierte kontrollierte Studien oder praxisnahe Interventionsstudien fehlen.

Viele der in dieser Arbeit abgeleiteten Erkenntnisse stützen sich zudem auf Ergebnisse aus der ergänzenden und erweiterten Recherche, die über die eng eingegrenzte systematische Literatursuche hinausgehende Quellen einbezieht. Diese Suchen sind notwendig, da die systematische Suche nur eine sehr geringe Anzahl direkt relevanter Studien identifiziert und zentrale Fragestellungen, insbesondere zur praktischen Umsetzung, in der verfügbaren Forschung bislang nur unzureichend adressiert sind. Die ergänzende Recherche ermöglicht daher eine breitere Perspektive, indem sie Erkenntnisse aus Leitlinien, narrativen Reviews und Studien berücksichtigt, um theoretisch fundierte und praxisrelevante Empfehlungen abzuleiten. Gleichzeitig verdeutlicht dieses Vorgehen die begrenzte empirische Datenlage. Sie unterstreicht ebenfalls den richtungsweisenden Charakter der Handlungsempfehlungen, die auf einer Kombination aus indirekter Evidenz und klinischer Plausibilität

beruhen. Insgesamt zeigt sich eine Evidenzlage, die zwar eine theoretische Orientierung bietet, in ihrer Tiefe und Praxisrelevanz jedoch deutlich unzureichend ist.

5.4 Implikationen der Ergebnisse

5.4.1 Praxis

Die praktische Umsetzbarkeit des entwickelten Versorgungsplans ist durch die bestehenden strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Hebammenarbeit in Deutschland nur eingeschränkt möglich. Da die präkonzeptionelle Hebammenarbeit nicht im deutschen Hebammengesetz und im Hebammenhilfevertrag berücksichtigt ist, existieren aktuell keine abrechenbaren Vergütungsoptionen für den präkonzeptionellen Zeitraum (Bundesministerium der Justiz, 2019). Dies führt dazu, dass die Anwendung des Versorgungsplans in der Praxis zunächst auf freiwilliges Engagement oder privat finanzierte Beratungsangebote angewiesen wäre. Hebammen können präkonzeptionelle Beratung grundsätzlich als Selbstzahlerleistung anbieten, da Leistungen außerhalb des Hebammenhilfevertrags rechtlich möglich sind und freiberufliche Hebammen innerhalb des geltenden Berufsrechts über Gestaltungsspielräume bei der Ausübung ihrer Tätigkeit verfügen (Igl & Welti, 2023). Weder systematische Übersichtsarbeiten zur präkonzeptionellen Versorgung oder nationale berufsverbandliche Publikationen liefern Hinweise darauf, ob dieses Angebot in Deutschland etabliert ist oder nachgefragt wird. Damit bleibt unklar, wie realistisch die Implementierung dieser Leistungen in der aktuellen Versorgungspraxis ist.

Die organisatorische Einbindung des Versorgungsplans stellt eine weitere Herausforderung dar. Die Betreuung und Beratung erfordern zeitliche Ressourcen sowie verlässliche strukturelle Rahmenbedingungen. Der Deutsche Hebammenverband weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass diese Voraussetzungen in der aktuellen Arbeitsrealität vieler Hebammen aufgrund hoher Arbeitsbelastung und begrenzter zeitlicher Kapazitäten nur eingeschränkt gegeben sind (Deutscher Hebammenverband [DHV], 2020). Laut dem Bericht des DHV erschweren Zeitdruck, eine hohe Arbeitsbelastung und unzureichende strukturelle Rahmenbedingungen eine kontinuierliche und strukturierte Betreuung in der Praxis (DHV, 2020). Damit ist davon auszugehen, dass der Plan in seiner vollständigen Form zunächst nur in bestimmten Settings implementiert werden könnte, beispielsweise in interprofessionellen Zentren oder im Rahmen modellhafter Projekte. Zudem erfordert der Versorgungsplan funktionierende Formen der Zusammenarbeit zu anderen Berufsgruppen, insbesondere zu Endokrinolog*innen und Gynäkolog*innen. Diese sind für Hebammen in der aktuellen deutschen Versorgung für die präkonzeptionelle Phase nicht vorhanden.

Zusammenfassend zeigt die Analyse, dass die Umsetzung des Versorgungsplans durch fehlende gesetzliche und strukturelle Voraussetzungen, begrenzte Ressourcen und unklare interprofessionelle Abläufe aktuell nur eingeschränkt möglich ist.

5.4.2 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Ergebnisse der Arbeit machen deutlich, dass Hebammen für eine qualifizierte präkonzeptionelle Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis spezifische Kompetenzen benötigen. Für das Hebammenstudium bedeutet dies, dass relevante Inhalte zu Autoimmunerkrankungen, Schilddrüsenphysiologie sowie zu präkonzeptioneller Versorgung in der Lehre des Hebammenstudiums verankert werden sollten. Da Hashimoto-Thyreoiditis in Deutschland als häufigste Autoimmunerkrankung unter den gesetzlichen Versicherten gilt (Akmatov et al., 2024). Damit wäre eine Integration dieser Inhalte sowohl fachlich begründet als auch praxisrelevant. Für die Aufnahme dieser Inhalte ist es notwendig die Studien- und Prüfungsverordnung für Hebammen anzupassen. Diese benennt zwar die Gesundheitsförderung und auch die Prävention als zu vermittelnde Handlungskompetenzen, führt jedoch nicht ausdrücklich die präkonzeptionelle Phase auf (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Auch im Bereich der Fort- und Weiterbildung ergeben sich klare Implikationen. Die identifizierte Literatur zeigt, dass die Beratungseffektivität maßgeblich von der Fachkompetenz und Kommunikationsfähigkeit der beratenden Person, also von der Hebamme, abhängt (Hidayah et al., 2025; Suto et al., 2025). Deshalb sollten Fortbildungsprogramme gezielt Kompetenzen zur präventiven Beratung und Gesundheitskommunikation sowie zu interprofessioneller Zusammenarbeit adressieren.

5.4.3 Gesundheitspolitische Maßnahmen

Gesundheitspolitisch besteht die Notwendigkeit, Rahmenbedingungen für eine systematische präkonzeptionelle Versorgung durch Hebammen zu schaffen. Ein zentraler gesundheitspolitischer Aspekt betrifft das Hebammengesetz, welches den präkonzeptionellen Zeitraum als Leistungsbereich ausdrücklich in § 1 aufnehmen sollte, der die Berufsbezeichnung und den Tätigkeitsrahmen definiert (Bundesministerium der Justiz, 2019). Dadurch würde die präkonzeptionelle Betreuung rechtlich zum Tätigkeitsbereich von Hebammen gehören. In einem nächsten Schritt sollte die Vergütung der präkonzeptionellen Hebammentätigkeit in den Hebammenhilfvertrag integriert werden, sodass die Leistungen auch strukturell abgesichert wären. Ergänzend könnten Modellprojekte gefördert werden, die die Wirksamkeit und Durchführbarkeit hebammengeleiteter präkonzeptioneller Betreuung untersuchen.

Ein weiterer gesundheitspolitischer Handlungsbedarf ergibt sich im Bereich der interprofessionellen Koordination. Die Literatur zeigt, dass erfolgreiche präkonzeptionelle Betreuung eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen, Gynäkologie, Endokrinologie, Ernährungsmedizin und Hebammen erfordert (Goossens et al., 2018; Hidayah et al., 2025; Withanage et al., 2022). Politische Maßnahmen könnten hier durch die Etablierung

verbindlicher Kooperationsstrukturen, übergreifende Netzwerke oder auch durch die Etablierung von digitalen Dokumentations- und Austauschplattformen unterstützen.

Ein Argument für die gesundheitspolitischen Implikationen präkonzeptioneller Hebammenbetreuung ergibt sich aus gesundheitsökonomischen Analysen, die zeigen, dass Investitionen in präventive und präkonzeptionelle Maßnahmen langfristig zu erheblichen Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen. Die frühzeitige Risikoidentifikation, Gesundheitsförderung und die Vermeidung vermeidbarer Schwangerschaftskomplikationen entlasten nicht nur die klinische Versorgung, sondern generieren auch messbare ökonomische Vorteile (Stenberg et al., 2014). Martin et al. (2023) belegen in diesem Zusammenhang konkret, dass hebammengeleitete Versorgungsmodelle nicht nur gesundheitliche Vorteile erzielen, sondern auch kosteneffizient sein können. Die stellen dar, dass somit langfristig das Gesundheitssystem entlastet werden könnte (Martin et al., 2023). Insgesamt liefert die ökonomische Perspektive ein weiteres Argument für die strukturelle Verankerung präkonzeptioneller Hebammenarbeit aus gesundheitspolitischer Perspektive.

5.4.4 Forschung

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen, dass die präkonzeptionelle Versorgung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis bislang nur unzureichend untersucht ist und in der bestehenden Forschung erhebliche Lücken bestehen. Besonders auffällig ist, dass keine der Studien Hebammen als Berufsgruppe in der präkonzeptionellen Beratung berücksichtigt. Es besteht somit ein deutlicher Bedarf an Studien, die untersuchen, wie präkonzeptionelle Hebammenberatung überhaupt in bestehende Versorgungssysteme integriert werden kann. Diese Studien sollten die Vergütung, die interprofessionellen Zusammenarbeit sowie die strukturelle Integration in bestehende Primärversorgungswege untersuchen. Modellprojekte, beispielsweise zu möglichen Kooperationsformen zwischen Hebammen, Gynäkologie, Endokrinologie und Ernährungsmedizin, könnten dafür wertvolle Erkenntnisse liefern. Ebenfalls ist bislang unzureichend erforscht, wie Frauen präkonzeptionelle Beratungsangebote wahrnehmen würden, welche Erwartungen sie daran haben und welche Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme vorliegen. Dies gilt insbesondere für Frauen mit chronischen Erkrankungen wie der Hashimoto-Thyreoiditis. Die Informationsbedürfnisse und Versorgungserfahrungen betroffener Frauen können sich deutlich von denen gesunder Frauen unterscheiden (Hidayah et al., 2025; Suto et al., 2025). Hier könnten qualitative Studien maßgeblich dazu beitragen, die Perspektiven der Frauen in die Versorgungsentwicklung einzubeziehen. Ein weiterer Forschungsbedarf betrifft die Wirksamkeit konkreter Beratungsansätze. Während die identifizierten Studien verschiedene Beratungsinhalte beschreiben, bleibt offen, welche methodischen Beratungsformate langfristig die größten Effekte erzielen können. Künftige Forschung sollte daher untersuchen, wie eine präkonzeptionelle

Beratung effizient durchgeführt werden kann und wie diese die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit, Schwangerschaftsverläufe sowie maternale und neonatale Outcomes beeinflusst.

Darüber hinaus wäre auch Forschung notwendig, um zu prüfen, wie der in dieser Arbeit entwickelte Versorgungsplan in der Praxis implementiert, angenommen und wirksam eingesetzt werden kann. Außerdem sollte die Umsetzbarkeit, Akzeptanz durch Hebammen, Akzeptanz durch die Zielgruppe, Kompatibilität mit bestehenden Versorgungsstrukturen sowie messbare Effekte auf Gesundheitsverhalten, Schilddrüsenwerte und Schwangerschaftsoutcomes untersucht werden. Außerdem erscheint es für gesundheitspolitische Forderungen sinnvoll zu untersuchen, inwiefern präventive und präkonzeptionelle Beratung explizit durch Hebammen zur Entlastung des Gesundheitssystems in Deutschland beitragen kann. Es sollte untersucht werden, ob dadurch langfristig kostenintensive Komplikationen vermieden und dadurch Ressourcen im stationären und ambulanten Bereich freigesetzt werden könnten. Diese Forschung zu den ökonomischen Auswirkungen präkonzeptioneller Hebammenbetreuung könnte den Nutzen für das deutsche Gesundheitssystem statistisch darlegen und eine strukturelle Integration fachlich begründen.

5.5 Diskussion der Methode

5.5.1 Eignung gewählten Methode

Die Entwicklung eines Versorgungsplans als methodischer Ansatz zielt darauf ab, die Forschungsfrage dieser Arbeit praxisorientiert zu beantworten und anhand eines konkreten Handlungsbeispiels sichtbar zu machen, wie präkonzeptionelle Hebammenbetreuung bei Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch gestaltet werden könnte. Diese Herangehensweise ermöglicht eine strukturierte Darstellung möglicher Inhalte, Abläufe und Zuständigkeiten. Sie unterstützt damit die Weiterentwicklung eines bislang wenig erforschten Versorgungsbereichs. Der Versorgungsplan bleibt zum jetzigen Stand allerdings theoretisch, da seine Ableitung ausschließlich auf Literaturbefunden und nicht auf empirischen Praxiserprobungen beruht. Dennoch stellt die Entwicklung eines solchen Versorgungsplans eine valide Methode dar, um Handlungsspielräume aufzuzeigen, Forschungsbedarf zu konkretisieren und zukünftige Einführungsprozesse anzustoßen.

Die gewählte Methode der systematischen Literaturrecherche als Grundlage zur Entwicklung des Versorgungsplans erweist sich als geeignet. Die Methode kann den aktuellen Wissensstand zur präkonzeptionellen Beratung bei Hashimoto-Thyreoiditis abbilden und relevante Inhalte für die Entwicklung eines Versorgungsplans identifizieren. Durch die klare Strukturierung des Suchprozesses, die Anwendung definierter Einschluss- und Ausschlusskriterien sowie die Nutzung mehrerer Datenbanken kann eine transparente und nachvollziehbare Herangehensweise zur Identifikation der vorhandenen Evidenz gewährleistet

werden. Die Methode unterliegt jedoch auch grundlegenden Herausforderungen. Besonders deutlich wird, dass der Forschungsstand zur Fragestellung sehr begrenzt ist. Dadurch ist es notwendig, die Ergebnisse verschiedener Forschungsbereiche zusammenzuführen und interprofessionell zu interpretieren. Dies entspricht zwar der Komplexität des Themas, erhöht jedoch das Risiko, dass theoretische Zusammenhänge konstruiert werden müssen, weil empirische Daten fehlen.

Die ergänzenden Literaturrecherche zu bestimmten Erkenntnissen der ausgewählten Literatur sind notwendig, um unter anderem konkrete Beratungsmodelle zu identifizieren, da diese in den Ergebnissen nicht enthalten sind. Deshalb besteht die Aufnahme des 5A-Modells als strukturgebender Rahmen der Beratung nicht auf einem systematischen Vergleich alternativer Beratungsmodelle, sondern auf der Verfügbarkeit und Praxistauglichkeit des Modells (Glasgow et al., 2006). Dieser methodische Schritt ist begründbar, erfordert jedoch eine transparente Einordnung dahingehend, dass die Auswahl nicht das Ergebnis eines umfassenden, systematischen Modellvergleichs, sondern eine pragmatische Entscheidung darstellt.

5.5.2 Limitationen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit weist mehrere Limitationen auf, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Zunächst besteht eine grundlegende strukturelle Einschränkung durch die Tatsache, dass zur präkonzeptionellen Hebammenarbeit aktuell kaum wissenschaftliche Evidenz vorliegt. Dadurch stützt sich die Entwicklung des Versorgungsplans maßgeblich auf internationale, interprofessionelle Literatur, die zwar inhaltlich relevant, jedoch nicht auf den Berufskontext der Hebamme bezogen ist.

Eine weitere Limitation ergibt sich aus der Fokussierung auf die Hashimoto-Thyreoiditis. Obwohl diese eine der häufigsten Autoimmunerkrankungen ist (Akmatov et al., 2024), können die Erkenntnisse nicht ohne Weiteres auf andere chronische Erkrankungen übertragen werden. Der Versorgungsplan bildet daher nur einen exemplarischen Ansatz ab, der für andere Krankheitsbilder angepasst werden müsste.

Auch die methodische Herangehensweise stellt eine Einschränkung dar. Die Arbeit basiert auf einer systematischen Literaturrecherche, die jedoch ohne ergänzende empirische Erhebungen oder qualitative Einschätzungen aus der Hebammenpraxis entwickelt ist. Somit lassen sich nur begrenzt Aussagen über Durchführbarkeit, Relevanz und Akzeptanz der Empfehlungen im Versorgungskontext darstellen. Somit kann keine Bewertung der praktischen Umsetzbarkeit erfolgen. Insbesondere fehlen Perspektiven von Hebammen, betroffenen Frauen und interprofessionellen Kolleg*innen, die für die Implementierung eines solchen Modells essenziell wären.

Eine weitere Limitation ist, dass konkrete und verwertbare Ergebnisse nur aus einer der ausgewerteten Datenbanken generiert werden können. Somit kann die Breite der Evidenzbasis eingeschränkt bleiben. Zusätzlich besteht das Risiko eines Publikationsbias, da vor allem veröffentlichte, englischsprachige und europäische Studien berücksichtigt werden. Dies könnte dazu führen, dass relevante Erkenntnisse aus anderen Versorgungssystemen unberücksichtigt bleiben.

Zusammenfassend handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine theoretische Konzeptentwicklung, die einen ersten strukturierten Vorschlag zur präkonzeptionellen Betreuung und Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen darstellt. Die Ergebnisse können daher nicht als vollständiges Versorgungskonzept verstanden werden, sondern bilden vielmehr eine Grundlage für zukünftige Forschung, praktische Erprobung und gesundheitspolitische Weiterentwicklung.

6 Schlussfolgerungen

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit resultiert aus der Erkenntnis, dass präkonzeptionelle Betreuung durch Hebammen trotz internationaler Empfehlungen und belegter Vorteile für werdende Mütter und deren Kinder bislang nicht systematisch in Deutschland umgesetzt wird (GKV-Spitzenverband, 2025; Lassi et al., 2014; UNFPA et al., 2021). Da außerdem weder nationale Leitlinien oder praxisorientierte Handlungskonzepte zur präkonzeptionellen Hebammenarbeit in Deutschland vorliegen, ergibt sich eine deutliche Forschungslücke für dieses Thema.

Auf Basis dieser Erkenntnisse untersucht die vorliegende Arbeit, wie die präkonzeptionelle Betreuung und Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen gestaltet werden können. Die Zielgruppe von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch wird für diese Arbeit gewählt, da für diese Zielgruppe besondere präkonzeptionelle gesundheitliche Risikofaktoren bestehen (Alexander et al., 2017). Diese Risikofaktoren können durch eine frühzeitige Stabilisierung der Schilddrüsenfunktion und gezielte präkonzeptionelle gesundheitsfördernde Maßnahmen reduziert werden (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022; Țarnă et al., 2022). Obwohl auch im weiteren Verlauf der reproduktiven Phase eine intensive interdisziplinäre Betreuung notwendig ist, liegt der Fokus dieser Arbeit ausschließlich auf der Phase vor der Konzeption. Die Phasen der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett werden nicht thematisiert. Ebenso könnten auch weitere Personengruppen, zum Beispiel Frauen mit anderen chronischen Erkrankungen, Adipositas, Fertilitätsproblemen oder auch Frauen nach Fehlgeburten von präkonzeptioneller Hebammenarbeit profitieren. Eine umfassende Einbeziehung all dieser Szenarien würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit weit übersteigen.

Die Bachelorarbeit beantwortet die Fragestellung auf Basis einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Cochrane. Die Recherche zeigt, dass die präkonzeptionelle Betreuung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen international bislang nicht erforscht ist. Daher wird die Literatursuche auf die präkonzeptionelle Betreuung betroffener Frauen durch andere Fachberufe und auf hebammengeleitete präkonzeptionelle Beratung ohne Fokussierung auf eine bestimmte Zielgruppe sowie zusätzlich auf systematische Reviews zur präkonzeptionellen Beratung im Allgemeinen ausgeweitet. Ergänzend werden vertiefende Recherchen durchgeführt, in der ausgewählte Aspekte inhaltlich vertieft werden.

Die Literaturschau belegt, dass eine frühzeitige, strukturierte und gesundheitsfördernde präkonzeptionelle Beratung für Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch zur Optimierung von Fertilität, Schwangerschaftsverlauf und fetaler Entwicklung beitragen kann (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022; Okosieme et al., 2018; Țarnă et al., 2022). Die Evidenz lässt darauf schließen, dass der Betreuungsstart optimal mindestens zwei

Monate vor Eintritt einer Schwangerschaft erfolgen sollte (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022) und wiederholte Beratungen nachhaltig die Einhaltung von Empfehlungen stärken können (Hidayah et al., 2025; Withanage et al., 2022). Zur Ausführung der Beratung wird ein dialogisch-personenzentrierter Ansatz empfohlen, da strukturierte Beratungsmodelle wie das 5A-Modell die Motivation und die Selbstwirksamkeit fördern können (Glasgow et al., 2006). Weiter ergibt die Auswertung, dass eine umfassende, strukturierte Anamnese die Voraussetzung für die Identifikation relevanter Risikofaktoren ist (Goossens et al., 2018; Okosieme et al., 2018; Suto et al., 2025; Withanage et al., 2022). Ergänzend wird zur Ausführung der Anamnese der Einsatz einer Gesprächsführung nach dem „*Motivational Interviewing*“ mit dem Einsatz von offenen und explorativen Fragen als geeignet identifiziert (Miller & Rollnick, 2013). Zur inhaltlichen Ausführung der Beratung werden insbesondere Ernährungs- und Lebensstilfaktoren, Folsäuresupplementation, Substanzverzicht, der Impfstatus sowie der Umgang mit L-Thyroxin und die Jodversorgung als zentrale Beratungsthemen benannt. Diese Empfehlungen basieren auf mehreren systematischen Reviews aus verschiedenen Versorgungskontexten (Danailova et al., 2022; Țarnă et al., 2022; Withanage et al., 2022). Zudem wird die Bedeutung einer klaren interprofessionellen Struktur und eindeutig definierter Zuständigkeiten betont (Okosieme et al., 2018).

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse, dass eine präkonzeptionelle Betreuung durch Hebammen bzw. die Ausführung der Beratung aus der verfügbaren Evidenz plausibel ableitbar und begründbar ist.

Hervorzuheben ist, dass die Evidenzbasis des Versorgungsplans derzeit noch begrenzt ist und weiterer Forschungsbedarf besteht. Es existieren keine Studien, die Versorgungsmodelle mit präkonzeptioneller Hebammenbegleitung systematisch untersuchen und ihre Effekte erfassen. Die Entwicklung des vorliegenden Versorgungsplans ist daher als erster theoretisch-praktischer Entwurf zu verstehen, der in der Praxis erprobt und wissenschaftlich evaluiert werden muss. Zukünftige Forschung sollte daher konkrete Versorgungsmodelle für weitere Zielgruppen entwickeln und deren Effektivität und Durchführbarkeit empirisch überprüfen. Dazu gehören sowohl quantitative Studien, etwa randomisierte oder kontrollierte Versorgungsstudien, als auch qualitative Forschung. Diese sollte die Erfahrungen und Bedürfnisse der betroffenen Frauen und Hebammen analysieren. Ebenso wichtig ist die Untersuchung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Frage, wie sich die Koordination zwischen Endokrinologie, Allgemeinmedizin, Hebammen und möglicherweise weiteren Disziplinen wie Ökotrophologie oder Psychologie optimal gestalten lässt. Auch die strukturellen und kommunikativen Rahmenbedingungen für diese Zusammenarbeit miteingeschlossen werden.

Die Diskussion des entwickelten Versorgungsplans macht außerdem deutlich, dass der aktuelle gesetzliche Rahmen die strukturelle Umsetzung und die Implementierung von

allgemeiner präkonzeptioneller Hebammenarbeit verhindert (Bundesministerium der Justiz, 2019). Ohne die gesetzliche Verankerung im Hebammengesetz und ohne eine Vergütungsregelung im Rahmen des Hebammenhilfevertrags bleibt präkonzeptionelle Betreuung durch Hebammen strukturell nicht umsetzbar und kann nicht regelhaft in die Versorgung integriert werden. Ergebnisse zu selbstorganisierten präkonzeptionellen Angeboten durch Hebammen finden sich in der aktuellen Literatur nicht, was darauf hindeutet, dass entsprechende Leistungen gegenwärtig gar nicht oder selten angeboten werden.

Eine weitere Schlussfolgerung betrifft die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Aus den analysierten Quellen wird deutlich, dass für eine qualifizierte präkonzeptionelle Betreuung insbesondere vertiefte Kenntnisse zu endokrinologischen Grundlagen, Fertilität, Autoimmunerkrankungen im reproduktiven Kontext sowie zur allgemeinen präkonzeptionellen Beratung erforderlich sind. Es ergibt sich somit ein klarer Weiterbildungsbedarf, um Hebammen evidenzbasiert für die Betreuung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch zu befähigen.

Insgesamt legt diese Arbeit dar, dass die präkonzeptionelle Betreuung und Beratung durch Hebammen ein bedeutendes Potenzial für die reproduktive Gesundheitsversorgung haben. Der entwickelte Versorgungsplan stellt anhand der exemplarischen Zielgruppe von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch einen ersten, praxisnahen und evidenzbasierten Ansatz dar, wie dieses Potenzial realisiert werden könnte. Damit dieses Konzept jedoch über Einzelfälle hinaus wirksam werden kann, sind gesetzliche Anpassungen, eine strukturelle Verankerung sowie die nationale Integration in die Lehrinhalte des Hebammenstudiums notwendig. Außerdem sollte eine fundierte empirische Überprüfung und systematische Forschungseinbindung erfolgen. Nur mit diesen weiteren Schritten kann die identifizierte Versorgungslücke geschlossen werden, sodass Frauen mit Kinderwunsch flächendeckend eine qualifizierte, präkonzeptionelle Versorgung durch Hebammen erhalten können. Hebammen könnten als niedrigschwellige erste Ansprechpartner*innen die Gesundheitskompetenz der Frauen fördern, Risiken frühzeitig erkennen, gesundheitsrelevantes Verhalten nachhaltig unterstützen und damit einen entscheidenden Beitrag zur Verbesserung der maternalen und neonatalen Outcomes leisten.

Literaturverzeichnis

- Akmatov, M. K., Holstiege, J., Dammertz, L., Kohring, C., & Müller, D. (2024). Entwicklung der Prävalenz diagnostizierter Autoimmunerkrankungen im Zeitraum 2012–2022. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)*.
<https://doi.org/10.20364/VA-24.05>
- Andersen, S. L., Andersen, S., Vestergaard, P., & Olsen, J. (2018). Maternal Thyroid Function in Early Pregnancy and Child Neurodevelopmental Disorders: A Danish Nationwide Case-Cohort Study. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*, 28(4), 537–546. <https://doi.org/10.1089/thy.2017.0425>
- Baethge, C., Goldbeck-Wood, S., & Mertens, S. (2019). SANRA-a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Research integrity and peer review*, 4, 5.
<https://doi.org/10.1186/s41073-019-0064-8>
- Bogović Crnčić, T., Ćurko-Cofek, B., Batičić, L., Girotto, N., Tomaš, M. I., Kršek, A., Krištofić, I., Štimac, T., Perić, I., Sotošek, V., & Klobučar, S. (2024). Autoimmune Thyroid Disease and Pregnancy: The Interaction Between Genetics, Epigenetics and Environmental Factors. *Journal of clinical medicine*, 14(1), 190.
<https://doi.org/10.3390/jcm14010190>
- Bundesministerium der Justiz. (2019). *Hebammengesetz (HebG) vom 22. November 2019 (BGBl. I S. 1759), zuletzt geändert durch Art. 14 G vom 16. Juli 2021 (BGBl. I S. 2947)*. Verfügbar über https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/ (Abgerufen am 10.09.2025 22:24 Uhr)
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). Verordnung über das Studium und die Prüfungen für den Beruf der Hebamme (HebStPrV). BGBl. I S. 1657–1690. Verfügbar über <https://www.gesetze-im-internet.de/hebstprv/BJNR003900020.html> (Abgerufen am 03.10.2025 02:43 Uhr)
- Czeizel, A. E., & Dudás, I. (1992). Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *The New England Journal of Medicine*, 327(26), 1832–1835. <https://doi.org/10.1056/NEJM199212243272602>

- Danailova, Y., Velikova, T., Nikolaev, G., Mitova, Z., Shinkov, A., Gagov, H., & Konachieva, R. (2022). Nutritional Management of Thyroiditis of Hashimoto. *International journal of molecular sciences*, 23(9), 5144.
<https://doi.org/10.3390/ijms23095144>
- De Angelis, C., Nardone, A., Garifalos, F., Pivonello, C., Sansone, A., Conforti, A., Di Dato, C., Sirico, F., Alviggi, C., Isidori, A., Colao, A., & Pivonello, R. (2020). Smoke, alcohol and drug addiction and female fertility. *Reproductive biology and endocrinology : RB&E*, 18(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12958-020-0567-7>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (o. J.). Jodversorgung in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/jod/> (Abgerufen am 14.10.2025 14:34 Uhr)
- Deutscher Hebammenverband. (2024). Zahlen, Daten und Fakten zur Geburtshilfe in Deutschland. Verfügbar unter: https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2024/06/2024_DHV_Parl.Abend_Zahlen-Daten-Fakten.pdf (Abgerufen am 05.10.2025 22:56 Uhr)
- Dhillon-Smith, R. K., & Boelaert, K. (2022). Preconception Counseling and Care for Pregnant Women with Thyroid Disease. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 51(2), 417–436. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.12.005>
- Dunlop, A. L., Jack, B. W., Bottalico, J. N., Lu, M. C., James, A., Shellhaas, C. S., Hallstrom, L. H., Solomon, B. D., Feero, W. G., Menard, M. K., & Prasad, M. R. (2008). The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(6 Suppl 2), S310–S327.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.031>
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventós, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M. A., Sorlí, J. V., Martínez, J. A., Fitó, M., Gea, A., Hernán, M. A., ... PREDIMED Study Investigators (2018). Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet Supplemented with Extra-Virgin Olive Oil or Nuts. *The New England journal of medicine*, 378(25), e34.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>

- Fischer, S., Strahler, J., Markert, C., Skoluda, N., Doerr, J. M., Kappert, M., & Nater, U. M. (2019). Effects of acute psychosocial stress on the hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis in healthy women. *Psychoneuroendocrinology*, 110, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104438>
- Garber, J. R., Cobin, R. H., Gharib, H., Hennessey, J. V., Klein, I., Mechanick, J. I., Trencle, D. L., & Woeber, K. A. (2012). Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: Cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. *Endocrine Practice*, 18(6), 988–1028. <https://doi.org/10.4158/EP12280.GL>
- GKV-Spitzenverband. (2025). *Rahmenvertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V* (Stand: April 2025). GKV-Spitzenverband. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/25-04-02_Hebammenhilfevertrag.pdf (Abgerufen am 22.09.2025 21:13 Uhr)
- Glasgow, R. E., Emont, S., & Miller, D. C. (2006). Assessing delivery of the five 'As' for patient-centered counseling. *Health promotion international*, 21(3), 245–255. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal017>
- Goossens, J., De Roose, M., Van Hecke, A., Goemaes, R., Verhaeghe, S., & Beeckman, D. (2018). Barriers and facilitators to the provision of preconception care by healthcare providers: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 87, 113–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.06.009>
- Hashimoto, H. (1912). Zur Kenntnis der lymphomatösen Veränderung der Schilddrüse (Struma lymphomatosa). *Archiv für Klinische Chirurgie*, 97(4), 297-319.
- Hidayah, N., Woro Kasmini H, O., Yuniastuti, A., Nur Anggraini Ningrum, D., & Hasan, F. (2025). What Influences Women's Knowledge, Attitudes, and Practices Toward Preconception Care? A Systematic Review and Meta-Analysis. *F1000Research*, 14, 860. <https://doi.org/10.12688/f1000research.167200.1>

- Hu, X., Chen, Y., Shen, Y., Tian, R., Sheng, Y., & Que, H. (2022). Global prevalence and epidemiological trends of Hashimoto's thyroiditis in adults: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in public health*, 10, 1020709. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1020709>
- Igl, G., & Welti, F. (2023). Berufsrecht. In G. Igl & F. Welti (Hrsg.), *Gesundheitsrecht: Eine systematische Einführung*. Vahlen.
- Janke, T. M., Makarova, N., Schmittinger, J., Agricola, C. J., Ebinghaus, M., Blome, C., & Zyriax, B. C. (2024). Women's needs and expectations in midwifery care - Results from the qualitative MiCa (midwifery care) study. Part 1: Preconception and pregnancy. *Heliyon*, 10(4), e25862. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e25862>
- Jiao, Y., Butoyi, C., Zhang, Q., Intchasso Adotey, S. A. A., Chen, M., Shen, W., Wang, D., Yuan, G., & Jia, J. (2025). Sleep disorders impact hormonal regulation: unravelling the relationship among sleep disorders, hormones and metabolic diseases. *Diabetology & metabolic syndrome*, 17(1), 305. <https://doi.org/10.1186/s13098-025-01871-w>
- Johnson, K., Posner, S. F., Biermann, J., Cordero, J. F., Atrash, H. K., Parker, C. S., Boulet, S., Curtis, M. G., CDC/ATSDR Preconception Care Work Group, & Select Panel on Preconception Care (2006). Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 55(RR-6), 1–23. Verfügbar unter: <https://www.cdc.gov/mmwr/pre-view/mmwrhtml/rr5506a1.htm> (Abgerufen am 26.10.2025 17:28 Uhr)
- Klasson, C. L., Sathir, S., & Pontzer, H. (2022). Daily physical activity is negatively associated with thyroid hormone levels, inflammation, and immune system markers among men and women in the NHANES dataset. *PloS one*, 17(7), e0270221. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270221>
- Lassi, Z. S., Dean, S. V., Mallick, D., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: Delivery strategies and packages for care. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), S7. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S7>

- Li, J., Huang, Q., Sun, S., Zhou, K., Wang, X., Pan, K., Zhang, Y., Wang, Y., Han, Q., Si, C., Li, S., Fan, S., & Li, D. (2024). Thyroid antibodies in Hashimoto's thyroiditis patients are positively associated with inflammation and multiple symptoms. *Scientific reports*, 14(1), 27902. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-78938-7>
- Martin, E., Ayoub, B., & Miller, Y. D. (2023). A systematic review of the cost-effectiveness of maternity models of care. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 859. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06180-6>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Okosieme, O. E., Khan, I., & Taylor, P. N. (2018). Preconception management of thyroid dysfunction. *Clinical endocrinology*, 89(3), 269–279. <https://doi.org/10.1111/cen.13731>
- Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Pini, N., Sania, A., Rao, S., Shuffrey, L. C., Nugent, J. D., Lucchini, M., McSweeney, M., Hockett, C., Morales, S., Yoder, L., Ziegler, K., Perzanowski, M. S., Fox, N. A., Elliott, A. J., Myers, M. M., & Fifer, W. P. (2024). In Utero Exposure to Alcohol and Tobacco and Electroencephalogram Power During Childhood. *JAMA network open*, 7(1), e2350528. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.50528>
- Roitt, I. M., Doniach, D., Campbell, P. N., & Hudson, R. V. (1956). Auto-antibodies in Hashimoto's disease (lymphadenoid goitre). *The Lancet*, 271(6947), 820-821. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(56\)92249-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(56)92249-8)

Stenberg, K., Axelson, H., Sheehan, P., Anderson, I., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., Mason, E., Friedman, H. S., Bhutta, Z. A., Lawn, J. E., Sweeny, K., Tulloch, J., Hansen, P., Chopra, M., Gupta, A., Vogel, J. P., Ostergren, M., Rasmussen, B., Levin, C., Boyle, C., ... Study Group for the Global Investment Framework for Women's Children's Health (2014). Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet (London, England)*, 383(9925), 1333–1354.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62231-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62231-X)

Suto, M., Inaoka, K., Suzuki, D., Nitamizu, A., Arata, N., & Ota, E. (2025). Behavior changes to promote preconception health: a systematic review. *BMC women's health*, 25(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03544-8>

Țarnă, M., Cima, L. N., Panaitescu, A. M., Martin, C. S., Sîrbu, A. E., Barbu, C. G., Pavel, B., Șerbănică, A. N., & Fica, S. (2022). Preconception Counseling in Patients with Hypothyroidism and/or Thyroid Autoimmunity. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(8), 1122. <https://doi.org/10.3390/medicina58081122>

Thorpe-Beeston, J. G., Nicolaides, K. H., Felton, C. V., Butler, J., & McGregor, A. M. (1991). Maturation of the secretion of thyroid hormone and thyroid-stimulating hormone in the fetus. *The New England journal of medicine*, 324(8), 532–536. <https://doi.org/10.1056/NEJM199102213240805>

United Nations Population Fund, World Health Organization, & International Confederation of Midwives. (2021). The state of the world's midwifery 2021: Building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere (UNFPA/WHO/ICM Report). Verfügbar unter: <https://www.unfpa.org/sowmy2021> (Abgerufen am 28.09.2025 16:39 Uhr)

Whitlock, E. P., Orleans, C. T., Pender, N., & Allan, J. (2002). Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *American journal of preventive medicine*, 22(4), 267–284. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(02\)00415-4](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00415-4)

Withanage, N. N., Botfield, J. R., Srinivasan, S., Black, K. I., & Mazza, D. (2022). Effectiveness of preconception interventions in primary care: a systematic review. *The*

British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners, 72(725), e865–e872. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2022.0040>

World Health Organization. (2013). *Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: World Health Organization Headquarters, Geneva, 6–7 February 2012: Meeting report*. World Health Organization. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505000> (Abgerufen am 12.10.2025 18:34 Uhr)

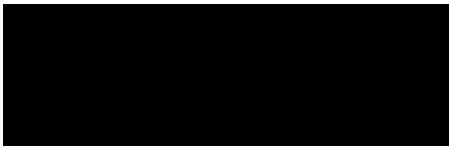
World Health Organization. (2025). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (6th ed.). World Health Organization. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583> (Abgerufen am 10.11.2025 01:12 Uhr)

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Jule Wilke,  dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel „Betreuung und Beratung von Frauen mit Hashimoto-Thyreoiditis und Kinderwunsch durch Hebammen – ein Versorgungsplan“ selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat-GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zu Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe. Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe.

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

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



Hamburg, 18.12.2025

I. Anhang

I. Anamnese

➔ Hinweis auf Verschwiegenheit und nicht Antworten müssen

Thema	Frage	Formulierung offen und explorativ nach Miller und Rollnick, 2013
Allgemeine, biografische und gynäkologische Anamnese	Alter	„Wie alt sind Sie?“
	Lebenssituation	„Wie würden Sie Ihre aktuelle Lebenssituation beschreiben?“
	Beruf	„Welchen Beruf üben Sie aus und welche körperlichen oder psychischen Belastungen gehen damit einher?“
	Belastungsfaktoren	„Welche Belastungsfaktoren erleben Sie derzeit im Alltag?“
	Familienplanung	„Besteht aktuell ein Kinderwunsch? Seit wann?“
	Geburtshilfliche und gynäkologische Anamnese	„Hatten Sie bereits Schwangerschaften? Wenn ja: Wie verliefen diese (Geburten, Fehlgeburten, Komplikationen)?“
		„Wurden bei Ihnen in der Vergangenheit Fertilitätsprobleme festgestellt? Gab es bereits ärztliche Abklärungen, zum Beispiel wegen Ovulationsstörungen oder PCOS?“
	Zyklusanamnese	„Wie regelmäßig ist Ihr Menstruationszyklus üblicherweise?“
		„Haben Sie in letzter Zeit Veränderungen bemerkt, zum Beispiel unregelmäßige Zyklen, sehr lange Zyklen, Anzeichen für einen ausbleibenden Eisprung oder andere Auffälligkeiten?“
	Verhütungsverhalten	„Verhüten Sie derzeit?“ „Wenn ja, welche Methode verwenden Sie?“ „Gab es Nebenwirkungen oder Auffälligkeiten?“ „Gab es während der Einnahme hormoneller Verhütung Nebenwirkungen wie Migräne, Beinschmerzen, Atemnot?“
	Thromboserisiko	„Gab es bei Ihnen bereits eine Thrombose, Embolie oder Gerinnungsstörung?“ „Wurde bei Ihnen jemals eine erhöhte Thromboseneigung diagnostiziert?“ „Hatten Sie schon einmal ungeklärte Bein- oder Armschwellungen, Schmerzen oder Entzündungen der oberflächlichen Venen?“ „Gab es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) Thrombosen, Embolien oder bekannte Gerinnungsstörungen?“

Endokrine Anamnese	Diagnose	„Wann wurde bei Ihnen die Hashimoto-Thyreoiditis diagnostiziert?“
		„Welche Beschwerden oder Befunde führten zur Diagnose?“
	Aktueller Behandlungsstatus	„Nehmen Sie aktuell Schilddrüsenmedikamente wie L-Thyroxin ein?“
		„Wann wurde Ihre Dosierung zuletzt angepasst?“
	Überleitung bei Auffälligkeiten!	„Wann wurden Ihre Schilddrüsenwerte zuletzt kontrolliert?“
	Befinden	„Haben Sie derzeit Beschwerden wie Müdigkeit, Gewichtszunahme, Kälteempfindlichkeit oder Konzentrationsprobleme?“
		„Haben Sie Stimmungsschwankungen oder eine Veränderung Ihres allgemeinen Wohlbefindens bemerkt?“
	Komorbiditäten	„Bestehen bei Ihnen weitere Autoimmunerkrankungen, z. B. Zöliakie oder Diabetes Typ 1?“
		„Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Schilddrüsenerkrankungen?“
Medikamenten-anamnese	Weitere Medikamente	„Nehmen Sie regelmäßig weitere Medikamente ein, zum Beispiel Antidepressiva, Antazida oder Eisenpräparate?“
	Überleitung bei Auffälligkeiten!	
	L-Thyroxin Einnahme	„Wann und wie nehmen Sie Ihr L-Thyroxin ein? Halten Sie Abstand zu anderen Präparaten ein?“
	Weitere Substitution?	„Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel wie Vitamin D, Selen oder Jod ein?“
Ernährungs- und Lebensstilanamnese	Ernährung	„Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?“
		„Verzehren Sie regelmäßig jodhaltige Lebensmittel (z. B. Meeresfisch, jodiertes Salz)?“
		„Gibt es Lebensmittel, die Sie bewusst meiden (z. B. Soja, Gluten, Milchprodukte)?“
	Bewegung	„Wie würden Sie Ihre körperliche Aktivität und Ihr Bewegungsverhalten beschreiben?“
	Schlaf und Stress	„Wie würden Sie Ihr aktuelles Stressniveau einschätzen?“
		„Haben Sie Strategien zur Entspannung?“
		„Wie würden Sie Ihre aktuelle Schlafqualität beurteilen?“
	Substanzen	„Konsumieren Sie Alkohol oder Nikotin? Wenn ja, wie häufig?“
	Überleitung bei erhöhtem Beratungsbedarf!	

Impf- und Infektionsstatus	Impfstatus <i>Überleitung bei erhöhtem Beratungsbedarf!</i>	Röteln, Varizellen, Hepatitis B, COVID-19, Influenza ➔ Impfpass
	Infektionsanamnese	z. B. Toxoplasmose, CMV, Lues, HIV, Hepatitis
Familiäre und genetische Anamnese	Genetische Erkrankungen oder Fehlbildungen <i>Überleitung bei erhöhtem Beratungsbedarf!</i>	Gibt es in Ihrer Familie genetische Erkrankungen, Fehlbildungen oder relevante Vorerkrankungen?
Psychosoziale Anamnese	Psychische Belastungen, Depression, Angst oder chronischer Stress <i>Überleitung bei erhöhtem Beratungsbedarf!</i>	„Haben Sie aktuell psychische Belastungen, depressive Symptome, Ängste oder anhaltenden Stress?“
	Soziales Netzwerk, Partnerschaft, Unterstützungssysteme <i>Überleitung bei erhöhtem Beratungsbedarf!</i>	„Wie würden Sie Ihr soziales Netzwerk beschreiben? Erfahren Sie Unterstützung durch Partner*in, Familie oder Freundeskreis?“
	Lebensumstände (Wohnsituation, finanzielle Stabilität). <i>Überleitung bei erhöhtem Beratungsbedarf!</i>	„Wie sind Ihre derzeitigen Lebensumstände, zum Beispiel Wohnsituation und finanzielle Stabilität?“
	Wissen, Einstellung, Motivation	„Was wissen Sie bereits über Faktoren, die eine gesunde Schwangerschaft beeinflussen können (z. B. Ernährung, Medikamente, Vorerkrankungen)?“ „Wie stehen Sie persönlich zu gesundheitlichen Veränderungen vor einer Schwangerschaft?“ „Wie bereit fühlen Sie sich aktuell, mögliche Empfehlungen zur Vorbereitung auf eine Schwangerschaft umzusetzen?“

II. Beratung nach 5a Modell (Glasgow et al., 2006).

Punkt	Unterpunkt	Inhalt	Erläuterung für Hebamme	Formulierungshilfe
Ausgangssituation und Anliegen ASK	Aus Anamnese	Aktuelle Kinderwunsch Situation + Situation Hashimoto-Thyreoiditis	Diese Strukturierung dient als Ausgangspunkt, um Risiken, Ressourcen und Prioritäten verständlich einzuordnen (Dhillon-Smith & Boelaert, 2022).	„Ich fasse kurz zusammen, was Sie mir erzählt haben, damit wir mit einem gemeinsamen Bild starten: ...“
Wissensvermittlung und Information ADVISE	Allgemein präkonzeptionell	Bedeutung früher Folsäure-Supplementation	Frühe Folsäureeinnahme reduziert das Risiko von Neuralrohrdefekten deutlich und sollte idealerweise bereits 4 Wochen vor Konzeption begonnen werden (Czeizel & Dudás, 1992).	„Folsäure sollte am besten schon vor der Schwangerschaft eingenommen werden. Der Körper braucht sie sehr früh in der Schwangerschaft, weil sich das Nervensystem des Babys in den ersten Wochen entwickelt. Eine rechtzeitige Einnahme kann helfen, Fehlbildungen wie einen offenen Rücken zu verhindern.“
		Substanzverzicht	Alkohol- und Nikotinkonsum beeinträchtigen Fertilität, endokrine Regulation und frühe Embryonalentwicklung (De Angelis et al., 2020; Pini et al., 2024).	„Alkohol und Nikotin können die Fruchtbarkeit beeinträchtigen und das Risiko für Komplikationen in der frühen Schwangerschaft erhöhen. Es ist sinnvoll, schon in der Kinderwunschzeit möglichst komplett darauf zu verzichten. Wenn das schwerfällt, suchen wir gemeinsam nach Wegen, die Sie gut im Alltag umsetzen können.“
		Bewegung und Gewichtsmanagement	Regelmäßige körperliche Aktivität verbessert den Stoffwechsel, senkt Entzündungsmarker und kann die Schilddrüsenfunktion indirekt stabilisieren (Klasson et al., 2022).	„Regelmäßige Bewegung unterstützt den Hormonhaushalt, senkt Entzündungen und hilft dem Körper, sich auf eine Schwangerschaft vorzubereiten. Spaziergänge, Radfahren oder einfache Übungen zu Hause reichen völlig aus. Wichtig ist, dass Sie etwas finden, das Ihnen guttut und das Sie dauerhaft schaffen.“
		Stressmanagement und Schlafhygiene	Stress und schlechter Schlaf beeinflusst den Hypothalamus-Hypophysen-Schilddrüsen-Regelkreis sowie den Zyklus (Fischer et al., 2019; Jiao et al., 2025)	„Dauerhafter Stress kann Zyklus und Schilddrüse beeinflussen. Kleine Pausen im Alltag, Atemübungen oder feste Ruhezeiten helfen dem Körper, wieder in Balance zu kommen. Auch ein regelmäßiger Schlafrhythmus mit 7–9 Stunden pro Nacht unterstützt Ihren Stoffwechsel und die Hormonregulation.“
		Aktualisierung Impfstatus	- MMR (Masern, Mumps, Röteln): wichtige Immunität, da Rötelninfektionen in der Frühschwangerschaft schwere fetale Schädigungen verursachen können. - Varizellen: Infektion in der Schwangerschaft kann für Mutter und Fetus schwerwiegend sein.	„Schauen wir gemeinsam kurz in Ihren Impfpass. Einige Impfungen sollten am besten vor einer Schwangerschaft aufgefrischt werden, damit Sie und Ihr Baby gut geschützt sind. Falls etwas fehlt, planen wir zusammen den nächsten Schritt.“

		- Pertussis (Keuchhusten): Vor Schwangerschaft am besten aktualisieren, schützt später das Neugeborene. - Influenza: Empfehlung vor der Saison; Influenza erhöht das Risiko für maternale Komplikationen. (WHO, 2013)	
	Sexuell übertragbare Infektionen	Ein Screening von sexuell übertragbaren vor Konzeption kann Risiken für Frühgeburtlichkeit und Fertilitätsstörungen reduzieren (Johnson et al., 2006; WHO, 2013).	„Manche Infektionen bleiben lange unbemerkt, können aber eine Schwangerschaft beeinflussen. Ein einfacher Test gibt Sicherheit und lässt sich gut in die Kinderwunschzeit integrieren.“
Ernährung	Entzündungsarme Ernährung: mediterranes, überwiegend pflanzenbasiertes Ernährungsmuster mit Olivenöl, Nüssen, Fisch und hohem Gemüseanteil	Mediterrane Ernährung senkt nachweislich Entzündungsmarker und kann autoimmune Prozesse wie bei Hashimoto günstig beeinflussen (Danailova et al., 2022). ➔ Möglichst wenig Fertiggerichte ➔ Raffinierte Pflanzenöle wie Sonnenblumen-, Distel- oder Maiskeimöl reduzieren ➔ Zuckerreiche Snacks & Getränke vermeiden ➔ Rotes & verarbeitetes Fleisch (Salami/Schinken/Wurst) sparsam	„Eine entzündungsarme Ernährung hilft Ihrem Körper, stabil zu bleiben und die Schilddrüse zu entlasten. Orientieren Sie sich gerne am mediterranen Stil: viel Gemüse, Obst, Hülsenfrüchte, Olivenöl, Nüsse und regelmäßiger Fisch. Verarbeitete Lebensmittel und sehr zuckerreiche Snacks am besten reduzieren, nicht als Verbot, sondern als bewusste Entscheidung.“ „Es geht nicht um Verbote, sondern um <i>Gewichtungen</i> . Das, was Sie <i>häufig</i> essen, macht den Unterschied.“ „Nehmen Sie Olivenöl als Standard in der Küche zum Braten und für Salate.“
Jodversorgung	Supplementation Weitere Quellen: Fisch, Milchprodukte, jodiertes Salz. Hinweis auf regionale Jodmangel-Situation in Deutschland.	Eine ausreichende Jodversorgung unterstützt eine stabile Stoffwechsellaage und fördert die Voraussetzungen für eine gesunde Schwangerschaft, Supplementation von etwa 150–250 µg/Tag (Țarnă et al., 2022). Deutschland gilt weiterhin als Jodmangelgebiet. Eine ausreichende Versorgung ist essenziell für Schilddrüse und fetale Entwicklungsprozesse (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, o. J.).	„Für eine ausreichende Jodversorgung wird oft ein Supplement von etwa 150–250 µg Jod pro Tag empfohlen. Die genaue Dosierung legt Ihre behandelnde Ärztin oder Ihr Arzt fest.“ „Verwenden Sie am besten jodiertes Speisesalz statt Meersalz – schauen Sie beim Einkaufen einfach kurz auf die Packung: Wenn ‚mit Jodsalz‘ draufsteht, ist es genau das Richtige.“ „Planen Sie 2 Fischgerichte pro Woche fest ein, gerne auch als Aufstrich oder Salat sowie 1–2×/Tag Milch oder Joghurt (oder jodierte Pflanzenmilch)“

	L-Thyroxin Einnahme	L-Thyroxin korrekt einnehmen	- nüchtern - 30–60 Min Abstand zu Frühstück - 2–4 h Abstand zu Eisen/Kalzium (Alexander et al., 2017; Garber et al., 2012).	„Nehmen Sie Ihr L-Thyroxin immer morgens auf nüchternen Magen ein und warten Sie danach 30–60 Minuten bis zum Frühstück. Zwischen dem Medikament und Eisen- oder Kalziumpräparaten sollten mindestens 2–4 Stunden Abstand liegen, damit es richtig wirkt.“
		Dosissteigerung um 20–30 % nach positivem Schwangerschaftstest.	Eine Dosissteigerung um ca. 20–30 % wird empfohlen Anpassung nur ärztlich (Țarnă et al., 2022).	„Wenn ein Schwangerschaftstest positiv ist, steigt der Bedarf oft sofort um etwa 20–30 %. Eine Anpassung der L-Thyroxin-Dosis sollte immer in Absprache mit einer Endokrinologin oder einem Endokrinologen erfolgen, da die medikamentöse Therapie und Dosierungsentscheidung ärztliche Aufgaben sind“
	Risiko-kommunikation	Komplikationen unbehandelter oder schlecht eingestellter Hypothyreosen	Erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, Frühgeburten, Präeklampsie, maternale Anämie, Placentadysfunktion, postpartale Hämorrhagie und Entwicklungsstörungen des Fetus (Alexander et al., 2017; Andersen et al., 2018; Bogović Crnčić et al., 2024).	„Bleibt eine Hypothyreose in der Schwangerschaft unbehandelt oder ist die Einstellung unzureichend, steigt das Risiko für Fehlgeburten, Frühgeburten und Schwangerschaftserkrankungen wie Präeklampsie. Zudem kann sich die kindliche Entwicklung – insbesondere das Gehirnwachstum – negativ beeinflusst werden.“
Gemeinsame Entscheidungsfindung	Besprechen individueller Risiken			„Schauen wir gemeinsam, welche Faktoren bei Ihnen eine besondere Rolle spielen.“
ASESS	Welche Ziele hat die Patientin?			„Lassen Sie uns gemeinsam schauen, welche kleinen Schritte Sie sich selbst gut zutrauen.“
Umsetzung und Unterstützung ASISST	Zusammenfassung, Klärung offene Fragen			„Zum Schluss halten wir fest, was für Sie als Nächstes wichtig ist.“ „Ich fasse das Wichtigste noch einmal für Sie zusammen, damit Sie mit einem klaren Gefühl rausgehen.“ „Welche Fragen sind bei Ihnen im Laufe des Gesprächs noch entstanden?“ „Haben Sie das Gefühl, dass alle wichtigen Themen angesprochen sind, oder fehlt Ihnen noch etwas?“
	Stärkung der Selbstwirksamkeit			„Sie können das gut beeinflussen.“ „Mir ist wichtig, dass Sie spüren, was Sie selbst beeinflussen können. Das gibt Sicherheit und macht den nächsten Schritt leichter.“ „Sie haben bereits viel geschafft. Darauf können wir gut aufbauen. Das stärkt Ihre eigene Kontrolle über die Situation.“
ARRANGE	Angebot Follow Up	Wiederholte Beratungsangebote erweisen sich als effektiver als einmalige Informationsvermittlung (Withanage et al., 2022).		„Wenn Sie möchten, treffen wir uns in ein paar Wochen und schauen gemeinsam, wie es läuft.“