

Hebammenarbeit bei Frauen mit Anorexia nervosa in der Anamnese – Rolle und Handlungsmöglichkeiten im interprofessionellen Betreuungskontext

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 18.12.2025

Vorgelegt von: Jule Rathje, Matrikelnummer: [REDACTED]

Gutachterinnen:

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Birgit-Christiane Zyriax

Zweite Prüferin: Swantje Jürgensen

Vorwort

In der vorliegenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit überwiegend auf eine geschlechtsneutrale oder gendergerechte Schreibweise verzichtet. Mit der Verwendung geschlechtsspezifischer Begriffe, insbesondere der Formulierungen „Frauen“, „Schwangere“, „Mutter“ oder berufsbezeichnender Titel wie „Hebamme“, „Gynäkologe“ oder „Arzt“, sind stets Menschen aller Geschlechtsidentitäten gemeint.

Da sich der thematische Schwerpunkt dieser Arbeit auf Schwangerschaft, Geburt und postpartale Prozesse bezieht, erfolgt die Beschreibung körperlicher und reproduktiver Vorgänge in Bezug auf Personen mit weiblicher Biologie. Dies stellt keine Aussage über deren Geschlechtsidentität dar. Ebenso wird der Begriff „Hebamme“ als fachlicher Oberbegriff verwendet, der sowohl Hebammen weiblichen, männlichen als auch nicht-binären Geschlechts umfasst.

Die sprachliche Vereinheitlichung dient ausschließlich der Lesbarkeit und impliziert keinerlei Wertung oder Ausschluss.

Hinweis zur Terminologie

Im Text werden die Begriffe „Anorexia nervosa“ und „Anorexie“ synonym verwendet. Beide Bezeichnungen beziehen sich auf die diagnostisch definierte Essstörung Anorexia nervosa. Die verkürzte Form dient ausschließlich der sprachlichen Entlastung und beinhaltet keine inhaltliche Differenzierung.

Abstract

Hintergrund

Anorexia nervosa gilt als eine schwerwiegende psychische Erkrankung im reproduktiven Kontext. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stellen für betroffene Frauen eine hoch vulnerable Lebensphase dar, in der sowohl medizinische Risiken als auch psychosoziale Belastungen auftreten können. Hebammen spielen dabei eine Schlüsselrolle, da sie kontinuierlich begleiten, Veränderungen früh erkennen und interprofessionelle Versorgung steuern.

Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutung der Hebammenarbeit in der Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen mit Anorexia nervosa systematisch herauszuarbeiten. Im Fokus steht, welche Risiken und Bedürfnisse diese Frauen aufweisen und welche Aufgaben, Beratungsansätze und Handlungsmöglichkeiten sich daraus für Hebammen entlang des gesamten Betreuungsbogens ergeben.

Methode

Es wurde eine strukturierte Literaturrecherche durchgeführt. Zehn Studien, qualitativ und quantitativ, wurden anhand der CASP-Checklisten bewertet und thematisch in vier Ergebnisbereiche eingeordnet: Risikoprofil, Schwangerschaftserleben, Geburt und neonatales Outcome sowie die postpartale Phase einschließlich Mutterrolle und Stillpraxis.

Ergebnisse

Die Analyse zeigt ein konsistentes Bild: Frauen mit Anorexie weisen erhöhte Risiken für Wachstumsrestriktionen, Frühgeburten, operative Entbindungen und postpartale Rückfälle auf. Qualitative Befunde verdeutlichen zudem ausgeprägte Körperbildprobleme, Scham, Ambivalenz im Stillen sowie Schwierigkeiten im bedürfnisorientierten Füttern und in der frühen Beziehungsgestaltung. Gleichzeitig wird deutlich, dass Hebammen durch sensible Anamnese, angepasste Gewichtserhebung, ernährungs- und bindungsorientierte Beratung sowie strukturierte Rückfallprävention entscheidende Stabilisierung bieten können.

Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer sensiblen, interprofessionell vernetzten und ressourcenorientierten Hebammenbetreuung. Zugleich besteht Bedarf an verbindlichen Leitlinien, spezifischer Ausbildung und weiterführender Forschung, um die Versorgung von Frauen mit Anorexia nervosa weiter zu stärken.

Inhaltsverzeichnis

I. Tabellenverzeichnis	1
II. Abbildungsverzeichnis	1
III. Abkürzungsverzeichnis	1
1 Einleitung	2
1.1 Hintergrund	2
1.1.1 Krankheitsbild der Anorexia nervosa	2
1.1.2 Hebammenarbeit im Gesundheitswesen und interprofessioneller Kontext	2
1.2 Relevanz für die Hebammenpraxis	3
1.3 Forschungsstand und Zielsetzung	4
2 Methode	6
2.1 Begründung der Vorgehensweise und Methodenwahl	6
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien	7
2.3 Anwendung der Literaturrecherche	8
2.4 Vorgehensweise zur Datenauswertung und Studienbewertung	11
3 Ergebnisse	13
3.1 Risikoprofile und prädisponierende Faktoren für Anorexia nervosa in der Schwangerschaft	20
3.2 Schwangerschaftserleben und körperbezogene Wahrnehmung bei Frauen mit Anorexia nervosa	22
3.3 Geburtsverlauf und neonatale Outcomes bei Frauen mit Anorexia nervosa	24
3.4 Postpartale Anpassung, Stillen/Ernährungsverhalten und Mutter-Kind-Beziehung bei Frauen mit Anorexia nervosa	26
4 Diskussion	30
4.1 Diskussion der Ergebnisse	30
4.2 Beantwortung der Forschungsfrage	33
4.3 Implikationen für Praxis, Ausbildung, gesundheitspolitische Rahmenbedingung und Forschung	35
4.4 Diskussion der Methode	40
5 Schlussfolgerung	41
Literaturverzeichnis	45
IV. Anhang	48

I. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe der Literaturrecherche	9
Tabelle 2: Charakteristik inkludierter Studien	14
Tabelle 3: Hebammenbetreuung von Frauen mit Anorexia nervosa – Handlungsempfehlungen entlang des Betreuungsbogens	38

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA Flow Diagram	10
--	----

III. Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body-Mass-Index
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Auflage)
EHCRA	Entrevista Clinica sobre História Reprodutiva e Comportamento Alimentar
EDE(-Q)	Eating Disorder Examination (-Questionnaire)
HCUP	Healthcare Cost and Utilization Project
ICD	International Classification of Diseases
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RFI	Oxford Risk Factors for Eating Disorders
SCID-I	The Structured Clinical interview
SGA	Small for Gestational Age

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

1.1.1 Krankheitsbild der Anorexia nervosa

Das Krankheitsbild Anorexia Nervosa ist im umgangssprachlichen Gebrauch als „Magersucht“ bekannt (Gesundheit (BIÖG), o. J.). Die Erkrankung zeichnet sich durch starken Gewichtsverlust und dem daraus resultierendem Untergewicht aus. Das Körpergewicht liegt dabei unter dem für das Geschlecht, Größe und Alter vorgesehene Gewicht (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2018). Diese Gewichtsreduktion wird durch unzureichende Energieaufnahme, eigenzugeführtes Erbrechen oder dem übermäßigen Sporttreiben erreicht. Betroffene leiden dabei unter der dauerhaften Angst die Kontrolle über ihren Körper zu verlieren und Gewicht zuzunehmen, wobei sie bereits im Untergewicht liegen. Dies führt dazu, dass sie ihre Ernährung weiter einschränken, zusätzlich zu Medikamenten greifen, erbrechen oder exzessiv Sport betreiben. Sie entwickeln eine verzerrte Körperwahrnehmung, wodurch sie die Schwere ihres Zustandes nicht erkennen. Die Figur und das Körpergewicht entscheiden dabei stark über das Selbstwertgefühl der Erkrankten (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2018; Gesundheit (BIÖG), o. J.).

1.1.2 Hebammenarbeit im Gesundheitswesen und interprofessioneller Kontext

Im Hebammengesetz ist die Tätigkeit der Hebamme wie folgt definiert: selbstständige und umfassende Beratung, Betreuung und Beobachtung von Frauen während der Schwangerschaft, bei der Geburt, im Wochenbett und während der Stillzeit sowie die selbstständige Leitung von physiologisch verlaufenden Geburten und die Untersuchung, Pflege und Überwachung von Neugeborenen und Säuglingen (Hebammengesetz (HebG), 2019). Die Hebammenarbeit orientiert sich dabei an dem Konzept des Betreuungsbogens, durch den eine kontinuierliche, geburtshilfliche Versorgung über die Lebensphasen der Frau, von Familienplanung über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bis hin zur Stillzeit und früher Elternschaft, gewährleistet wird. Das Konzept stärkt die Versorgungskontinuität, indem die Hebamme die Betreuung in allen Phasen vollständig übernimmt (Schwager & Brendel, 2020). Bei Komplikationen oder Regelwidrigkeiten, die den Kompetenzbereich der Hebamme überschreiten, besteht die Aufgabe darin, diese frühzeitig zu erkennen und die Frau an geeignete Fachpersonen zu überweisen. Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit kann die Hebamme die Betreuung des Falles fortführen und unterstützend tätig bleiben (GKV-Spitzenverband, 2025). Auch die Mutterschafts-Richtlinie sieht vor, dass die Versorgung während und nach der

Schwangerschaft durch das Zusammenarbeiten von Ärzten, Krankenkassen und Hebammen erfolgt (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2023).

1.2 Relevanz für die Hebammenpraxis

Die S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ verdeutlicht, auch während ihrer aktuellen Überarbeitungsphase, die besondere Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Fachpersonen und Betroffenen. Zu Beginn suchen Personen mit Essstörungen selten psychologische Unterstützung auf. Aufgrund der körperlichen Folgen einer Anorexie gelangen sie meist zunächst in den Kontakt mit Berufsgruppen der allgemeinen Gesundheitsversorgung, darunter auch Hebammen und Fachkräfte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2018). Vor diesem Hintergrund ist es für Hebammen entscheidend, die Anzeichen und Warnsignale von Essstörungen zuverlässig wahrzunehmen und entsprechend geschult zu sein. Gerade im Rahmen der ganzheitlichen Betreuung, die die Hebamme entlang des Betreuungsbogens leistet, entsteht oftmals ein besonders vertrauensvolles Verhältnis (Schwager & Brendel, 2020; Wallner, 2020). Das ausführliche Anamnesegespräch zu Beginn der Betreuung bietet Gelegenheit, bereits familiäre Vorbelastungen, etwa bekannte Fälle von Anorexie, systematisch zu erfassen und auf Warnhinweise zu achten. Da genetische Prädispositionen nachweisbar sind, können diese sowohl die Frau als auch das ungeborene Kind betreffen, was die Bedeutung einer rechtzeitigen, interprofessionell abgestimmten Behandlung besonders hervorhebt (Gesundheit (BIÖG), o. J.; GKV-Spitzenverband, 2025; Wallner, 2020). Bereits in der Familienplanung ist es wichtig zu bedenken, dass Untergewicht die weibliche Fertilität und Hormongesundheit erheblich beeinträchtigen kann. Dies zeigt sich beispielsweise im Ausbleiben der Menstruation und in hormonellen Dysbalancen. Oft ist bei untergewichtigen Frauen eine Essstörung wie Anorexie eine der Hauptursachen für Unfruchtbarkeit (Boutari et al., 2020). In der Schwangerschaft übernehmen Hebammen ebenfalls eine zentrale Rolle, indem sie im Rahmen der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen Gewichtsentwicklung und Ernährungsstatus engmaschig überwachen und frühzeitig kritische Veränderungen erkennen (GKV-Spitzenverband, 2025). Die Beratung zur gesunden Ernährung und zu einer physiologischen Gewichtszunahme ist zudem ein integraler Bestandteil der ganzheitlichen Unterstützung durch die Hebamme und dient der Förderung der Gesundheit von Mutter und Kind (Wallner, 2020). Ebenso relevant ist das Wissen um langfristige Konsequenzen: Eine Gewichtsabnahme von 10–15 % unter das Idealgewicht bringt häufig Störungen des Menstruationszyklus bis hin zum Ausbleiben der Periode mit sich, wodurch dennoch unbemerkt ein Eisprung erfolgen und eine ungeplante

Schwangerschaft entstehen kann. Diese birgt ein erhöhtes Risiko für Früh- und Fehlgeburten (Cass et al., 2020).

Die gesundheitlichen und psychosozialen Risiken einer Anorexie-Erkrankung unterstreichen die Notwendigkeit einer frühzeitigen Erkennung und interprofessionellen Versorgung, damit eine individuell abgestimmte, ganzheitliche Betreuung in allen Lebensphasen von Frauen sichergestellt ist (Boutari et al., 2020).

1.3 Forschungsstand und Zielsetzung

Aktuelle Studien zeigen, dass Anorexie während der Schwangerschaft erhebliche Risiken für Mutter und Kind birgt, darunter Kreislaufprobleme, Ödeme, operative Entbindungen, Früh- und Fehlgeburten sowie vermindertes intrauterines Wachstum. Darüber hinaus besteht ein Zusammenhang zwischen niedrigem Geburtsgewicht und einem erhöhten Risiko für die spätere Entwicklung einer Anorexie (Martínez-Olcina et al., 2020). Auch psychische Belastungen sind relevant: Viele Betroffene erleben während der Schwangerschaft große Angst vor Gewichtszunahme und äußern Sorge im Zusammenhang mit der Schwangerenvorsorge, insbesondere der Gewichtskontrolle. Frauen mit Anorexie nehmen häufig weniger Gewicht zu als gesunde Schwangere und der Wunsch das Gewicht nach der Geburt rasch zu verlieren steht oft im Vordergrund. Dies führt zu erhöhtem Druck, verstärktem Fokus auf das Körperbild und einer Vernachlässigung der psychischen und physischen Gesundheit. Auch Frauen ohne vorherige Essstörung können durch gesellschaftlichen Druck nach der Geburt ein gestörtes Essverhalten entwickeln (Harrison et al., 2019; Reeves & Piccinini-Vallis, 2025). Positiv ist, dass bei etwa 60% der Frauen mit Anorexie während der Schwangerschaft die anorektischen Symptome zeitweise nachlassen oder ganz verschwinden (Harrison et al., 2019). Die physiologische Gewichtszunahme kann außerdem schützende Effekte auf die kindliche Entwicklung haben (Martínez-Olcina et al., 2020).

Die Studienlage unterstreicht, wie wichtig es für die Schwangerschaftsvorsorge ist, Betroffene frühzeitig zu erkennen und gezielt zu unterstützen, insbesondere Frauen mit Essstörungen oder Depressionen in der Vorgeschichte (Harrison et al., 2019). Neue Daten zeigen zudem einen Anstieg von Krankenhauseinweisungen bei Mädchen und jungen Frauen mit Anorexie seit der COVID-19-Pandemie, wobei ein früher Beginn der Anorexie mit schlechterem Verlauf einhergeht (Herpertz-Dahlmann et al., 2022).

Trotz dieser Erkenntnisse gibt es weiterhin nur wenige Veröffentlichungen speziell zu Essstörungen in der Schwangerschaft und ein aktueller Review betont die Notwendigkeit für weitere Forschung und verbesserte Screening-Methoden (Janas-Kozik et al., 2021).

Die Ergebnisse zeigen, dass Essstörungssymptome in der Schwangerschaft sowohl gemildert als auch verstärkt auftreten können, wobei weitere Studien benötigt werden, um beeinflussende Faktoren und wirksame Versorgungsstrukturen zu identifizieren (Harrison et al., 2019).

Auf Basis dieses Forschungsstands zeigt sich ein deutlicher Bedarf an Untersuchungen zu den potenziellen Einflüssen der Hebammenarbeit auf die Versorgung von Frauen mit Anorexie. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, die Rolle der Hebamme in der Betreuung dieser Frauen im reproduktiven Lebenskontext zu beleuchten und insbesondere den interprofessionellen Versorgungsrahmen herauszustellen. Die Forschungsfrage wurde systematisch anhand des PICO-Schemas entwickelt, um die Fragestellung klar zu strukturieren:

„Welche Rolle nehmen Hebammen in der interprofessionellen Betreuung von Frauen mit Anorexia nervosa in der Anamnese ein und welche Beratungs- und Handlungsmöglichkeiten ergeben sich entlang des Betreuungsbogens?“

2 Methode

In dieser Übersichtsarbeit wird die systematische Literaturrecherche als Forschungsmethode angewendet. Diese eignet sich besonders für Übersichtsarbeiten, da sie einen umfassenden und strukturierten Überblick über vorhandene Evidenzen ermöglicht. Dabei wird die Literatur anhand festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien selektiert, um gezielt Daten zu identifizieren, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Jeder Schritt des Such- und Auswahlprozesses wird sorgfältig dokumentiert, wodurch die Vorgehensweise transparent und nachvollziehbar bleibt (Cochrane Deutschland Stiftung et al., 2020, S.9).

Im folgenden Kapitel werden die Methodenauswahl und das Vorgehen detailliert erläutert. Zudem wird die schrittweise Durchführung der Literaturrecherche sowie die Auswahl der eingeschlossenen Studien nachvollziehbar dargestellt.

2.1 Begründung der Vorgehensweise und Methodenwahl

Um einen fundierten Einstieg in das Thema Anorexia nervosa zu erhalten, wurde zunächst eine Suche nach bestehenden systematischen Reviews und Metaanalysen durchgeführt. Auf Basis der aktuellen Forschungsergebnisse wurde mithilfe des PICO-Schemas (Population, Intervention, Comparison, Outcome) eine präzise Forschungsfrage formuliert, die als Leitfaden für die anschließende systematische Literaturrecherche diente. Das PICO-Schema unterstützte dabei die Fragestellung klar zu strukturieren und fokussiert relevante Studien gezielt zu identifizieren. Der gesamte Suchprozess orientierte sich am „*Manual systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien*“ der Cochrane Deutschland Stiftung (2020), welches die Bedeutung und den Ablauf einer systematischen Recherche detailliert erläutert und somit die methodische Grundlage dieser Arbeit bildet.

Die Methode ermöglichte es zunächst gezielt die Auswirkungen der Anorexie bei Frauen im reproduktiven Alter auf die Fertilität, die Schwangerschaft, Geburt und auf die Wochenbettzeit herauszuarbeiten. Die daraus gewonnenen Ergebnisse sollen eine fundierte Basis für evidenzbasierte Handlungsempfehlungen in der Hebammenarbeit schaffen. Der Rechercheprozess ist vollständig dokumentiert, sodass alle Recherche- und Auswahl-schritte verständlich und transparent sind. Zur Darstellung des Auswahlprozesses kam ein PRISMA-Flowchart zum Einsatz, das die Studienselektion visualisiert und die Auswahlkriterien klar und nachvollziehbar abbildet (*PRISMA 2020 Flow Diagram*, 2020). PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) ist ein international anerkanntes Instrument zur transparenten Darstellung und Dokumentation systematischer Übersichtsarbeiten (*PRISMA Statement*, o. J.).

Für die systematische Literaturrecherche wurden die Suchportale PubMed und Livivo genutzt, deren spezifische Datenbanken im Folgenden erläutert werden.

PubMed bietet Zugriff auf die MEDLINE-Datenbank, eine der wichtigsten Quellen für biomedizinische Originalstudien. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin, sowie der Krankenpflege, dem Gesundheitswesen und vorklinischen Studien. Zu finden sind hier hauptsächlich englischsprachige Quellen mit einem Großteil an Literatur aus der amerikanischen Region. Die Zitate in MEDLINE sind mit Schlagwörtern (MeSH-Terms) aus dem Schlagwortkatalog der U.S. National Library of Medicine (NLM) versehen. PubMed erlaubt zusätzlich die Suche nach aktuellen, noch nicht verschlagworteten Publikationen. Diese Datenbank wird von der U.S. National Library of Medicine (NLM) gepflegt (Cochrane Deutschland Stiftung et al., 2020, S. 15).

Als ergänzende regionale, deutschsprachige Quelle diente die Datenbank CCMed – Current Contents Medizin, die über das Suchportal Livivo zugänglich ist. Diese Datenbank wird von der deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) bereitgestellt. Livivo ermöglicht zudem den Zugriff auf weitere Datenbanken, darunter ebenfalls MEDLINE (Cochrane Deutschland Stiftung et al., 2020, S. 17).

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Um Relevanz und Qualität der Suchergebnisse zu gewährleisten, erfolgte eine möglichst präzise Recherche durchgeführt, wobei klare Ein- und Ausschlusskriterien definiert wurden. Diese Filterkriterien kamen bereits bei der Datenbanksuche zum Einsatz, um die Trefferzahl zielgerichtet zu steuern. Als erstes Einschlusskriterium diente die Sprache: Die Recherche beschränkte sich auf englisch- und deutschsprachige Literatur. Zudem konzentrierte sich die Auswahl auf Publikationen der letzten zehn Jahre (2015-2025), um aktuelle Forschungsergebnisse einzubeziehen. Berücksichtigt wurden Originalstudien, insbesondere Kohortenstudien, Fall-Kontroll-Studien sowie qualitative Interviewstudien. Übersichtsarbeiten, graue Literatur und nicht-peer-reviewed Arbeiten blieben ausgeschlossen. Studien aus Industrieländern fanden bevorzugt in die Analyse einbezogen, um die daraus abgeleiteten Handlungsmöglichkeiten, die sich aus dieser Arbeit ergeben, möglichst gut auf die Hebammenarbeit in Deutschland übertragen zu können. Da sich die Arbeit auf weibliche Personen im reproduktiven Alter fokussiert, flossen ausschließlich Studien mit entsprechenden Probandinnen ein. Ebenfalls einbezogen wurden Studien, die Anorexia nervosa im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit untersuchen, einschließlich der Auswirkungen, Ursachen und Therapiemöglichkeiten. Studien zu Essstörungen im Allgemeinen kamen nur dann in Betracht, wenn Anorexie als

klar abgegrenzte Subgruppe dargestellt war. Studien, in denen sich die Anorexie nicht eindeutig herausarbeiten ließ, wurden aufgrund mangelnder Aussagekraft für die formulierte Fragestellung ausgeschlossen.

2.3 Anwendung der Literaturrecherche

Zu Beginn der Literaturrecherche erfolgte eine systematische Klärung der zentralen Fragestellungen der Arbeit. Dabei diente das PICO-Schema als strukturierendes Instrument, um die Population, Intervention und die relevanten Outcomes klar zu definieren. Die Komponente „Comparison“ (Vergleichsgruppe) wurde in dieser Arbeit bewusst weggelassen, da die Forschungsfrage keinen direkten Vergleich zwischen Gruppen vorsieht, sondern sich auf die Rolle der Hebamme in der Betreuung von Frauen mit Anorexia nervosa fokussiert. Auf diese Weise konnte die Suche nach geeigneter Literatur gezielt ausgerichtet und die Auswahl relevanter Studien methodisch nachvollziehbar gestaltet werden.

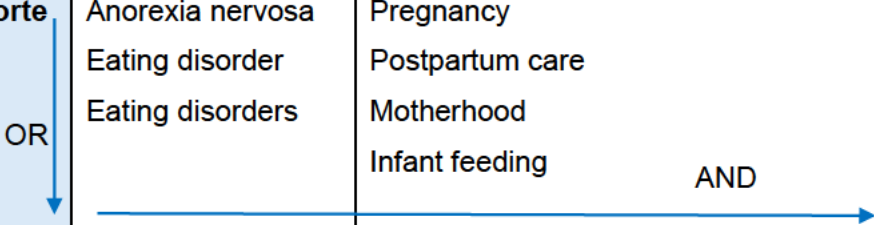
Population (P)	Frauen mit Anorexia nervosa in der Anamnese im reproduktiven Lebenskontext
Intervention (I)	Hebammenarbeit im interprofessionellen Betreuungskontext, insbesondere Beratungs- und Handlungsmöglichkeiten
Comparison (C)	/
Outcome (O)	Verbesserte Versorgungsqualität, Stärkung der reproduktiven Gesundheit und Mutter-Kind-Beziehung, Reduktion von Rückfallrisiken, Handlungssicherheit für Hebammen

Auf Basis des PICO-Schemas erfolgte eine gezielte Suche nach Studien, die sowohl die definierte Population (Frauen mit Anorexie) als auch die relevanten Outcomes (Beratung und Handlungsmöglichkeiten durch Hebammen) adressieren. Die Intervention (Hebammenbetreuung) floss über die Auswahl passender Studien in die Analyse ein.

Die Literaturrecherche fand systematisch in den Datenbanken PubMed und Livivo statt. Dabei kam eine Textwortsuche zum Einsatz, bei der die Suchbegriffe mithilfe boolescher Operatoren (AND, OR) miteinander kombiniert wurden, um die Treffer gezielt einzugrenzen und relevante Studien zu identifizieren. Begriffe, die denselben thematischen Aspekt abbilden, wurden jeweils mit OR verknüpft, während die daraus entstehenden Suchstrings zur Eingrenzung auf die relevanten Inhalte mit AND kombiniert wurden. Der Schwerpunkt lag auf englischen Begriffen, da die Suche mit deutschen Begriffen nur eine geringe

Trefferzahl ergab. Die genaue Auswahl und Kombination der Suchbegriffe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Suchbegriffe der Literaturrecherche (eigene Darstellung)

	Krankheitsbild	Lebensphasen und Betreuungskontext
Stichworte 	Anorexia nervosa Eating disorder Eating disorders	Pregnancy Postpartum care Motherhood Infant feeding

Nachdem der Suchstring final definiert war, erfolgte die systematische Dokumentation aller weiteren Schritte der Literaturrecherche anhand eines PRISMA Diagramms.

Die Datenbanksuche in PubMed und Livivo ergab insgesamt 987 Treffer (PubMed (n=484), Livivo (n=503)). Im Anschluss wurden die Ergebnisse in das Literaturverwaltungsprogramm *Rayyan* importiert, wo zunächst 400 Duplikate automatisiert und manuell identifiziert und entfernt werden konnten. Somit verblieben 587 Ergebnisse, die in einem ersten Screening hinsichtlich Titel und Abstract geprüft wurden. Im Rahmen dieser Sichtung schieden Studien aus, deren Studiendesign nicht den Einschlusskriterien entsprach, zum Beispiel Reviews (n=148), Arbeiten mit nicht relevanter Population (n=17) oder nicht zur Fragestellung passende thematische Ausrichtung (n=400). Insgesamt 22 Studien erfüllten nach diesem Schritt die Kriterien für die Volltextsichtung. Während der Volltextsichtung zeigte sich weiterer Ausschlussbedarf. Bei fünf Studien konnte trotz Recherche kein Volltextzugriff hergestellt werden und ein zusätzlicher Treffer stellte sich als zuvor übersehenes Duplikat heraus. Somit gelangten 16 Studien in die Volltextsichtung. Auch hier erfolgten weitere Ausschlüsse aufgrund eines nicht relevanten Outcomes (n=4), nicht relevanter Thematik (n=1) oder eines zu geringen Fokus auf Anorexie (n=1). Schließlich verblieben zehn Studien, die den Einschlusskriterien entsprachen und in die Arbeit einfließen.

Ergänzend zur Datenbanksuche fand eine Zitationssuche statt, die drei weitere Treffer ergab. Alle drei Studien waren grundsätzlich zur Volltextsichtung geeignet, wurden jedoch nach inhaltlicher Prüfung ausgeschlossen: Zwei Arbeiten wiesen nur einen sehr geringen Fokus auf Anorexie auf und eine Studie entsprach nicht dem geforderten Outcome. Abbildung 1 zeigt eine detaillierte Darstellung der einzelnen Schritte und bildet den gesamten Prozess im PRISMA Diagramm ab.

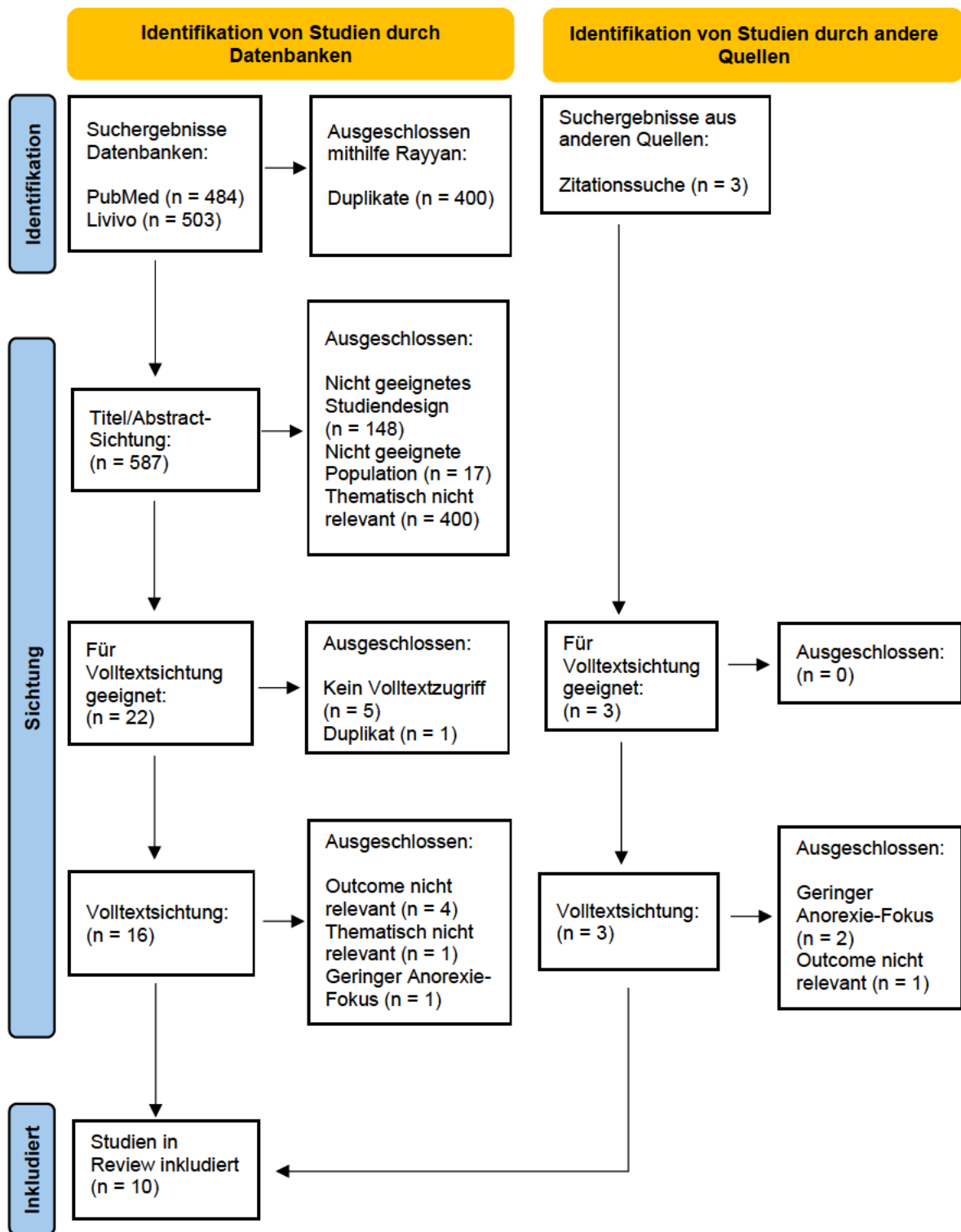


Abbildung 1: PRISMA Flow Diagram

(eigene Darstellung in Anlehnung an *PRISMA 2020 Flow Diagram* (2020))

2.4 Vorgehensweise zur Datenauswertung und Studienbewertung

Für die Datenauswertung wurden alle eingeschlossenen Studien systematisch analysiert und inhaltlich hinsichtlich ihrer Relevanz für die Forschungsfrage ausgewertet. Die Auswertung orientierte sich dabei erneut an den Elementen des zuvor definierten PICO-Schemas, um eine klare Struktur sowie Vergleichbarkeit zwischen den Studien sicherzustellen. Zunächst wurden grundlegende Studiendaten extrahiert, darunter Autoren, Veröffentlichungsjahr, Herkunftsland, Studiendesign und die jeweils untersuchte Population. Anschließend erfolgte eine inhaltliche Analyse der Studienergebnisse im Hinblick auf die Auswirkungen von Anorexie auf die Gesundheit der Frau und des Kindes in den verschiedenen Phasen des Betreuungsbogens sowie auf die daraus ableitbaren Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten der Hebamme. Da einige der eingeschlossenen Studien neben Anorexie auch andere Essstörungen oder weiter gefasste psychosoziale Aspekte betrachten, wurden ausschließlich jene Ergebnisse berücksichtigt, die einen direkten inhaltlichen Bezug zur Fragestellung dieser Arbeit aufweisen. Somit flossen nur Daten in die Auswertung ein, die klar auf die Versorgung von Frauen mit Anorexie im reproduktiven Kontext bezogen waren und zur Beantwortung der Forschungsfrage beitrugen.

Zur Bewertung der Qualität der eingeschlossenen Studien wurden die Critical Appraisal Skills Programme (CASP) Checklisten herangezogen. Die CASP-Checklisten sind standardisierte Instrumente zur systematischen Beurteilung der methodischen Qualität wissenschaftlicher Studien. Sie unterstützen dabei, Stärken und Schwächen der Studien transparent zu identifizieren und die Aussagekraft der Ergebnisse einzuschätzen (CASP, o. J.). Dabei wird beispielsweise geprüft, ob die Forschungsfrage klar formuliert ist, das Studiendesign zur Fragestellung passt, die Stichprobe angemessen gewählt wurde, relevante Bias-Risiken berücksichtigt wurden und die Dateninterpretation nachvollziehbar erfolgte. Die Anwendung der CASP-Checklisten ermöglicht es, Studien nicht nur hinsichtlich formaler Kriterien, sondern auch bezüglich ihrer inhaltlichen Validität und Relevanz für die Forschungsfrage zu bewerten. Dies ist insbesondere in systematischen Übersichtsarbeiten von Bedeutung, da so die wissenschaftliche Grundlage für die Analyse gesicherter und transparenter gemacht wird. Durch die methodische Bewertung können Ergebnisse unterschiedlicher Studien in Bezug auf ihre Aussagekraft eingeordnet und fundierte Schlussfolgerungen gezogen werden.

In der vorliegenden Arbeit wurden die CASP-Checklisten spezifisch für Kohortenstudien sowie für qualitative Studien eingesetzt. Hierdurch konnte die methodische Qualität der jeweiligen Studienformate systematisch geprüft werden, wobei die Bewertung sowohl die Durchführung der Studien als auch die Validität der berichteten Ergebnisse berücksichtigte.

Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die in die Analyse einbezogenen Studien eine angemessene wissenschaftliche Qualität aufweisen und somit belastbare Aussagen über die Rolle der Hebammen in der Betreuung von Frauen mit Anorexie getroffen werden können. Zu Veranschaulichung des Bewertungsprozesses ist für beide Studiendesigns (quantitativ und qualitativ) jeweils eine ausgefüllte CASP-Checkliste im Anhang beigefügt.

Da CASP jedoch keine standardisierten Kriterien zur abschließenden Qualitätseinstufung vorgibt, erfolgte die Bewertung in dieser Arbeit auf Grundlage eines eigenen, transparent dokumentierten Bewertungsmaßstabs. Hierbei wurden die einzelnen CASP-Fragen mit „Ja“, „Nein“ oder „Kann nicht beurteilt werden“ beantwortet, wobei insbesondere kritische Fragen zur internen Validität besonders Beachtung fanden. Auf Grundlage dieser Antworten erfolgte eine dreistufige Klassifikation der Studienqualität: Studien mit überwiegend positiven Bewertungen und ohne kritische Mängel galten als „hoch“, Studien mit mittlerer Anzahl positiver Antworten und maximal einem kritischen Mängel als „mittel“ und Studien mit mehreren kritischen Mängeln oder einer überwiegend negativen Bewertung wurden der Kategorie „gering“ zugeordnet. Die konkrete Einstufung ist in einer Übersichtstabelle dokumentiert, in der alle Studien mit ihren CASP-Bewertungen und der jeweiligen Qualitätskategorie dargestellt sind (Anhang 3, Anhang 4). Diese Vorgehensweise ermöglicht eine transparente und nachvollziehbare Einschätzung der Studienqualität und unterstützt die Interpretation der Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfrage.

3 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der systematischen Literaturschau dargestellt. Insgesamt wurden zehn Studien in den Review eingeschlossen, die sowohl quantitative als auch qualitative Studiendesigns umfassen. Ziel ist es, die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Bedeutung von Anorexia nervosa in der Anamnese für Schwangerschaft, Geburt und frühe Mutterschaft zusammenzuführen und insbesondere herauszuarbeiten, welche Rolle Hebammen in der interprofessionellen Betreuung dieser Frauen einnehmen und welche Beratungs- und Handlungsmöglichkeiten entlang des Betreuungsbogens bestehen.

Zunächst werden die Merkmale der zehn inkludierten Studien beschrieben, gefolgt von einer kritischen Betrachtung ihrer Qualität, Stärken und Limitationen. Hierzu wurde für die bessere Übersicht zuerst eine Ergebnistabelle erstellt, die die wesentlichen Merkmale der eingeschlossenen Studien aufzeigt (Tabelle 2). Anschließend werden die Studienergebnisse thematisch geordnet dargestellt. Dabei orientiert sich die Gliederung an vier zentralen Themenaspekten, die sich aus dem Datenmaterial ergeben haben und die gleichzeitig relevante Bereiche der hebammengeleiteten Betreuung abbilden. In folgender Reihenfolge werden diese Aspekte behandelt: Prädisponierende Faktoren und Risikoprofile für Anorexia nervosa, Schwangerschaftsverlauf und maternale Körperwahrnehmung, Geburtsverlauf und neonatales Outcome, postpartale Phase inklusive dem Stillverhalten sowie die Mutter-Kind-Beziehung.

Obwohl einige der inkludierten Studien auch andere Essstörungen berücksichtigen, liegt der Schwerpunkt der Darstellung auf der Anorexia nervosa. Ergebnisse zu anderen Diagnosen werden dort einbezogen, wo sie zum Verständnis der Befunde oder zur Einordnung in die klinische Betreuungssituation beitragen.

Tabelle 2: Charakteristik inkludierter Studien (eigene Darstellung)

Referenz	Methode	Themenfeld	Population	Erhebungs-Zeitraum	Hauptergebnisse	Qualität
Watson, Zerwas, Torgesen, Gustavson, Diemer, Knudsen, Reichborn-Kjennerud, Bulik Norwegen, 2017	Quantitativ, prospektive Kohortenstudie - Diagnose anhand DSM-5-Kriterien - Statistische Analyse: Poisson-Regression, GEE Mediation via PROCESS Macro (Bootstrap 1000)	SWS-, Geburts- und neonatale Outcomes bei Frauen mit ES	70.881 Großmutter-Mutter-Kind-Triaden für ES während SWS 52.348 Triaden für lebenslange ES	1999-2008	Erhöhte Risiken: LBW, Unterernährung, Sectio Lebenslange ES zeigt ähnliche Muster wie akute Episoden Mediatoren: prägravid BMI, Gewichtszunahme	Mittel - Prospektiv; Bevölkerungsbasiert; große Stichprobe; Registerdaten über Generationen - Limitationen: 40% Teilnahme; retrospektive Erhebung lebenslanger ES; konservative AN-Kriterien; mögliche Confounder
Feferkorn, Badeghiesh, Baghlaf, Dahan USA., 2022	Retrospektive, bevölkerungsbasierte Kohortenstudie - Daten aus HCUP-NIS - Identifikation von AN über ICD-9-Codes - Analyse: SPSS 23.0, deskriptive Statistiken, univariate & multivariable logistische Regression - Signifikanzniveau: $p < 0,05$	Maternale, geburts-hilfliche und neonatale Outcomes bei AN vor/in SWS	214 Frauen mit AN Kontrollgruppe: 9.069.574 Frauen ohne AN 1:4 Matching der Gruppen	2004-2014	Erhöhte Risiken: Frühgeburt, SGA, operative Entbindungen Höhere Prävalenz: Rauchen, Thyreoiditis, psychiatrische Komorbiditäten	Hoch - Große, bevölkerungsbasierte Kohorte; Matching auf Alter, Rasse, Einkommen, Versicherungstyp; statistische Kontrolle bekannter Confounder - Limitationen: retrospektiv; kontinuierliche Variablen wurden kategorisiert; Subgruppenanalyse nur eingeschränkt aufgrund kleiner Fallzahlen

Referenz	Methode	Themenfeld	Population	Erhebungs-Zeitraum	Hauptergebnisse	Qualität
Baer, Bandoli, Jelliffe-Pawlowski, Rhee, Chambers Kalifornien, USA., 2023	Quantitativ, Kohortenstudie - Identifikation von AN über ICD-Diagnosecodes - Risikoberechnung mittels Poisson-Regression → unadjustiert und adjustiert für demografische & klinische Faktoren Statistische Analyse: SAS 9.4	SWS- und Geburtskomplika-tionen bei Frauen mit AN	241 Schwangere mit AN Kontrollgruppe: 6.418.236 ohne ES	2007-2021 20.-44.SSW	Schwangere mit AN häufiger bei Erstgebärenden, Raucherinnen, psychischen Begleiterkrankungen, Untergewicht Erhöhte Risiken: Anämie, vorzeitige WTK, Oligohydramnion, schwere maternale Morbidität, SGA, LBW, Frühgeburt (32.-36.SSW)	Hoch - Große Stichprobe; verknüpfte Mutter- und Kinderdaten; Erfassung von Störfaktoren/Outcomes - Limitationen: kleine Fallzahlen; Mediation auf Annahmen
Mantel, Hirschberg, Stephansson Schweden, 2019	Quantitativ, bevölkerungs-basierte Kohortenstudie - Registerdaten (MBR, NPR, Education Register) - Diagnosen-Identifikation über ICD-9 & ICD-10 - Analyse: deskriptive Statistik, Poisson-Regression, GEE - Software: SAS 9.4 - Signifikanzniveau: p<0,05	ES in der SWS	1.236.777 Einlings-geburten bei maternaler ES AN (n=2.769) BN (n=1.378) EDNOS (n=3.395) Kontrollgruppe: Frauen ohne ES vor SWS	2003 bis 2014	Erhöhte Risiken: Hyperemesis, antepartale Blutungen, Frühgeburt, SGA, Mikrozephalie Risikoverhältnisse für SWS- und neonatale Komplikationen bei aktiver ES ausgeprägter als bei zuvor bestandenen Erkrankungen	Hoch - Bevölkerungsbasiert, Daten mit nahezu vollständiger Abdeckung; Unterscheidung zwischen aktiver & vorbestehender ES; große Stichprobe; Sensitivitätsanalyse, Anpassung für Störfaktoren - Limitationen: möglicher Selektionsbias; BMI nicht als Mediator; begrenzte Generalisierbarkeit

Referenz	Methode	Themenfeld	Population	Erhebungs-Zeitraum	Hauptergebnisse	Qualität
Machado, Gonçalves, Duarte, Branão, Roma-Torres, Soares Portugal, 2025	Qualitative Längsschnittstudie - Semi-strukturierte Interviews (EDE, RFI, ECHRCA) + medizinische Akten - Deskriptive Statistiken + Mann-Whitney-U-Test - Statistische Analyse: IBM SPSS 30 - Signifikanzniveau: $p < 0,05$	ES im reproduktiven Verlauf: Empfängnis, SWS, Geburt, Wochenbett, langfristige Symptomatik & kindliche Entwicklung	30 Frauen mit AN (n=21) oder BN (n=9) vor der SWS	Zeitraum 1: während SWS und kurz nach Geburt Zeitraum 2: Follow-up etwa vier Jahre p.p.	Erhöhte Risiken: Frühgeburt, Entwicklungsverzögerung 50% vollständige Remission nach vier Jahren SWS führt nicht zur Symptomverbesserung	Mittel - Längsschnittdesign; klinische Interviews; medizinische Akten; standardisierte ES-Diagnostik - Limitationen: kleine Stichprobe; retrospektive Angaben auf Erinnerungsbasis; keine Kontrollgruppe, eingeschränkte Generalisierbarkeit
Claydon, Davidov, Zullig, Lilly, Cottrell, Zerwas UK, 2018	Qualitative, deskriptive Studie - Individuelle Interviews - 4 Tagebuch-/Blog-Analysen - Thematische Analyse: NVivo 11 - Zweite Kodiererin für 26,7% der Interviews - Triangulation von Methoden und Quellen	Erfahrungen von Frauen mit ES in SWS und Wochenbett	15 Frauen (9 Mütter, 6 kinderlos) mit ES-Geschichte	März-August 2016	Ungeplante SWS verstärken Stress und ES-Bedürfnisse Sorge um Kindeswohl oft wichtiger als eigene ES-Bedürfnisse Offenlegung gegenüber medizinischem Personal oft problematisch	Hoch - Internationale Perspektive; Telefon-/Skype-Interviews förderten Offenheit; Triangulation und Mitglieds-Check zur Validität, thematische Sättigung erreicht - Limitationen: kleine Stichprobe, begrenzte Dokumentendatenanalyse; eingeschränkte Übertragbarkeit

Referenz	Methode	Themenfeld	Population	Erhebungs-Zeitraum	Hauptergebnisse	Qualität
Sommerfeldt, Skårderud, Kvaalem, Gulliksen, Holte Norwegen, 2024	Qualitativ, Longitudinalstudie - Interviews - EDE (DSM-5-Diagnostik) - Analyse: Grounded-Theory-Ansatz; offenes, axiales & selektives Codieren; NVivo 12	ES in SWS und früher Mutterschaft	24 schwangere Frauen mit einer ES in der Vorgeschichte	1. Interview: in SWS (9.-40.SSW) 2. Interview: 4-6 Wochen p.p.	Fünf Trajektorien: - „mastering mother“ - „succeeding mother“ - „inadequate mother“ - „depressed mother“ - „overwhelmed mother“ Mutterschaft beeinflusst ES-Verlauf stark	Hoch - Tiefeninterviews; Längsschnittdesign; standardisierte Diagnostik - Limitationen: selbstberichtete ES-Vorgeschichte; gleiche Interviewer für Diagnose & Interview; variable Zeitpunkte
Taborelli, Easter, Keefe, Schmidt, Treasure, Micali UK, 2016	Qualitative Interviewstudie - Semi-strukturierte Interviews - Diagnose nach DSM-5-Kriterien - Interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	ES in SWS und früher Mutterschaft	12 Frauen mit ES in der SWS	Nicht spezifisch genannt	Frühe SWS: höchste Vulnerabilität, stärkster innerer Konflikt SWS kann vorübergehend schützend wirken → ES-Symptome reduzieren p.p.: kritischste Phase mit hohem Rückfall- und Depressionsrisiko Folge-SWS: höheres Risiko für anhaltende/verstärkte ES-Symptome	Hoch - IPA, semi-strukturierte Interviews, zwei unabhängige Forscher analysieren Transkripte, Strukturierung entlang der SWS-Phasen, Rekrutierung verschiedener Settings - Limitationen: kleine Stichprobe, erhöhtes Selektionsbias-Risiko, retrospektive Berichterstattung, keine quantitative Überprüfung

Referenz	Methode	Themenfeld	Population	Erhebungs-Zeitraum	Hauptergebnisse	Qualität
Martini, Taborelli, Schmidt, Treasure, Micali UK, 2018	Qualitative, prospektive Beobachtungsstudie - ED-Diagnose: Interviews, SCID-I (DSM-5) - ED-Symptomatik: EDE-Q - Analyse: logistische Regression, adjustierte Modelle - Signifikanzniveau: $p < 0,05$ - Software: SPSS 21	Risiken für negative perinatale Outcomes bei Kindern von Müttern mit ES	137 Frauen mit aktiver (n=37), früherer (n=39) ES Kontrollgruppe: gesunde Personen (n=61)	8 Wochen p.p. 6 Monate p.p. 1 Jahr p.p. 2 Jahre p.p.	Stillen: >60% bei 6 Monaten Herausforderung beim Erkennen von Hunger- und Sättigungszeichen Größere Sorge um Übergewicht des Kindes	Hoch - Prospektiv, reduziert Recall-Bias; Diagnosen via SCID; Einschluss von aktiven und vergangenen ES; klinische & Community-Fälle → größere Generalisierbarkeit - Limitationen: selektive Stichprobe; IFQ und PARM-Self-Report → mögliche Einschränkungen der Subskalenreliabilität; keine Daten zu ES-Behandlung während der Studie
Leeming, Barnsley-Bridger, Shabir, Hinsliff, Marshall UK, 2024	Qualitative Interviewstudie - Semi-strukturierte Interviews - Interpretative phänomenologische Analyse (IPA)	Mutterschaft und Stillen mit ES	6 Mütter mit aktueller oder kürzlich behandelter ES	<3 Jahre p.p.	Mutterschaft kann Schutz und partielle Erholung von ES bieten Stillen kann therapeutische Wirkung auf Körperbild & Selbstwahrnehmung haben Spannungen zwischen alten ES-Mustern und neuer Mutterrolle	Hoch - IPA; vielschichtige Dateninterpretation; Reflexivität der Forschenden - Limitationen: kleine Stichprobe, Alter 31-39

Legende: AN = Anorexia Nervosa BMI = Body-Mass-Index BN = Bulimia Nervosa DSM-5 = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. Auflage) EHCRA = Entrevista Clinica sobre História Reproductiva e Comportamento Alimentar EDE(-Q) = Eating Disorder Examination (-Questionnaire) EDNOS = Eating Disorder not Otherwise Specified ES = Essstörung(-en)	GEE = Generalized Estimating Equations HCUP-NIS = Healthcare Cost and Utilization Project – Nationwide Inpatient Sample IBM SPSS = Softwareplattform für statistische Analysen ICD = International Classification of Diseases IFQ = Infant Feeding Questionnaire IPA = Interpretative Phänomenologische Analyse LBW = Low Birth Weight MBR = Swedish Medical Birth Register NPR = National Patient Register NVivo = Software für qualitative Datenanalyse	PARM = Parental Modelling of Eating Behaviours Scale p.p. = postpartum RFI = Oxford Risk Factors for Eating Disorders SAS = Software für statistische Auswertung und Datenanalyse SCID-I = The Structured Clinical interview SGA = Small For Gestational Age SSW = Schwangerschaftswoche SWS = Schwangerschaft UK = Vereinigtes Königreich WTK = Wehentätigkeit
--	--	--

3.1 Risikoprofile und prädisponierende Faktoren für Anorexia nervosa in der Schwangerschaft

Um die Risikoprofile und prädisponierenden Faktoren für Anorexia nervosa in der Schwangerschaft einzuordnen, werden nachfolgend die wichtigsten empirischen Studien zu diesem Themenbereich betrachtet.

Die vierjährige Längsschnittstudie von Machado et al. (2025) untersucht 30 Frauen mit vorbestehender Essstörung (Anorexia nervosa (n=21), Bulimia nervosa (n=9)) von der Konzeptionsphase bis mehrere Jahre postpartum. Die Studie weist eine kleine, selektive Stichprobe auf, was die externe Validität einschränkt. Die Datenerhebung mittels standardisierter Interviews (EDE, RFI, ECHRA) stärkt jedoch die interne Validität und ermöglicht eine hohe Tiefenschärfe der qualitativen und quantitativen Angaben. Bias-Risiken bestehen insbesondere durch Recall-Bias in retrospektiven Bereichen und durch fehlende Kontrollgruppen. Aufgrund dieser Aspekte wird die Studienqualität mithilfe des CASP-Bewertungsverfahren als mittel eingestuft (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

In Bezug auf Risikoprofile zeigte sich, dass bereits vor der Schwangerschaft ein hoher Anteil restriktiver Diäten, Erbrechen oder Laxanzienmissbrauch aufwies. Rund 40% der Frauen berichteten von Schwierigkeiten schwanger zu werden, gleichzeitig beschrieben sie häufig einen langanhaltenden niedrigen BMI sowie Zyklusstörungen wie Amenorrhoe oder Oligomenorrhoe.

Die große Kohortenstudie von Baer et al. (2024) basiert auf über 6,4 Millionen Geburten in Kalifornien, davon 241 mit dokumentierter Anorexie-Diagnose. Die große Fallzahl und der Einsatz multivariater Regressionsmodelle sprechen für eine hohe statistische Aussagekraft. Einschränkungen ergeben sich aus der ICD-basierenden Diagnosestellung, wodurch eine Untererfassung oder Fehldiagnose möglich ist. Zudem kann nicht eindeutig unterschieden werden, ob die Anorexie aktiv oder remittiert war, was ein potenzielles Bias-Risiko darstellt. Insgesamt ergibt sich, auf Grundlage der CASP-Bewertung, aus der Kombination robuster Methodik und klarer Einschränkungen eine hohe Studienqualität (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Die Studie zeigt klar, dass Frauen mit Anorexie häufiger ein niedriges präkonzeptionelles Körpergewicht und unzureichende Gewichtszunahmen in der Schwangerschaft aufweisen. Zudem treten Begleiterkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Substanzkonsum und vor allem Rauchen signifikant häufiger auf. Diese Begleitfaktoren erweisen sich als starke Confounder. Baer et al. identifizieren den BMI und eine geringe Gewichtszunahme

als zentrale Mediatoren, die einen substanziellen Anteil des Risikos für ungünstige Schwangerschaftsausgänge erklären.

Feferkorn et al. (2023) untersuchen über neun Millionen Geburten anhand der HCUP-Datenbank (Healthcare Cost and Utilization Project), darunter 214 Frauen mit Anorexia nervosa. Methodisch ist die Studie durch die enorme Fallzahl und die Nutzung kontrollierter multivariater Modelle überzeugend, jedoch bestehen Risiken durch ICD-abhängige Diagnostik und mögliche Untererfassung milder oder nicht dokumentierter Fälle. Zudem fehlen Angaben zum präkonzeptionellen BMI und zur Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, was die Interpretation erschwert. Trotz dieser Einschränkungen erfüllt die Studie zentrale Qualitätsmerkmale in hohem Maße, sodass sie im CASP-Verfahren insgesamt hoch eingestuft wird (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Die Untersuchung zeigt, dass Frauen mit Anorexie im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung signifikant häufiger Raucherinnen sind, überdurchschnittlich oft psychiatrische Komorbiditäten aufweisen und sozioökonomisch (höheres Einkommen) vom Durchschnitt abweicht. Bemerkenswert ist die erhöhte Prävalenz von Drogenkonsum, was das Bild eines besonders vulnerablen psychosozialen Profils unterstreicht.

Zusammenfassung: Risikoprofile

Über die drei eingeschlossenen Studien hinweg zeigt sich ein weitgehend konsistentes Bild hinsichtlich der Frage, welche Risikofaktoren bei Frauen mit Anorexia nervosa vor oder zu Beginn einer Schwangerschaft bestehen.

Zunächst wird in allen Studien deutlich, dass ein niedriger präkonzeptioneller BMI sowie eine unzureichende Gewichtszunahme bereits zu Beginn der Schwangerschaft zentrale Risikofaktoren darstellen (Baer et al., 2024; Feferkorn et al., 2023; Machado et al., 2025). Diese Befunde werden in der qualitativen Analyse von Machado et al. (2025) weiter ausdifferenziert: Viele der befragten Frauen berichteten von fortbestehenden restriktiven Essmustern, selbstinduziertem Erbrechen oder Laxanzienmissbrauch bereits vor der Konzeption. Darüber hinaus zeichnen die quantitativen Studien ein klares Bild hinsichtlich psychischer Begleiterkrankungen. Depressionen, Angststörungen, Rauchen und der Substanzkonsum treten signifikant häufiger auf und verstärken das Risiko für einen komplizierten Verlauf (Baer et al., 2024; Feferkorn et al., 2023). Die qualitative Studie von Machado et al. (2025) hebt zusätzlich reproduktive Probleme wie Amenorrhoe, Oligomenorrhoe und Fertilitätsstörungen hervor, die bei Frauen mit Anorexia nervosa in der

Anamnese häufig auftreten. Auch auf soziodemografischer Ebene zeigen sich charakteristische Muster: Frauen mit Anorexie waren teils höher gebildet oder hatten ein höheres Einkommen, nehmen jedoch gleichzeitig häufiger medizinische Regelangebote weniger intensiv wahr (Baer et al., 2024; Feferkorn et al., 2023).

3.2 Schwangerschaftserleben und körperbezogene Wahrnehmung bei Frauen mit Anorexia nervosa

Die folgenden Studien geben Aufschluss darüber, wie Frauen mit Anorexia nervosa ihre Schwangerschaft erleben und welche körperbezogenen Herausforderungen dabei im Vordergrund stehen.

Sommerfeldt et al. (2024) untersuchen in einer prospektiven Kohortenstudie den Schwangerschaftsverlauf von Frauen mit aktiver oder remittierter Anorexia nervosa anhand klinischer Interviews und standardisierten Fragebögen (EDE-Q). Die prospektive Datenerhebung, der Einsatz strukturierter diagnostischer Verfahren und die zeitnahe Erfassung essstörungsbezogener Symptome stärken die interne Validität. Einschränkungen ergeben sich aus der kleinen und selbstselektierten Stichprobe sowie einer möglichen Verzerrung durch Selbstbericht. Zudem ist die Übertragbarkeit begrenzt, da die Teilnehmerinnen überwiegend aus einem höheren sozioökonomischen Milieu stammen. Trotz dieser Limitationen erfüllt die Studie relevante Qualitätsmerkmale, weshalb sie im CASP-Verfahren als hochwertig eingestuft wird (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Inhaltlich zeigt die Studie, dass Frauen mit Anorexie die Schwangerschaft häufig als stark belastend erleben. Besonders die Gewichtszunahme, der Verlust körperlicher Kontrolle und frühe schwangerschaftsbedingte Veränderungen werden als Auslöser essstörungsbezogener Gedanken beschrieben. Gleichzeitig berichten Frauen, dass die Verantwortung für das ungeborene Kind temporär zu stabilerem Essverhalten beiträgt, was jedoch unterschiedlich erlebt wird.

Die bevölkerungsbasierte Registerstudie von Mantel et al. (2020) umfasst mehrere hunderttausend Geburten und analysiert die gesundheitlichen Schwangerschaftsverläufe von Frauen mit dokumentierter Anorexia nervosa. Die methodische Stärke liegt in der großen Stichprobe und der Nutzung nationaler Gesundheitsregister, wodurch die externe Validität und Generalisierbarkeit hoch sind. Die Zuverlässigkeit der Daten wird durch standardisierte ICD-Diagnosen gestützt, obwohl diese zugleich ein BIAS-Risiko implizieren: Nicht erfasste oder verdeckte Fälle bleiben unberücksichtigt und der Schweregrad der Erkrankung ist nicht differenzierbar. Auch weitere beeinflussende Variablen wie psychische

Faktoren oder Ernährung in der Schwangerschaft können nicht vollständig kontrolliert werden. Trotz dieser Einschränkungen erfüllt die Studie zentrale Anforderungen an robuste populationsbasierte Forschung, weshalb sie im CASP-Verfahren als hoch eingestuft wird (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Ergebnisbezogen zeigt die Studie, dass Anorexie mit einer deutlichen Häufung geburts-hilflicher Komplikationen einhergeht. Frauen mit Anorexie haben häufiger Hochrisiko-schwangerschaften, ein erhöhtes Präeklampsie-Risiko und signifikant mehr Frühgeburten. Zudem werden intrauterine Wachstumsrestriktionen häufiger diagnostiziert.

Die qualitative Untersuchung von Claydon et al. (2018) bietet Einblicke in das subjektive Erleben der schwangeren Frauen mit aktueller oder früherer Anorexia nervosa. Methodisch überzeugt die Studie durch ein klar begründetes Interpretatives-Phänomenologisches-Analyse-Design (IPA), sorgfältige Datenauswertung und transparente Reflexionsstrategien des Forschungsteams. Eine Limitation besteht in der geringen Stichprobengröße und der eingeschränkten Übertragbarkeit qualitativer Ergebnisse. Dennoch erfüllt die Studie zentrale Qualitätskriterien, sodass sie mithilfe der CASP-Checkliste als hochwertig bewertet werden kann (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Die Ergebnisse beschreiben die Schwangerschaft als eine Phase ausgeprägter psychischer Belastung. Besonders das erste Schwangerschaftstrimenon wird ambivalent erlebt: Körperliche Veränderungen sind bereits spürbar, aber für Außenstehende noch nicht sichtbar, was bei Frauen mit Anorexie zu Sorgen über Gewichtszunahme und Kontrollverlust führt. Gleichzeitig zeigt sich, dass einige Frauen den Wunsch empfinden, „für das Kind funktionieren“ zu wollen, was kurzfristig zu einer relativen Stabilisierung führen kann, jedoch ohne die wesentlichen essstörungsbezogenen Konflikte zu lösen.

Zusammenfassung: Schwangerschaftserleben

Die Studien zeigen alle ähnliche Ergebnisse in Bezug auf Belastungen und Besonderheiten im Schwangerschaftsverlauf bei Frauen mit Anorexia nervosa. Besonders hervorzuheben ist die ausgeprägte psychische und körperbezogene Vulnerabilität, die den Schwangerschaftsverlauf maßgeblich prägt. Die körperlichen Veränderungen, insbesondere die Gewichtszunahme, der Kontrollverlust und die veränderte Körperform, werden in mehreren Studien als zentrale Belastungsfaktoren beschrieben (Claydon et al., 2018; Machado et al., 2025; Sommerfeldt et al., 2024). Trotz der physiologischen Umstellungen während der Schwangerschaft zeigen sich bei vielen Frauen weiterhin essstörungsbezogene

Symptome, darunter restriktives Essverhalten, kompensatorische Maßnahmen und Sorgen um Gewicht und Körperform (Claydon et al., 2018; Sommerfeldt et al., 2024).

Neben diesen somatischen Risiken verdeutlichen die qualitativen Befunde eine erhebliche emotionale Ambivalenz. Viele Betroffene berichten gleichzeitig von Vorfreude auf das Kind und stark belastenden Gefühlen wie Angst, Scham oder Überforderung. Trotz dieser Belastungen zeigt sich in mehreren Studien eine bedeutsame Ressource: die wahrgenommene Verantwortung für das ungeborene Kind. Für einige Frauen wirkt diese Verantwortung vorübergehend stabilisierend auf das Essverhalten und unterstützt eine temporäre Abnahme essstörungstypischer Verhaltensweisen (Claydon et al., 2018; Machado et al., 2025).

3.3 Geburtsverlauf und neonatale Outcomes bei Frauen mit Anorexia nervosa

Der nachfolgende Abschnitt beleuchtet, welche geburtshilflichen und neonatalen Risiken bei Frauen mit Anorexia nervosa wissenschaftlich dokumentiert sind.

Watson et al. (2017) untersuchen in einer umfangreichen retrospektiven Kohortenstudie (Norwegian Mother and Child Cohort, MoBa) perinatale Risiken bei Frauen mit Anorexia nervosa anhand großer, bevölkerungsbasierter Registerdaten. Die Studie nutzt valide klinische Register zur Erfassung von Schwangerschaftskomplikationen, Geburtsverläufen und neonatalen Outcomes. Eingeschlossen waren über 70.000 Großmutter-Mutter-Kind-Triaden für Essstörungen in der Schwangerschaft und 52.000 Triaden für lebenslängliche Essstörungsdiagnosen. Essstörungen, darunter auch Anorexia nervosa, wurden anhand von DSM-5-Kriterien erhoben. Zur Auswertung kamen Poisson-Regressionen und Generalized Estimating Equations zum Einsatz, Mediationsanalysen erfolgten mithilfe des PROCESS-Macros (Bootstrap). Methodisch ist die Studie durch ihr prospektives Design, die große Stichprobe und die Möglichkeit der Verknüpfung mit nationalen Registern sehr stark. Dadurch lassen sich Zusammenhänge über drei Generationen hinweg untersuchen und familiäre Einflüsse statistisch berücksichtigen. Limitationen bestehen unter anderem in der niedrigen Teilnehmerquote, der retrospektiven Erfassung lebenslänglicher Essstörungen und konservativen Anorexie-Definition, wodurch eher schwere Verläufe erfasst werden. Auf Grundlage dieser Stärken und Einschränkungen wird die Studienqualität mit dem CASP-Verfahren als mittel eingestuft (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Die Studie zeigt, dass Frauen mit Anorexie ein erhöhtes Risiko für eine Reihe geburtshilflicher Komplikationen aufweisen. Besonders bedeutsam ist das erhöhte Frühgeburtsrisiko, das sowohl spontan als auch klinisch veranlasst bedingt sein kann. Darüber hinaus wird ein deutlich erhöhtes Risiko für fetale Wachstumsrestriktionen dokumentiert, was sich

in einem signifikant höheren Anteil an SGA-Neugeborenen (Small for Gestational Age) widerspiegelt. Neonatal zeigt sich unter anderem ein erhöhtes Risiko für respiratorische Probleme, Hypoglykämien und die Notwendigkeit einer Überwachung auf der neonatalen Intensivstation.

Zusammenfassung: Geburtsverlauf & neonatales Outcome

Die Studienlage zeigt ein konsistentes Muster deutlich erhöhter geburtshilflicher und neonataler Risiken bei Frauen mit Anorexia nervosa. Über verschiedene Studiendesigns und Datensätze hinweg wird ersichtlich, dass Anorexie bedeutsame Auswirkungen auf den Geburtsverlauf und die Gesundheit des Neugeborenen haben kann.

Geburtshilflich fällt vor allem das erhöhte Risiko für Frühgeburten auf, das in mehreren Studien bestätigt wird (Feferkorn et al., 2023; Mantel et al., 2020; Watson et al., 2017). Ebenso zeigt sich eine erhöhte Prävalenz fetaler Wachstumsrestriktionen sowie ein vermehrtes Auftreten von SGA Neugeborenen (Feferkorn et al., 2023; Watson et al., 2017). Mantel et al. (2020) berichten darüber hinaus eine erhöhte Wahrscheinlichkeit operativer Entbindungen, einschließlich Sectio caesarea (Kaiserschnitt). Auch auf neonatologischer Ebene lassen die Befunde ein klares Risikoprofil erkennen. Mehrere Studien dokumentieren eine erhöhte Häufigkeit eines niedrigen Geburtsgewichts sowie vermehrte neonatale Anpassungsstörungen, darunter Hypoglykämien und respiratorische Schwierigkeiten. Zudem zeigt sich bei Neugeborenen von Müttern mit Anorexie eine erhöhte Rate an Aufnahmen auf die neonatale Intensivstation (Baer et al., 2024; Feferkorn et al., 2023; Watson et al., 2017). Mantel et al. (2020) bestätigen außerdem eine allgemeine Zunahme neonataler Morbidität in dieser Gruppe.

Ergänzend zu diesen medizinischen Risiken verdeutlichen qualitative Befunde (Machado et al., 2025), dass psychologische Faktoren eine bedeutsame Rolle im Geburtskontext spielen. Frauen mit Anorexie berichten häufig von Ängsten vor körperlicher Überforderung während der Geburt sowie von der Sorge, dem Kind durch das eigene Essverhalten geschadet zu haben.

3.4 Postpartale Anpassung, Stillen/Ernährungsverhalten und Mutter-Kind-Beziehung bei Frauen mit Anorexia nervosa

Die postpartale Phase stellt für Frauen mit Anorexia nervosa eine besonders vulnerable Zeit dar, wie die nachfolgenden Studien zu Stillverhalten, Ernährungspraktiken und Mutter-Kind-Beziehung zeigen.

Im Rahmen der britischen NEST-p-Kohorte untersuchen Martini et al. (2019) in einer prospektiven, longitudinalen Beobachtungsstudie 137 schwangere Frauen mit aktueller oder zuvor bestehender Anorexia nervosa sowie eine gesunde Kontrollgruppe. Die Essstörungsdiagnosen wurden mittels SCID-I nach DSM-5 erhoben, während die postpartale Symptomatik über das EDE-Q erfasst wurde. Die Daten wurden zu vier Zeitpunkten erhoben: acht Wochen, sechs Monate, ein Jahr und zwei Jahre postpartal. Sie ermöglichen dadurch eine differenzierte Analyse von Stillverhalten, Fütterungspraktiken und modellhaftem Vorleben von Essverhalten. Das prospektive Design, die wiederholten Messzeitpunkte und die klinisch fundierte Diagnostik verleihen der Untersuchung eine starke interne Validität. Zudem wurden multivariable Regressionsmodelle eingesetzt, um potenzielle Störfaktoren zu kontrollieren. Limitationen ergeben sich aus der homogenen, überwiegend gut gebildeten und sozial privilegierten Stichprobe, die die externe Validität einschränkt. Die Nutzung reiner Selbstberichte erhöht zudem das Risiko sozial erwünschter Antworttendenzen. Insgesamt wird die Studie aufgrund robuster Struktur und sorgfältiger Durchführung im CASP-Verfahren als hochwertig bewertet (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen mit aktiver oder zuvor bestehender Anorexia nervosa sich hinsichtlich der Stillrate nicht von der gesunden Kontrollgruppe unterscheiden. Die Stillraten sind sogar teilweise leicht erhöht. Wesentliche Unterschiede befinden sich jedoch in den Einstellungen und Sorgen zur Säuglingsernährung. Mütter mit einer Anorexie-Geschichte berichten signifikant häufiger von Sorgen, dass ihr Kind zu viel essen oder übergewichtig werden könnte und äußern häufiger Schwierigkeiten die Hunger- und Sättigungssignale ihres Säuglings zu erkennen. Diese Muster lassen sich insbesondere bei Frauen mit remittierter Anorexie nachweisen. Es zeigt sich allerdings, dass objektive kindliche Gewichtsparameter im Normbereich liegen und sich nicht von der Kontrollgruppe unterscheiden.

In der qualitativen IPA-Studie untersuchen Leeming et al. (2024) das subjektive Erleben des Stillens bei sechs britischen Frauen mit aktueller oder kürzlich behandelter Essstörung. Die Autoren rekonstruieren ein zentrales Spannungsmuster, das sie als „incompatible worlds“ beschreiben. Frauen mit Anorexia nervosa befinden sich demnach in einem tiefen

Konflikt zwischen zwei Identitäten: einerseits der essstörungsgeprägten Identität, die auf Kontrolle, Gewichtsreduktion und Distanzierung vom eigenen Körper ausgerichtet ist, andererseits der Mutter-Identität, die eine körperliche Nähe und Ernährungsfunktion gegenüber dem Kind voraussetzt. Methodisch zeichnet sich die Studie durch ein sorgfältig umgesetztes IPA-Vorgehen aus, das mehrstufiges Codieren, Teamreflexion und die explizite Auseinandersetzung mit eigenen Vorannahmen umfasst. Die kleine, aber bewusst gewählte Stichprobe ermöglicht eine hohe inhaltliche Tiefe und Passung zur Forschungsfrage, begrenzt jedoch die Übertragbarkeit. Insgesamt erfüllt die Studie die CASP-Kriterien in hohem Maße und wird daher mit hoher Qualität eingestuft (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Die Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass Stillen für Frauen mit Anorexie zugleich belastend und heilsam sein kann. Viele Mütter beschreiben das Stillen als einen Moment, in dem sie den eigenen Körper erstmals als „fähig“ und „nützlich“ erleben. Gleichzeitig berichten Frauen von starken Ängsten zu versagen, das Kind nicht ausreichend zu ernähren oder durch ihr eigenes Essverhalten zu schädigen. Die Studie zeigt, dass Frauen professionelle Unterstützungsangebote als kritisch oder misstrauisch erleben. Zugleich wird beschrieben, dass Frauen mit Anorexie positive Erfahrungen machen, wenn Fachpersonen ihre Bedürfnisse ernst nehmen und ihnen ohne Wertung begegnen.

Taborelli et al. (2016) untersuchen in einer britischen qualitativen Interviewstudie die Erfahrungen von zwölf Frauen, die während der Schwangerschaft an einer Essstörung litten, darunter Anorexia nervosa. Die Autoren analysieren den perinatalen Verlauf in drei Phasen: frühe, mittlere und späte Schwangerschaft sowie im Wochenbett und identifizieren charakteristische Identitätsprozesse. Methodisch zeichnet sich die Studie durch eine klare zeitliche Strukturierung, sorgfältiges IPA-Coding und verschiedene Rekrutierungsquellen aus. Trotz der kleinen Stichprobe und der eher retrospektiven Berichterstattung erfüllt die Studie wesentliche Qualitätsanforderung und wird daher im CASP-Verfahren als hoch bewertet (CASP, o. J., siehe Tabelle 2).

Die Studie beschreibt, dass Frauen mit Anorexie die Schwangerschaft häufig als eine Art Schutzraum erleben. In dieser Phase rückt das Wohl des Kindes in den Vordergrund und essstörungstypische Verhaltensweisen können teilweise reduziert werden. Nach der Geburt entfällt dieser Schutzraum jedoch abrupt. Die Frauen beschreiben die postpartale Phase als besonders vulnerabel, da die „schwangere Identität“ schlagartig wegfällt und der Körper sich weder „schwanger“ noch „wieder schlank“ anfühlt. Viele berichten in dieser Zeit über deutliche Verschlechterung der Stimmung, erneute Gewichts- und Körpersorgen und ein erhöhtes Risiko für Rückfälle in der Essstörung.

Zusammenfassung: Postpartale Phase

Die Studien zeigen übereinstimmend, dass die frühe postpartale Phase für Frauen mit Anorexia nervosa mit erheblichen Herausforderungen verbunden ist. Mehrere Arbeiten zeigen eine ausgeprägte Rückfallneigung nach der Geburt. Es wird deutlich, dass körperliche Erschöpfung, Schlafmangel und der Wegfall der „Schutzfunktion Schwangerschaft“ häufig zu einer erneuten Aktivierung restriktiver oder kompensatorischer Verhaltensweisen führen (Machado et al., 2025). Auch Sommerfeldt et al. (2024) zeigen, dass sich bei Frauen mit Anorexie zwei unterschiedliche Entwicklungen abzeichnen: Während einige Frauen die Mutterschaft als entlastend erleben und berichten, dass die Sorge für das Kind essstörungstypische Gedanken zeitweise in den Hintergrund drängt, erleben andere eine deutliche Überforderung, verbunden mit Schuldgefühlen, depressiven Symptomen und einer Verschärfung der Essstörungssymptomatik.

Eine weitere Konstante über die Studien hinweg ist die ambivalente Bedeutung des Stillens. Einige Frauen beschreiben das Stillen als zusätzlichen Kontrollverlust, etwa in Bezug auf Brustveränderungen oder gesteigerten Hunger (Leeming et al., 2024; Machado et al., 2025). Andere hingegen berichten, dass sie ihren Körper erstmals als funktional und leistungsfähig erleben, indem er Nahrung für das Kind bereitstellen kann (Leeming et al., 2024; Martini et al., 2018). Weitere Studien weisen zudem auf spezifische Schwierigkeiten im Ernährungsverhalten hin. Martini et al. (2019) zeigen, dass Mütter mit aktueller oder früherer Anorexie häufiger Sorgen äußern, ihr Kind könne zu viel essen oder an Gewicht zunehmen und über Schwierigkeiten berichten, die Hunger- und Sättigungssignale ihres Säuglings sicher einzuschätzen. Taborelli et al. (2016) finden ebenfalls Hinweise auf einen stärker kontrollierenden Ernährungsstil sowie eine erhöhte Tendenz, Nahrungsmenge und Essverhalten regelhaft zu überwachen. Diese Muster werden in weiteren Arbeiten bestätigt (Machado et al., 2025; Martini et al., 2018).

Darüber hinaus lassen sich Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung erkennen. Taborelli et al. (2016) dokumentieren, dass Mütter mit Essstörungsvorgeschichte (einschließlich Anorexia nervosa) häufiger reduzierte Feinfühligkeit und mehr unterbrochene Interaktionsabläufe im Vergleich zu Kontrollgruppen zeigen. Diese Effekte treten besonders ausgeprägt auf, wenn zusätzlich depressive Symptome vorliegen. Martini et al. (2019) berichten ebenfalls, dass negative Körperwahrnehmung und essstörungsbezogene Symptomatik die intuitive Reaktion auf kindliche Signale beeinträchtigen können.

Schließlich betonen mehrere Studien die Bedeutung von Scham und Zurückhaltung im Kontakt mit dem Gesundheitswesen. Leeming et al. (2024) zeigen, dass viele Frauen aus Angst vor Bewertung oder Stigmatisierung ihre Anorexie nicht offen ansprechen und

professionelle Unterstützung daher nur begrenzt nutzen. Ähnliche Muster werden in anderen Studien beschrieben: Die Sorge als „ungeeignete Mutter“ angesehen zu werden, führt häufig dazu, dass Symptome verschwiegen oder verharmlost werden (Machado et al., 2025). Beide Studien berichten, dass Frauen häufig aufgrund fehlender spezifischer Kenntnisse der Fachpersonen zu Anorexie im Wochenbett Unsicherheiten im Kontakt mit dem Gesundheitssystem erleben.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es anhand der vorhandenen Evidenz darzustellen, welche Rolle Hebammen in der interprofessionellen Versorgung von Frauen mit Anorexia nervosa in der Anamnese einnehmen können und welche Beratungs- und Handlungsmöglichkeiten sich entlang des Betreuungsbogens ergeben. Die Ergebnisse der zehn inkludierten Studien zeigen ein konsistentes Muster: Anorexia nervosa wirkt sich in allen Phasen der reproduktiven Gesundheit, von der präkonzeptionellen Phase über Schwangerschaft und Geburt bis hin in das Wochenbett, deutlich auf körperliche, psychosoziale und bindungsbezogene Prozesse aus. Entsprechend ergeben sich wesentliche Ansatzpunkte für die Hebammenarbeit.

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Präkonzeptionelle Phase und Risikoprofil

Mehrere Studien zeigen, dass Frauen mit Anorexie bereits zu Beginn einer Schwangerschaft ein komplexes Risikoprofil aufweisen, das sich aus niedrigem präkonzeptionellem BMI, restriktiven Ernährungsverhalten, Komorbiditäten wie Depressionen und Angststörungen sowie erhöhten Raucherquoten zusammensetzt (Baer et al., 2024; Feferkorn et al., 2023). Für die Hebammenarbeit bedeutet dies, dass im Rahmen der präkonzeptionellen oder frühen Schwangerschaftsanamnese eine systematische Erhebung des Ernährungsverhaltens, der aktuellen Symptomatik und der gesundheitlichen sowie psychosozialen Risikofaktoren angezeigt ist.

Qualitative Studien liefern ergänzend Hinweise darauf, dass reproduktive Schwierigkeiten, etwa Amenorrhoe oder unregelmäßige Zyklen, sowie Scham und Angst vor Bewertung dazu beitragen können, dass Frauen mit Anorexie seltener eine aktive Kinderwunschberatung in Anspruch nehmen (Machado et al., 2025). Insgesamt zeigt sich ein Bild, das darauf hinweist, dass bereits der Eintritt in eine Schwangerschaft professionelle Unterstützung erfordert, um Risiken zu minimieren und Vertrauen zu fördern.

Schwangerschaftserleben

Ein zentrales Ergebnis der Studienlage ist die starke emotionale Belastung, die Frauen mit Anorexie im Zusammenhang mit den körperlichen Veränderungen der Schwangerschaft erleben. Gewichtszunahme, wachsende Körperrumfang und der Verlust des gewohnten Körperkontrollgefühls werden in mehreren qualitativen Analysen als intensive Trigger beschrieben (Claydon et al., 2018; Machado et al., 2025). Diese Belastungen passen mit

quantitativen Befunden zusammen, die zeigen, dass essstörungsbezogene Symptome wie Restriktion oder kompensatorisches Verhalten während der Schwangerschaft häufig persistieren oder sich verschärfen (Sommerfeldt et al., 2024). Hebammen können hier eine wesentliche Rolle einnehmen, indem sie Körperbildkonflikte erfassen, realistische und entlastende Informationen zu physiologischen Veränderungen vermitteln, sowie frühzeitig psychologische Unterstützung vermitteln.

Zudem zeigen qualitative Befunde, dass psychische Faktoren wie die Angst, dem Kind durch das eigene Essverhalten geschadet zu haben, für die Geburtsvorbereitung hoch relevant sind (Machado et al., 2025). Hebammen können diese Ängste adressieren und in der Geburtsvorbereitung einen emotional sicheren Rahmen schaffen, beispielsweise durch wertschätzende Gesprächsführung, das aktive Ansprechen essstörungsbezogener Sorgen sowie das Vermitteln realitätsnaher Informationen zu fetalen Risiken.

Besonders hervorzuheben sind die Berichte über die Angst vor Gewichtskontrollen während der Vorsorgetermine. Frauen schildern das Wiegen als beängstigend und teilweise retraumatisierend. Manche äußern den Wunsch nach „Blindwiegen“, andere vermeiden Termine aus Furcht vor Kommentaren oder Bewertungen von Fachpersonen (Claydon et al., 2018; Machado et al., 2025). Diese Ergebnisse sind für die Hebammenpraxis bedeutsam, da Gewichtskontrollen zwar medizinisch notwendig sind, jedoch eine hohe psychische Belastung darstellen können und daher besonders sensibel gestaltet werden müssen. Eine sensible Gestaltung kann beispielweise durch das Angebot eines Blindwiegens, das vorherige Erfragen individueller Bedürfnisse sowie eine neutrale, nicht wertende Kommunikation während des Wiegens unterstützt werden.

Geburt und neonatales Outcome

Mehrere große Registerstudien bestätigen ein deutlich erhöhtes Risiko für neonatale Komplikationen bei Frauen mit Anorexie. Insbesondere Frühgeburtlichkeit, fetale Wachstumsrestriktionen, niedriges Geburtsgewicht und eine vermehrte Notwendigkeit neonatologischer Intensivbehandlung treten signifikant häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung. Auf geburtshilflicher Ebene zeigt sich zudem eine erhöhte Prävalenz operativer Entbindungen und hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen (Baer et al., 2024; Feferkorn et al., 2023; Mantel et al., 2020; Watson et al., 2017).

Diese Daten unterstreichen den medizinischen Überwachungsbedarf und damit die Bedeutung einer gut koordinierten interprofessionellen Zusammenarbeit. Hebammen nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein, denn sie sind an der Schnittstelle zwischen

physiologischer Geburt und Risikobetreuung positioniert. Ihre Aufgabe besteht darin, Abweichungen von der Physiologie frühzeitig zu erkennen, die Pathologie klar abzugrenzen und bei Bedarf rechtzeitig weitere Fachpersonen einzubeziehen.

Postpartale Phase

Die Studienlage macht deutlich, dass das frühe Wochenbett für Frauen mit Anorexie ein besonders vulnerabler Zeitraum ist. Mehrere Arbeiten berichten über eine erhöhte Rückfallneigung in den Wochen nach der Geburt. Genannt werden körperliche Erschöpfung, Schlafmangel, Rückkehr der körperfokussierten Aufmerksamkeit sowie die Konfrontation mit neuen Anforderungen durch Stillen oder Körperkontakt (Leeming et al., 2024; Machado et al., 2025).

Das Stillen wird ambivalent beschrieben: Einige Frauen bewerten die Milchproduktion als positive, körperbestätigende Erfahrung (Martini et al., 2018), während andere das Stillen als Kontrollverlust, Körperbelastung oder erneuten Trigger wahrnehmen (Leeming et al., 2024; Machado et al., 2025). Dieser ambivalente Umgang erklärt, weshalb die Befunde zum Ernährungsverhalten gegenüber dem Kind teilweise widersprüchlich ausfallen.

Außerdem zeigen weitere Befunde spezifische Muster im Ernährungsverhalten durch vermehrte Sorgen über eine Gewichtszunahme des Kindes, Schwierigkeiten die Hunger- und Sättigungssignale zu verstehen oder einen kontrollierenden, ängstlichen Umgang mit der Säuglingsernährung (Martini et al., 2018). Ergänzend zeigten sich Frauen mit Anorexie mit geringerer Sensibilität in der Mutter-Kind-Beziehung, insbesondere bei zusätzlichen depressiven Symptomen (Taborelli et al., 2016).

Diese Ergebnisse sind für die Hebammenarbeit hochrelevant, da sie verdeutlichen, dass sowohl das Stillen als auch die frühe Säuglingsnahrung zentrale Ansatzpunkte für Beratung, Unterstützung und bedürfnisorientierte Begleitung darstellen. Hebammen sind oft die ersten Fachpersonen, die Probleme im Ernährungsverhalten beobachten und frühzeitig Hilfe bieten können.

Ein weiterer zentraler Querschnittsbefund aller qualitativen Studien ist das Vorhandensein von Scham und Schweigen. Viele Frauen vermieden es aus Angst vor Stigmatisierung und mangelnder Krankheitseinsicht, ihre Essstörung offen gegenüber Fachpersonen anzusprechen. Gleichzeitig berichten einige, dass fehlendes spezifisches Fachwissen über Essstörungen im Wochenbett zu Unsicherheiten, Missverständnissen und mangelnder Unterstützung führt (Leeming et al., 2024). Diese Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit die Kompetenz von Hebammen im Umgang mit Essstörungen im

Wochenbett strukturell zu stärken und die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Psychologen, Gynäkologen, Ernährungsberatung und sozialen Diensten weiter zu fördern.

4.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Die zuvor dargestellte Ergebnisdiskussion zeigt, dass Frauen mit Anorexia nervosa entlang des gesamten Betreuungsbogens spezifische medizinische und psychosoziale Vulnerabilitäten aufweisen. Aus diesen Befunden lässt sich die Forschungsfrage beantworten:

„Welche Rolle nehmen Hebammen in der interprofessionellen Betreuung von Frauen mit Anorexia nervosa in der Anamnese ein und welche Beratungs- und Handlungsmöglichkeiten ergeben sich entlang des Betreuungsbogens?“

Die Rolle der Hebamme in der Versorgung von Frauen mit Anorexie lässt sich auf Grundlage der vorliegenden Evidenz als mehrdimensional beschreiben. Sie umfasst präventive, koordinierende und psychosoziale Aufgaben, die sich entlang des gesamten Betreuungsbogens unterschiedlich ausprägen.

Frühes Erkennen und sensible Anamnese

Wie in der Diskussion der Ergebnisse gezeigt, sprechen viele Frauen ihre Anorexie aus Scham oder Angst vor Bewertung und der mangelnden Krankheitseinsicht nicht aktiv an (Leeming et al., 2024; Machado et al., 2025). Hier besteht eine zentrale Aufgabe der Hebamme darin einen Rahmen zu schaffen, der Offenheit ermöglicht. Die Befunde zur Belastung durch Gewichtskontrollen, Körperveränderungen und psychosozialen Stress (Machado et al., 2025; Sommerfeldt et al., 2024) verdeutlichen zudem, dass Hebammen die Anamnese und das Monitoring besonders behutsam gestalten müssen. Ein behutsames Monitoring umfasst dabei sowohl das Erfragen individueller Bedürfnisse als auch die offene, wertfreie Kommunikation. Die kontinuierliche Betreuung durch Hebammen bietet damit einen entscheidenden Zugang, um relevante Hinweise, wie auffällige Gewichtsentwicklungen, ausgeprägte Körpersorgen oder restriktives Verhalten, frühzeitig zu erkennen.

Koordination interprofessioneller Versorgung

Die Ergebnisdiskussion zeigt, dass die Risiken der Anorexie vielfältig sind: erhöhtes Frühgeburts-, Wachstumsrestriktions- und SGA-Risiko (Feferkorn et al., 2023; Mantel et al., 2020; Watson et al., 2017), gleichzeitig eine hohe psychische Belastung und Rückfallneigung (Machado et al., 2025; Sommerfeldt et al., 2024). Eine einzelne Berufsgruppe kann diese Risikokonstellation nicht auffangen. Hier übernehmen Hebammen, wie aus den Studien ableitbar, eine Knotenpunktfunktion zwischen Gynäkologie, Psychotherapie, Ernährungsberatung und Sozialdiensten. Insbesondere die medizinisch notwendigen Kontrollen während der Schwangerschaft (Gewicht, fetales Wachstum) verbinden sich mit psychosozialen Gesprächen und der Einschätzung von Belastungsfaktoren. Diese Dopplung medizinischer und emotionaler Ansprechbarkeit fällt, abgeleitet aus den Versorgungsstrukturen, häufig in die Berufsgruppe der Hebammen, die an beiden Bedarfsebenen ansetzen.

Prävention geburtshilflicher Risiken

Die empirischen Daten machen deutlich, dass Frauen mit Anorexie eine Reihe körperlicher Risiken aufweisen, die sich durch engmaschige Begleitung teilweise frühzeitig erkennen lassen. Die kontinuierliche Betreuung durch Hebammen ermöglicht das rechtzeitige Erfassen von Abweichungen im Wachstumsverlauf, der fetalen Versorgung oder dem Gesundheitszustand der Mutter. Die Risiken sind bereits im Ergebnisdiskurs ausführlich beschrieben. Für die Beantwortung der Frage ist entscheidend, dass Hebammen durch ihre Präsenz im Versorgungssystem diejenige Berufsgruppe sind, die Abweichungen häufig zuerst bemerkt und interprofessionell weiterleitet.

Rückfallprävention und Begleitung im Wochenbett

Die postpartale Phase stellt, wie diskutiert, einen besonders vulnerablen Zeitraum dar, geprägt durch körperliche Erschöpfung, Identitätsumbrüche und Kontrollverlustgefühle (Leeming et al., 2024; Machado et al., 2025; Sommerfeldt et al., 2024). Die Studien zeigen zudem spezifische Schwierigkeiten im Stillen und Ernährungsverhalten sowie in der Mutter-Kind-Bindung (Martini et al., 2018; Tadorelli et al., 2016). Aus diesen Ergebnissen ergibt sich, dass Hebammen im Wochenbett eine zentrale Rolle einnehmen, indem sie Rückfallrisiken früh erkennen, Stillen und Ernährungsverhalten wertfrei begleiten, Unsicherheiten und Schamgefühle auffangen und die intuitive Interaktion zwischen Mutter und Kind stärken, beispielsweise durch das gemeinsame Wahrnehmen und Benennen

kindlicher Signale oder das Bestärken gelingender Interaktionsmomente. Insbesondere der wiederholt beschriebene Zusammenhang zwischen Essstörungssymptomatik und eingeschränkter mütterlicher Sensibilität (Martini et al., 2018; Taborelli et al., 2016) verdeutlicht die Bedeutung der bindungsorientierten Hebammenarbeit.

Barrieren abbauen – Vertrauen ermöglichen

Die Diskussion der Ergebnisse zeigt eindrücklich, dass Frauen mit Anorexie häufig aufgrund von Scham oder fehlendem Vertrauen keine professionellen Hilfen ansprechen oder in Anspruch nehmen (Leeming et al., 2024; Machado et al., 2025). Hieraus ergibt sich ein entscheidendes Handlungsfeld der Hebamme: die Etablierung eines sicheren, nicht wertenden Gesprächsraums. Hebammen können aktiv nach Essverhalten, Körpersorgen und psychischen Belastungen fragen, ohne dabei den Eindruck einer wertenden oder problematisierenden Zuschreibung hervorzurufen.

Gesamtfazit zur Forschungsfrage

Die zusammengeführte Evidenz zeigt, dass Hebammen im Versorgungsprozess von Frauen mit anorektischer Vorgeschichte eine zentrale, unverzichtbare Rolle einnehmen. Sie ermöglichen die frühzeitige Erkennung von Risikofaktoren und auffälliger Verhaltensmuster, begleiten kontinuierlich durch belastende Phasen, koordinieren komplexe Versorgungsbedarfe und unterstützen Bindung und psychische Stabilität im Wochenbett. Durch ihre direkte, regelmäßige und oft vertrauensvolle Beziehung zur Frau tragen sie wesentlich dazu bei, Risiken zu reduzieren und gesundheitsförderliche Prozesse zu stärken.

4.3 Implikationen für Praxis, Ausbildung, gesundheitspolitische Rahmenbedingung und Forschung

Die Analyse zeigt, dass die Versorgung von Frauen mit Anorexia nervosa besondere Anforderungen stellt, die über die reguläre Schwangeren- und Wochenbettbetreuung hinausgehen. Für die Hebammenpraxis bedeutet dies vor allem, Situationen zu entschärfen, die nachweislich belastend oder rückfallfördernd sein können, insbesondere Gewichtskontrollen und Bewertungen des Körperzustands. Ein sensibler Umgang ist hier von hoher Relevanz und kann beispielsweise durch Blindwiegen, das Angebot die Waage selbst zu bedienen oder das vorherige Erfragen, ob und wie Gewichtswerte mitgeteilt werden sollen erfolgen. Auch eine neutrale, nicht wertende Kommunikation unterstützt ein

belastungsarmes Vorgehen. Ebenso wichtig ist eine systematische psychosoziale Anamnese, die das Essverhalten, die Körperwahrnehmung und frühere Erkrankungserfahrungen aktiv einbezieht, da viele Frauen diese Themen aus Scham und mangelnder Krankheitseinsicht nicht von sich aus ansprechen.

Im Wochenbett rückt die Rückfallprophylaxe in den Vordergrund. Die Studien verdeutlichen, dass die frühe postpartale Phase besonders vulnerabel ist, entsprechend sollten Hebammen gemeinsam mit den Frauen präventive Strategien und Krisenpläne entwickeln. Darüber hinaus weisen mehrere Befunde auf Schwierigkeiten bei der intuitiven Ernährung des Kindes und beim Erkennen kindlicher Signale hin, sodass die Förderung einer feinfühligten Mutter-Kind-Beziehung ein zentraler Interventionsbereich bleibt.

Diese Aufgaben können Hebammen nur im Rahmen einer engen interprofessionellen Zusammenarbeit wirksam erfüllen. Eine koordinierte Betreuung zwischen Hebammen, Psychotherapeuten, Ärzten, Ernährungsfachpersonen und sozialpädagogischen Diensten ist entscheidend, um sowohl medizinische als auch psychosoziale Risiken abzufangen. Die aus den Studienergebnissen abgeleiteten praxisrelevanten Maßnahmen wurden zusätzlich in Tabelle 3 entlang des Betreuungsbogens systematisch aufbereitet, um Hebammen eine klar gegliederte Orientierung für die Betreuung von Frauen mit Anorexie zu bieten.

Auf gesundheitspolitischer Ebene wird ein erheblicher struktureller Handlungsbedarf sichtbar. Aktuell fehlen verbindliche Leitlinien, die den Umgang mit Anorexia nervosa in Schwangerschaft und Wochenbett systematisch regeln. Die Ergebnisse der vorliegenden Studien sprechen dafür, evidenzbasierte Empfehlungen zu entwickeln, die diagnostische Verfahren, Risikoeinschätzung, interprofessionelle Abstimmung sowie psychosoziale Unterstützungsstrukturen verbindlich festlegen. Parallel dazu müssen sektorenübergreifende Versorgungswege gestärkt werden, damit Hebammen, Gynäkologen, Psychotherapeuten und Ernährungsfachkräfte verlässlich, zeitnah und koordiniert zusammenarbeiten können. Besonders für die Wochenbettphase zeigt sich ein deutlicher Bedarf an niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten, da viele betroffene Frauen aufgrund von Scham, Angst vor Bewertung oder fehlendem Wissen ihre Ansprüche auf professionelle Hilfe nicht aktiv einfordern.

Auch der Forschungsbedarf ist weiterhin erheblich. Zwar liefern bestehende Studien wichtige Hinweise auf Risiken und Versorgungsbedarfe, doch bleiben Anorexie spezifische Verläufe häufig unzureichend differenziert. Prospektive Studien, die zwischen aktiver und remittierter Anorexie unterscheiden und Entwicklungen über den gesamten perinatalen Zeitraum hinweg erfassen, wären für die klinische Entscheidungsfindung von hohem Nutzen. Darüber hinaus existieren kaum Untersuchungen zur Wirksamkeit hebammen-

geleiteter Interventionen, wie im Bereich der Rückfallprävention, der Stillbegleitung oder der Förderung früher Bindungsprozesse. Ebenso besteht Forschungsbedarf hinsichtlich der langfristigen kindlichen Entwicklung, einschließlich Essverhalten, emotionaler Bindungsqualität und psychischer Gesundheit.

Insgesamt wird deutlich, dass gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, Ausbildung und Forschung wesentliche Voraussetzungen schaffen müssen, um die Versorgung von Frauen mit Anorexia nervosa entlang des gesamten Betreuungsbogens zu verbessern. Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse können hierzu einen zentralen Impuls geben, indem sie sowohl bestehende Versorgungsdefizite als auch konkrete Ansatzpunkte für zukünftige Entwicklungen aufzeigen.

Tabelle 3: Hebammenbetreuung von Frauen mit Anorexia nervosa – Handlungsempfehlungen entlang des Betreuungsbogens (eigene Darstellung)

Schwangerschaft	Ziel
Sensible, nicht wertende Anamnese inklusive Essverhalten, Körperbild, frühere Essstörungen	Früherkennung von Anorexie + Reduktion geburtshilflicher Risiken
Adaptierte Gewichtskontrollen (zum Beispiel Blindwiegen, Angebot die Waage selbst zu bedienen)	
Engmaschiges Monitoring von Gewicht, fetalem Wachstum und psychosozialer Belastung → frühzeitiges Erkennen von Risiken	
Aktivierung interprofessioneller Unterstützung (unter anderem Psychotherapie, Ernährungsberatung, Gynäkologie)	
Schamreduzierende Kommunikation, Aufklärung über physiologische Körperveränderungen und transparente Aufklärung über Risiken	
Geburtsvorbereitung & Geburt	Ziel
Gespräch über geburtsspezifische Ängste (Kontrollverlust, körperliche Belastung)	Sicherheit und Selbstwirksamkeit stärken
Realistische, ressourcenorientierte Geburtsplanung, Aufklärung über Frühgeburtswahrscheinlichkeit	
Weitergabe relevanter Informationen zu Anorexie-Risiken an das geburtshilfliche Team (mit Zustimmung)	
Frühes Wochenbett	Ziel
Rückfallprävention und individueller Krisenplan (Erkennen von Triggern, Warnzeichen)	Rückfälle vermeiden + frühe Mutter-Kind-Beziehung stabilisieren
Beobachtung von Überforderung, depressiven Symptomen und restriktivem Verhalten	
Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung (sensitivitätsfördernde Anleitung)	
Entlastende Gespräche über Körperwahrnehmung und Anpassungsprozessen (Erläuterung der physiologischen Rückbildung)	

Stillzeit	Ziel
Ambivalenz erkennen (Kontrollverlust versus funktionales Körpererleben)	Entlastung und Selbstvertrauen stärken
Wertfreie Stillberatung (ohne Druck), Begleitung bei Problemen	
Hilfe beim Erkennen von Hunger- und Sättigungssignalen des Kindes	
Ernährungsverhalten & frühe Mutterschaft	Ziel
Psychoedukation zu kindlicher Selbstregulation	gesunde Nahrungsbeziehung fördern
Förderung eines responsiven, nicht kontrollierenden Fütterungsstils	
Interprofessionelles Arbeiten	Ziel
Kontinuierliche Abstimmung mit Gynäkologie, Psychotherapie, Ernährungsberatung und Kinderärzten	lückenlose, koordinierte Versorgung
Niedrigschwellige Weitervermittlung an spezialisierte Angebote	

4.4 Diskussion der Methode

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf eine strukturierte Literaturrecherche sowie die vertiefte Analyse von zehn Studien, die quantitativ und qualitative Forschungsansätze einschließen. Dieses methodische Vorgehen weist mehrere zentrale Stärken auf. Durch die Einbeziehung sowohl quantitativer als auch qualitativer Studien kann ein breites und differenziertes Bild der Situation von Frauen mit Anorexie im perinatalen Zeitraum aufgezeigt werden. Während die quantitativen Arbeiten, insbesondere große bevölkerungsbasierte Registerstudien (Baer et al., 2024; Feferkorn et al., 2023; Mantel et al., 2020), robuste epidemiologische und medizinische Evidenz liefern, ermöglichen qualitative Studien, wie die von Leeming et al. (2024), Machado et al. (2025) und Claydon et al. (2018), einen tiefen Einblick in subjektive Erfahrungen, Wahrnehmungen und Belastungen der betroffenen Frauen. Die methodische Qualität vieler eingeschlossener Studien wird anhand der CASP-Checklisten als hoch bewertet, was die Aussagekraft der Befunde weiter stützt.

Trotz dieser Stärken weist die Methode auch relevante Limitationen auf. Wie bei jeder Literaturarbeit besteht das Risiko, dass trotz systematischer Suchstrategie nicht alle relevanten Veröffentlichungen identifiziert werden. Die unterschiedlichen Merkmale der eingeschlossenen Studien, hinsichtlich Studiendesign, Erhebungsinstrumenten, diagnostischer Kriterien oder Stichprobenzusammensetzung, erschwert eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Besonders die häufige Nutzung von ICD-Codes in Registerstudien birgt das Risiko einer Unter- oder Fehldiagnose, da mildere oder nicht dokumentierte Formen der Anorexie möglicherweise nicht erfasst werden. Zudem sind die Fallzahlen für Anorexia nervosa in mehreren Untersuchungen gering, sodass die Genauigkeit der Schätzwerte eingeschränkt ist und sich teilweise größere Unsicherheitsbereiche zeigen.

Auch die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist nicht uneingeschränkt möglich. Einige Studien basieren auf homogenen, häufig sozial privilegierten Stichproben, was die Übertragbarkeit auf die Gesamtbevölkerung limitieren kann. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Arbeit keine eigenen empirischen Daten erhebt und damit vollständig auf den bestehenden Forschungsstand angewiesen ist. Dies bedeutet, dass vorhandene Forschungslücken, beispielsweise die Wirksamkeit hebammengeleiteter Interventionen oder die langfristigen Entwicklungsverläufe der Kinder, innerhalb dieser Arbeit nicht geschlossen werden können.

Insgesamt bietet die gewählte Methode dennoch eine tragfähige Grundlage, um die Forschungsfrage zu beantworten und praxisrelevante Schlussfolgerungen abzuleiten, auch wenn die genannten Einschränkungen bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

5 Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit untersucht, welche Rolle Hebammen in der interprofessionellen Betreuung von Frauen mit Anorexia nervosa in der Anamnese einnehmen und welche Beratungs- und Handlungsmöglichkeiten sich entlang des Betreuungsbogens ergeben. Die systematische Analyse von zehn qualitativ und quantitativ hochwertigen Studien zeigt, dass Anorexie nicht nur den gesundheitlichen Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett maßgeblich beeinflusst, sondern auch tiefgreifende Implikationen für das professionelle Handeln von Hebammen besitzt. Die folgenden Schlussfolgerungen fassen die wesentlichen Erkenntnisse zusammen, leiten daraus praxisrelevante Implikationen ab und zeigen Perspektiven für professionelle Versorgung und Forschung auf.

Anorexia nervosa als komplexer, reproduktiver Risikofaktor

Die Auswertung der Studien verdeutlicht, dass Anorexia nervosa weitreichende Auswirkungen auf den reproduktiven Verlauf hat, beginnend bei der Fertilität über den Schwangerschaftsverlauf bis hin zur frühen Mutter-Kind-Beziehung. Ein niedriger präkonzeptioneller BMI, Zyklusstörungen und anhaltend restriktives Essverhalten stellen bedeutsame Risikofaktoren dar, die bereits vor der Schwangerschaft relevant werden (Baer et al., 2024; Machado et al., 2025). Das Gesamtbild wird von psychischen Begleiterkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und Substanzkonsum wesentlich mitgeprägt (Feferkorn et al., 2023).

Diese Vorbelastungen wirken sich direkt auf den Verlauf der Schwangerschaft aus: Frauen mit Anorexie zeigen häufiger unzureichende Gewichtszunahmen, haben ein höheres Risiko für Präeklampsie, Frühgeburten, Wachstumsrestriktionen des Fetus und operative Entbindungen (Mantel et al., 2020; Watson et al., 2017). Diese Evidenz verdeutlicht, dass Anorexie nicht nur eine psychische Erkrankung ist, sondern ein physischer sowie psychosozial wirkender Risikofaktor, der im reproduktiven Kontext eine besondere Aufmerksamkeit erfordert. Hebammen nehmen dabei eine wichtige Rolle in der frühzeitigen Risikerkennung ein.

Schwangerschaft und frühe Elternschaft als ambivalente Entwicklungsphasen

Die Schwangerschaft stellt für viele Frauen mit Anorexie eine emotionale hoch ambivalente Phase dar. Einerseits kann das Bewusstsein, Verantwortung für das ungeborene Kind zu tragen, vorübergehend stabilisierend wirken, andererseits empfinden sie den Verlust der Körperkontrolle und die Gewichtszunahme als stark belastend (Claydon et al., 2018;

Sommerfeldt et al., 2024). Solche Veränderungen können essstörungstypische Gedanken reaktivieren und emotionale Belastung verstärken. Diese geteilte Wahrnehmung verdeutlicht, dass Schwangerschaft sowohl ein Risiko- als auch ein Schutzfaktor sein kann.

Die ambivalente Dynamik setzt sich im Wochenbett fort: Die postpartale Phase wurde in mehreren Studien als besonders vulnerabel identifiziert, da der „Schutzraum Schwangerschaft“ entfällt und der Körper erneut stärker ins Zentrum der Selbstwahrnehmung rückt (Machado et al., 2025; Taborelli et al., 2016). Dieser Verlust kann bei Frauen mit Anorexie erneute essstörungsbezogene Symptomatik begünstigen und zu einem Rückfall führen.

Besonders das Stillen nimmt eine doppelte Bedeutung ein. Während einige Frauen Stillen als Kontrollverlust erleben, berichten andere, dass sie ihren Körper erstmals als funktional und nützlich wahrnehmen (Leeming et al., 2024; Martini et al., 2018). Schwierigkeiten in der intuitiven Säuglingsernährung, eine erhöhte Sorge um das kindliche Essverhalten und eine Tendenz zu kontrollierendem Ernährungsstil wirken sich zudem auf die frühe Mutter-Kind-Beziehung aus. Studien zeigen, dass Mütter mit Anorexie häufiger reduzierte Feinfühligkeit und unterbrochene Interaktionsabläufe aufweisen, vor allem in Kombination mit depressiven Symptomen (Martini et al., 2018; Taborelli et al., 2016). Für die Hebammenarbeit ist dieser Befund besonders relevant, da frühe Bindungs- und Interaktionsprozesse eine zentrale Rolle für die kindliche Entwicklung spielen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine feinfühlige, unterstützende Begleitung durch Hebammen potenziell dazu beitragen kann, die Mutter-Kind-Bindung zu stabilisieren.

Die Rolle der Hebamme im interprofessionellen Betreuungskontext

Die Analyse der Ergebnisse macht deutlich, dass Hebammen eine Schlüsselrolle in der Betreuung von Frauen mit Anorexia nervosa einnehmen. Hebammen sind oft die ersten Fachpersonen, die Symptome wahrnehmen oder durch die Anamnese Hinweise auf eine bestehende oder frühere Essstörung erhalten. Sie begleiten Frauen kontinuierlich entlang des Betreuungsbogens und haben dadurch wiederkehrende Möglichkeiten der Beobachtung, Beratung und Motivation.

Besonders hervorzuheben ist die Bedeutung der sensiblen Anamneseerhebung. Studien zeigen, dass viele Frauen ihre Essstörung aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht und Scham oder Angst vor Stigmatisierung nicht aktiv offenlegen (Leeming et al., 2024; Machado et al., 2025). Diese Zurückhaltung beeinflusst die Versorgungsqualität erheblich und zeigt, dass die Art und Weise, wie Fachpersonen kommunizieren entscheidend dafür ist, ob Vertrauen aufgebaut wird. Hebammen, die wertfrei, ressourcenorientiert und sensibel

kommunizieren, können daher Barrieren abbauen und eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen, die die Grundlage für weiterführende Unterstützungsangebote bildet.

Ein weiterer zentrale Befund betrifft den Umgang mit Gewichtskontrollen. Mehrere Studien berichten, dass körperbezogene Untersuchungen von Frauen mit Anorexia nervosa als belastend erlebt werden und teilweise Angst vor der Geburt oder vor der Vorsorge verstärken (Claydon et al., 2018). Hebammen können durch Methoden wie Blindwiegen, transparente, wertfreie Kommunikation und partizipative Entscheidungsfindung die Belastung reduzieren und gleichzeitig die notwendige klinische Überwachung sicherstellen.

Auch im Wochenbett eröffnen sich wichtige Handlungsfelder: Rückfallpräventionsgespräche, Anleitung zum bedürfnisorientierten Füttern, frühzeitige Erkennung von depressiver Symptomatik und Förderung der Mutter-Kind-Beziehung gehören zu den zentralen Aufgaben. Viele der analysierten Studien zeigen, dass Hebammen in dieser Phase entscheidende Impulse geben können, um die Stabilisierung des gesundheitlichen und psychischen Wohlbefindens der Frauen zu unterstützen und Risiken für Mutter und Kind zu reduzieren.

Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die Notwendigkeit einer engmaschigen interprofessionellen Zusammenarbeit bildet einen der zentralen Querschnittsbefunde der vorliegenden Analyse. Frauen mit Anorexia nervosa benötigen häufig eine parallele Betreuung durch Gynäkologie, Psychotherapie, Ernährungsmedizin und Sozialdiensten. Hebammen nehmen dabei eine koordinierende Rolle ein und fungieren als verbindendes Element, das Kontinuität und Orientierung innerhalb des Versorgungssystems gewährleistet. Diese Rolle ist essenziell, um physische und psychische Risiken gleichzeitig im Blick zu behalten.

Die Studien zeigen, dass physische Risiken wie Wachstumsrestriktionen und Frühgeburten nicht isoliert betrachtet werden können, sondern eng mit psychischen Belastungen und ernährungsbezogenen Verhaltensmustern verknüpft sind (Baer et al., 2024; Mantel et al., 2020). Hebammen tragen maßgeblich dazu bei, diese Zusammenhänge zu erkennen und notwendige Unterstützung frühzeitig einzurichten. Dies gilt insbesondere für Frauen, die aus Scham oder Angst professionelle Hilfe nur eingeschränkt annehmen, Symptome verharmlosen oder aus mangelnder Krankheitseinsicht den Unterstützungsbedarf nicht sehen (Leeming et al., 2024).

Schlussfolgerungen für die Versorgungspraxis

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass eine hochwertige Versorgung von Frauen mit Anorexia nervosa nur gelingen kann, wenn sie gleichzeitig sensibel, kontinuierlich und interprofessionell gestaltet wird. Die zentrale Aufgabe der Hebamme besteht darin, frühzeitig Risiken zu erkennen, Belastungen anzusprechen, Unterstützung anzubieten und geeignete professionelle Kontakte zu vermitteln. Die Ergebnisse verdeutlichen außerdem, dass nicht allein medizinische Risikofaktoren, sondern vor allem psychologische und beziehungsbezogene Aspekte die Versorgung beeinflussen. Schwangerschaft kann für Frauen mit Anorexie eine Phase der Stabilisierung sein, aber ebenso eine Phase des Rückfalls oder der Verschlechterung der Symptomatik. Hebammen benötigen daher Fachwissen zu Essstörungen, Kompetenzen in scham- und traumasensibler Kommunikation und Sicherheit im Umgang mit ambivalentem Ess- und Körperleben.

Übergreifende Schlüsselaussagen

Die Ergebnisse lassen sich in drei zentrale Kernaussagen bündeln:

1. Anorexia nervosa beeinflusst den gesamten perinatalen Verlauf – von der Fertilität über Schwangerschaft und Geburt bis in das frühe Wochenbett (Claydon et al., 2018; Feferkorn et al., 2023; Watson et al., 2017).
2. Hebammen übernehmen eine Schlüsselrolle als Risikoerkennende, Stabilisierende und Vermittelnde, insbesondere in Bezug auf sensible Anamnese, Rückfallprävention und Mutter-Kind-Bindung.
3. Eine fachlich fundierte, schamsensible und interprofessionell eingebettete Betreuung ist entscheidend, um die Versorgungslage von Frauen mit Anorexie nachhaltig zu verbessern.

Ausblick

Die vorliegende Arbeit zeigt deutlich, dass weitere Forschung notwendig ist, um Anorexie-spezifische Verläufe differenzierter zu verstehen und hebammengeleitete Interventionen auf ihre Wirksamkeit zu prüfen. Insbesondere die Frage, wie sich eine kontinuierliche, sensibel gestaltete Hebammenbetreuung langfristig auf mütterliche Stabilität, Bindungsentwicklung und kindliche Gesundheit auswirkt, bleibt weitgehend unbeantwortet und stellt ein bedeutendes Forschungsfeld dar.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF]. (2018). *S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (AWMF-Registernummer 051-026)*. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-026>
- Baer, R. J., Bandoli, G., Jelliffe-Pawlowski, L. L., Rhee, K. E., & Chambers, C. D. (2024). Adverse live-born pregnancy outcomes among pregnant people with anorexia nervosa. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 231(2), 248.e1-248.e14. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.11.1242>
- Boutari, C., Pappas, P. D., Mintziori, G., Nigdelis, M. P., Athanasiadis, L., Goulis, D. G., & Mantzoros, C. S. (2020). The effect of underweight on female and male reproduction. *Metabolism*, 107, 154229. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2020.154229>
- CASP. (o. J.). CASP - Critical Appraisal Skills Programme. Abgerufen 3. Dezember 2025, von <https://casp-uk.net>
- Cass, K., McGuire, C., Bjork, I., Sobotka, N., Walsh, K., & Mehler, P. S. (2020). Medical Complications of Anorexia Nervosa. *Psychosomatics*, 61(6), 625–631. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2020.06.020>
- Claydon, E. A., Davidov, D. M., Zullig, K. J., Lilly, C. L., Cottrell, L., & Zerwas, S. C. (2018). Waking up every day in a body that is not yours: A qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 463. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2105-6>
- Cochrane Deutschland Stiftung, Institut für Evidenz in der Medizin, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik, Freiburg, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - Institut für Medizinisches Wissensmanagement, & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2020). *Manual systematische Recherche für Evidenzsynthesen und Leitlinien* (2.1). Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. <https://freidok.uni-freiburg.de/data/174468>
- Feferkorn, I., Badeghiesh, A., Baghlaf, H., & Dahan, M. H. (2023). Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa: A population-based study and analysis of a matched cohort. *Reproductive BioMedicine Online*, 46(3), 588–596. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2022.12.006>

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2023). *Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinie – Mu-RL)* (No. veröffentlicht im BAnz AT 14.12.2023 B6). Gemeinsamer Bundesausschuss. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3335/Mu-RL_2023-09-28_iK-2023-12-19.pdf
- Gesundheit (BIÖG), B. für Ö. (o. J.). *Magersucht—Eine Essstörung*. BZgA Essstörungen. Abgerufen 22. Oktober 2025, von <https://essstoerungen.bioeg.de/was-sind-essstoerungen/arten/magersucht/>
- GKV-Spitzenverband. (2025). *Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V*. GKV-Spitzenverband. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/25-04-02_Hebammenhilfevertrag.pdf
- Harrison, M. E., Obeid, N., Haslett, K., McLean, N., & Clarkin, C. (2019). Embodied Motherhood: Exploring Body Image in Pregnant and Parenting Youth. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2018.08.007>
- Hebammengesetz (HebG), Pub. L. No. BGBl. I 2020 Nr. 11, 2020 BGBl. I (2019). https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/HebG.pdf
- Herpertz-Dahlmann, B., Dempfle, A., & Eckardt, S. (2022). The youngest are hit hardest: The influence of the COVID-19 pandemic on the hospitalization rate for children, adolescents, and young adults with anorexia nervosa in a large German representative sample. *European Psychiatry*, 65(1), e84. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2345>
- Janas-Kozik, M., Żmijowska, A., Zasada, I., Jelonek, I., Cichoń, L., Siwiec, A., & Wilczyński, K. M. (2021). Systematic Review of Literature on Eating Disorders During Pregnancy—Risk and Consequences for Mother and Child. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 777529. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.777529>
- Leeming, D., Barnsley-Bridger, S., Shabir, R., Hinsliff, S., & Marshall, J. (2024). Infant feeding for women with an eating disorder: An interpretative phenomenological analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 21(1), e13710. <https://doi.org/10.1111/mcn.13710>
- Machado, B. C., Gonçalves, S., Duarte, S., Brandão, I., Roma-Torres, A., & Soares, F. (2025). Pregnancy and Pregnancy Outcomes in Women with Eating Disorders: A Four-Year Longitudinal Study with Case Series. *Pediatric Reports*, 17(6), 114. <https://doi.org/10.3390/pediatric17060114>

- Mantel, Ä., Hirschberg, A. L., & Stephansson, O. (2020). Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 285–293. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3664>
- Martínez-Olcina, M., Rubio-Arias, J. A., Reche-García, C., Leyva-Vela, B., Hernández-García, M., Hernández-Morante, J. J., & Martínez-Rodríguez, A. (2020). Eating Disorders in Pregnant and Breastfeeding Women: A Systematic Review. *Medicina*, 56(7), 352. <https://doi.org/10.3390/medicina56070352>
- Martini, M. G., Taborelli, E., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2018). Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study. *European Eating Disorders Review*, 27(2), 137–146. <https://doi.org/10.1002/erv.2626>
- PRISMA 2020 flow diagram*. (2020). PRISMA Statement. <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>
- PRISMA statement*. (o. J.). PRISMA Statement. Abgerufen 20. November 2025, von <https://www.prisma-statement.org>
- Reeves, K., & Piccinini-Vallis, H. (2025). Examining the Relationship Between Eating Disorders and Gestational Weight Gain: A Systematic Review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 47(9), 102964. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2025.102964>
- Schwager, M., & Brendel, K. (2020). Theoretische Fundierung der Hebammenarbeit. In *Hebammenkunde* (6.Auflage, S. 83–94). Georg Thieme Verlag KG. DOI 10.1055/b-006-163368
- Sommerfeldt, B., Skårderud, F., Kvaalem, I. L., Gulliksen, K., & Holte, A. (2024). Trajectories of severe eating disorders through pregnancy and early motherhood. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1323779>
- Taborelli, E., Easter, A., Keefe, R., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2016). Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 89(3), 308–323. <https://doi.org/10.1111/papt.12076>
- Wallner, K. (2020). Ernährung in der Schwangerschaft. In *Hebammenkunde* (6.Auflage, S. 326–343). Georg Thieme Verlag KG. DOI 10.1055/b-006-163368
- Watson, H. J., Zerwas, S., Torgersen, L., Gustavson, K., Diemer, E. W., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., & Bulik, C. M. (2017). Maternal Eating Disorders and Perinatal Outcomes: A Three-Generation Study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Journal of abnormal psychology*, 126(5), 552–564. <https://doi.org/10.1037/abn0000241>

IV. Anhang

Anhang 1: CASP-Checkliste – Kohortenstudie	49
Anhang 2: CASP-Checkliste - qualitative Studie.....	56
Anhang 3: Qualitätseinstufung mit CASP - Kohortenstudien	63
Anhang 4: Qualitätseinstufung mit CASP - qualitative Studien	64
Anhang 5: Eidesstaatliche Erklärung	66

Anhang 1: CASP-Checkliste – Kohortenstudie

Studie: Maternal Eating Disorders and Perinatal Outcomes: A Three-Generation-Study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study, Watson et al. (2017)

Section A: Are the results valid?	
1. Did the study address a clearly focused issue? <i>Consider:</i> <i>A question can be 'focused' in terms of</i> <i>the population studied</i> <i>the risk factors studied</i> <i>is it clear whether the study tried to detect a beneficial or harmful effect</i> <i>the outcomes considered</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Studie untersucht klar definierte Expositionen (verschiedene Essstörungen) und Outcomes (zum Beispiel Frühgeburt, SGA, Geburtsgewicht). Die Population (Frauen der MoBa-Kohorte) ist genau beschrieben.
2. Was the cohort recruited in an acceptable way? <i>Consider:</i> <i>Look for selection bias which might compromise the generalisability of the findings:</i> <i>was the cohort representative of a defined population</i> <i>was there something special about the cohort</i> <i>was everybody included who should have been</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Watson et al. nutzten die <i>Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa)</i>, eine große, bevölkerungsbasierte Kohorte. Die Rekrutierung erfolgte systematisch über das nationale Gesundheitssystem; Selektionsbias ist möglich, aber gering.

3. Was the exposure accurately measured to minimise bias? <i>Consider:</i> <i>Look for measurement or classification bias:</i> • <i>did they use subjective or objective measurements</i> • <i>do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)</i> • <i>were all the subjects classified into exposure groups using the same procedure</i>	☐ Yes ☐ No ☒ Can't Tell Die Messung der Essstörung erfolgte über Selbstberichte in Fragebögen, nicht anhand von klinischen Interviews. Dies kann zu Unter- oder Fehlklassifikation führen (milde oder verdeckte Fälle). Die Kategorien werden aber klar definiert und konsistent angewendet. Messbias möglich.
4. Was the outcome accurately measured to minimise bias? <i>Consider:</i> <i>Look for measurement or classification bias:</i> • <i>did they use subjective or objective measurements</i> • <i>do the measurements truly reflect what you want them to (have they been validated)</i> • <i>has a reliable system been established for detecting all the cases (for measuring disease occurrence)</i> • <i>were the measurement methods similar in the different groups</i> • <i>were the subjects and/or the outcome assessor blinded to exposure (does this matter)</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Geburts- und Neonataldaten stammen aus dem Medical Birth Registry of Norway, einer standardisierten nationalen Datenbank. Die Outcome-Erhebung ist objektiv, valide und unabhängig von der Exposition. Geringes Risiko für Messbias.

5. (a) Have the authors identified all important confounding factors? <i>Consider:</i> <i>list the ones you think might be important, and ones the author missed</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Es werden typische Confounder benannt, unter anderem das mütterliche Alter, die Parität, das Rauchen, sozioökonomische Faktoren und psychische Komorbiditäten. Die wichtigsten Einflussfaktoren wurden erkannt.
b) Have they taken account of the confounding factors in the design and/or analysis? <i>Consider:</i> <i>look for restriction in design, and techniques e.g. modelling, stratified-, regression-, or sensitivity analysis to correct, control or adjust for confounding factors</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Analyse nutzt multivariable logistische Regression, eingeordnet nach Essstörungen. Die statistische Kontrolle ist solide. Restrisiko bleibt, da nur Selbstberichte vorliegen.
6. a) Was the follow up of subjects complete enough? <i>Consider:</i> <i>the persons that are lost to follow-up may have different outcomes than those available for assessment</i> <i>in an open or dynamic cohort, was there anything special about the outcome of the people leaving, or the exposure of the people entering the cohort</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Da Registerdaten genutzt werden, ist Verlust zu Follow-up minimal. Outcomes werden für nahezu alle Geburten erfasst.

b) Was the follow up of subjects long enough? Consider: the good or bad effects should have had long enough to reveal themselves	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Perinatale Outcomes treten unmittelbar um die Geburt auf; der Zeitraum ist ausreichend.
Section B: What are the results?	
7. What are the results of this study? Consider: - what are the bottom line results - have they reported the rate or the proportion between the exposed/unexposed, the ratio/rate difference - how strong is the association between exposure and outcome (RR) - what is the absolute risk reduction (ARR)	☐ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Frauen haben ein erhöhtes Risiko für: SGA-Neugeborene, niedriges Geburtsgewicht, Frühgeburt, Aufnahme auf die Intensivstation. Effekte werden als Odds Ratio CIs angegeben. Ergebnisse klar und nachvollziehbar dargestellt.
8. How precise are the results? Consider: look for the range of the confidence intervals, if given	☐ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Mittel. Die Konfidenzintervalle sind teilweise breit, vor allem in den Anorexia nervosa-Subgruppen. Ursache: geringe Fallzahlen, trotz großer Gesamtkohorte. Präzision eingeschränkt, aber nicht unbrauchbar.

9. Do you believe the results? Consider: • <i>big effect is hard to ignore</i> • <i>can it be due to bias, chance or confounding</i> • <i>are the design and methods of this study sufficiently flawed to make the results unreliable</i> • <i>Bradford Hills criteria (e.g. time sequence, dose-response gradient, biological plausibility, consistency)</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Konsistenz mit früheren Studien; biologische Plausibilität (niedriger BMI, Restriktion, Komorbidität). Kein Hinweis auf schwere Bias-Probleme. Ergebnisse insgesamt vertrauenswürdig.
Section C: Will the results help locally?	
10. Can the results be applied to the local population? Consider: • <i>Is a cohort study the appropriate method to answer this question</i> • <i>If the subjects covered in this study could be sufficiently different from your population to cause concern</i> • <i>If your local setting is likely to differ much from that of the study</i> • <i>If you can quantify the local benefits and harms</i>	☐ Yes ☐ No ☒ Can't Tell Teilweise. Norwegen hat ein anderes Versorgungssystem und eine bevölkerungsbezogene Kohorte mit hoher Gesundheitsbeteiligung. Tendenziell gut übertragbar, aber kulturelle Unterschiede müssen berücksichtigt werden.

11. Do the results of this study fit with other available evidence?	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Watson et al. (2017) bestätigen Befunde von Feferkorn et al. (2023), Baer et al. (2024) und Mantel et al. (2020) zu: SGA, Frühgeburt, niedriges Geburtsgewicht. Sehr konsistent mit der internationalen Datenlage.
12. What are the implications of this study for practice? <i>Consider:</i> <i>one observational study rarely provides sufficiently robust evidence to recommend changes to clinical practice or within health policy decision making</i> <i>for certain questions, observational studies provide the only evidence</i> <i>recommendations from observational studies are always stronger when supported by other evidence</i>	☐ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Sinnvoll, aber beobachtend. Die Studie legt nahe, dass Frauen mit Anorexia nervosa engmaschig betreut werden sollten und besondere Aufmerksamkeit auf Ernährung, Wachstum und psychische Stabilität benötigen. Als Beobachtungsstudie kann sie Praxis nicht allein verändern, unterstützt aber bestehende Empfehlungen.

APPRAISAL SUMMARY: *List key points from your critical appraisal that need to be considered when assessing the validity of the results and their usefulness in decision-making.*

Positive/Methodologically sound	Negative/Relatively poor methodology	Unknowns
- große bevölkerungsbasierte Kohorte - objektive Register-Outcomes - gute Kontrolle für Confounder - relevante und konsistente Ergebnisse	- Essstörungen über Selbstbericht → Risiko der Fehldiagnose - Geringe Anorexie-Fallzahlen → eingeschränkte Präzision - Mögliche Residualconfounding	- Keine klinische Validierung der Diagnosen - Ausmaß psychischer Komorbiditäten nicht vollständig kontrolliert - Expositionsdauer (aktiv versus remittiert) nicht klar trennbar

Anhang 2: CASP-Checkliste - qualitative Studie

Studie: Pregnancy an Pregnancy Outcomes in Women with Eating Disorders: A Four-Year Longitudinal Study with Case Series, Machado et al. (2025)

Section A Are the results valid?	
1. Was there a clear statement of the aims of the research? <i>Consider:</i> <i>what was the goal of the research?</i> <i>why was it thought important?</i> <i>its relevance</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Studie beschreibt eindeutig drei Ziele: - den Verlauf der Essstörungssymptome von der Konzeption bis postpartum, - die Schwangerschafts- und kindlichen Outcomes, - den Status der Essstörung vier Jahre später. Das Forschungsziel ist klar strukturiert und gut begründet.
2. Is a qualitative methodology appropriate? <i>Consider:</i> <i>If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants</i> <i>Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?</i>	☐ Yes ☐ No ☒ Can't Tell Teilweise. Die Studie nutzt semi-strukturierte Interviews und klinische Akten, kombiniert mit quantitativen Auswertungen. Sie ist primär quantitative, nutzt aber qualitative Elemente im Sinne klinischer Interviews. Für eine reine qualitative Studie ist die Methodik weniger typisch, daher nur teilweise angemessen.

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research? <i>Consider:</i> <i>if the researcher has justified the research design (e.g., have they discussed how they decided which method to use)</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Das längsschnittliche, zweiseitige Design ist passend. Es erlaubt, Veränderungen der Symptome und Entwicklungsverläufe zu untersuchen. Das Design ermöglicht es außerdem, postpartale Entwicklungen und kindliche Entwicklung längsschnittlich zu erfassen.
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research? <i>Consider:</i> <i>If the researcher has explained how the participants were selected</i> <i>If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study</i> <i>If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)</i>	☐ Yes ☐ No ☒ Can't Tell Teilweise. Die Studie beschreibt die Rekrutierung über ein spezialisiertes Essstörungen-Zentrum. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind klar. Es fehlt jedoch eine Begründung, warum diese spezifische Einrichtung gewählt wurde und wie repräsentativ die Stichprobe ist.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue? <i>Consider:</i> • <i>If the setting for the data collection was justified</i> • <i>If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)</i> • <i>If the researcher has justified the methods chosen</i> • <i>If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)</i> • <i>If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why</i> • <i>If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)</i> • <i>If the researcher has discussed saturation of data</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Datenerhebung umfasst: Eating Disorder Examination (EDE), Oxford Risk Factors Interview, semi-strukturierte Interviews (EHCRA) und medizinische Akten beider Eltern und Kinder. Die Methoden werden detailliert vorgestellt und ihre diagnostische Qualität begründet.
--	---

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered? <i>Consider:</i> <i>If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location</i> <i>How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design</i>	☐ Yes ☒ No ☐ Can't Tell Kaum. Die Studie liefert keine Angaben dazu, wie die Forschenden mögliche Verzerrungen durch Vorwissen, Erwartungshaltungen der Machtasymmetrien reflektieren. Dies stellt ein typisches Defizit im qualitativen Bereich dar.
Section B: What are the results?	
7. Have ethical issues been taken into consideration? <i>Consider:</i> <i>If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained</i> <i>If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)</i> <i>If approval has been sought from the ethics committee</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Es wird berichtet: schriftliches Einverständnis, Ethikvotum, Durchführung nach Deklaration Helsinki und qualifizierte klinische Psychologen führten die Interviews. Damit sind die ethischen Standards erfüllt.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous? <i>Consider:</i> • <i>If there is an in-depth description of the analysis process</i> • <i>If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data</i> • <i>Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process</i> • <i>If sufficient data are presented to support the findings</i> • <i>To what extent contradictory data are taken into account</i> • <i>Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation</i>	☐ Yes ☐ No ☒ Can't Tell Teilweise. Es wird beschrieben: Nutzung von SPSS, Verwendung nicht-parametrischer Tests und Deskriptive sowie inferenzstatistische Auswertungen. Für qualitative Forschung fehlt jedoch: Beschreibung eines Codierungsprozesses, Darstellung, wie Themen entwickelt wurden und Reflexion analytischer Entscheidungen.
--	---

9. Is there a clear statement of findings? <i>Consider:</i> • <i>If the findings are explicit</i> • <i>If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments</i> • <i>If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)</i> • <i>If the findings are discussed in relation to the original research question</i>	☒ Yes ☐ No ☐ Can't Tell Die Ergebnisse sind strukturiert dargestellt: Konzeption, Schwangerschaft, Geburt, postpartum, Follow-up nach vier Jahren und kindliche Entwicklung. Mehrere Tabellen unterstützen die Nachvollziehbarkeit.
Section C: Will the results help locally?	
10. How valuable is the research? <i>Consider:</i> • <i>If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g., do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature</i> • <i>If they identify new areas where research is necessary</i> • <i>If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used</i>	☐ Yes ☐ No ☒ Can't Tell Mittel. Die Studie liefert wertvolle Erkenntnisse, unter anderem: Persistenz von Anorexie-Symptomen während der Schwangerschaft und postpartum, Entwicklungsverzögerungen bei Kindern von anorektischen Müttern und hoher Anteil weiterbestehender Essstörungen-Symptomatik nach vier Jahren. Dennoch ist der Nutzen eingeschränkt durch: Kleine Stichprobe (n=30), fehlende Kontrollgruppe und fehlende qualitative Tiefenanalyse.

APPRAISAL SUMMARY: *List key points from your critical appraisal that need to be considered when assessing the validity of the results and their usefulness in decision-making.*

Positive/Methodologically sound	Negative/Relatively poor methodology	Unknowns
- Längsschnittdesign - Einsatz klinisch valider diagnostischer Instrumente - Kombination aus Interviewdaten und medizinischen Akten - Transparente Darstellung der Ergebnisse	- Kleine und selective Stichprobe - Fehlende Reflexivität - Methodisch eher quantitative als qualitative - Begrenzte Übertragbarkeit aufgrund Spezialisierung des Zentrums	

Anhang 3: Qualitätseinstufung mit CASP - Kohortenstudien

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:

In der folgenden Übersicht bedeuten Y = Yes (Ja), N = No (Nein) und C = Can't tell (kann nicht beurteilt werden).

Bei der CASP-Checkliste für Kohortenstudien sind die Frage 7, 8 und Frage 12 offene Fragen, die nicht eindeutig mit Ja oder Nein beantwortet werden können und daher narrativ kommentiert wurden.

Die Einschätzung der Studienqualität erfolgt auf Grundlage der im Methodenteil beschriebenen Vorgehensweise.

Studie	Studiendesign	CASP-Fragen (Y/N/C)	Kritische Punkte	Qualitätskategorie
„Maternal Eating Disorders and Perinatal Outcomes: A Three-Generation Study in Norwegian Mother and Child Cohort Study“ Watson et al., 2017	Quantitativ, Kohortenstudie	Y, Y, C, Y, Y, Y, Y, Y, Y, C, Y	Mögliche Selektions- und Teilnahmebias (niedrige Rücklaufquote), Unsicherheit bei der Diagnosestellung (Selbstbericht), retrospektive Datenerhebung, eingeschränkte Übertragbarkeit auf schwer betroffene Anorexie-Fälle	Mittel
„Pregnancy outcomes in women with anorexia nervosa: a population-based study and analysis of a matched cohort“ Feferkorn et al., 2022	Quantitativ, Kohortenstudie	Y, Y, Y, C, Y, Y, C, Y, Y, C, Y	Unklarheiten bezüglich Stichprobengröße, fehlende Angaben zur genauen Erfassung der Essstörung, begrenzte Übertragbarkeit auf Hebammenversorgung	Hoch
„Adverse live-born pregnancy outcomes among pregnant people with anorexia nervosa“ Baer et al., 2023	Quantitativ, Kohortenstudie	Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y	Keine	Hoch
„Association of Maternal Eating Disorders With Pregnancy and Neonatal Outcomes“ Mantel et al., 2019	Quantitativ, Kohortenstudie	Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y	Keine	Hoch

Anhang 4: Qualitätseinstufung mit CASP - qualitative Studien

Hinweis zur Interpretation der Tabelle:

In der folgenden Übersicht bedeuten Y = Yes (Ja), N = No (Nein) und C = Can't tell (kann nicht beurteilt werden).

Die Einschätzung der Studienqualität erfolgt auf Grundlage der im Methodenteil beschriebenen Vorgehensweise.

Studie	Studiendesign	CASP-Fragen (Y/N/C)	Kritische Punkte	Qualitäts-kategorie
„Pregnancy and Pregnancy Outcomes in Women with Eating Disorders: A Four-Year Longitudinal Study with Case Series“ Machado et al., 2025	Qualitative Längsschnitt-studie	Y, C, Y, C, Y, N, Y, C, Y, C	Kleine Stichprobe, eingeschränkte Repräsentativität, retrospektive Datenerhebung, Auswahl bias-behaftet (teilweise laufende Behandlung bei Essstörung), begrenzte Übertragbarkeit auf Hebammenversorgung	Mittel
„Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy“ Claydon et al., 2018	Qualitative, deskriptive Studie	Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, Y, C	Eingeschränkte Aussagekraft durch kleine und heterogene Stichprobe	Hoch
„Trajectories of severe eating disorders through pregnancy and early motherhood“ Sommerfeldt et al., 2023	Qualitativ, Longitudinalinterviews	Y, Y, Y, Y, Y, C, Y, Y, Y, Y	Forscher-Rolle nur begrenzt reflektiert	Hoch
„Transition to motherhood in women with eating disorders: A qualitative study“ Taborelli et al., 2016	Qualitative Interviewstudie	Y, Y, Y, Y, Y, C, Y, Y, Y, Y	Forscher-Rolle nur begrenzt reflektiert	Hoch

„Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A lonitudinal study“ Martini et al., 2018	Qualitative Interviewstudie	Y, Y, Y, Y, Y, C, Y, Y, Y, Y	Forscher-Rolle nur begrenzt reflektiert	Hoch
„Infant Feeding for women with eating disorder: An interpretative phenomenological analysis“ Leeming et al., 2024	Qualitative Interviewstudie	Y, Y, Y, Y, Y, C, Y, Y, Y, Y	Forscher-Rolle nur begrenzt reflektiert	Hoch

Anhang 5: Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Jule Rathje, [REDACTED] dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel

„Hebammenarbeit bei Frauen mit Anorexia nervosa in der Anamnese – Rolle und Handlungsmöglichkeiten im interprofessionellen Betreuungskontext“

selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. Chat GPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

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

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

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

Hamburg, 08.12.2025

[REDACTED]