

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio – Hormongesteuert

Montag, 11.11.24

Thema: Verhütung und Kinderwunsch in den Wechseljahren

Katrin Simonsen, Moderatorin/Redakteurin
MDR Aktuell

Dr. med. Dr. Katrin Schaudig, Expertin
Frauenärztin, Hormonexpertin, Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Dr. Annick Horn, Expertin
Kinderwunschmedizinerin

Links:

Hormongesteuert Folge 14 „Mit 30 in die Wechseljahre“:

<https://www.ardaudiothek.de/episode/hormongesteuert-der-wechseljahre-podcast-mit-dr-katrin-schaudig/14-mit-30-in-die-wechseljahre/mdr-aktuell/13428765/>

Brisant-Artikel zur Verhütung in den Wechseljahren:

<https://www.brisant.de/gesundheit/sexualitaet/frauengesundheit/wechseljahre-verhuetung-methoden-perimenopause-114.html>

Hör Tipp „Beste Freundinnen Forever“:

<https://www.ardaudiothek.de/suche/Beste%20Freundinnen%20Forever%20%20Golden%20Agers%20auf%20Roadtrip%20%7C%20WDR/>

Hormongesteuert – der Wechseljahre Podcast mit Dr. Katrin Schaudig

Katrin Simonsen

Da sind wir wieder mit einer neuen Folge von *Hormongesteuert*, dem Podcast für alle Frauen vor ihren und nach den Wechseljahren und natürlich auch für alle interessierten Männer. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Moderatorin und Redakteurin bei MDR aktuell. Und die Expertin an meiner Seite ist Dr. Katrin Schaudig, Frauenärztin, Hormonexpertin und Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft. Hallo nach Hamburg.

Dr. Katrin Schaudig

Hallo, liebe Frau Simonsen, ich freue mich auch sehr.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, unser heutiges Thema klingt vielleicht für die eine oder andere ein bisschen ungewöhnlich. Es geht um Schwangerschaften in den Wechseljahren, gewollte und ungewollte Schwangerschaften. Und wie so oft geht es dabei nicht so gerecht zu. Während manche Frau vielleicht mit Ende 30 verzweifelt noch versucht, sich den Kinderwunsch zu erfüllen, werden andere Frauen mit Ende 40, dann sozusagen aus Versehen, nochmal schwanger. „Zwischen Kinderwunsch und Schwangerschaftsangst“, das ist heute unser Thema. Und dazu haben wir uns noch eine zweite Expertin eingeladen. Und zwar **Dr. Annick Horn**. Mit ihr arbeitet Frau Schaudig schon viele Jahre zusammen und sie hat sich heute für uns Zeit genommen. Hallo zu Ihnen.

Dr. Annick Horn

Hallo.

Katrin Simonsen

Auch **Dr. Annick Horn** ist Frauenärztin, gynäkologische Endokrinologin und Reproduktionsmedizinerin. Sie arbeitet in einem Kinderwunschzentrum in Hamburg und hat in ihrem Fachgebiet auch die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“. Frau Horn und Frau Schaudig, Sie beide arbeiten schon seit über 30 Jahren zusammen. Was sind denn so Fälle, wo Sie sich ergänzen können oder wo Sie vielleicht sich schon mal gegenseitig Patientinnen geschickt haben?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das sind die Frauen, die so zwischen, sagen wir mal 45 und 50 sind. Wir haben ja schon vielfach darüber gesprochen, dass das die sind, die sich vielleicht schon in der Perimenopause befinden, wo der Zyklus unregelmäßig ist. Und Frau Horn und mir ist dann mal vor Jahren schon aufgefallen, da haben wir auch zusammen Vortrag darüber gehalten, dass es die vielleicht etwas absurde Situation

gibt, dass wir eine Patientin sehen, die ist vielleicht zu 45, 46. Jetzt kommt die zu mir und vielleicht, damit sich die Hörerinnen und Hörer das Setting vorstellen können, also wir arbeiten im gleichen Gebäude und ich sitze im Erdgeschoss und Frau Horn sitzt oben im zweiten Stock, da ist die Kinderwunschpraxis. Und wir unten im Erdgeschoss behandeln nur Frauen mit Hormonstörungen. Wenn die schwanger werden wollen, gehen die eigentlich nach oben. Jetzt habe ich da die Patientinnen, die sind 45 oder 46 und sagen: „Oh, ich habe eine neue Beziehung, das ist überhaupt ein ganz toller Typ und ich bin begeistert. Aber ich will auf gar keinen Fall schwanger werden. Muss ich denn noch verhüten?“ Und dann kommt die vielleicht auch mit der Aussage wieder: „Ja, es hat mal irgendeiner einen Bluttest bei mir gemacht und der hat gesagt, ich brauche nicht mehr verhüten.“ Dann ist meine Frage: „Bluten Sie denn noch?“ Sagt sie: „Ja, nicht mehr so regelmäßig.“ Und dann sage ich der Patientin: „Sie müssen auf jeden Fall noch verhüten.“ Vielleicht kommen wir nachher auch noch mal drauf, wie hoch die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit eigentlich ist. Grundsätzlich kann man sagen, die ist erst 45, die blutet noch, nicht mehr so regelmäßig, ist vielleicht schon perimenopausal, aber sie muss verhüten.

Jetzt sagt aber vielleicht die gleiche Patientin zu mir: „Das ist so ein toller Mann, so einen tollen Mann habe ich noch nie gehabt. Und jetzt möchte ich ein Kind von dem.“ Und jetzt muss ich eigentlich schon ausholen. Aber ich übergebe jetzt mal an Annick Horn. Was sagt ihr der Patientin, Annick? Wir schicken sie ja dann doch noch manchmal nach oben.

Dr. Annick Horn

Ja gut, Katrin, dann würde ich natürlich erst mal doch eine Anamnese machen. Und für mich wäre dann schon sehr, sehr wichtig, was du eben schon angesprochen hast. Gibt es Blutwerte von der Patientin? Oft habt ihr ja welche gemessen oder ich würde mir auch die vorher schon zitierten externen Blutwerte mal

zeigen lassen. Wir würden die selbst noch einmal kontrollieren. Das ist ja schon ein Feld, wo wir tatsächlich, was die Fruchtbarkeit angeht, durch eine Kombination von eigentlich vier Werten, der FSH-Spiegel, der LH-Spiegel, das E2 und das Prog, wenn wir diese im Setting zusammenhaben, dann können wir relativ genau sagen, wo die Patientin steht. Vor allen Dingen, wenn wir einen Vorwert haben, der vielleicht in die gleiche Richtung geht.

Katrin Simonsen

Jetzt haben Sie die Werte genannt. Die müssen wir jetzt noch einmal erklären, weil nicht allen sind diese Werte geläufig. Was sagen die genau aus?

Dr. Annick Horn

Die zwei erstgenannten Werte FSH und LH sind die Steuerhormone, die aus der Hypophyse kommen. Und das ist so ein bisschen, wenn Sie so wollen, der Wächter, der da oben sitzt und den Eierstock so ein bisschen unter Kontrolle hat. Und wenn der Eierstock anfängt, wenig und weniger und noch weniger zu tun, also praktisch kein Eibläschen mehr reifen lässt oder kein Östrogen bildet, dann sagt die Hypophyse: „Was ist denn da unten los“, und schickt mehr FSH raus und mehr LH. Und das ist immer wieder so, dass die Patienten sich zuerst freuen, wenn ein Wert hoch ist. Aber in der Konstellation ist es jetzt leider nicht gut, wenn der Wert hoch ist, sondern da muss man sagen, je höher der FSH-Wert geht ... Und dann gibt es eine kritische, also eigentlich sagt man schon über zehn, aber da haben wir noch einen breiten Rücken, aber so über 18 oder halt eben bei einer Studie, wenn man sagt über 25, dann ist tatsächlich Gefahr im Verzug, dann macht der Eierstock gar nicht mehr viel. Also, wenn diese Dame jetzt einen FSH von 30 hätte und E2, was Östrogen ist, jetzt kommen wir zu den beiden anderen Werten, das sind die Eierstockhormone, also Östrogen, Östradiol und Progesteron, das eine wird „ganzjährig“, würde ich mal sagen, im ganzen Zyklus gebildet, Progesteron in der Gelbkörperphase. Und wenn halt eben die Steuerhormone hoch sind und die Hormone,

die der Eierstock bildet, das Östrogen, das Progesteron, sehr niedrig, dann ist es so, dass man eben wirklich nicht mehr mit einem normalen Zyklus mit normalen Eisprung rechnen kann. Aber nicht für die ganze Zeit, das sind letztendlich immer Momentaufnahmen.

Katrin Simonsen

Ich habe neulich gelesen, dass mehr Frauen in den Wechseljahren ungewollt schwanger werden als Teenager. Frau Schaudig, stimmt das?

Dr. Katrin Schaudig

Also, ich kenne keine Statistik dazu und es wird sich natürlich auch schwer prüfen lassen. Aber Tatsache ist schon so, dass ich denken würde, dass ein Teenager schon irgendwie sich über das Thema Verhütung Gedanken macht, sollten die jedenfalls, machen auch die meisten. Und gerade die Frauen in den Wechseljahren, die kriegen auch oft gesagt von unseren Kolleginnen und Kollegen: „Nee, Sie brauchen nicht mehr verhüten.“ Ich habe auch immer mal die Diskussion mit meinen Fachkollegen, wenn wir Fortbildungen geben, dass sie sagen: „Nee, also, ich habe noch nie eine Schwangere gehabt.“ Also, ich kann mir sehr gut vorstellen, dass es häufiger vorkommt, dass jemand mit, ich sage mal, 45 ungewollt schwanger wird, als jemand, der jetzt 18 ist und einen neuen Partner hat. Die wird schon verhüten, die ist natürlich auch viel fruchtbarer. Aber die wird verhüten. Also ich kenne keine Statistik dazu, kann ich mir aber gut vorstellen.

Katrin Simonsen

Und es ist doch verrückt, dass eigentlich die Werte wahrscheinlich gar nicht so gut aussehen, gar nicht nach Schwangerschaft aussehen. Und dann trotzdem klappt das irgendwie, also aus Versehen sozusagen, weil man vielleicht mit der Verhütung es nicht mehr so genau nimmt. Woran liegt es eigentlich, dass das in den Wechseljahren so ein bisschen *tricky* ist?

Dr. Katrin Schaudig

Na ja, das ist das, was Frau Horn auch schon gesagt hat. Die Hirnanhangsdrüse, also die Hypophyse, versucht ja mit aller Macht noch mal

irgendwie den Zyklus anzutörnen. Man muss sich immer überlegen, das ist unsere biologische Hardware. Die ist darauf ausgerichtet: „Schwanger werden, schwanger werden, schwanger werden!“ Das heißt, wenn die Hirnanhangsdrüse merkt, es funktioniert da unten nicht mehr so richtig, dann schickt sie einfach noch mal diese Steuerungshormone los, also FSH und LH, und feuert wie verrückt, sodass dann immer doch noch mal Eireifung stattfindet. Der Zyklus selber ist aber nicht mehr so zuverlässig. Das heißt Frauen, die, sagen wir mal, wissen „Alle 26, 28 Tage habe ich meine Regel und dann kommt der Eisprung so ungefähr am 12., 14. Tag“, darauf ist eben kein Verlass mehr. Und was wir ja auch schon in früheren Folgen dieses Podcasts gesagt haben, dass es zu völlig erratischen Eisprungen kommen kann, auch mal sogar während der Menstruation. Und da wiegen sich natürlich viele Frauen in Sicherheit, denken: „Kann nichts passieren.“ Und schwuppdwupp ist es passiert. Es ist nicht oft, dass was passiert, aber wir kennen ja auch die Zahlen dazu. Es gibt eben auch Schwangerschaften, auch noch im höheren Alter.

Ich muss einhaken, Annick, weil du vorhin so gesagt hast: „Ja, ja, wir gucken uns das dann mal alles an mit 45, 46.“ Wenn mich die Patientin das fragt, dann sage ich: „Hm, Sie müssen zwar noch verhüten, aber dass Sie schwanger werden, wenn Sie jetzt schwanger werden wollen, das hätten Sie vielleicht mal früher angehen müssen.“ Also ich gebe zu, dass ich der wenig Hoffnung mache, dass das noch klappt. Und das ist die Paradoxität dieser Situation. Auf der einen Seite muss ich sagen: „Sie müssen unbedingt verhüten!“ Und auf der anderen Seite, wenn Sie jetzt noch schwanger werden will, muss ich sagen: „Sieht schlecht aus.“ Und je älter sie wird, Annick, du hast es ja auch schon gerade gesagt, die Eizellen werden natürlich immer älter, es gibt dann auch viele Fehlgeburten, es gibt viele Fehlbildungen bei den Kindern, also das muss man auch immer berücksichtigen. Aber das ist so eine gewisse Paradoxität. Auf der einen Seite muss man verhüten, auf der anderen Seite

muss man den Frauen sagen mit dem Kinderwunsch: „Ob das noch was wird, ist mehr als ungewiss.“ Annick, da würdest du mir beistimmen, oder?

Dr. Annick Horn

Ja, jetzt haben wir natürlich mit der 45-Jährigen, wir haben da sehr gute Daten darüber, was die Kinderwunschbehandlung angeht, weil wir in Deutschland das deutsche IVF-Register haben. Und da wird, zumindest was die künstliche Befruchtung angeht, ja jeder Zyklus dokumentiert. Und da gibt es wirklich Jahre, das muss ich ganz ehrlich und offen sagen, da ist in der Gruppe über 44 oder über 45 eine, in Worten, eine Lebendgeburt durch IVF. Es gibt auch mal Jahre, da sind 18 Lebendgeburten, aber viel höher geht der Wert nicht. Und wir sprechen jetzt von dem Maximum, was wir an Therapie in die Waagschale werfen können, also künstliche Befruchtung also IVF oder ICSI. Und man kann jetzt nicht sagen, das war vor zehn Jahren schlechter und wir werden langsam besser. Wir könnten nicht besser werden, weil die Eizellen nicht besser werden, bei 45 Jahren stoßen wir an ein relativ natürliches biologisches Limit, wo auch mit allem Knowhow nicht mehr so wahnsinnig viel, aktiv zumindest, gegengesteuert werden kann.

10:29

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist aber auch das Schwierige an der Situation. Gerade, wenn jemand noch wirklich einen verzweifelten Kinderwunsch hat, wie geht man damit um? Und man muss jetzt ehrlicherweise sagen, die Schwangerschaften, die dann vorkommen, also wir haben auch Zahlen dazu aus Deutschland, die muss ich tatsächlich vorlesen, weil ich sie nicht alle auswendig kann. Von 2020, da gab es tatsächlich noch 45-jährige Mütter mit knapp 1200 Geburten, also Lebendgeburten. Ja, aber man muss auch sagen die Gesamtgeburtenzahl war fast 800.000 und dann sind 1200 nicht so wirklich viel. Und mit 49 waren es immerhin noch 143 Geburten bei 49-jährigen Müttern. Und es gab auch tatsächlich 186 Geburten bei Müttern, die 50 und

älter waren. Da muss man natürlich auch sagen, dass man nicht weiß aus der Statistik, wie viele Kinderwunschtherapien und Eizellspender im Ausland da dabei waren, das wissen wir nicht. Also, das muss man sagen.

Dr. Annick Horn

Es wird ja nicht angegeben. Wissen Sie, und viele sagen es ja auch noch nicht, aus Angst vielleicht vor Stigmatisierung oder Ungleichbehandlung oder was auch immer. Sagen das auch nicht bei der gynäkologischen Vorsorgekontrolle. Da raten wir natürlich dazu. Aber auf jeden Fall, da gebe ich Katrin völlig recht.

Dr. Katrin Schaudig

Naja, und bei den 45- bis 50-Jährigen gab es auch nur, in Anführungsstrichen, „580“ Abtreibungen, aber immerhin 100.000 Abtreibungen in Deutschland *round about* pro Jahr. Und da waren immerhin noch 580 bei 45 bis 50-Jährigen. Das heißt, es sind wirklich die, die ungewollt schwanger werden. Und bei diesen Statistiken muss man auch immer noch bedenken, dass ja trotzdem sehr viele Frauen von Haus aus sowieso verhüten. Also, ich habe schon auch die Patienten, die sagen, die haben wirklich die Panik auf der Stirn und sagen: „Also schwanger geht auf gar keinen Fall!“ Vielleicht die, die schon drei Kinder haben oder die Beziehung instabil ist oder einfach zu alt für eine Schwangerschaft: „Das will ich alles gar nicht mehr.“ Da haben wir natürlich eine Gesellschaft, die sehr viel, wie soll ich es mal sagen, Varianz und Variabilität aufweist, aber auch zulässt. Das finde ich ja eigentlich gut, dass das so ist. Aber man muss noch mal sagen, vielleicht ist die 45-Jährige wirklich so ein Grenzfall, wo ich die wirklich nochmal zu euch nach oben schicken würde, Annick, und sagen würde: „Vielleicht kriegt ihr doch noch etwas hin.“ Aber mit jedem Jahr, was die älter wird, wird man wahrscheinlich der Patientin sagen müssen: „Frau Meier, Müller“, oder wie auch immer, „das sieht ganz schlecht aus“.

Katrin Simonsen

Bleiben wir mal bei denen, die auf keinen Fall schwanger werden wollen. Sie haben vorhin schon gesagt, auch wenn die Regel nur noch

sehr selten kommt, auf alle Fälle verhüten!
Gibt es da so ein paar klare Regeln, an die sich die Frauen halten können?

Dr. Katrin Schaudig

Also, es gibt so ein paar Regeln. Ich finde die aber schwer zu berücksichtigen. Also, es gibt eine Regel, tatsächlich von der WHO, der Weltgesundheitsorganisation, die sagt: „Eine unter 50-Jährige muss mindestens zwei Jahre keine Blutung mehr haben, bevor sie auf Verhütung verzichten kann.“ Wie muss ich mir das vorstellen? Also, die Patientin hat mit 46 die letzte Regel und hat auch Hitzewallungen ein bisschen und das übliche Programm. Und der Frauenarzt sagt auch zu ihr: „Sie sind in den Wechseljahren.“ Die muss trotzdem noch zwei Jahre lang verhüten. Ich habe auch ein Fall dazu und ich meine, wir können beide, Annick und ich auch, sporadische Extremfälle aufzeigen, dass die dann wirklich nach zwei Jahren kommt, eine Blutung hat und ich kann nachweisen, dass da ein Eisprung vorher war. Also sowas habe ich alles schon erlebt. Das heißt, unter 50 zwei Jahre keine Blutung, bei über 50-Jährigen ein Jahr lang keine Blutung. Und dann gab es mal irgendwie so eine Arbeit letztes oder vorletztes Jahr, die haben dann gesagt: „Naja, wenn der FSH-Spiegel zwei Mal deutlich über 25 ist, dann muss man auch nicht mehr verhüten.“ Da muss ich gestehen, ich würde mich da niemals verlassen.

Dr. Annick Horn

Never ever.

Dr. Katrin Schaudig

Also, meine eigene Stiefgroßmutter ist mit 47 das erste und einzige Mal schwanger geworden in ihrem Leben, zur Überraschung der gesamten Familie, das war also noch in der Vorkriegszeit. Also ich würde sagen, es gibt alles und vielleicht noch als Ergänzung: Wir fragen bei jedem Workshop, den wir machen, wo es oft um das Thema geht, „Verhütung – wie lange“, dann fragen wir immer so in die Runde: „Wie alt sind Ihre ältesten Schwangeren in der Praxis?“ Das sind Fortbildungen bei Gynäkologinnen und Gynäkologen. Und dann würde ich mal so grob schätzen, die Hälfte

sagt: „Ich hatte schon eine über 50.“ Und einmal hat sich jemand gemeldet und hat gesagt: „Ich bin das Kind einer 57-Jährigen.“ Der Kollege war tatsächlich auch schon so alt, dass man sagt, da kann keine Eizellspende dran gewesen sein, das gab es damals noch nicht. Also das sind Einzelfälle, aber man muss sich auch immer überlegen, es kann auch für die einzelne Frau traumatisch sein, wenn genau das ihr dann passiert. Also deswegen, ich würde immer sagen, solange noch Blutungen sind, auch wenn sie nur alle drei Monate sind, auf jeden Fall verhüten.

Katrin Simonsen

Aber angenommen, ich bin, was weiß ich, 49 und habe schon seit einem Jahr keine Blutung mehr. Warum könnte ich dann schwanger werden? Ich habe doch gar keinen Eisprung gehabt.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, aber „out of the blue“ plötzlich doch nochmal schwingt sich eine aus der Tiefe im Dornröschenschlaf befindliche Eizelle aus ihrem Eierstock auf und macht dann noch mal einen kompletten Zyklus. Das hört sich unwahrscheinlich an, aber es ist etwas, was wir tatsächlich immer mal wieder beobachten. Selten, also nicht jetzt jede Woche, auch nicht jeden Monat. Aber wir sehen das immer mal wieder, dass auch nach einer langen, langen Latenz von drei Monaten, einem Jahr, plötzlich noch mal ein Eisprung kommt. Je jünger die Patientin ist, desto wahrscheinlicher. Also die 48-Jährige muss da eher mitrechnen als die 52-Jährige.

Katrin Simonsen

Also, unter 50 zwei Jahre ohne Blutung, über 50 ein Jahr?

Dr. Katrin Schaudig

Ganz genau.

Katrin Simonsen

Und soll ich dann doch noch einmal irgendeinen Wert bestimmen lassen? Den FSH-Wert oder es gibt ja auch noch dieses Anti-Müller-Hormon, bringt das etwas?

Dr. Katrin Schaudig

Das Anti-Müller-Hormon reflektiert ja die Anzahl der noch im Eierstock befindlichen Eizellen, so grob. Aber wie auch Frau Horn gerade schon gesagt hat, das schwankt sehr stark, das kann auch mal wenig aussagekräftig sein. Und selbst, wenn das unter der Nachweisgrenze ist, kann es sogar sein, dass die Frauen noch regelmäßig bluten. Also der Wert ist nicht so aussagekräftig, auf keinen Fall kann man ihn dafür hernehmen mit der Frage: „Muss ich noch verhüten oder nicht?“ Und selbst das FSH ist einfach ein trügerischer Parameter, weil es immer nur Momentaufnahmen sind und die Hypophyse peitscht den Eierstock an und plötzlich kommt eben da noch mal ein Ei anmarschiert und kann dann auch noch mal ein Eisprung machen. Also Blutwerte bringen nichts.

Katrin Simonsen

Aber diese zeitlichen Sachen, sagen Sie, da ist man sicher, wenn man sich daran hält?

Dr. Katrin Schaudig

Da ist man ziemlich sicher. Das Problem ist natürlich nur, dass viele Frauen Hormone nehmen in der Zeit. Und dann kann man nicht sagen: „Blute ich jetzt, weil ich Hormone zuführe oder blute ich sozusagen aus eigenem Antrieb?“ Das macht die Sache so ein bisschen kompliziert. Ich würde mir immer, wenn die Patientin das auch wirklich genau wissen will, noch mal die Eierstöcke angucken. Da sehe ich ja schon so ein bisschen, gibt es noch eine Aktivität oder sind die völlig ohne jeglichen Follikel weit und breit? Also, es ist so eine Summe an Dingen, die ich mir anschau. Also, das Alter der Patientin, vielleicht doch einmal ein FSH-Spiegel und ein Östradiol-Spiegel und dann noch mal den Ultraschall der Eierstöcke. Das zusammen gibt mir schon so einen Hinweis, zumindest bei den über 50-Jährigen, wie lange geht das hier alles noch? Im Zweifelsfall würde ich einfach ein Jahr länger verhüten. Ist ja jetzt auch nicht so ein Drama.

Katrin Simonsen

Kommen wir mal zu der Frage: Mit was soll ich am besten verhüten? Ich bin ja dann auch

nicht mehr so taufersch und dann heißt es ja immer, man soll zum Beispiel die Kombi-Pille nicht so lange nehmen. Ich habe jetzt gelesen, immerhin 39 % der 40- bis 49-Jährigen verhüten aber noch mit dieser normalen Kombi-Pille. Gibt es da eigentlich eine Empfehlung, wie lang man die nehmen kann?

Dr. Katrin Schaudig

Also, das hängt immer extrem von der Situation der Patientin ab. Auch wenn die null Risiken hat und die Pille schon länger nimmt, das muss man immer davor sagen, null Risiken heißt: schlank, treibt Sport, keine Thrombose oder Venenentzündungen in der Familie und auch nicht bei ihr selber, keine Raucherin, normaler Blutdruck, nicht zu viel Cholesterin, keine Migräne. Und ich hoffe, ich habe jetzt nichts vergessen. Wenn das alles zutrifft, dann kann die das auch noch, sagen wir mal, bis 50 nehmen. Und es ist auch nicht so, dass mit 50 dann der Hammer fällt am Tag des 50. Geburtstags. Kommt dann nicht auf einen Tag an, aber gegen 50 werde ich schon so ein bisschen nervös mit der Pille.

Warum? Weil die Risiken für Thrombose und aber auch für arterielle Gefäßerkrankungen, sprich Herzinfarkt und Schlaganfall, die steigen ab 35 deutlich an. Und je älter wir werden, desto höher sind die Risiken. Und die Kombinationspillen, also wo ein Östrogen mit geschluckt wird, die haben eben erhöhte Risiken für Thrombose und auch Schlaganfall und auch Herzinfarkt. Das heißt, jetzt muss ich mir das Gesamtbild anschauen. Wenn die Frau irgendwelche Risiken mitbringt, dann würde ich von Kombi-Pillen abraten. Wenn die keine Risiken hat und sagt: „Ich nehme die Pille schon so lange, kann ich dich nicht weiter nehmen?“ Da würde ich sagen: „Na gut, okay.“ Also so gegen 50 würden wir aufhören. Vielleicht muss man an der Stelle auch noch einmal sagen, es gibt ja seit schon vielen Jahren die Kombinationspillen, die statt des klassischen Pillenöstrogens das klassische 17-Beta-Östradiol enthalten, was unser Eierstock eigentlich

auch produziert. Und bei denen geht man davon aus, dass die Risiken ein bisschen geringer sind.

Die kommen nämlich ziemlich nahe dahin, was wir mit einer geschluckten Hormonersatztherapie machen. Haben wir schon oft darüber gesprochen, dass man das Östrogen über die Haut zuführen kann oder aber schlucken. Wenn man es schluckt, hat man erhöhtes Thromboserisiko. Aber wenn jemand null Risiko hat, also eben selber keine Thrombose in der Familie und bei sich selber und, und, und, die ganzen Sachen, die ich gerade aufgezählt habe, dann kann man das auch schlucken. Und dann ist man auch nicht mehr so weit entfernt von einer Therapie in den Wechseljahren gegen Hitzewallungen. Und bei einer Reihe von Frauen haben wir da eigentlich einen sehr schönen, glatten Übergang, um auch diese rumpelige Perimenopause mit den Hormonschwankungen zu umschiffen. Denn sowohl mit einer Kombi-Pille, aber auch da, das ist sicherlich gleich Ihre Frage: Die östrogenfreien Pillen verhindern wir ja die Schwankungen des Eierstocks in dieser Übergangsphase. Das heißt, da schlagen wir mehrere Fliegen mit einer Klappe.

21:38

Katrin Simonsen

Sie haben vorhin gesagt: „Die bluten ja noch, wenn sie Hormone nehmen.“ Und wenn ich die Pille nehme, mache ich ja dann die Pillenpause, dann blute ich und eigentlich weiß ich ja dann gar nicht, wann ich in der Menopause bin, oder?

Dr. Katrin Schaudig

Bingo, Sie treffen den Nagel auf den Kopf, Frau Simonsen, genauso ist es. Und dann sitzen die Patientinnen vor mir und sagen: „Ja, wie lange soll ich das jetzt noch machen?“ Und dann sage ich, da kratze ich mir das Kinn und weiß es auch nicht so genau. Ich muss es leider so sagen, denn da hilft mir auch der Ultraschall der Eierstöcke nicht weiter, denn der ist ja unterdrückt durch die Pille. Da sind wahrscheinlich gar keine Follikel. Also man

kann es nur „trial and error“, im Zweifelsfall einfach ein Jahr länger verhüten. Ja, es ist so ein bisschen Fingerspitzengefühl.

Katrin Simonsen

Und dann eventuell setzen Sie die Pille ab und gucken erst mal was passiert?

Dr. Katrin Schaudig

Ich glaube, ich würde in so einer Situation, gerade wenn es der Frau auch sehr wichtig ist, sicher zu verhüten, dann vielleicht irgendwann auf einen östrogenfreien Ovulationshemmer, also auf eine östrogenfreie Pille gehen. Und da kann ich ja dann Östrogen über die Haut dazugeben. Die hat nämlich dann möglicherweise schon Hitzewallungen. Dann sehe ich aber auch schon mal, wenn ich umstelle auf ein östrogenfreies Präparat, dann sehe ich, hat die noch ein bisschen Östrogen oder macht sie gar keins mehr? Das kann ich dann schon sowohl im Blut feststellen, was man nicht unbedingt machen muss, aber ich sehe es dann schon auch an den Eierstöcken, vielleicht auch an der Scheide: Ist da ein guter Östrogeneffekt? Also, ich habe schon so klinische Indizien, woran ich sehen kann, ist da noch Östrogen da oder nicht? Meine Lieblingsgeschichte ist, dass ich dann umstelle auf ein östrogenfreies Präparat.

Katrin Simonsen

Da sind diese Mono-Gestagenpillen, da haben wir auch schon öfter darüber gesprochen, was Frauen oft gut hilft, die so starke Schwankungen haben in der Perimenopause. Und die verhüten auch sicher?

Dr. Katrin Schaudig

Die verhüten absolut sicher.

Katrin Simonsen

Okay.

Dr. Katrin Schaudig

Die sind genauso sicher wie die Kombinationspillen. Dann jetzt kommt bestimmt Ihre Frage: „Warum nehmen sie es denn nicht von vornherein?“

Katrin Simonsen

Genau.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, weil der Schönheitsfehler dieser Gestagen-Only-Pillen ist leider, dass sie eine bisschen schlechtere Blutungskontrolle machen und dass Frauen dann oftmals doch in so einen Östrogenmangel reinrutschen. Den kann man auffangen, indem man dann zusätzlich was gibt. Da ist natürlich eine Kombi-Pille praktischer, muss man jetzt mal sagen, da schluckt man ein Präparat und gut ist. Und zum Zweiten muss man auch den Zeitpunkt erwischen, wann die Frau das dann wirklich braucht, wann man das Östrogen dazugeben muss. Da gehört auch von ärztlicher Seite bisschen Fingerspitzengefühl dazu und vielleicht auch hinzuhören und hinschauen im Praxisalltag, wofür nicht immer so viel Zeit ist. Ein bisschen schade, aber man kann es gut machen.

Katrin Simonsen:

Und deshalb erzählen wir das den Frauen jetzt selbst, dass die dann hinzuhören und hinschauen können und dann zu ihrer Ärztin gehen, wenn sie merken: „Uh, jetzt schwitz ich und jetzt ist es nicht so gut.“

Dr. Katrin Schaudig

Und dann haben uns die Ärztinnen und Ärzte ganz doll lieb, weil die dann zu ihren Frauenärzten gehen uns sagen: „Ich habe so einen Podcast gehört.“

Katrin Simonsen

Genau, „Frau Schaudig sagt, ich solle jetzt Östrogen Pillen nehmen“. Aber ich will noch einmal zu den Hormonpräparaten zurückkommen. Viele unserer Hörerinnen nehmen ja auch die Hormonspirale. Wie sieht es damit aus? Wann muss die raus?

Dr. Katrin Schaudig

Also, die Hormonspirale ist eigentlich extrem elegant in dieser Übergangsphase. Die hat praktisch null Risiken, auch wenn im Beipackzettel furchtbare Sachen stehen. Im Grunde genommen ist die völlig harmlos. Die hat den eleganten Vorteil, dass sie A extrem sicher ist, also die ist noch sicherer als die Antibabypille.

Und man kann sie ja auch nicht vergessen, also die ist da drin. Die Pille, das Problem der Pille ist ja, dass man die jeden Tag schlucken muss. Und wenn man sie vergisst, neulich hatte ich mal eine Patientin, die hat mir dann gestanden, dass sie es eigentlich jeden zweiten Tag vergessen hat, dann hat sie sich gewundert, dass furchtbare Blutungen kamen. Okay, das passiert natürlich auch, wir sind alle nur Menschen. Das kann Ihnen bei der Spirale nicht passieren. Die liegt da drin, ist supersicher mit der Verhütung und das Elegante ist auch, wenn sie dann so in diese Übergangsphase kommen, können sie einfach ein bisschen Östrogen als Gel, Pflaster, Spray dazugeben, wenn Östrogenmangelsymptome auftauchen, sprich vor allen Dingen Hitzewallungen.

Was sie mit der Spirale nicht schaffen, ist Schwankungen auszugleichen, weil ihr Eierstock, der läuft einfach weiter mit seiner vielleicht regelmäßigen oder aber auch erraticen Produktion. Und wenn Frauen damit besonders Beschwerden haben, dann ist die Spirale nicht so die aller geeignetste Methode. Ansonsten ist die wirklich sehr schön und sicher, man kommt über die Wechseljahre ganz gut damit, klar.

Wie lange kann die bleiben? Und jetzt wird es noch mal *tricky*. Eigentlich kann diese, wie diese hochdosierte Hormonspirale länger als fünf Jahre liegen bleiben. Früher hat man immer gesagt: „Nach fünf Jahren muss eine neue Spirale rein.“ Inzwischen sagt man, der verhütende Effekt hält acht Jahre an. Das Einzige, was dann aber der Schönheitsfehler ist, dass ich aber nicht einfach Östrogen dazugeben darf, weil ich nicht genau weiß: „Reicht jetzt die Gestagenwirkung in der Gebärmutter noch aus, um quasi den aufbauenden Effekt des Östrogens zu konterkarieren?“ Ich sage mal offen, wenn der Eierstock sowieso nicht so viel macht, dann ist es wahrscheinlich egal. Aber gerade in dieser Übergangsphase würde ich sogar nach fünf Jahren einfach noch mal eine neue Spirale legen und lieber auch in dieser Phase die höher dosierten Spiralen und nicht

die niedriger dosierten, weil da ist vielleicht der Gestageneffekt nicht ausreichend.

Katrin Simonsen

Und wenn nicht, dann Gestagengel dazugeben, weil ich schon Symptome habe. Wie alt darf ich sein, dass ich mir noch mal eine neue Spirale legen lasse für fünf Jahre?

Dr. Katrin Schaudig

Ach, da gibt es keine Altersgrenze. Da ist bisschen so eine Geldbeutelgrenze, denn das kostet ja ein bisschen Geld. Und wenn man denkt: „Ich bin doch jetzt schon 51, wie lange muss ich denn überhaupt noch verhüten?“ Und ich meine, das ist so ein bisschen variabel, was das kostet, aber sagen wir mal so, Sie sind mit paar hundert Euro dabei. Und dann überlegt man sich natürlich: „Lohnt sich das eigentlich, wenn ich überhaupt nur noch ein Jahr verhüten muss?“ Also, ich würde im Zweifelsfall sagen, wenn man bis dahin super gut zurechtkam mit der, ist meistens die Mirena oder Levosert, dann würde ich mir auch mit 51 noch mal eine legen lassen, zumindest, wenn davon auszugehen ist, dass der Eierstock noch arbeitet. Vielleicht an der Stelle noch mal, die letzte Regelblutung findet im Mittel mit 51 bis 52 statt. Das heißt, die Hälfte der Frauen hat auch nach 51 noch sporadisch Blutungen. Das heißt, mit 51 denkt man da ja: „Da ist ja eigentlich das Durchschnittsalter der Wechseljahre.“ Heißt aber nur, dass die Hälfte durch ist, also durch ist mit den Blutungen, mit den Beschwerden, und die andere Hälfte kann noch bluten. Und ich habe auch Frauen, die noch mit 58 mehr oder minder regelmäßig bluten. Es ist selten, aber die gibt es.

Katrin Simonsen

Viele Frauen haben sich ja irgendwann dann auch entschieden, vielleicht keine Pille mehr zu nehmen. Kondom geht ja, sozusagen, egal wie lange?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das geht immer.

Katrin Simonsen

Und die gibt Kupferspirale gibt es noch.

Dr. Katrin Schaudig

Es gibt die Kupferspirale, die auch sehr sicher ist. Es gibt ja noch zwei weitere Kupfersysteme, nämlich einmal die Kupferkette und der Kupferball. Die sollen laut Studien nicht ganz so sicher sein wie die Spirale, haben aber den Vorteil, dass sie bei manchen Frauen, die sehr starke Schmerzen haben bei der Regelblutung, weniger Schmerzen machen. Also, das ist so ein bisschen eine Geschmacksfrage. Ich persönlich gebe zu, ich vertraue einfach den klassischen Hormonspiralen am meisten oder den klassischen Kupferspiralen. Da haben wir einfach am meisten Erfahrungen mit. Und die sind auch sehr sicher, die sie nicht ganz so sicher wie die Hormonspiralen, also die Hormonspirale ist eigentlich von der Sicherheit nicht zu toppen. Aber diese Kupferspiralen sind auch sehr gut.

Damit haben sie aber natürlich null Effekt auf etwaige Wechseljahresbeschwerden. Sie haben kein Gestagen an der Gebärmutter-schleimhaut. Also wenn jemand so durch die Wechseljahre durchgeht, ohne Probleme, dann ist die Kupferspirale wunderbar. Und die kann auch fünf Jahre liegen.

Katrin Simonsen

Wenn es sozusagen nur um Verhütung geht?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, ja.

Katrin Simonsen

Und dann habe ich gelesen, das fand ich spannend, ich kannte das bisher eigentlich mehr von Männern, dass sich auch Frauen sterilisieren lassen. Empfehlen Sie das manchmal Ihren Patientinnen?

30:04

Dr. Katrin Schaudig

Ich finde das lustig, dass Sie das gar nicht kennen, Frau Simonsen.

Katrin Simonsen

Ist vielleicht im Osten noch nicht...

Dr. Katrin Schaudig

Nein, nein, nein. Ist ganz interessant, ich habe

vor, aber das ist jetzt fast schon 25 Jahre her, mal einen Vortrag gehalten über Sexualität und Verhütung. Und da stieß ich darauf, dass, also das ist jetzt 25-30 Jahre her, zu dem Zeitpunkt in den USA die Sterilisation die häufigste Verhütungsmethode war. Und zwar nicht die Sterilisation des Mannes, sondern die Sterilisation der Frau. Das ist halt ein kleiner Eingriff, macht man durch eine Bauchspiegelung und bindet die Eileiter sozusagen ab oder schneidet die durch oder verkokelt sie, da gibt es verschiedene Methoden.

Ist interessanterweise auch keine 100%-Methode, was man jetzt so denken würde. Also, ganz gelegentlich gibt es auch da noch Schwangerschaften, weil irgendetwas schiefgelaufen ist. Es ist halt ein richtiger, kleiner operativer Eingriff und ich glaube, was auch die ein oder andere stören wird daran, ist, dass es völlig endgültig dann doch ist. Also, das ist dann over.

Oft wird es angeboten, wenn jetzt die Patientin den dritten Kaiserschnitt hat, dass man sagt: „Sollen wir denn gleich eine Sterilisation mitmachen? Wir haben eh den Bauch auf und können die Eileiter unterbinden, damit kein Ei mehr durchkommt.“ Also dann kann man das diskutieren. Es ist aber nach wie vor eine Methode, die auch in Deutschland gemacht werden kann. Und man wird es auch immer dann machen, wenn Patientinnen extreme Kontraindikationen für jedwede Verhütung haben. Ich meine, Kupfer geht immer. Aber das ist halt eine Methode, die dann nachhaltig ist und man sich gar keine Gedanken mehr darüber macht. Aber ich muss Ihnen auch rechtgeben, ich sehe wirklich nicht oft Frauen, die sterilisiert sind.

Katrin Simonsen

Und dann gibt es ja auch noch Frauen, die verhüten, indem sie sozusagen ihre Basaltemperatur messen und dadurch wissen, wann ein Eisprung war, praktisch durch Beobachtung ihres Körpers. Funktioniert das in der Perimenopause?

Dr. Katrin Schaudig

Ich würde mal so sagen, das sind die, die dann aus Versehen schwanger werden. Es ist fast ein bisschen boshaft, aber es ist so, weil sie haben erratische Eisprünge. Also, der Zyklus ist ja plötzlich völlig durcheinander und ich würde mal sagen, das ist das Allerletzte, worauf ich mich dann verlassen würde. Kriege ich auch widergespiegelt von Frauen, die eigentlich gerne natürlich verhüten möchten, dass sie sagen: „Upps, das funktioniert alles nicht mehr so richtig.“

Katrin Simonsen

Aber was ist dann das Problem? Also, wenn ich jetzt jeden Tag messe, dann würde ich höchstens feststellen: „Okay, ich hatte zwei Eisprünge.“ Aber ich würde es ja mitbekommen.

Dr. Katrin Schaudig

Na ja, wenn Sie zwei Eisprünge hintereinander haben, dann bleibt die Temperatur einfach permanent oben. Und Sie wissen überhaupt nicht: „Wie soll ich denn das einordnen?“ Und dann machen auch viele so eine Kombi aus Temperatur und zählen. Und wissen Sie was? Das funktioniert alles nicht, vergessen Sie es, es ist leider so. Annick, was sagst du dazu?

Dr. Annick Horn

Ja, das sehe ich ganz genauso. Das ist ja, wissen Sie, das ist sogar in meinem Fachgebiet sogar manchmal ganz gefährlich und irreführend, weil da wird ja unter anderem, je nachdem, wie es gemessen wird, zum Teil auch, wenn es Urintests sind, werden ja auch Hormone mit gemessen, also zum Beispiel der LH-Anstieg. Und das ist ja genau das, was in der Perimenopause hoch ist. Das heißt, dann wird dieser Frau gespiegelt, sie hat einen Eisprung, aber sie hatte gar keinen. In dieser Situation, wo der Eierstock alles kann, aber nichts muss und das auch noch zu völlig unregelmäßigen Abläufen, ist es total schwer. Es ist manchmal für uns schwer, bei der Patientin überhaupt die Richtung zu sehen.

Dr. Katrin Schaudig

Das gefällt mir, der Satz, Annick: Wenn der Eierstock nichts muss, aber alles kann. Guter Satz, großartig! Muss ich mir merken.

Katrin Simonsen

Wir haben eine Hörerinnenmail bekommen. Sie ist 45 Jahre alt und verhütet seit knapp 15 Jahren mit der NFP-Methode von Sensiplan. Und da wurde ihr zugesichert von der Arbeitsgruppe, unter Berufung auf wissenschaftliche Studien, dass diese Methode auch in den Wechseljahren bei richtiger Anwendung eine hohe Sicherheit bietet. Jetzt hat sie aber unseren Podcast gehört, Frau Schaudig, mit den mehreren Eisprüngen. Und jetzt fragt sie: Ist das wirklich sicher? Jetzt müssen wir kurz mal schauen, was Sensiplan ist. Frau Schaudig, kennen Sie das?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, Annick, ich höre an deinen Worten, du kennst das besser als ich, wahrscheinlich wegen der Kinderwunschpatienten, oder?

Dr. Annick Horn

Ja, ich kenne Sensiplan vor allem auch in dem Bereich der natürlichen Verhütung oder Familienplanung, genau. Und es ist ja, glaube ich, eine Kombination, die Zyklusbeobachtung, also Schleimbeobachtung, Portiobeobachtung, und Temperaturmessung, also es wird thermisch und aber eben über Beobachtung gemacht. Aber wissen Sie, wenn man die Physiologie der Perimenopause anschaut, dann kann es nur begrenzt funktionieren, weil wenn wir schon ins Schwanken kommen und sagen, wir haben eine Ovulation an dem dritten Zyklustag, dann finde ich es auch für mich sehr schwer, zu sagen: „Kann sie da überhaupt schwanger werden?“ Da wäre das Endometrium noch nicht aufgebaut. Wie lange muss denn da die Lutealphase sein? Die wird dann auch verkürzt sein, dann wird es nicht zu einem richtigen Temperaturanstieg kommen. Also, das funktioniert wirklich sicher nur für Patientinnen mit einem sehr regelmäßigen Zyklusgeschehen. Wenn das bis 45 noch sehr regelmäßig ist, dann mag das im Einzelfall hin-

kommen. Aber ich würde mich da auf gar keinen Fall in dieser Altersgruppe darauf verlassen.

Katrin Simonsen

Und nutzen Sie das für Ihre Patientinnen, wenn es darum geht, dass ich einen Kinderwunsch habe, funktioniert da dieser Sensiplan gut?

Dr. Annick Horn

Auch nicht so. Wissen Sie, wir haben einfach viel mehr Ausnahmen von der Regel als man sich das so vorstellen kann. Sie dürfen auch nicht vergessen von den Gerätschaften, die angeboten werden, es ist ja ein „femtec“-Markt, das ist ja ein absolut explodierender Markt. Da kommen ganz viele Start-up-Unternehmen, die sehr gefördert werden. Das heißt, da gibt es auch wenig Kontrollkollektiv, es ist wenig medizinisch abgesichert. Es sind oft eigene Vergleichsgruppen, die man hat. Also nicht bei Sensiplan, aber bei anderen Anbietern. Das ist schon alles eine schnelle Entwicklung.

Und mir fallen jetzt zwei klassische Beispiele ein. Also, einmal die perimenopausale Patientin von Frau Schaudig, die mal einen LH-Anstieg hat oder einen hohen LH, überhaupt ein hohes LH hat, weil der Eierstock nicht mehr richtig arbeitet und dass LH eben von der Hypophyse ausgeschüttet wird, um ihn zum Arbeiten zu bringen, dann wird der Plan für sie versehentlich messen: Es war ein Eisprung. Dann sagt sie: „Okay, ich hatte ja meinen Eisprung am Dienstag. Dann warte ich mal noch zwei Tage ab.“ Und danach denkt man, man ist nicht mehr gefährdet und das war nur ein hoher LH oder LH-Peak. Und der eigentliche Eisprung kommt völlig unerwartet dann acht Tage später. Das heißt, man kann sich nicht wirklich darauf verlassen. Und wir haben ja auch eine ganz andere Patientinnengruppe, zum Beispiel Patientinnen mit dem polyzystischen Ovar. Die haben ganz häufig einen hohen LH-Tonus und da wären sie auch sehr aufgeschmissen. Ich habe immer wieder Patientinnen, die sind dann ganz sicher, weil sie das eben getestet haben, dass sie einen Eisprung

hatten. Das hat ihnen ihr Test gesagt. Aber ich mache dann einen Ultraschall und die Blutuntersuchung sagen: „Sie hatten keinen Eisprung.“ Es ist also wirklich schwer.

Was ich gut finde, ich würde die Dinge nicht ablehnen. Wissen Sie, es ist gut, weil man gerade in der Anfangsphase, wenn man beschlossen hat, man möchte ein Kind und setzt vielleicht die Verhütung ab, finde ich das sehr gut, weil es zeigt einem so ein bisschen, die Veränderungen in seinem Körper. Es sensibilisiert einen dafür und man hat halt auch den Eindruck, man tut selbst etwas dafür. Also ich finde das schön, weil es ist einfach eine Eigeninitiative auch der Patienten und man lernt eben sich und die Abläufe kennen. Aber um dann präzise sagen zu können, wann ein Eisprung war, kein Eisprung, wann ist der Eisprung, ist die Gelbkörperphase gut genug und mit diesen ganzen Sonderfällen, zu frühe Ovulation, zu kurze Gelbkörperphase, PZO-Syndrom, um das einordnen zu können, dann muss man dann doch zur Fachfrau oder zum Fachmann.

Dr. Katrin Schaudig

Wissen Sie, Frau Simonsen, diese Methoden, die gehen einfach davon aus, dass man einen Eisprung im Monat hat, und den in der Zyklusmitte. Und was die auch mit einbeziehen, das finde ich auch interessant, sind Sachen wie, neben der Temperatur, auch so körperliche Symptome. Zum Beispiel Zervixschleim, immer kurz vor dem Eisprung. Ich rede jetzt von der 35-jährigen jungen Frau, die noch einen regelmäßigen Zyklus hat. Immer kurz vor dem Eisprung produziert der Muttermund ganz viel Schleim und dieser Schleim ist auch spinnbar, also den können Sie wirklich so zehn Zentimeter langziehen. Das ist diese Spinnbarkeit des Zervixschleims. Das ist eigentlich ein untrügliches Zeichen dafür, beim normalen Zyklus, dass der Eisprung unmittelbar bevorsteht.

Wenn wir die Frauen untersuchen, sehen wir auch, der ist so ganz glasig der Zervixschleim. Und es ist natürlich auch von der Natur gemacht, damit die Spermien da ordentlich

hochkommen. Jetzt haben wir aber das Problem, dass wir in der Perimenopause ja häufig sehr hohe Östrogenspiegel haben. Noch kein Eisprung, das heißt, der Zervixschleim ist dauernd so und dann denkt die Frau: „So, das ist jetzt kurz vor dem Eisprung. Ich kann jetzt keinen Sex haben“. Ist auch nicht so richtig toll, weil unter Umständen kann sie zwei Wochen keinen Sex haben, weil sie zwei Wochen hohen Östrogenspiegel hat und denkt: „Aha, der Eisprung ist unmittelbar bevor.“ Auch so Symptome wie Brustspannen zum Beispiel oder Mittelschmerz, also, das ist ja dieser Schmerz bei einem Teil der Frauen, die merken, dass der Eisprung ist. Das tut weh einfach, aber auch nicht bei allen. Aber da kann man sich einfach in dieser Übergangsphase auf alles nicht wirklich verlassen, weil es nicht mehr so monokausal einer Zyklusphase zuordenbar ist. Und das macht das Problem.

Katrin Simonsen

Und ihr wisst, bei uns gibt es auch jedes Mal einen Hör Tipp. Diesmal empfehle ich euch ein Hörspiel, das perfekt zu uns passt. Drei Freundinnen im besten Alter machen sich noch mal auf den Weg zu einem Musikfestival in England. Eine herzerwärmende Serie, irgendwo zwischen Abenteuer und Freundschaft, Lachen und Tränen und ein klappriges Wohnmobil inklusive. Das Hörspiel *Beste Freundinnen Forever* findet ihr in der ARD Audiothek und den Link packen wir euch in die Shownotes.

Kommen wir zu unserem zweiten Thema, und zwar der Kinderwunsch trotz Wechseljahre. Frau Horn, über welche Frauen sprechen wir da? Wer kommt da eigentlich zu Ihnen? Sind das Frauen, die vorzeitig in die Wechseljahre gekommen sind, die das alles auch so ein bisschen überrascht hat, dass auf einmal keine Blutung mehr kommt, oder sind das Frauen, die einfach sich sehr spät überlegt haben, dass sie noch einen Kinderwunsch haben?

40:49

Dr. Annick Horn

Also, wir sehen natürlich beides. Wir sehen auch noch eine dritte Patientinnengruppe, die

Sie hier nicht unterschätzen dürfen. Das sind die, wo letztendlich Operateure, ob das jetzt wir waren oder andere Fachgebiete, dafür sorgen mussten oder gesorgt haben, dass der Eierstock nicht mehr produziert, nämlich die ganzen Tumorpatientinnen, die eine Chemotherapie hatten oder die operative Eingriffe an den Eierstöcken hatten, wo Zysten, größere Zysten oder Tumore, die teils bösartig oder mittelgradig bösartig waren, entfernt wurden. Und das nennt man halt eben auch eine, wenn Sie so wollen, eine herbeigeführte Wechseljahressituation, die sehen wir natürlich auch. Also, sowohl die, wie Sie eben sagten, die vorzeitig in die Wechseljahre gekommen sind, das würden wir ja als die Patientinnen unter 40 bezeichnen, wo der Eierstock nichts mehr oder nicht mehr viel macht. Und dann die Operierten oder chemotherapierten oder bestrahlten Patientinnen. Und dann natürlich auch als Patientinnengruppe: Patientin hat vielleicht sogar auch schon in ihrer ersten Beziehung zwei Kinder und hat sich dann mit 43 nochmal mit einem neuen Partner zusammengetan, möchte mit dem noch einmal den Kinderwunsch realisieren. Das sehen wir schon auch.

Katrin Simonsen

Und wie ist eigentlich die Wahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft in dem Alter dann?

Dr. Annick Horn

Das hatte ich ja eben schon mal so ein bisschen angedeutet mit dem deutschen IVF-Register. Also, zumindest für die sehr aus gefeiltern Methoden, wie künstliche Befruchtung, gibt es ja ein sehr, sehr gutes Datenwerk, es ist schon relativ übersichtlich. Man sagt, irgendwo in der Altersgruppe zwischen 43 und 45 bei einer künstlichen Befruchtung liegen wir zwischen 10 und 18 % Schwangerschaftsrate. Wenn es sehr, sehr gute Ansprechraten sind, eine sehr gute Embryoqualität, kommt man auch auf 20 %. Aber, und das ist auch heute schon erwähnt worden, bei einer Abort-, bei einer Fehlgeburtswahrscheinlichkeit von über 50 %, ab 43 fast bei 60 %. Das heißt, der Körper lässt sich noch einmal über überreden,

dieses Ei anzunehmen und dann nimmt er das in Augenschein und sagt dann ungefähr nach drei Wochen, vier Wochen: „Nee, möchte ich doch nicht.“ Das ist dann auch immer natürlich sehr, sehr bitter. Also, selbst wenn man alles an medizinischem Können und an Möglichkeiten in die Waagschale wirft, finde ich, ist das ziemlich wenig.

Katrin Simonsen

Schauen wir uns nochmal die Frauen mit den vorzeitigen Wechseljahren an. In Folge 14 hatten wir da ausführlich darüber gesprochen. Und Frau Schaudig hatte dann einen Fall beschrieben, dass Frauen auch die Pille nehmen und dann, so mit Ende 20, Anfang 30, die Pille absetzen, wollen schwanger werden und dann bleibt einfach die Monatsblutung aus. Wenn so eine Frau zu Ihnen kommt, hat die noch ganz gute Optionen? Weil die ist ja noch gar nicht so alt. Was können Sie da machen?

Dr. Annick Horn

Das ist eine ganz tolle Frage. Ich hatte tatsächlich heute aktuell eine Patientin, die auch noch nicht so alt war mit 38 und die wegen einer solchen Problematik kam, mit einem AMH-Wert von 0,02. Ja, das sind dann schon Situationen, da müssen wir ausführlich beraten. 38 ist jetzt, sagen wir mal, gefühlt immer noch nicht alt, aber wenn jetzt die 28-jährige Patientin mit dem premature ovarian failure, also den vorzeitigen Wechseljahren, kommt, da muss ich mich natürlich schon fragen, gemeinsam mit der Patienten: Was ist die Ursache für diese Wechseljahre? Wenn sie eine genetische Ursache hat, dann heißt das, dass diese Eizelle und der Eierstock und auch der ganze Körper viele noch andere Informationen durch die Erkrankung bekommen hat, die alle eher schlecht dafür geeignet sind, dass sie schwanger wird. Also, da denkt man jetzt an Turner-Syndrom, Turner-Mosaik-Syndrom, Fragiles-X-Syndrom. Da gibt es ein paar spezifische genetische Dinge, da werden wir dann nicht mehr viel machen können. Also das heißt, da muss ich die Ursachen schon sehr genau anschauen.

Wenn es aber jetzt zum Beispiel so wäre, dass die Patientin tatsächlich die Operation einer

größeren Endometriosezyste hatte und es danach erst mal zu großen Schwankungen oder einem starken Abfall des AMH-Wertes gekommen ist...

Katrin Simonsen

Wir müssen mal kurz sagen, AMH ist dieses Anti-Müller-Hormon.

Dr. Annick Horn

Genau, das was Sie eben schon erwähnt hatten. Und da hätten wir tatsächlich eine, finde ich, sehr gute Ausgangssituation, weil auch dieses Eierstockgewebe, das kann sich dann noch mal erholen. Also, wenn das nicht zerstört worden ist und operiert worden ist und sich dann noch einmal erholen kann, dann haben die Patientinnen auch noch ganz gute Optionen. Weil, was Sie natürlich andeuteten, es ist schon ein Unterschied, ob wir eine 28-jährige Eizelle vor uns haben oder eine 42-jährige Eizelle. Also im Zweifelsfall hat man dann lieber wenig Eizellen mit 28, als wenig Eizellen mit 42, das stimmt schon. Weil sonst das Qualitätsmerkmal noch stärker kommt. Also ich müsste wirklich eine gute Diagnostik dann machen, dass wir gemeinsam mit der Patientin einordnen können, ein kleiner Prozentsatz, man sagt, bis zu 30 %, sind Autoimmunerkrankungen. Da hätte man ja auch noch einmal zusätzliche Angriffspunkte durch eine autoimmune Therapie oder das Ausschalten anderer Autoimmunstörungen. Das heißt, sie sind therapeutisch oft ganz gut zu führen. Was man sagen muss, ist also, wir müssen genau hinschauen. Und sie muss etwas Geduld mitbringen.

Man muss manchmal tatsächlich so eine Art Kombi-Therapie, was Frau Schaudig eben schon andeutete, dass wir, wenn wir merken, das sind auch immer Wellen und Wellenbewegungen, mal ist der Eierstock ganz gut drauf und dann haben wir auch wieder zwei, drei Monate, wo gar nichts passiert. Und dann kann es ganz sinnvoll sein, wenn man ihr solches natürliches Östrogen anbietet und ein Progesteron, weil man den einfach damit oben diesem Pulsgeber, der Hypophyse, sagt: „Jetzt halte doch mal bitte kurz mal ruhig und

lass das mal mit dem ständigen LH und FSH ausschütten.“ Und dann beruhigt sich das Ovar und kann auch wieder bessere Rezeptoren für dieses Hormon und für andere Hormone aufbauen. Und wenn man denn so eine Periode abgeschlossen hat und hat ihr vielleicht einen Monat oder zwei Monate gegeben, zum, ich sage mal, Beruhigen, wir messen dann noch mal den FSH-Spiegel, also diesen Impulsgeber, das Follikel stimulierende Hormon. Und siehe da, ist es vielleicht von 28, was sie im Vormonat hatte, jetzt auf unter 10 abgesunken. Und dann habe ich eine gute Chance, den Eierstock sogar leicht etwas anzustoßen.

Katrin Simonsen

Okay also, der kann sich doch noch einmal vielleicht ein bisschen erholen, indem man dem Hirn vorgaukelt, „Da tut sich noch was“, und man trägt es aber sozusagen auf das Hormon. Und dann macht das Hirn nicht mehr so viel und dann kann sich der Eierstock nochmal ein bisschen erholen?

Dr. Annick Horn

So könnte man das tatsächlich beschreiben. Es gibt natürlich Daten, wenn man ganz ehrlich sein darf, es gibt Einiges an Studien zu diesen POF-Patientinnen, zu den vorzeitigen Wechseljahrespatientinnen. Und die meisten Studien sagen, 5 bis 10% Schwangerschaftsrate über einen Zeitraum von, sagen wir mal, zwischen einem Jahr und drei Jahren wird es meistens angegeben. Und ehrlich gesagt, sagt man auch, meistens geht es mit oder ohne Therapie. Verstehen Sie, das, was wir ja alle gesagt haben, dann kommt manchmal doch so ein Eisprung, wo wir nicht mitgerechnet haben. Das Paar hatte glücklicherweise den Verkehr. Das kann natürlich dann auch gut stattfinden, aber das wäre wirklich so eine Methode. Es hat ja auch einen anderen Hintergrund, das wird Frau Schaudig erwähnt haben in Ihrem anderen Podcast, das sind natürlich auch Patientinnen, die müssen ja auch ins Auge gefasst werden. Denn die haben ja nicht nur ihre Reproduktionsphase, sondern die ha-

ben ja ein Osteoporose-, die haben ein Stoffwechselrisiko und all diese Sachen. Das heißt, mit einer passageren Substitution eines natürlichen Östrogens sind die so oder so erst mal gut aufgefangen und bedient. Weil das ist ja eine Therapiestrategie, die man später sowieso mit ihr fahren muss.

Katrin Simonsen

Und kommen wir mal sozusagen zu der 45-Jährigen, die ganz normal in der Perimenopause ist, und sagt: „Ich wollte eigentlich noch einmal schwanger werden. Irgendwie klappt es nicht.“ Wie kann man bei der noch ein bisschen was anschieben?

Dr. Annick Horn

Ja, das ist dann schon schwierig, weil vielleicht hat die wirklich auch noch einige Eizellen zur Verfügung, aber die Qualität der Eizelle, sprich das Fehlgeburtsrisiko, das ist ja das, was uns dann so sehr auf die Füße fällt. Da würde man halt eben schon ein ganz basales, sehr zurückhaltendes Regime fahren. Man muss schon schauen, der vielleicht neue Partner, wie da die Spermien sind. Nicht, dass man dem Paar vermittelt: „Naja, Sie müssen es halt jetzt oft genug probieren. Dann wird schon klappen.“ Wenn der ganz wenige Spermien hat, dann wird es auch mit 45 natürlich nicht mehr gut klappen. Und dann wird es schwierig zu beraten, ob die denn von diesen 8 bis 15% Schwangerschaftsrate, bei Aufbietung aller Mittel, also künstlicher Befruchtung mit Mikroinjektion, ob das Paar das überhaupt möchte, diesen Aufwand möchte: die hohen Kosten, die relativ niedrige Erfolgsrate, die hohen Fehlgeburten. Aber das wäre tatsächlich denkbar. Man müsste nach den Spermien schauen, wenn die Spermien nicht gut sind, geht nur künstliche Befruchtung in den meisten Fällen. Wenn die Spermien gut sind, dann wird man sich noch einmal vielleicht mit der Patientin besprechen, vielleicht doch eine Eileiterüberprüfung zu machen, damit man nicht immer alles auf die Hormone schiebt und sagt, „sie konnte wegen des Alters nicht schwanger werden“, dass man zumindest einmal spült. Da

gibt es ja Möglichkeiten, die Eileiter zu durchspülen, auch ambulant, also ohne Narkose. Und dann würde ich ihr anbieten, weil eben die anderen Methoden doch nicht so gut sind, dass man eben doch ein bisschen ihr ein Gefühl dafür gibt, was passiert in ihrem Zyklus noch?

Also anschauen und schauen gibt es einen Eisprung, wann ist der? Den Eisprung vielleicht auch medikamentös unterstützen und vielleicht auch die Gelbkörperphase, die Einrichtungsphase, medikamentös unterstützen. Denn, das wissen wir auch, auch wenn das Eis gesprungen ist, ist das eine Patientinnen-Gruppe, die ja doch damit, was wir als Gelbkörperschwäche bezeichnen, dann auch ganz weit vorne ist. Es ist eben so, auch nicht nur die Eizellen, sondern auch die TK-Zellen, die Cannula-Zellen, das sind die anderen Zellen neben der Eizelle, die dann das Östrogen und Progesteron bilden, die werden auch genauso unlustig mit dem Alter.

51:12

Katrin Simonsen

Und geben Sie dann auch wieder bioidentische Hormone oder gibt es dann andere Medikamente?

Dr. Annick Horn

Nee, die helfen uns ja nicht, also zumindest in einer aktiven Kinderwunschbehandlungen haben, die gar keinen Stellenwert und in einer anderen auch nicht. Da möchte ich auch ein bisschen genau messen können, was los ist. Und da bin ich mit meinem 1 oder 2mg Estradiol, wir haben ja, wenn wir die mal so eine Art Ruhepausen oder Erholungszyklus oder wie auch immer man das nennen mag, definieren, dann sprechen wir ja von einem Monat oder zwei. Verstehen Sie, das ist ja nichts, was jetzt eine Dauerbehandlung darstellt, sondern dann möchten wir nur dem Eierstock eine Verschnaufpause geben, damit wir ihnen noch mal neu ein bisschen anschieben.

Katrin Simonsen

Und das andere sind dann eben andere Medikamente, diese unterstützenden?

Dr. Annick Horn

Genau. Sie müssen unterscheiden zwischen diesen Platzhalterhormonen, also in der Hochphase, das sind genau dieselben, mit denen Frau Schaudig dann arbeitet, das könnte auch ein Östrogen sein, also so ein normales oder ein geschlucktes Östrogen sein und auch ein Gestagen. Dann nehmen wir diese bewährten Präparate und wenn wir den Zyklus anstoßen, dann nehmen wir Präparate, die richtig zum Stimulieren der Eireifung sind. Das ist eine völlig andere Substanz.

Katrin Simonsen

Okay, muss man eigentlich Kinderwunschbehandlungen immer selbst bezahlen?

Dr. Annick Horn

Ja, in der Altersklasse ja, die Sie jetzt angesprochen haben. Also die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen nur bei verheirateten Paaren und mit der Maßgabe, Frau muss über 25 unter 40 sein und Mann über 25 und unter 50 und verheiratet. Bei den gesetzlichen und privaten Versicherern sind sie etwas großzügiger. Man muss aber sehr genau dokumentieren und wir müssen explizit darlegen, dass wir eine Schwangerschaftswahrscheinlichkeit von über 15% bei der Frau oder bei dem Paar sehen, was uns jetzt aufgrund der Datenlage zum Beispiel bei einer 45-jährigen Patientin auch schwerfallen würde, weil die Daten gibt es so nicht oder gibt es für die meisten im IVF-Register nicht. Also, da würde es sehr schwer werden, bei der Patientin 44, 45, auch bei einem privaten Versicherer, die Kosten einzutreiben.

Katrin Simonsen

Und wenn ich es privat bezahle, darf ich so alt sein, wie ich will?

Dr. Annick Horn

Gut, eigentlich machen wir bei uns in der Praxis mit 45 auch einen Cut und sagen, die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, wird dann zunehmend so gering und die Gefahr einen Abort, also eine Fehlgeburt, zu erleiden, wird so hoch, dass wir das nicht mehr verantworten können.

Katrin Simonsen

Haben Sie eigentlich Erfahrungen damit gemacht, inwieweit der Lebensstil vielleicht da auch ein bisschen mit reinspielt, ob man dann doch noch mal schwanger wird, ob der Eierstock noch einmal anspringt? Also wie ich mich ernähre, ob ich Sport treibe, wie gut ich mit Vitaminen versorgt bin, haben Sie sich das irgendwie schon mal angeschaut?

Dr. Annick Horn

Ja, das gucken wir uns natürlich an. Ich mache das ja jetzt auch schon eine Weile und, auch wenn, man schaut sich das selber an, aber die Patientinnen sprechen es eigentlich auch an. Sie kennen mit Sicherheit auch den Slogan „Pimp my eggs“, das ist ja dann zum Beispiel so eine internet-portale Kampagne, wo man wirklich sehr mit Enzymen, mit Vitaminen versucht, alles, was an freien Radikalen die Eizelle und auch das Spermium stören könnte, vielleicht ein bisschen zu reduzieren und dadurch die Qualität des Eis und die Durchblutung des Eierstocks zu verbessern. Ich glaube, dass das grundsätzlich der richtige Weg ist. Wissen Sie, ich denke, dass es gut ist, man ist ja sowieso schon oft zu fremdbestimmt, vor allem in diesen Spezialpraxen und mit der künstlichen Befruchtung. Das heißt, wenn wir der Patientin was an die Hand geben können, „du musst Gewicht abnehmen, du sollst mit dem Rauchen aufhören, du musst mehr Sport machen, du musst dich gesünder ernähren, du musst Kohlenhydrate reduzieren“, das macht ja insgesamt Sinn. Denn das sind ja eher, sagen wir mal, gute Botschaften, die wir dann vertreiben. Aber gerade beim Gewicht ist es ja nun wahnsinnig gut dokumentiert, dass Sie mit einer bestimmten Gewichtsklasse eine bestimmte höhere Rate an Insulinresistenz haben. Dann werden die Störungen im Zyklus dadurch viel gravierender, es werden viel mehr Probleme in der Frühschwangerschaft zu erwarten sein, es werden mehr Probleme bei der Geburt zu erwarten sein, also das macht total Sinn.

Und wir sehen das ja an Patientinnen, die vielleicht als junge Frauen schon als Patientin bei

uns waren, die wir dann vielleicht zu einer bariatrischen Operation beraten haben und die brauchen es nachher meist gar nicht mehr. Wenn die dann abgenommen haben, sind die keine Kinderwunschpatientinnen mehr. Das ist so das klassischste Patientinnenkollektiv. Aber auch das wird Frau Schaudig genauso bestätigen, wenn wir mit Metformin arbeiten, was wir sehr gerne und sehr oft tun, das ist bei Patientinnen mit einem polyzystischen Ovar und mit einer nachgewiesenen Insulinresistenz, und auch sehr viele Patientinnen mit einem erhöhten Body Mass Index haben diese Insulinresistenz, alleine unter der Metformin-Therapie nehmen die Allermeisten etwas oder auch deutlich Gewicht ab und haben auch sehr viel häufiger Zyklusregulierungen und spontane Ovulationen. Also, wir haben häufig Patientinnen, bei denen wir nur das mit Metformin einsetzen und damit die Schwangerschaft erzielen.

Katrin Simonsen

Okay, und an welcher Stelle macht man diese Beratung? Müsste man ja eigentlich gleich zu Beginn machen.

Dr. Annick Horn

Das ist völlig richtig. Und ehrlich gesagt sind wir da eigentlich auch schon, wenn die das erste Mal beim Facharzt ist. Das ist ja denn auch frustrierend, man hat unter Umständen schon seit zwei Jahren Kinderwunsch und man hat drei Monate auf einen Termin vielleicht gewartet und dann würden wir jetzt sagen: „Jetzt müssen Sie aber erst mal abnehmen!“ Ich meine, es ist ja auch völlig klar, dass die Patientin weiß, wir wissen das auch, wie schwer das oft ist mit dem Abnehmen. Dann muss man schon schauen, dass man das jetzt gemeinsam weiterführt. Aber Sie haben völlig Recht, das ist einer der wesentlichsten Entschiede und Aspekte beim Erstgespräch.

Katrin Simonsen

Dann komme ich zum Schluss noch mal zu einem anderen Thema. Und zwar habe ich gelesen, es wird gerade an einem Medikament geforscht, dass die Wechseljahre fünf Jahre mindestens nach hinten verschieben soll. Kennen

Sie diese Studien? Und wie soll das Ganze funktionieren?

Dr. Annick Horn

Ja, es geht um das Rapamyzin und ich musste dann so ein bisschen schmunzeln, als Sie das vorgeschlagen hatten, weil wir uns das im Moment auch gerade anschauen. Also, im Moment gibt es eine große Studie der Columbia University, die die ersten 50 Patientinnen damit behandelt hat und das ist erst mal natürlich eine sehr, sehr kleine Anzahl. Und die Erfolgsmarker waren auch tatsächlich der AMH-Wert und der antrale Follikelcount, also zwei Messwerte, einmal im Blut und einmal im Ultraschall. Und aus dem vorher Gesagten ist ja schon klargeworden, dass wir da hohe Schwankungsbreiten sehen. Also, nach drei Monaten mit dem Ultraschall eine Zunahme des antrale Follikelcounts zu sehen, das ist methodisch fast nicht möglich. Also, dann müssten Sie schon sehr viel KI einsetzen, selbst dann wird es schwer sein. Also ich halte mich da sehr bedeckt. Es ist ja aber auf der anderen Seite ein Präparat, was schon seit 20 Jahren beforscht wird. Und die ersten Untersuchungen an Mäusen gibt es seit über 10 Jahren. Aber interessanterweise, die Studien werden dann oft ein bisschen fälschlich zitiert. Die Mäuse hatten einmal eine Gruppe gebildet, die nur eine Diät bekommen haben und eine Gruppe, die Rapamyzin, das Präparat, bekommen hat und eine Gruppe, die nichts bekommen hat. Und sowohl die, die auf eine kalorische Diät gesetzt wurden als auch die das Präparat bekommen haben, haben eine bessere Fruchtbarkeit danach gezeigt. Also man muss das immer noch mal so ein bisschen anschauen.

Aber man darf natürlich nicht die Forschung an Mäusen mit dem menschlichen Ovar gleichsetzen. Und die Begründung, die meine Kollegen da jetzt für die Studie, die in der Columbia läuft, genommen haben, dass sie gesagt haben: „Wir glauben das aus den Forschungen mit den Mäusen herleiten zu können, dass dadurch weniger Follikel pro Monat

in die Kohorte gegeben wird, die dann letztendlich nur ein Ei springen lässt und die anderen gehen zugrunde.“ Und diese Argumentation überzeugt mich nicht, denn, das wissen Frau Schaudig und ich aus vielen Untersuchungen, auch histologischen Untersuchungen, man verliert seinen Ei-Vorrat nicht durch Eisprung. Wir haben 2 Millionen Eizellen intrauterin und bei Geburt sind es 1 Million. Und wenn die junge Frau anfängt, in der Pubertät zu menstruieren, dann sind es noch 400.000, da hat sie bis dahin noch nicht eine einzige Ovulation gehabt. Das heißt, diese Eizellen werden systematisch abgebaut. Und die Vorstellung, dass jetzt pro Ovulation vielleicht 15 weniger den Weg nach ganz oben nehmen und man dadurch seine Reserve schützt, die halte ich für methodisch nicht nachvollziehbar und begründbar. Also, ich wäre vorsichtig und vor allen Dingen, wissen Sie, die Message muss eine andere sein.

Unsere Fruchtbarkeit und unser Körper, die sind ein ganz hohes Gut. Und diese Überlegungen, wie kann ich das jetzt oder kann ich diese Fruchtbarkeit vielleicht noch ein bisschen herauschieben und habe ich noch ein bisschen Zeit und kann ich vielleicht noch andere Dinge machen, da muss man sich schon immer sagen, man muss schon sehr bewusst damit umgehen. Und unser Anspruch wäre, dass wenn man sich reif dazu fühlt und einen Partner hat, dann würde ich immer sagen, bitte den Kinderwunsch doch dann auch verwirklichen. Also, dieses Spielen auf Zeit, das ist was ganz Gefährliches.

1:01:04

Katrin Simonsen

Ich könnte mir aber vorstellen, dass es nicht mal um Kinderwunsch geht, sondern eher um diesen Fakt, weil nach der Menopause ist man ja dann auch mehr gefährdet für bestimmte Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Osteoporose, dass die Idee vielleicht auch dahintersteckt, die Wechseljahre oder die Menopause rauszuschieben, um sozusagen länger gesund zu bleiben.

Dr. Annick Horn

Da haben Sie recht. Ich habe natürlich erst mal als Kinderwunschspezialistin geantwortet. Der andere Aspekt ist mir schon klar, der hat ja so etwas mit Prävention zu tun. Wissen Sie, mich sträubt das so ein bisschen. Es ist ein Medikament, was für diesen Zweck praktisch nicht erforscht ist. Wie gesagt, wir sprechen über 50 Patientinnen. Wenn wir jetzt unser natürliches Östrogen, was Frau Schaudig einsetzt, nehmen, dann gibt es darüber über 60 Jahre wahnsinnig viele Studien, also millionenfache Anwenderinnen. Und dann jetzt ein Präparat, was ansonsten in der Onkologie eingesetzt wird, was zur Alzheimertherapie eingesetzt wird, wo es sich bisher noch nicht so richtig bewährt hat, was in der Transplantationsmedizin eingesetzt wird, also es ist durchaus ein potentes Immunsuppressivum, jetzt so etwas zu nehmen, um mir ein Milligramm oder noch weniger Östradiol, was ich mir vielleicht auch auf die Haut schmieren kann, mir eine Mirena zu ersparen, das finde ich fraglich.

Dr. Katrin Schaudig

Und man müsste die ja auch relativ zeitig dann nehmen. Also zu einer Zeit, wo der Eizellenvorrat noch ganz gut ist, vielleicht ab 35 oder so. Dann müsste man das über viele Jahrzehnte eigentlich nehmen, oder, das Medikament?

Dr. Annick Horn

Ja, ich denke natürlich auch, wissen Sie, eine andere Überlegung ist: Was hilft mir? Die Anzahl alleine macht es ja nun auch nicht, sondern unsere Eizellen unterliegen, das ist nun mal die Evolution, einem Alterungsprozess und ich glaube, es ist ziemlich egal, ob sie mit 44 25.000 oder 100.000 oder 80.000 Eizellen haben. Die sind alle relativ schrottig und werden uns nicht mehr so ganz sicher über die Wechseljahre und alle Bedürfnisse, die man da an Östrogen und Progesteron und anderen Wachstumsfaktoren hat, tragen. Also, ich sehe nicht so richtig von der Physiologie, was das so viel bewirken soll.

Dr. Katrin Schaudig

Völlig richtig. Ich musste schmunzeln über

„dass die Eier schrottig sind“. Ich weiß nicht, ob wir jetzt eine Klage von Eier-Diskriminierung bekommen. Aber ich hoffe nicht. Aber es ist einfach so. Die Eier sind eben dann auch schon 40, 45. Das darf man nie vergessen, die Eizellen werden uns bei Geburt mitgegeben und die werden nicht neu gebildet. Und es ist einfach so, genauso wie wir auch vielleicht insgesamt in unseren Körperfunktionen etwas nachlassen, wenn wir älter werden, genauso lassen auch unsere Eizellen an Qualität nach.

Katrin Simonsen

Also ist Rapamycin nicht sozusagen das Wundermittel für die nächsten Jahre?

Dr. Annick Horn

Ich könnte mir ganz gut vorstellen, dass man das vielleicht tatsächlich in so einer perimopausalen Transitionsphase, vielleicht kann man es wirklich irgendwo ganz geschickt einbauen. Aber ich glaube nicht, dass wir sagen sollten: „Damit sind wir die Sorgen los und haben fünf Jahre gewonnen.“ Das sehe ich nicht.

Katrin Simonsen

So. Und damit sind wir am Ende dieser Folge. Ich möchte mich ganz herzlich bei meinen beiden Gesprächspartnerinnen bedanken. Danke, Frau Dr. Schaudig. Danke, Frau Dr. Horn, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben und die vielen Fragen beantwortet haben.

Dr. Katrin Schaudig

Selber, war mir ein Vergnügen.

Dr. Annick Horn

Ja, total.

Katrin Simonsen

Dankeschön! Und damit sind wir nicht nur am Ende von Folge 25, sondern auch am Ende der zweiten Staffel. *Hormongesteuert* macht eine kleine Pause. Anfang Februar sind wir dann wieder zurück mit neuen, spannenden Gästen. Also, abonniert unseren Podcast, damit ihr dann den Start von Staffel drei nicht verpasst. Dankeschön fürs Zuhören. Danke auch für die vielen netten Mails mit dem schönen Feedback. Und wir freuen uns schon, wenn wir uns dann Anfang Februar wieder hören. Und hier

noch mal der Hinweis, dass es unsere Folgen auch zum Nachlesen gibt. Den Link dazu findet ihr in den Shownotes. *Hormongesteuert* hört ihr in der App der ARD Audiothek und überall, wo ihr sonst auch eure Podcast hört.

Hormongesteuert – der Wechseljahre Podcast mit Dr. Katrin Schaudig

Diese Transkription ist ein Service der MDR Redaktion Barrierefreiheit. Mehr barrierefreie Angebote finden Sie hier: <https://www.mdr.de/barrierefreiheit/index.html>