Die Rolle des Alters beim Kinderwunsch - über die Eizellreserve, den AMH-Wert & Eierstockverjüngung

Hallo und herzlich willkommen in der Kinderwunschsprechstunde von dm Glückskind. Ich bin Dr. Elena Leineweber, Frauenärztin, gynäkologische Endokrinologin und Reproduktionsmedizinerin. Hier spreche ich mit Expertinnen und Experten aus Medizin und Psychologie, stelle eure Fragen und begleite euch mit den aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnissen durch die Kinderwunschzeit.

Kinderwunschsprechstunde wird präsentiert von Doppelherz Mama Plus, dem Nahrungsergänzungsmittel von Doppelherz für Frauen vom Kinderwunsch bis zur Stillzeit.

Mein heutiger Gast in der Kinderwunschsprechstunde ist Dr. Tanja Eggersmann. Tanja ist Reproduktionsmedizinerin am Universitären Kinderwunschzentrum Lübeck-Manhagen und hilft dort nicht nur Frauen schwanger zu werden, sondern sie gehört auch zu den wenigen Ärztinnen, die sich in der Forschung engagieren. Eins ihrer Forschungsteam ist die Behandlung von Frauen, die vorzeitig in die Wechseljahre kommen. Wir haben in der Vergangenheit auch schon eine davon betroffene Patientin gemeinsam ortsübergreifend behandelt. Deswegen spreche ich heute mit Tanja über Kinderwunsch ab 35 und in diesem Zusammenhang über die Rolle des Alters beim Schwangerwerden. Wir klären den Begriff Eizellreserve und sprechen über die Aussagekraft des AMH-Wertes und über potenzielle Möglichkeiten die Eizellqualität und menge zu verbessern. Außerdem beantworten wir neben euren Fragen auch die Frage, ob man die Eierstöcke verjüngen kann.

Liebe Tanja, ich denke, vielen Frauen geht es so wie mir. Ich bin jetzt 35 Jahre und wenn du mit 35 oder älter noch keine Kinder hast, dann schauen dich manche Menschen leider schon fragend oder fast mitleidig an. Früher habe ich mich darüber total geärgert. Heutzutage, mit meiner Erfahrung aus meiner Sprechstunde in den letzten Jahren, muss ich sagen, ich kann es aus medizinischer Sicht nachvollziehen. Denn es ist wirklich keine Selbstverständlichkeit, dass man Ü35 mal eben easy schwanger wird. Wie hoch würdest du denn die Wahrscheinlichkeit mit 20, 30 oder mit 40 schwanger zu werden, einschätzen?

Meine Erfahrung zeigt, dass wir unsere weibliche Fruchtbarkeit völlig überschätzen. Es geht schon von Beginn an im Biologieunterricht in der Schule nur um, wie werde ich nicht schwanger? Bei der regelmäßigen gynäkologischen Vorsorge geht es häufig darum, wie verhüte ich am besten? Und dann wird uns auch noch in der Presse und über Social Media suggeriert, wir können easy 40, 50, 60 jährig auch noch Mutter werden, weil es uns die Celebrities vormachen. Wir haben aber das Faktum, dass es sich hierbei eben nicht um die eigenen Eizellen handelt, sondern meist um eine Spenderbehandlung von Eizellen handelt, wird dann verschwiegen.

Also es gibt Daten dazu, dass quasi eine Patientin oder eine Frau zwischen 20 und sagen wir mal 29, also in diesem Alterskollektiv pro Zyklus ungefähr 'ne Schwangerschaftswahrscheinlichkeitsrate von 20 bis 30% hat. Und dann ist natürlich kein großes Geheimnis, umso älter wir Frauen werden, umso geringer wird die Chance, schwanger zu werden. Also ich würde schätzen, bei 30 bis 40 Jährigen ist es ungefähr zwischen 10 und 20% und wenn wir dann das 40. Lebensjahr überschreiten, ist es sicherlich deutlich unter 10% Schwangerschaftsrate pro Eisprung.

Woran liegt das denn jetzt, dass man schwieriger schwanger wird? Und welche Rolle spielt das Alter beim Schwangerwerden?

Ich würd sagen, das Alter spielt mit den größten Faktor, der sich ändert in unserem Leben. Also ich meine, schwanger werden bedarf ja so viel mehr als nur jung zu sein oder sich im fruchtbaren Zeitraum aufzuhalten. Ich meine, wenn wir da noch mal einen Schritt zurückgehen, muss man Eisprünge haben. Das heißt, man muss einen regelmäßigen Zyklus haben. Man muss zum richtigen Zeitpunkt Verkehr haben, das also auch timen können. Dann müssen Samenzellen vorhanden sein, die sich bewegen und die in ausreichender Menge vorhanden sind, die dann die Eizelle finden. Die finden sich ja meist im Eileiter. Wenn dieser Eileiter, diese Autobahn zwischen Eierstock und Gebärmutter irgendwie verschlossen ist, dann können die sich gar nicht finden. Und dann muss eben die Eizelle befruchtbar sein. Wir sagen auch reif dazu. Und diese Fähigkeit reif zu werden, da spielt eben das Alter eine ganz, ganz große Rolle.

Mit zunehmendem Alter passieren da immer wieder Fehler in dieser Eizelle, sodass sie dann vielleicht die Samenzelle gar nicht einlässt. Oder sie lässt sich befruchten, aber lässt sich vielleicht auf falsche Weise fehlbefruchten. Manchmal lässt sie sich aber auch gut befruchten und der Embryo entwickelt sich weiter und wandert in die

Gebärmutter und nistet sich aber dann nicht ein, weil er auf dem Weg versteht „Oh, hier habe ich auch ein Problem, hier hat meine Eizelle oder auch die Samenzelle irgendwas nicht richtig gemacht." Und dann ist es von der Mutternatur ja auch so gewollt, dass es dann zu einer sogenannten Fehlgeburt kommt oder auch einem Abort.

Stichwort Alter, auf das wir anspielen. Umso älter wir werden, umso häufiger entstehen eben Fehler in diesem doch unglaublich faszinierenden Prozess.

Ich glaube, viele Frauen haben die Vorstellung, dass die Eizellen, so wie sie im Eierstock liegen, der ja quasi das Lager der Eizellen ist, mit dem Älterwerden auch an Qualität verlieren. Aber tatsächlich ist es so, wie du es auch eben schon schön erklärt hast, dass das eigentliche Problem, die Zellteilung und die fehlenden Reparaturmechanismen in diesem Reifungsprozess der Eizellen sind und eben nicht die Eizelle per se.

Ja, dem würde ich hundertprozentig zustimmen. Und ich weiß nicht, wie gut bekannt ist, dass wir Frauen ja mit Eizellen geboren werden. Also die bekommen wir ja nicht ab Pubertät irgendwie geschenkt, zusammen mit der ersten Monatsblutung, sondern wir haben die ja schon. Also mit ich glaube 20. Schwangerschaftswoche. Wenn wir also im Mutterleib unserer Mutter waren, da haben wir uns all unsere Eizellen und unseren, wir sagen ja auch Pool dazu oder unsere Menge an Eizellen, unsere Eizellenverfügbarkeit, die haben wir da bekommen und brauchen sie ja dann erst mal nicht. Dann kommen wir auf die Welt, dann sind wir Kleinkinder, dann kommen wir in die Pubertät. Und dann, wenn es eigentlich relevant werden würde, weil wir uns dann im fruchtbaren Zeitfenster befinden, da haben wir von diesen Millionen schon mehrere Millionen verloren und befinden uns nur noch im Bereich von 100.000.

Aber auch das reicht noch dicke, ne? Ich habe mal durchgerechnet: wir Frauen haben im Leben so 400 bis 500 Eisprünge, wenn wir regelmäßig ovulieren, also regelmäßig Eisprünge haben. Das heißt, es reicht dicke aus, diese 500.000 Eizellen, die wir von Mutter Natur geschenkt bekommen. Aber wie du ansprichst, gibt es Frauen, die verlieren die schon durch unterschiedliche Faktoren früher, also verbrauchen mehr. Und dann gibt es aber auch Frauen, die noch mit 40, 50 ausreichend Eizellen haben. Da spielt dann die Rolle eben der Reifung den entscheidenden Faktor. Das heißt, die Eizelle verliert die Fähigkeit befruchtbar zu werden. Und dann hilft mir auch noch hunderttausende Eizellen nichts mehr, die nicht, wenn die nicht performt.

In dem Zusammenhang mit dem Alter taucht ja häufig das 35. Lebensjahr auf. Das liegt daran, dass ab 35 bzw. in dem Zeitraum zwischen dem 35. und 40. Lebensjahr die Fruchtbarkeit in einem kurzen Zeitraum relativ schnell sinkt. Deswegen empfehle ich Frauen immer nicht zu lange zu warten, bis sie einen Arzt oder eine Ärztin aufsuchen, wenn der Kinderwunsch unerfüllt bleibt. Was sagst du dazu? Wann sollte jemand zum Arzt gehen oder zur Ärztin gehen, wenn es von alleine zu Hause nicht klappt?

Die bittere Nachricht ist ja, dass die Fruchtbarkeit schon mit 25 abnimmt. Das will ja keine Frau heutzutage hören. Aber du hast völlig recht. Ab 35 gibt es noch mal diesen steilen Peak nach unten. Und dieses Fenster, in dem wir eben Zeit haben, eine Familie zu gründen, wird immer geringer. Deswegen würde ich auch die 35 als so elegante Marke sehen.

Wenn ich unter 35 bin und einen Kinderwunsch habe und meine Verhütung absetze und mit meinem Partner den Geschlechtsverkehr vielleicht enger talme, als ich es früher getan habe, dann würde ich aber ganz entspannt mir ein Jahr Zeit lassen. Also vorausgesetzt, ich hab 12 Eisprünge im Jahr, weil ich einen regelmäßigen Zyklus hab. Wenn wir uns die erste Frage noch mal ins Gedächtnis rufen, da haben wir ja gelernt, das ist gar nicht selbstverständlich, natürlich im ersten Zyklus schwanger zu werden. Das heißt, da hat man durchaus Zeit, ein Jahr Geschlechtsverkehr zum optimalen Zeitpunkt zu praktizieren. Gesetzt den Fall, ich habe keine anderen einschränkenden Faktoren. Es gibt ja Frauen, die Voroperationen oder Vorerkrankungen haben, die das Schwangerwerden schon erschweren. Dann würde ich natürlich auch in diesem Fall unter 35 früher die Ärztin oder den Arzt meines Vertrauens oder den Spezialisten der Kinderwunschklinik aufsuchen.

35 ist so eine magische Grenze. Da haben wir ja eigentlich gelernt, die Frauen haben eine niedrigere Schwangerschaftswahrscheinlichkeit pro Zyklus, also müssten es eigentlich viel länger probieren als die jüngeren Frauen. Aber dadurch, dass sich das Zeitfenster schließt, würde ich schon so nach rund sechs Monaten den Experten aufsuchen. Einfach im Hintergrund wissend, dass natürlich auch Diagnostik Zeit kostet und die Diagnosestellung Zeit kostet. Und wenn wir dann vielleicht eine Therapie einleiten müssen oder wollen, dann kostet auch die Therapie Zeit.

Häufig erkenne ich, dass Patienten auch unsere Fähigkeiten als Reproduktionsmediziner überschätzen. Das heißt, wenn wir hier ganz ehrlich untereinander plaudern, haben wir auch keine Erfolgswahrscheinlichkeiten pro Zyklus von 100%, sondern wir befinden uns auch eher je nach Therapie bei vielleicht 10 bis 40

Prozent. Das heißt, auch da muss Zeit eingeplant werden für die Therapie. Und dann ist ja eben die große Frage: Wie viele Kinder will man? Also wie groß soll die Familie werden? Und wie erfolgreich ist dann eine erste Schwangerschaft im Sinne von vielleicht erlebt die Frau auch noch mal eine Fehlgeburt? Das ist ja auch mit 10 bis 30 Prozent ein trauriges, aber häufiges Ereignis. Dann dauert die Schwangerschaft neun Monate, dann ist man erstmal ein Jahr mit Baby beschäftigt, bis man an eine erneute Schwangerschaft denkt. Und das runtergebrochen kostet Zeit, wunderschöne Zeit, aber die müssen wir natürlich einplanen. Und dadurch, dass sich das fertile Fenster ab 35 langsam schließt, würde ich da schon frühzeitiger mehr Hilfe, unverbindliche Hilfe suchen, um zu gucken, ob alles in Ordnung ist.

Um die Fruchtbarkeit Ü35 zu untersuchen, werden Frauen an dieser Stelle häufig zu Reproduktionsmedizinerinnen geschickt. Kannst du einmal erläutern, welche Untersuchungen oder Tests bei uns dann durchgeführt werden?

Ja, sehr gerne. Also da ist ja immer noch Stichwort Schambehaftung. Ich gehe in eine Kinderwunschklinik und dann machen die ganz aufregende Sachen mit mir. Aber eigentlich ist es ganz entspannt bei uns. Wir lernen uns kennen bei einem Erstgespräch und erörtern die Anamnese der Patientin mit, im Sinne von welche Vorerkrankungen, welche Voroperationen, welche Medikamente nimmt sie, wie fit und gesund ist sie? Hat sie schon mal Schwangerschaften erlebt oder Kinder geboren? Und was der große Vorteil in einem Kinderwunschzentrum ist: Wir betrachten auch gleich immer den Partner. Also im besten Fall ist bei diesem Kennenlerngespräch der Partner dabei. Das heißt, den dürfen wir natürlich auch nicht vergessen und leiten auch hier Untersuchungen in die Wege im Sinne eines z.B. Spermiogramms, wir eben in der Samenflüssigkeit die Fähigkeit der Samenzellen zur Befruchtung untersuchen. Also wie viele Samenzellen sind da, wie schick sind die, wie bewegen die sich.

Und parallel findet in der Regel auch eine Untersuchung bei der Frau statt. Das heißt, wir können ja mit einem einfachen Ultraschall, den die meisten Frauen ja in ihrer Routinevorsorge auch bisweilen erleben. Transvaginal können wir ja schon die Gebärmutter uns genauer anschauen. Gibt es da vielleicht ein anatomisches Problem, warum man nicht schwanger wird? Wir können uns in gewissem Maße auch die Funktion des Eileiters angucken und natürlich den Eierstock als zentrales Hormonorgan können wir sehen und dessen Funktion schon mal so ein bisschen abschätzen. Und zusätzlich bieten wir eigentlich allen Paaren auch eine Hormonbasisdiagnostik an, in der wir dann schon mal grob, je nach Zyklus-Zeitpunkt überprüfen können, ob alles in Ordnung ist.

Und in dieser Hormonbasisdiagnostik gibt es ja auch einen ganz speziellen Wert, nämlich den Kurzarm-H-Wert oder auch als Anti-Müller-Hormon bezeichnet. Das ist ein Wert, der gibt uns so ein bisschen eine Aussage darüber, wie es um die Fruchtbarkeit sozusagen steht für die kommenden Jahre. Magst du das einmal genauer erläutern?

Ja, der AMH-Wert ist ein super Wert, weil er easy abzunehmen ist. Wie du schon sagst, einfach eine Blutentnahme. Der ist im Zyklus relativ stabil. Das heißt, du kannst ihn zu jedem Zyklus-Zeitpunkt abnehmen und dann gibt er dir eine positive Korrelation zu deiner Eizellverfügbarkeit. Also mit anderen Worten erklärt, das ist ein Hormon, das der Eierstock produziert. Genau genommen so Granulosa-Zellen, die umgeben die Follikel-Flüssigkeit, in der dann die Eizelle eingebettet ist im Eierstock. Und das heißt, wenn ich viele Granulosa-Zellen habe, also viele Eizellen habe, produziere ich auch viel von dem Hormon und kann das dann viel im Blut nachweisen. Während, wenn ich wenig Eizellen habe, ist der Hormonwert dementsprechend geringer, den ich dann in meiner Hormonanalyse im Blut nachweisen kann.

Genau. Und mit dem AMH-Wert als auch mit einer Ultraschalluntersuchung können wir eine relativ gute Aussage zur Eizellreserve machen. Die Eizellreserve gibt quasi die Anzahl an Eizellen an, die noch für die kommenden Jahre zur Verfügung stehen.

Wenn ich mich jetzt aber noch nie bei Reproduktionsmediziner:innen vorgestellt habe, dann weiß ich ja erst mal gar nicht, wie mein eigener AMH-Wert eigentlich ist. Denn man selbst merkt ja nicht, ob man eine hohe Eizellreserve hat oder nicht. Wie sinnvoll findest du es, den AMH-Wert zu messen?

Prinzipiell finde ich es wahnsinnig sinnvoll, erst mal darüber aufzuklären. Also ich habe in meinem Freundeskreis natürlich alle schon mit diesem AMH-Wert belästigt und gefragt, ob sie ihren eigenen AMH-Wert kennen. Und in der Regel ist der nicht bekannt tatsächlich, was ich sehr, sehr schade finde. Das heißt, ich würde mir wünschen, dass in der gynäkologischen Routinevorsorge, die wir Frauen in der Regel jedes Jahr oder zumindest alle 3 Jahre vornehmen sollten, dass es Thema wird, dass nicht nur die Verhütung Thema ist, sondern auch das Gegenteil, Zeitpunkt einer Schwangerschaft oder Planung einer Schwangerschaft Thema sein sollte. Und darüber in diesem Gespräch sollte auch der AMH-Wert Thema sein.

Der AMH-Wert, den muss man sicherlich kritisch sehen, ist kein Wert, der dir sagt, ob du jemals schwanger wirst und wann du schwanger wirst und wie schnell du schwanger

wirst, ne? Oder ob du schwanger bleibst. Er sagt dir wirklich nur aus, in deinem Alterskollektiv bin ich cool, also bin ich durchschnittlich oder bin ich vielleicht sogar überdurchschnittlich oder bin ich sogar unterdurchschnittlich? Und je nachdem, in welcher Lebensphase ich mich als Frau gerade befinde, kann es eine total wichtige Information für Selbstbestimmtheit sein.

Also ich denke da an Frauen, die ein langes Studium vor sich haben, die Familienplanung hinten anstellen wollen oder Frauen, die den nächsten Karriereschritt gehen wollen und auch da sich eine Familienplanung noch nicht vorstellen können. Oder auch Frauen, die frisch getrennt sind und sie da ihren Status quo einmal ermitteln wollen, bevor sie sich zum Beispiel für einen Social Freezing entscheiden, also das Einfrieren von unbefruchteten Eizellen, um da so ein bisschen die Zeit mit Hilfe von unserer Produktionsmedizinern anzuhalten.

Auch einen weiteren wichtigen Faktor finde ich, den AMH-Wert zu bestimmen, wenn du in einer Situation bist, wo dein Eierstock irgendwie gegebenenfalls Schaden zugefügt wird. Ich denke da an Eierstocksoperationen oder auch Chemotherapien aufgrund von Krebserkrankungen oder auch Bestrahlungen des Beckens aufgrund von Krebserkrankungen. Da finde ich es auch wichtig, den eigenen AMH-Wert zu kennen. Vorher, nachher und dann eben auch eine Konsequenz daraus zu ziehen. Im Sinne von „Wir schützen jetzt die Eizellen, die wir noch haben und die Reserve, die wir noch haben."

Jetzt kommt Werbung.

Weißt du eigentlich, wie du von Kinderwunsch bis Stillzeit immer die richtigen Nährstoffe für dich und ein Baby bekommst? Klar, gesunde Ernährung. Aber der Bedarf ist in dieser magischen Zeit eben deutlich höher als sonst. Und eine umfassende Nährstoffversorgung, die unterstützt Doppelherz Mama Plus mit Folsäure, B-Vitaminen sowie den Mineralstoffen Calcium, Magnesium, Eisen, Zink und Jod. Zusätzlich enthalten die Kapseln Omega-3-Fettsäuren, einschließlich 200 Milligramm DHA, bei nur 2 Kapseln täglich. Erhalte einmalig einen 30%-Vorteilscoupon auf Doppelherz Mama Plus. Einfach bis zum 31.10.2024 auf dm.de/kinderwunschsprechstunde freischalten und innerhalb von 25 Tagen online auf dm.de, der dm-App oder im dm-Harkt einlösen.

Das war die Werbung.

Ich denke, ganz wichtig ist, dass wir festhalten, dass der AMH-Wert eben was über die Menge der Eizellen, also über die Eizellquantität aussagt. Weil viele Frauen denken immer noch, wenn der AMH-Wert hoch ist, dann bedeutet es gleich, dass sie sehr gut schwanger werden. Aber so ist es leider nicht. Das eine hat mit dem anderen nicht direkt was zu tun.

Und ich denke, es ist auch ganz wichtig, dass unsere Zuhörerinnen mitnehmen, dass uns der AMH-Wert nur eine gewisse Richtung vorgibt. Ein niedriger AMH-Wert bedeutet nicht, dass man gleich im nächsten Monat eine hormonelle Stimulation machen muss oder dass man in einem Jahr nicht mehr schwanger werden kann. Ein niedriger AMH-Wert kann auch noch jahrelang niedrig stabil bleiben.

Wenn der AMH-Wert jetzt vielleicht in dem Bereich ist, der eher dazu führt, dass wir eine Konsequenz daraus ziehen oder der uns so ein bisschen beunruhigt. Gibt es denn dann eine Möglichkeit, dass man den selber beeinflussen kann, zum Beispiel mit dem Lifestyle oder irgendwelchen anderen Maßnahmen?

Ich wünschte, ich könnte die Frage mit Ja beantworten. Aber wenn ich ganz streng bin, beantworte ich sofort mit Nein. Mir ist keine Lifestyle-Intervention bekannt, mit der wir den reinen Hormonwert steigern können. Also, wie gesagt, wir kriegen ja unsere Eizellen zu Lebensbeginn und jeder hat eine unterschiedliche Anzahl an Eizellen und jeder hat auch einen unterschiedlichen Verbrauch über die Jahre. Es geht ja da nicht nur um die einzelnen numerischen Eisprünge, sondern wir wissen ja auch, der Eierstock schickt pro Eisprung gleich hunderte an den Start. Nur eine Eizelle setzt sich durch. Und diese Rekrutierung dieser anderen 100 Eizellen ist ja dann auch in Anführungszeichen „verloren". Und dann wissen wir auch, dass genetische Faktoren eine Rolle spielen. Ob die eine Frau eben schneller verbraucht als die andere, also auch früher dann in die Wechseljahre kommt als die andere oder eben auch früher sich das fertile Zeitfenster schließt.

Wir wissen natürlich, dass gewisse Lifestyle-Maßnahmen unterstützend wirken. Also erzähle ich uns aber nichts Neues, wenn ich sage, normalgewichtige Patientin, die Sport treibt und sich gesund ernährt, auf Zucker achtet, auf Alkohol, auf Drogenkonsum achtet, dass die auch ihren Eizellen was Gutes tut. Aber bisher haben wir in der Forschung noch keine definitive Therapie herausgefunden, die überzeugend die Eizellzahl plötzlich signifikant erhöht.

Wir kennen aber Faktoren, die die Eizellzahl signifikant erniedrigt. Dazu gehören zum Beispiel natürlich Chemotherapien, aber auch, und das kann man jetzt selber beeinflussen, Rauchen, oder?

Ja, definitiv. Rauchen ist da ein unglaublicher Einflussfaktor. Da klären wir, finde ich, viel zu wenig bisher auf. Es wird immer über Korrelation, Rauchen und Lungenkrebs und Rauchen und Gefäßerkrankungen gesprochen, aber das Rauchen auch den Eierstock schädigt. Das ist ein super guter Punkt, auf den ich hier auch gerne aufmerksam machen möchte.

Ich sage meinen Patientinnen häufig, wenn man Ü35 oder Ü40 ist, kommt es bei den Eizellen auf 2 Sachen an, auf die Quantität und auf die Qualität. Der AMH-Wert gibt uns aber eben nur eine Aussage über die Eizell-Quantität, also über die Menge der Eizellen. Welche Rolle spielt jetzt für dich die Qualität der Eizellen?

Ja, mindestens eine genauso große Rolle. Wir wissen, dass die Qualität über die Lebensjahre in der Regel immer schlechter wird und nicht besser. Natürlich gibt es auch schon sehr junge Frauen, die ein Eizellqualitätsproblem haben und dafür gar nichts können, die sich immer gesund ernährt haben, immer gesund gelebt haben, wo viele genetische Faktoren eine Rolle spielt, die wir manchmal nachweisen können in unserer Diagnostik, aber die auch manchmal ungeklärt bleiben und da keiner Schuld hat.

Aber die Quantität und die Qualität spielt so eine enorme Rolle beim schwanger werden. Denn was ich eingangs erzählt habe, wenn sich Samenzelle und Eizelle vereinigen, passiert da unglaublich viel Spannendes, wo wir als Reproduktionsmediziner auch quasi keinen Einfluss haben. Die Eizelle ist ja eine Körperzelle, die noch einen doppelten Chromosomensatz zum Beispiel hat. Und wenn dann die Samenzelle ihren Chromosomensatz mit einbringt, wir wissen ja, 50% Mutter, 50% Vater, dann muss die Eizelle schaffen, dass sie einen Chromosomensatz, also die Hälfte, ausscheidet oder ausstößt in ihren sogenannten Polkörper. Das macht die während so zwei ganz verrückten meiotischen Teilungen. Und da kann eben wahnsinnig viel schiefgehen. Und da wissen wir, umso älter wir Frauen werden, umso fauler werden die Reparaturmechanismen. Und dann passiert mal hier ein Fehler und mal da ein Fehler. Und dann passt plötzlich der Chromosomensatz nicht mehr.

Bekanntestes Beispiel ist zum Beispiel die Trisomie 21. Da sind dann drei Kopien des Chromosoms 21 vorhanden, also einer zu viel. Und das sind dann die sogenannten

Down-Syndrom-Kinder, die lebensfähig sind, aber per Definition eine Behinderung haben. Und umso älter die Frau wird, umso wahrscheinlicher ist das Eintreten eben dieser chromosomalen Veränderungen, die wieder auf eben fehlerhafte Reparaturmechanismen zurückzuführen sind.

Genau, das hatten wir ja auch schon vorhin einmal angesprochen, dass es eben eigentlich nicht die Eizelle per se ist, die schlecht wird, sondern vor allem dieser Zellteilungsprozess das zunehmende Problem wird.

Noch einmal zurück, du hattest es eben auch angesprochen, kann ich jetzt meine Qualität der Eizellen testen?

Nicht so richtig gut, tatsächlich. Also wir können in der Reproduktionsmedizin keinen Blutwert abnehmen oder keinen Test machen, um die Qualität irgendwie einzuordnen. Aber natürlich können wir im Verlauf einer Behandlung, wenn wir jetzt an künstliche Befruchtung denken und wir lassen dann eben in einer Petrischale, also außerhalb des Körpers einer Frau, einen Embryo entstehen durch Samenzelle und Eizelle, können wir die Embryonenqualität beurteilen. Das geht schon und darüber können wir wieder Rückschlüsse auf die Ursprungsform Eizellqualität oder Samenzellenqualität schließen. Aber es bleibt dann unklar, welcher der beiden Faktoren die größere Rolle spielt.

Und habe ich eine Möglichkeit, meine Eizellqualität zu verbessern, zum Beispiel mit Sport oder mit Ernährung?

Also nichts, was mich signifikant vom Hocker hauen würde. Aber natürlich würde auch keiner abstreiten, dass es nicht positive Effekte hat. Genauso ist ja das große Thema Nahrungsergänzungsmittel. Auch hier wissen wir, dass all diese Vitamine, Bausteine, Coenzyme, Enzyme, dass sie eine Rolle in dem Zellzyklus spielen und wichtig für diese biologischen Ablaufprozesse sind. Aber bisher es keine überzeugenden wissenschaftlichen Daten gibt, dass wir also wie Bonbons umsonst in unseren Kinderwunschzentren auslegen, weil wir sagen, jede Frau nimmt das und dann klappt es schon. Man geht davon aus, dass man über eine gesunde Ernährung da nicht im Mangel ist und durch diese Nahrungsergänzungsmittel natürlich auch immer die Gefahr der Überdosierung hat.

Aber natürlich verstehen wir, also ich sprech da jetzt mal für dich mit, wie unsere Patienten, die einfach gerne aktiv den Prozess unterstützen wollen, sodass da ein gesunder Lifestyle und eine gesunde Ernährung definitiv hilfreich ist.

Ja, danke, dass du noch mal auch die Datenlage da so schön zusammengefasst hast. Denn mir fällt schon auch auf, dass gerade im Internet und bei Social Media einem extrem viel Werbung für genau solche Nahrungsergänzungsmittel zugespielt wird. Und ich denke, es ist ganz, ganz wichtig zu wissen, dass man an dieser Stelle nicht zu viel Hoffnung in irgendwelche Nahrungsergänzungsmittel stecken sollte, sondern die er sieht als eine Kleinigkeit, die man zusätzlich zur Optimierung des ganzen Prozesses tun kann.

Darüber hinaus bieten ja einige Kinderwunschpraxen und Kliniken nun auch eine Behandlung zur Eierstockverjüngung an. Kannst du das vielleicht alles einmal erklären?

Also wir versuchen natürlich mit unseren Forschungsbemühungen, da diese Herausforderungen zu identifizieren, wie können wir die Frauen mit reduzierter ovarieller Reserve unterstützen, ne, weil es ist ja der Wunsch von diesen Patientinnen, dass sie mit ihren eigenen Eizellen schwanger werden und wenn die Eizellzahl reduziert ist, wie du schon angesprochen hast, wär es doch so elegant, die wieder so 'n bisschen zu pushen. Und dann ist man auf diese Eigenbluttherapie gekommen, die ist schon bekannt in anderen Fachbereichen, es gibt es tatsächlich schon eingespritzt in die Haut, eingespritzt in die Haarfollikel, wenn man mit Haarausfall zu kämpfen hat, auch eingespritzt in die Gelenke bei Arthrose. Also Orthopäden nutzen das auch schon relativ häufig mit guten Erfolgen, sodass sich die Reproduktionsmedizin jetzt überlegt hat, können wir denn unseren Frauen dort im Eierstock was Gutes tun?

Und die Therapie ist super elegant. Du nimmst einfach nur Blut ab, so rund 15 Milliliter, das sind so ein paar Esslöffel. Und dann zentrifugierst du das. Und durch diese Zentrifugation trennt sich das Vollblut in rotes Blut. Das sind so rote Blutkörperchen, weiße Blutkörperchen drin und gelbes Blut. Und in dem gelben Blut, da sind jetzt sehr viele Faktoren drin, von denen wir wissen, dass sie gegebenenfalls die Rekrutierung der Eizellen positiv beeinflussen, aber auch Wundheilung gut beeinflussen, Stammzellen an sich binden, Zytokine ausschütten, also Wachstumsboten, die wiederum andere Zellen anlocken, die wichtig sein können.

Und das heißt, nur diese Separation von aktivierten Thrombozyten und deswegen auch PRP, also plättchenreiches Plasma, das versuchen wir gerade in klinischen Studien, den Frauen in den Eierstock zu injizieren und dann zu überprüfen, ist es überhaupt effektiv? Also bilden die Patienten jetzt plötzlich mehr Eizellen? Das heißt, es wird aktuell nur im Rahmen eines abgestimmten Programmes angeboten und dann eine nachfolgende eben Stimulation des Eierstockes, um dann herauszufinden, wie viele Eizellen produziert sie denn überhaupt.

Wie sind denn jetzt deine Erfahrungen bisher mit dem Ergebnis? Würdest du sagen, das bringt was oder für wen bringt es was?

Daran bin ich noch dran. Also ich sehe, bei manchen Patienten funktioniert es wunderbar und bei manchen Patienten funktioniert das überhaupt nicht. Die sind eigentlich alle offenkundig auf dem Papier gleich die Patienten und trotzdem scheint es sie etwas zu unterscheiden, was wir noch nicht herausgefunden haben. Deswegen finde ich das Thema auch so spannend und beschäftige mich so intensiv damit und würde deswegen aber aktuell davon abraten, das flächendeckend einzusetzen und jeder Patientin anbieten zu wollen, sondern wir haben tatsächlich dort bestimmte Maßnahmen, die wir abfragen, um festzustellen, ist die Patientin denn für dieses Verfahren geeignet?

Und auch dann würde ich immer dazu appellieren, das in einem geeigneten Programm zu machen. Also mir nicht PRP spritzen zu lassen und dann freestyle schwanger werden, sondern wirklich zusammen mit dem Ärzteteam die Behandlung weiter fortzuführen, um dann das bestmögliche Ergebnis rauszuholen und uns natürlich auch die Möglichkeit zu geben, das zu dokumentieren und davon zu lernen. Also wir befinden uns da noch im Status eines experimentellen Verfahrens.

Ich denke, für viele Frauen erscheint es dennoch als eine Option, ihre Eizellenmenge zu erhöhen. Du hast schon gerade gesagt, du würdest es grundsätzlich nicht empfehlen. Was sind vor allen Dingen deine Bedenken dabei?

Also die großen Bedenken sind natürlich, dass wir noch nicht das Kollektiv herausgefunden haben, die davon profitieren. Dann ist es ein operativer Eingriff. Da muss man Vor- und Nachteile, Risiken und Komplikationen abwägen. Auch wenn ich dir jetzt sage und auch meinen Patienten sage, die halten sich in Grenzen. Es ist wirklich ein niederschwelliger Eingriff, bei dem wenige Komplikationen zu erwarten sind. Aber doch

ist es eine kleine Operation mit Risiken der Verletzungen und Blutungen oder auch Infektionen.

Dann ist mir auch ganz wichtig zu betonen, dass wir auch über Langzeitfolgen sprechen müssen. Ne, das Verfahren gibt es seit 2016, die Griechen haben das als allererstes begonnen, aber haben sich bisher noch nicht die Mühe gemacht, all ihre Patienten nachzubeobachten und das machen wir in Lübeck sehr konsequent, dass wir die bis zu 5 Jahre eben nachbeobachten. Bisher kann ich teasern, es gibt gar keine Komplikationen, ich mein den Müttern geht es gut, den Kindern geht es gut, die wir im Rahmen dieses Programms eben bekommen haben. Das heißt, ich bin da aktuell sehr entspannt, dass es eine sichere Option für die Zukunft sein wird. Aber noch möchten wir uns da halt weiteren Forschungsbemühungen anschließen, um dann eben am Ende für die Patienten eine effektive und sichere Aussage treffen zu können.

Ja, das hört sich sehr vielversprechend an und ich bin schon total gespannt, wie wir es in den nächsten Jahren sehen werden.

Jetzt ist es so, wir haben die ganze Zeit über uns Frauen gesprochen. Aber jetzt möchte ich auch mal über die Männer sprechen. Wie sieht es denn eigentlich bei den Männern aus? Verändert sich da auch die Fruchtbarkeit im Lebensverlauf?

Gott sei Dank, ja. Wäre ja sonst vielleicht auch ungerecht. Aber natürlich deutlich unspektakulärer und weniger auffällig, würde ich es formulieren. Sie haben den großen Vorteil, dass sie bis ins hohe Alter einfach Samenzellen nachproduzieren können. Ich glaube, das ist der entscheidende Punkt. Das heißt, so eine Samenzelle dauert ja glaube ich zwölf Wochen bis sie produziert ist. Jeden Tag produziert der Mann Samenzellen, so dass er da auch einfach einen stetigen Umsatz hat und nicht diese lange Zeit hat wie Frauen, die es von Geburt an haben.

Trotzdem nimmt die Fertilität des Mannes ab. Die Datenlage zeigt so, dass da 10 Jahre später kommt als bei den Frauen. Also mit 45 haben wir auch noch mal eine Einbuße, insbesondere eben der Qualität. Also da ist auch wieder dasselbe wie bei der Eizelle. Die Reparaturmechanismen nehmen langsam ab, die werden faul, nicht nur aber in den Samenzellen, sondern im ganzen Körper. Und dann passieren da auch wieder Fehler im Erbgut, wir sagen auch DNA-Integrität dazu. Und das fällt dann erstmal nicht auf, spürt man nicht. Aber wenn dann die Samenzellen zum Einsatz kommen und eben ihre

Funktion in der Eizelle ausleben sollen, dann wird es zum Problem oder kann es zum Problem werden.

Aber trotzdem fassen wir zusammen. Sie haben einen kleinen Vorteil. Die Männer können bis ins hohe Alter Väter werden, während wir Frauen da so ein bisschen eingeschränkter sind. Was eben daran liegt, dass die Spermien immer regelmäßig sozusagen nachproduziert werden und als Frauen mit unseren Eizellen geboren worden sind.

Genau. Und am Ende ist es deswegen auch schon so, dass das Alter der Frau beim Schwangerwerden wichtiger ist als das Alter des Mannes.

Ja, du musst ja auch bedenken, wir müssen das Kind austragen. Das heißt, umso älter die Frau wird, auch wenn die Schwangerschaft erfolgreich entstanden ist, wissen wir, dass umso älter wir Frauen werden, wir auch mehr Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft mitnehmen. Das heißt, wir wissen, dass da mehr zum Beispiel Schwangerschaftszucker entsteht oder mehr Bluthochdruck oder auch Schwangerschaftsvergiftungen, die dann auch wieder für Mutter und Kind zu Problemen werden. Und da wissen wir, umso jünger die Frauen sind, umso weniger häufig kommt das vor. Aber auf der anderen Seite gibt es wunderschöne Schwangerschaften über 40 ohne Komplikationen. Das heißt, da ist der individuelle Verlauf total unterschiedlich.

Du hast jetzt gerade schon einen super Übergang geschaffen zu noch drei Fragen, die ich in der Community gesammelt habe und auf die wir bisher nicht eingegangen sind.

Schwanger werden Ü40: Findest du das Risiko für eine Schwangerschaft Ü40 zu hoch?

Nein. Aber man sollte informiert sein und sich den Risiken und Komplikationen bewusst sein. Und wenn man die tragen kann und die Konsequenzen kennt, dann machen.

Okay. Wie sinnvoll findest du eine AMH-Messung für jeden?

Das ist eine total schwierige Frage, weil bei mir aufgrund der Beschäftigung mit den vorzeitigen Wechseljahren, es sind ja Wechseljahre vor dem 40. Lebensjahr, natürlich

zwei Herzen in meiner Brust schlagen. Das eine Herz sagt Aufklärung, Aufklärung, Aufklärung. Jede Frau sollte den AMH-Wert kennen, also nicht ihren eigenen, aber dass diese Möglichkeit besteht, den AMH-Wert zu messen. Und dann natürlich die Hoheitsgewalt über sich zu haben, zu sagen, ich möchte den jetzt wissen oder ich möchte den nicht wissen.

Aber das zweite Herz an meiner Brust sagt natürlich auch, nicht für jede Frau ist dieser AMH-Wert in jeder Lebenssituation zielführend. Weil wir haben darüber gesprochen, was er kann und was er nicht kann. Also, er hat Limitationen und er ist immer nur ein Ausdruck eines Status quo. Das heißt, sich auf einen AMH-Wert auszuruhen, ist auch fehlerhaft.

Das heißt, grundsätzlich glaube ich, ist es nicht sinnvoll, den AMH-Wert allen Frauen anzubieten, aber es ist sehr sinnvoll, mit allen Frauen über den AMH-Wert zu sprechen, um dann in der jetzigen Lebenssituation, in der sich die Frau befindet, beruflich, privat, mit Partner, ohne Partner, mit Kinderwunsch, ohne Kinderwunsch, vor OP, vor Chemotherapie, ganz ohne Kinderplanung im konkreten Sinn. Einmal klar darüber zu werden, ist der jetzt für mich sinnvoll? Ja oder nein? Und dann machen oder lassen?

Ja, fände ich einen super Ansatz. Da kann ich dir ganz zustimmen.

Und die dritte Frage ist, wie gehst du mit Patientinnen um, die vorzeitig in die Wechseljahre kommen?

Ja, das ist eine sehr schöne Frage. Vorzeitige Wechseljahre sind eine wirklich traumatische Erfahrung für die Patienten, weil in der Regel keiner damit rechnet. Wir spüren das nicht, wir spüren unsere Fertilität nicht. Das heißt, wir fühlen uns jung, dynamisch, erfolgreich und dann ist die Diagnose meist wie ein Schlag ins Gesicht. Die meisten Patienten rechnen nicht damit.

Das heißt, diesen Patienten muss man sehr, sehr viel Zeit und sehr viel Empathie schenken, um die aufzufangen, um ihnen das zu erklären. Und im zweiten Schritt, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, diese Erkrankung zu verstehen, hilft häufig Diagnostik zu machen. Denn immer, wenn wir einen Grund finden, können wir etwas besser einordnen, etwas besser verstehen. Manchmal gibt es schon in der Familie so Hinweise, dass die Schwester oder die Mama auch schon weit vor dem 40. Lebensjahr

in die Wechseljahre gekommen ist, dann finden wir manchmal Faktoren, die vererbbar sind.

Aber in den allermeisten Fällen finden wir gar keine Ursache, was dann auch auf der einen Seite frustrierend sein kann, aber auf der anderen Seite eben ein ganz wichtiger Prozess ist, um diese Erkrankung zu verarbeiten, um auch zu verstehen, dass ich als Frau keine Schuld daran trage, dass ich jetzt in die vorzeitigen Wechseljahre gekommen bin. Dann im nächsten Schritt muss man sich über die Therapieoptionen im Klaren sein, was ist das Ziel. In der Regel ist das Ziel natürlich die Gesundheit der Frau. Und wir wissen ja, wenn Frauen vorzeitig in die Wechseljahre kommen, dann fehlen ihnen einfach über mehrere Jahre bis Jahrzehnten Hormone. Und das wichtigste Hormon ist da das Östrogen. Und das brauchen wir nicht nur für unseren Glow in der Haut, sondern eben auch für unsere Knochengesundheit und Herz-Kreislauf-Gesundheit. Und Gehirnfunktion. Also, es ist ein Hormon, das multifaktoriell im Körper Aufgaben hat.

Und das würde man mit der Patientin besprechen, ob man das dann ersetzt über den Zeitraum, in der ihr eben das Hormon fehlt, weil vorzeitige Wechseljahre ja nichts anderes heißt, dass der Eierstock einfach frühzeitig seine Funktion und eben auch seine Hormonfunktion neben seiner Eizellproduktion eingestellt hat.

Ich denke, unsere Zuhörerinnen konnten ganz viele hilfreiche Tipps mitnehmen. Und jetzt verabschiede ich mich und wir hören uns in der nächsten Kinderwunschsprechstunde.

Das war die Kinderwunschsprechstunde von dm-Glückskind. Hat euch die Folge gefallen? Dann abonniert doch den Podcast und lasst uns gern eine Bewertung da oder schreibt eure Fragen an podcast@glueckskind.de. Glückskind unbedingt mit u.e. Kinderwunschsprechstunde ist ein Podcast von dm-Glückskind in Zusammenarbeit mit Mentalstark, produziert von Mit Vergnügen.