Elena & Sally beantworten Eure Fragen zu Endometriose, PCO-Syndrom, Immunologie und Fehlgeburten

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 TTSEPT Femi Baby-Baby-Planung, dem Nahrungsergänzungsmittel für umfassende Versorgung bei Kinderwunsch.

Die letzten 5 Folgen haben sich um die Themen Endometriose, Übergewicht, Immunologie, P.C.O.S. und Fehlgeburten gedreht und zu diesen Themen möchten wir heute eure Fragen beantworten. Für Fragen zum Thema Mindset und Emotionen habe ich Sally an meiner Seite. Sally ist Psychologin und Kinderwunschberaterin bei Mentalstark und damit die perfekte Ansprechpartnerin, wenn es um diese Themen geht. Gemeinsam wollen wir, wie in einer richtigen Kinderwunsch-Sprechstunde, alle eure Fragen rund um den Kinderwunsch beantworten. Hi Sally. Ja, hi Ela, dann steigen wir direkt ein mit den Fragen, ne? Ja, lass uns loslegen.

Zum Thema Endometriose habe ich von Silke mehrere Fragen bekommen und die gehen wir jetzt mal nacheinander durch. Sie wollte wissen, wirkt sich der Schweregrad der Endometriose auf den Kinderwunsch aus?

Also grundsätzlich möchte ich an der Stelle direkt einmal sagen, dass man mit Endometriose auch ganz natürlich schwanger werden kann. Nur weil man Endometriose hat, bedeutet das nicht gleich, dass man auch mit dem Schwangerwerden ein Problem haben kann. Aber es ist schon so, dass man sagen kann, je stärker der Grad der Endometriose ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass es vielleicht doch ein Problem gibt mit dem Kinderwunsch.

Und heißt stärker immer mehr Schmerzen oder heißt halt stärker mehr Herde? Also wenn ich jetzt ja so weiß, ich habe Endometriose, dann merke ich ja meine Endometriose in der Regel an Schmerzen. Aber das sagt mir ja nicht, wo die ist, wie die ist.

Genau, da hast du vollkommen recht. Also der Schweregrad der Endometriose, der wird entweder heutzutage mittels Ultraschall oder in einer Operation an ganz bestimmten Kriterien festgelegt. Und da gibt es quasi ein Schema, wie man das einteilt. Und dabei werden die Schmerzen bzw. die Intensität der Schmerzen einer Frau nicht berücksichtigt. Denn nur anhand dieser Intensität der Beschwerden kann man nicht gleich auf den Schweregrad der Endometriose zurückschließen. Tatsächlich ist es auch so, dass einige Frauen nachweislich Endometrioseherde haben, aber gar keine Beschwerden haben. Und andere Frauen, die haben einige Endometrioseherde und eigentlich im Ultraschall bzw. in der Operation eher einen niedrigen Schweregrad, aber haben dann doch erhebliche Beschwerden damit.

Ja, und das ist psychologisch, glaube ich, wichtig zu verstehen, weil es geht nicht darum, dass sozusagen die Medizin sagt, deine Schmerzen zählen nicht, sondern die Schmerzen sagen halt nicht vorher, wie gut oder schlecht man schwanger werden kann. Und da muss man ein bisschen aufpassen, dass man von schwerer oder leichter Endometriose spricht, man nicht zwei Sachen in einen Topf wirft, nämlich die Schmerzen und die Auswirkungen auf den Kinderwunsch.

Und die nächste Frage, die dann Silke gestellt hat, war „Wann kommen Herde nach einer OP wieder zurück?" Das ist eine sehr interessante Frage und es wäre toll, wenn wir Ärzte das wüssten, aber leider können wir das nicht beantworten. Das ist nämlich ganz individuell. Bei einigen Patientinnen kommt die Endometriose nach einer Operation überhaupt nicht zurück und bei anderen ist sie relativ schnell wieder da, obwohl die vielleicht sogar Maßnahmen ergriffen haben, dass die Endometriose nicht so schnell zurückkommt, wie zum Beispiel die Einnahme von hormonellen Medikamenten.

Jetzt wurde noch eine Frage gestellt. Wann ist denn dann Endometriose kritisch für den Kinderwunsch?

Bei einigen Patientinnen mit Endometriose ist das Schwangerwerden überhaupt gar kein Problem. Aber bei einem größeren Teil ist es vielleicht dann doch nicht ganz so einfach. Und da müssen wir einmal drauf schauen, was sind denn eigentlich die Probleme bei

einer Endometriose oder warum gibt es da eigentlich diesen Zusammenhang mit dem unerfüllten Kinderwunsch? Und ein großer Punkt ist eben diese Entzündungsaktivität. Diese chronische Entzündung im Körper kann eben dazu führen, dass es mit dem schwanger werden nicht ganz so easy ist. Hinzu kommt auch, dass bei einigen Patientinnen mit Endometriose die Eileiter mit betroffen sind und die Endometriose kann dann dazu führen, dass die Eileiter entweder nicht durchgängig sind oder keine normale Funktion haben. Eigentlich sollen die ja die befruchtete Eizelle weiter transportieren in die Gebärmutter, aber wenn die von einer Endometriose befallen sind, dann kann es sein, dass genau das nicht mehr richtig funktioniert.

Und vielleicht auch noch eine Sache, die relativ häufig vorkommt, ist, dass Endometriosepatientinnen auch häufiger mal eine sogenannte Adenomyose haben. Früher wurde die Adenomyose als Sonderform der Endometriose bezeichnet. Heute weiß man, dass dabei eigentlich Gebärmutterschleimhautgewebe in die Muskelschicht der Gebärmutter einwächst. Aber es kommt eben häufig beides zusammen vor und auch diese Adenomyose kann sich negativ auf die Einnistung auswirken.

Ja, und bei dem, was du jetzt erklärt hast, also diesen Entzündungsprozess zum Beispiel im Zusammenhang mit dem Eileiter, da ist es ja auch wieder so, das muss nicht eine riesen Entzündung sein, um so eine feine Struktur wie den Eileiter zu verkleben. Also auch da kann man von außen nicht unbedingt sagen: Boah, da müssen bei einer Frau im Blut super krasse Entzündungswerte sein. Sondern auch da kann es ja manchmal notwendig sein, eine O.P. zu machen oder eine Eileiterdurchgängigkeitsprüfung oder so und zu gucken, könnte das vielleicht der Fall sein, ne? Also so diese Idee von wann ist es kritisch oder wie schwer ist die Endometriose, es ist halt von außen schwer zu beurteilen, ne?

Ja, genau so ist es und es macht auf jeden Fall Sinn, wenn man Endometriose hat und unerfüllten Kinderwunsch hat, einmal diese Eileiter immer abklären zu lassen. Aber auch an der Stelle muss ich sagen, wie ich es eben erklärt habe, die Funktion der Eileiter ist auch ganz wichtig. Es kann also sein, dass die Eileiter formell erst mal durchgängig sind und ich das sehen kann, aber die eben trotzdem nicht ihren Job machen. Und das sind Situationen, wo man dann auch zumindest im Verlauf so einer Kinderwunschbehandlung empfehlen würde, eine künstliche Befruchtung mit einer I.V.F. durchzuführen.

Und so Pi mal Daumen kann man vielleicht sagen, wenn eine Frau Endometriose hat, die ist unter 35, würde man ja normalerweise ohne Endometriose, würde man sagen, erst

mal 12 Monate probieren, bevor man ärztliche Hilfe sucht. Wenn man jetzt weiß, man hat Endometriose, vielleicht lieber mal nach 6 Monaten erste ärztliche Hilfe anfragen und es kann immer noch sein, dass dann die ersten Untersuchungen ergeben: nee, grünes Licht sieht gut aus. Und dann hat man aber einen Anhaltspunkt.

Ja, da gebe ich dir vollkommen recht. Und jetzt noch eine Frage zu Endometriose und niedrigem AMH: kann man schwanger werden?

Auf jeden Fall kann man schwanger werden und man kann auch mit Endometriose und niedrigem AMH ganz natürlich schwanger werden. Aber es ist natürlich so, dass wenn man einen niedrigen AMH-Wert hat, dann weiß man so ein bisschen, okay, die Menge an Eizellen, die noch da sind, die ist nicht mehr so wahnsinnig groß. Das heißt, wir haben im Hinterkopf schon auch immer so ein bisschen die Zeit. Und in so einer Situation würde ich einer Patientin niemals empfehlen, erst mal nach Hause zu gehen und das drei Jahre weiter zu Hause zu probieren. Sondern da sage ich immer, es ist super, dass sie jetzt da sind und jetzt starten wir mit einer Kinderwunschbehandlung. Und das muss nicht gleich bedeuten, dass man direkt eine künstliche Befruchtung mit IVF oder ICSI macht. Aber man sollte dranbleiben, denn der Zeitfaktor spielt auch eine gewisse Rolle.

Ja, und bei der Konstellation Endometriose und niedriger A.M.H. würde es ja auch 'ne Rolle spielen, ist der A.M.H. jetzt sozusagen entsprechend zum Lebensalter normal niedrig, so wie der halt mit 1 42 zum Beispiel ist. Oder ist das 'ne super junge Frau, die 'n Endometriom am Eierstock hat, das die Funktion beeinträchtigt? Das sind ja 2 völlig unterschiedliche Situationen, die man jetzt so eigentlich auch nicht in einen Topf werfen könnte, ne?

Genau, ist auch super, dass du das noch mal angesprochen hast. Das muss man natürlich immer ganz individuell sehen und bewerten. Und es gibt mittlerweile auch ein tolles Entscheidungskriterium, was so ein bisschen helfen kann zu entscheiden, wie schnell sollte ich denn jetzt so eine Kinderwunschbehandlung angehen und vor allen Dingen, wie sollte ich sie angehen, direkt mit einer IVF oder ICSI? Und das ist der sogenannte Endometriose-Fertilitätsindex. Und das ist so ein Tool für uns Ärzte, wo man so ein bisschen besser entscheiden kann anhand objektivierbarer Kriterien. Soll ich jetzt einer Patientin eher empfehlen, direkt eine künstliche Befruchtung mit IVFXI zu machen oder kann ich es noch natürlich mit ihr versuchen, wenn die Gegebenheiten das halt eben zulassen? Und da werden zum Beispiel Sachen berücksichtigt, wie, wie lange besteht denn eigentlich schon der Kinderwunsch? Welchen Schweregrad hat sozusagen die Endometriose oder sind die Eileiter durchgängig oder nicht?

Du hast ja eben schon erklärt, Adenomyose und Endometriose wurden früher so ein bisschen immer zusammengepappt. Jetzt weiß man, das muss man auch individuell betrachten. Und da wurde gefragt, was tun bei Adenomyose und Kinderwunsch?

Ja, in so einer Situation, da stellt sich mir immer die Frage, ist die Adenomyose denn wirklich auch der einzige Grund, warum es mit dem schwanger werden nicht klappt? Weil bei der Adenomyose ist es genauso wie bei der Endometriose. Man kann natürlich schwanger werden. Und wenn jetzt jemand mit Adenomyose unerfüllten Kinderwunsch hat, dann ist es mir mal ganz wichtig, dass erst mal alle möglichen anderen Ursachen, die in Frage kommen würden, abgeklärt worden sind, bevor man sich so auf die Adenomyose fixiert.

Wenn man das gemacht hat und wirklich davon ausgeht, dass das die Ursache sein könnte, dann gibt es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Da hängt es auch noch so n bisschen von ab, ist die Adenomyose auf ein bestimmtes Areal in der Gebärmutter beschränkt oder ist kommt die quasi überall in der Gebärmutterwand vor? Und abhängig davon würde man dann eine Empfehlung aussprechen, weiß die Patientin jetzt einfach, dass sie eine Adenomyose hat und plant in Zukunft schwanger zu werden und nimmt vielleicht aktuell sogar noch die Pille, also ein hormonelles Präparat. Dann würde man in einer solchen Situation empfehlen, die Pille tatsächlich zu nehmen, bis sie dann auch de facto schwanger werden möchte. Denn dann kann man eben auch diese Entzündungsaktivität der Adenomyose durch dieses hormonelle Präparat oder die Pille reduzieren und hat dann bessere Voraussetzungen direkt in dem ersten Zyklus nach dem Absetzen der Pille.

Also an der Stelle hört man wieder raus, es gibt wirklich Erkrankungen oder Indikationen, wo es Sinn macht, die Pille ganz, ganz lange Zeit zu nehmen, nämlich bis zu dem Zeitpunkt, wo man schwanger werden möchte und sie nicht irgendwie schon 2 Jahre vorher abzusetzen. Und dann, wenn es mit dem Kinderwunsch losgeht, auch nicht zu sagen, „Okay, wir haben mal Sex, wann wir wollen", sondern dann auch zu sagen, man trackt den Zyklus, vielleicht auch mit Ovulationstests und versucht dann wirklich schon auch ziemlich mit „Sex nach Kalender" dann zu gucken, dass man die Zyklen dann nutzt ab dem Moment, wo man dann das abgesetzt hat, ne.

Ja, und wenn man jetzt schon länger in der Kinderwunschbehandlung ist oder vielleicht auch schon so weit ist, dass man künstliche Befruchtungen mittels IVF oder ICSI macht,

dann kann es eben einige Medikamente geben, mit denen man quasi so eine Vorbehandlung macht, bevor man den Embryotransfer oder auch eine hormonelle Stimulation macht und die sich dann positiv auf diese Adenomyose-Aktivität auswirken können.

Und leitet das schon zu der letzten Frage hin, die wir zu dem Bereich bekommen haben, nämlich, was ist mit Down-Regulation für 3 Monate? Kannst du vielleicht erst mal erklären, was das ist? Die Frage wurde auch im Kontext Endometriose und Adenomyose gestellt.

Genau, das ist ein Medikament, an das ich auch eben gerade schon gedacht habe, dass man eben gibt, um diese komplette hormonelle Achse, wie der Name schon sagt, Down zu regulieren, also herunter zu regulieren. Damit hat man quasi vorübergehend eine Situation wie in den Wechseljahren. Und dadurch fährt man diese ganze hormonelle Aktivität und auch dann die Entzündungsaktivität herunter. Und die Adenomyose dämmt sich dadurch zumindest vorübergehend ein bisschen ein. Und dann macht man nach so einer Down-Regulation möglichst schnell zügig weiter mit der Kinderwunschbehandlung oder einem Embryotransfer und hat dann positivere Voraussetzungen. Also wenn man es jetzt ein bisschen esoterisch ausdrücken will, ist das so Nestvorbereitung.

Ja, das hast du sehr gut zusammengefasst.

Okay, jetzt gehen wir mal zum nächsten Thema. Und zwar haben wir von Caro ein paar Fragen zum Thema PCO-Syndrom erhalten. Und sie wollte erst mal wissen, ob PCOS und Insulinresistenz immer zusammen auftreten.

Also „immer" gibt es wahrscheinlich auch in der Medizin einfach nie. Und deswegen muss ich auch dazu sagen, nein, Insulinresistenz und PCOS kommen definitiv auch getrennt vor. Aber mit einem polyzystischen Ovarialsyndrom hat man eben ein höheres Risiko für eine Insulinresistenz. Und eigentlich sollten auch alle Frauen, die ein polyzystisches Ovarialsyndrom diagnostiziert bekommen haben, einmal bezüglich einer Insulinresistenz getestet werden.

Ja, okay. Und die Frage geht jetzt weiter. Caro nimmt Metformin und sie will eigentlich wissen, ob es naturheilkundliche Verfahren gibt, so dass sie von dem Metformin

wegkommen kann, das weglassen kann und dafür lieber was naturheilkundliches machen kann. Was sagst du dazu?

Also ja, es gibt ein Nahrungsergänzungsmittel, das ähnlich gut funktioniert wie das Metformin und das ist das sogenannte Inositol. Aber es gibt zu dem Inositol nicht so viele gute Studien und die Datenlage zum Metformin, die ist definitiv besser. Es wird aber häufig eben nicht ganz so gut vertragen. Deswegen empfehle ich immer den Patientinnen eigentlich, wenn möglich, das Metformin zu nehmen. Wenn die damit überhaupt nicht zurechtkommen, dann wäre für mich das Inositol so ein bisschen die zweite Wahl.

Und jetzt hatte sie ja explizit danach gefragt, was kann man denn eigentlich naturheilkundlich machen? Also das Natürlichste, was man gegen eine Insulinresistenz machen kann, ist, dass man regelmäßig Sport treibt. An der Stelle auch gerne Ausdauertraining und dass man die Ernährung umstellt. Aber das ist natürlich auch alles sehr, sehr anstrengend und bedeutet sehr, sehr viel Selbstdisziplin.

O.K. und jetzt haben wir noch eine Frage zum Thema PCOS, die ist so ein bisschen, ich sag mal, allgemeiner gehalten, PCOS und Schwangerschaft, gibt es da was zu beachten?

Also wir haben ja gerade schon über PCOS und Insulinresistenz gesprochen und gesagt, ja, das kommt schon häufiger zusammen vor und da ist es jetzt eben so, wenn man auch eine Insulinresistenz hat, dann hat man tendenziell auch ein erhöhtes Risiko für ein Diabetes in der Schwangerschaft. Und da sollte man natürlich drauf achten. Und das sind Patientinnen, denen würde ich immer empfehlen, mindestens einen so einen oralen Glukosetoleranztest zu machen und auch an der Stelle den, der sensitiver ist, nämlich der sogenannte große Zuckertest, dieser 75 Gramm orale Glukosetoleranztest, der zwar vielleicht ein bisschen unangenehmer durchzuführen, aber einfach in der Auswertung und im Ergebnis viel genauer.

Kann das jede Frauenärztin einen Frauenarzt machen, der eine Schwangerschaft betreut?

Ja, das machen die nicht unbedingt immer alle selber, aber die haben natürlich dann häufig Diabetologen, mit denen die zusammenarbeiten oder wo sie ihre Patientinnen

gerne hinschicken. Und wenn sie es nicht selber machen, dann kann das bei denen durchgeführt werden.

Und müsste ich dann sagen, ich möchte den großen Zuckertest statt den kleinen? Oder was muss ich tun, um das zu bekommen?

Naja, ich würde sagen, im besten Fall wird es von der Gynäkologin oder dem Gynäkologen dann auch schon vorgeschlagen. Aber es macht natürlich auch immer Sinn, dass man selber so ein bisschen mitdenkt und das Thema einmal anspricht. Und dann kann man das machen.

Jetzt kommt Werbung.

Familienplanung ist eines der spannendsten Kapitel im Leben. Für dein Baby ist es wichtig, dass du bereits vor dem Eintritt einer Schwangerschaft rundum mit Nährstoffen versorgt bist. T.T. Sepp Femi Baby Babyplanung enthält speziell abgestimmte Nährstoffe, die bei der Babyplanung unterstützen. Folsäure unterstützt den Folatspiegel, während Vitamin B12 und Vitamin B3 zu einer normalen Funktion des Immunsystems beitragen. Jod trägt zu einer normalen Produktion von Schilddrüsenhormonen bei und Zink unterstützt eine normale Fruchtbarkeit. Erhalte einmalig einen 30-%-Vorteilscoupon auf TTSEPT Femi-Baby-Baby-Planung einfach bis zum 21. Juni 2025 auf dm.de/kinderwunschsprechstunde freischalten, in der dm-App aktivieren und innerhalb von 25 Tagen auf dm.de in der dm-App oder in deinem dm-Markt einlösen.

Das war die Werbung.

Jetzt gehen wir mal zum nächsten Bereich und heute in der Fragenfolge sind ja auch noch die Fragen zum Thema Immunologie dran. Da hattest du ja eine ganz tolle Folge mit dem Professor Christian Gnod auch gemacht. Ich würde auf jeden Fall allen empfehlen, sich erst diese Folge anzuhören, bevor man jetzt die Fragen hört, weil da wird super viel halt erklärt und gerade im Bereich Immunologie geht es ja auch so in den Übergang zu Add-Ons oder Zusatzbehandlungen. Und da versuchen wir uns jetzt mal ein bisschen durchzuwurschteln. Die Fragen sind super speziell, die uns da eingereicht wurden. Und zwar wollte eine Followerin wissen, wie eine Immunisierung funktioniert. Und da müssen wir vielleicht erst mal erklären, was mit Immunisierung im Kontext Kinderwunsch gemeint ist.

Genau. Also zum Thema Immunologie gibt es ja ganz verschiedene diagnostische Aspekte oder auch therapeutische Aspekte in der Kinderwunschmedizin, die wir, wie du eben schon gesagt hast, in der Folge alle mal so ein bisschen genauer beleuchten. Kurz zusammengefasst: Man kann zum Beispiel die Kompatibilität der Partner mittels HLA und KIR-Bestimmung testen. Man kann auch die Anzahl von regulatorischen T-Zellen untersuchen oder man kann die Anzahl von den natürlichen Killerzellen in der Gebärmutter untersuchen. Und eine therapeutische Möglichkeit wäre eben auch und das beantwortet jetzt die Frage diese Immunisierung mit sogenannten Partnerlymphozyten. Das ist eine spezielle Behandlungsmethode, bei der versucht wird, das Immunsystem der Frau zu beeinflussen, damit jetzt im Kontext mit dem Kinderwunsch eine erfolgreiche Einnistung von der befruchteten Eizelle in der Gebärmutterschleimhaut gefördert wird. Und es wird gemacht, indem sie quasi eine Impfung bekommt aus dem Lymphozyten des Partners. Also es wird quasi dem Partner Blut abgenommen und dann wird und das wird typischerweise nicht von uns Reproduktionsmedizinern gemacht, sondern von den Transfusionsmedizinern eine Aufbereitung gemacht mit dem Blut und dann wird quasi daraus wie ein, man könnte sagen, Impfstoff kreiert, der dann dazu führen soll, dass das Immunsystem der Frau nicht mehr negativ auf diese befruchtete Eizelle reagiert.

Ich finde, wenn man da jetzt so zuhört und denkt, boah, man hat vielleicht mehrfach eine Kinderwunschbehandlung gehabt und es kam zu keiner Einnistung, da merke ich so, ich will sofort quasi jetzt kaufen anklicken. Und du hast ja ganz oft auch gesagt, soll. Das heißt, das sind Annahmen, die irgendwie dahinter stehen, dass das Immunsystem irgendwas macht, was dann die Einnistung verändert. Aber sind diese Annahmen schon belegt?

Nein, das sind sie eben. Leider nicht. Es gibt einzelne Studien, die da auf einen Vorteil hinweisen. Aber man muss sagen, ganz klar, auch bei dieser Methode, die ist nichts für jedes Paar. Es gibt tatsächlich auch bestimmte sogenannte Kontraindikationen, weswegen Paare oder Partner ausgeschlossen werden, wo die Behandlung überhaupt nicht gemacht wird. Und es kommt auch dazu, dass diese Behandlung mit Nebenwirkungen und auch langfristigen Einschränkungen einhergehen kann, und deswegen würde ich sagen, das ist eine ganz individuelle Entscheidung, die auch nur zusammen mit den Transfusionsmedizinern, die das dann eben durchführen, getroffen werden sollte.

Ja, und hier ist wahrscheinlich ähnlich, wie du das auch eben bei der Adenomyose gesagt hast. Man sollte sich jetzt nicht voll krass darauf einschießen und sagen, hier hat die Einnistung nicht geklappt, es muss das Immunsystem sein. Und ein Risiko ist ja auf jeden Fall, dass man möglicherweise viel Zeit und Energie in in etwas investiert, was am Ende keine Wirkung hat. Das muss man als Risiko bei der Methode auch nennen, oder?

Ja, absolut. Und ich persönlich sage auch meinen Patientinnen und Paaren immer, wir wissen leider immer noch viel zu wenig über die Immunologie. Was wir wissen, ist aber, dass es wahrscheinlich kein K.o.-Kriterium beim Kinderwunsch ist, sondern dass das Immunsystem nur modulierend wirkt. Das heißt, selbst wenn ich da, sag ich mal, eher nachteilig aufgestellt bin, dann ist es wahrscheinlich nicht der einzige Grund, warum das mit dem Schwangerwerden nicht funktioniert, sondern hat höchstwahrscheinlich nur eben einen negativen Effekt. Und genau deswegen würde ich sagen, dass das immer eine Einzelfallentscheidung ist und man da keine generelle Empfehlung zu aussprechen kann.

Kannst du mir mal erklären, warum es überhaupt Angebote gibt, die keinen klaren Wirkungsnachweis haben?

Ja, ich glaube, das hat zum einen den Hintergrund ja, dass immer geforscht wird und irgendwo muss man halt anfangen. Das heißt, wenn jetzt Medizinerinnen und Medizinerinnen sehen, okay, nicht allen Menschen, die einen Kinderwunsch haben, können wir helfen. Dann fangen die natürlich an zu überlegen, was können wir noch machen? So, und wenn du mit einem neuen Verfahren anfängst, hast du ja nie einen Wirksamkeitsnachweis. Und dann gibt es Verfahren, die können halt relativ schnell nachweisen, dass sie wirksam sind. Und dann gibt es andere Verfahren, bei denen es leider die Datenlage durchmischt. Und wenn man immer wieder sieht, ja, ein paar Leuten scheint es möglicherweise geholfen zu haben, wir wissen aber nicht genau, war es Zufall oder war es das Verfahren, dann ist ja immer die große Frage: Wer hat jetzt die Hoheit über die Entscheidung, ob Menschen das machen dürfen oder nicht? Und soll dann die Medizin sagen, bieten wir nicht an oder dürfen Patienten das vielleicht auch selbst entscheiden und in der Kinderwunschbehandlung dieses Gefühl, wir machen mehrmals dasselbe, was nicht geklappt hat, also ersten Versuch, zweiten Versuch, dritten Versuch, vierten Versuch, da ist sowohl bei Patientinnen und Patienten, aber glaub ich auch bei Medizinern, dann der Wunsch, können wir nicht noch an irgendeiner Schraube drehen und das heißt, es hat so 'n bisschen 2 Seiten, ne. Das eine ist so dieses psychologische unbedingt was tun wollen und das andere ist das ganz Sachliche aus der Forschung, dass keine Methode ist ja rausgebracht worden und konnte ohne Studien und ohne Ausprobieren dann nachweisen, dass sie gut funktioniert.

Ja, genau so ist es. Und ich würde sagen, dass es vielleicht mit einigen Sachen so ist, wie wir heute noch sagen, wissen wir gar nicht so genau, dass wir in zehn Jahren sagen können: Okay, das machen wir jetzt wirklich mit jedem Paar. Da haben wir jetzt eine etablierte Methode und wir konnten nachweisen, dass das ein Zugewinn ist. Und mit anderen Sachen wird man sagen, ja, also das machen wir auf gar keinen Fall mehr, da weiß man jetzt schon, dass das überhaupt gar keinen Sinn macht.

Genau, und die Menschen, die jetzt in der Kinderwunschzeit sind, jetzt 'ne Kinderwunschbehandlung machen, die haben halt 'n Anteil da dran mitzuentscheiden, was möchten sie ausprobieren. Wenn man allerdings vor der Entscheidung steht, investiere ich jetzt so und so viel 1000€ in zusätzliche Add-ons oder mach ich einfach noch mal 'n Versuch, genauso wie die 3 Versuche, die ich davor gemacht hab. Das ist psychologisch halt schwierig, ne 'n viertes Mal dasselbe zu machen, was dreimal nicht geklappt hat, ist psychologisch herausfordernd, kann aber die bessere Wahl sein und da muss man halt wirklich individuell dann gucken, was macht man mit dem Geld, das man hat.

Ja, da geb ich dir absolut recht und das ist auch immer so 'n bisschen mein Kritikpunkt, dass man halt mit diesen ganzen diagnostischen Zusatzuntersuchung oder auch therapeutischen Zusatzmöglichkeiten, man häufig sehr viel Geld ausgibt, ohne hundertprozentig zu wissen, ob es wirklich einen Benefit hat.

Und das passt auch zu der nächsten Frage. Die Frage bezieht sich jetzt noch mal auf diese Immunkompatibilität, aber was ich wichtig finde an der Frage ist, die Followerin hat gefragt, sollte man den Test auf Kompatibilität vor der ersten IVF machen. Und ich formuliere die Frage jetzt mal ein bisschen um, so ein bisschen in die Richtung: Warum ist in der Kinderwunschzeit und in der Kinderwunschbehandlung Diagnostik und Therapie nicht komplett getrennt? Also warum macht man nicht am Anfang alle Tests und dann fängt man an zu behandeln?

Ja, der Grund ist im Prinzip der, ähnlich wie ich es eben schon genannt habe: Würden wir jetzt alle zu verfügbaren Tests am Anfang machen, dann ist es so, dass die Patientinnen und Paare wahnsinnig viel Geld auch schon am Anfang ausgeben müssten, was vielleicht überhaupt nicht notwendig ist, weil der allergrößte Teil auch ohne diese teuren Zusatzuntersuchungen schon schwanger wird. Und deswegen mache ich das auch in unserer Behandlung oder bei mir in der Praxis immer so ein bisschen gestaffelt, dass ich

sage, wenn da kein garantierter Wirkungsnachweis hinter steht, dann ist es keine Sache, ich direkt am Anfang oder vor einer ersten IVF Behandlung empfehlen würde.

Ja ich glaube man muss sich das so vorstellen wie das was wir uns als Menschen wünschen würden ist ganz simpel zwei Kästen hier drüben ist Diagnostik alles wird getestet und wenn wir alles getestet haben legen wir los was zu behandeln. Das geht beim Kinderwunsch nicht, sondern man muss sich das mehr mit so verschiedenen Ebenen auf dem Entscheidungsbaum vorstellen, ne und dann fängst du eben mit dem Patienten auf der ersten Ebene an und sagt jetzt gucken wir erstmal ob wir da was finden und da wenn wir nichts finden, dann schießen wir auch nicht mit Kanonen auf Spatzen und machen ganz viele Behandlungsmethoden, die wir nicht brauchen. Ganz einfach gesagt, du versuchst ja allen, die natürlich schwanger werden können, zu sagen: 'Hey, super, sieht aus, als könnten Sie natürlich schwanger werden. Bitte gehen Sie nach Hause und haben Sie Sex.' Und nicht zu sagen: 'Oh, wir machen jetzt mal bei allen eine Kinderwunschbehandlung.' Ja, das hast du super erklärt.

Und das Schwierige dabei ist aber, dass es immer wieder diesen gemischten Prozess ist, nämlich man macht ein bisschen Diagnostik, dann guckt man, was da rauskommt, dann probiert man wieder ein bisschen was aus und das macht die Kinderwunschbehandlung ein bisschen immer zu so einem Hin und Her zwischen Diagnostikphase und Behandlungsphase. Und das finde ich psychologisch halt schon anspruchsvoll, weil da hätten die meisten Menschen lieber eine klar abgegrenzte Box zu wissen, wir sind jetzt in der Recherchephase oder wir sind in der Behandlungsphase und das kann dieser Bereich der Medizin funktioniert einfach leider so nicht.

Ja, ich denke auch an der Stelle ist es Aufgabe von uns Ärzten, dass wir das immer sehr gut kommunizieren und erklären und dass wir uns halt eben zunächst einmal auf das konzentrieren, was wir sicher wissen und was wahrscheinlich ist. Und wenn das geklärt ist, dann kann man sich eben mit solchen Zusatzoptionen beschäftigen.

Ja, genau, das ist immer ein wahrscheinlichkeitsbasiertes Vorgehen. Und als Ärztin guckst du ja auf deine, weiß ich nicht, soundsoviel 100 oder 1000 Patienten, die du behandelst und guckst halt nach Wahrscheinlichkeit. Und 'n einzelner Patient oder Patientin, die zu dir kommen, denen ist ja letztlich für die ist ja die Wahrscheinlichkeit nicht so entscheidend, sondern die müssen jetzt 'ne Entscheidung für ihr Leben treffen. Und das sind so 'n bisschen unterschiedliche Blickpunkte, die dann für 'ne Behandlungsentscheidung aufeinandertreffen und wo man dann gucken muss, unter Berücksichtigung aller Perspektiven, was machen wir jetzt.

Drei Fragen haben wir noch zu dem Block Immunologie. Ich finde die auch einigermaßen schwierig, die Fragen, weil sie super allgemein sind. Und zwar „Kann irgendwas aus dem Bereich der Immunologie helfen, wenn bei der ICSI die Einnistung nicht geklappt hat?"

Also auch da würde ich wieder darauf verweisen, dass es Sinn macht, sich einmal unsere ausführliche Folge zu diesem Thema anzuhören. Wie wir es ja jetzt schon häufiger angesprochen haben, ist die Datenlage einfach zu diesem Thema relativ dünn. Ich würde sagen, aktuell gibt es den größten Evidenznachweis für wahrscheinlich die Untersuchung der Anzahl von natürlichen Killerzellen in der Gebärmutterschleimhaut. Und das ist wieder eine Sache, die muss man auch ganz individuell sich anschauen. Und man muss sich auch immer überlegen, was kann denn in so einer Situation der häufigste Grund dafür sein, warum es weil der ICSI nicht zu der Einnistung gekommen ist.

Ich mach mal ein Beispiel, wenn ich jetzt zum Beispiel eine 40-jährige Patientin habe oder eine Patientin, die Ü40 ist, die schon 3 Blastozysten von, wir sagen, mittelmäßiger Qualität transferiert bekommen hat. Und ich hab eine Patientin, die hat auch 3 Blastozysten mit einer guten Qualität mit 30 Jahren transferiert bekommen, dann ist es für mich ein relativ großer Unterschied. Denn bei der 40-jährigen Patientin muss ich leider davon ausgehen, dass der allergrößte Teil an Eizellen nicht funktioniert und daraus kein gesundes Baby entstehen kann. Wohingegen bei der 30-jährigen Patientin der Anteil an Eizellen, die dafür funktionieren müssten, eigentlich deutlich mehr sind als 50 Prozent. Das heißt, bei der jungen Patientin muss ich mich viel schneller fragen, gibt es denn eigentlich noch einen anderen Grund außer dem Embryo, warum es mit der Einnistung nicht geklappt hat? Wohingegen ich bei der Patientin, die 40 Jahre oder älter ist, eher davon ausgehe, dass es wahrscheinlich doch am Embryo und letztlich am Alter der Eizellen gelegen haben könnte.

Und daran sieht man, dass das eine ganz individuelle Entscheidung ist und ich das gar nicht so pauschal beantworten kann, sondern man muss da alle Parameter in dieser Fragestellung, die für ein individuelles Paar gelten, mit berücksichtigen.

Ja, und jetzt hast du ja bei deinem Beispiel auch schon eingebracht, dass das jetzt zwei Patientinnen wären, die du mal theoretisch verglichen hast, die mehrere Blastozysten hatten, ne? Jetzt hat die Fragenstellerin nur geschrieben bei ICSI, wir wissen ja gar nicht, was wurde da transferiert, wie oft, wie viele Eizellen hat sie gewinnen können, ne? Wie

so alle diese Dinge sind offen und das zeigt, glaub ich, ne? Du hast jetzt ja in deinem Vergleich die Komplexität schon 'n bisschen reduziert und hast gesagt, OK, nehmen wir mal an, eine Dreißigjährige, eine Vierzigjährige mit 3 Blastozysten, aber da, ja, ne, das zeigt halt quasi in dieser einen Frage stecken eigentlich 100 Unterfragen drin und muss man glaub ich auch vorsichtig sein, dass man eben sozusagen psychologisch betrieben von dem Schmerz, dass etwas nicht geklappt hat, halt nicht dann plötzlich 'n Nebenkriegsschauplatz aufmacht. Denn ne, wie zum Beispiel dann sich total auf Immunologie zu konzentrieren, wenn man vielleicht 42 Jahre alt ist und die eigentliche Problemlage besteht bei Menge an Eizellen, reifen Eizellen, Entwicklungsfähigkeit der Eizellen, die man gewinnen kann.

Absolut. Und für alle, die es interessiert, wie denn eigentlich die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit bei einer ICSI oder IVF Behandlung ist. Dafür gibt es ganz tolle Daten, die werden zusammengefasst jedes Jahr durch das deutsche IVF Register. Und da kann man gucken, wie ist denn so die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit in einer Behandlung abhängig vom Alter? Und das kann ich jedem empfehlen, sich das mal anzugucken, weil da kriegt man doch ein ganz gutes Gefühl dafür, mit was für einer Wahrscheinlichkeit das eigentlich bei einem Versuch bzw. pro Transfer von einem Embryo überhaupt klappen kann?

Ja, das verlinken wir auf jeden Fall in die Shownotes. Und ich finde auch immer sehr toll, die beiden Seiten aus dieser Statistik empfehle ich auch immer, wo man altersentsprechend, je nachdem, ob man eine IVF oder eine ICSI macht, nachgucken kann. Die Durchschnittsfrau in meinem Alter, wie viel Eizellen kann die denn gewinnen? Und dann kann ich da eben auch schon gucken, okay, liege ich da ungefähr drin oder liege ich halt leider vielleicht deutlich drunter? Und ist ja logisch, wenn jetzt eine durchschnittliche Frau acht Eizellen pro Stimulation gewinnen kann. Und bei mir ist es aber leider so, ich schaffe vielleicht pro Punktion eine, zwei oder drei, dann muss ich halt viel mehr sammeln, bis ich auf diese Erfolgswahrscheinlichkeit kommen kann. Und ich finde einfach, das bringt viel mehr Licht ins Dunkel als in Foren, Einzelfälle sich anzugucken. Auch wenn es Statistik ist, halt immer ein bisschen trocken.

Okay, jetzt haben wir sozusagen aus der letzten Ecke von Immunologie die Frage bekommen zum Thema Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse. Das ist ja meistens dann die Hashimoto-Krankheit. Und auf welchen TSH-Wert soll denn eine Frau eingestellt sein, die das hat?

Ja, viele Patientinnen nageln einen sehr gerne immer auf den TSH-Wert fest, aber an der Stelle kann ich wirklich sagen, bei den Autoimmunerkrankungen der Schilddrüse ist es empfohlen, dass der TSH Wert unter 2,5 ist. Genauer muss es nicht sein. Genauer muss es tatsächlich nicht sein. Also der darf dann auch mal kurz 2,6 sein. Das ist vollkommen in Ordnung. Aber man empfiehlt wirklich einfach einen TSH Wert unter 2,5. Ich persönlich bin auch großer Fan davon, mal zu gucken, wie ist denn die Entzündungsaktivität der Schilddrüse? Und das sehe ich anhand der Höhe von den Schilddrüsen Antikörpern, die bei einer Autoimmunerkrankung erhöht sind. Und ja, ist es so, dass wenn die extrem hoch sind, man diese Entzündungsaktivität möglicherweise auch noch durch bestimmte Spurenelemente oder Vitamine etwas reduzieren kann.

Ja, das ist wieder so eine Kommt-drauf-an-Antwort, weil es eben darauf ankommt, ob jetzt der Autoimmunprozess, der in meinem Körper passiert, halt gerade total am Feuern ist oder ob es vielleicht so ist, dass der eigentlich auf einem sehr niedrigen Level läuft, ne? Und da darf man, glaube ich, auch nicht Äpfel mit Birnen vergleichen. Und ich glaube auch hier ist es wieder so, muss man gucken, dass nicht der TSH-Wert zum Nebenkriegsschauplatz wird. Weil auch wenn mein TSH top ist und meine Eizellen sind aber nicht top, dann wird der TSH-Wert das nicht richten.

Ja, so ist es. Und es ist halt eben gerade bei der Schilddrüse ein großer Unterschied, ob man eben eine autoimmune Erkrankung der Schilddrüse hat oder keine. Und ich sag mal so einfach, nur eine Schilddrüsenunterfunktion. Denn in so einer Situation kann man viel entspannter mit dem TSH-Wert sein. In meiner Erfahrung ist es so, dass der eigentlich von fast jeder Patientin angesprochen wird, aber auch insgesamt tendenziell eher etwas überbewertet wird. Denn wir wissen, dass der TSH-Wert gar nicht so eine große Rolle spielt, wie man vielleicht früher lange Zeit gedacht hat. Und was zu sehr viel Verunsicherung führt, ist, dass gerade aus meiner Erfahrung so einige Ärzte aus der älteren Generation, die das noch so gelernt haben, viele Patientinnen darauf einschwören, dass ihr TSH-Wert extrem niedrig sein muss, damit das überhaupt klappt. Wir wissen aber heute, dass das eben nicht so ist. Und deswegen bin ich in so einer Situation immer sehr entspannt und gebe den Patientinnen mit, dass nur wirklich eine schwere Schilddrüsenfunktionsstörung mit utopisch hohen TSH-Werten tatsächlich ein Problem ist für den Kinderwunsch.

Ja und psychologisch ist das wieder so ein bisschen Good News und Bad News. Wenn ich mir jetzt vorstelle, ich habe da einen Wert, den kann man einstellen. Man kann Tabletten nehmen und dann wird sich der TSH-Wert verändern. Natürlich setze ich dann viel Hoffnung da rein, weil die Qualität der Eizellen kann ich nicht einstellen. Und da ist es wieder so ein Punkt, wo psychologisch total nachvollziehbar ist, dass man sich daran

auch gerne festhalten will. Und ich kann mir schon vorstellen, wenn ich jetzt als Patientin zu dir käme und ich hab voll viel Hoffnung auf den T.S.H. Wert, dann irritiert mich das bestimmt, wenn du als Ärztin sagst, ja, ich bin eigentlich entspannt, wir können da 'n bisschen was machen, aber das ist jetzt nicht hier unser Hauptfokus. Passiert bestimmt auch manchmal, dass es nicht super einfache Gesprächssituationen sind.

Tatsächlich hatte ich genau die diesem Fall vor einigen Wochen in meiner Sprechstunde und ich habe der Patientin dann aber mitgegeben, dass es eigentlich total gut ist, dass wir jetzt darüber gesprochen haben, weil jetzt können wir uns auch darauf noch mal konzentrieren, ob wir vielleicht eine andere Ursache finden und gehen nicht nur mit der Annahme durch die Welt, dass es an der Schilddrüse liegt, sondern wir schauen einfach noch mal, ob wir nicht was anderes finden. Und wie du schon gesagt hast, good news und bad news zur gleichen Zeit, man kann aber eben auch dadurch gewinnen und vielleicht auch an Informationen gewinnen, wenn man das berücksichtigt.

Zum Thema Fehlgeburt haben wir noch 'ne Frage bekommen, nämlich wie häufig passieren denn eigentlich Fehlgeburten bis zur 12. Woche?

Leider kann ich dazu gar keine genaue Zahl nennen, weil es leider kein Register oder sowas in Deutschland gibt, welches das erfassen würde. Aber wir wissen, dass ungefähr jede fünfte Frau einmal in ihrem Leben eine Fehlgeburt hat. Und je älter man ist, desto häufiger kommt das leider vor.

Ja, ich habe zufällig gerade gestern auch in die Leitlinie noch mal reingeguckt und da steht als orientierende Zahl drin, 10 bis 15 Prozent der klinisch erkannten Schwangerschaften. Und da muss man halt wissen, klinisch erkannt heißt, die Frau war beim Frauenarzt, bei der Frauenärztin, es wurde 'n Ultraschall gemacht und es wurde wirklich auf dem Ultraschall was gesehen, so in Richtung, dann wird meistens auch der Mutterpass ausgestellt, ne? Und viele, die in der Kinderwunschzeit sind, wissen zwischen Test zu Hause und Termin beim Frauenarzt, da können ja manchmal 3 Tage, aber manchmal auch 3 Wochen dazwischen liegen und viele Fehlgeburten passieren auch in dem Bereich. Das heißt, wenn 10 bis 15% dokumentiert sind, kann es schon auch sein, dass die Zahl doppelt so hoch ist, ne, bei 30%, es kann auch sein, dass es jede dritte Schwangerschaft ist.

Ja, da würde ich dir recht geben. Also, wenn man einfach nur positiv getestet hat, sozusagen, und es aber noch nicht im Ultraschall nachgewiesen hat, dann nennt man das Ganze ja 'ne biochemische Schwangerschaft. Und von den biochemischen Schwangerschaften gibt es wahnsinnig viele, die dann sich leider wieder auflösen. Und ich würde auch sagen, die hat es immer schon gegeben, aber früher konnten wir die einfach gar nicht erfassen. Heutzutage sind auch diese Pipi-Tests, die man machen kann, so sensitiv und gut, dass man einfach ganz früh schon selber testen kann und dann eben auch schon ganz früh selber weiß, dass man schwanger ist. Früher war das nicht so, da hat man vielleicht die Blutung einfach ein bisschen später bekommen. Und der Grund dafür war eigentlich, dass man zwischendurch ein paar Tage schwanger gewesen ist.

Würde sagen, leider rennt uns heute auch wieder die Zeit davon und wir sind so langsam am Ende der heutigen Folge angekommen.

Ja, danke Ela. Es hat total Spaß gemacht und ich bin mir ganz sicher, dass wir jetzt die tollen Folgen, die du aufgenommen hast, damit quasi noch mal vervollständigen können. Und ich hoffe, dass wir jetzt heute vielen noch mal weitergeholfen haben. Damit verabschiede ich mich bei euch Zuhörer:innen und sage Tschüss und bis zum nächsten Mal in der 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 ue. Kinderwunschsprechstunde ist ein Podcast von dm-Glückskind in Zusammenarbeit mit MentalStark, produziert von "Mit Vergnügen".