

Gynäkologische Endokrinologie 2018 · 16:219  
<https://doi.org/10.1007/s10304-018-0212-0>  
Online publiziert: 3. September 2018  
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018



G. Griesinger<sup>1,2</sup> · T. Strowitzki<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Universitäres Kinderwunschzentrum Lübeck und Manhagen, Zentrum für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Medizinisches Versorgungszentrum Ambulanzzentrum, UK-SH GmbH, Lübeck, Deutschland

<sup>2</sup> Sektion für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Lübeck, Deutschland

<sup>3</sup> Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Universitätsfrauenklinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

# Prämatüre Ovarialinsuffizienz

Rund 1 % der Frauen erfährt ein Sistieren der endokrinen und reproduktiven Ovarfunktion vor dem 40. Lebensjahr. Während iatrogen bedingte Fälle heute oft schon präemptiv durch fertilitätserhaltende Maßnahmen und eine frühzeitig Aufnahme der Hormonsubstitution gemanagt werden, ist die idiopathische prämatüre Ovarialinsuffizienz (POI) häufig von einer Verschleppung der Diagnosestellung und Therapieeinleitung gekennzeichnet.

Die vorliegende Ausgabe der Zeitschrift *Gynäkologische Endokrinologie* führt Erkenntnisse der Reproduktionsbiologie und -genetik mit Aspekten des klinischen Managements der POI zusammen. Auch wenn die Mechanismen der Keimzellentstehung und des Keimzellverbrauchs in zunehmendem Maße verstanden werden, bleibt die Ätiologie der Mehrzahl der Fälle der POI enigmatisch. Langzeitstudien zu Parametern der ovariellen Reserve und dem Einfluss von Lebensführung und Komorbiditäten sind deshalb dringend geboten.

» In der klinischen Routine ist entscheidend, Risikopatientinnen frühzeitig zu identifizieren

In der klinischen Routine ist entscheidend, frühzeitig Risikopatientinnen zu identifizieren und zu beraten und das Bewusstsein für die Implikationen der nachlassenden Ovarfunktion für Fort-

pflanzung, Sexualität und Gesundheit zu schärfen. Nur so können Patientinnen in Risikokonstellationen früh fertilitätsprotektive Maßnahmen angeboten werden.

Manifeste Fälle benötigen nicht nur ein interdisziplinäres Management an der Schnittstelle von Reproduktionsmedizin, gynäkologischer Endokrinologie, Osteologie, Endokrinologie und ggf. Psychotherapie, sondern auch eine tragfähige Arzt-Patientinnen-Beziehung mit einem zentralen Ansprechpartner. Dies wird im Regelfall die betreuende Frauenärztin oder der betreuende Frauenarzt sein. Regelmäßige Konsultationen und Beratungen können die Therapieadhärenz steigern, im Besonderen dann, wenn individuellen Vorlieben und Bedürfnissen der Patientinnen hinlänglich Rechnung getragen wird.

Der Kinderwunsch von Frauen mit POI wird heutzutage in zunehmendem Maße über die Eizellspende realisiert neben der oft noch gegebenen geringen Wahrscheinlichkeit für eine spontane Empfängnis. Diese Therapiemodalität ist Frauen in Deutschland aufgrund der Regelungen des deutschen Embryonenschutzgesetzes leider versagt. Wir haben angesichts der Komplexität der medizinischen, sozialen und rechtlichen Implikationen auf eine verkürzte Darstellung der Eizellspende in dieser Ausgabe der Zeitschrift *Gynäkologische Endokrinologie* verzichtet. Es soll aber auch an dieser Stelle einmal mehr ange mahnt werden: Die Eizellspende ist eine wissenschaftlich-medizinisch etablierte Behandlung, die Unterbindung der Ei-

zellspende durch das Strafgesetz nicht mehr zu rechtfertigen.

Georg Griesinger

Thomas Strowitzki

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. G. Griesinger, M.Sc.**

Sektion für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck  
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Deutschland  
[georg.griesinger@uni-luebeck.de](mailto:georg.griesinger@uni-luebeck.de)

**Interessenkonflikt.** G. Griesinger und T. Strowitzki geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.