

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 67 (1969)

Heft: 11

Artikel: Das Klimakriterium

Autor: Lädach, H.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951590>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 23.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aus der Universitäts-Frauenklinik Bern
(Direktor: Prof. Dr. M. Berger)

Das Klimakterium

H. Lädach

Die Wechseljahre der Frau bedeuten für den Organismus die allmähliche Rückbildung der Fortpflanzungsfunktionen und das langsame Erlöschen der zyklischen Hormonproduktion der Eierstöcke. Wie jede Zeit der Umstellung gibt auch diese Lebensphase Anlass zu vielerlei Störungen, die von kaum wahrgenommenen nervösen Spannungen bis zu schweren Organveränderungen reichen. Mit der zunehmenden beruflichen Tätigkeit der heutigen Frau und der stark angestiegenen Lebenserwartung in den letzten Jahrzehnten hat die Bedeutung dieser Störungen beträchtlich zugenommen, da im Gegensatz zu früheren Zeiten fast jede Frau heute diese Lebensphase erreicht und dies eben meist noch als Berufstätige.

Bevor wir uns im Folgenden etwas näher mit den einzelnen Störungen befassen, wollen wir zum besseren Verständnis zunächst einige Begriffe klarstellen und die an sich völlig normalen Umstellungsvorgänge besprechen.

Begriffsbestimmungen, normale Umstellungsvorgänge

Das Wort «Menopause» bezeichnet den Zeitpunkt der letzten Regelblutung. Entsprechend nennen wir die Zeit davor «Prämenopause», diejenige danach «Postmenopause». Der Begriff «Klimakterium» umfasst diese ganze Periode der hormonalen Umstellung, die im Durchschnitt rund sechs Jahre vor der letzten Regelblutung beginnt und etwa sechs Jahre danach abgeschlossen ist. Während die Zeit der ersten Regelblutung (Menarche) bei uns in den letzten Jahrzehnten allmählich von durchschnittlich 15 auf 12 Jahre abgesunken ist, hat sich das mittlere Menopausealter von 45 auf 50 Jahre verschoben, sodass heute bei drei Viertel aller Frauen die letzte Periode zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr eintritt. Durch diese Verschiebungen hat sich die Geschlechtsreifezeit seit der Jahrhundertwende um rund 10 Jahre verlängert.

Natürlich bestehen beträchtliche rassische, klimatische und individuelle Unterschiede. Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass im Süden (Mittelmeer) die Geschlechtsreifezeit früher beginnt und früher endet als im Norden (Skandinavien). In ein und derselben Bevölkerung dagegen ist bei früher Menarche mit einer späten Menopause zu rechnen, also mit einer verlängerten Geschlechtsreifezeit. Das gleiche gilt umgekehrt für das verspätete Eintreten der ersten Regelblutung. Weiterhin tritt die Menopause bei Kinderlosen früher ein als bei Müttern und bei diesen steigt das Menopausealter mit der Kinderzahl. Auch Myomträgerinnen und Uebergewichtige kommen später in die Menopause.

Entgegen früheren Vorstellungen ist das Klimakterium nicht Folge des allgemeinen Alterungsprozesses aller Körperorgane, es beruht vielmehr auf dem vorzeitigen, isolierten Altern der Eierstöcke. Trotz verstärkter Anregung durch die übergeordnete Hypophyse (Hirnanhangsdrüse) mittels erhöhter Ausscheidung der sogenannten Gonadotropine, vermindern die Ovarien

allmählich ihre Hormonproduktion. Dabei sinken zuerst die Gelbkörperhormone (Hormone der zweiten Zyklushälfte, die die Gebärmutter Schleimhaut zur «Reifung» bringen), etwas später auch die Follikelhormone (während des ganzen Zyklus gebildete, die Schleimhaut «aufbauende» Hormone) ab. Mit dem Fehlen dieser Stoffe kommt es nicht mehr zum Aufbau einer funktionsfähigen Gebärmutter Schleimhaut, somit zum Ausbleiben der Regelblutungen und der Fruchtbarkeit. In der Folge verkleinern sich sämtliche Organe des Geschlechtsapparates, während die Hirnanhangsdrüse eher an Grösse zunimmt. Aus den soeben besprochenen normalen Veränderungen und Abläufen lassen sich zwanglos die im Klimakterium auftretenden Gesundheitsstörungen ableiten und verstehen.

Störungen der Prämenopause

1. Verminderte Fruchtbarkeit

Die Abnahme der Fertilität ist als erstes Zeichen der nahenden Rückbildung der Fortpflanzungsfähigkeit zu werten. Sie beginnt lange vor allen anderen Zeichen bereits um das 35. Lebensjahr und führt in der eigentlichen Prämenopause zur vollständigen Sterilität. Auch hierfür ist der Grund in der abnehmenden Gelbkörperfunktion und schliesslich fehlenden Follikelreifung zu suchen. Gleichzeitig mit der Abnahme der Fertilität beginnt, zum Teil aus den gleichen Gründen, die Aborthäufigkeit und die Missbildungshäufigkeit der Kinder anzusteigen, der Geburtsverlauf wird mühsamer, Toxikosen treten häufiger auf und die Kinder sind im Allgemeinen lebensschwächer. Als bekanntestes Beispiel einer angeborenen Missbildung, die bei alten Müttern viel häufiger zu beobachten ist als bei jungen, ist der Mongolismus zu nennen.

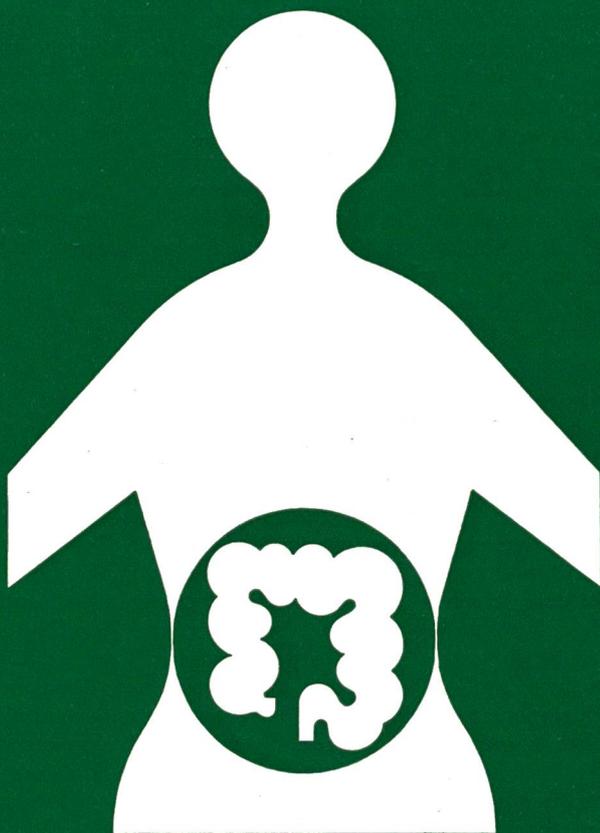
2. Blutungsanomalien

Nur selten kommt es ohne vorangehende Periodenunregelmässigkeiten durch plötzliches, schlagartiges Ausbleiben der Regelblutungen zur Menopause. Meist treten vorher unregelmässige und allmählich schwächer werdende Menstruationen auf. Relativ häufig, das heisst rund bei jeder vierten Frau, kommt es aber im Prämenopausealter zu länger anhaltenden Dauerblutungen und zwar auf folgende Weise: Der Mangel an Gelbkörperhormon bei noch vorhandenem Follikelhormon bewirkt eine fehlende «Reifung» der aufgebauten Gebärmutter Schleimhaut, sodass zunächst eine normale Regelblutung nicht zustande kommt. Im Gegenteil wird durch den relativen Ueberschuss an Follikelhormon ein andauerndes Wachstum der Schleimhaut unter dem Bild der sogenannten «glandulär-zystischen Hyperplasie» bewirkt, bis schliesslich das vorhandene Follikelhormon zur Erhaltung der dicken Schleimhaut nicht mehr ausreicht, sodass sie nach 6-8-wöchigem Intervall langsam abgestossen wird. Die dadurch entstehenden Blutungen können sehr stark sein und sich über vier oder mehr Wochen hinziehen, falls keine Behandlung erfolgt. Dass dabei recht schwere Anämien auftreten können, versteht sich von selbst. Untersucht man im Verlauf einer solchen Blutung die durch Ausschabung gewonnene Schleimhaut, so kann man feststellen, dass sie stark verdickt ist (Hyperplasie) und — oft von blossen Auge erkennbar — bis stecknadelkopfgrosse zystische Erweiterungen der Drüsen aufweist, was die Benennung dieses Zustandes als «glandulär-zystische Hyperplasie» erklärt.

Dulcolax® Geigy

Heilgymnastik
für den trägen Darm

behebt die Verstopfung
– unschädlich
– mild
– ohne Gewöhnung



Störungen der Postmenopause

In der Postmenopause sinkt der Follikelhormonspiegel auf sehr niedrige Werte ab, was zu einer reaktiven Erhöhung der Gonadotropinausschüttung durch die Hypophyse führt. Die maximal angekurbelte Hypophyse produziert nun aber recht häufig nicht nur vermehrt gonadotrope Hormone, sondern gleichzeitig auch schilddrüsenstimulierendes und nebennierenstimulierendes Hormon. Somit kommt es zufolge der verminderten Follikelhormonproduktion zu einer vielfältigen Regulationsstörung der hormonalen Funktionskreise und des Zwischenhirns und damit zu vegetativen Störungen, denn das Zwischenhirn funktioniert als Schaltstelle zwischen hormonalen und nervösen Funktionskreisen.

1. Vegetative Störungen

Im Rahmen des vegetativen klimakterischen Syndroms treten (in Reihenfolge abnehmender Häufigkeit) folgende Symptome auf: Hitzewallungen, Frösteln, nächtliche Schweißausbrüche, Herzklopfen, Herzjagen, labile Blutdrucksteigerungen, Schlafstörungen, Parästhesien (Einschlafen der Glieder, Ameisenlaufen), Schwindelanfälle und andere mehr.

2. Psychische Störungen

Gleichzeitig mit den vegetativen Störungen treten in der Postmenopause sehr häufig psychische Störungen auf, wie emotionale Labilität, Reizbarkeit, Mutlosigkeit, Antriebschwäche, Unruhe, Angstgefühle, Konzentrationsschwäche, Depression. Diese sind nicht so sehr direkte Folge der hormonalen Umstellung, vielmehr entstehen sie aus dem Erleben der Postmenopause als einer Phase unwiderruflichen Verlusts. Dementsprechend treten diese Störungen vor allem bei Frauen auf, die meist aus unbewussten, neurotischen Gründen, die ihnen innewohnenden Möglichkeiten in der nun abgeschlossenen Lebensphase nicht verwirklichen konnten und nun plötzlich die Endgültigkeit ihrer im Grunde selbstgewählten Persönlichkeitseinschränkung erleben. Diese plötzliche, und für viele Frauen erstmalige Konfrontierung mit dem Endgültigkeitsproblem führt verständlicherweise oft zu Reuegefühlen, Resignation und Unsicherheit, oft aber auch zu Schuldgefühlen. Die oben beschriebenen vegetativen Störungen werden dadurch verstärkt und erhalten erst auf diesem Boden eigentlichen Krankheitswert.

So gibt die psychologische Betrachtungsweise der klimakterischen Umstellungsphase schliesslich ein viel umfassenderes Bild als die rein naturwissenschaftliche, was im übrigen ja für jede Lebensphase und jedes Teilgebiet der Medizin gilt. Insbesondere wird nun auch klar, warum keine Paralleltät zwischen dem Ausmass der klimakterischen Ausfallserscheinungen und der Verminderung der hormonalen Aktivität der Ovarien besteht. Viel wesentlicher als der Hormonspiegel ist eben die innere Bereitschaft für (oder die Abwehr gegen) die nun anbrechende letzte Lebensphase. Das hier gesagte macht auch verständlich, weshalb die Menopause im allgemeinen mit einer Verstärkung, und nicht, wie man vermuten könnte, einer Abschwächung des Geschlechtstriebes einhergeht: Das Versäumte soll im letzten Augenblick nachgeholt werden (Aufholbedarf, «Torschlusspanik») oder aber die verstärkte sexuelle Betätigung soll über den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit hinwegtäuschen.

Im allgemeinen schätzt man, dass 40-70% aller Frauen keine oder nur belanglose klimakterische Beschwerden aufweisen. Frauen, die unter Regelbeschwerden gelitten haben, auch Nervöse und vegetativ Labile, leiden häufiger und stärker unter klimakterischen Beschwerden und am häufigsten treten solche auf bei künstlich, durch operative Entfernung der Eierstöcke herbeigeführter Menopause. Hier mag die plötzliche hormonale Umstellung eine grössere Rolle spielen als bei der natür-

lichen Abänderung, gleichzeitig ist aber auch die psychische Belastung durch den amputierenden Eingriff viel akuter und stärker. Zudem wird diese Operation nur bei schweren Krankheiten, durchgeführt, die an sich schon eine starke Belastung der Persönlichkeit bedeuten.

Die Behandlung der klimakterischen Störungen

Falls die klimakterischen Erscheinungen heftig sind und für die betroffene Frau Krankheitsbedeutung haben, müssen sie behandelt werden. Dauerblutungen bedürfen in jedem Fall einer Behandlung. Bei prämenopausischen Zyklusanomalien dagegen genügt in der Regel eine Aufklärung der Patientin, müsste man doch andernfalls die Mehrzahl aller Frauen während der Wechseljahre behandeln. Immerhin muss betont werden, dass jede Frau, besonders während der Wechseljahre, regelmässig gynäkologisch untersucht werden sollte und dass jeder Behandlung eine genaue Untersuchung vorausgehen muss. Aus diesem Grund ist die Behandlung der Wechseljahrsstörungen ausschliesslich Sache des Arztes und soll deshalb hier nur übersichtshalber zusammengefasst werden.

1. Prämenopausische Dauerblutung

Hier gibt es zwei Behandlungsmöglichkeiten. Die erste besteht in der Curettage, der Ausschabung der veränderten Gebärmutter-schleimhaut. Sie hat den Vorteil, gleichzeitig mit der Behandlung eine genaue histologische Diagnose der vorliegenden Schleimhautveränderungen zu ermöglichen, sodass Arzt und Patient Gewissheit über die hormonale Ursache der Blutung haben. Denn, obschon die grosse Mehrzahl der Blutungen in der Prämenopause hormonell bedingt sind, darf man nie vergessen, dass auch die Karzinomhäufigkeit gerade in diesem Alter ihren Gipfel hat, sodass man stets auch an ein Karzinom denken muss.

Die zweite Behandlungsmöglichkeit der klimakterischen Dauerblutung ist die Hormontherapie. Wie wir gesehen haben, beruht das Ausbleiben der Regel vor der pathologischen Blutung auf einem zu niedrigen Gelbkörperhormonspiegel in der zweiten Zyklushälfte. Durch künstliche Stoffe mit Gelbkörperhormonwirkung kann man einerseits die Blutung zunächst stoppen und danach durch zyklusgerechte Verabreichung (das heisst vom 15.-25. Zyklustag) die Zykluslänge «regularisieren». Dasselbe erreicht man mit gemischten Hormonpräparaten vom Typ der «Antibaby-Pillen». Die Hormonbehandlung hat den Vorteil, dass sie ambulant und ohne jeden chirurgischen Eingriff erfolgt, gleichzeitig aber den grossen Nachteil, dass man erst hinterher, wenn die Blutung unter der Behandlung wirklich steht, die Diagnose «hormonell bedingte Blutung» bestätigt kriegt. Diese Unsicherheit im Moment des Behandlungsbeginns ist für viele Frauenärzte ein Grund, bei klimakterischen Dauerblutungen prinzipiell eine Ausschabung vorzunehmen. Falls man aber eine Blutung in der Prämenopause mit Hormonen behandelt und die Blutung dabei nach zwei Tagen nicht steht, ist die Diagnose einer hormonellen Blutung äusserst fraglich und es muss in jedem Fall eine Curettage vorgenommen werden. In der Postmenopause ist bei jeder Blutung eine Curettage angezeigt.

Unser Vater, der Du bist in den Himmeln

Die Anrede ist eine wichtige Sache. Sie ist es in Briefen, und sie ist es auch im Gebet. Sie hat die Aufgabe, die Atmosphäre zu schaffen und den Ton anzugeben, auf den das, was nachher kommt, gestimmt sein soll. Es ist ein grosser Unterschied, ob ein Brief mit «werter Herr» oder aber mit «mein lieber Freund»

oder «geliebte Mutter» beginnt. Die Anrede hat auch die Aufgabe, zwischen den der anredet und dem Angesprochenen die richtige Distanz herzustellen.

Und nun sagt Jesus bei seinem Gebetsunterricht, eure Anrede beim Beten soll sein: Unser Vater in den Himmeln. Schon das erste Wort ist hier bedeutsam. Es erinnert uns daran, dass wir nicht allein sind, wenn wir vor Gott tre-

2. Therapie der klimakterischen Ausfallserscheinungen

a) Psychotherapie

Trotz der allgemein anerkannten Bedeutung psychischer Faktoren für das Zustandekommen der klimakterischen Beschwerden wird eine eigentliche Psychotherapie analytischer Richtung nur in Ausnahmefällen in Frage kommen, einerseits wegen des Mangels an entsprechenden Fachärzten, andererseits aber auch wegen der schwierigen und tiefgreifenden Problematik, die oft grosse Widerstände mobilisiert und deren Erarbeitung häufig neue Schwierigkeiten und Schuldgefühle auslöst.

Dagegen kann durch das verständnisvolle Gespräch, die sogenannte «kleine Psychotherapie», viel gewonnen werden. Wenn die Patientin einsieht, dass sie nach dem Klimakterium nicht einfach alt und überflüssig geworden ist, verlieren die körperlichen Symptome ihre tragische Bedeutung und damit ihr Gewicht. Eine solche Führung der Patientin sollte auch bei keiner medikamentösen Behandlung, die ja stets nur symptomatisch sein kann, fehlen.

b) Medikamentöse Therapie

Hier ist zuerst die Hormonbehandlung zu nennen, da sie durch Ersatz der ausgefallenen körpereigenen Hormone direkt die Entstehung der Symptome verhindert. Die Behandlung erfolgt meist mit Follikelhormon, wobei die Dosierung so gewählt werden muss, dass wohl die Wallungen verschwinden, dass aber andererseits gerade noch keine Blutungen auftreten, wie dies bei höheren Dosen der Fall wäre. Bei antriebsarmen, depressiven und schwächlichen Patientinnen wird der Arzt unter Umständen den allgemein anregenden Effekt der männlichen Geschlechtshormone ausnützen und diese mit dem Follikelhormon kombinieren. Dabei wiederum muss berücksichtigt werden, dass diese Stoffe je nach Dosierung zu einer «Vermännlichung» mit Bartwuchs und Stimmveränderungen führen können. Schliesslich können auch in der Postmenopause Follikelhormone und Gelbkörperhormone kombiniert verabreicht werden, wobei die zyklusgerechte, sogenannte Sequentialbehandlung vorgezogen wird. Dabei verabreicht man während drei Wochen Follikelhormon und gibt vom 15. Behandlungstag an zusätzlich Gelbkörperhormon, was bei den «Antibaby-Pillen» vom Sequentialtyp bereits vorfabriziert und durch unterschiedliche Tablettenfarbe während der dritten Behandlungswoche markiert ist.

Bei all diesen Hormonbehandlungen klimakterischer Störungen muss man alle sechs Monate eine Therapiepause einschalten um festzustellen, ob dabei erneut Ausfallserscheinungen auftreten. Nur dann ist ja eine Weiterbehandlung überhaupt erforderlich.

Nicht immer ist bei Wallungen oder anderen vegetativen Erscheinungen eine Hormonbehandlung, die ja stets auch die Möglichkeit von Nebenwirkungen mit sich bringt, am Platz. Je nach Situation können auch allgemein entspannende und das vegetative Nervensystem dämpfende Medikamente, unter Umständen auch Antidepressiva mit Erfolg eingesetzt werden. Dabei muss nochmals betont werden, dass das verstehende und führende Gespräch für den Erfolg der Behandlung häufig ausschlaggebend ist und nie unterlassen werden sollte.

ten. Wir haben noch Geschwister. Ein klarer Auftrag zur Fürbitte liegt in diesem einen Wörtchen «unser». Das zweite Wort der Anrede heisst «Vater». Das will sagen, der den du anredest, ist dein Erzeuger. Er ist der, der dich geschaffen hat. Er ist mit dir, oder eigentlich besser, du bist mit ihm verwandt. Er anerkennt dich als sein Kind. Das aber umfasst unerhört Grosses: Das heisst, er hat dich