

PMOS – POLYENDOKRINES METABOLISCHES OVARIALSyndROM

früher PCOS · Patientinneninformation

PMOS ist die neue Bezeichnung für das frühere PCOS. Der Name macht deutlich: Es handelt sich nicht um eine „Zystenerkrankung“ der Eierstöcke, sondern um ein komplexes hormonelles und metabolisches Syndrom. Die Ausprägung ist von Frau zu Frau unterschiedlich.

WAS IST TYPISCH?

- Unregelmäßige oder ausbleibende Eisprünge/Monatsblutungen
- Erhöhte Androgenwirkung: z. B. Akne, vermehrte Behaarung oder Haarausfall
- Polyzystische Ovarmorphologie im Ultraschall kann vorkommen – „Zysten“ sind aber nicht zwingend vorhanden
- Häufiger Stoffwechseleränderungen, Übergewicht oder erhöhtes Diabetesrisiko; PMOS kann aber auch bei Normalgewicht auftreten

WAS KÖNNEN SIE SELBST TUN?

- Gesunde, pflanzenbetonte und wenig stark verarbeitete Ernährung – es gibt keine spezielle „PMOS-Diät“
- Regelmäßige körperliche Aktivität; individuell angepasstes Ausdauer- und Krafttraining
- Bei Übergewicht kann bereits eine moderate Gewichtsabnahme den Zyklus und Stoffwechsel verbessern
- Ausreichend Schlaf, Stressreduktion und realistische, langfristige Ziele
- Nahrungsergänzungsmittel sind nicht generell empfohlen; für viele besteht kein gesicherter Wirksamkeitsnachweis.

KINDERWUNSCH

- Frauen mit PMOS können schwanger werden; bei seltenem Eisprung kann es länger dauern.
- Vor einer Schwangerschaft: Blutdruck, Glukosestoffwechsel, Medikamente und Folsäureversorgung prüfen.
- Bei **anovulatorischem Kinderwunsch ist Letrozol** leitliniengemäß die bevorzugte medikamentöse Ovulationsinduktion.
- PMOS gilt in der Schwangerschaft als Risikokonstellation und sollte entsprechend begleitet werden.

WIE WIRD PMOS DIAGNOSTIZIERT?

Bei Erwachsenen gilt nach Ausschluss anderer Ursachen: mindestens 2 von 3 Kriterien.

- Zyklusstörung / ovulatorische Dysfunktion
- Klinisch oder im Blut nachweisbare erhöhte Androgenwirkung
- Polyzystische Ovarmorphologie im Ultraschall
- Zusätzlich wichtig: Blutdruck, Zuckerstoffwechsel (Insulinresistenz) und weitere individuelle Risiken; **AMH allein reicht nicht zur Diagnose!**

THERAPIE – JE NACH BESCHWERDEN

- Zyklus/Androgensymptome: häufig kombinierte oder gestagenonly hormonelle Kontrazeptiva, sofern keine Kontraindikation besteht
- Bei chronisch ausbleibendem Eisprung ist ein Schutz der Gebärmutter Schleimhaut wichtig, z. B. durch Gestagene oder geeignete hormonelle Verhütung
- Metformin kann u. a. bei metabolischen Risiken, BMI ≥ 25 kg/m² und zur Zyklusunterstützung eingesetzt werden; bei **PMOS Off-Label-Use**
- Akne/Hirsutismus/Haarausfall werden symptomorientiert behandelt; Auswahl nach Nutzen, Risiken und Kinderwunsch.

WAS SOLLTE REGELMÄSSIG BEACHTET WERDEN?

- Stoffwechselrisiken und Blutzucker im Verlauf kontrollieren
- Ungewöhnliche oder anhaltend unregelmäßige Blutungen immer abklären
- Bei chronischer Anovulation auf Schutz des Endometriums achten
- Psychisches Wohlbefinden, Angst, Depression, Essverhalten und Körperbild aktiv ansprechen
- Therapieziele gemeinsam festlegen: Zyklus, Haut/Haare, Stoffwechsel, Verhütung oder Kinderwunsch

WICHTIG: PMOS IST GUT BEHANDELBAR – DIE THERAPIE RICHTET SICH NACH IHREN BESCHWERDEN, ZIELEN UND RISIKEN.

Grundlage: AWMF-S2k-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Polyzystischen Ovarsyndroms“ (Reg.-Nr. 089-004, 2025) und AWMF-Patientinnenleitlinie „Polyendokrines Metabolisches Ovarialsyndrom (PMOS, ehem. PCOS)“ (2026); internationale evidenzbasierte PMOS/PCOS-Leitlinie 2023, Terminologie-Update 2026. Stand: August 2026.

Dieses Infoblatt ersetzt keine individuelle ärztliche Beratung. Diagnostik und Therapie werden an Ihre persönliche Situation angepasst.