



#09 Kinderwunsch & Reproduktionsmedizin mit Univ.-Prof. Dr. Heinz Strohmer

Folge 09 (ET: 21.02.2025)

Intro

Dieser Podcast wird ihnen von der österreichischen Ärzte- und Apothekerbank gewidmet. Gründen, finanzieren, digitalisieren. Die Standesbank ist an ihrer Seite.

Willkommen zur 9. Folge von "ÖAZ im Ohr", dem Podcast der österreichischen Apothekerzeitung. Mein Name ist Silvana Strieder. Heute beschäftigen wir uns mit dem Thema Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Das Gespräch führt meine Kollegin Dr. Irene Senn mit Univ.-Prof. Dr. Heinz Strohmer vom Kinderwunschzentrum Wien.

Begrüßung und Vorstellung von Prof. Dr. Heinz Strohmer

00:00:54

Herzlich willkommen zu ÖAZ im Ohr. Wir widmen uns heute einem Thema, das für immer mehr Paare eine emotionale und manchmal auch steinige Reise ist. In den Apotheken sind wir oftmals die ersten Ansprechpartner, wenn die Familienplanung zum Thema wird - sei es bei Fragen zur Fruchtbarkeit, zu einer gesunden Lebensführung oder zu unterstützenden Nahrungsergänzungsmitteln. Ich freue mich sehr, heute Herrn Univ.-Prof. Dr. Heinz Strohmer bei uns begrüßen zu dürfen. Er zählt zu den renommiertesten Reproduktionsmedizinern in Österreich und ist Mitbegründer des **Kinderwunschzentrum an der Wien**. Das Zentrum ist eine der führenden Einrichtungen für Reproduktionsmedizin in Österreich. Herzlich Willkommen.

Ursachen für steigende Zahlen von ungewollter Kinderlosigkeit

[00:02:04]

Irene Senn: Mittlerweile ist etwa jedes sechste Paar von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Gründe für diese Entwicklung?

Heinz Strohmer: Wir sehen zwei große Trends. Der erste ist, dass Frauen beziehungsweise Paare ihren Kinderwunsch in das höhere Lebensalter verlagern. Das ist gut verständlich - viele Frauen absolvieren fantastische Ausbildungen und wollen diese später in Berufen nutzen. Sie sind vielleicht auch ein bisschen falsch geleitet von der Vorstellung, dass es später leicht möglich ist, schwanger zu werden.

Der zweite Trend ist eine Einschränkung der männlichen Fruchtbarkeit. Wir haben viele Patienten, die in ihrem Samenbefund eine herabgesetzte Anzahl an Spermien oder eine herabgesetzte Beweglichkeit zeigen.

Und dann gibt es noch einen dritten Aspekt: Es ist heute kein Tabu mehr, dass auch eine lesbische Partnerschaft ein Kind möchte oder dass alleinstehende Frauen sich den Kinderwunsch erfüllen wollen. Diese Kombination aus verspätetem Kinderwunsch,

eingeschränkter männlicher Fruchtbarkeit und verschiedenen Lebensformen führt zu einer steigenden Zahl an Paaren, die Unterstützung suchen.

Sinkende Fruchtbarkeit im Alter

[00:03:53]

Irene Senn: Ab welchem Alter sinkt die Fruchtbarkeit?

Heinz Strohmmer: Bei der Frau erlischt die Fruchtbarkeit durch die Menopause durchschnittlich im 51. Lebensjahr. Wichtig zu wissen ist aber, dass bereits ab dem 33. Lebensjahr die Fruchtbarkeit sinkt. Diese Information überrascht viele, weil oft der falsche Eindruck entsteht, dass es kein Problem ist, mit 38 bis 45 Jahren noch leicht schwanger zu werden und ein gesundes Kind zu bekommen.

Wann Paare mit unerfülltem Kinderwunsch medizinische Unterstützung suchen sollten

[00:04:38]

Irene Senn: Können Sie uns kurz definieren: Was ist normal? Wie lange dauert es, bis eine Schwangerschaft eintritt? Und ab wann sollte man sich Sorgen machen?

Heinz Strohmmer: Bei einer Frau vor dem 38. Lebensjahr erzielen etwa 85% der Paare innerhalb eines Jahres eine Schwangerschaft. Wir würden keiner Frau ab 38 Jahren eine so lange Wartezeit empfehlen. Da glauben wir, dass nach einem halben Jahr erste diagnostische Schritte Sinn machen. Wenn es ein Jahr nicht klappt, sollte noch kein Grund zur Nervosität bestehen. Das gilt für ein unauffälliges Paar. Wenn eine Frau in ihrer Vorgeschichte etwa eine Chemotherapie hatte, ist es natürlich nicht sinnvoll, ein ganzes Jahr zu warten. Dann sollte man sich früher informieren, ob eine normale Fruchtbarkeit besteht.

Ganz wichtig ist auch ein geregeltes, normales Sexualleben. Wenn das aus verschiedenen Gründen nicht gegeben ist, darf man sich natürlich nicht erwarten, dass eine Schwangerschaft eintritt. Das ist auch Teil unserer Krankenvorgeschichte-Erhebung, dass wir fragen, welches Sexualleben das Paar führt, um Besonderheiten herauszuhören. Etwa der Mann ist Pilot und die Frau Krankenschwester - also ein Paar, das sich quasi definitionsgemäß selten sieht. Für uns ist wichtig: Ein normales Paar mit normalem Sexualleben hat ein gutes Jahr Zeit, auf ein Kind zu warten.

Zyklusmonitoring und Ovulationstests

[00:06:20]

Irene Senn: Können Sie den Punkt Timing vielleicht noch ein bisschen ausführen? Das wird in den Apotheken sehr viel nachgefragt – also Ovulationstests, Zykluscomputer usw.

Heinz Strohmmer: Wir empfehlen Ovulationstests nur dann, wenn Zyklusunregelmäßigkeiten bestehen. Man muss sich vorstellen, dass oft ein Zyklusmonitoring bedingt, dass das Sexualleben danach ausgerichtet wird. Hier wird dann der Eisprung als Maßstab angesehen, den Geschlechtsverkehr genau an diesem Tag zu legen. Wie man sich vorstellen kann, geht die gesamte Spontanität dabei verloren. Es gibt faszinierende Studien, die zeigen, dass wenn man das forciert betreibt, die Zahl der Seitensprünge steigt, weil viele Männer dann der Meinung sind,

so wollen sie nicht mehr weiterleben. Viele Männer werden dann oft herziert, sind irgendwo im Ausland oder weiter weg und werden nach Hause zitiert, um Geschlechtsverkehr auf Befehl zu haben. Zyklusmonitoring hilft wirklich nur Frauen, die einen sehr unregelmäßigen Zyklus haben oder wo die Beziehung disloziert ist - die leben nicht zusammen und brauchen ein Hilfsmittel zu wissen, wann der Eisprung ist. Bei einem normal zusammenlebenden Paar mit normalem Sexualleben empfehlen wir das nicht.

Lebensstilfaktoren und Supplemente bei Kinderwunsch

[00:07:35]

Irene Senn: Gibt es Supplemente, die Sie bei Kinderwunsch empfehlen, die man vorzeitig einnehmen sollte oder die die Chance auf eine natürliche Schwangerschaft erhöhen?

Heinz Strohmer: Grundsätzlich sind wir hier im Bereich des Lebensstils. Viele Paare vernachlässigen den Aspekt, wie stark sie selbst zum Gelingen einer Schwangerschaft beitragen können. Ganz oben stehen dabei zwei Faktoren:

Erstens das Normalgewicht. Übergewicht beeinträchtigt die Fruchtbarkeit, bringt mehr Komplikationen für die schwangere Frau und verschlechtert die Samenqualität.

Der zweite Faktor ist das Rauchen - sowohl des Mannes als auch der Frau. Es beeinflusst die Fruchtbarkeit und führt zu einer komplizierteren Schwangerschaft.

Einen Punkt muss man immer wieder betonen: Wir sprechen nicht nur vom Eintreten einer Schwangerschaft, sondern vom Anstreben einer Elternschaft. Kinder von Rauchern haben ein viel höheres Risiko, selbst Raucher zu werden. Kinder von übergewichtigen Eltern haben ein höheres Risiko, selbst übergewichtig zu werden. Eltern bahnen schon unmittelbar nach der Zeugung, während der Schwangerschaft und während der Kindheit das Schicksal des eigenen Kindes. In England heißt es "Prepare for Pregnancy" - seien Sie fit für die Schwangerschaft. Ich möchte das fortführen: Seien Sie auch fit für die Elternschaft.

Das Einzige, was eine Frau auf jeden Fall nehmen muss, ist Folsäure. Das ist wichtig für das Neuralrohr, damit es sich richtig entwickelt. Aber sonst sind in Österreich keine Supplemente notwendig vor der Schwangerschaft.

Therapieversuch mit Mönchspfeffer?

[00:09:45]

Irene Senn: Die Phytotherapie wird oft nachgefragt. Wenn man versucht, natürlich schwanger zu werden und es nicht gleich klappt, greifen viele auf Mönchspfeffer zurück. Die Studien dazu haben allerdings mäßige Evidenz. Was sind da Ihre Erfahrungswerte?

Heinz Strohmer: Das kann man sicherlich probieren. Sie sagen selbst, dass die Evidenz sehr dünn ist. Im Prinzip geht es darum: Haben wir eine Frau mit unregelmäßigem Zyklus, die zum Beispiel 2-3 Monate gar keine Monatsblutung hat? Dann muss man sehr an ein Polyzystisches Ovar-Syndrom denken. In diesem Fall ist die Frau mit Mönchspfeffer nicht gut beraten, da verliert man nur wertvolle Zeit. Wenn eine Frau einen normalen Zyklus hat und sich damit wohlfühlt, kann sie das durchaus nehmen.

Diagnostische Schritte im Kinderwunschzentrum

[00:10:36]

Irene Senn: Können Sie uns einen kurzen Überblick geben, was es von Seiten der Reproduktionsmedizin für Angebote gibt?

Heinz Strohmmer: Das erste Angebot ist, dass wir den Paaren helfen, die Ursache des Problems festzumachen. Wir brauchen dafür zwei große Teile. Der erste ist das Erheben der Vorgeschichte – gibt es Hinweiszeichen wie eine Chemotherapie in der Kindheit, Operationen an Eierstöcken oder Eileitern, Zustand nach Kaiserschnitt? Wir fragen nach der Länge und Regelmäßigkeit des Monatszyklus, ob die Menstruation schmerzhaft ist, ob es Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs oder beim Urinieren gibt. Das ist eine strukturierte Befragung des Paares, um wichtige Hinweise zu erhalten.

Der zweite Teil ist die Diagnostik mit Hilfe von Befunden. Ganz wichtig ist der Hormonstatus der Frau, der idealerweise zwischen dem ersten und vierten Zyklustag erhoben wird. Das ist eine normale Blutabnahme, die meist von der Pflichtversicherung übernommen wird. Der einzige selbst zu zahlende Wert ist das Anti-Müller-Hormon, ein wichtiger Indikator für die Funktion des Eierstocks. Ebenso entscheidend ist der Samenbefund. Wir legen großen Wert darauf, den Mann frühzeitig in die Behandlung einzubinden. Die Zeiten, wo der Mann als letztes untersucht wurde, sind vorbei. Viele Untersuchungen der Frau sind invasiv, wie etwa eine Bauchspiegelung mit Vollnarkose. Es wäre nicht angemessen, diese durchzuführen, ohne vorher einen Samenbefund zu erheben, der sehr schnell Aufschluss über mögliche Probleme geben kann.

Mit diesen drei Säulen - persönliche Situation des Paares, Hormonbefund und Samenbefund - können wir bei etwa 80–90% der Paare die Ursache erklären.

Diagnose Unfruchtbarkeit: Was sind die Ursachen?

[00:13:07]

Irene Senn: Gibt es Zahlen, ob die Ursache häufiger beim Mann oder bei der Frau liegt? Und was sind jeweils die häufigsten Ursachen auf beiden Seiten?

Heinz Strohmmer: Beim Mann ist es die eingeschränkte Zeugungsfähigkeit, die wir am Samenbefund erkennen. Die wesentlichen Parameter sind die Anzahl der Spermien, ihre Beweglichkeit und ihre Form, die sogenannte Morphologie. Damit können wir bei etwa 30–40% der Paare bereits die Ursache vermitteln.

Der andere Teil betrifft die Abklärung der Frau, was ebenfalls 30–40% ausmacht. Da klären wir durch die Bestimmung des Hormonstatus, dann unter Umständen die Durchgängigkeit der Eileiter und machen ein Zyklusmonitoring mit Ultraschall und weiteren Blutabnahmen, um festzustellen, ob ein Eisprung vorliegt. Diese Ursachen verteilen sich mittlerweile halb-halb.

Wenn man die Zahlen addiert, fehlen noch ein paar Prozent. Wir haben immer noch einige Paare, bei denen wir leider keine Ursache festmachen können - das nennt man "Unexplained Infertility" oder unerklärliche Kinderlosigkeit. In dem Fall müssen wir die Behandlung schrittweise aufbauen, ohne zu wissen, woran es liegt.

Irene Senn: Liegt das daran, dass die Diagnostik heute noch nicht gut genug ist, zu sehen, was die Ursache ist?

Heinz Strohmer: Genauso ist es. Wir können auf drei essenzielle Punkte nicht zugreifen: Wir sehen nicht, ob es zur Befruchtung der Eizelle kommt. Wir sehen nicht, ob der Embryo im Eileiter transportiert wird, und wir sehen auch nicht, ob es dann an der Einnistung in der Gebärmutter scheitert. Es wäre sensationell, wenn es da Methoden gäbe, das festzumachen. Bei jenen Paaren, bei denen wir nicht wissen, woran es liegt, wird die Ursache wohl in diesen drei essenziellen Bereichen liegen.

Behandlungsoptionen: Schritt 1 - Ovarielle Stimulation

[00:15:04]

Irene Senn: Können Sie uns einen kurzen Überblick geben, welche verschiedenen Behandlungsoptionen es bei Ihnen am Zentrum gibt?

Heinz Strohmer: In der klassischen Kinderwunschtherapie haben wir drei Möglichkeiten.

Die erste Möglichkeit ist die Hormontherapie. Wir verwenden dazu Clomifen oder Letrozol. Das sind letztlich Östrogen-Antagonisten, die bewirken sollen, dass es bei einer Frau, die keinen Eisprung hat, zu einem Eisprung kommt. Bei Frauen, die bereits einen Eisprung haben, kann es zur Ausbildung eines zweiten oder dritten Follikels kommen. Wenn zwei bis drei Eizellen pro Monat zur Verfügung stehen, steigt die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft. Man muss die Paare aber darüber aufklären, dass auch die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft steigt. Der Vorteil dieser Therapie: Es sind Tabletten, die man nur für 5 Tage nehmen muss. Sie sind nahezu nebenwirkungsfrei, aber die wichtigste Information ist das Risiko für eine Mehrlingsschwangerschaft.

Risiken einer Mehrlingsschwangerschaft

[00:15:56]

Heinz Strohmer: Warum ist das so wichtig? Weil Mehrlinge ein höheres Geburtsrisiko haben. Wir wissen, dass viele Paare sich im Grunde ihrer Seele Zwillinge wünschen. Warum? Wenn eine Frau 39 Jahre alt ist und vielleicht das Gefühl hat, es könnte sich nur für eine Schwangerschaft ausgehen, dann erscheint es als Idealvorstellung, eine Zwillingsschwangerschaft zu erleben, vielleicht sogar einen Sohn und eine Tochter gleichzeitig zu bekommen. Das ist für viele eine ideale Vorstellung. Unsere Aufgabe ist, darauf hinzuweisen, dass die Mehrlingsschwangerschaft deutlich riskanter ist, insbesondere wenn es dann Drillinge sind.

Behandlungsoptionen: Schritt 1 - Ovarielle Stimulation (Fortsetzung)

[00:16:33]

Heinz Strohmer: Die zweite Möglichkeit ist die Behandlung mit Gonadotropinen, also mit Follikel-stimulierendem Hormon. Das sind Injektionen, die subkutan appliziert werden - es gibt dafür fantastische Pen-Systeme, ähnlich wie bei Diabetikern. Der Zweck ist der gleiche: Man führt direkt follikelstimulierendes Hormon zu, das die Bildung von Follikeln stimuliert. Auch hier besteht das Risiko von Mehrlingsschwangerschaften. Diese Therapie kommt besonders bei Frauen mit Zyklusstörungen zum Einsatz, zum Beispiel bei polyzystischem Ovar-Syndrom.

Behandlungsoptionen: Schritt 2 - Insemination

[00:17:18]

Heinz Strohmer: Die zweite Stufe kann die Insemination sein. Diese kommt in Frage, wenn der Samenbefund des Mannes eingeschränkt ist - er darf allerdings nicht zu stark eingeschränkt sein, sonst funktioniert das nicht. Bei der Insemination können wir, nachdem der Mann eine Probe abgegeben hat, diese "waschen" und sortieren, sodass wir die besten, sich vorwärts bewegendenden Samenzellen herausfinden. Diese Samenprobe können wir dann völlig schmerzfrei mit einem dünnen Plastikkatheter in die Gebärmutter der Frau einbringen.

Die Insemination hat auch einen wichtigen Nebenschauplatz: Sie kommt bei lesbischen Partnerschaften zum Einsatz, wobei hier Spendersamen verwendet wird. So ermöglichen wir auch diesen Paaren eine Schwangerschaft.

Behandlungsoptionen: Schritt 3 – Künstliche Befruchtung (IVF + ICSI)

[00:18:16]

Heinz Strohmer: Die dritte Stufe ist die künstliche Befruchtung und alle damit verbundenen Methoden. Im Kern geht es darum, dass mehrere Eizellen aus dem Körper entnommen werden. Dies geschieht durch eine Follikel-Punktion - ein kleiner ambulanter Eingriff, bei dem wir mit einer Nadel durch die Scheidenwand stechen, meist in Sedierung oder Kurznarkose. Bei der In-vitro-Fertilisation werden die Eizellen nicht wie normalerweise im Körper, sondern in einem Schälchen befruchtet. Der Mann gibt an diesem Tag eine Samenprobe ab, die wie bei der Insemination aufbereitet wird, und die besten Samenzellen werden der Eizelle zugesetzt.

Bei einer starken Zeugungseinschränkung des Mannes gibt es eine besondere Technik namens ICSI (Intracytoplasmatische Spermieninjektion). Dabei wird eine einzelne Samenzelle direkt in die Eizelle injiziert. Viele Männer fragen, warum sie Millionen von Samenzellen benötigen, wenn ihre Frau nur ein bis zwei Eizellen hat. Bei dieser Methode brauchen wir wirklich nur eine Samenzelle pro Eizelle. Die Technik ist so weit fortgeschritten, dass wir manchmal sogar direkt aus dem Hoden Samenzellen gewinnen können, wenn sich im normalen Samenerguss keine Samenzellen finden.

Behandlungsoptionen: Schritt 3 (Fortsetzung) – Embryonenkultur und Embryotransfer

[00:20:05]

Heinz Strohmer: Nach der Befruchtung folgt die Embryonenkultur. Die befruchteten Eizellen durchlaufen in den nächsten 3 bis 5 Tagen alle normalen Entwicklungsschritte. Es beginnt eine Zellteilung von 2 zu 4 Zellen, dann 6 bis 8 Zellen. Es bildet sich eine sogenannte Maulbeere, und am fünften Tag wird dieser Embryo im Idealfall zu einer Blastozyste mit etwa 200 Zellen. In diesem Stadium ist der Embryo bereits differenziert - man sieht in frühesten Ansätzen das spätere Kind und den späteren Mutterkuchen. Von diesen Blastozysten können wir dann ein bis zwei Embryonen relativ einfach und schmerzfrei in die Gebärmutter zurückspülen. Dies nennt man Embryotransfer, ist völlig schmerzfrei und damit hat die Frau eine sehr gute Chance, schwanger zu werden.

Es gibt noch viele weitere Methoden, die sich an diese Kernmethode anlehnen, wie die Verwendung von Spendersamen, genetische Analysen oder die Eizellspende.

Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich

[00:21:19]

Irene Senn: Was ist diesbezüglich in Österreich alles erlaubt? Ist z.B. die Eizellspende möglich?

Heinz Strohmer:

Das Fortpflanzungsmedizingesetz, das 2015 novelliert wurde, erlaubt in Österreich:

- Die Behandlung von Ehepaaren und heterosexuellen Lebensgemeinschaften (Insemination, IVF, ICSI), Zugriff auf Spendersamen wenn notwendig
- Behandlung lesbischer Partnerschaften mit Spendersamen (Insemination, IVF, ICSI)
- Genetische Analysen an Eizellen
- Genetische Analysen an Embryonen sind stark beschränkt. Sie sind nur erlaubt, wenn in einer Familie eine Krankheit vorliegt, die zu schwerem Leiden oder Tod des Kindes führen würde, oder nach drei erfolglosen IVF-Versuchen.
- Die Eizellspende ist stark eingeschränkt und beschränkt sich eher auf Verwandten- und Bekanntenspende. Wir dürfen keine Spenderinnen anwerben oder bezahlen. Was noch nicht ganz geregelt ist, ist die Frage, ob innerhalb einer lesbischen Partnerschaft Frauen ihrer Partnerin Eizellen spenden dürfen - die sogenannte ROPA-Methode (Reception of Oocytes from Partner).

In Österreich verboten sind:

- Die Leihmutterchaft, also das Austragen eines Embryos durch eine fremde Frau
- Die Behandlung alleinstehender Frauen - diese müssen für eine Behandlung bis auf weiteres Österreich verlassen
- Das "Social Egg Freezing" - wenn eine Frau in jungen Jahren mit 24 oder 27 eine Vorsorge für die eigene Fruchtbarkeit treffen und sich unbefruchtete Eizellen einfrieren lassen möchte

Was in Österreich erlaubt ist, ist das "Medical Egg Freezing". Das bedeutet, Patientinnen und Patienten, die bereits wissen oder absehen können, dass sie durch eine Krankheit ihre Fruchtbarkeit verlieren werden - etwa durch eine geplante Chemotherapie, Bestrahlung, Geschlechtsangleichung oder eine schwer zerstörende Endometriose - dürfen Eizellen oder Samenzellen entnehmen und einfrieren lassen.

Irene Senn: Das heißt, das Einfrieren ist mit medizinischer Indikation erlaubt, aber nicht rein aus dem Wunsch der Frau heraus, um den Kinderwunsch auf später zu verschieben?

Heinz Strohmer: Genau, medizinisch ja, aber aus eigenem sozialen Antrieb dürfen wir das in Österreich nicht machen.

Irene Senn: Wäre das wünschenswert aus Ihrer Sicht?

Heinz Strohmer: Ich würde es sehr begrüßen. Die Autonomie der Frau ist heute selbstverständlich. Ich kenne die Argumente der Gegenseite, aber ich kann sie nicht nachvollziehen. Mal sehen, wie sich das in den nächsten Monaten und Jahren entwickelt, ob es eine Revision des Gesetzes gibt. Es gibt von vielen betroffenen Frauen auch Anstrengungen, eine Klage einzubringen. Als Reproduktionsmediziner würde ich mir das sehr wünschen.

Erfolgchancen der Behandlung

[00:24:58]

Irene Senn: Eine Frage, die Sie sich sicher sehr häufig gestellt bekommen ist: Wie sind die Erfolgchancen bei den verschiedenen Methoden?

Heinz Strohmer: Meine Standardantwort ist: Beschreiben Sie mir das Paar oder die Patientin, dann kann ich Ihnen eine gute Erfolgsrate sagen. Die Erfolgchancen hängen sehr stark von den Rahmenbedingungen ab, und der bestimmende Faktor ist das Lebensalter der Frau. Die Schwangerschaftsrate bei der künstlichen Befruchtung liegt bis zum 33. Lebensjahr durchaus bei 50 bis 60%.

Mit fortschreitendem Lebensalter wird die genetische Gesundheit der Eizellen immer stärker eingeschränkt. Bei einer Frau im 40. Lebensjahr ist wahrscheinlich die Hälfte der Eizellen, die wir bei der künstlichen Befruchtung gewinnen, genetisch auffällig - wir sagen "aneuploid" dazu. Wenn wir dann auch noch weniger Eizellen entnehmen können, weil die Eierstöcke bereits eine gewisse Erschöpfung zeigen, und von beispielsweise sechs Eizellen drei wegfallen, weil sie sich nicht für eine gesunde Schwangerschaft eignen, sinkt die Erfolgsrate deutlich. Von den anfänglichen 50-60% im Idealfall geht es letztlich leider auf 0% runter, wenn wir beim 45., 46. Lebensjahr sind.

Späte Schwangerschaften bei Promis

[00:26:18]

Irene Senn: Das muss man den Patientinnen dann wahrscheinlich auch so mitteilen?

Heinz Strohmer: Wir müssen das mitteilen und auch mit vielen Vorurteilen und falschen Vorstellungen aufräumen. Wir finden immer wieder Medienberichte von berühmten Frauen wie Gianna Nannini oder die Fotografin Annie Leibovitz aus New York, die fröhlich verkünden, dass sie mit 52, 55 noch einmal schwanger geworden sind. Ganz klar, was da passiert ist: Das ist immer eine gespendete Eizelle. An der Gebärmutter sind offensichtlich keine Alterungserscheinungen festzustellen. Daher ist es theoretisch möglich, nach oben offen schwanger zu werden. Es gibt unbestätigte Berichte, dass auch 61- bis 62-jährige Frauen noch schwanger geworden sind. Das müssen wir den Patientinnen und Paaren erklären, wenn wir mit solchen Zeitungsmeldungen konfrontiert werden. Man sollte genau hinschauen, dass gerade Hollywood-Größen ab 43, 44 sehr häufig Zwillinge bekommen - das ist sehr häufig auf eine Behandlung mit Eizellspende zurückzuführen.

An der Gebärmutter sind offensichtlich keine Alterungserscheinungen festzustellen. Daher ist es theoretisch möglich, nach oben offen schwanger zu werden. Es gibt unbestätigte Berichte, dass auch 61- bis 62-jährige Frauen noch schwanger geworden sind. Das müssen wir den Patientinnen und Paaren erklären, wenn wir mit solchen Zeitungsmeldungen konfrontiert werden. Man sollte genau hinschauen, dass gerade Hollywood-Größen ab 43, 44 sehr häufig Zwillinge bekommen - das ist sehr häufig auf eine Behandlung mit Eizellspende zurückzuführen.

Gesundheitsrisiken durch späte Vaterschaft

[00:27:21]

Irene Senn: Das Alter der Frau spielt also eine sehr wichtige Rolle. Ist das in Bezug auf das Alter des Mannes genauso entscheidend?

Heinz Strohmmer: Die Samenqualität nimmt mit dem Alter ab. Es ist ein Märchen zu sagen, dass es dem Mann gegeben ist, bis ins höchste Lebensalter gleichmäßig fruchtbar zu bleiben. Was man dazu sagen muss, ist, dass die Samenzelle des älteren Mannes mitunter größere medizinische Probleme beim Kind bedingen kann.

Es gibt Studien, die zeigen, dass die Kinder ein höheres Autismusrisiko und ein erhöhtes Risiko in Richtung Schizophrenie haben. Letztlich müssen wir auch Männern sagen, sie sollen versuchen, die Vaterschaft in möglichst jungen Jahren anzustreben. Wir lernen erst jetzt langsam, welche Konsequenzen es hat, wenn jemand 60, 70, 80 Jahre alt ist und eine Schwangerschaft anstrebt.

Gesunder Lebensstil für besseren Samenbefund

[00:28:11]

Irene Senn: Wenn man einen sehr schlechten Samenbefund hat, was können die Männer aktiv tun? Ich denke an Nahrungsergänzungsmittel oder auch an Lifestyle-Modifikationen, die der Mann selbst beitragen kann, um diesen Befund zu verbessern.

Heinz Strohmmer: Der Lebensstil ist die Nummer eins. Ich darf mantraartig wiederholen, auch was die spätere Vaterschaft betrifft: Es ist ein guter Anlass, mit bestimmten Dingen zu beginnen - mehr Bewegung, Gewichtsreduktion, Rauchen aufhören, zum Zahnarzt gehen, Stressreduktion. Also all die Dinge, von denen man ohnehin weiß, dass sie gesund sind.

Das Zweite, was sich als sehr interessant herausgestellt hat, ist die mediterrane Ernährung. Das kennt man: Schafkäse, Olivenöl, Rotwein, weißes Fleisch wie Fisch und Geflügel, Obst und Gemüse. Was vermieden werden sollte ist rotes Fleisch, Zucker und stark verarbeitete Lebensmittel mit vielen Zusatzstoffen. Wenn man einen eingeschränkten Samenbefund hat, würde ich empfehlen, sich möglichst gesund zu ernähren, auf frisch zubereitetes Essen zu achten, sich viel zu bewegen. Es ist letztlich der Weg ins gesunde Leben.

Ursachen für schlechte Spermienqualität

[00:30:01]

Irene Senn: Es gibt viele andere Faktoren, die immer wieder genannt werden, wie zum Beispiel Hitzeeinwirkung auf den Hoden durch eingesteckte Handys oder auch die Belastung im Radsport oder Einnahme von Testosteron, von Steroiden im Extremsport. Welchen Einfluss haben diese Faktoren?

Heinz Strohmmer: Derzeit weiß man noch nicht, ob die Geschichte mit den engen Unterhosen wahr ist. Auch beim Handy ist es derzeit nicht klar, welche Konsequenzen es hat, wenn man es ständig in der Hosentasche trägt.

Aus der Praxis wissen wir um die gravierenden Auswirkungen von Testosteron-Präparaten und Anabolika. Ein eindrücklicher Fall zeigt, wie dramatisch sich diese Mittel auf die Fruchtbarkeit

auswirken können: Eine Patientin hatte nach einer künstlichen Befruchtung bereits ein Kind bekommen und wünschte sich ein zweites. Im Rahmen der erneuten Behandlung wurden Eizellen entnommen, der Samenbefund ihres Partners war zuvor unauffällig. Doch am Tag der Probenabgabe zeigte sich ein schockierendes Ergebnis: Keine einzige Samenzelle war vorhanden. Erst auf Nachfrage gestand der Mann, dass er sich seit einigen Wochen im Fitnessstudio von einem Freund Testosteron-Spritzen verabreichen ließ – mit dem Ziel, seinen Muskelaufbau zu fördern. Was möglicherweise der Muskulatur zugutekam, erwies sich für die Fruchtbarkeit als fatal. Da er seine Testosteron-Einnahme nicht offen kommuniziert hatte, war die gesamte Behandlung der Frau umsonst. Die Eizellen konnten nicht verwendet werden, und sie musste die hormonelle Stimulation und Eizellentnahme erneut durchlaufen. Erst nach vollständigem Abbau des Testosterons und einer Regeneration der Samenzellenproduktion bestand wieder eine Chance auf eine erfolgreiche Befruchtung.

Doch nicht nur hormonelle Präparate, sondern auch bestimmte Sportarten können die männliche Fruchtbarkeit beeinträchtigen.

1. **Extremsportler mit starker körperlicher Belastung** – wie beispielsweise Ultra-Marathonläufer, deren Körper durch intensive Langzeitbelastung an die Grenzen der Leistungsfähigkeit gebracht wird. Ein extremes Beispiel ist eine Person, die kürzlich 100 Triathlons in 100 Tagen absolviert hat – eine körperliche Herausforderung, die sich auch auf hormonelle Prozesse und die Spermienqualität auswirken kann.
2. **Sportarten mit mechanischer Belastung des Hodens** – wie beispielsweise Radfahren oder Downhill-Mountainbiking. Hier kommt es häufig zu Mikrotraumata im Hodenbereich, die langfristig die Spermienproduktion beeinträchtigen können. So faszinierend es sein mag, mit hoher Geschwindigkeit einen Berg hinunterzurasen, für die Fruchtbarkeit ist dieser Sport nicht unbedingt förderlich.

Nahrungsergänzungsmittel zur Verbesserung der männlichen Fruchtbarkeit

[00:32:29]

Irene Senn: Was halten Sie von Antioxidantien oder anderen Nahrungsergänzungsmitteln zur Steigerung der Samenqualität?

Heinz Strohmeyer: Wenn ein Mann solche Mittel einnimmt, zeigt das, dass er bemüht ist, seinen Teil beizutragen. Diese Mittel können zwar keine Wunder bewirken, aber es ist ein wichtiges Signal, wenn ein Mann bereit ist, sie zu nehmen - zumal sie oft nicht billig sind. Man muss verstehen, dass es für viele Männer ein Schock ist. Es ist wie Diabetes eine Erkrankung, für die man nichts kann - nicht selbstverschuldet. Für viele ist es ein Schock, wenn sich herausstellt, dass der Samenbefund eingeschränkt ist. Dann entsteht sofort der Wunsch - und das freut uns, etwas beizutragen, sei es durch Lebensstil, Ernährung oder Mikronährstoffe. Wir begrüßen das, weil wir sehen, dass der Mann sich in die richtige Richtung bewegt.

Irene Senn: Wie lange muss man rechnen, bis man die ersten Effekte sehen kann?

Heinz Strohmeyer: Die Spermatogenese dauert etwa zwei bis drei Monate, weshalb Patienten nicht erwarten dürfen, dass sich ihre Spermienqualität nach wenigen Wochen bereits verbessert. Ebenso verhält es sich mit dem Einfluss des Rauchens auf die Fruchtbarkeit – hier sind es sogar drei bis sechs Monate, bis eine positive Veränderung messbar wird.

Daher ist es entscheidend, diesen langen Zeithorizont bereits beim Erstgespräch deutlich zu machen. In einer höflichen, aber eindringlichen Weise führen wir den Patienten vor Augen, welche Auswirkungen bestimmte Gewohnheiten auf ihren Kinderwunsch haben. Denn selbst ohne äußere Verzögerungen vergeht bereits einige Zeit, bis eine künstliche Befruchtung beginnen kann. Diese Phase sollte sinnvoll genutzt werden – beispielsweise, indem ein Mann mit dem Rauchen aufhört oder andere förderliche Veränderungen im Lebensstil vornimmt.

Gleichzeitig ist es uns wichtig, keine unrealistischen Forderungen zu stellen. Einer Patientin mit 120 Kilogramm Körpergewicht zu raten, innerhalb von drei Monaten 30 Kilogramm abzunehmen, wäre nicht nur unrealistisch, sondern auch demotivierend. Statt unerreichbare Ziele zu setzen, geht es vielmehr darum, dem Körper bewusst ein Signal zu geben, dass sich etwas verändert. Kleine Schritte sind oft effektiver als radikale Umstellungen.

Ein Beispiel: Anstatt das generelle Ziel von 10.000 Schritten pro Tag zu setzen, was für viele kaum machbar ist, kann ein individuell abgestimmter Ansatz sinnvoller sein. Wer täglich 3.000 Schritte geht, kann mit zusätzlichen 3.000 Schritten bereits viel erreichen. Studien zeigen, dass bereits eine moderate Erhöhung der Bewegung bei Frauen mit Zyklusstörungen erhebliche Verbesserungen bewirken kann – unabhängig vom Gewicht.

Letztlich dreht sich alles um den Lebensstil. Viele wissen theoretisch, dass sie mit dem Rauchen aufhören oder sich gesünder ernähren sollten. Doch es geht nicht um eine vage Absicht für die Zukunft, sondern um konkrete Maßnahmen im Hier und Jetzt. Denn am Ende zählt das gemeinsame Ziel: die bestmöglichen Voraussetzungen für ein gesundes Kind zu schaffen.

Psychische Belastungen während der Kinderwunschbehandlung

[00:35:46]

Irene Senn: Während einer solchen Behandlung ist der Druck sicher sehr groß, der auf den Paaren lastet.

Heinz Strohmer: Dieser Druck hat mehrere Ursachen, die sich gegenseitig verstärken:

Erstens das berufliche Umfeld: Eine Frau muss mehrere Termine wahrnehmen. Wir versuchen Tagesrandtermine anzubieten, aber trotzdem sind einige Termine wahrzunehmen. Das ist für eine Frau in einem angespannten beruflichen Umfeld schwierig - den Arbeitsplatz zu behalten, es geheim zu halten. Da wird gefragt "Aha, jetzt brauchen Sie schon wieder einen Arzttermin?"

Das zweite ist das familiäre Umfeld. Nicht alle leben in der anonymen Großstadt, viele leben in einer kleinen Gemeinde, wo bestimmte Signale ausgesandt werden. Das Paar heiratet und für viele ist das der Augenblick zu sagen "Jetzt wird bald auch ein Kind kommen". Das kann die Gemeinde sein, das Wirtshaus, die unmittelbare Familie - das erzeugt einen unsagbar großen Druck für Paare durch Fragen wie "Warum klappt denn das nicht?"

Der dritte Teil: Die Behandlung ist nicht billig. Die künstliche Befruchtung wird zwar massiv unterstützt in Österreich, aber es entsteht ein Selbstbehalt von 1.200 Euro. Mit der Schmerzausschaltung bei der Follikelpunktion ist man schon bei 1.400 Euro, wenn man eine Unterstützung vom IVF-Fonds bekommt.

Man hat also familiären Druck, beruflichen Druck, finanziellen Druck und natürlich den psychischen Druck - die Hoffnung und die Angst, ob es wohl irgendwann klappen wird. Und trotz

allem was wir besprochen haben: Auch wir können keinem Paar, selbst wenn beide 28 Jahre jung sind und alle Befunde super sind, eine Garantie abgeben.

Das ist eine ungewöhnliche Situation im Jahr 2025, dass es in der Medizin Bereiche gibt, wo man den Erfolg nicht versprechen kann. Noch größer ist der Druck für Frauen im höheren Alter, die an ihren Blutbefunden und unseren Informationen spüren, dass die Chance jetzt nur noch wenige Prozent beträgt. Da ist noch ein kleines Zeitfenster, das sich bald schließen wird. Man kann sich vorstellen, was sich da abspielt - auch die Konsequenzen für die Beziehung und die Reue: "Warum habe ich mir so lange Zeit gelassen?"

Psychologische Unterstützung und Stresseinfluss

[00:38:39]

Heinz Strohmer: Unsere Aufgabe ist, wo wir können, diesen Druck rauszunehmen, Termine anzupassen, Mut zu machen und gleichzeitig eine realistische Einschätzung zu geben. Ganz professionell bieten wir eine Psychologin an, die das schon seit 30-40 Jahren macht und bereit ist, Paare in der Krise zu unterstützen. Es braucht oft psychologische Betreuung. Das ist ganz wichtig für die Paare. Man sollte keine falsche Scham haben zu sagen "Nein, ich glaube, ich brauch das nicht". Wenn eine Krise nach dem zweiten oder dritten Versuch kommt, sollte man psychologische Hilfe in Anspruch nehmen.

Irene Senn: Gibt es Studien dazu, dass eine Stressbelastung auch die Wahrscheinlichkeit auf eine Schwangerschaft reduziert?

Heinz Strohmer: Überraschenderweise besteht da nicht so ein enger Zusammenhang. Die Psychoneuroendokrinologie, also die Lehre wie sehr die Psyche auch Hormone und den Körper beeinflusst, versucht das festzumachen. Das hat sich noch nicht so gut zeigen lassen.

Einen interessanten Aspekt darf man nicht unterschätzen: Wenn Sie heute eine Behandlung machen und die klappt nicht, dann haben Sie vielleicht bei einer weiteren oder übernächsten Behandlung gute Chancen. Nur diese Behandlung müssen Sie in Anspruch nehmen. Wenn diese erste Behandlung schon derartig dramatisch für Ihr Leben ist und Sie psychisch so belastet, dann kann es passieren, dass Sie entscheiden "Das tue ich mir nicht ein zweites oder drittes Mal an". Sie nehmen sich dann wirkliche Chancen. Selbst wenn es 50-60% pro Versuch sind - das sind nicht 100% - aber aufaddiert kommt man bei einer Frau unter 33 bei drei Versuchen in Richtung 90%. Aber die Patientin muss diese drei Versuche machen. Unsere Aufgabe ist durch eine patientenzentrierte Medizin, also durch das Eingehen auf die Bedürfnisse der Patientinnen, diesen Paaren die Chance zu geben, dass die erste oder zweite Behandlung nicht so fordernd ist, dass sie sich sehr wohl eine zweite oder dritte Behandlung vorstellen können.

Zukunftsperspektiven der Reproduktionsmedizin

[00:40:39]

Irene Senn: Ich möchte zum Abschluss gerne noch einen Blick in die Zukunft mit Ihnen werfen. Reproduktionsmedizin gibt es jetzt seit gut 40 Jahren. Wie glauben Sie, dass sich das Feld in den nächsten 40 Jahren verändern wird?

Heinz Strohmer: Wir erwarten immer wieder Disruptionen. Eine Disruption wäre - und da würde wirklich kein Stein auf dem anderen bleiben - wenn es gelänge, künstliche Gameten zu erzeugen. Was kann man sich darunter vorstellen? Es braucht ja für ein genetisch eigenes Kind

letztlich eine Eizelle und eine Samenzelle. Das mag jetzt verwunderlich klingen: Man muss sich lösen von der Vorstellung, dass die Eizelle von einer Frau kommen muss und die Samenzelle von einem Mann. Nun wie funktioniert diese Technik? Es wird eine Körperzelle entnommen - das kann eine Hautzelle sein. Die wird zurückprogrammiert in eine sogenannte Stammzelle, also eine Zelle, die noch kein Schicksal hat oder kein Schicksal mehr hat. Das war mal eine Hautzelle, jetzt ist es eine Stammzelle, und dieser Stammzelle wird mit bestimmten Stoffen "zugeflüstert": Wie wäre es, wenn du dich in Richtung Eizelle entwickelst? Und das funktioniert schon. Das Besondere ist, dass diese künstlichen Eizellen auch das haben, was eine Eizelle ausmacht: Sie haben nur einen einfachen Chromosomensatz, was eine Eizelle und Samenzelle auszeichnet. Das sind ja die einzigen zwei Zellen, die das haben.

Es gab schon die Geburt von Mäusen, wo nie eine richtige Eizelle und nie eine richtige Samenzelle im Spiel war, sondern die wurden quasi erzeugt. Wenn das beim Menschen gelänge, dann ist das Thema Eizellspende nicht mehr notwendig. Dann kann man sich als Frau aus der Haut Eizellen machen lassen. Auch die Zeugungsunfähigkeit des Mannes wäre nicht mehr relevant - auch er kann sich Samenzellen anfertigen lassen.

In einer lesbischen Partnerschaft könnten diese zwei Menschen gemeinsam ein Kind bekommen, weil sich eine der beiden Frauen auch eine Samenzelle herstellen lassen könnte. Das klingt erstmal vielleicht "spooky", aber das würde die Reproduktionsmedizin völlig revolutionieren.

Kritische Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin

[00:42:50]

Irene Senn: Gibt es auch kritische Entwicklungen aus Ihrer Sicht?

Heinz Strohmer: Ich habe schon erwähnt, dass es biologisch möglich ist, eine Schwangerschaft im Höchstalter zu erzielen. Als Reproduktionsmediziner fühle ich mich nicht sehr wohl bei der Vorstellung, dass es mir ein Anliegen wäre, eine 60-, 65- oder 70-jährige Frau schwanger zu machen. Da gibt es zunehmende gesundheitliche Probleme für die Frau.

Es gibt größere Verwerfungen bei der Surrogat-Mutterschaft, der Leihmutterschaft - ein sehr schwieriges Terrain. Natürlich verstehe ich, dass Frauen einen Kinderwunsch haben, die zum Beispiel ihre Gebärmutter durch eine Blutung oder einen Tumor verloren haben. Ich verstehe, woher der Wunsch nach Leihmutterschaft kommt, aber man muss auch die Probleme sehen, die mit dem gesamten Prozess verbunden sind.

Ich sehe auch Herausforderungen bei der genetischen Analyse von Embryonen. Es gab vor kurzem einen Skandal - man sagt, es gibt dafür nicht so gute Beweise - dass ein Forscher namens He in China an Embryonen eine genetische Veränderung vorgenommen hat, um diese Kinder später vor einer HIV-Infektion zu schützen.

Das ist Genetic Engineering, also das Verändern des menschlichen Erbguts. Interessanterweise nur eine gewisse "Enhancement", Verbesserung des Erbguts. Man muss diesem Thema sehr kritisch gegenüberstehen, weil damit ein Tor aufgestoßen ist. Wo wird das enden?

Es gibt sehr interessante Tierversuche, wo es gelungen ist, einer Maus ein zweites Wachstumshormon einzuschleusen - die Maus ist so groß wie eine Katze geworden. Man kann sich vorstellen, es könnten Leute auf die Idee kommen, sie wollen an Menschen ähnliche

Veränderungen vornehmen. Diese Verbesserung des Menschen durch genetische Manipulation sehe ich äußerst kritisch.

Es mag ein Zufall sein, dass es in China, in einer Diktatur, passiert ist, dass hier die ersten Versuche unternommen wurden, Menschen zu verbessern. Wie gesagt, das ist bis heute nicht sehr gut bestätigt, dass das gelungen ist. Aber ich glaube es aus dem Grund, weil es schon vorher diese Versuche gab und die sind in angesehenen Journals publiziert worden. Nur hat man damals entschieden, sie nicht einzusetzen. Technisch gesehen ist es auch nicht schwierig. Es gibt natürlich Probleme zu überwinden, aber das würde eine Tür aufstoßen, wo ich nicht weiß, ob man da durchgehen sollte.

Verabschiedung

[00:45:21]

Irene Senn: Herr Professor Strohmer, ich bedanke mich sehr herzlich für dieses spannende Gespräch. Schön, dass Sie heute bei uns waren und uns so tollen Einblick in die Reproduktionsmedizin gegeben haben.

Heinz Strohmer: Gerne.

Outro

[00:45:41]

Silvana Strieder: Das war die neunte Podcast-Folge rund um das Thema Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin mit Herrn Univ.Prof. Dr. Heinz Strohmer. Das Gespräch führte Dr. Irene Senn.

In der aktuellen ÖAZ-Ausgabe finden Sie passend zur heutigen Folge vertiefende Artikel mit den Titeln: "Der etwas andere Babyboom - Innovative Ansätze bei Polyzystischem Ovarialsyndrom" und "Gegen Schmerz und Infertilität - Antioxidative Therapien bei Endometriose".

Wir bedanken uns, dass Sie bis zum Schluss dabei waren und hoffen, dass Sie beim nächsten Mal auch wieder Reinhören. In diesem Sinne bleiben Sie neugierig, gut informiert und denken Sie daran: Ihr Wissen ist die beste Medizin.

Dieser Podcast richtet sich an medizinische Fachkreise und dient der Vermittlung von allgemeinem Wissen über pharmazeutische und medizinische Themen. Es werden keine konkreten Therapieempfehlungen oder individuelle Ratschläge gegeben. Die Inhalte ersetzen keinesfalls den Besuch bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer persönlichen Beratung durch qualifiziertes Fachpersonal.