

**VOM KINDERWUNSCH**

**ZUM WUNSCHKIND**

VOM KINDERWUNSCH ZUM WUNSCHKIND

# DIE SICHT DER MÄNNER

TEWES WISCHMANN & THOMAS STROWITZKI



**PROF. DR. THOMAS STROWITZKI** wurde im Jahr 1999 an die Universität Heidelberg berufen und leitet seitdem die Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen am Universitätsklinikum Heidelberg. Seit 2001 ist er zudem Vorsitzender der Ethikkommission der Heidelberger Medizinischen Fakultät. Seine wissenschaftliche Laufbahn führte ihn zuvor an die Universität des Saarlandes und die LMU München, wo er acht Jahre die Reproduktionsmedizin leitete. Für seine wissenschaftlichen Leistungen erhielt Thomas Strowitzki 1994 den „Ludwig-Fraenkel-Preis“ der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie 2011 die Ehrenmedaille der Medizinischen Fakultät Heidelberg. Darüber hinaus ist er Ehrenmitglied der Rumänischen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie für Assistierte Reproduktion und Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission „Demographischer Wandel“ der Nationalen Akademie der Wissenschaften – Leopoldina.

Kontakt: thomas.strowitzki@med.uni-heidelberg.de



**DR. TEWES WISCHMANN** ist seit 1990 Akademischer Mitarbeiter und Lehrkoordinator des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Heidelberg und leitet die Arbeitsgruppe „Gynäkologische Psychologie“. Er studierte und promovierte im Fach Psychologie, schloss 2001 seine Ausbildung zum Analytischen Psychotherapeuten ab und wurde 2005 zum Privatdozenten an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg für das Fach „Medizinische Psychologie“ habilitiert. Tewes Wischmann hat zahlreiche Buch- und Zeitschriftenbeiträge zu den Themen Reproduktionsmedizin und Fertilitätsstörungen verfasst. Er ist Fachkommissionsleiter „Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin“ des Dachverbandes Reproduktionsbiologie und -medizin e. V. sowie Gründungs- und Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung. Seit 2015 ist er Mitglied des Arbeitskreises „Novellierung der Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer.

Kontakt: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de

# K

„Kommt ein Kind, ist es gut, kommt kein Kind, ist es auch gut!“ Dieser Satz war noch vor zwanzig Jahren häufig zu hören, wurde der Mann in der psychosozialen Beratung auf den Erfolg oder Misserfolg einer Kinderwunschbehandlung angesprochen. Geht es darum, sich mit einer dauerhaft ungewollten Kinderlosigkeit auseinanderzusetzen, geschieht es mittlerweile nicht selten, dass auch Männer zu den bereitgehaltenen Papiertaschentüchern greifen. Früher war beim Thema „unerfüllter Kinderwunsch“ ausschließlich die Frau im Blick, heute ist es von Anfang an selbstverständlich, das Paar in den Mittelpunkt zu stellen, sowohl in der medizinischen Diagnose und Therapie als auch in der psychosozialen Beratung und in der Forschung. An der Heidelberger Universitätsklinik wird dieser paarzentrierte Ansatz schon lange vertreten, aber auch der Mann für sich steht im Fokus: Seit Jahrzehnten erforschen in Heidelberg Psychologen und Gynäkologen, Endokrinologen und Reproduktionsmediziner, wie Männer die Kinderwunschbehandlung erleben.

## Ungewollt kinderlos

Die fruchtbare Lebensphase der Frau lässt sich relativ klar auf das Alter von circa 15 bis 45 Jahren einschränken. Die fruchtbare Lebensphase des Mannes ist nicht so eindeutig zu definieren. Doch auch beim Mann nimmt die Fertilität – die Fähigkeit, Kinder zu zeugen – mit den Jahren ab. So sinkt die Anzahl an bewegungs- und damit befruchtungsfähigen Spermien etwa ab dem 40. Lebensjahr jährlich um circa ein Prozent. Wie bei der Frau steigt beim Mann mit zunehmendem Alter das Risiko für körperliche Fehlbildungen des Kindes; auch die Gefährdung des Kindes, eine psychische Störung zu entwickeln, nimmt dann zu. Das gilt insbesondere für Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis.

Von ungewollter Kinderlosigkeit wird grundsätzlich dann gesprochen, wenn es nach einem Jahr regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs nicht zu einer Schwangerschaft gekommen ist. Diese Wartezeit ist zunächst einmal gar nicht so ungewöhnlich: Rund ein Viertel der Frauen berichtet von der Dauer eines Jahres, bis das erste oder ein weiteres Kind zur Welt kam. Von einem tatsächlich unerfüllt bleibenden Kinderwunsch betroffen sind in Deutschland etwa sechs bis neun Prozent der Paare, das sind rund eine halbe Million Frauen und Männer. Studien zeigen, dass Frauen durchschnittlich einen stärkeren

**„Von einem unerfüllten Kinderwunsch sind Frauen wie Männer psychisch gleichermaßen erheblich beeinträchtigt.“**

Kinderwunsch angeben als ihre Partner – der Unterschied ist aber marginal: Eine unserer Heidelberger Arbeiten verglich die Kinderwunschstärke von über 500 Frauen und über 500 Männern. Dabei zeigte sich zwar ein statistisch signifikanter Unterschied – die absolute Differenz zwischen den Werten aber erwies sich als gering (3.3 bei den Frauen und 3.1 bei den Männern auf einer Skala von 0 bis 4).

In der gleichen Studie erfassten wir das Selbst- und Fremdbild von 500 Paaren hinsichtlich der Verarbeitung des unerfüllten Kinderwunsches und stellten eine aufschlussreiche wechselseitige Zuordnung der weiblichen und männlichen Grundstimmung fest. Demnach schätzt der Partner die depressive Stimmung der Frau höher ein, als es die Frau selbst tut – umgekehrt schätzt die Partnerin die Stimmung des Mannes als deutlich unbelasteter ein, als er es von sich selbst angibt. Diese Polarisierung spiegelt die „klassische“ Position des Mannes als „Fels in der Brandung“ – sowohl in seinem Selbstbild als auch im Fremdbild aus Sicht der Partnerin. Der Studienlage nach aber ist davon auszugehen, dass Frauen wie Männer von einem unerfüllten Kinderwunsch psychisch meist gleichermaßen erheblich beeinträchtigt sind.

## Innere Blockaden?

Häufig ist als Grund für ungewollte Kinderlosigkeit zu hören, dass gegenüber einer Schwangerschaft „innere Blockaden“ bestünden. Wissenschaftlich ist das nicht zu halten. Indirekt sind allerdings sehr wohl Einflüsse der Psyche anzunehmen, und zwar bei verhaltensbedingten Fertilitätsstörungen, wie wir sie bei Paaren in unserer Kinderwunschambulanz in Heidelberg näher untersucht haben. Bei circa drei Prozent der Frauen fanden wir deutliche Hinweise auf eine (sub-)klinische Magersucht, zwei Prozent der Männer gaben Anabolika-Missbrauch an; trotz Kinderwunsch rauchten elf Prozent der Frauen und 18 Prozent der Männer, und etwa jede fünfte Frau übte – bei einem normalem oder niedrigem Body-Mass-Index – exzessiv Sport aus. Es ist in der Öffentlichkeit zwar kaum bekannt, dass Hochleistungssport bei Frauen der Fruchtbarkeit abträglich ist – Raucherinnen und Raucher indes sollte das mit dem Nikotinkonsum einhergehende Risiko auch hinsichtlich der eingeschränkten Fruchtbarkeit bewusst sein. Darüber hinaus gaben circa sieben Prozent der Frauen und zwei Prozent der Männer an, dass sie trotz ihres Kinderwunsches in weniger als der Hälfte der „fruchtbaren Tage“ der Frau miteinander Geschlechtsverkehr hatten – womöglich eine Folge der Diagnose „Fertilitätsstörung“. In der Studie war insbesondere der Verlust der sexuellen Spontanität von beiden Partnern im Vergleich zur Zeit vor dem Kinderwunsch als gravierendste Verschlechterung in ihrem Sexualleben angegeben worden.

## Achterbahn der Gefühle

Es gibt zahlreiche Methoden, die Fruchtbarkeit (Fertilität) beziehungsweise Unfruchtbarkeit (Infertilität) der Frau

festzustellen. Die Verfahren reichen von der hormonellen Bestimmung des Zyklusverlaufs und Eisprungs bis hin zu körperlichen Ursachen, etwa dem Verschluss der Eileiter, wozu eine operative Bauchspiegelung zur Diagnose erforderlich ist. Beim Mann beschränkt sich die Abklärung auf die klinische Untersuchung und die Analyse des Spermias. Nur bei Männern mit „Azoospermie“ – dem weitestgehenden Fehlen von Spermien im Samenerguss – ist ein operativer Eingriff nötig: Um das Ausmaß der gestörten Spermienbildung zu bewerten, muss dem Betroffenen Hodengewebe entnommen werden. Genetische Untersuchungen bei Mann und Frau erfolgen erst, wenn die Vordiagnostik abgeschlossen ist.

Wie erleben Männer die reproduktionsmedizinische Diagnose und Behandlung? Frauen wie Männer erfahren in dieser Zeit die viel zitierte „Achterbahn der Gefühle“. Eine unserer Studien, für die wir ausschließlich Männer interviewt haben, ergab folgende Besonderheit: Der Mann erlebt sich in der Kinderwunschbehandlung häufig als zum Abwarten und Zuschauen „verdammte“, weil der größte Aufwand von der Frau geleistet werden muss – sowohl was die zu investierende Zeit als auch was die Anzahl der notwendigen medizinischen Eingriffe betrifft. Die von Männern geäußerten Gefühle von Hilflosigkeit und Passivität werden durch den ungewissen Ausgang der Behandlung zumeist noch intensiviert. Stellt sich heraus, dass ein medizinisches Problem beim Mann die Hauptursache für den unerfüllten Kinderwunsch ist, gaben die betroffenen Männer in der Studie insgesamt keine schlechtere Lebensqualität an – sehr wohl aber bekannten sie in der Folge eine beeinträchtigte Geschlechtsidentität. Einer der positiven Aspekte, der von Männern genannt wurde, war die Erfahrung einer intensivierten und gereiften partnerschaftlichen Verbundenheit.

Die Last der Behandlung – auch bei ausschließlich männlich bedingter Unfruchtbarkeit – trägt die Frau. Ursächlich behandelbar sind männliche Fruchtbarkeitsstörungen nur dann, wenn Infektionen zugrunde liegen oder bei selten vorkommenden Hormonstörungen. In allen anderen Fällen männlicher Unfruchtbarkeit ist die künstliche Befruchtung der einzige Weg, um den Wunsch nach einem eigenen Kind zu erfüllen. Ist die männliche Fruchtbarkeit nur geringfügig eingeschränkt, wird eine Probe speziell aufbereiteter und konzentrierter Spermien am Tag des Eisprungs direkt in die Gebärmutter der Frau eingebracht. Bei stärker eingeschränkter Fruchtbarkeit kommt ausschließlich das Verfahren der „Intracytoplasmatischen Spermieninjektion“, kurz ICSI, infrage. Dabei wird ein einzelnes Spermium außerhalb des Körpers in die Eizelle injiziert. Selbst bei Azoospermie ist die ICSI-Methode möglich: Dazu werden einzelne Spermien aus operativ entnommenem Hodengewebe isoliert und zur Befruchtung des Eies verwendet. Die Aussicht, mithilfe der Intracytoplasmatischen Spermieninjektion ein eigenes Kind zu zeugen, ist selbst bei stark eingeschränkter männlicher Fruchtbarkeit wesentlich höher als gemeinhin angenommen:

**„Die Last der  
Behandlung – auch  
bei ausschließlich  
männlich bedingter  
Unfruchtbarkeit –  
trägt nach wie vor  
die Frau.“**

# „Die psychosoziale Beratung sollte von Anfang an Bestandteil jeder Kinderwunschbehandlung sein.“

Nach Daten des dafür in Deutschland zuständigen Registers aus dem Jahr 2015 betrug die Rate an Lebendgeburten pro Embryotransfer nach ICSI fast 32 Prozent. Damit unterscheidet sich die Chance, mithilfe dieser Behandlung ein Kind zu bekommen, nur unwesentlich von der Erfolgsaussicht gesunder junger Paare.

## Langfristiger Verlauf

Wir haben in einer Studie Frauen und Männer mit erfülltem beziehungsweise unerfülltem Kinderwunsch zehn bis 14 Jahre nach der in der Heidelberger Universitätsfrauenklinik erfolgten Behandlung befragt. Die Paare, die nach der Behandlung kinderlos geblieben waren, gaben zumeist an, der ungewollten Kinderlosigkeit auch etwas Positives abgewonnen zu haben. Ungewollt kinderlos verbliebene Männer antworteten zumindest tendenziell, dass sich die Qualität der Partnerschaft leicht verbessert habe; Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch hingegen berichteten von keiner Veränderung ihrer Partnerschaftsbeziehung. Sowohl Frauen als auch Männer erklärten in beiden Gruppen, dass sich ihre Sexualität über die Zeit hinweg nicht verschlechtert habe. Diese insgesamt beruhigenden Ergebnisse zum langfristigen Verlauf ungewollter Kinderlosigkeit bei beiden Partnern werden regelmäßig zum Inhalt der psychosozialen Kinderwunschberatung –

spätestens dann, wenn es darum geht, einen „Plan B“ zu entwickeln.

Da eine Fruchtbarkeitsstörung immer nur in der Zusammenschau beider Partner ersichtlich wird, sollte der „dyadische Kontext“ von Infertilität auch in der Forschung stets ausreichend berücksichtigt werden. Wie etwa werden Diagnose und Therapie der Fruchtbarkeitsstörung psychisch bewältigt? Aus der Forschung ist bekannt, dass ein aktiv-konfrontierender und lösungsorientierter Stil der Bewältigung für die Betroffenen günstiger ist als ein aktiv-vermeidender, auf das Problem fokussierender Bewältigungsstil. Die Auswertung einer Stichprobe, die wir unter Paaren der Heidelberger Kinderwunschambulanz vornahmen, bestätigte erwartungsgemäß, dass ein vorwiegend aktiv-vermeidender Bewältigungsstil (beispielsweise Schwangeren oder Kindern bewusst aus dem Weg zu gehen) mit einem erhöhten Risiko der Betroffenen einherging, Ängstlichkeit oder Depressivität zu entwickeln. Interessanterweise erwies sich dieser Zusammenhang als noch deutlicher, wenn der jeweilige Bewältigungsstil beim Mann überwog und das entsprechende Risiko der Frau betrachtet wurde. Insgesamt zeigte sich, dass zwischen dem Bewältigungsstil, den der eine Partner pflegt, und dem Wohlbefinden des anderen Partners ein klarer Zusammenhang besteht.

## Die Last der Behandlung

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass sich die Diagnose und Therapie nicht allein auf die Frau beschränken darf, sondern dass der Mann – und somit das Paar – eingeschlossen sein muss. Auch heute noch ist es nur unzureichend möglich, die Sterilität des Mannes ursächlich zu behandeln. Es ist deshalb fast immer das Ziel, den Kinderwunsch mit Maßnahmen der „künstlichen Befruchtung“ zu erfüllen. Dabei trägt die Frau ganz überwiegend die Last der Behandlung.

In der psychosozialen Kinderwunschberatung sollte die häufig auftretende Ambivalenz des Mannes, psychosoziale Hilfe zu beanspruchen, aktiv angesprochen werden. Auch der Stellenwert des Kinderwunsches, der jeweils unterschiedlich sein kann, ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sozialisation beider Partner zu berücksichtigen. In der Beratung ist darüber hinaus zu akzeptieren, dass es dem Mann häufig schwerer als seiner Partnerin fällt, Gefühle zu identifizieren und zu verbalisieren, und dass er sich womöglich in emotionalen Belangen insgesamt unbehaglicher fühlt. Ist die psychosoziale Beratung von Anfang an fester Bestandteil der reproduktionsmedizinischen Behandlung, ist es kaum ein Problem, beide Partner in der Beratung zu sehen: Rückblickend wird die psychosoziale Kinderwunschberatung von Frau und Mann zumeist gleichermaßen als wichtige emotionale Entlastungsmöglichkeit wertgeschätzt. ●

FROM INFERTILITY TO ASSISTED PREGNANCY

# THE MALE PERSPECTIVE

TEWES WISCHMANN &amp; THOMAS STROWITZKI

In the past, men involved in fertility treatments were frequently relegated to the role of partner of the “actual” patient. Today the focus lies on the couple right from the start, in terms of medical diagnosis and therapy as well as psychosocial counselling and research. Doctors and researchers at Heidelberg University Hospital have long supported this couple-oriented approach. But scientists are also increasingly focusing on the men: For decades, Heidelberg psychologists and gynaecologists, endocrinologists and reproductive specialists have investigated how men experience their partners’ fertility treatments.

Their findings show that men and women are more alike in their wish for a child than one might assume: The psychological effects of infertility are usually just as severe for men as they are for women. Fertility treatments frequently lead to a polarisation of the partners – in the long term, however, they tend to strengthen the bond between the parents-to-be. Due to the lack of a successful treatment for male infertility, in vitro technologies are often the only way of fulfilling the wish for a biological child. This means that the burden of treatment – even in cases where only the man is infertile – falls to the woman, while men often find themselves “condemned” to stand by and watch. The Heidelberg researchers conclude that psychosocial fertility counselling for both partners should be an integral part of every therapy. Looking back, men and women appreciate this counselling as an important way of reducing the emotional stress of treatment. ●

**“The psychological effects of infertility are usually just as severe for men as they are for women.”**

PROF. DR THOMAS STROWITZKI joined Heidelberg University in 1999 as head of the Department of Gynecological Endocrinology and Fertility Disorders of Heidelberg University Hospital. In 2001 he became chairman of the Ethics Committee of the Medical Faculty Heidelberg. Prior to that, his academic career led him to Saarland University and LMU Munich, where he headed the department of reproductive medicine for eight years. In 1994 Thomas Strowitzki received the “Ludwig Fraenkel Prize” of the German Association for Gynaecology and Obstetrics (DGGG) and in 2011 he was awarded the Medal of Honour of the Medical Faculty Heidelberg. In addition, he is an honorary member of the Romanian associations for Gynaecology and Obstetrics and for Assisted Reproduction and a member of the scientific commission “Demographic changes” of the Leopoldina National Academy of Sciences.

Contact: thomas.strowitzki@  
med.uni-heidelberg.de

DR TEWES WISCHMANN has been an academic staff member and teaching coordinator at Heidelberg University Hospital's Institute for Medical Psychology since 1990 and heads the work group “Gynecological Psychology”. After earning his doctorate in psychology, he completed his training as an analytical psychotherapist in 2001 and in 2005 became Associate Professor of Medical Psychology at the Medical Faculty Heidelberg. Tewes Wischmann has published numerous books and articles on reproductive medicine and fertility disorders. He heads the expert commission “Psychosomatics in Reproductive Medicine” of the Confederation for Reproductive Biology and Medicine and is a founding and honorary member of the German Society for Fertility Counselling. In 2015 he joined a work group of the German Medical Association tasked with drawing up an amendment to the guidelines for assisted reproduction.

Contact: tewes.wischmann@  
med.uni-heidelberg.de