

MASTERARBEIT

Unerfüllter Kinderwunsch und psychische Gesundheit

Verfasserin: Birgit Neuhold

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Public Health

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt im Rahmen des

Universitätslehrgangs Master of Public Health

Unter der Anleitung von

Mag.^a (FH) Ines Spath-Dreyer MPH

Graz, Jänner 2018

Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich



Fonds Gesundes
Österreich

Inhalt

Inhalt	i
Kurzzusammenfassung	iii
Abstract	iv
Danksagung	v
Eidesstattliche Erklärung	vi
Abbildungsverzeichnis	vii
Abkürzungsverzeichnis	viii
1 Einleitung	1
1.1 <i>Hintergrund und Ausgangslage</i>	1
1.2 <i>Forschungsfragen</i>	2
1.3 <i>Ziel der Arbeit</i>	2
2 Methode	4
2.1 <i>Literaturrecherche</i>	4
2.2 <i>Der Public Health Action Cycle</i>	5
3 Hauptteil	8
3.1 <i>Paare mit unerfülltem Kinderwunsch</i>	8
3.1.1 <i>Definition von unerfülltem Kinderwunsch</i>	8
3.1.2 <i>Ursachen von unerfülltem Kinderwunsch</i>	9
3.1.3 <i>Historischer Rückblick</i>	10
3.1.4 <i>Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch</i>	13
3.1.5 <i>Aufklärung zu Schwangerschaft und Geburt bei subfertilen Paaren</i> . 16	
3.1.6 <i>Belastungen bei unerfülltem Kinderwunsch</i>	17
3.1.7 <i>Der IVF-Fonds</i>	19
3.1.8 <i>Komplementäre Heilverfahren bei Kinderwunsch</i>	22

3.1.9	Kritische Anmerkungen.....	23
3.1.10	Andere Alternativen bei ungewollter Kinderlosigkeit – Der Plan B.	24
3.2	<i>Psychische Gesundheit</i>	28
3.2.1	Definition von Gesundheit und psychischer Gesundheit sowie Darstellung der Determinanten der Gesundheit.....	28
3.2.2	Internationale Strategien zur psychischen Gesundheit.....	31
3.2.3	Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit.....	32
3.2.4	Psychische Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch .	36
3.3	<i>Förderung der psychischen Gesundheit</i>	42
3.3.1	Definition und Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung.....	42
3.3.2	Ansatzpunkte zur Förderung der psychischen Gesundheit.....	44
3.3.3	Projekte und Maßnahmen für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch .	46
3.4	<i>Ableitungen für die Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in Österreich</i>	47
3.4.1	Makroebene – Ableitungen auf nationaler Ebene.	47
3.4.2	Mesoebene – Projektebene: Entwicklung eines Pilotprojektes und langfristig eines Programms für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch	49
4	Zusammenfassung und Ausblick	52
5	Literaturverzeichnis	54

Kurzzusammenfassung

Die psychische Gesundheit zu fördern, ist in der heutigen Zeit eine wichtige Maßnahme, welche unter anderem den Bereich Public Health vor vielfältige Herausforderungen stellt. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine Literaturliteraturarbeit zu dem Thema unerfüllter Kinderwunsch und psychische Gesundheit der betroffenen Paare. Weiters gibt sie einen Überblick über die psychischen Belastungen, denen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch ausgesetzt sind. Des Weiteren behandelt sie das Thema der Förderung der psychischen Gesundheit im Allgemeinen. Am Schluss werden Empfehlungen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch gegeben.

Ziel der Arbeit ist es, vor allem auf die Größe des Problems aufmerksam zu machen und vorhandene Tabus abzubauen. Paare mit unerfülltem Kinderwunsch befinden sich oft in einem Kreislauf aus Warten, Hoffen und Enttäuschung. Ein unerfüllter Kinderwunsch ist von der emotionalen Belastung her gleichzusetzen mit dem Verlust eines nahen Angehörigen. Oftmals bestehen für das Paar vielfältige finanzielle, psychische und körperliche Belastungen. Vor allem die Strapazen im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Behandlungen werden immer größer. Aus der Forschung geht hervor, dass bei Paaren, welche von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind – egal, ob mit oder ohne organische Ursache – nicht mehr psychopathologische Auffälligkeiten vorliegen als beim Rest der Bevölkerung, dass diese durch den unerfüllten Kinderwunsch jedoch stark belastet werden. Es wurden keine bestehenden Gesundheitsförderungsprojekte für die Zielgruppe gefunden. Eine psychosoziale Beratung und Kurzzeittherapie kann sich für die Betroffenen als sehr nützlich erweisen.

Abstract

Promoting mental health is an important measure nowadays that brings with it a wide range of challenges, especially in the public health sector. The present work is a work of research on the unfulfilled desire to have children and the mental health of affected couples. It also gives an overview of the psychological burden couples with an unfulfilled desire to have children often face. The thesis moreover deals with the topic of promoting mental health in general. Finally, recommendations are made to promote the mental health of couples who wish, but are unable, to have children.

The present thesis aims at drawing attention to the magnitude of the problem and at dissolving existing taboos. Couples with an unfulfilled desire to have children are often caught in a vicious cycle of waiting, hoping and being disappointed in the end. The feelings of not being able to have children are equal to losing a close relative. Couples are very often subjected to a variety of financial, psychological and physical strains. Above all, the strain in connection with reproductive medicine treatments is ever increasing. Research has shown that couples affected by an unfulfilled desire to have children – whether or not the latter has an organic cause – have no more psychopathological abnormalities than the rest of the population. However, they are severely affected by their unfulfilled desire to have children. In the course of the research, no health promotion projects for the target group could be found. However, psychosocial counselling and short-term therapy can be helpful for those affected.

Danksagung

An erster Stelle bedanke ich mich bei Mag. (FH) Ines Spath-Dreyer MPH, dass sie die Betreuung meiner Masterthesis übernommen hat. Ich konnte sie jederzeit um Rat fragen und sie hat mich mit ihrer exzellenten Fachkenntnis im Bereich Gesundheitsförderung hervorragend unterstützt.

Von ganzem Herzen möchte ich auch meinem Mann Christian danken. Ohne seine Unterstützung wären die Ausbildung zum Master of Public Health und die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen.

Ich möchte auch meiner Familie ganz herzlich danken, vor allem für die zahlreichen Stunden, in denen sie die Betreuung meiner Tochter Elenor übernommen haben, damit ich mich in Ruhe dieser Arbeit widmen konnte.

Die vorliegende Arbeit möchte ich meiner wundervollen Tochter Elenor widmen. Ich bin ihr von Herzen dankbar, dass sie in unser Leben getreten ist und es Tag für Tag von Neuem bereichert. Vor allem hält mir Elenor immer vor Augen, dass ein unerfüllter Kinderwunsch – auch wenn er noch so viele Jahre besteht – überwunden werden kann.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 27.01.2018

Unterschrift: _____

Birgit Neuhold

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Public Health Action Cycle (Bundesamt für Gesundheit, 2001)

Abb.2: Dahlgren und Whitehead, 1991 Abbildung nach: Öffentliches Gesundheitsportal Österreich

Abkürzungsverzeichnis

ART	Assistierte Reproduktionstechnik
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
ICSI	Intracytoplasmatische Spermieninjektion
IUI	Intrauterine Insemination
IVF-Fonds	In-vitro-Fertilisations-Fonds
o.J.	ohne Jahresangabe
o.S.	ohne Seitenangabe
SUPRA	Nationale Suizidpräventionsstrategie
TCM	Traditionelle chinesische Medizin
UN	Vereinte Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WUKI-KIWU	Wunschkind-Kinderwunsch
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Eine Familie zu gründen ist für viele Menschen ein wichtiges und oft auch selbstverständliches Ziel in ihrem Leben. Nicht für alle ist dies jedoch einfach zu erreichen. Einerseits können organische Gründe das Vorhaben, ein Kind zu zeugen oder auszutragen, verhindern, andererseits haben sich auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen die Entscheidung zur Familiengründung getroffen wird, verändert und viele Paare bleiben dadurch für eine längere Zeit kinderlos oder werden nie Eltern.

Vorab sollte angemerkt werden, dass in dieser Arbeit nur heterosexuelle Paare angesprochen werden. Natürlich gibt es auch Alleinstehende sowie gleichgeschlechtliche Paare mit unerfülltem Kinderwunsch, auf diese wird jedoch nicht eingegangen.

1.1 Hintergrund und Ausgangslage

Genauere Zahlen, wie viele Paare in Österreich vom unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind, gibt es nicht, denn Statistik Austria führt keine Daten darüber. In verschiedenen anderen Quellen wird davon ausgegangen, dass zehn bis 15% aller Partnerschaften in Österreich ungewollt kinderlos sind (vgl. Kepler Universitätsklinikum GmbH, 2017, o.S.). Genauere Zahlen zur Prävalenz der ungewollten Kinderlosigkeit gibt es aus verschiedenen Gründen nicht. Zu diesen zählen, dass eine gewollte Kinderlosigkeit öfter in eine ungewollte Kinderlosigkeit übergeht bzw. es oft schwierig ist, zu entscheiden, wie man Paare wertet, wo ein/e PartnerIn einen Kinderwunsch verspürt, der/die andere jedoch (noch) keinen Kinderwunsch hat (vgl. Wischmann, 2012, S. 28).

Fest steht jedoch, dass es eine große Zahl an Betroffenen gibt. Es besteht auch kein Zweifel daran, dass der unerfüllte Kinderwunsch in Österreich noch immer ein Tabuthema ist. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Inzidenz steigt, wofür es ebenfalls mehrere Gründe gibt. Der wahrscheinlich wichtigste ist, dass sich viele Frauen erst über 30 für die Familienplanung entscheiden. Die reproduktivste Phase einer Frau liegt jedoch im Alter von 20 bis 25 Jahren. Ein weiterer

Grund ist, dass eine Schwangerschaft in der heutigen Zeit meistens sehr durchgeplant ist, damit sie in den persönlichen Lebensplan passt und nicht zu einem natürlich vorgegebenen Zeitpunkt einfach akzeptiert wird (vgl. Fiegl, 2004, S. 37).

Der unerfüllte Kinderwunsch ist ein Thema, von dem stetig mehr Menschen betroffen sind und das zu vielfältigen Belastungen führt, die sowohl psychisch, finanziell als auch körperlich sein können. Die Bedeutsamkeit des Themas für den Bereich Public Health besteht vor allem darin, dass die Erhaltung der psychischen Gesundheit in der heutigen Zeit immer mehr an Wichtigkeit gewinnt. Die vorliegende Arbeit versucht, mit Paaren, die von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind, einen meiner Meinung nach vernachlässigten Teil der Bevölkerung herauszunehmen und sich auf der Ebene der Public Health mit ihnen zu beschäftigen.

1.2 Forschungsfragen

Die folgenden Fragestellungen sollen in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden:

- Welchen psychischen (mental)en Belastungen sind Paare mit unerfülltem Kinderwunsch ausgesetzt?
- Welche gesundheitsförderlichen Interventionen gibt es national und international für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch?
- Welche Empfehlungen lassen sich daraus für die Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in Österreich ableiten?

1.3 Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, auf die Größe des Problems des unerfüllten Kinderwunsches aufmerksam zu machen. Das Tabu, welches mit dem Thema in Verbindung gebracht wird, wird hier angesprochen, sodass die vorliegende Arbeit dazu beitragen sollte, es abzubauen. Unter anderem wird ein Überblick über die Gesundheit, vor allem die psychische Gesundheit und die Belastungen von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch, gegeben. Zudem werden Gesundheitsförderungsprojekte vorge-

stellt, sofern welche gefunden werden, und es werden Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in Österreich abgeleitet.

2 Methode

Für diese Arbeit wurde die Methode der Literaturrecherche gewählt, da die Autorin der Meinung ist, so einen guten Überblick über das gewählte Thema geben und die Forschungsfragen adäquat beantworten zu können. Da es, wie bereits erwähnt, überdies bisher relativ wenig bis keine statistischen Daten zu dem Thema unerfüllter Kinderwunsch in Österreich gibt, bietet sich die Literaturrecherche ebenso an.

2.1 Literaturrecherche

Für die vorliegende Arbeit wurde in Literaturdatenbanken wie PubMed und der Cochrane-Bibliothek gesucht. Zudem wurde eine systematische Literatursuche mit den Suchmaschinen Google und Google Scholar <http://www.scholar.google.com/> durchgeführt. Hierfür wurde mit den folgenden Suchbegriffen recherchiert: „unerfüllter Kinderwunsch“, „ungewollte Kinderlosigkeit“, „unfulfilled wish for a baby“, „unfulfilled wish for a child“, „unfulfilled desire for children“, „unfulfilled desire for a child“, „childlessness“, „infertility“, „Gesundheitsförderung bei unerfülltem Kinderwunsch“, „Gesundheitsförderung“, „psychische Gesundheit“, „Gesundheit“, „psychische Belastungen“, „health promotion“ und „mental health“. Zusätzlich wurde mit dem sogenannten Schneeballsystem (snowballing) gearbeitet, bei dem, ausgehend von einer interessanten Quelle, weitere hilfreiche Quellen gesucht werden. Weiters wurde mit den oben angegebenen Suchwörtern in den nachfolgend aufgezählten Projektdatenbanken gesucht. Jedoch konnten hierbei keine relevanten bzw. gar keine Projekte zum Thema unerfüllter Kinderwunsch gefunden werden.

Projektdatenbanken, die für die Suche verwendet wurden, waren:

- The European Network for Mental Health Promotion
- Projekte zur Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung in Nordrhein-Westfalen
- Europäische Datenbank mit Projekten zur Minderung gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheit

- Datenbank für Projekte aus Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz
- Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

Letztendlich wurden Informationen aus verschiedenen Büchern, Studien, Papers, Broschüren und Internetseiten verwendet, um der qualitativen Grundlage dieser Arbeit mehr Gewicht zu verleihen.

2.2 Der Public Health Action Cycle

Der Public Health Action Cycle wurde in den Achtzigerjahren vom amerikanischen Institute of Medicine im Zuge einer Studie zu Public Health entwickelt und später von Rolf Rosenbrock weiterentwickelt. Er ist ein Vier-Phasen-Modell, das auch als Gesundheitspolitischer Aktionszyklus bezeichnet wird. Das Modell liefert eine gute Grundlage für eine strategische Planung (vgl. Ruckstuhl, 2008, S. 4).

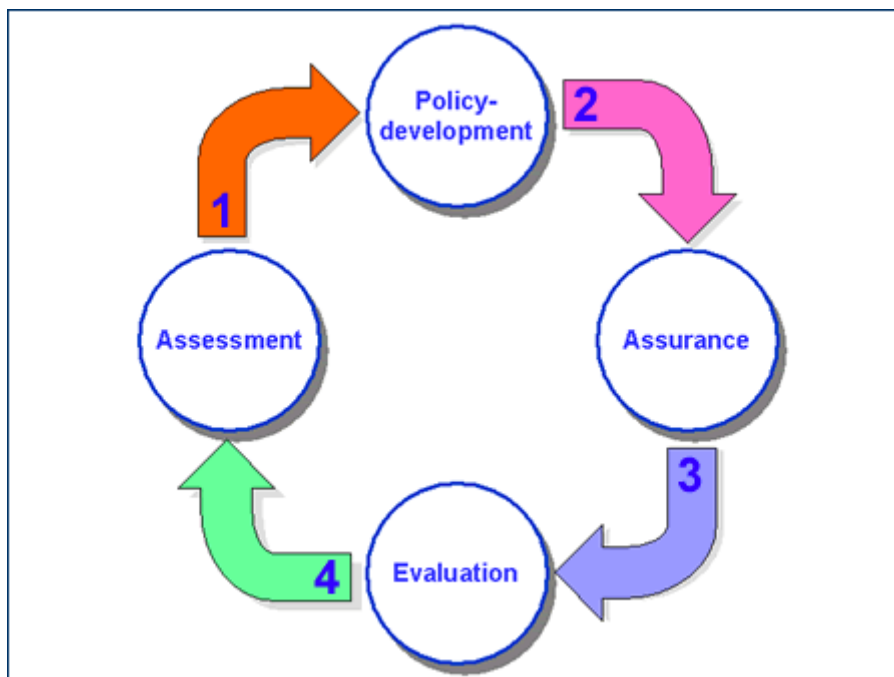


Abb.1: Public Health Action Cycle (Bundesamt für Gesundheit, 2001, o.S.)

Der Public Health Action Cycle besteht aus den folgenden vier Phasen:

1. Assessment (Problembestimmung): Die gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung werden erfasst und analysiert.
2. Policy development (Strategieformulierung): Gesundheitspolitische Interventionsstrategien werden entwickelt.

3. Assurance (Umsetzung): Die entwickelten Strategien werden im Gesundheitssystem integriert und umgesetzt.
4. Evaluation (Bewertung): Die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Strategien werden überprüft.

Der Public Health Action Cycle ist als Kreislauf zu verstehen, der, wenn nötig, immer wieder von Neuem begonnen werden kann. Es ist sogar erwünscht, nach jeder Evaluation ein Re-Assessment der vorhandenen Gesundheitsproblematik vorzunehmen und, falls nötig, Maßnahmen anzupassen.

Um den Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument verwenden zu können, sind einige Überlegungen und Fragestellungen nötig, die im nachfolgenden Text kurz angesprochen werden.

Phase 1: Assessment (Problembestimmung): Die gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung werden erfasst und analysiert

Diese Phase umfasst Informationen und Überlegungen, welche erforderlich sind, um ein Public Health-Problem darzustellen und angemessen darauf reagieren zu können. Dazu sind die Auswertung von epidemiologischen Studien und anderen geeigneten Datenquellen sowie die Klärung von Bedarf und Bedürfnissen notwendig.

Phase 2: Policy development (Strategieformulierung): Gesundheitspolitische Interventionsstrategien werden entwickelt

Diese Phase beschäftigt sich mit der Entwicklung und Formulierung einer geeigneten Public Health-Intervention. Zusätzlich beinhaltet sie eine Situationsanalyse, und Vernetzung, Lobbying und Allianzen müssen berücksichtigt werden. Wichtig ist auch, ein geeignetes Konzept zu erstellen, welches die Zielsetzung, theoretisches und praktisches Wissen, eine geeignete Strategie, Abbruchkriterien und den Projektantrag enthält. Darüber hinaus müssen die Finanzen geklärt und ein realistisches Budget festgelegt werden.

Phase 3: Assurance (Umsetzung): Die entwickelten Strategien werden im Gesundheitssystem integriert und umgesetzt

Diese Phase hat die Durchführung einer Intervention zum Inhalt. Dafür sind gute Kenntnisse im Projekt-, Konflikt- und Qualitätsmanagement erforderlich. Das Vorhandensein eines Kommunikationskonzeptes und das Durchführen eines Controllings sind weitere wichtige Punkte in dieser Phase.

Phase 4: Evaluation (Bewertung): Die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Strategien werden überprüft

Die Evaluation kann als Prozess- oder Ergebnisevaluation durchgeführt werden, also während des gesamten Verlaufs oder erst gegen Ende des Projekts. Wesentliche Punkte einer Evaluation sind das Überwachen, Interpretieren und Analysieren eines Projekts oder Programms. Unter anderem beschäftigt sich diese Phase mit der bzw. den Wirkung/en der Intervention, dem Darstellen einer Kosten-Nutzen-Analyse und der Fragestellung zum Umgang mit den Resultaten (vgl. Ruckstuhl, 2008, S. 8-36).

In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus auf Schritt eins und zwei des Public Health Action Cycles gelegt, also auf die Problembestimmung und die Strategieentwicklung. Schritt drei und vier sind nicht Teil dieser Arbeit, könnten aber in einer weiteren Arbeit bzw. später in gesundheitsfördernden Projekten für die besagte Zielgruppe aufgegriffen werden.

3 Hauptteil

Im Hauptteil der vorliegenden Arbeit wird definiert, was unter einem unerfüllten Kinderwunsch zu verstehen ist und was mögliche Ursachen für diesen sein können. Des Weiteren wird kurz auf den unerfüllten Kinderwunsch in früheren Zeiten und heute eingegangen. Mögliche Behandlungen und Belastungen werden dargestellt und es wird detailliert auf die psychische Gesundheit im Allgemeinen eingegangen. Zudem wird der IVF-Fonds erläutert und es werden unter anderem nationale und internationale Strategien zur psychischen Gesundheit beschrieben. Danach wird speziell auf die psychische Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch eingegangen und mögliche Alternativen dazu aufgezählt. Zudem werden die Gesundheitsförderung im Allgemeinen und die Förderung der psychischen Gesundheit im Speziellen thematisiert. Abschließend werden aus der vorhandenen Arbeit Ableitungen zur Förderung der Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in Österreich erstellt.

3.1 Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

Unerfüllter Kinderwunsch ist ein sehr intimes Thema, das auch in der heutigen Zeit noch oft als Tabuthema angesehen wird. Im Weiteren wird näher auf die Definition des unerfüllten Kinderwunsches eingegangen.

3.1.1 Definition von unerfülltem Kinderwunsch

„Die Sterilität ist nach der ‚Scientific Group on the Epidemiology of Infertility‘ der WHO definiert als das Ausbleiben einer Schwangerschaft über einen Zeitraum von 2 Jahren bei einem Paar, das regelmäßig ungeschützten Geschlechtsverkehr hat“ (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, 2017, S. 1).

Man unterscheidet hierbei zwei Formen, nämlich die der

- „Primären Sterilität, bei der es noch nie zu einem Schwangerschaftseintritt gekommen ist, und der

- Sekundären Sterilität, bei der bereits einmal eine Schwangerschaft eingetreten ist, unabhängig davon, ob diese zur Geburt eines Kindes geführt hat“ (Lawrenz, 2013, S. 73).

3.1.2 Ursachen von unerfülltem Kinderwunsch

Man geht davon aus, dass in ca. 40% die Ursachen des unerfüllten Kinderwunsches bei der Frau, in weiteren ca. 40% beim Mann und in ca. 20% der Fällen bei beiden liegen. Mögliche Probleme bei Frauen und Männern sind nachfolgend dargestellt.

Probleme bei der Frau

1. Organische Ursachen
 - Eileitererkrankungen
 - Endometriose (eine meist schmerzhaft und chronische Erkrankung bei der gebärmutter Schleimhautähnliches Gewebe außerhalb der Gebärmutter wächst)
 - Gebärmutterhalsprobleme
 - Gebärmutterfehlbildungen
2. Hormonelle Ursachen
 - Hyperprolaktinämie (überschießende Prolaktinwerte)
 - Hyperandrogenämie (überschießende männliche Hormone)
 - Syndrom der Polyzystischen Ovarien (PCO-Syndrom) – Funktionelle ovarielle Hyperandrogenämie (FOHA)
 - Amenorrhö (fehlende Blutung) nach Absetzen der Pille
 - Lutealinsuffizienz (Gelbkörperschwäche)
3. Immunologische Ursachen
4. Störungen der Blutgerinnung

Probleme beim Mann

1. Pathologisches Spermogramm
 - Störungen der Spermienreifung

- Störungen des Spermientransports
- Varikozele (Krampfader im Hodensack)
- Malescensus testis, Kryptorchismus (Hodenhochstand)
- Infektionen

2. Anatomische Ursachen (Blockierungen der Samenwege)

Idiopathische Sterilität (nicht erklärbare Unfruchtbarkeit)

Bei ca. zehn bis 15% der Paaren findet man auch mit den heutigen diagnostischen Möglichkeiten keinen Grund, warum sie unfruchtbar sind (vgl. Wischmann, 2012, S. 143).

Oft sind es mehrere Faktoren, die zusammenkommen und zu einer Herabsetzung der relativen Zeugungsunfähigkeit eines Paares beitragen (vgl. Siegenthaler et al., 2006, S. 401).

„Grundsätzlich gilt für den unerfüllten Kinderwunsch, dass stets die minimal invasivste Therapie mit gleichzeitig noch hoher Erfolgschance gewählt werden sollte“ (Siegenthaler et al., 2006, S. 403).

Eine genauere Beschreibung der idiopathischen Sterilität erfolgt in Kapitel 3.2.4.

3.1.3 Historischer Rückblick

Generell gesehen ist es immer wichtig, die Vergangenheit und Geschichte einer Sache oder eines Phänomens zu kennen, um ein Thema als Ganzes sehen zu können. Nachfolgend wird daher beschrieben, was der unerfüllte Kinderwunsch früher und heute bedeutet(e).

Vorab lässt sich sagen, dass der Wunsch nach Fortpflanzung und Kindern so alt wie die Menschheit selbst ist. Tatsächlich war und ist es eine Ursehnsucht aller Lebewesen, sich zu vermehren (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 15).

3.1.3.1 Unerfüllter Kinderwunsch früher

Der unerfüllte Kinderwunsch war schon immer ein Thema, welches die Menschheit in ihrer Geschichte begleitet hat (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 17 ff.):

Fruchtbarkeit in der prähistorischen Zeit

Für unsere steinzeitlichen Vorfahren war die Unfruchtbarkeit von Mensch, Tier und Feldern eine Tragödie. Aus diesem Grund wurden schon früh Rituale, Gebete und Hilfsmittel entwickelt, um die Fruchtbarkeit zu fördern.

Schon in der vorkeltischen Zeit pilgerten frisch verheiratete Paare in ihrer Hochzeitsnacht zum Menhir von Kerloas in Plouarzel in der französischen Bretagne. Dort beteten und tanzten Frauen und rieben dabei ihre nackten Bäuche an einem aufrecht stehenden Hinkelstein, um viele gesunde Kinder zu empfangen.

In der Bretagne glaubt man noch heute, dass Menhire übernatürliche Kräfte in sich tragen, die – wenn man sie intensiv berührt – zu einem Kindersegen verhelfen (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 15).

Kinderlosigkeit in der Bibel

Kinder wurden in der Bibel als Segen aufgefasst, während Kinderlosigkeit als Fluch und Bestrafung Gottes empfunden wurde (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 16).

So kommt die Leihmutter- und späte Mutterschaft schon in der Bibel vor. Im Buch Genesis, Kapitel 16, ist die Geschichte von Sara, der Frau Abrahams, beschrieben, die, lange nachdem sie eine Leihmutter ein Kind austragen ließ, mit 90 Jahren selbst schwanger wird und einen Sohn namens Isaak auf die Welt bringt (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 16-17).

Fruchtbarkeit im alten Ägypten

Kinder waren auch für die alten Ägypter das größte Gut. Sie waren vor allem deshalb wichtig, damit sie sich nach dem Tod der Eltern um deren Totenkult kümmern konnten. Bei Unfruchtbarkeit wurden vor allem den Fruchtbarkeitsgöttern Heket, Bes, Thoeris und der Liebesgöttin Hathor Opfergaben dargebracht (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 17-18).

Mittelalter und Fruchtbarkeit

Im Mittelalter war die Fortpflanzung die wichtigste Aufgabe der Frau und Unfruchtbarkeit war damals der häufigste Scheidungsgrund vor allem in Fürsten- und Königshäusern.

Bis auf die Ausnahme der Ärztin Trotula, die schon im 11. Jahrhundert die Ursachen von Unfruchtbarkeit bei Frauen und Männern suchte, wurde Unfruchtbarkeit bis ins 19. Jahrhundert fast immer der Frau zur Last gelegt.

Hildegard von Bingen etwa teilte Menschen in verschiedene Säftetypen und ging davon aus, dass phlegmatische Männer und melancholische Frauen meist unfruchtbar sind. Eine Chance für eine Melancholikerin, ein Kind zu gebären, sah sie darin, einen starken Sanguiniker als Mann und ein starkes Alter zu erreichen.

Damals wurden besonders Magie, Zauber und Heilige eingesetzt, um Unfruchtbarkeit zu überwinden und das Glück vom eigenen Kind wahr werden zu lassen (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 20-22).

Unerfüllter Kinderwunsch in Mythen und Märchen

Dass das Thema unerfüllter Kinderwunsch schon immer sehr bedeutend war, zeigt sich auch in vielen Mythen und Märchen. Ein Beispiel ist Dornröschen, welches mit den folgenden Worten beginnt:

„In einer Zeit, als das Wünschen noch geholfen hat, da lebten ein König und eine Königin, die bekamen keine Kinder. Darüber war die Königin so betrübt, dass sie kaum jemals eine frohe Stunde hatte“ (Schweizer-Arau, 2009, S. 25)

3.1.3.2 Unerfüllter Kinderwunsch heute

Eine Familie zu gründen ist auch heute noch immer ein Lebensziel sehr vieler Frauen und Männer.

Ein Problem der heutigen Zeit ist jedoch, wie einleitend erwähnt, dass viele Frauen erst über 30, also nach der Ausbildung und einigen Jahren im Berufsleben, mit der Kinderplanung beginnen. Die fertilsten Jahre einer Frau liegen jedoch zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr. Ab dem Ende des zweiten Lebensjahrzehnts

nimmt die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, sehr stark ab. Die Anzahl und Qualität der Follikel, welche im Eierstock verbleiben – und auch als ovarielle Reserve bezeichnet werden – vermindern sich mit zunehmendem Alter der Frau. Frauen im Alter von 35 bis 39 Jahren haben im Vergleich zu einer 19- bis 26-Jährigen eine um 50% geringere Chance, innerhalb eines Zyklus' schwanger zu werden. Zu erwähnen ist auch, dass sich die Fruchtbarkeit bei Männern ab 35 Jahren ebenfalls signifikant reduziert (vgl. Raith-Paula et al., 2013, S. 159 f.).

Heute gibt es jedoch eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch: angefangen von der Anpassung des Lebensstils über die Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen bis hin zu einer Vielzahl an alternativen Behandlungsmöglichkeiten, welche alleine oder in Kombination mit der Schulmedizin angewendet werden können, gibt es eine breite Palette an Auswahlmöglichkeiten. Details dazu werden im nächsten Kapitel erläutert.

3.1.4 Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch

Wie oben ausgeführt, gibt es eine große Zahl an verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch. Die wichtigsten werden nachfolgend erläutert (vgl. Tempfer, 2014, S. 40 ff.).

3.1.4.1 Anpassung des Lebensstils

Faktoren des Lebensstils haben laut Studienlage im Allgemeinen nur einen geringen Einfluss auf die Fertilität, jedoch spielen sie bei gewissen Erkrankungen sehr wohl eine große Rolle.

Adipositas

Eine Gewichtabnahme bei einer bestehenden Adipositas ist eine zumeist billige und effektive Möglichkeit, die Fertilität zu erhöhen. Hervorzuheben ist zudem, dass diese neben der Therapie der Infertilität zusätzlich zu weiteren Gesundheitsvorteilen führt. Vor allem bei infertilen, anovulatorischen Frauen sollte eine Gewichtsreduktion zur Therapie der ersten Wahl gehören (vgl. Tempfer, 2014, S. 40).

Untergewicht

Frauen mit einem unerfüllten Kinderwunsch und einem Body-Mass-Index unter 17 sollten zu allererst eine Behandlung der meist bestehenden Grunderkrankung, z. B. einer Magersucht, in Anspruch nehmen, um ihren Kinderwunsch zu realisieren (vgl. Tempfer, 2014, S. 40).

Sport

Leichter Ausdauersport kann sich positiv auf die Fertilität auswirken, wohingegen zu erwähnen ist, dass sich eine sportliche Aktivität von mehr als vier Stunden pro Woche bereits negativ auf die Fruchtbarkeit und In-vitro-Fertilisationen (IVF) auswirken kann (vgl. Tempfer, 2014, S. 41).

Nikotin

Ein Nikotinabusus geht mit einer erheblich reduzierten Fertilität einher, sowohl beim Mann als auch bei der Frau. Deshalb wird Betroffenen dringend angeraten, frühzeitig mit dem Rauchen aufzuhören. Der durch den Nikotinabusus bestehende Fertilitätsnachteil wird meist bereits innerhalb eines Jahres ausgeglichen (vgl. Tempfer, 2014, S. 42).

Alkohol

Moderater Alkoholkonsum hat laut Studienlage keinen Einfluss auf die Fruchtbarkeit. Jedoch sollten Frauen – egal ob infertil oder fertil – den Verzehr von Alkohol aufgrund der teratogenen Potenz (d. h. durch äußere Einwirkungen auftretende Fehlbildungen beim Embryo) beim Anstreben einer Schwangerschaft einstellen (vgl. Tempfer, 2014, S. 42).

3.1.4.2 Diagnostik

Nachfolgend werden die am häufigsten durchgeführten Diagnoseparameter für Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch aufgezählt. Diese alle detailliert zu beschreiben würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, weshalb sie nachfolgend der Einfachheit halber aufgelistet werden.

- Gynäkologische Untersuchung und Hormondiagnostik
- Infektionsdiagnostik
- Gynäkologische Sonografie zur Diagnostik und Therapie des unerfüllten Kinderwunsches
- Operative Diagnostik
 - Hysteroskopie
 - Laparoskopie
- Thrombophilie-Screening im Rahmen der assistierten Reproduktion
- Genetische Diagnostik (vgl. Keck, 2014, S. 11 ff.).

3.1.4.3 Schulmedizinische Behandlungsmöglichkeiten

Im folgenden Kapitel werden die schulmedizinischen Möglichkeiten angeführt, die hier jedoch nur teilweise beschrieben werden, da sie später in Kapitel 3.1.7 genauer erklärt werden:

Ovarielle Stimulationsbehandlung

Bei dieser Methode wird mittels hormoneller Stimulation die Eireifung angeregt. Wichtig dabei ist eine kontinuierliche Überwachung mittels Ultraschall. Wenn ein Follikel groß genug ist, wird der Eisprung meist mittels einer Injektion des Schwangerschaftshormons Humanes Choriongonadotropin (HCG) ausgelöst. Die Befruchtung passiert entweder auf natürlichem Weg mittels Geschlechtsverkehr oder mithilfe einer Insemination (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 80).

Es werden zwei unterschiedliche Methoden zur Stimulation verwendet:

- Clomifen-Stimulation (Tabletten)
- Gonadotropinstimulation (Spritzen)

Reproduktionsmedizinische Methoden

- Intrauterine Insemination (IUI): Bei der IUI wird der Samen des Mannes mithilfe eines Katheters direkt in die Gebärmutter (Uterus) eingebracht. Dies erfolgt bei Vorliegen einer leichten bis mittelgradigen Störung der Samenzellbewegung und -dichte oder bei Störungen der

Spermienpassage durch die Gebärmutter. Meistens wird diese Technik mit einer Hormonbehandlung der Frau kombiniert, um bessere Schwangerschaftsraten zu erzielen (vgl. Schweizer-Arau 2009, S. 80).

- In-vitro-Fertilisation
- Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
- Kryokonservierung
- Blastozystenselektion
- Immunmodulatorische Behandlungsstrategien (vgl. Keck, 2014, S. 17 f.).

3.1.5 Aufklärung zu Schwangerschaft und Geburt bei subfertilen Paaren

Michael Ludwig schreibt, dass Paare, die sich einer Sterilitätstherapie unterziehen, gut über eine folgende Schwangerschaft und Geburt aufgeklärt werden sollen.

Wichtig dabei ist es, auf die Evidenz in der Literatur Bezug zu nehmen. Laut aktueller Evidenz sollten Paare über folgende Punkte aufgeklärt werden:

- Die meisten Kinder, die mittels reproduktionsmedizinischer Hilfe zur Welt kommen, werden genauso gesund geboren wie spontan gezeugte.
- Das größte Risiko bei Schwangerschaften mithilfe der Reproduktionsmedizin sind Mehrlinge.
- Es besteht ein 1,3-fach höheres Risiko für Fehlgeburten, es wird jedoch davon ausgegangen, dass dies durch die Gründe der Subfertilität entsteht und nicht durch die Therapie an sich.
- Eine durch Reproduktionsmedizin herbeigeführte Schwangerschaft geht mit einem erhöhten Risiko von Präeklampsie (1,5-fach), Placenta praevia (Fehllage des Mutterkuchens, 3-fach), Todgeburten (2,5-fach), niedrigem Geburtsgewicht (1,7-fach) und Wachstumsretardierungen (1,5-fach) einher.
- Schwangerschaften, welche durch die assistierte Reproduktionstechnik (ART) entstanden sind, benötigen besondere Aufmerksamkeit und eine auf die individuellen Risiken und Situationen abgestimmte Betreuung.

- Es besteht ein 1,3-fach höheres Risiko, dass das Kind eine „große Fehlbildung“ hat. Daten weisen allerdings darauf hin, dass auch hierfür die Subfertilität des Paares verantwortlich ist.
- Wenn Kinder nach ART zeitgerecht und mit normalem Geburtsgewicht geboren werden, entwickeln sie sich ähnlich wie spontan gezeugte Kinder.
- Jungen, die mittels Intracytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) gezeugt wurden, werden häufiger wegen urogenitalen Fehlbildungen operiert.
- Es liegt eine erhöhte neurologische Morbidität vor, welche aus der erhöhten Frühgeborenen- und Mehrlingsrate hervorgeht (vgl. Ludwig, 2015, S. 124).

Um die Qualität einer Kinderwunschbehandlung zu gewährleisten, ist es wichtig, dass Paare über diese Punkte und weitere individuelle Fragen aufgeklärt werden. Dies muss vor allem darum geschehen, damit ihnen bewusst ist, was auf sie zukommt. Genug Zeit und eine einfühlsame Ärztin bzw. ein einfühlsamer Arzt sind ebenfalls erforderliche Voraussetzungen.

3.1.6 Belastungen bei unerfülltem Kinderwunsch

Im Buch Kinderwunsch und professionelle Beratung wird erklärt, dass kinderlose Paare oft erklären müssen, warum sie keine Kinder haben. Überdies wurde festgestellt, dass sie oft sehr große Belastungen auf sich nehmen, um sich den Traum von einer Familie erfüllen zu können. Außerdem müssen sie entscheiden, welche Behandlung sie wie oft durchführen lassen. Durch die Kinderlosigkeit wird nicht selten das Selbstwertgefühl der Betroffenen stark beeinträchtigt. Aufgrund der ungewollten Kinderlosigkeit können Lebensentwürfe und Vorstellungen von Paaren ins Wanken geraten, da ein Hindernis in der individuellen Lebensgestaltung auftritt und nicht sicher ist, ob dieses jemals überwunden werden kann (vgl. Kleinschmidt, 2008, S. 21 f.).

Dazu folgen zwei sehr eindrückliche Zitate:

„Je größer ein Kinderwunsch ist, desto größer ist die Opferbereitschaft der Eltern“ (Zart, 2005, S. 50).

„Die meisten Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch sind bereit, ihre Liebe, Lust und vor allem ihre Gesundheit zu opfern“ (Zart, 2005, S. 50).

Bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch kommen somit vielfältige Belastungen zusammen. Die drei wichtigsten werden nachfolgend beschrieben.

Finanzielle Belastungen

Die WHO sagt, dass Infertilität eine ernsthafte Krankheit ist, welche absolut unverschuldet und vor allem ohne persönliches Versagen eintritt. Trotz anerkannter Krankheit müssen die Betroffenen viele Behandlungen oder zumindest Teile davon selbst finanzieren. Dies führt zu einer großen finanziellen Belastung und zusätzlichem Stress für die Paare (vgl. Keck, 2014, S. 295).

Psychische Belastungen

Bei Nichteintreten einer erwünschten Schwangerschaft, entwickeln Betroffene oft Gefühle wie Trauer, Frustration, Schuld und Wut. Der unerfüllte Kinderwunsch geht für die meisten Paare mit einem Wechselbad an Gefühlen zwischen Hoffnung, Unsicherheit und Angst einher. Wie bereits erwähnt, ist ein unerfüllter Kinderwunsch von der emotionalen Belastung her gleichzusetzen mit dem Verlust eines nahen Angehörigen. Diese Gefühle sind psychische Reaktionen auf eine Nichterhaltung eines Grundbedürfnisses. Es kommt zu einem wahrgenommenen Kontrollverlust über den eigenen Körper, was dazu führen kann, dass die gesamte Lebensplanung ins Schwanken gerät. Wichtig ist daher vor allem eine Trauerverarbeitung bei bestehender Infertilität. Hier ist in den meisten Fällen eine psychologische Unterstützung von großem Vorteil (vgl. Keck, 2014, S. 295). Eine genauere Darstellung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch erfolgt in Kapitel 3.2.4.

Körperliche Belastungen

Durch die verschiedenen Behandlungsmethoden entstehen mehr oder weniger große körperliche Belastungen. Bei einigen kann es sogar zu massiven Komplikationen kommen, wie beispielsweise beim Überstimulationssyndrom im Rahmen einer Stimulationsbehandlung der Eierstöcke.

Die oben angeführten Punkte beschreiben gut, was Paare mit unerfülltem Kinderwunsch durchmachen und auf sich nehmen, um schwanger zu werden oder es zu versuchen.

Dazu passt auch das Zitat aus dem Buch von Annemarie Schweizer-Arau:

„Mit einer Frau mit Kinderwunsch kann man alles anstellen“ (2009, S. 30).

Umso wichtiger ist es daher, dass sich unser Gesundheitssystem dafür zuständig fühlt, für die Interessen von betroffenen Frauen und ihren Partnern einzutreten und sowohl die Qualität als auch den Nutzen der angebotenen Behandlungsmethoden ständig zu überprüfen.

Nachfolgend wird in diesem Zusammenhang speziell auf den In-vitro-Fertilisations-Fonds (IVF-Fonds) eingegangen, da er eine wichtige finanzielle Unterstützung für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch darstellt.

3.1.7 Der IVF-Fonds

Das IVF-Fonds-Gesetz trat mit 1. Jänner 2000 in Kraft und wurde zuletzt 2015 geändert. Wenn gewisse Voraussetzungen – die unten näher beschrieben sind – bestehen, übernimmt der durch den Bund finanzierte Fonds 70% der Kosten für Maßnahmen der IVF. Dadurch werden viele Paare finanziell entlastet.

Wann besteht Anspruch auf Mitfinanzierung?

Bei folgenden Voraussetzungen können Paare den IVF-Fonds in Anspruch nehmen:

- Es muss eine aufrechte Ehe, eingetragene Partnerschaft oder eine eheähnliche Lebensgemeinschaft vorliegen.
- Es müssen bestimmte medizinische Voraussetzungen gegeben sein.
- Frauen müssen unter 40 und Männer unter 50 Jahre alt sein.
- Es muss für beide Partner und Partnerinnen eine Bestätigung für eine Leistungszuständigkeit einer Krankenversicherung vorgelegt werden.
- Ein Staatsbürgerschaftsnachweis muss vorhanden sein.

Wofür wird Unterstützung gewährt?

Der IVF-Fonds übernimmt die anteiligen Kosten für die folgenden medizinischen Unterstützungsmaßnahmen:

- Die IVF: Dabei werden die Eierstöcke mittels hormoneller Stimulationsbehandlung angeregt, mehr Eizellen zu produzieren. Diese werden dann mittels einer Punktion der Eierstöcke gewonnen. Nach erfolgter Befruchtung mit dem Samen des Partners in einer Glasschale werden die Eier nach zwei bis sechs Tagen über einen Katheter in die Gebärmutter der Frau eingebracht.
- Die ICSI: Bei dieser Methode wird zusätzlich zum Verfahren der IVF ein Spermium ausgewählt und mittels einer dünnen Pipette direkt in die Eizelle eingebracht.
- Kryoversuche: Hierbei werden Embryonen aus früheren Versuchen verwendet, welche inzwischen kryokonserviert wurden. Das bedeutet, dass sie bei -196° Celsius in flüssigem Stickstoff tiefgefroren werden.
- Die Gewinnung von Samenzellen aus dem Hoden oder den Nebenhoden.

Was wird nicht übernommen?

- Die Bereitstellung von Spendersamen oder einer Spenderinneneizelle.
- Das Durchführen einer Insemination, was das Einbringen von aufbereiteten Samen in die Gebärmutter der Frau bedeutet.

Wie viele Versuche werden mitfinanziert?

Der IVF-Fonds übernimmt die anteiligen Kosten von höchstens vier Versuchen pro Paar. Wenn jedoch aus einem dieser Versuche eine Schwangerschaft resultiert, besteht ab diesem Zeitpunkt wieder der volle Unterstützungsanspruch auf vier weitere Versuche.

Wie sieht die Vorgehensweise aus?

Vor dem Start einer Behandlung muss eine erwiesene medizinische Indikation bestehen. Danach wird zwischen dem behandelnden IVF-Zentrum und dem Paar ein Behandlungsvertrag abgeschlossen.

Mit der Inanspruchnahme eines IVF-Fonds-Versuches ist das Paar verpflichtet, das Ergebnis des Versuches und eine daraus resultierende Geburt immer innerhalb von drei Monaten zu melden. Bei Ausbleiben der Meldung müssen dem IVF-Fonds die anteiligen Kosten zurückerstattet werden.

Weitere wichtige Punkte

Der Selbstkostenbeitrag für eine IVF- bzw. ICSI-Behandlung beträgt je nach Maßnahme und Krankenanstalt zwischen 756,66 Euro und 911,75 Euro. In diesen Beiträgen sind keine Steuern enthalten. Wenn eine Gewinnung von Samenzellen aus dem Hoden oder Nebenhoden erforderlich ist, kommen zu den genannten Kosten noch zusätzliche für die entsprechende Maßnahme hinzu.

Die Erfolgchancen von IVF-Behandlungen hängen von verschiedenen Faktoren ab wie z. B. dem Alter der Frau und den bestehenden Vorerkrankungen des Paares. Durchschnittlich führen 30% aller durchgeführten Versuche zu einer Schwangerschaft, jedoch kommt es nur bei ca. einem Viertel der Versuche tatsächlich zu einer Geburt (Baby-Take-Home-Rate von ca. 25%).

In Österreich gibt es derzeit 27 Vertragskrankenanstalten, in denen Kinderwunschbehandlungen unter der Kostenbeteiligung des IVF-Fonds durchgeführt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 5 ff.).

IVF-Register – Jahresbericht 2016

Die durchgeführten und vom IVF-Fonds mitfinanzierten Behandlungen werden von der Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG in einem Register dokumentiert.

Dem Jahresbericht von 2016 ist zu entnehmen, dass in diesem Jahr 10.097 vom IVF-Fonds unterstützte Versuche bei 6633 Paaren durchgeführt wurden (vgl. Kern, 2017, S. 2).

3.1.8 Komplementäre Heilverfahren bei Kinderwunsch

Mittlerweile gibt es neben schulmedizinischen Ansätzen unzählige komplementäre Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch. Dazu gibt es zahlreiche Bücher und Internetseiten, welche die verschiedensten Unterstützungsmöglichkeiten beschreiben und empfehlen.

Nachfolgend werden die wichtigsten aufgezählt:

Die traditionelle chinesische Medizin (TCM)

Die TCM sieht den Menschen als lebendes Individuum, dessen Einheit aus Körper, Geist und Seele besteht. Sie arbeitet mit Funktionsabläufen und dem Zusammenspiel verschiedener Wirkfaktoren. Unter anderem spielt die Beziehung des Menschen zu seiner Umwelt eine große Rolle in allen Ansätzen dieser Medizin.

Zu den Therapiemöglichkeiten der TCM zählen:

- Die Akupunktur, welche mittlerweile auch schon in der Schulmedizin immer mehr anerkannt wird
- Die Moxibustion, die Erwärmung von speziellen Punkten des Körpers
- Die Schröpfmassage
- Die Arzneimitteltherapie, welche aus individuell zusammengestellten Kräuterrezepturen besteht
- Die Diätetik
- Die Akupressur
- Qi-Gong
- Verschiedenste Diäten und Nahrungsergänzungsmittel
- Homöopathie
- Kinesiologie
- Neuraltherapie
- Phytotherapie

- Fruchtbarkeitsmassage: diese wurde von Dr.ⁱⁿ Gowri Motha, einer aus Indien stammenden englischen Gynäkologin, entwickelt. Die Massagetechnik stimuliert Reflexzonen und beinhaltet eine Lymphdrainage. Diese spezielle Massage kann von einem Therapeuten, einer Therapeutin oder als Partner- bzw. Partnerinnenmassage durchgeführt werden.
- Luna Yoga
- Aromatherapie (vgl. Schweizer-Arau, 2009, S. 95 ff.)

3.1.9 Kritische Anmerkungen

Komplementärmedizinische Maßnahmen sowie die Reproduktionsmedizin haben sich in jüngster Zeit zu einem großen Markt entwickelt. Man muss sich hierbei jedoch immer die Frage stellen, was der Nutzen und was der Schaden beider Ansätze ist, auch wenn letzterer bei alternativen Unterstützungsmöglichkeiten oft „nur“ ein finanzieller ist.

Es ist daher dringend erforderlich, Studien durchzuführen, um evidenzbasierte und unabhängige Informationen über mögliche Erfolge und Schäden diverser Behandlungsmethoden zu erhalten, um Frauen im Speziellen und Paaren generell eine gut informierte Entscheidung zu ermöglichen.

An dieser Stelle möchte ich zudem darauf hinweisen, dass genau solche Studien speziell bei alternativen Heilverfahren oft nicht vorhanden sind, da Pharmakonzerne kein Interesse daran haben, derartige Studien zu finanzieren. Deshalb müsste in diesem Bereich der Staat einspringen und einige solcher Studien in Auftrag geben. Die Kosten, die dabei anfangs entstehen, können sicher in der darauffolgenden Zeit ausgeglichen werden, denn Therapien könnten so effizienter eingesetzt werden.

Einen großen Nutzen haben davon auch die betroffenen Frauen bzw. Paare, da ihnen viel Leid erspart werden könnte, welches durch ein Informationsdefizit entstehen könnte. Mit einer guten und qualitativ hochwertigen Beratung könnten die betroffenen Frauen bzw. Paare in ihrer eigenen Gesundheitskompetenz unterstützt werden. Sie sollten befähigt werden, von Zeit zu Zeit die eigene Situation bewusst wahrzunehmen und kritisch zu überdenken bzw. zu reflektieren. Dadurch

kann ihnen klar werden, wo die eigenen Grenzen liegen. Auf diese Weise kann zudem die Frage beantwortet werden, ob man sich noch weiteren Strapazen aussetzen möchte oder ob es besser ist, die Behandlungen zu beenden. Jedoch sollte – egal wie diese Frage beantwortet wird – die betroffene Frau bzw. das betroffene Paar weiterhin unterstützt werden.

3.1.10 Andere Alternativen bei ungewollter Kinderlosigkeit – Der Plan B

Wenn reproduktionsmedizinische Behandlungen erfolglos geblieben sind, ist es zu allererst wichtig, intensive Trauerarbeit durchzuführen und sich mit alternativen Perspektiven auseinanderzusetzen. Von Nutzen ist es auch, schon während der Behandlung einen Plan B zu erstellen, auf den im Fall der Fälle zurückgegriffen werden kann (vgl. Stöbel-Richter et al., 2013, S. 405). Einige Möglichkeiten für einen solchen Plan B werden im Folgenden dargestellt.

Adoption

Neben der Fortpflanzung ist die Adoption ein gesellschaftlich anerkannter Weg, um eine Familie zu gründen. Den Adoptiveltern muss bewusst sein, dass die Adoption nicht mit der Entscheidung des Gerichts abgeschlossen ist. Vielmehr handelt es sich um einen Prozess, welcher das Leben von Adoptiveltern und -kindern sowie auch das ihrer biologischen Eltern beeinflusst – in manchen Zeiten mehr und in manchen weniger (vgl. Schwill, 2008, S. 106). Viele Adoptiveltern sind im Zwiespalt ihrer Elternrolle: einerseits lieben sie ihr Adoptivkind wie ein leibliches, jedoch ist es wichtig, auch den biologischen Eltern einen Platz im Leben des Kindes zu gewähren (vgl. Schwill, 2008, S. 110).

In Österreich kann ein Adoptivkind von einem Ehepaar, einer Einzelperson oder durch eingetragene Partnerschaft aufgenommen werden. Der Adoptivelternteil übernimmt mit der Adoption alle Rechte und Pflichten des leiblichen Elternteils. Das Wahlkind wird an Kindes statt angenommen (vgl. Bundeskanzleramt 1, 2017, S. 1).

In Österreich ist die zuständige Stelle für Adoptionen der jeweilige örtlich zuständige Kinder- und Jugendhilfeträger; das kann die Bezirkshauptmannschaft oder in Statutarstädten das Magistrat sein. In Wien ist die MA11 – Amt für Jugend und Familie für Adoption zuständig. Diese Stellen geben Auskünfte, führen das erste Informationsgespräch durch und prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Adoption gegeben sind. Außerdem wird durch sie der Adoptionsvertrag erstellt und sie sind zuständig dafür, dass das gerichtliche Bewilligungsverfahren durchgeführt wird (vgl. Bundeskanzleramt 1, 2017, S. 1).

Folgende Voraussetzungen müssen für eine Adoption gegeben sein:

- Die Adoption muss vor allem dem Wohl des Wahlkindes dienen. Es werden immer geeignete Eltern für ein Kind gesucht und nie ein Kind für die jeweiligen Adoptivwerber bzw. -werberinnen. Es muss eine vergleichbare Eltern-Kind-Beziehung, also wie sie bei leiblichen Kindern besteht, hergestellt werden.
- Bereits vorhandene leibliche Kinder dürfen durch die Adoption nicht benachteiligt werden, z. B. dürfen ihr Unterhalt oder ihre Erziehung nicht gefährdet sein. Eine Schmälerung der Erbquote von leiblichen Kindern wird in der Regel nicht beachtet.
- Das Mindestalter für Adoptiveltern liegt bei 25 Jahren.
- Ein Höchstalter ist gesetzlich nicht determiniert, jedoch muss der Altersabstand zwischen Wahleltern und Wahlkindern natürlich sein.
- Wahlkinder werden bevorzugt an Ehepaare vermittelt. Jedoch dürfen auch Alleinstehende und Paare in einer eingetragenen Partnerschaft ein Kind adoptieren.
- Es müssen beide zukünftigen Wahleltern der Adoption zustimmen.
- Persönliche, soziale, gesundheitliche und wirtschaftliche Gegebenheiten müssen optimal sein, diesbezüglich erfolgt eine Prüfung durch den zuständigen Kinder- und Jugendhilfeträger.
- Ein Kurs für Adoptionswerber und –werberinnen muss erfolgreich absolviert werden (vgl. Bundeskanzleramt 1, 2017, S. 1).

In Österreich hat die leibliche Mutter das Recht, ihr zur Adoption freigegebenes Kind innerhalb von sechs Monaten wieder zurückzufordern. Erst nach Ablauf dieser sechs Monate wird der erforderliche Adoptionsantrag an das Gericht geschickt und vom ihm bewilligt. Diese Bewilligung dauert wiederum bis zu einigen Wochen. Erst dann tritt die Adoption gesetzlich in Kraft. Zu beachten ist, dass diese Zeit für die Adoptiveltern sehr belastend ist und an deren Kräften zehren kann. Auch wenn nur wenige Kinder von ihren leiblichen Müttern zurückgefordert werden, kommt es doch immer wieder vor.

Eine Adoption ist somit eine sehr schöne Alternative, das Glück zu erfahren, ein Kind auf seinem Lebensweg begleiten zu dürfen.

Adoptivwerbern und -werberinnen muss jedoch immer bewusst sein, dass ein großes Interesse an Adoptionen besteht und es mehr potentielle Wahleltern gibt als Wahlkinder vorhanden sind. Die aktuelle Wartezeit beträgt mindestens zwei bis drei Jahre, je nach Ort kann sie gar bis zu zehn Jahre betragen (vgl. Bundeskanzleramt 1, 2017, S. 1).

Es besteht auch die Möglichkeit einer sogenannten Auslandsadoption, wobei auf diese in der vorliegenden Arbeit nicht eingegangen wird, da dies den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde.

Aufnahme eines Pflegekindes

Der größte Unterschied zwischen einer Adoption und der Aufnahme eines Pflegekindes besteht darin, dass das Pflegekind rechtlich ein Mitglied seiner Herkunftsfamilie bleibt (vgl. Evers, 2007, S. 115).

Man unterscheidet bei Pflegekindern die Krisenpflege, in der Kinder für einen kurzen Zeitraum zu Pflegeeltern kommen, und die Langzeitpflege, in der ein Kind für einen langen Zeitraum – oft bis zur Volljährigkeit – in einer Pflegefamilie untergebracht wird (vgl. Bundeskanzleramt 2, 2017, S. 1).

Es handelt sich bei Pflegekindern vorwiegend um Kinder, welche aus schwierigen Verhältnissen stammen. Pflegekinder haben zwei Familien: sie leben in ihrer Pflegefamilie, haben aber meist Kontakt zu ihren leiblichen Eltern. Pflegekinder sind

oft keine Säuglinge mehr, wenn sie zu ihren Pflegefamilien kommen, und ihr bisheriges Leben war selten leicht. Unter anderem deshalb kommen vielfältige Belastungen auf die zukünftigen Pflegeeltern zu und es braucht viel Kraft und Fingerspitzengefühl, Pflegekinder adäquat zu begleiten (vgl. Bundeskanzleramt 2, 2017, S. 1).

„Ziel der Fremdunterbringung ist letztlich die Rückführung des Kindes in seine Herkunftsfamilie, sobald sich dort die Erziehungssituation verbessert. Als Pflegemutter/Pflegevater sollten Sie deshalb darauf vorbereitet sein, sich von dem Kind auch wieder trennen zu müssen.“ (Bundeskanzleramt 2, 2017, S. 1)

Da eine Trennung vom Kind nie ausgeschlossen werden kann, ist es gut, sich vorab zu überlegen, ob – und falls, wie – man damit umgehen kann bzw. umgeht, wenn das Pflegekind wieder zu den leiblichen Eltern zurück muss.

Wie bei der Adoption gibt es gewisse Voraussetzungen, welche Pflegeeltern mitbringen müssen, um ein Kind in Pflege nehmen zu können. Für die Pflegeeltern gibt es zudem eine finanzielle Unterstützung. Diese sowie die oben erwähnten Voraussetzungen werden hier jedoch nicht genau erläutert (vgl. Bundeskanzleramt 2, 2017, S. 1).

Leben ohne Kind

Die Forschung ist sich weitgehend einig, dass in der Lebensqualität und der jeweiligen Lebenssituation bei ungewollt kinderlos gebliebenen Paaren, gewollt kinderlosen Paaren und Eltern kaum Unterschiede bestehen. Günstige Auswirkungen auf das Befinden der Paare und speziell der Frau treten auf, wenn der Umstand der Kinderlosigkeit akzeptiert wird, beide Partner und Partnerinnen frühzeitig aktiv nach möglichen Alternativen suchen und sich bemühen, sozial integriert zu bleiben. Dagegen wirkt es sich prognostisch ungünstig aus, wenn immer weiter über die ungewollte Kinderlosigkeit gegrübelt wird, beim Paar weiterhin Gefühle der Machtlosigkeit vorherrschen und weiterhin eigene Kinder zu bekommen als das wichtigste zu erreichende Lebensziel angesehen wird (vgl. Wischmann, 2012, S.168).

Die Mehrzahl der Paare gibt an, dass durch die Bewältigung der Krise der ungewollten Kinderlosigkeit vor allem mittel- und langfristig ihre Partnerschaft gestärkt wurde (vgl. Wischmann, 2012, S. 168).

3.2 Psychische Gesundheit

Laut WHO stehen wir vor vielfältigen Herausforderungen, um die psychische Gesundheit der Bevölkerung erhalten, verbessern und fördern zu können (vgl. WHO, 2017, S. 1).

3.2.1 Definition von Gesundheit und psychischer Gesundheit sowie Darstellung der Determinanten der Gesundheit

Nach der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (UN) ist Gesundheit ein Grundrecht, welches jedem Menschen zusteht (vgl. Schwartz, 2012, o.S.).

Definition Gesundheit

Obwohl Schwartz et al. feststellen, dass es keine allgemein gültige Definition von Gesundheit gibt, gibt es viele verschiedene Definitionen von Gesundheit (vgl. Schwartz, 2012, o.S.).

Eine der bekanntesten ist sicher die der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO, 1946)

Diese Definition ist allerdings sehr umstritten, vor allem, da der beschriebene Zustand für die meisten Menschen eher utopisch als möglich ist. Ebenso wird Gesundheit heute nicht mehr als ein statischer Zustand sondern als ein sich ständig verändernder Prozess angesehen (vgl. Schwartz, 2012, o.S.).

Schwartz et al. beschreiben drei Bezugssysteme der Gesundheit, welche Gesundheit von verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Nachfolgend werden die drei Bezugssysteme kurz vorgestellt:

1. Bezugssystem der Gesellschaft

Gesundheit ist in unserer heutigen Industriegesellschaft zu einem Grundwert und Leitbegriff geworden (vgl. Schwartz, 2012, o.S.).

2. Bezugssystem der betroffenen Person

Jeder Mensch versteht etwas anderes unter dem Begriff Gesundheit – das Alter und Geschlecht, die sozioökonomische Lage und soziokulturell-religiöse Orientierung sowie die eigene Gesundheit sind nur einige der Elemente, die eine Sichtweise beeinflussen können. Beispiele für verschiedene subjektive Konzepte von Gesundheit sind etwa:

- „Gesundheit als Freisein von Beschwerden und Krankheiten,
- Gesundheit als ‚Kapital‘ oder ‚Ressource‘ der einzelnen Person, als Befähigung zur Bewältigung von Alltagsverpflichtungen und als Befähigung zu sozialem Austausch,
- Gesundheit als erfahrenes Gleichgewicht, als Wohlbefinden, Gefühl der ‚Fitness‘ und der Lebensfreude.“ (Schwartz, 2012, o.S.)

3. Bezugssystem der Medizin und von anderen Professionen

Die Medizin setzt sich auch heutzutage noch immer mehr mit Krankheit als mit Gesundheit auseinander. Jedoch ist zu erwähnen, dass es vor allem der Medizinsoziologie und der Gesundheitspsychologie zu verdanken ist, dass es sozialabhängige Gesundheitskonzepte gibt und Messungen von subjektiver Gesundheit sowie subjektiver und funktionaler Lebensqualität überhaupt möglich sind (vgl. Schwartz, 2012, o.S.).

Definition psychische Gesundheit

Die psychische Gesundheit ist ein Bestandteil der Gesamtgesundheit. Die WHO definiert sie folgendermaßen:

„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und etwas zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann.“ (WHO 3, 2013, S. 1)

Gesundheitsdeterminanten

Gesundheit und die psychische Gesundheit werden von dem Verhalten der/des Einzelnen sowie von den äußeren Verhältnissen, welche diese/n umgeben, beeinflusst. Um die Gesundheit und psychische Gesundheit positiv zu beeinflussen, muss demnach Einfluss auf die Einflussgrößen, die sogenannten Determinanten der Gesundheit, genommen werden (vgl. Dellenbach, 2011, S. 11). Klemperer definiert des Weiteren die sozialen Determinanten der Gesundheit als „die Bedingungen, unter denen die Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern“ (Klemperer, 2014, S. 23).

Die generellen Determinanten der Gesundheit werden nachfolgend mittels dem Dahlgren-Whitehead-Modell dargestellt:

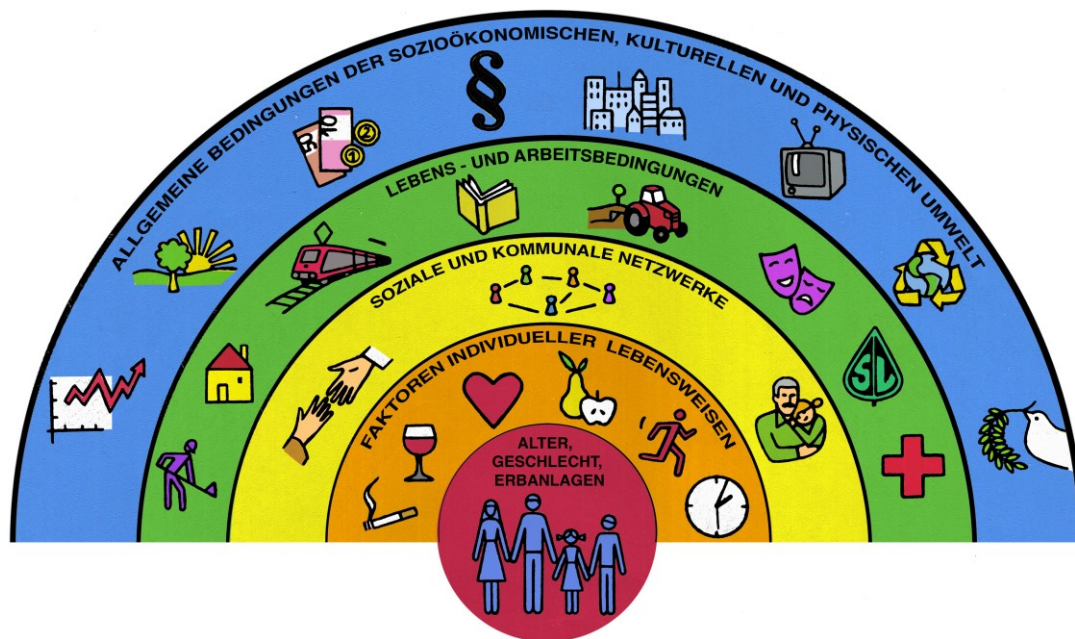


Abb.2: Dahlgren und Whitehead, 1991 Abbildung nach: Öffentliches Gesundheitsportal Österreich

Das Dahlgren-Whitehead-Modell der Determinanten der Gesundheit besteht aus den folgenden fünf Ebenen, wie oben ersichtlich:

1. Alter, Geschlecht, biologische Ausstattung
2. Individuelles Gesundheitsverhalten
3. Soziale Unterstützung und Gemeinschaftsaktionen
4. Lebens- und Arbeitsbedingungen; darunter fallen
 - Lebensmittelproduktion und -angebot

- Bildung
- Arbeitsbedingungen
- Umwelthygiene
- Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigung
- Gesundheitsversorgung
- Wohnbedingungen

5. Allgemeine sozioökonomische, kulturelle und physische Bedingungen der Lebenswelt (vgl. Klemperer, 2014, S. 23)

Die erste dieser fünf Ebenen ist unveränderbar, alle anderen können beeinflusst werden. Alle fünf Ebenen stehen in einer ständigen Beziehung zueinander und beeinflussen sich gegenseitig. Wichtig ist daher vor allem in Bezug auf die Förderung der Gesundheit, sich dessen bewusst zu sein.

3.2.2 Internationale Strategien zur psychischen Gesundheit

Nachfolgend wird der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit kurz vorgestellt.

Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit

Der Europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit wurde vom WHO-Regionalkomitee für Europa und den europäischen Mitgliedstaaten entwickelt, um rechtzeitig auf die große Herausforderung, welche psychische Störungen gemessen an ihrer Prävalenz und ihrem Anteil an der Krankheitslast und Behinderungen für die öffentliche Gesundheit darstellen, eingehen zu können.

Im Zuge des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit wurden sieben Ziele formuliert, die vier Kern- und drei Querschnittsziele beinhalten.

„Die vier Kernziele lauten:

- a. Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind.
- b. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden.

- c. Psychosoziale Dienste sollen zugänglich und bezahlbar sein und vor Ort dem Bedarf entsprechend verfügbar sein.
- d. Allen Menschen steht eine respektvolle, sichere und wirksame Behandlung zu.

Die drei Querziele lauten:

- e. Gesundheitssysteme sollen allen eine gute medizinische und psychiatrische Versorgung bieten.
- f. Die Einrichtungen für psychische Gesundheit sollen in enger Abstimmung und Partnerschaft mit anderen Bereichen zusammenarbeiten.
- g. Die Leitung und Erbringung der Angebote für die psychische Gesundheit erfolgen auf der Grundlage von Aufklärung und Wissen.“ (WHO 1, 2013, S. 4)

3.2.3 Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit

Nachfolgend wird die Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) kurz vorgestellt.

Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit: Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des BMG

Die nationale Strategie zur psychischen Gesundheit beinhaltet zehn zentrale Ziele, welche im Folgenden überblicksmäßig vorgestellt werden.

1. Psychische Gesundheit fördern und deren zentrale Bedeutung hervorheben
Die psychische Gesundheit muss als ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Gesundheit immer miteinbezogen werden. Es gibt bereits jetzt Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheitsförderung von Bund, Ländern, Gemeinden und der Sozialversicherung, diese müssen ausgebaut werden. Unter anderem müssen zielgruppenspezifische Angebote geschaffen werden.
2. Psychischer Krankheit vorbeugen und Suizid verhüten
Durch präventive Maßnahmen soll die psychische Gesundheit gestärkt werden. Ein wesentlicher Schritt besteht darin, das nationale Suizidpräventionsprogramm (SUPRA) des BMG umzusetzen.

3. Wirksam gegen Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vorgehen

Die Diskriminierung und Benachteiligung von psychisch erkrankten Personen und ihren Familien sollen abgebaut werden. Grundvoraussetzungen dafür sind eine wertschätzende Politik und Angebote zu schaffen. Für Menschen mit Behinderung muss die UN-Konvention umgesetzt werden.

4. Faire und angemessene Finanzierung bereitstellen

Aus aktuellen nationalen und internationalen Studien geht hervor, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen im Gesundheitswesen benachteiligt sind. Eine angemessene und ausreichende Finanzierung muss bereitgestellt werden, denn nur so können negative gesundheitliche und ökonomische Auswirkungen wie z. B. lange Krankenzustände, Chronifizierung oder Berufsunfähigkeit reduziert werden.

5. Gute Primärversorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sichern

Ein wesentlicher Bestandteil ist es, dass entsprechende psychosoziale Diagnostik- und Therapieangebote in der Basisversorgung ausreichend eingesetzt werden.

6. Geeignete Angebote für vulnerable Lebensphasen fördern

Das Propagieren von Wissen über psychische Belastungen und Erkrankungen ist erforderlich. Wichtig ist unter anderem, besonders vulnerablen Lebensphasen und psychisch belastenden Situationen und Umständen von Erwachsenen Aufmerksamkeit zu schenken. Eine weitere Gruppe, welche besondere Beachtung bedarf, ist die der Kinder mit psychisch kranken Eltern. Gefährdete Kinder müssen erkannt und Angebote der Selbsthilfe und Beratung bzw. Begleitung dieser geschaffen werden. Unter anderem muss auch vermehrt an die psychische Gesundheit von alten Menschen und pflegenden Angehörigen gedacht werden.

7. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch gemeindenahere Dienste wirksam versorgen

Versorgungsstrukturen im Gesundheits- und Sozialbereich müssen innovativ gestaltet und neue Versorgungskonzepte implementiert werden.

8. Die Einbindung von Betroffenen und Angehörigen in Planungs- und Entscheidungsprozesse ist zu gewährleisten. Personalressourcen stärken, attraktive Ausbildungen und Ausbildungsbedingungen anbieten.

Für die verschiedenen Berufsgruppen, welche in der psychosozialen Versorgung tätig sind, müssen einheitliche Standards entwickelt werden. Die Arbeit in der psychosozialen Versorgung muss attraktiver gestaltet werden, um die Besetzung der Dienstposten gewährleisten zu können.

9. Zuverlässige Daten über die psychische Gesundheit der österreichischen Bevölkerung und die psychosoziale Versorgungslandschaft generieren.

Die Prävalenz von psychischer Gesundheit und psychischen Störungen in Österreich muss repräsentativ erhoben werden. Unter anderem müssen mehr Studien zur Versorgung von psychisch Kranken durchgeführt werden.

10. Wirksam bewerten und neue Erkenntnisse gewinnen

Um Studien zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Förderung von psychischer Gesundheit, der Prävention von Krankheiten und der Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen durchführen zu können, muss ein Teil der öffentlichen Forschungsförderung gezielt dafür eingesetzt werden (vgl. BMG, 2013, S. 1-4).

Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags

Als Grundlage für die Erarbeitung einer Gesundheitsförderungsstrategie für Österreich wurden die zehn Rahmen-Gesundheitsziele, die Landesgesundheitsziele und die Zielsteuerung Gesundheit herangezogen. Unter anderem wurde vom „Health in All Policies“-Ansatz ausgegangen, da alle Politikfelder die Gesundheit der Bevölkerung wesentlich beeinflussen können (vgl. BMG, 2016, S. 1).

Die Ziele der Gesundheitsförderungsstrategie sind nachfolgend aufgelistet.

„Zentrales Ziel der Gesundheitsförderungsstrategie ist es, durch verstärkte Umsetzung von breit abgestimmten, qualitätsgesicherten, wirksamen und effizienten Gesundheitsförderungsmaßnahmen einen Beitrag für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten.“ (BMG, 2016, o.J., S. 3)

Weitere Ziele sind:

- „Unterstützung der Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele und der Landesgesundheitsziele
- Stärkung und Weiterentwicklung der politikfeldübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne von Health in All Policies
- Förderung einer breit abgestimmten Vorgehensweise in der Gesundheitsförderung
- Beitrag zur Qualitätsentwicklung im Bereich Gesundheitsförderung
- Beitrag zum Kapazitätsaufbau im Bereich Gesundheitsförderung
- Verbreitung gut entwickelter Praxisbeispiele“ (BMG, 2016, S. 3-4)

Zur Umsetzung der Maßnahmen sollen folgende Qualitätskriterien herangezogen werden:

- „Positiver, umfassender und dynamischer Gesundheitsbegriff
- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit
- Ressourcenorientierung und Empowerment
- Setting- und Determinantenorientierung
- Zielgruppenorientierung
- Partizipation der Akteure/Akteurinnen des Settings
- Vernetzung
- Nachhaltigkeit der Veränderungen
- Dokumentation und Evaluation
- Qualitätsmanagement bzw. Qualitätsentwicklung“ (vgl. BMG 2016, S. 13-15)

Nachfolgend wird Ziel 9 der Rahmen-Gesundheitsziele für Gesundheit dargestellt, da dieses für die vorliegende Arbeit von besonderer Bedeutung ist:

Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

„Psychosoziale Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und steht in Wechselwirkung mit akuten und insbesondere chronischen Erkrankungen. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sollen so gestaltet werden, dass die psychosozial-

ale Gesundheit in allen Lebensphasen gefördert wird und psychosoziale Belastungen und Stress möglichst verringert werden. Besonderes Augenmerk soll auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und auf Maßnahmen zur Gewalt- und Suchtprävention (z. B. Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten wie Essstörungen) gelegt werden. Das Wissen und die Sensibilität in Bezug auf psychische Erkrankungen soll erhöht werden, mit dem Ziel einer umfassenden Entstigmatisierung. Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige (vor allem Eltern und Kinder) müssen umfassend und bedarfsgerecht versorgt und in der Gesellschaft integriert bleiben bzw. in sie integriert werden.“ (BMGF, 2012, S. 47)

Im nächsten Kapitel wird speziell auf die psychische Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch eingegangen.

3.2.4 Psychische Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch

Es ist erwiesen, dass ein unerfüllter Kinderwunsch und eine oft damit verbundene reproduktionsmedizinische Behandlung für die meisten Paare eine enorme psychische Belastung bedeutet (vgl. Wischmann, 2006, S. 38).

Dieses Kapitel bezieht sich im Besonderen auf die psychische Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch.

3.2.4.1 Psychogene Infertilität

Leider besteht auch heute noch bei einem großen Teil der Bevölkerung der Glaube, dass ein unerfüllter Kinderwunsch psychogen ist, also ganz oder teilweise durch psychische Faktoren bedingt ist. Dies führt oft dazu, dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch Schuldgefühle entwickeln, da sie der Meinung sind, schuld an ihrer Situation zu sein (vgl. Wischmann, 2012, S. 25).

Eine psychogene Infertilität liegt jedoch nur dann vor, wenn mindestens einer der drei nachfolgenden Punkte auf das Paar zutrifft:

1. „Wenn ein Paar trotz Kinderwunsch und Aufklärung durch den Arzt weiterhin Fruchtbarkeit schädigendes Verhalten praktiziert (z.B. die Ernährungs-

weise – vor allem Über- bzw. Untergewicht –, Hochleistungssport, Genussmittel- bzw. Medikamentenmissbrauch, extremer, vor allem beruflicher Stress).“

2. „Wenn ein Paar keinen Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen praktiziert, bzw. wenn eine nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung vorliegt.“
3. „Wenn ein Paar eine aus medizinischer Sicht notwendige Kinderwunschtherapie zwar bejaht, diese dann aber – auch nach langer Bedenkzeit – doch nicht beginnt.“ (Wischmann, 2005, S. 35)

Die Prävalenz der psychogenen Infertilität wird laut Wischmann auf ca. fünf Prozent geschätzt (vgl. Wischmann, 2012, S. 145).

3.2.4.2 Idiopathische Infertilität

Die idiopathische Infertilität ist eine sogenannte Ausschlussdiagnose. Dies bedeutet, dass mit den heute zur Verfügung stehenden diagnostischen Instrumenten weder medizinische noch psychosoziale Ursachen für die ungewollte Kinderlosigkeit gefunden werden können. Das heißt jedoch nicht, dass keine bestehen – man bedenke nur, welche Fortschritte die Medizin heutzutage macht und wer weiß, was wir in zehn oder 20 Jahren mehr an Wissen auf diesem Gebiet besitzen. Fest steht, dass wenn keine Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit bekannt ist, im Grunde auch keine Therapie angeboten werden kann. In der Praxis wird jedoch oft eine IVF- oder ICSI-Behandlung empfohlen (vgl. Wischmann, 2012, S. 59).

3.2.4.3 Psychischer Stress und Infertilität

In diesem Kapitel wird vor allem auf den Zusammenhang von psychischem Stress in Bezug auf eine reproduktionsmedizinische Behandlung eingegangen.

Forschungsergebnisse zeigen, dass emotionale Belastungen wie Angst, Depression oder Stress, welche bereits vor dem Behandlungsbeginn bestanden, keinen Einfluss auf den Ausgang (positiv oder negativ) einer reproduktionsmedizinischen Behandlung haben. Die Chance, schwanger zu werden, ist die gleiche, egal ob emotionale Belastungen vorhanden sind oder nicht. Jedoch weisen die Autoren und Autorinnen darauf hin, dass in Bezug auf den neuronalen und hormonellen Zusammenhang zwischen Stressfaktoren bzw. emotionalen Belastungen und dem

Ergebnis der reproduktionsmedizinischen Behandlung eine Forschungslücke besteht. Klar ist, dass sich Stressreaktionen mit jeder weiteren Behandlung verstärken (vgl. Stöbel-Richter et al., 2013, S. 403-404).

Sicher ist bisher auch, dass Stress ein möglicher Effekt von Fertilitätsstörungen ist (vgl. Stöbel-Richter et al., 2013, S. 404), das bedeutet Stress ist vor allem eine Folge des unerfüllten Kinderwunsches.

3.2.4.4 Psychosomatische Forschung zur ungewollten Kinderlosigkeit

Mittlerweile wurde in Forschungen herausgefunden, dass die meisten Paare mit unerfülltem Kinderwunsch über eine intakte Partnerschaft und eine hohe Lebenszufriedenheit verfügen. Es wird gegenwärtig auch davon ausgegangen, dass Männer eine bestehende ungewollte Kinderlosigkeit gleich stark belastet wie Frauen (vgl. Stöbel-Richter, 2013, S. 400). Dennoch wird die Belastung für Frauen im Zusammenhang mit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung immer stärker. Vor allem fehlgeschlagene IVF-Versuche lösen bei den betroffenen Frauen erhöhte Ängstlichkeit und Depressivität aus. Einflussfaktoren auf die Stärke der Belastung sind der Bewältigungsstil (der sogenannte Copingstil) des Paares und die Qualität der psychosomatischen Beratung vor, während und nach der Behandlung. Fest steht, dass die Erfolgsraten von reproduktionsmedizinischen Behandlungen leider oft überschätzt und die psychischen Belastungen dieser unterschätzt werden.

Unter anderem geht aus der Forschung hervor, dass bei Paaren, welche von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind – egal, ob dieser organische Ursachen hat oder nicht – nicht mehr psychopathologische Auffälligkeiten vorliegen als beim Rest der Bevölkerung (vgl. Stöbel-Richter et al., 2013, S. 402).

„Bezogen auf die psychischen Belastungen ist vor allem der sich mit jeder Behandlung erneut wiederholende Kreislauf zu verarbeiten: von Behandlung, Hoffen, Warten, Enttäuschung, wenn die Menstruation wieder einsetzt. Die Frauen befinden sich oft in einem Spannungsfeld von Hoffen und ihrem Erleben, dass ihr Kinderwunsch unerfüllt bleibt.“ (Stöbel-Richter et al., 2013, S. 404)

3.2.4.5 Effekte psychologischer Beratungs- und Therapieangebote

Laut Stöbel-Richter erweisen sich eine psychosoziale Beratung und Kurzzeitpsychotherapie mit bis zu zehn Stunden für die Betroffenen am nützlichsten. Unter anderem sind es vor allem psychologische Interventionen, die den Schwerpunkt auf die Reduzierung von Stress und die Förderung von Bewältigungsstrategien legen, die positive Auswirkungen für die Betroffenen bewirken. Anzumerken ist, dass vor allem zur Prävention von langfristigen negativen Folgen einer erfolglosen Behandlung ein umfassendes Abschlussgespräch mit dem Paar vereinbart werden soll; dieses sollte vor allem zur Klärung beitragen, ob eine weitere psychosoziale Betreuung notwendig und sinnvoll ist (vgl. Stöbel-Richter et al., 2013, S. 406). Fest steht, dass eine psychologische Beratung im Verlauf einer reproduktionsmedizinischen Behandlung – egal, ob eine Schwangerschaft eintritt oder nicht – von den Paaren als überaus hilfreich wahrgenommen wird (vgl. Stöbel-Richter et al., 2013, S. 409).

Die psychosoziale Beratung wird in Deutschland mittlerweile mittels des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland organisiert (Stöbel-Richter et al., 2013, S. 410). In Österreich gibt es derzeit noch kein vergleichbares Netzwerk.

Professionelle psychosoziale Beratung

Die wichtigsten Punkte einer inhaltlich strukturierten, professionellen psychosozialen Beratung werden nachfolgend aufgezählt:

- „Eine die aktuellen Erkenntnisse integrierende psychosoziale Kinderwunschberatung hat den emotionalen ‚Impact‘ dieser existenziellen Krise für die Betroffenen als Beratungsfokus zum Inhalt, ggf. allerdings auch die Fertilität möglicherweise schädigendes Verhalten.
- Sie ist im Gesprächsablauf transparent, entstigmatisiert und aktiviert die Ressourcen des Paares.
- Die regelhaft auftretenden emotionalen Krisen („Achterbahn der Gefühle“) und die möglichen sexuellen Funktionsstörungen werden in der Beratung antizipiert, aktiv angesprochen und akzeptiert, was in der Regel zur Entlastung des Paares führt.

- Das meist unterschiedliche emotionale Erleben der ungewollten Kinderlosigkeit bei beiden Partner und Partnerinnen ist zu berücksichtigen.
- Bei einseitigen Schuldzuweisungen wird eine verstehende und ergebnisoffene Haltung vonseiten der Berater gewahrt.
- Letztlich sollte die Kinderwunschberatung dem Paar ermöglichen, sich vom ‚Traum vom eigenen Kind‘ – zumindest zeitweise – zu verabschieden und das Leben ‚außerhalb des Kinderwunsches‘ wiederzuentdecken und revitalisieren.
- Bei der Behandlung mit Gametenspende – dazu zählen eine Samen-, Eizell- oder Embryonenspende – gilt es, die Besonderheiten dieser Art von Familienbindung (wie Spenderanonymität und Kindesaufklärung) bereits im Vorfeld mit dem Paar zu besprechen.“ (Wischmann, 2012, S. 16-17)

Voraussetzungen für die Beratung sind, abgesehen von der sachbezogenen Informationsvermittlung, vor allem eine empathische Gesprächsführungskompetenz und eine wertschätzende Haltung gegenüber dem Paar (vgl. Wischmann, 2012, S. 17).

Folgende Qualifikationen müssen Berater und Beraterinnen für die psychosoziale Kinderwunschberatung mitbringen:

- Erfahrungen in der Paarberatung
- Kenntnis der psychosozialen Aspekte bei ungewollter Kinderlosigkeit
- Wissen um den derzeitigen Stand der ART

Wichtig ist, dass das Beratungsangebot wenn möglich unabhängig vom reproduktionsmedizinischen Zentrum angeboten wird (vgl. Wischmann, 2012, S. 58).

Mögliche Ziele der psychosozialen Beratung sind:

- Die leichtere Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches.
- Die Verbesserung der Kommunikation als Paar, aber auch mit den Ärzten, Ärztinnen und anderen.
- Das Anbieten von Entscheidungshilfen in Bezug auf die verschiedenen Therapieschritte.
- Das Fördern der Akzeptanz bei erfolgloser medizinischer Therapie und gegebenenfalls das Finden von Alternativen zum eigenen Kind.

- Die Förderung der Ressourcen des Paares.
- Die Bewusstseinsbildung zu den technischen und biologischen Grenzen im Bereich des unerfüllten Kinderwunsches.
- Ein Leben außerhalb des Kinderwunsches aufzubauen.
- Wenn nötig, sich vom Kinderwunsch zu verabschieden (vgl. Wischmann, 2012, S. 55-56).

3.2.4.6 Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch haben sich mittlerweile bewährt (vgl. Stöbel-Richter et al., 2013, S. 410). Seit den 1970er-Jahren gibt es solche Selbsthilfegruppen für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch. Sie sind von Betroffenen betriebene Gesprächskreise, in denen vor allem Informationen ausgetauscht und Hilfestellungen zur Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches angeboten werden. Die Gruppen werden im Gegensatz zu professionellen Gesprächsgruppen ausschließlich durch Laien organisiert und geleitet. Der Vorteil einer Selbsthilfegruppen ist vor allem, dass sie ein niederschwelliges und kostenfreies Angebot darstellen und deshalb auch Paare erreichen, welche Berührungsängste in Bezug auf eine psychosoziale Beratung oder Psychotherapie haben (vgl. Thorn, 2014, S. 90).

Obwohl es bis jetzt noch keine wissenschaftlichen Evaluationen zur Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen im Bereich des unerfüllten Kinderwunsches gibt, wird empfohlen, dass Patienten und Patientinnen über das Vorhandensein dieses Unterstützungsangebots informiert werden (vgl. Thorn, 2014, S. 90).

In Österreich gibt es im Moment zwei bestehende Selbsthilfegruppen im Bereich unerfüllter Kinderwunsch: die in Wien österreichweit tätige Gruppe mit dem Namen Wunschkind-Kinderwunsch (WUKI-KIWU) und in Oberösterreich die Gruppe Kinderwunsch – Glückskinder Oberösterreich.

3.2.4.7 Abschied vom Kinderwunsch

Leider wird der Traum vom eigenen Kind nicht für jedes Paar auch tatsächlich Wirklichkeit. Es wird davon ausgegangen, dass ca. drei Prozent aller Paare, die sich ein Kind wünschen, dauerhaft kinderlos bleiben (vgl. Stöbel-Richter et al.,

2013, S. 401). Nicht wenigen Paaren fällt der Abschied vom Kinderwunsch ausgesprochen schwer. Mögliche Folgen sind Resignation, vermehrtes Grübeln, Verbitterung, sozialer Rückzug und eine depressive Verstimmung. Wichtig ist es, dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch in dieser besonderen Phase unterstützt werden, z. B. durch eine professionelle psychologische Beratung. Aber auch die Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen kann für manche Paare sinnvoll sein, da es oft schon eine Entlastung darstellt, zu sehen, dass man nicht alleine betroffen ist (vgl. Stöbel-Richter et al., 2013, S. 405).

3.3 Förderung der psychischen Gesundheit

„Mental health is an integral part of health; indeed, there is no health without mental health.“ (WHO 2, 2017, S. 1)

Der obige Satz der WHO mit der Kernaussage, dass es keine Gesundheit ohne die psychische Gesundheit gibt, legt nach Meinung der Autorin dar, wie wichtig die Gesundheitsförderung der mentalen Gesundheit tatsächlich ist.

3.3.1 Definition und Qualitätskriterien der Gesundheitsförderung

Das wesentliche Ziel der Gesundheitsförderung ist, die Gesundheit und das Wohlbefinden zu erhöhen (vgl. Altgeld, zitiert nach Schwartz et al., 2012, o.S.). Dazu passt auch die Definition der Gesundheitsförderung der Ottawa Charta 1986:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (Altgeld, zitiert nach Schwartz et al., 2012, o.S.)

In der Gesundheitsförderung werden zwei strategische Ansätze zusammengebracht:

1. Die Stärkung der persönlichen und sozialen Gesundheitskompetenz.

2. Eine systematische Politik, welche auf eine Optimierung der Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit hinarbeitet.

Strategische Schlüsselpunkte dabei sind:

- „die salutogenetische Perspektive, d. h. der Blick darauf, was den Menschen gesund erhält,
- Empowerment, d. h. die Stärkung von Kompetenz und Selbstbestimmungsrecht über die eigene Gesundheit und
- Intersektoralität, d. h. die Einbindung von Gesundheit als Handlungsziel in einer Vielzahl von Politikbereichen“ (Altgeld, zitiert nach Schwartz et al. 2012, o.S.)

In der Ottawa-Charta der WHO von 1986 wurden fünf Handlungsebenen der Gesundheitsförderung definiert – und somit erstmals ein Konzept zur Gestaltung wirksamer Gesundheitsförderung geschaffen – welche auch heute noch von zentraler Bedeutung sind:

- „Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
- Entwicklung persönlicher Kompetenzen
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste“ (Altgeld, zitiert nach Schwartz et al., 2012, o.S.)

Auch heute existiert noch kein allgemein gültiges Handlungskonzept für die Gesundheitsförderung. Nachfolgend werden die Praktiken und Handlungsstrategien, mit denen in der Gesundheitsförderung gearbeitet wird, kurz vorgestellt:

- Partizipation und Empowerment: Es muss partizipativ vorgegangen werden und Empowermentprozesse müssen eingesetzt werden.
- Gesundheit muss in all ihren Dimensionen verstanden werden, dazu zählen das Einnehmen der salutogenetischen Perspektive und die Stärkung von Ressourcen und Potentialen.
- Es muss darauf hingearbeitet werden, sozialraumbezogene, nachhaltige Systemlösungen zu entwickeln und zu implementieren.

- Der Settingansatz – also die Orientierung an alltäglichen Lebensbereichen – ist zu beachten.
- Es muss interdisziplinär und ressortübergreifend gehandelt werden.
- Evaluation und Qualitätssicherung müssen stattfinden (vgl. Altgeld, zitiert nach Schwartz et al., 2012, o.S.).

Der FGÖ beschreibt folgende Qualitätskriterien zu Grundprinzipien der Gesundheitsförderung:

- „Positiver, umfassender und dynamischer Gesundheitsbegriff
- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit
- Ressourcenorientierung und Empowerment
- Setting- und Determinantenorientierung
- Zielgruppenorientierung
- Partizipation der Akteure/Akteurinnen des Settings
- Vernetzung
- Nachhaltigkeit der Veränderungen“ (FGÖ, o.J., S. 1)

3.3.2 Ansatzpunkte zur Förderung der psychischen Gesundheit

Nachfolgend wird ein Konzept zur Förderung der psychischen Gesundheit vorgestellt und Merkmale erfolgreicher Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit beschrieben.

3.3.2.1 Konzept zur Förderung der psychischen Gesundheit

Wie bereits im letzten Kapitel beschrieben, wird die psychische Gesundheit von mehreren Dimensionen beeinflusst. So ist sie die Folge von umfassend zusammenwirkenden Prozessen, zu denen vor allem individuelle Merkmale sowie kulturelle, soziale, wirtschaftliche und familiäre Verhältnisse zählen, welche auf Makro-, Meso- und Mikroebene wirken (vgl. FGÖ, o.J., S. 18).

„Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit weisen viele Gemeinsamkeiten mit allgemeinen Strategien zur Gesundheitsförderung auf. Die Förderung der psychischen Gesundheit folgt denselben Prinzipien wie die allgemeine Gesundheitsförderung. Beide haben das Ziel, die Gesundheit positiv zu beeinflussen und die gesundheitsfördernden Faktoren

(Schutzfaktoren, Resilienzfaktoren) zu stärken. Sie richten sich an die Gesamtbevölkerung und inkludieren Risikogruppen und chronisch kranke Personen unter starker Berücksichtigung des alltäglichen Lebenskontextes (Settingansatz). Sie setzen durch ihre Maßnahmen bei den Gesundheitsdeterminanten an, z. B. am sozialen Umfeld oder an den Wohnbedingungen. Sie setzen auf unterschiedlichen Handlungsebenen an und verwenden verschiedenen Strategien (z. B. Kommunikation, Bildung, politische Entwicklung, Veränderungen in Organisationen, Gemeinwesenentwicklung und lokale Aktivitäten). Sie anerkennen die Kompetenzen der Bevölkerung und möchten diese stärken.“ (FGÖ, S. 18)

Die Steigerung der Schutzfaktoren und das Reduzieren der Risikofaktoren sind wesentliche Bestandteile der psychischen Gesundheitsförderung (vgl. FGÖ, o.J., S. 18).

Wichtige Punkte zur Förderung der psychischen Gesundheit:

- „die Steigerung der Widerstandskraft eines Menschen oder einer Gemeinschaft,
- die Verbesserung von Bewältigungsstrategien (Coping),
- die Steigerung der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit,
- die Stärkung des Selbstwertgefühls und Wohlbefindens,
- die Stärkung der sozialen Unterstützung und
- die Förderung des körperlichen, sozialen, emotionalen und psychischen Gleichgewichts.“ (FGÖ, o.J., S. 18)

Schlüsselprinzipien der Förderung der psychischen Gesundheit sind außerdem:

- Das Einsetzen von bewährten Strategien und Methoden
- Die Entwicklung von nachhaltigen Lösungen
- Der Ressourcenansatz
- Der salutogenetische Ansatz
- Der Determinantenansatz von Gesundheit
- Partizipation und
- Empowerment (vgl. FGÖ, o.J., S. 25)

3.3.2.2 Merkmale erfolgreicher Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit

Erfolgreiche Programme und Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit verfügen über folgende Eigenschaften:

- „Programm oder Projektentwicklung auf Basis theoretischer Annahmen, wissenschaftlicher Grundsätze sowie zielgruppen- und settingspezifischer Bedarfsanalysen;
- konkrete und zielgerichtete Ansätze der Planung, Durchführung und Evaluation sowie Möglichkeiten zur Intervention und Anpassung während des Projektablaufs;
- Kompetenz und Kapazitätsentwicklung mit den Leitprinzipien Empowerment, Partizipation, Chancengleichheit, Kooperation und Vernetzung mit relevanten Akteuren und Stakeholdern;
- Berücksichtigung einer Reihe von Schutz- und Risikofaktoren für die Gesundheit der Zielgruppen;
- kombinierte Anwendung von Interventionsmethoden, die auf verschiedenen Ebenen ansetzen bzw. wirken;
- ganzheitliche und umfassende Maßnahmen, die zu mehreren Zeitpunkten ansetzen und nicht nur einmalig erfolgen;
- laufende Begleitung und Bereitstellung von Unterstützungs- und Beratungsangeboten, um eine hochwertige Umsetzung und Nachhaltigkeit sicherzustellen“ (FGÖ, o.J., S. 20-21).

Die Förderung der psychischen Gesundheit setzt eine multiprofessionelle Zusammenarbeit voraus. Um effektive und nachhaltige Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit aufbauen und implementieren zu können, müssen Netzwerke und Partnerschaften mit verschiedenen Stakeholdern und Stakeholderinnen gebildet werden (vgl. FGÖ, o.J., S. 25).

3.3.3 Projekte und Maßnahmen für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

In der zu dieser Arbeit vorgenommenen Recherche wurden keine Projekte für die Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch

gefunden. Wenn man bedenkt, wie viele Betroffene es gibt, ist das umso mehr ein Zeichen dafür, dass es an der Zeit ist, Maßnahmen für die besagte Zielgruppe zu planen und umzusetzen. Im nachfolgenden Kapitel werden Ansätze angesprochen und vorgeschlagen, welche für die Umsetzung wichtig wären.

3.4 Ableitungen für die Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch in Österreich

Da es in Österreich noch keine bestehenden Ansätze bzw. konkrete Gesundheitsförderungsprojekte für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch gibt und auch international kein relevantes Projekt für die genannte Zielgruppe gefunden werden konnte, werden in diesem Kapitel Ableitungen aus der vorliegenden Arbeit für die Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch vorgestellt.

3.4.1 Makroebene – Ableitungen auf nationaler Ebene.

Die Makroebene meint hier die nationale Ebene und die Ableitungen adressieren Akteure und Akteurinnen in Österreich, die durch entsprechende Gesetzgebungen, Angebote und Regelungen Einfluss auf die Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch nehmen können. In dieser Ebene liegt vor allem ein Bezug zum Europäischen Aktionsplan für Gesundheit und der Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags vor.

Entstigmatisierung

- Eine österreichweite Aufklärungskampagne für die gesamte Bevölkerung, vor allem, um Mythen zu entkräften und Fakten präzise aufzuzeigen.

Qualitative Informationen und qualitätsgesicherte Beratungsangebote

- Angebot von psychosozialer Beratung und Psychotherapie

- Beratungsangebot: Was gibt es für Alternativen zum unerfüllten Kinderwunsch? z. B. Adoption, Pflegeelternschaft, Leben ohne Kind
- Unterstützung in der Phase des Abschieds des Kinderwunsches
- Unterstützung bei der Trauerverarbeitung
- Information über das Vorhandensein von Selbsthilfegruppen und Aushändigen der Adressen bestehender Gruppen
- Hilfe bei der Anpassung des Lebensstils, welche sich positiv auf den Kinderwunsch auswirken können wie z. B. Workshops zum Stressabbau, Raucherentwöhnung, etc.
- Unterstützung beim Aufbau neuer Selbsthilfegruppen

Bedarfsgerechte und wirksame Versorgung

- Beratung: Was gibt es für schul-, komplementär- und reproduktionsmedizinische Behandlungsmöglichkeiten und was sind deren Chancen und Risiken?
- Beratung und Hilfestellung bei der Entscheidung, welche und wie viele Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch genommen werden.
- Überprüfung von Qualität und Nutzen der angebotenen schul- und komplementärmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten und Transparenz der Ereignisse.

Zuverlässige Daten

- Es ist stark zu bemängeln, dass es keine genauen Zahlen für ungewollte Kinderlosigkeit in Österreich gibt. Dies zu ändern, wäre für die heutige Zeit und die Brisanz des Themas sehr wünschenswert. Die Zahlen könnten z. B. bei der nächsten Mikrozensushebung und in weiterer Folge regelmäßig durch Statistik Austria erhoben werden. Diese statistischen Daten wären sehr wichtig und hilfreich, vor allem, um Versorgungsstrukturen und -prozesse anpassen zu können.

3.4.2 Mesoebene – Projektebene: Entwicklung eines Pilotprojektes und langfristig eines Programms für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

Wichtig ist, sich immer vor Augen zu halten, dass in der Gesundheitsförderung vor allem die Stärkung der persönlichen Ressourcen und Bewältigungsstrategien im Vordergrund steht.

Bei der Planung eines konkreten Pilotprojektes sollen die nachfolgenden Punkte integriert werden:

Berücksichtigung der Merkmale erfolgreicher Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit

Bei der Planung des Projektes sollen die Merkmale erfolgreicher Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit, welche in Kapitel 3.3.2.2 beschrieben werden, berücksichtigt werden.

Zielgruppen und settingspezifische Bedarfsanalyse

Nachdem es keine Projekte gibt und auch in der Literatur keine Ansatzpunkte zur Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch gefunden wurden, wird eine Bedarfsanalyse empfohlen.

Zielgruppen und settingspezifische Bedarfsanalysen können – außer durch die Literatur – durch Workshops (z. B. Gesprächsgruppen) für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch erhoben werden. In den besagten Workshops sollte das Hauptaugenmerk auf die Ressourcen und Belastungen von Paaren in Bezug auf ihren unerfüllten Kinderwunsch gelegt werden. Gemeinsam können mögliche Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit abgeleitet werden. Die Ergebnisse dieser Workshops bilden neben Erkenntnissen aus der Literatur die Basis für die Planung von konkreten Maßnahmen für das besagte Pilotprojekt.

Empowerment und Partizipation

Empowerment könnte erreicht werden, indem Paare mit unerfülltem Kinderwunsch über Möglichkeiten, Risiken usw. professionell beraten werden und dadurch selbstbestimmt und informiert darüber entscheiden können, welche bzw. ob Therapien für sie in Frage kommen.

Die Partizipation könnte mittels Workshops für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch berücksichtigt werden (siehe Bedarfsanalyse).

Evaluation und Qualitätssicherung

Wichtig ist natürlich, dass eine Evaluation und eine Qualitätssicherung der Maßnahmen durchgeführt und bei Bedarf das Programm adaptiert wird. In dieser Arbeit wird jedoch nicht darauf eingegangen.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Um eine gesundheitliche Chancengerechtigkeit zu gewährleisten, ist es wichtig, die gesamte Zielgruppe zu erreichen. Dies könnte z. B. nach erfolgreicher Evaluation durch eine Ausrollung des Projektes bzw. einzelner Maßnahmen gewährleistet werden. Des Weiteren muss die Finanzierung des gesamten Gesundheitsförderungsprogramms sichergestellt sein.

Die Maßnahmen sollen für die komplette Zielgruppe zugänglich sein und zwar unabhängig davon, ob eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchgeführt oder nicht in Anspruch genommen wird.

Kooperation und Vernetzung mit relevanten Akteuren und Akteurinnen sowie Stakeholdern und Stakeholderinnen

Wichtig ist unter anderem eine gute Kooperation und Vernetzung von relevanten Akteuren und Akteurinnen sowie Stakeholdern und Stakeholderinnen. Dazu zählen unter anderem Gesundheitsförderer und Gesundheitsförderinnen, Psychologen und Psychologinnen, Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen, Frauenärzte und

Frauenärztinnen sowie Reproduktionsmediziner und Reproduktionsmedizinerinnen. Jedoch zählen hierzu auch bestehende Netzwerke aus anderen Ländern wie z. B. das Beratungsnetzwerk Deutschland.

4 Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Zusammenfassung dieser Arbeit wird nochmals auf die ersten beiden Phasen des Public Health Action Cycles eingegangen und gleichzeitig werden die anfangs gestellten Forschungsfragen kurz beantwortet.

Problembestimmung

Genauere Zahlen, wie viele Paare in Österreich vom unerfüllten Kinderwunsch betroffen sind, gibt es nicht. Es wird jedoch davon ausgegangen, dass ca. zehn bis 15% aller Partnerschaften in Österreich damit zu kämpfen haben. Es ist zudem davon auszugehen, dass die Inzidenz steigt. Die Ursachen des unerfüllten Kinderwunsches sind vielfältig. Einerseits gibt es eine Vielzahl von organischen Gründen, welche das Vorhaben, ein Kind zu zeugen und auszutragen, verhindern, andererseits leiden ca. fünf Prozent der Paare an einer psychogenen Infertilität und weitere 15 Prozent unter einer sogenannten idiopathischen Infertilität. Des Weiteren haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen so verändert, dass viele Paare für eine längere Zeit kinderlos bleiben oder nie Eltern werden wollen.

Ein unerfüllter Kinderwunsch führt zu vielfältigen Belastungen wie psychische, finanzielle und körperliche Belastungen. Es steht zwar fest, dass bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch nicht mehr psychopathologische Auffälligkeiten vorliegen als in der Gesamtbevölkerung, jedoch ist ein unerfüllter Kinderwunsch von der emotionalen Belastung her gleichzusetzen mit dem Verlust eines nahen Angehörigen. Weiters ist klar, dass reproduktionsmedizinische Behandlungen Stressreaktionen auslösen, welche durch jede weitere Behandlung verstärkt werden. Diese und weitere in der Arbeit beschriebenen Belege zeigen auf, wie wichtig eine Förderung der psychischen Gesundheit der betroffenen Paare wäre.

In der zu dieser Arbeit vorgenommenen Recherche wurden keine Projekte für die Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch gefunden. Jedoch könnte vor allem Ziel sechs der Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit – „Auch besonders vulnerablen Lebensphasen und psychisch belastenden Umständen im Erwachsenenalter (wie z.B. erlebten Traumata) ist

Aufmerksamkeit zu widmen“ (vgl. BMG, 2013, S. 3) – herangezogen werden, um für die Wichtigkeit der Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch zu argumentieren. Auch im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit besagt der erste Teil des ersten Kernziels: „Alle sollten die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben...“ (WHO 1, 2013, S. 4).

Strategieformulierung

Eine genaue Strategieformulierung ist erst sinnvoll, wenn ein konkretes Gesundheitsförderungsprojekt für die besagte Zielgruppe geplant wird. Stattdessen wurden Empfehlungen und Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Paaren auf nationaler und Projektebene abgeleitet. Diese beinhalten die Entstigmatisierung, das Bereitstellen von qualitätsvollen Informationen und qualitätsgesicherten Beratungsangeboten, eine bedarfsgerechte und wirksame Versorgung, die Zurverfügungstellung von zuverlässigen Daten, die Berücksichtigung der Merkmale erfolgreicher Projekte zur Förderung der psychischen Gesundheit, eine genaue zielgruppen- und settingspezifische Bedarfsanalyse, die Berücksichtigung von Empowerment und Partizipation, eine exakte Planung von Evaluation und Qualitätssicherung, die Beachtung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit und die Kooperation und Vernetzung mit relevanten Akteuren und Akteurinnen sowie Stakeholdern und Stakeholderinnen.

Ausblick

Vor allem in Anbetracht der jetzt schon hohen Zahl der Betroffenen und der angenommenen steigenden Inzidenz wäre es sehr wünschenswert, in Österreich gezielte Maßnahmen bzw. ein Pilotprojekt zur Förderung der psychischen Gesundheit von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch zu entwickeln und durchzuführen. Die vorliegende Arbeit hat hoffentlich einen kleinen Beitrag dazu geleistet, die Brisanz des Themas aufzuzeigen.

5 Literaturverzeichnis

Altgeld T. Kickbusch I.: In: Schwartz et al. (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. Elsevier GmbH. München (Kindle Edition)

Bleuer J.; Schoep-Chevalley M., Grossenbacher F.; Matter-Walstra K. (2001): Der Public Health Action Cycle als Ausgangspunkt für Evidence-based Public Health. Hrsg. Bundesamt für Gesundheit, Health Evidenz GmbH. In: http://www.henet.ch/ebph/04_konzepte/konz_042.php (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2012): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. In: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/gz_langfassung_de_20170626.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. 2. Auflage. Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Berufe/Beiraete/Empfehlung_des_Beirates_fuer_psychische_Gesundheit_fuer_eine_nationale_Strategie_zur_psychischen_Gesundheit (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Wir möchten ein Baby. Information über Kostenübernahme für medizinisch unterstützte Fortpflanzung durch den IVF-Fonds Broschüre des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

Bundesministerium für Gesundheit (2016): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. In: <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/1/4/CH1099/CMS1401709162004/gesundheitsfoerderungsstrategie.pdf> (letzter Zugriff: 14. 01. 2018)

Dellenbach M.; Angst S. (2011): Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Bericht. Teilprojekt im Rahmen des Projekts „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/gfia/best-practice/Via_-_Best-Practice-Studie_Foerderung_der_psychischen_Gesundheit_im_Alter.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)

- Evers M., Friedemann E. (2007): Handbuch Adoption. Der Wegweiser zur glücklichen Familie. Südwest Verlag. München
- Fiegl J. (2004): Unerfüllter Kinderwunsch. Das Wechselspiel von Körper und Seele. Patmos Verlag GmbH & Co. KG Walter Verlag. Düsseldorf und Zürich
- Fonds Gesundes Österreich (): Förderung psychischer Gesundheit in Diensten und Einrichtungen für ältere Menschen. Handbuch. MPH Hands Consortium. http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/FgoeProject_558/74648.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)
- Keck C. (Hrsg.) (2014): Kinderwunschbehandlung in der gynäkologischen Praxis. Sinnvolle Diagnostik- und Therapiestrategien für Frauenärzte. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart
- Kern R. (2017): IVF-Register Jahresbericht 2016. Führen des Registers gemäß IVF-Fonds-Gesetz Geschäftsbericht. Gesundheit Österreich GmbH. Wien https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/.../jahresbericht_ivf-fonds_2016.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)
- Kleinschmidt D., Thorn P., Wischmann T. (Hrsg.) (2008): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
- Klemperer D. (2014): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 2. Auflage. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern
- Lawrenz B. (2013): Der Unerfüllte Kinderwunsch – Ursachen und Diagnostik. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 4/2013
- Ludwig M., Nawroth F., Keck C. (2015): Kinderwunschsprechstunde. Springer Verlag. 3. Auflage. Berlin Heidelberg
- Raith-Paula E., Frank-Herrmann P., Freundl G., Strowitzki T. (2013): Natürliche Familienplanung heute. Modernes Zykluswissen für Beratung und Anwendung. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg
- Ruckstuhl B. et al. (2008): Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der public health action cycle als Arbeitsinstrument. Hrsg. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Zürich und Bundesamt für Gesundheit, Bern. In:

https://www.quint-essenz.ch/de/files/Foerderung_der_Qualitaet.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Schwartz et al. (2012): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. Elsevier GmbH. München (Kindle Edition)

Schweizer-Arau, A. (2009): Hoffnung bei unerfülltem Kinderwunsch. Die Fruchtbarkeit ganzheitlich fördern mit chinesischer Medizin. Stadelmann Verlag. Wiggensbach

Schwill M. (2008): In: Kleinschmidt D., Thorn P., Wischmann T. (Hrsg.) (2008): Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Siegenthaler W., Blum H.E. (Hrsg.) (2006): Klinische Pathophysiologie. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart

Stöbel-Richter Y., Sender A., Brähler E., Strauß B. (2013): Psychologische Beratung und Psychotherapie bei ungewollter Kinderlosigkeit. In: Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie, 2013, 63, S. 400-414 (online) https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/Kinderlosigkeit.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Tempfer C. (2014): In: Christoph Keck (Hrsg.): Kinderwunschbehandlung in der gynäkologischen Praxis. Sinnvolle Diagnostik- und Therapiestrategien für Frauenärzte. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart

Thorn P. (2014): In: Kentenich H. et al. (2014): Leitlinie Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen. AWM online Das Portal der wissenschaftlichen Medizin (online) http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/016-003l_S2k_Psychosom_orient_Diagnostik_und_Therapie_bei_Fertilit%C3%A4tsst%C3%B6rungen_2014.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Wischmann T. (2006): Psychogenese von Fertilitätsstörungen: eine Übersicht. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 2016, 66, 34-43 (online) <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-2005-873030> (letzter Zugriff: 10.11.2017)

Wischmann T. (2012): Einführung Reproduktionsmedizin. Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag. München

Zart B. (2005): Babygeflüster. Books on Demand GmbH, Norderstedt

Internetseiten:

Bundeskanzleramt 1 (Hrsg.): <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/72/Seite.720003.html> (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Bundeskanzleramt 2 (Hrsg.): <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/72/Seite.720008.html> (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Fonds Gesundes Österreich: <http://info.projektguide.fgoe.org/qualitaetskriterien> (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=10428&suchstring=sterilitat&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=2&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=&plfd_nr=17&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=84329348&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522sterilitat%20C3%A4t%2522 (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Kepler Universitätsklinikum GmbH: <https://www.kepleruniklinikum.at/versorgung/medizinische-zentren/kinderwunsch-zentrum/ungewollt-kinderlos/> (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitsfoerderung/gesunde-lebenswelten> (letzter Zugriff: 14.01.2018)

WHO 1: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/195218/63wd11g_MentalHealth-2.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)

WHO 2: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/> (letzter Zugriff: 14.01.2018)

WHO 3: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/216210/RC63-Fact-sheet-MNH-Ger.pdf (letzter Zugriff: 14.01.2018)

Selbsthilfegruppen bei unerfüllten Kinderwunsch in Österreich:

Wunschkind-Kinderwunsch: <http://wukikiwu.at/>

Kinderwunsch – Glückskinder Oberösterreich: <http://www.glueckskinder.info/>