

**Untersuchung zu komplementären Behandlungsmöglichkeiten
bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Block, Martina
aus Westerland/Sylt

Gießen 2008

Aus dem medizinischen Zentrum für Gynäkologie und Geburtshilfe
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen
Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg

Gutachter: Prof. Dr. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg
Gutachter: Prof. Dr. H.-C. Schuppe

Tag der Disputation: 22.06.2009

Erklärung

„Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.“

Meinen Eltern gewidmet

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
altern.phys.Therapien	alternative physikalische Therapien
ART	Assisted Reproductive Technology
ASfRM	American Society for Reproductive Medicine
B	nicht standardisierter Regressionskoeffizient
Beta	standardisierter Regressionskoeffizient
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMI	Body-Mass-Index
BRZ	Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
ca.	cirka
CA	Carzinom
CAM	Komplementäre und alternative Medizin (engl.: Complementary and alternative medicine)
cm	Zentimeter
DÄGfA	Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur
DIR	Deutsches IVF-Register
DZVhÄ	Deutscher Zentralverein homöopathischer Ärzte
engl.	englisch
ET	Embryonentransfer
et al.	et alii (bzw. et aliae, et alia)
EU	Europäische Union
EUG	Extrauterin gravidität
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
hrsg.v.	herausgegeben von
ICSI	Intracytoplasmatische Spermieninjektion
IfD	Institut für Demoskopie
IUI	Intrauterine Insemination
IVF	In-vitro-Fertilisation
Jh.	Jahrhundert

K	Kappa
kg	Kilogramm
m	Meter
M	Mittelwert
N	Stichprobenumfang
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
Nr.	Nummer
OAM	Office of Alternative Medicine
OAT-Syndrom	Oligo-Astheno-Teratozoospermie-Syndrom
OR	Odds Ratio
p	Irrtumswahrscheinlichkeit
PCOS	Polyzystisches Ovarialsyndrom
PKV	Private Krankenversicherung
r	Korrelationskoeffizient
RBS	Robert-Bosch-Stiftung
RKI	Robert Koch-Institut
SD	Standard Deviation = Standardabweichung
s.o.	siehe oben
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STATIS	Statistisches Bundesamt
T	T-verteilte Prüfgröße
trad.phys.Therapien	traditionelle physikalische Therapien
u.a.	unter anderem
UK	United Kingdom
usw.	und so weiter
vs.	versus (lateinisch für: gegenüber, gegenüber gestellt)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
Z.n.	Zustand nach

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Der unerfüllte Kinderwunsch	1
1.1.1	Definition und Krankheitsbild des unerfüllten Kinderwunsches	1
1.1.2	Epidemiologie des unerfüllten Kinderwunsches	2
1.1.3	Ätiologie des unerfüllten Kinderwunsches	3
1.2	Komplementäre Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch	4
1.2.1	Begriffsbestimmungen komplementärer Therapien	4
1.2.2	Das Spektrum komplementärer Therapien	5
1.2.3	Historischer Hintergrund und Merkmale der Komplementärmedizin	6
1.2.4	Untersuchungen zu komplementären Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch	8
1.3	Datenlage zur Inanspruchnahme der Komplementärmedizin	8
1.4	Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Therapien	10
1.5	Ziel der Arbeit	11
2	Fragestellungen	12
3	Patientenkollektiv und Methoden	13
3.1	Entwicklung des Fragebogens	13
3.1.1	Fragensammlung	13
3.1.2	Bewertungsdimensionen	13
3.1.3	Der Fragebogen	13
3.2	Verteilung der Fragebögen	14
3.2.1	Vorgehen bei der Befragung	14
3.2.2	Patientenkollektiv	14
3.2.3	Ein- und Ausschlusskriterien	15
3.3	Statistik	15
3.3.1	Datenverarbeitung	15
3.3.2	Statistische Verfahren	15
3.3.2.1	Statistische Tests	15
3.3.2.2	Methoden zum Nachweis eines Zusammenhanges	16
3.3.2.3	Faktoranalyse	17
3.3.2.4	Multiple Regression	18
3.3.3	Graphische Darstellungen	19
4	Ergebnisse	20
4.1	Das Patientenkollektiv	20
4.1.1	Studienteilnahme und Erhebungsort	20
4.1.2	Soziodemographische Charakteristika	21
4.1.2.1	Alter	21
4.1.2.2	Schulabschluss	22
4.1.2.3	Berufstätigkeit	24
4.2	Gesundheitsbewusstsein	25
4.2.1	Der BMI	25
4.2.2	Gesundheitsverhalten	26
4.2.3	Umgang mit kontrazeptiven Maßnahmen	28
4.3	Krankheitsvorgeschichte	29
4.3.1	Vorausgegangene Schwangerschaften	29
4.3.2	Dauer des Kinderwunsches	29
4.3.3	Zeitraum der ärztlichen Behandlung	30
4.3.4	Derzeitig durchgeführte Kinderwunschbehandlung	31
4.3.5	Ätiologie des unerfüllten Kinderwunsches	31
4.4	„Wertschätzung“ der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie	32
4.4.1	Fragestellung: „wie schätzen Sie die Wirksamkeit der folgenden Komplementärtherapien ein?“	33
4.4.1.1	Kenntnis und Wirksamkeit hinsichtlich der Akupunktur	33
4.4.1.2	Kenntnis und Wirksamkeit hinsichtlich der Homöopathie	34
4.4.1.3	Kenntnis und Wirksamkeit hinsichtlich der Phytotherapie	36
4.4.2	Fragestellung: „wussten Sie, dass man die Ursachen der Kinderlosigkeit mit folgenden Komplementärtherapien behandeln kann?“	38
4.4.2.1	Wissen über die Akupunktur zur Behandlung der Kinderlosigkeit	38
4.4.2.2	Wissen über die Homöopathie zur Behandlung der Kinderlosigkeit	39

4.4.2.3	Wissen über die Phytotherapie zur Behandlung der Kinderlosigkeit	41
4.4.3	Fragestellung: „würden Sie die folgenden Komplementärtherapien für die Behandlung Ihres unerfüllten Kinderwunsches in Betracht ziehen?“	42
4.4.3.1	Akupunktur bei unerfülltem Kinderwunsch	42
4.4.3.2	Homöopathie bei unerfülltem Kinderwunsch	43
4.4.3.3	Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch	44
4.4.4	Fragestellung: „für wie wahrscheinlich halten Sie Nebenwirkungen bei folgenden Komplementärtherapien?“	45
4.4.4.1	Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Akupunktur	45
4.4.4.2	Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Homöopathie	47
4.4.4.3	Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Phytotherapie	48
4.4.5	„Wertschätzung“ – Nachweis eines Zusammenhanges	49
4.4.6	„Ausmaß der Wertschätzung“	51
4.5	„Erfahrungen“ mit komplementären Therapien	53
4.5.1	„Bekanntheit“ komplementärer Therapien	53
4.5.2	Inanspruchnahme der Komplementärmedizin	56
4.5.2.1	Bereits in Anspruch genommene komplementäre Therapien	56
4.5.2.2	Anzahl der in Anspruch genommenen komplementären Therapien	58
4.5.2.3	Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens	59
4.5.2.3.1	Soziodemographische Charakteristika und Inanspruchnahmeverhalten	59
4.5.2.3.2	Faktoren der Krankheitsvorgeschichte und Inanspruchnahmeverhalten	60
4.5.2.3.3	Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten	61
4.5.2.3.3.1	„Wert im Gesundheitsverhaltensscore“	61
4.5.2.3.3.2	Persönliche Lebensgewohnheiten als Faktoren des Gesundheitsverhaltens	61
4.5.2.3.4	„Kenntnis“ und Inanspruchnahmeverhalten	62
4.5.2.3.5	Multiple Regression	63
4.5.3	Beurteilung der in Anspruch genommenen Komplementärtherapien	63
4.5.4	Vorbehalte hinsichtlich komplementärer Therapien	64
4.5.4.1	„komplementäre Behandlungsmethoden nur Placeboeffekt“	65
4.5.4.2	„Komplementärmedizin nur als letzte Möglichkeit“	65
4.5.4.3	„keine Akupunktur, da Angst vor Nadeln“	66
4.5.4.4	„keine Homöopathie oder Phytotherapie, da Angst vor Allergien“	67
4.5.5	Informationsquellen	67
4.5.6	Wirksamkeit komplementärer Therapien im Vergleich zur Schulmedizin	68
4.5.7	Wahl des Therapeuten zur Behandlung mit komplementären Therapien	69
4.5.7.1	Wahl des Therapeuten bei der Behandlung mit Akupunktur	70
4.5.7.2	Wahl des Therapeuten bei der Behandlung mit Homöopathie u./o. Phytotherapie	70
4.6	Faktoranalyse zu „Wertschätzung“ und „Erfahrungen“	72
4.7	Multiple Regression zu „Wertschätzung“ und „Erfahrungen“	74
4.8	Vergleich der „oberen 10%“ mit den „unteren 90%“ der Befragten	75
5	Diskussion	77
5.1.	Datenqualität und angewandte Methoden	77
5.1.1	Angewandte Methoden	77
5.1.2	Übertragbarkeit der Studienergebnisse	78
5.1.3	Das Problem der Sekundäranalyse	79
5.2	Beantwortung der Fragestellungen und Vergleich der Ergebnisse mit der Literatur	79
5.2.1	„Erfahrungen“ mit der Komplementärmedizin	79
5.2.1.1	Häufigkeit der Inanspruchnahme komplementärer Therapien	79
5.2.1.2	Am häufigsten angewandte und als bekannt beurteilte komplementäre Therapien	82
5.2.1.3	Anzahl der „in Anspruch genommenen und als bekannt beurteilten komplementären Therapien“	85
5.2.1.4	Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Therapien	86
5.2.1.4.1	Soziodemographische Faktoren als Determinanten der Inanspruchnahme	86
5.2.1.4.1.1	Das Alter als Determinant der Inanspruchnahme	86
5.2.1.4.1.2	Das Geschlecht als Determinant der Inanspruchnahme	88
5.2.1.4.1.3	Der Schulabschluss als Determinant der Inanspruchnahme	90
5.2.1.4.1.4	Die Berufstätigkeit als Determinant der Inanspruchnahme	93
5.2.1.4.2	Die Anzahl der als „bekannt beurteilten komplementären Therapien“ als Determinant der Inanspruchnahme	93
5.2.1.4.3	Das Gesundheitsverhalten als Determinant der Inanspruchnahme	94
5.2.1.4.4	Die Krankheitsvorgeschichte als Determinant der Inanspruchnahme	96
5.2.1.4.5	Zusammenfassung der „Determinanten der Inanspruchnahme“	97

5.2.1.5	Beurteilung der in Anspruch genommenen Komplementärtherapien	98
5.2.1.6	Wirksamkeit der Komplementärmedizin im Vergleich zur Schulmedizin	99
5.2.1.7	Nebenwirkungen und Kritikpunkte komplementärer Therapien	100
5.2.1.8	Informationsquellen	102
5.2.1.9	Wahl des Therapeuten	102
5.2.2	„Wertschätzung“ der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie	104
5.2.2.1	„Wirksamkeit“ und „Kenntnis“ bzgl. Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie	104
5.2.2.2	„Wissen“ über Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie als Optionen bei unerfülltem Kinderwunsch	105
5.2.2.3	Bereitschaft der Inanspruchnahme und Wertschätzung komplementärer Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch	109
5.2.3	Abschließende Bewertung und Ausblick	111
6	Zusammenfassung	113
	Summary	115
7	Literaturverzeichnis	117
8	Anhang	141
8.1	Fragebogen	141
	Fragebogen für die Frau	141
	Fragebogen für den Mann	145
8.2	Tabellen	149
9	Danksagung	159

1 Einleitung

1.1 Der unerfüllte Kinderwunsch

Seit Beginn des 20. Jh. hat der Anteil ungewollt kinderloser Ehen in fast allen Industrieländern stetig zugenommen. Innerhalb der EU gehört Deutschland zu den Ländern mit der niedrigsten Geburtenziffer und der höchsten Quote Kinderloser (BMFSFJ 2005, RBS 2006). Als Ursache dieser Entwicklung werden vor allem gesellschaftliche Veränderungen, wie steigende Erwerbsorientierung, Bildung und Qualifikation von Frauen, ein Wandel individueller Lebensentwürfe und ein breites Spektrum biologischer Gründe von Fertilitätsstörungen gesehen (Engstler&Menning 2003, STATIS 2006, IfD 2004). Ungewollte Kinderlosigkeit, unerfüllter Kinderwunsch und Unfruchtbarkeit sind Begriffe, hinter denen sich für das einzelne Paar eine das Leben überschattende Krise verbirgt (Sydsjö et al. 2005, Stöbel-Richter et al. 2005). Persönliche Lebensperspektiven, die Vorstellungen vom eigenen Leben, schlichtweg die eigene Lebensplanung wird plötzlich in Frage gestellt (Johansson&Berg 2005). Eine reproduktionsmedizinische Therapie ist für das betroffene Paar eine große Chance; doch gleichzeitig kann sie auch eine enorme psychische und physische Belastung darstellen (Beutel et al. 1999). Depressive Gefühle, Versagensängste und der innerlich stetig steigende Erwartungsdruck, der durch das Umfeld meist noch geschürt wird, belastet die Paarbeziehung häufig stark und kann ihrerseits den Schwangerschaftseintritt zusätzlich verhindern (Derbolowsky 1997). Zuversicht zu haben und sich dennoch mit der Möglichkeit auseinanderzusetzen, dass es eventuell zu keiner Schwangerschaft kommt, ist ein äußerst sensibler Balanceakt, der stets im soziostrukturellen Kontext gesehen werden muss (Bos et al. 2005, Wiesmann&Hannich 2005).

1.1.1 Definition und Krankheitsbild des unerfüllten Kinderwunsches

Zur Beschreibung des unerfüllten Kinderwunsches als eine Störung der Fortpflanzungsfähigkeit müssen zunächst die Begriffe Infertilität und Sterilität als wissenschaftliche Termini des Begriffs „unerfüllter Kinderwunsch“ erläutert werden. Im deutschen Sprachgebrauch wird die weibliche Infertilität als die Unfähigkeit, eine eingetretene Schwangerschaft bis zur Geburt eines lebensfähigen Kindes auszutragen, verstanden. Infertilität des Mannes bedeutet Unfruchtbarkeit aufgrund der erhobenen Befunde im Spermogramm. Die Terminologie der „Infertilität“ ist im bevölkerungswissenschaftlichen und klinisch-praktischen Bereich uneinheitlich und hat zu zahlreichen Diskussionen Anlass gegeben (Larsen 2005, Habemma et al. 2004, Sanfilippo 2005). Im Jahre 1967 kannte die Scientific Group on the Epidemiology of Infertility der WHO die ungewollte Kinderlosigkeit

als Krankheit an (Strauß et al. 2004). Nach der klassischen klinischen Definition wird eine Partnerschaft als steril bezeichnet, wenn es bei ungeschütztem regelmäßigem Geschlechtsverkehr innerhalb von einen bis zu zwei Jahren nicht zum Eintritt einer Schwangerschaft kommt. Eine primäre Sterilität liegt vor, wenn eine Frau trotz ungeschütztem Geschlechtsverkehr noch nie schwanger geworden ist oder ein Mann noch nie ein Kind gezeugt hat. Bei ca. 1% der Bevölkerung kann eine primäre Sterilität diagnostiziert werden (Brähler et al. 2003). Um eine sekundäre Sterilität handelt es sich, wenn es schon einmal oder mehrmals zu einer Schwangerschaft gekommen ist und trotz regelmäßigem Geschlechtsverkehr keine weitere Schwangerschaft mehr entsteht (Strauß et al. 2004). Im Wandel des allgemeinen Sprachgebrauchs der Begriffe und durch angelsächsische Einflüsse, in denen die Begriffe „infertility“ und „sterility“ synonym verwendet werden, entfällt inzwischen die alte Unterteilung der beiden Begriffe auch in der deutschen Sprache. Der Begriff der Sterilität wird jedoch oft nach allgemeinem deutschem Sprachgebrauch als Oberbegriff weitergeführt, soll aber nicht als Zustand irreversibler und therapierefraktärer Zeugungsunfähigkeit verstanden werden (Gnoth et al. 2004).

1.1.2 Epidemiologie des unerfüllten Kinderwunsches

Im 17. Jh. betrug der Anteil ungewollt kinderloser Paare lediglich 2%, im 18. Jh. hat bereits eine Verdopplung stattgefunden und im 19. Jh. waren 8% der Paare von einem unerfüllten Kinderwunsch betroffen (Sautter 2000). Zur Prävalenz des unerfüllten Kinderwunsches in Deutschland finden sich recht unterschiedliche und nicht endgültig gesicherte Angaben. Die Zahl der ungewollt kinderlosen Paare in Deutschland variiert je nach Quelle zwischen 3% und 22% (Hinney&Michelmann 1999; Engstler&Menning 2003; Gnoth et al. 2005). Bei Brähler et al. (2001) wurde ein prozentualer Wert von über 15% ungewollt kinderloser Paare als deutlich überschätzt beurteilt. Der Prozentsatz liegt in Westdeutschland deutlich unter 10%, in Ostdeutschland unter 5%. Weltweit haben etwa 60-80 Millionen unfruchtbare Paare den Wunsch nach einem Kind. Allein in Europa geht man davon aus, dass bereits 15% aller Paare ungewollt kinderlos sind - mit steigender Tendenz. Das bedeutet, dass jedes siebte Paar von einem unerfüllten Wunsch nach einem eigenen Kind betroffen ist (Vollmer 1996, BZgA 2005). Entsprechend stieg die Zahl so genannter Kinderwunschbehandlungen, begleitet von einer permanent wachsenden Nachfrage. In Deutschland suchen ca. 15% aller Paare im zeugungsfähigen Alter mindestens einmal in ihrem Leben einen Arzt wegen Fertilitätsstörungen auf (Meißner 2002).

1.1.3 Ätiologie des unerfüllten Kinderwunsches

Nach Angaben des BRZ (2007) Deutschland e.V. gehen die Ursachen für eine Unfruchtbarkeit in etwa 25% der Fälle auf die Frau und in 30% der Fälle auf den Mann zurück. Bei etwa 40% der Paare sind Störungen bei beiden Geschlechtern nachzuweisen. Bei ca. 10% liegt eine idiopathische Störung vor (Thöne&Wolff 2006). Diese prozentualen Angaben sollen lediglich Tendenzen aufzeigen und nicht als absolute Werte missverstanden werden, denn je nach Institut und Region treten Schwankungen auf und eine große Dunkelziffer erschwert zusätzlich eine exakte Darstellung.

Die Ursachen von Fertilitätsstörungen sind häufig multifaktoriell bedingt. Es kommen mechanische, funktionelle, hormonelle und psychische Gründe für einen unerfüllten Kinderwunsch in Betracht (Himmel et al. 1999, Scheffer 2002). Die Belastung mit Umweltschadstoffen (Gerhard&Wolfrum 2001), die Ernährung und das damit verbundene Gewicht (Gerhard 1997a, ASfRM 2001, Sallmen et al. 2006), Rauchverhalten (Chia et al. 2000; Kinney et al. 2007; ASfRM 2003), Alkoholgenuss (Kinney et al. 2007) sowie eine Vielzahl anderer sozioökonomischer und Lebensstil bestimmender Faktoren scheinen eine Rolle bei Fertilitätsstörungen zu spielen (Rostad et al. 2006).

Außerdem zeigt sich eine Verlagerung der reproduktiven Phase vieler Paare in das höhere Lebensalter, mit dem Risiko einer abnehmenden Fruchtbarkeit. Bei Erstvorstellung in der Sterilitätssprechstunde liegt das Alter ungewollt kinderloser Frauen im Mittel bei 30,8 Jahren (Kowalcek et al. 2003). Die Zahl der Frauen, die sich erst nach dem 30. Lebensjahr für ein Kind entscheiden, hat sich in den letzten zehn Jahren verdoppelt; mehr als 10% der Neugeborenen haben schon heute eine Mutter, die älter als 35 Jahre ist (BRZ 2007).

Eine Behandlung sollte bei offenkundigen Fertilitätsstörungen so früh wie möglich angestrebt werden, da mit steigendem Alter der Frau auch die reproduktionsmedizinischen Erfolge sinken (Larsen 2005; ASfRM 2003a). Aus diesem Grund wird für eine Frist von sechs Monaten bis zu einem Jahr plädiert eine reproduktionsmedizinische Behandlung anzustreben (Strauß et al. 2004, ASfRM 2003b).

Die häufigste Sterilitätsursache bei der Frau ist mit etwa 30% bis 60% hormonell bedingt. Dies äußert sich in einer verzögerten oder fehlenden Ovulation, Lutealinsuffizienz oder in habituellen Aborten. Die Endometriose nimmt ebenfalls eine ursächliche Rolle bei der Infertilität ein (Manolopoulos&Tinneberg 2005). Bei infertilen Frauen kann in ca. 50% der Fälle eine Endometrioseerkrankung diagnostiziert werden (Wienhard&Tinneberg 2003). Bei weiteren 20% führen Pathologien der Eileiter zu einer eingeschränkten Fruchtbarkeit. Seltener Gründe für Fertilitätsstörungen sind Uterus-, Zervix- und Vaginalerkrankungen (Thöne&Wolff 2006, Breckwoldt&Keck 2001).

7 bis 10% aller Männer haben im Laufe ihres Lebens Probleme mit der Fruchtbarkeit und bei 30% der Betroffenen bleibt unklar warum die Samenqualität eingeschränkt ist (Brettin 2003). Bei Männern überwiegen Einschränkungen der Spermiogenese aufgrund nichthormoneller Ursachen, die zu einer verminderten Produktion normaler, ausreichend mobiler Samenzellen führen (Moghissi 2001, Dohle et al. 2005). Eine Analyse des Spermias sollte deshalb stets an den Anfang einer Paardiagnostik gestellt werden, um eine invasive diagnostische Behandlung der Partnerin zu umgehen (Chow&Cheung 2006, Schmidt-Matthiesen&Wallwiener 2004). Dabei erfolgt die Sperma-Analyse in der Regel nach Vorgaben der WHO (Köhn 2002). Erbliche Ursachen sind eher selten, meist handelt es sich um erworbene Defekte. Bei der Anamnese sollte besonders an Kinderkrankheiten und postpubertäre Virusinfektionen sowie an Lageanomalien gedacht werden. Äußere Noxen wie Wärme, Stress, Verletzungen und toxische Substanzen können die Fertilität ebenso einschränken wie Medikamente (Haidl 2003).

1.2 Komplementäre Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch

Entspannung und mehr Gelassenheit sind gut gemeinte Ratschläge, die Paare mit unerfülltem Kinderwunsch häufig zu hören bekommen. Dies ist oft einfacher gesagt als getan, wenn Temperatur gemessen wird, der Fruchtbarkeitscomputer täglich seine Daten abverlangt oder gar reproduktionsmedizinische Behandlungen regelmäßige Arztbesuche erforderlich machen. Wenn sich Paare vergeblich ein Kind wünschen stellt sich irgendwann die Frage, ob die betroffenen Paare alles auf die Hightech-Medizin setzen wollen, oder sich lieber komplementären Behandlungskonzepten anvertrauen. Manche Paare gehen auch nach dem Motto „doppelt hält besser“ und entscheiden sich für eine Kombination von Therapien aus beiden Systemen. Inzwischen fahren auch manche Kinderwunschkliniken und -praxen „zweigleisig“.

1.2.1 Begriffsbestimmungen komplementärer Therapien

Aufgrund der primär verfahrenszentrierten Orientierung und breiten Indikationsstellung, sind komplementäre Therapien „genuin“ interdisziplinär und berühren eine Vielfalt von Fachdisziplinen. Da es sich bei diesen Therapien um ein Feld höchst unterschiedlicher und qualitativ heterogener Systeme, Ansätze und Verfahren handelt, ist eine trennscharfe und konsensfähige Definition schwierig (Willich et al. 2004, Fontanarosa&Lundberg 1998). Die folgende Tabelle stellt die vorherrschende Begriffsvielfalt komplementärer Therapie- und Diagnoseverfahren dar.

Tabelle 1: Komplementäre Therapie- und Diagnoseverfahren (nach Marstedt&Moebus 2002)

Bezeichnungen
Alternative Medizin, alternative Heilmethoden
Außenseitermethoden/-medizin, nicht etablierte Medizin, Paramedizin
Besondere Therapierichtungen
Erfahrungsheilkunde, Erfahrungsmedizin
Ganzheitsmedizin, holistische Medizin
Komplementärmedizin, Komplementär- und Alternativmedizin (engl.: "CAM")
Naturheilverfahren, (klassische) Naturheilkunde, naturgemäße Heilweisen
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)
Nicht anerkannte Behandlungsmethoden
Sanfte Medizin, grüne Medizin, biologische Medizin
Scharlatanerie, Quacksalberei
Unkonventionelle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (UUB), Unkonventionelle Medizinische Richtungen (UMR)
Volksmedizin, traditionelle Medizin, Ethnomedizin

Zunehmend scheinen sich in der internationalen Diskussion die Termini „Komplementärmedizin“ (engl.: „complementary medicine“) oder „Komplementär- und Alternativmedizin“ (engl.: „Complementary and Alternative Medicine“ = CAM) als Überbegriffe für unkonventionelle Verfahren durchzusetzen. Im angloamerikanischen Bereich ist die Bezeichnung der „CAM“ am weitesten verbreitet (Ernst&Fugh-Berman 2002). In Deutschland werden viele Begriffe wie unkonventionelle, naturheilkundliche, alternativmedizinische und komplementäre Verfahren häufig nebeneinander verwendet. Ein Konsens hinsichtlich einer einheitlichen Begriffsanwendung steht bislang noch aus.

In der vorliegenden Arbeit wurde die Bezeichnung „Komplementärmedizin“ als Oberbegriff für unkonventionelle Verfahren verwendet, da dieser Terminus dem allgemeinen deutschen Sprachgebrauch am ehesten entspricht.

1.2.2 Das Spektrum komplementärer Therapien

Die Systematik zur eindeutigen Definition und Abgrenzung der verschiedenen Untergebiete und Methoden der Komplementärmedizin ist so uneinheitlich wie deren Oberbegriffe. Es gibt über 150 verschiedene Behandlungsmöglichkeiten sowie eine Bandbreite an diagnostischen Verfahren (Ernst 2005). Eine wissenschaftlich fundierte Systematik der Vielzahl komplementärer Methoden steht in Deutschland bislang noch aus. Es soll hier auf eine umfangreiche Auflistung von Gerhard (1993) verwiesen werden, die den Verhältnissen in der

gynäkologischen Praxis am ehesten Rechnung trägt, ohne dabei Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Tabelle 2: Therapeutische Möglichkeiten der Komplementärmedizin und verwandter Methoden (nach Gerhard 1993)

A. Aktive Beteiligung der Patientin:
1. Ernährung
2. Bewegung
3. Psychische Stabilisierung (Atemtherapie, Entspannungstechnik, Gestalt-, Kunst-, Musiktherapie, Familien- und Gesprächstherapie)
4. 2. und 3.: Yoga, Shiatsu, Qigong, TaiChi
5. Vermeidung schädigender Faktoren
6. Ordnung des sozialen Umfeldes
B. Physikalische Therapie:
1. Physiotherapie (Bäder, Massagen, Wickel)
2. Bestrahlungen (Magnetfelder, Laser)
3. Farbtherapie/ Lichttherapie
4. Neurotransmitter
5. Akupunktur (Ohr, Körper, Schädel)
6. Neuraltherapie
7. (Fuß-)Reflexzonenmassage
8. Ozon/Sauerstofftherapie
9. Bioresonanztherapie
10. Chirotherapie
11. Kraniosakraltherapie
12. Fiebertherapie
13. Colon-Hydrotherapie
C. Medikamentöse Therapie:
1. Phytotherapie (Deutsch, Chinesisch, Indisch)
2. Orthomolekulare Therapie
3. Mikrobiologische Therapie
4. Enzymtherapie
5. Chelattherapie
6. Organotherapie (Interferon, Xenogene, Peptide, Thymusextrakt)
7. Humoraltherapie (Ascher), Schröpfen, Eigenbluttherapie etc.
8. Autohomologe Immuntherapie
9. Homöopathie
10. Bachblüten, Aromatherapie

1.2.3 Historischer Hintergrund und Merkmale der Komplementärmedizin

Sozialgeschichtlich betrachtet ist die Komplementärmedizin seit den 80er Jahren eine neue Erscheinungsform der medizinischen Reform- und Erneuerungsbewegungen, die seit dem Ende des 18. Jh. den Aufstieg der naturwissenschaftlichen Medizin begleitet. Was wie eine modische Zeiterscheinung aussieht hat zahlreiche historische Wurzeln, die bis weit in die Medizingeschichte zurückreichen. Komplementäre Heilverfahren zeichnen sich für die Patienten durch eine Vielzahl von Merkmalen aus, die in der folgenden Tabelle dargestellt wurden.

Tabelle 3: Merkmale komplementärer Heilverfahren aus Sicht der Patienten (nach Heide 2006)

Merkmale komplementärer Heilverfahren aus Sicht der Patienten
• emotionaler/ magischer Appell
• natürlich/ biologisch/ ganzheitlich
• „sanfte Medizin“
• „Erfahrungsheilkunde“
• Glaube an „natürliche Kräfte“
• ohne Nebenwirkungen

Im Medizinbetrieb fühlen sich Patienten häufig unpersönlich behandelt und sehen sich in der Anonymität technischer Untersuchungen untergehen. Ein komplementärmedizinisches Konzept bezieht sowohl die Seele als auch den Körper mit in die Therapie ein. Verständnis und Einsicht in die Zusammenhänge um Krankheit und Heilung geben den Patienten die verloren gegangene Sicherheit zurück; Heilungsprozesse werden gefördert und die Patientensouveränität gestärkt (Muora et al. 2002), damit ein Lernen an und mit den Erkrankungen stattfinden kann (Willich et al. 2004).

Veränderungen in der Lebensweise und -haltung können dazu beitragen, die dem Menschen innewohnenden Gesundungs- und Harmonisierungsenergien zu aktivieren (Derbolowsky 1997). Eine komplementärmedizinische Therapie kann den Patienten nach einer Grundsanierung seines Regulationssystems durch Übernahme von Verantwortung („empowerment“) und Änderung des Lebensstils („lifestyle therapy“) zu einer Verbesserung seines Gesundheitszustandes verhelfen (Beck 2000) und ihm die „Lebenskraft“ zurückgeben (Teut 2001).

1.2.4 Untersuchungen zu komplementären Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch

Die Komplementärmedizin setzt sich in der Frauenheilkunde aus den Teilgebieten der Krankheitsprävention und Therapie zusammen (Gerhard 1993). Das Indikationsspektrum von komplementären Verfahren umfasst sowohl funktionelle Störungen als auch chronische Erkrankungen (Becker-Witt et al. 2004, Gerhard 1993). Auch die hormonell bedingte weibliche Sterilität, idiopathische Sterilität und die Sterilität bei Endometriose gehören zu den großen Anwendungsgebieten (Gerhard 1997). Immer mehr Kliniken bevorzugen eine komplementäre Behandlungsweise in der Kinderwunschbehandlung. In Deutschland ist dies unter anderem die im Dezember 1993 eröffnete erste Ambulanz für Naturheilverfahren am Universitäts-Frauenklinikum in Heidelberg, gefördert durch die Karl und Veronica Carstens-Stiftung. In dieser Ambulanz werden jährlich an die 1000 Patienten mit Beschwerden wie

Hormonstörungen, Unfruchtbarkeit, Zyklusbeschwerden und Myomen sehr erfolgreich mit natürlichen Mitteln behandelt.

In den vergangenen Jahren wurden zahlreiche komplementäre Therapien wissenschaftlich auf ihre Wertigkeit hin untersucht (Gerhard 2002a). Es existieren viele Arbeiten, die sich mit der Bedeutung und dem Umfang komplementärer Therapien in Geburtshilfe und Frauenheilkunde befassen (Dooley 2006, Ernst 2003, Wiesenauer 2000, Chez&Jonas 1997). Auch in der komplementärmedizinischen Literatur findet man eine Bandbreite an speziell auf die Bedürfnisse der Frau ausgerichteter Werke, in denen gesondert die Behandlung der Sterilität thematisiert wird (Lohman 2005, Nissim 2003, Laue 2005, Knoepfel 2004, Beer&Goecke 1999, Minker 1995). In Zusammenhang mit der Thematik des unerfüllten Kinderwunsches ist in den vergangenen Jahren über die Wirksamkeit der folgenden Therapien diskutiert worden: Ernährungstherapie und Entgiftung (Madejsky 2004, Wong et al. 2002, Sinclair 2000, Gerhard 1997a), Balneotherapie (Beer 2002, Beer&Goecke 2000), Physiotherapie (Beer 2000), Entspannungstechniken wie Yoga und Meditation (Khalsa 2003), Enzymtherapie, Ayurveda (König 2003), Vit. C Substitution (Henmi et al. 2003), L-Arginin (Battaglia et al. 2002), Akupressur, Aromatherapie, Atemtherapie, Chroniotherapie, Farbtherapie, Kälte- und Wärmetherapie, Lichttherapie, Massagen, Bewegungslehre (Kinesiologie), Psychosomatische Hilfe, Rituale mit Heilwirkung, Hypnose (Levitas et al. 2006), Visualisieren, Bach-Blüten-Therapie und Neuraltherapie (Dittmar et al. 2003).

Die Wirksamkeit der Homöopathie, als Behandlungsmöglichkeit bei weiblicher und männlicher Sterilität, konnte bereits in wissenschaftlichen Studien bestätigt werden (Keller&Gerhard 1993, Gerhard&Wallis 2002). Auch bei phytotherapeutischen Präparaten (Wuttke 2000, Köhn&Schill2000) und Akupunktur Anwendungen (Gerhard&Postneek 1992, Xueying 1984) konnten erfolversprechende Effekte auf die Fertilität dokumentiert werden. Die übrigen komplementärmedizinischen Methoden entbehren bislang jeglicher wissenschaftlicher Nachprüfbarkeit und sind zum Großteil überlieferte Methoden aus dem Bereich der Erfahrungsmedizin. Eine exakte Darstellung der Heilverfahren würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

1.3 Datenlage zur Inanspruchnahme der Komplementärmedizin

In vielen Industriegesellschaften ist eine Zunahme der Patientennachfrage nach komplementärmedizinischen Angeboten zu beobachten. Die Inanspruchnahme der Komplementärmedizin stieg bei Amerikanern von 1990-1997 von 34% auf 42% (Eisenberg et al. 1998), in Australien liegt die Zahl bei ca. 52% (MacLennan et al. 2002), in den Niederlanden bei 20% (Fischer&Ward 1994), in Schweden bei 17% (Al-Windi 2004) und in

Italien bei 16% (Menniti-Ippolito et al. 2002). Neuere amerikanische Daten von 2002 belegen, dass mittlerweile ca. 75% der Gesamtbevölkerung Komplementärmedizin in Anspruch nehmen (Barnes et al. 2004).

Für Deutschland liegen nur wenige zuverlässige Daten vor, allerdings dürften die prozentualen Angaben der Inanspruchnahme komplementärer Therapien in etwa der Prävalenz in Deutschland entsprechen (Häußermann 1997). Allgemein geht man davon aus, dass knapp drei Viertel aller Deutschen Erfahrungen mit komplementärmedizinischen Verfahren haben (Marstedt&Moebus 2002). Laut einer Umfrage des IfD (2002) in Allensbach zählten im Jahr 1970 52% der Bevölkerung in den alten Bundesländern zu den Anwendern komplementärer Verfahren – im Jahr 2002 lag die Zahl bei bereits 73% (im Westen) und 64% (im Osten). In einer in Deutschland durchgeführten Untersuchung zur Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Verfahren wurde von einem Wert von 62% berichtet (Härtel&Volger 2004).

Die Zahl der Ärzte, die komplementäre Untersuchungs- und Heilmethoden in ihrer Praxis einsetzen, ist im letzten Jahrzehnt ebenso angestiegen wie die Inanspruchnahme durch die Patienten selbst. Eine repräsentative Umfrage kam zu dem Ergebnis, dass 70% der Klinikärzte und 93% der Allgemeinmediziner ihren Patienten komplementäre Therapien empfehlen (Perkin et al. 1994). Aktuelle Untersuchungen zeigen einen anhaltenden Bedarf an effizient ausgebildeten Naturheilärzten in Deutschland (Marstedt&Moebus 2002). 61% medizinischer Hochschulleiter und Klinikdirektoren sprechen sich für die Integration von Komplementärmedizin in Forschung, Lehre (59%) und Patientenversorgung (58%) an medizinischen Hochschulen aus (Brinkhaus et al. 2005, Lüdtkke et al. 2001). Im Widerspruch dazu steht allerdings, dass dieser Trend bislang nur vereinzelt in die Praxis umgesetzt wurde (Owen et al. 2001). Seit 1993 gehören in Deutschland komplementäre Verfahren, wie z.B. die Homöopathie, als schriftliches Prüfungsfach zur ärztlichen Ausbildung und seit der neuen Ärztlichen Approbationsordnung sind sie Teil eines verpflichtenden Curriculums (Jobst&Niebling 2005, Jobst&Musselmann 2003).

Auch die WHO (2002-2005) befasst sich mit dem Trend in Richtung komplementäre Therapien. Es wurde ein Plan aufgestellt, um den Umgang mit der Komplementärmedizin sicherer, effektiver und qualitativ einheitlicher zu gestalten. In einem Bericht des RKI in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt gaben ein Großteil der Bevölkerung (47%) und mehr als die Hälfte der Verwender von Naturheilmitteln (54%) an, dass Naturheilmittel in 50 Jahren noch häufiger als heute in Anspruch genommen werden (Marstedt&Moebus 2002).

1.4 Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Therapien

Mit der Frage nach den Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Therapien hat man sich in praktisch allen industrialisierten Ländern englischer Sprache und auch im deutschsprachigen Raum auseinandergesetzt. Die Ergebnisse weisen auf ein spezielles „Nutzerprofil“ hin. Vor allem Frauen und Personen im mittleren Lebensalter mit einer höheren Schulbildung konnten als die typischen Nutzer komplementärer Therapien ermittelt werden (Sternberg et al. 2003, Mitzdorf et al. 1999, Astin 1998). Außerdem zeigte sich, dass sozial-statistische Aspekte sowie Lebensstil, Gesundheitsverhalten, die Krankheitsvorgeschichte und die Erfahrungen mit der Schul- und Komplementärmedizin einen Einfluss auf die Inanspruchnahme komplementärer Therapien ausüben (Kranz&Rosenmund 1998, Siapush 1999, Gießler et al. 2005, Kersnik 2000, Härtel&Volger 2004, Kindermann 1997). Sozialwissenschaftliche Forschungsbemühungen fokussieren deshalb vor allem auf soziodemographische und epidemiologische Merkmale von Patienten, die komplementäre Verfahren in Anspruch nehmen.

Im medizinischen Alltag ist die Betroffenheit von chronischer Erkrankung und der ausbleibende oder als subjektiv unzureichend empfundene Heilerfolg schulmedizinischer Therapien ein entscheidender Faktor sich komplementären Therapien zuzuwenden. Über 50% chronisch Kranker haben bereits komplementäre Behandlungen durchführen lassen (Marstedt&Moebus 2002).

Bei hormonellen Sterilitätsursachen werden in der Schulmedizin häufig Hormontherapien verordnet, die mit zahlreichen Risiken und Nebenwirkungen in Verbindung stehen; Mehrlingsschwangerschaften, Ovarialzysten und Überstimulierungen sind die Folge. Wegen dieser negativen Faktoren konsultieren Frauen immer öfter ihren Arzt mit dem Wunsch, bei Hormon- und Fertilitätsproblemen auch komplementäre Methoden anzuwenden. In einer Umfrage von Bansmann (2000) mit 160 Patientinnen einer gynäkologischen Praxis wünschten sich 95% einen Mehreinsatz von pflanzlichen Präparaten; 71% würden Phytotherapeutika als Medikament der ersten Wahl bei Dysmenorrhöen, Zyklusstörungen und Wechseljahrsbeschwerden einsetzen; 65% der Befragten waren der Ansicht, dass pflanzliche Präparate mit weniger Nebenwirkungen verbunden sind. In einer Fragebogenstudie von Ostermann (2002) zum „Stand der Anwendung klassischer Naturheilverfahren und komplementär-medizinischer Methoden in bundesdeutschen gynäkologisch-geburtshilflichen Einrichtungen“ zeigte sich ein Überwiegen der Akupunktur (94,1%) und Homöopathie (83,0%). In der Bevölkerung ist eine deutliche Entwicklung hin zur Kombination von Alternativ- und Komplementärmedizin zu verzeichnen. Nur 4% aller Deutschen, die Naturheilmittel anwenden, trauen einer rein schulmedizinischen Behandlung (IfD 2002).

1.5 Ziel der Arbeit

In Deutschland ist die Datenlage hinsichtlich des Ausmaßes der Anwendung der Komplementärmedizin und die damit in Beziehung stehende Einstellung und Charakteristika von Nutzern lückenhaft. Speziell Paare mit unerfülltem Kinderwunsch wurden bzgl. der Anwendung komplementärer Therapien in Deutschland bislang nicht zum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

Vor diesem Hintergrund fehlender Daten auf dem Gebiet der Fertilitätsstörungen und dem Stellenwert komplementärmedizinischer Therapien war das Ziel dieser Arbeit die Untersuchung eines großen Kollektivs ungewollt kinderloser Paare. Die detaillierte Analyse des Stellenwertes komplementärer Therapien beinhaltete die Erfassung von Determinanten der Inanspruchnahme sowie der Kenntnisse, Erfahrungen und Einstellungen der kinderlosen Paare hinsichtlich der Komplementärmedizin. Von den wenigen bislang publizierten Arbeiten über Paare mit unerfülltem Kinderwunsch und komplementären Therapien unterscheidet sich die hier vorliegende Arbeit in ihrem breit gefächerten Fragenspektrum zur Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie.

2 Fragestellungen

Angesichts der unvollständigen Datenlage auf dem Gebiet der Fertilitätsstörungen und dem Stellenwert komplementärmedizinischer Therapien sollten mit Hilfe eines Fragebogens zur „Untersuchung komplementärer Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch“ folgende Fragestellungen evaluiert werden:

1. Heutzutage werden in vielen medizinischen Fachgebieten komplementäre Therapieoptionen etabliert und von den Patienten immer stärker in der Behandlung gefordert. In welchem Umfang haben Paare mit unerfülltem Kinderwunsch bereits „Erfahrungen“ mit komplementären Therapien sammeln können? Die Analyse der Faktoren „Kenntnis“, „Inanspruchnahme“, „Informationsquellen“, „Vorbehalte“, „Wirksamkeitseinschätzung“ sowie die „Wahl des Therapeuten“ stehen dabei im Mittelpunkt des Interesses.
2. Wie kann die „Wertschätzung“ der Paare hinsichtlich der komplementären Therapien Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie beurteilt werden? Lassen sich Unterschiede oder Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern bzw. den drei komplementären Therapien in den Skalen ausfindig machen?
3. Ergebnisse früherer Untersuchungen deuten darauf hin, dass vor allem Frauen, Personen im mittleren Lebensalter und Personen mit einer höheren Schulbildung als typische Nutzer komplementärer Therapien zu bezeichnen sind. Kann die Befragung der Zielgruppe „Paare mit unerfülltem Kinderwunsch“ diesen allgemeinen Trend bestätigen? Können abweichende bzw. zusätzliche Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Therapien in den Skalen ausfindig gemacht werden, die den „typischen Nutzer“ charakterisieren?

3 Patientenkollektiv und Methoden

Studiendesign

Mit Hilfe eines Fragebogeninstrumentes wurde eine Untersuchung zu komplementären Behandlungsmöglichkeiten bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch durchgeführt. Der Weg zur Erfassung der Daten beinhaltete folgende Schritte: die Entwicklung eines Fragebogens, Verteilung der Bögen an die Paare sowie die statistische Auswertung der Bögen.

3.1 Entwicklung des Fragebogens

3.1.1 Fragensammlung

Zur Formulierung der Fragen wurde zunächst die entsprechende Fachliteratur ausgewertet. Der entwickelte Fragenpool wurde mit Mitarbeitern der Universitäts-Frauenklinik in Gießen diskutiert und abgeglichen. Unrelevante und nicht passende Fragen wurden eliminiert, so dass sich die Anzahl an Fragen auf 17 Fragestellungen reduzierte, welche noch zusätzliche Teilfragen umfassten.

3.1.2 Bewertungsdimensionen

In den Fragebogen wurden verschiedene Antwortschemata integriert. Neben freitextlichen Fragen, Fragen, die mit Ja/Nein zu beantworten waren und Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien, die der Befragte mit einem Kreuz versehen sollte, wurden Likert-Skalen zur Messung von persönlichen Einstellungen konstruiert. Die unterschiedlichen Kategorien bildeten den Grad der Zustimmung der befragten Person. Die möglichen Antworten wurden in der Likert-Skala aufsteigend angeordnet. Den rangskalierten Antworten wurden natürliche Zahlen zugeteilt. Eine Aussage und die auf der Antwortskala gewählte Zahl stellten somit einen Indikator (Item) für die Einstellung dar. Ziel war es, eine konsistente und trennscharfe Finalsкала zu bilden, mit der ein möglichst valides Ergebnis zur untersuchten Fragestellung erzielt werden konnte.

3.1.3 Der Fragebogen

Der an die Paare ausgeteilte Fragebogen (siehe Anhang) setzte sich aus zwei Teilen zusammen. Der erste Abschnitt sollte von den Frauen ausgefüllt werden und umfasste 17 Fragestellungen und der zweite Abschnitt richtete sich an den jeweiligen Partner und gliederte sich in 16 Fragestellungen - mit jeweils einer unterschiedlichen Anzahl an Teilfragen. Die Fragebogenabschnitte für die Frauen und Männer waren fast identisch. Die Frauen wurden

zusätzlich zum Umgang mit Kontrazeptiva sowie zu vorausgegangenen Schwangerschaften befragt.

Die Fragen wurden folgenden fünf Hauptkategorien zugeordnet:

1. **Patientenkollektiv:** hier wurden Studienteilnahme, Erhebungsort und soziodemographische Charakteristika abgefragt
2. **Gesundheitsbewusstsein:** dieser Abschnitt beinhaltete Fragen zu Lebensgewohnheiten, BMI und dem Umgang mit Kontrazeptiva
3. **Krankheitsvorgeschichte:** dieser Teil umfasste Fragen zu vorausgegangenen Schwangerschaften sowie zur Dauer, Behandlungsmethoden und Ätiologie des Kinderwunsches
4. **„Wertschätzung“ der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie:** hierzu zählte die „Bereitschaft der Inanspruchnahme der drei Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch“, „Kenntnis bzgl. der drei Therapien als Option bei unerfülltem Kinderwunsch“ sowie „Nebenwirkungen“ und „Wirksamkeitseinschätzung“ bzgl. der drei komplementären Therapien
5. **„Erfahrungen“ mit komplementären Therapien:** zu dieser Kategorie gehörten Fragestellungen bzgl. der „Kenntnis“, „Determinanten der Inanspruchnahme“, „Informationsquellen“, „Vorbehalte“, „Wirksamkeitseinschätzung“ und der „Wahl des Therapeuten“

3.2 Verteilung der Fragebögen

3.2.1 Vorgehen bei der Befragung

Zu Beginn des Fragebogens wurde eine kurze Instruktion zur Bearbeitung der Fragen formuliert, die das eigenständige Bearbeiten durch die Paare sicherstellte. Die Teilnahme war freiwillig und die Anonymität wurde durch die Verschlüsselung in Zahlen bei der Dateneingabe gewährleistet. Die Paare nahmen den Fragebogen mit nach Hause und konnten ihn im Rahmen der nächsten Untersuchung bei dem behandelnden Arzt abgeben.

3.2.2 Patientenkollektiv

Das Patientenkollektiv setzte sich aus Frauen und ihren Partnern zusammen, die in der IVF-Ambulanz der Universitäts-Frauenklinik in Gießen, im IVF-Zentrum in Ulm und in der Kinderwunschpraxis in Rottenburg wegen ihres unerfüllten Kinderwunsches in Behandlung waren.

3.2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Untersuchung war das Vorliegen eines unerfüllten Kinderwunsches. Ausgeschlossen von der Befragung wurden lediglich Paare, die der deutschen Sprache nicht mächtig waren. Die Einstellung zu komplementären Therapien, die Dauer des Kinderwunsches oder bereits vorausgegangene Schwangerschaften hatten keinen Einfluss auf die Teilnahme an der Befragung.

3.3 Statistik

3.3.1 Datenverarbeitung

Die Erfassung der aus den Fragebögen gewonnenen Daten sowie deren Analyse erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS für Windows in der Version 11. Zur Textverarbeitung wurde Microsoft Word verwendet.

3.3.2 Statistische Verfahren

3.3.2.1 Statistische Tests

Aus der durchgeführten Befragung von Paaren resultierten zwei paarige (abhängige, verbundene) Stichproben, bei denen die folgenden statistischen Auswertungsmethoden zur Anwendung kamen:

1. T-Test für paarige Stichproben: Der T-Test setzt theoretisch normalverteilte Grundgesamtheiten voraus. Er wird auch als parametrischer Test bezeichnet, da bei bekannter Verteilung der Zufallsvariablen nur noch bestimmte Parameter überprüft werden. Im Fall von normalverteilten Variablen wurde mit dem T-Test für paarige Stichproben überprüft, ob sich die Mittelwerte von Frauen und Männern unterscheiden. Von zwei Stichproben von Messwertpaaren (x_i, y_i) wurde von den Messwerten der Paare ausgegangen, die aus Grundgesamtheiten mit den Erwartungswerten μ_1 und μ_2 mit gleichen Varianzen stammten. Die Differenzen $d_i = x_i - y_i$ waren dann auch normalverteilt. Die Nullhypothese $H_0 : \mu_1 = \mu_2$ wurde gegen die Alternativhypothese $H_1 : \mu_1 \neq \mu_2$ geprüft. Man entschied sich für die Alternativhypothese H_1 , wenn die Prüfgröße so groß war, dass der zugehörige p-Wert $<0,05$ war.

2. Wilcoxon-Test: Dieser Test gehört zu den Rangsummentests und wurde im Fall von ordinalskalierten Variablen zur Überprüfung von Medianen und Mittelwerten bei Frauen und Männern benutzt. Es handelt sich um einen verteilungsfreien, nicht-parametrischen Test, der anstelle der Beobachtungen Rangzahlen enthält.

3. Mc Nemar Test: Dieser Tests gehört zur Gruppe der χ^2 -Tests und dient der Analyse von Häufigkeitsunterschieden bzgl. der Ausprägungen eines oder mehrerer Merkmale. Im Fall dichotomer Variablen, also bei Fragen, die mit „Ja“ oder „nein“ zu beantworten waren, wurde bei zwei verbundenen Stichproben dieser Test angewandt. Mit ihm wurde getestet, ob Frauen und Männer bei den entsprechenden Fragen unterschiedlich oft mit „ja“ geantwortet haben. Die statistische Signifikanz wurde für eine Irrtumswahrscheinlichkeit $\alpha = 0,05$ festgelegt. Dem explorativen Charakter der Untersuchung entsprechend wurde keine α -Korrektur für multiples Testen durchgeführt. Die p-Werte wurden nominal angegeben.

3.3.2.2 Methoden zum Nachweis eines Zusammenhanges

Neben der einzelnen Beschreibung der Merkmale wurden zusätzlich Techniken zum Nachweis eines Zusammenhanges der unterschiedlichen Merkmale in Anspruch genommen:

1. Korrelationskoeffizient (r) nach Spearman und nach Pearson: Zur Analyse des Ausmaßes des linearen Zusammenhanges zwischen zwei Variablen wurde der Korrelationskoeffizient berechnet. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman wurde für ordinal und metrisch skalierte Werte bestimmt. Er ist auch dann angemessen, wenn keine Normalverteilung vorliegt. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson setzt hingegen normalverteilte Daten voraus.

Der Korrelationskoeffizient, unabhängig von der Berechnungsmethode, ist eine dimensionslose Größe, die Werte zwischen -1 und $+1$ annehmen kann. Die Werte 1 und -1 zeigen einen perfekten Zusammenhang zwischen den in die Berechnung einbezogenen Variablen. Ein positiver Korrelationskoeffizient bedeutet ein Einhergehen von hohen Werten bei Frauen mit hohen Werten bei Männern. Ein gegenläufiger Zusammenhang, das heißt hohe Werte der einen Variablen gehen mit niedrigen Werten der anderen Variablen einher, wird durch einen negativen Korrelationskoeffizient ausgedrückt. Ein Korrelationskoeffizient nahe Null sagt aus, dass die Messwerte einen weniger ausgeprägten oder keinen Zusammenhang haben. Der p-Wert, der jeweils mit angegeben wurde, gibt die Wahrscheinlichkeit dafür an, einen Korrelationskoeffizienten wie den berechneten zu finden, wenn kein Zusammenhang zwischen den Variablen besteht. Wie üblich deutet ein p-Wert $< 0,05$ einen signifikanten Zusammenhang zwischen den zwei betreffenden Variablen an. Die signifikanten Korrelationen wurden mit „*“ gekennzeichnet.

2. Kappa-Koeffizient (K) nach Cohen: Als gebräuchlichstes Maß zur Beschreibung einer Urteilübereinstimmung im Fall dichotomer Variablen wurde Cohens Kappa verwendet. Mit diesem Koeffizienten kann abgeschätzt werden, inwieweit zwei Beobachter bzgl. ihrer

subjektiven Urteile übereinstimmen. Der Wert von Cohens Kappa gibt z.B. das Ausmaß an, in dem die Paare „ja/nein- Fragen“ gleichlautend beantworten.

Die Einschätzung der beiden Rater lässt sich durch die folgende Vierfeldertafel darstellen:

Frau	Mann	
	Ja	Nein
Ja	a	b
Nein	c	d

Dabei ist a die Anzahl der Paare, bei denen beide Partner die Frage mit „ja“ beantwortet haben; d die Anzahl der Paare, bei denen beide Partner die Frage mit „nein“ beantwortet haben; a und d sind die Paare mit voneinander abweichenden Antworten. Kappa berechnet den Anteil an Übereinstimmungen, der über die rein zufällig zu erwartenden Übereinstimmungen hinausgeht.

$K = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e}$, wobei p_o der beobachtete Anteil der Übereinstimmung ist und p_e der erwartete Anteil. Kappa lässt sich für eine 4-Felder-Tafel mit den Zellenhäufigkeiten a, b, c, d darstellen als $K = \frac{2(a * d - b * c)}{n_{1.} * n_{.0} + n_{0.} * n_{.1}}$. Dabei sind $n_{1.}=a+b$, $n_{0.}=c+d$, $n_{.1}=a+c$ und $n_{.0}=b+d$ die Randhäufigkeiten. Kappa kann Werte zwischen -1 und 1 annehmen. Werte zwischen -1 und 0 entsprechen keiner Übereinstimmung und Werte zwischen 0,81 und 1 werden als fast perfekte Übereinstimmung angesehen.

Tabelle 4: Einteilung der Kappa-Werte (nach Landis&Koch 1977)

Kappa-Werte	Beurteilung
< 0,00	schlecht (poor)
0,00-0,20	gering (slight)
0,21-0,40	ausreichend (fair)
0,41-0,60	moderat (moderate)
0,61-0,80	substantiell (substantial)
0,81-1,00	fast perfekt (almost perfect)

3.3.2.3 Faktoranalyse

Die Faktoranalyse (Backhaus et al. 2000, Bühl 2006), als multivariate Auswertungsmethode, diente in der vorliegenden Arbeit zwei Zielen: Zum einen wurden Daten reduziert und zum anderen wurde geprüft, ob Zusammenhänge zwischen Items auf „Faktoren“ zurückzuführen sind. Einen Faktor kann man sich hierbei als „besten Repräsentanten“ einer Variablen-Gruppe

vorstellen. Das Ergebnis der Faktoranalyse sind wenige voneinander unabhängige Faktoren, die den Zusammenhang zwischen Variablen besser überschaubar und interpretierbar machen. In Matrixschreibweise lässt sich das Modell darstellen als $X=F*A$, wobei X eine ($n*q$) Matrix ist mit den q Antworten der n Befragten zu einem Fragebogen, F die Matrix der Faktorwerte und A die Matrix der Faktorladungen. Komponentenweise lautet das Modell: $X_{mi} = f_{m1}a_{i1} + f_{m2}a_{i2} + f_{mq}a_{iq}$.

Als Faktorladung werden die Korrelationskoeffizienten zwischen den Items und den Faktoren bezeichnet. An ihnen lässt sich ablesen, wie eng ein Item mit einem Faktor zusammenhängt. Die Datenreduktion besteht darin, dass die Antworten der Befragten zu einem Fragenkomplex durch die Faktorwerte der wichtigsten Faktoren - im günstigsten Fall durch nur einen Faktor - ersetzt werden. Um eine eindeutigere Zuordnung zu den ermittelten Faktoren zu erreichen, wurde eine orthogonale Rotationstechnik nach Varimax angewandt. Dabei handelt es sich um ein mathematisches Verfahren, das die Anzahl der Variablen mit hoher Faktorladung minimiert und die Interpretierbarkeit der Faktoren erleichtert. Eine Faktorladung entspricht der Korrelation zwischen einer Variablen mit einem Faktor.

Die Faktoranalyse wurde in dieser Arbeit verwendet, um die Korrelationsstruktur der Items zu dem Themenkomplex „Kenntnis und Wertschätzung“ komplementärer Verfahren zu untersuchen und zu wenigen Faktoren zusammenzufassen. Die resultierenden Faktorwerte wurden dann in Varianz- und Korrelationsanalysen miteinander und mit anderen Charakteristika der Befragten in Beziehung gesetzt.

3.3.2.4 Multiple Regression

Bei der multiplen Regression (Backhaus et al. 2002a, Sachs 2004) geht man davon aus, dass eine quantitative abhängige Variable von mehreren unabhängigen Variablen – auch Prädiktoren oder Einflussvariablen genannt – erklärt wird. Die Prädiktorvariablen können quantitativ, ordinal oder nominal sein. Damit kann ein Modell für die Zusammensetzung des erwarteten Wertes der abhängigen Variablen aus den Einflussvariablen formuliert werden:

$Y = c_1X_1 + c_2X_2 + \dots + c_pX_p$ (Y = abhängige Variable; X_1, X_2, \dots, X_p = einzelne Einflussfaktoren; c_1, c_2, \dots, c_p = Regressionskoeffizienten). Die Regressionskoeffizienten werden geschätzt und geben den Einfluss der zugehörigen Variablen X auf Y an. Mit der linearen Regression werden die Regressionskoeffizienten der linearen Gleichung unter Einbeziehung einer oder mehrerer unabhängiger Variablen geschätzt, die den Wert der abhängigen Variablen am besten voraussagen. Ein Regressionskoeffizient gibt den linearen Einfluss einer unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable an.

Mit der Methode der multiplen Regression, die eine Verallgemeinerung der einfachen linearen Regression darstellt, kann simultan der Einfluss mehrerer Faktoren auf die abhängige Variable bestimmt werden. Sie wurde in der vorliegenden Arbeit verwendet, um den gemeinsamen Einfluss von Gesundheitsverhalten, Geschlecht, Bildung und Alter auf die aus der Faktoranalyse resultierenden Faktorwerte zu analysieren.

3.3.3 Graphische Darstellungen

In der vorliegenden Arbeit wurden unterschiedliche graphische Darstellungen genutzt.

Kreis- und Balkendiagrammen wurden zur Darstellung von absoluten Häufigkeiten und prozentualen Verteilungen eingesetzt.

Zur Demonstration von Verteilungen, besonders gebräuchlich bei nicht-normalverteilten Stichproben, wurden Boxplots verwendet. In ihnen wurden insbesondere Symmetrien bzw. Asymmetrien in der Verteilung hervorgehoben. In der Standardform für Box-Plots repräsentiert der Querstrich in der Mitte der Box den Median. Die Box wird begrenzt durch die 25% und 75% Quartile. Ausreißer wurden gesondert abgebildet. Die meisten Häufigkeitsverteilungen besitzen eine hohe Dichte von Werten in der Mitte und streuen mehr oder weniger in ihren Randbereichen. In der Praxis benötigt man daher zumeist eine Darstellung die zeigt, wo das Zentrum einer Verteilung liegt und wie weit links und rechts dieses Zentrums sich ein Hauptteil der Daten verteilt bzw. streut. Häufig beinhaltet eine empirische Verteilung so genannte Ausreißer, das heisst Werte, die so hoch oder so niedrig liegen, dass die Benutzung von Minimum und Maximum, die dann auch gleich Ausreißer sind, das Gesamtbild verfälschen.

Bei zwei quantitativen Merkmalen wurden Streudiagramme erstellt, in die die Regressionsgerade zur Verdeutlichung des linearen Zusammenhangs eingezeichnet wurde.

4 Ergebnisse

4.1 Das Patientenkollektiv

4.1.1 Studienteilnahme und Erhebungsort

Die Verteilung der Fragebögen zur „Untersuchung zu komplementären Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch“ wurde im Zeitraum von November 2005 bis November 2006 durchgeführt. An der „Fragebogenaktion“ beteiligten sich die Universitäts-Frauenklinik in Gießen, das IVF-Zentrum in Ulm und die Kinderwunschpraxis in Rottenburg. Alle bis November 2006 eingegangenen Fragebögen wurden statistisch ausgewertet. Von insgesamt 300 ausgeteilten Bögen wurden 225 Exemplare wieder abgegeben. Die Rücklaufquote belief sich dabei auf insgesamt 75,0%. Die meisten ausgewerteten Fragebögen stammen aus der Universitäts-Frauenklinik in Gießen (68,9%), gefolgt von der Kinderwunsch-Praxis in Rottenburg (22,2%) und dem IVF-Zentrum in Ulm (8,9%). Die anteiligen Zahlen der ausgegebenen und retournierten Fragebögen gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 5: ausgegebene und retournierte Fragebögen an den drei Erhebungsorten

Erhebungsort	ausgegebene Fragebögen (Häufigkeiten)	retournierte Fragebögen (Häufigkeiten)	Rücklaufquote (%)	ausgewertete Fragebögen (%)
Universitäts-Frauenklinik in Gießen	210	155	73,8	68,9
IVF-Zentrum in Ulm	40	20	50,0	8,9
Kinderwunsch-Praxis in Rottenburg	50	50	100,0	22,2
Gesamt	300	225	75,0	100,0

Die 225 retournierten Fragebögen enthielten jeweils einen Abschnitt für die Frauen und einen Abschnitt für die jeweiligen Partner. Insgesamt füllten 225 Frauen und 225 Männer den Fragebogen aus. Das Patientenkollektiv beläuft sich somit auf insgesamt 450 untersuchte Personen.

Die Abweichungen bei den Gesamtzahlen der befragten Personen - je ausgewertete Frage bzw. Antwortkategorie - sind dadurch bedingt, dass nicht jede Frage von allen 450 Personen beantwortet wurde; Missings zu Einzelfragen wurden in der statistischen Analyse nicht verwertet.

4.1.2 Soziodemographische Charakteristika

4.1.2.1 Alter

442 Personen (225 Frauen und 217 Männer) machten Angaben zur Frage nach ihrem Alter. Das Alter der Befragten reichte von 22 bis zu 56 Jahren ($M=35,30$; $SD=4,96$). Betrachtet man die Altersverteilung geschlechtsspezifisch, so lag das Alter der Frauen bei 22 bis 45 Jahren ($M=33,96$; $SD=4,29$). Die Männer waren 25 bis 56 Jahre alt ($M=36,69$; $SD=5,22$). Die männlichen Befragten waren also im Durchschnitt um drei Jahre älter als die Frauen. Um zu überprüfen, ob dieser Mittelwertsunterschied signifikant war, wurde ein T-Test für paarige Stichproben durchgeführt. Der T-Test wies einen signifikanten Altersunterschied nach ($p<0,0005$). Das Alter der Teilnehmer wurde zusätzlich in vier Alterskategorien unterteilt (20 bis 30-Jährige; 30 bis 40-Jährige; 40 bis 50-Jährige und 50 bis 60-Jährige). Ein Altersgipfel fand sich in der Klasse der 30 bis unter 40-Jährigen mit 175 Frauen und 148 Männern. Die Häufigkeitsverteilung in den unterschiedlichen Alterskategorien zeigt die folgende Abbildung.

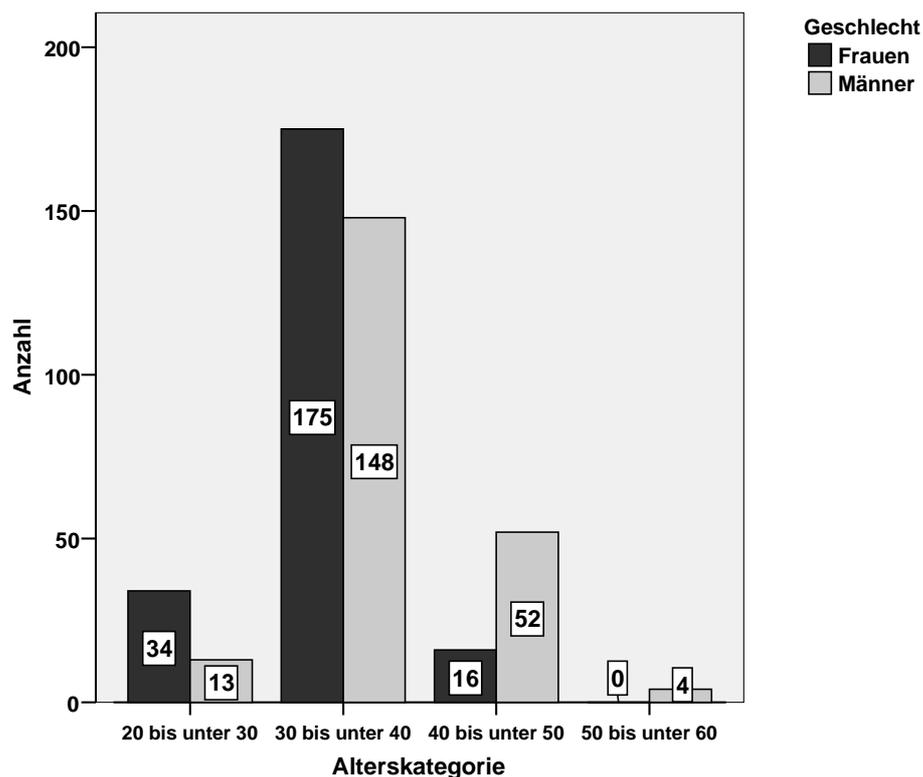


Abb. 1: Balkendiagramm „Alterskategorien“

Um den Zusammenhang bzgl. des Merkmals „Alter“ zu beschreiben, wurde die Korrelation bei den Paaren untersucht. Es ergab sich ein Pearsonscher Korrelationskoeffizient von $r=0,576$ ($p<0,0005$). Ein hohes Alter der Frau ging also mit einem hohen Alter des jeweiligen Partners einher und umgekehrt. Die in das nachfolgende Streudiagramm eingefügte

Regressionsgerade illustriert diesen gleichsinnigen Zusammenhang zwischen den Partnern (R-Quadrat linear = 0,332). Dabei repräsentiert jeder Punkt ein Ehepaar (oder bei völlig gleicher Alterskonstellation mehrere Paare). Auf der x-Achse ist das Alter der Frauen und auf der y-Achse das Alter der Männer aufgeführt.

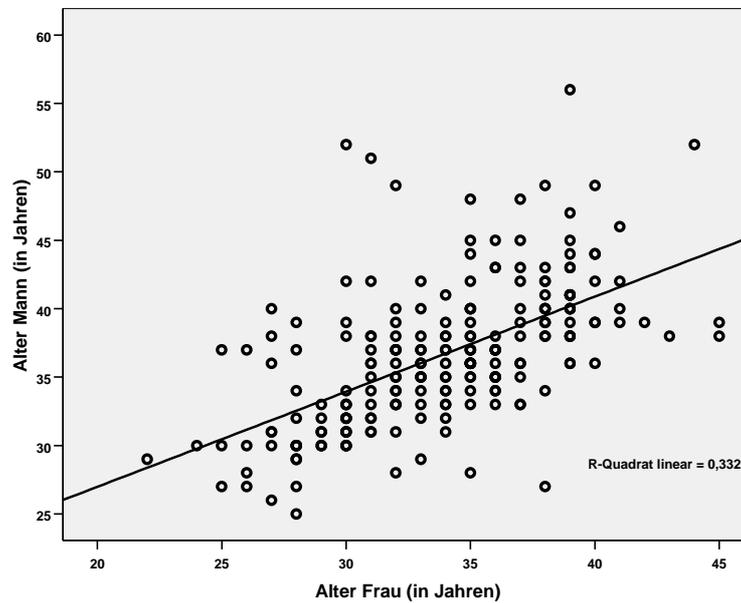


Abb. 2: Streudiagramm „Alter“

4.1.2.2 Schulabschluss

Bei der Frage nach der Schulbildung zeigte sich ein breit gefächertes Spektrum an Schulabschlüssen. Die Mehrzahl der Befragten (31,1%) absolvierte einen Realschulabschluss. Die anteiligen Zahlen gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung „Schulabschluss“

	Schulabschluss									
	kein Schulabschluss	Ab-schluss der Poly-technischen Ober-schule	Haupt-schul-/Volk-schulab-schluss	Real-schulab-schluss	Fach-hoch-schul-reife	Hoch-schul-reife/ Abitur	Berufs-ausbil-dung mit Abitur	Fach-hoch-schulab-schluss	Hoch-schulab-schluss	Pro-motion
Frauen	0 ,0%	1 ,4%	33 14,7%	81 36,2%	9 4,0%	18 8,0%	16 7,1%	16 7,1%	46 20,5%	4 1,8%
Männer	2 ,9%	0 ,0%	49 22,7%	56 25,9%	14 6,5%	13 6,0%	10 4,6%	39 18,1%	30 13,9%	3 1,4%
Gesamt	2 ,5%	1 ,2%	82 18,6%	137 31,1%	23 5,2%	31 7,0%	26 5,9%	55 12,5%	76 17,3%	7 1,6%

Der Wilcoxon-Test für paarige Stichproben ergab keinen signifikanter Unterschied ($p=0,290$) zwischen den Schulabschlüssen der Männern und Frauen. Das folgende Balkendiagramm stellt die Verteilung der absoluten Häufigkeiten der Schulabschlüsse dar, differenziert nach dem Geschlecht.

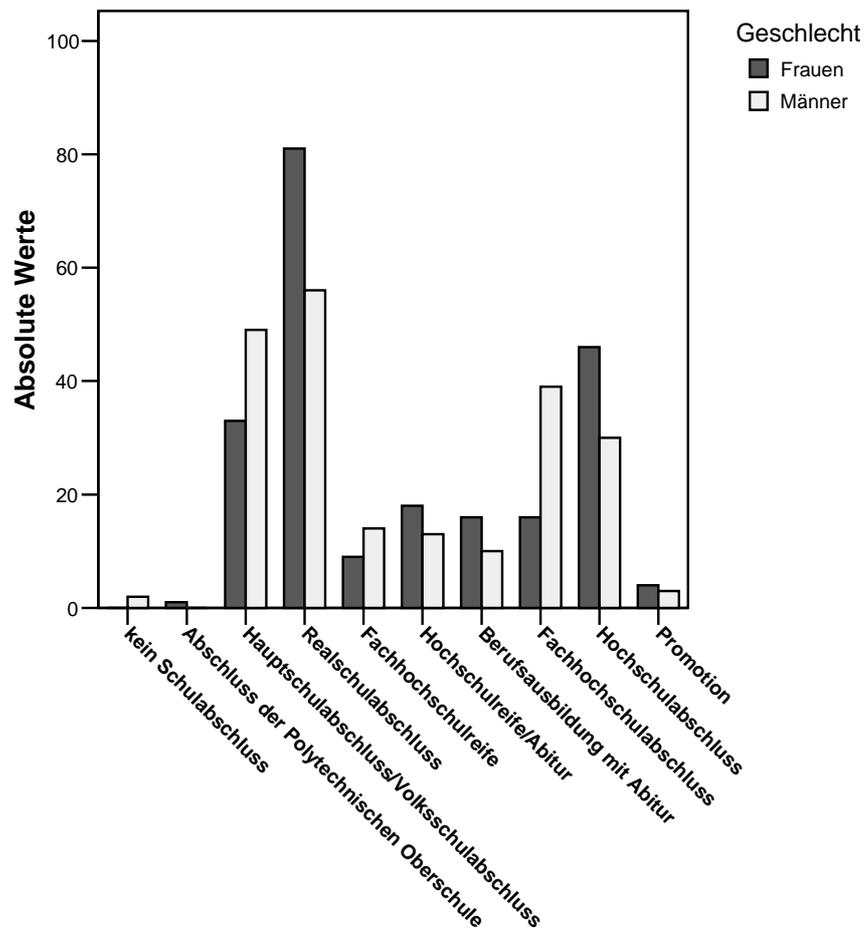
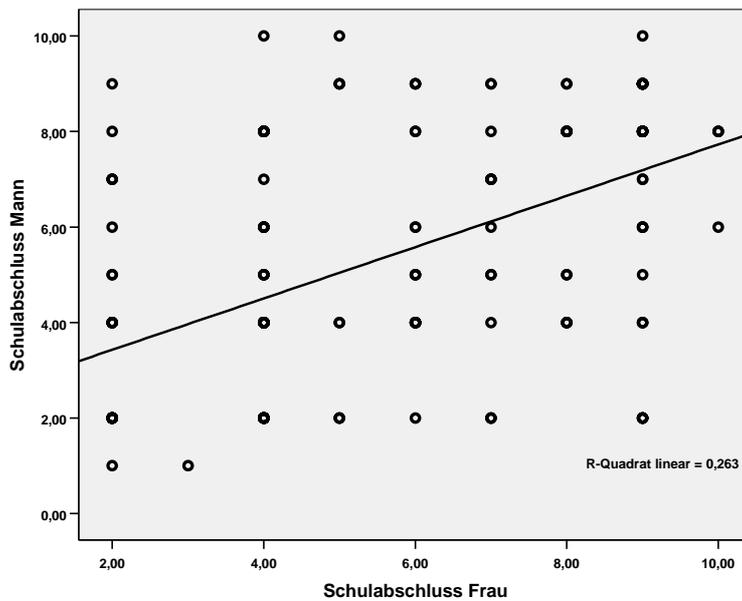


Abb. 3: Balkendiagramm „Schulabschluss“

Für den Schulabschluss wurde die Korrelation untersucht. Spearman-Rho ergab einen Wert von 0,518 ($p < 0.0005$). Der Schulabschluss der Ehepartner war demnach positiv korreliert.

Die Regressionsgerade in dem folgenden Streudiagramm demonstriert den gleichsinnigen Zusammenhang für das Merkmal „Schulabschluss“ bei den untersuchten Frauen und Männern ($R\text{-Quadrat linear} = 0,263$). Ein hoher bzw. niedriger Schulabschluss der Frauen ging dementsprechend mit einem ähnlichen Schulabschluss des jeweiligen Partners einher. Dabei repräsentiert jeder Punkt ein Ehepaar (oder bei gleichem Schulabschluss mehrere Paare). Insbesondere repräsentieren die nahe der Regressionsgerade liegenden Punkte mehr Ehepaare als die weit entfernten Punkte. Auf der x-Achse ist der Schulabschluss der Frauen und auf der y-Achse der Schulabschluss der Männer abgetragen.



1= kein Schulabschluss; 2= Abschluss der Polytechnischen Oberschule; 3= Hauptschulabschluss;
 4= Realschulabschluss; 5= Fachhochschulreife; 6= Hochschulreife/Abitur; 7= Berufsausbildung mit Abitur;
 8= Fachhochschulabschluss; 9= Hochschulabschluss; 10= Promotion

Abb. 4: Streudiagramm „Schulabschluss“

4.1.2.3 Berufstätigkeit

Zur Frage nach der Berufstätigkeit machten 225 Frauen und 217 Männer Angaben. 87,3% (N=386) der Befragten waren berufstätig. Betrachtet man die Berufstätigkeit geschlechtsspezifisch, dann gaben 77,8% der Frauen (N=175) und 97,2% der Männer (N=211) an, einem Beruf nachzugehen. Lediglich 22,2% der Frauen (N=50) und 2,8% der Männer (N=6) standen zum Zeitpunkt der Befragung in keinem Beschäftigungsverhältnis.

In einem gestapelten Balkendiagramm wurden die absoluten Häufigkeiten hinsichtlich der Berufstätigkeit getrennt für beide Geschlechter dargestellt.

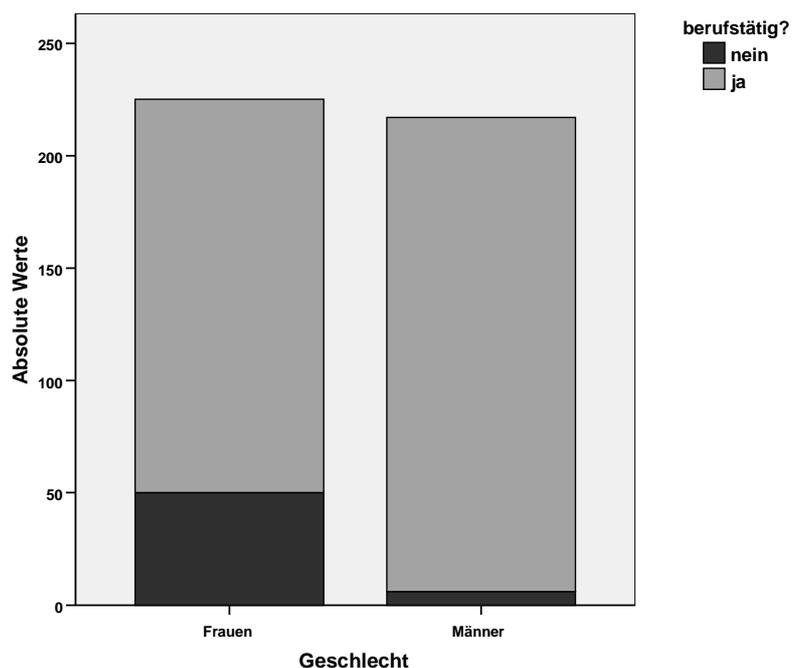


Abb. 5: Gestapeltes Balkendiagramm „Berufstätigkeit“

4.2 Gesundheitsbewusstsein

4.2.1 Der BMI

Die Paare wurden nach ihrem Gewicht in kg und ihrer Körpergröße in cm befragt. 435 Personen (222 Frauen und 213 Männer) machten Angaben zu diesen Merkmalen. Aus dem Gewicht in kg und der Körpergröße in Metern wurde mit der Formel (Körpergewicht in kg/[Körpergröße in m²]) der BMI berechnet. Bei den Befragten zeigte sich im Durchschnitt ein BMI von M=25,6 (SD=4,77). Bei den Frauen lag der BMI bei M=24,5 (SD=5,21) und bei den Männern bei M=26,6 (SD=3,97). Aus den berechneten BMI-Werten beider Geschlechter wurde eine Einteilung in spezifische „Gewichtsklassen“ vorgenommen. Dabei wurde die BMI-Klassifikation für Erwachsene nach Empfehlungen der WHO berücksichtigt.

Tabelle 7: BMI-Klassifikation (nach WHO 2002)

Klasse	BMI [kg/(m) ²]
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht (Präadipositas)	25,0 – 29,9
Übergewicht Grad I (moderates Übergewicht)	30,0 – 34,9
Übergewicht Grad II (schweres Übergewicht)	35,0 – 39,9
Übergewicht Grad III (morbide Adipositas)	≥ 40

50,8% (N=221) wurden als präadipös eingestuft. Moderates Übergewicht war bei 14,9% (N=65) zu verzeichnen, schwer übergewichtig waren 3,9% (N=17) und bei 1,8% der Befragten (N=8) wurde eine morbide Adipositas belegt. Zusätzlich wurden die absoluten Häufigkeiten in den unterschiedlichen „Gewichtsklassen“ getrennt nach dem Geschlecht untersucht. Bei den Männern war häufiger als bei den Frauen eine Präadipositas zu verzeichnen. Die meisten Frauen erwiesen sich als Normalgewichtig, jedoch war auch bei ihnen ein Übergewicht im Bereich von Grad I bis III in ähnlichem Ausmaß wie bei den Männern vorhanden (siehe auch Tabelle 39 bis 46 im Tabellenanhang). Für die geschlechtsspezifische Verteilung auf die einzelnen „Gewichtsklassen“ wurde das folgende gestapelte Balkendiagramm konstruiert.

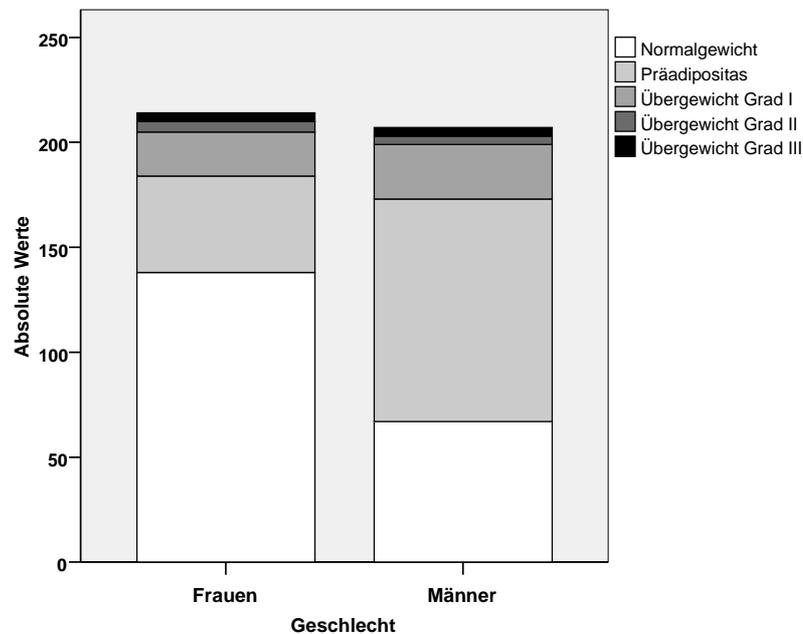


Abb. 6: Gestapeltes Balkendiagramm „BMI-Klassifikation“

Um die bereits aufgezeigten Häufigkeitsunterschiede zwischen den Männern und Frauen genauer quantifizieren zu können, wurden die Häufigkeitsunterschiede bei der Präadipositas sowie beim Übergewicht Grad I-III zusätzlich mit dem Mc-Nemar-Test untersucht. In der BMI-Klasse der „Präadipositas“ war der Unterschied signifikant ($p < 0,0005$); in den anderen Übergewichtseinteilungen (Grad I bis III) war $p > 0,05$ und damit nicht signifikant.

4.2.2 Gesundheitsverhalten

Die Teilnehmer wurden nach persönlichen Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Alkohol, Ernährung, Sport, Stress usw. befragt (siehe Fragebogen im Anhang [Frage 6 a bis 6 i]). Anhand der Bewertung dieser Faktoren sowie mit dem bereits zuvor errechneten BMI wurde ein Score für das Gesundheitsverhalten gebildet. Dabei wurden positive Verhaltensweisen (nicht rauchen, Verzicht auf Alkohol, Sport treiben usw.) als „+1“ codiert und die entsprechenden negativen Verhaltensweisen als „-1“. Diese Variablen wurden zu einem Gesundheitsscore aufaddiert, der einen theoretischen Wertebereich von -10 bis +10 aufwies. Dabei standen positive Werte für ein „überwiegend gesundheitsförderliches Verhalten“ und negative Werte für ein „überwiegend gesundheitsabträgliches Verhalten“.

Die Werte im Gesundheitsscore umfassten bei den Frauen ($N=225$) einen Bereich von -6 bis +10 ($M=3,37$; $SD=3,05$) und bei den Männern ($N=219$) -8 bis +8 ($M=0,96$; $SD=3,29$). Die Frauen hatten also im Durchschnitt ein besseres Gesundheitsverhalten als die Männer. Diese Konstellation ist auch im folgenden Boxplot-Diagramm zu erkennen. Auf der y-Achse sind die Werte des Gesundheitsscores bzw. -verhaltens aufgetragen, die getrennt für beide Geschlechter mit Median sowie 25%- und 75%-Percentile dargestellt sind.

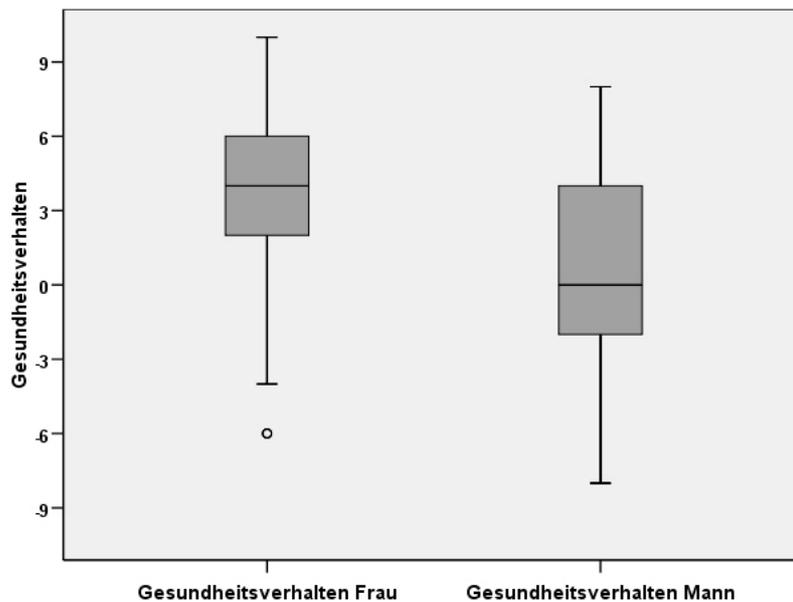


Abb. 7: Boxplot „Gesundheitsverhalten“

Für das Gesundheitsverhalten wurde die Korrelation nach Spearman untersucht. Es ergab sich ein Wert von $Rho=0,439$ ($p<0,0005$). Das Gesundheitsverhalten der Ehepartner war demnach positiv korreliert. Die Regressionsgerade im Streudiagramm belegt einen gleichsinnigen Zusammenhang für das Merkmal Gesundheitsverhalten bei den untersuchten Frauen und Männern ($R\text{-Quadrat linear} = 0,166$). Ein gutes Gesundheitsverhalten der Frauen ging dementsprechend mit einem guten Gesundheitsverhalten des jeweiligen Partners einher. Dabei repräsentiert jeder Punkt ein Ehepaar (oder bei völlig gleichem Gesundheitsverhalten mehrere Paare). Auf der x-Achse ist das Gesundheitsverhalten der Frau und auf der y-Achse das Gesundheitsverhalten des Mannes abgetragen.

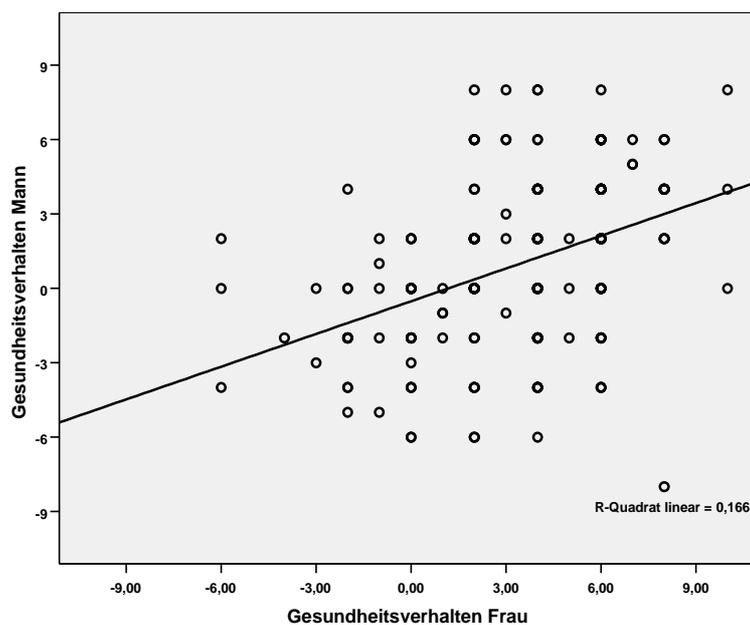


Abb. 8: Streudiagramm „Gesundheitsverhalten“

4.2.3 Umgang mit kontrazeptiven Maßnahmen

Die meisten Frauen (69,1%) verhüteten mit oralen Kontrazeptiva. Lediglich 26,5% der Frauen hatten bislang keine Verhütungsmaßnahmen in Anspruch genommen. Die Häufigkeitsverteilung hinsichtlich der angegebenen kontrazeptiven Maßnahmen ist in der folgenden Abbildung dargestellt.

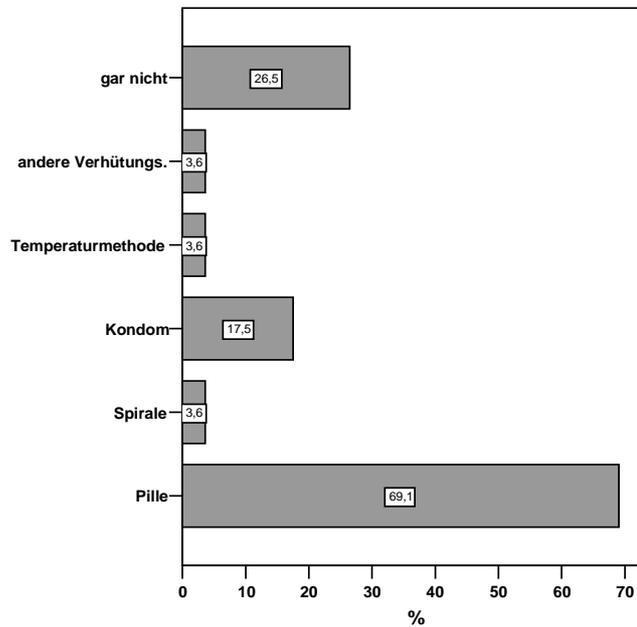


Abb. 9: Balkendiagramm „Kontrazeptiva“

Die Frauen, die mit oralen Kontrazeptiva verhüteten (N=158), sollten sich zusätzlich zur Dauer der Pilleneinnahme äußern. Dabei lag die zeitliche Angabe zwischen einigen Monaten bis hin zu 22 Jahren (M=9,17; SD=4,35).

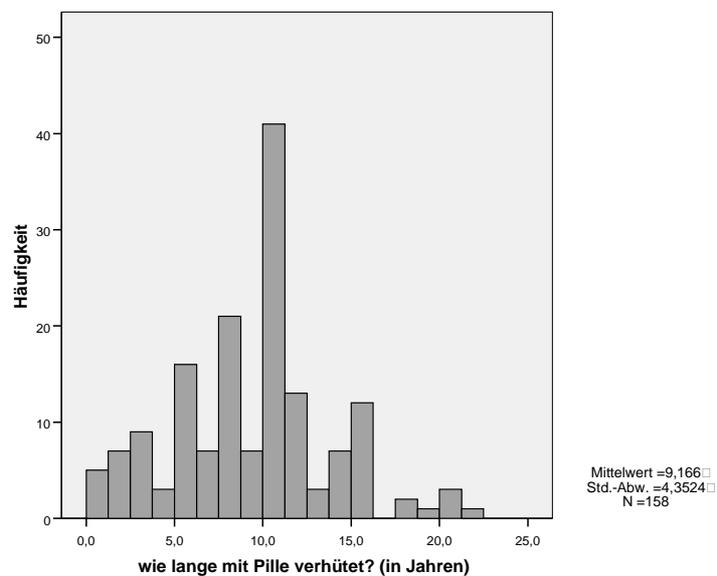


Abb. 10: Balkendiagramm „Dauer der Einnahme oraler Kontrazeptiva“

155 Frauen machten Angaben zur Frage nach der Durchführung von „Pillenpausen“. Dabei zeigte sich, dass 32,3% (N=50) der Frauen Pillenpausen durchführten.

4.3 Krankheitsvorgeschichte

4.3.1 Vorausgegangene Schwangerschaften

Die Frauen wurden nach vorausgegangenen Schwangerschaften befragt. Dabei gaben 39,3% der Frauen an, bereits schon einmal schwanger gewesen zu sein. Das folgende Kreisdiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten für beide Antwortmöglichkeiten.

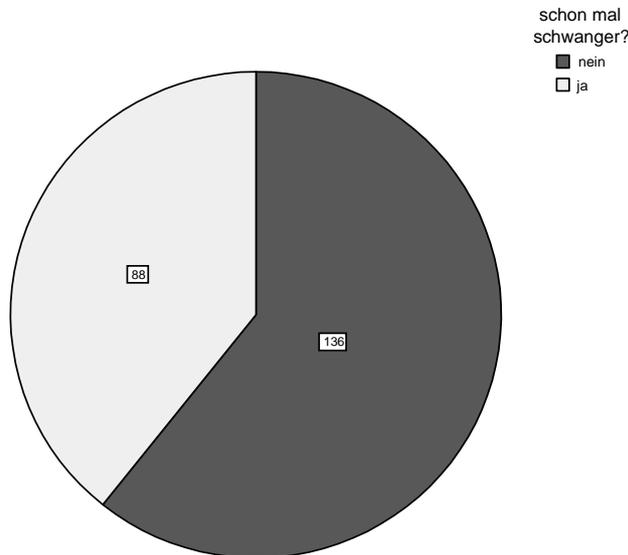


Abb. 11: Kreisdiagramm „Schwangerschaft“

4.3.2 Dauer des Kinderwunsches

Die Paare wurden darüber befragt, wie lange sie sich bereits ein Kind wünschen. Die Dauer des Kinderwunsches der Frauen (N=219), die bei dieser Frage einer Angabe machten, reichte von fünf Monaten bis zu 20 Jahren (M=4,47 Jahre) und die der Männer (N=210) von einem Jahr bis zu 15 Jahren (M=4,36 Jahre). Dabei zeigte sich, dass der Kinderwunsch bei den Frauen im Durchschnitt zwei Monate länger vorhanden war als bei ihren Partnern (Frauen: 54 Monate vs. Männer: 52 Monate). Der Unterschied bei den Männern und Frauen bzgl. der Angaben zur Dauer des Kinderwunsches war nicht signifikant (paariger T-Test: $p=0,364$).

Es bestand jedoch eine deutliche Korrelation zwischen den jeweiligen Partnern ($r=0,867$), die auch als signifikant $p<0,0005$ bewertet werden konnte. Erwartungsgemäß hatten bei vielen Paaren beide Partner den gleichen Zeitraum für ihren unerfüllten Kinderwunsch angegeben. Dies wird auch im nachfolgenden Streudiagramm deutlich.

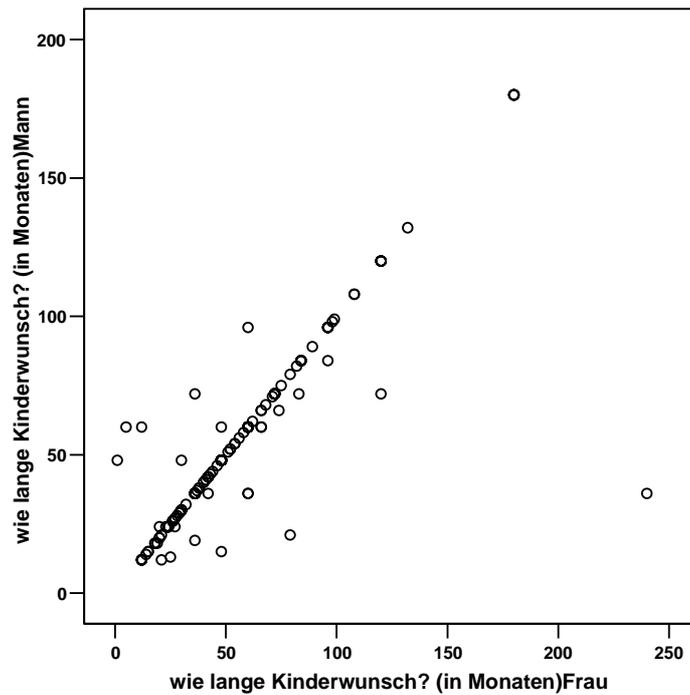


Abb. 12: Streudiagramm „Dauer des Kinderwunsches“ (in Monaten)

4.3.3 Zeitraum der ärztlichen Behandlung

219 Frauen und 202 Männer machten eine Angabe zur Frage nach dem Zeitraum der ärztlichen Behandlung. Die minimale (zwei Monate) und maximale (132 Monate) Behandlungsdauer war bei beiden Geschlechtern identisch. Auch die Mittelwerte unterschieden sich nur geringfügig voneinander (Männer: $M=26,99$ vs. Frauen: $M=29,48$). Erwartungsgemäß zeigte sich eine hohe Korrelation von 0,912, die auch signifikant $p<0,0005$ war. Der positive Zusammenhang ist im folgenden Streudiagramm ersichtlich.

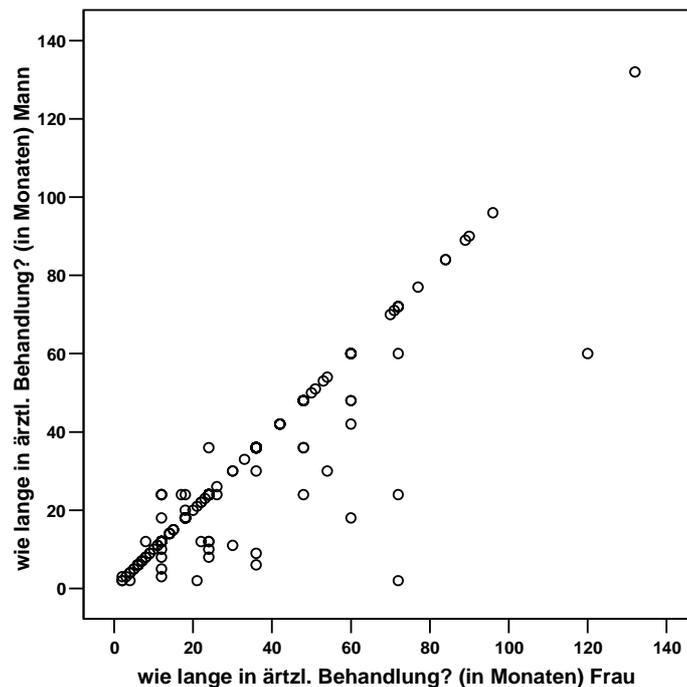


Abb. 13: Streudiagramm „wie lange in ärztlicher Behandlung“

4.3.4 Derzeitig durchgeführte Kinderwunschbehandlung

Die Teilnehmer der Fragebogenaktion sollten angeben, welche Therapie sie derzeit durchführen lassen. Dabei sollten die Behandlungsmethoden in einer offen formulierten Frage benannt werden; Mehrfachantworten waren möglich. Die IVF und ICSI wurden mit jeweils 46,2% am häufigsten von den Paaren dokumentiert, gefolgt von der IUI mit 11,6%. Bei weiteren 5,0% wurden hormonelle Stimulationsbehandlungen durchgeführt.

Tabelle 8: Derzeitig durchgeführte Kinderwunschbehandlung

Behandlungsmethode	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
ICSI	92	42,4%	46,2%
IVF	92	42,4%	46,2%
IUI	23	10,6%	11,6%
hormonelle Stimulationsbehandlung	10	4,6%	5,0%
Gesamt	217	100,0%	109,0% (•)

(•) durch Mehrfachantworten bedingt

4.3.5 Ätiologie des unerfüllten Kinderwunsches

Die Paare sollten angeben, ob ihnen der behandelnde Arzt bereits Gründe für den unerfüllten Kinderwunsch genannt hat. 197 Paare machten bei dieser Frage eine Angabe. Bei 22 Paaren wurde keine Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit festgestellt; bei 148 Paaren wurden sowohl dem Mann als auch der Frau Gründe genannt und bei weiteren 27 Paaren lag die Ursache entweder beim Mann oder bei der Frau. Außerdem sollten die Paare in einer offen formulierten Frage die von ihrem Arzt mitgeteilten Ursachen für die ungewollte Kinderlosigkeit benennen; dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Die von beiden Geschlechtern genannten Gründe wurden bestimmten „Erkrankungsgebieten bzw. -kategorien“ zugeordnet (z.B. ovarielle Ursachen, hypothalamisch-hypophysäre Ursachen und Störungen der Spermiogenese), um eine übersichtlichere Darstellung zu erzielen. Frauen nannten am häufigsten tubare Gründe (13,8%), gefolgt von hypothalamisch-hypophysären Störungen (12,1%). Über die Hälfte der befragten Frauen (53,4%) gaben an, dass der Grund der Kinderlosigkeit ausschließlich bei ihrem Partner zu finden sei. Bei den Männern wurden vor allem Störungen der Spermiogenese (62,8%) als ätiologischer Faktor genannt sowie eine Schädigung im Bereich der Hoden (5,2%). Rund ein Viertel der Männer (25,0%) gaben an, dass ausschließlich Erkrankungen ihrer Frau für den unerfüllten Kinderwunsch verantwortlich sind.

Die folgenden Tabellen zur Ätiologie der weiblichen und männlichen Sterilität stellen die Häufigkeitsverteilungen bzgl. der unterschiedlichen „Erkrankungsgebiete“ dar. Am Ende der jeweiligen Tabelle wurden die von den Paaren genannten Gründe, die unter das jeweilige „Erkrankungsgebiet“ subsumiert wurden, mit einer hochgestellten Zahl zusätzlich aufgeführt.

Tabelle 9: Ätiologie der weiblichen Sterilität

Ätiologie der weiblichen Sterilität	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Ursache ausschließlich beim Mann	93	49,7%	53,4%
hypothalamisch-hypophysäre Ursache ¹	21	11,2%	12,1%
ovarielle Ursache ²	8	4,3%	4,6%
tubare Ursache ³	24	12,8%	13,8%
uterine Ursache ⁴	2	1,1%	1,1%
zervikale Ursache ⁵	1	,5%	,6%
Endometriose	19	10,2%	10,9%
extragenitale Ursache ⁶	18	9,6%	10,3%
idiopathische Ursache	1	,5%	,6%
Gesamt	187	100,0%	107,5% (•)

• durch Mehrfachantworten bedingt

¹ Ovarialinsuffizienz, Zyklustempnanomalien , Oligomenorrhoe, Hormonstörung, Hyperprolaktinämie

² PCOS, Ovariectomie

³ Tuben nicht intakt/durchgängig, Salpingektomie, Adnexektomie, Z.n. EUG, Z.n. Sterilisation

⁴ Myome

⁵ Spermienunverträglichkeit

⁶ Hyperandrogenämie, Erkrankungen der Schilddrüse, Alter, Adipositas, Psychische Störung, Anorexia nervosa

Tabelle 10: Ätiologie der männlichen Sterilität

Ätiologie der männlichen Sterilität	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Ursache ausschließlich bei der Frau	43	24,3%	25,0%
Störung der Spermio-genese ¹	108	61,0%	62,8%
Schädigung der Hoden ²	9	5,1%	5,2%
Störung im Bereich des Ductus deferens ³	6	3,4%	3,5%
genetische Ursache ⁴	3	1,7%	1,7%
immunologische Sterilität ⁵	1	,6%	,6%
extragenitale Ursache ⁶	7	4,0%	4,1%
Gesamt	177	100,0%	102,9% (•)

• durch Mehrfachantworten bedingt

¹ pathologische Werte im Spermogramm (Kryptozoospermie, Asthenozoospermie, Oligozoospermie, Azoospermie, Teratozoospermie, Oligoteratozoospermie, OAT- Syndrom)

² Z.n. Chemotherapie wegen Hoden-CA, Malescensus testis, Z.n. Mumpserkrankung im Kindesalter, Z.n. Hodentorsion im Kindesalter, Z.n. postpubertärer Erkrankung

³ Aplasie des Ductus deferens, Z.n. Refertilisierung

⁴ Kallmann-Syndrom, Hypogonadismus

⁵ Antikörper im Ejakulat

⁶ Stress, Wärme, Rauchen, Adipositas, Alkohol, Umwelteinflüsse

4.4 „Wertschätzung“ der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie

Im Rahmen der Untersuchung sollte die „Wertschätzung“ der Paare bzgl. der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie erfasst werden. Zur Evaluation der „Wertschätzung“ wurden vier Fragestellungen im Fragebogenabschnitt für die Frauen (siehe Fragebogen im Anhang [Frage 11 bis 14]) und vier identische Fragen im Abschnitt für die Männer (siehe Fragebogen im Anhang [Frage 10 bis 13]) formuliert. Für die Fragen wurden Likert-skalierte Antwortkategorien vorgegeben. Den rangskalierten Antworten wurden natürliche Zahlen zugeordnet. Eine Aussage und die auf der Antwortskala gewählte Zahl stellten somit einen Indikator für die „Wertschätzung“ dar.

4.4.1 Fragestellung: „wie schätzen Sie die Wirksamkeit der folgenden Komplementärtherapien ein?“ (siehe Fragebogen im Anhang [Frage 11 im Abschnitt für die Frauen bzw. 10 im Abschnitt für die Männer])

Die Paare sollten die Wirksamkeit von Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie einschätzen. Die Likert-Skala zur Messung der persönlichen Einstellung der Paare enthielt folgende fünf Items: nicht wirksam (=1)/ kaum wirksam (=2)/ weniger wirksam (=3)/ wirksam (=4)/ sehr wirksam (=5). Zu Beginn wurden die Teilnehmer gefragt, ob sie die Therapie überhaupt kennen.

4.4.1.1 Kenntnis und Wirksamkeit hinsichtlich der Akupunktur

Von 410 Personen, die sich zur „Kenntnis“ der Akupunktur äußerten, gaben die meisten Befragten (N=312; 76,1%) an, dass sie die Akupunktur kennen. Dies entsprach 75,4% der Frauen (N=159) vs. 76,9% der Männer (N=153). Knapp einem Viertel der Befragten (23,9%) war die Akupunkturbehandlung unbekannt (24,6% der Frauen [N=52] vs. 23,1% der Männer [N=46]). Die Häufigkeitsunterschiede bei den Frauen und Männer wurden mit dem McNemar-Test untersucht. Der Unterschied war nicht signifikant ($p=0,775$). Der Wert für Kappa ergab 0,4. Das folgende Balkendiagramm stellt die absoluten Häufigkeiten der beiden Antwortmöglichkeiten für Frauen und Männer getrennt dar.

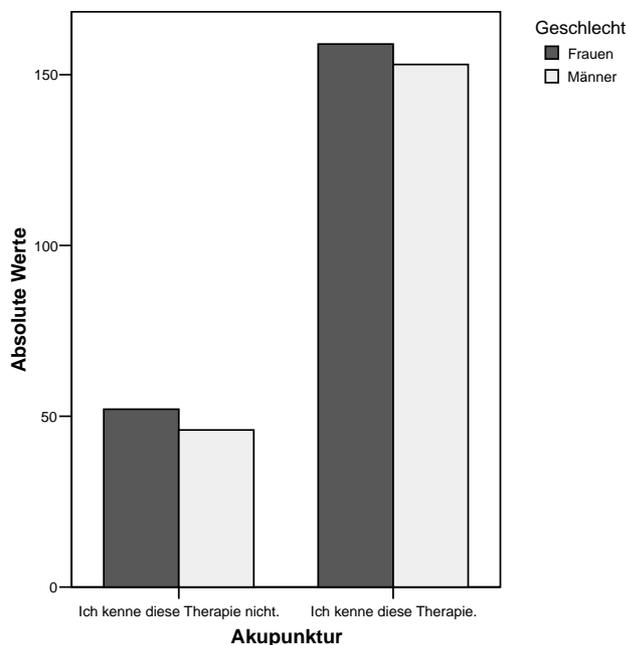


Abb. 14: Balkendiagramm Akupunktur „Kenntnis“

Von den 312 Personen, die angaben Akupunktur zu kennen, wurden am häufigsten die Kategorien „wirksam“ (51,3%), gefolgt von „sehr wirksam“ (24,7%) angegeben. Lediglich 4,8% der Personen hielten die Akupunktur für „nicht wirksam“. Die prozentuale Verteilung bzgl. der einzelnen Antwortkategorien gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 11: Kreuztabelle Akupunktur „Wirksamkeit“

Akupunktur „Wirksamkeit“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nicht wirksam	Anzahl	5	10	15
	% von Geschlecht	3,1%	6,5%	4,8%
kaum wirksam	Anzahl	7	18	25
	% von Geschlecht	4,4%	11,8%	8,0%
weniger wirksam	Anzahl	22	13	35
	% von Geschlecht	13,8%	8,5%	11,2%
wirksam	Anzahl	82	78	160
	% von Geschlecht	51,6%	51,0%	51,3%
sehr wirksam	Anzahl	43	34	77
	% von Geschlecht	27,0%	22,2%	24,7%
Gesamt	Anzahl	159	153	312
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Frauen hatten einen etwas höheren Mittelwert bzgl. der Zustimmung bei der Beurteilung der Wirksamkeit der Akupunkturbehandlung als die Männer (Frauen: $M=3,95$; $SD= 0,93$ vs. Männer: $M=3,71$; $SD=1,13$). Der Wilcoxon-Test ergab, dass der Mittelwertunterschied zwischen den Geschlechtern signifikant war ($p=0,016$). Für die Einschätzung der Wirksamkeit wurde die Korrelation untersucht. Spearman-Rho ergab einen Wert von $0,594$ ($p<0.0005$). Die Einschätzung der Ehepartner war somit positiv korreliert. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf unterschiedlichen Antwortkategorien bei der Frage nach der Wirksamkeit der Akupunktur, getrennt nach dem Geschlecht.

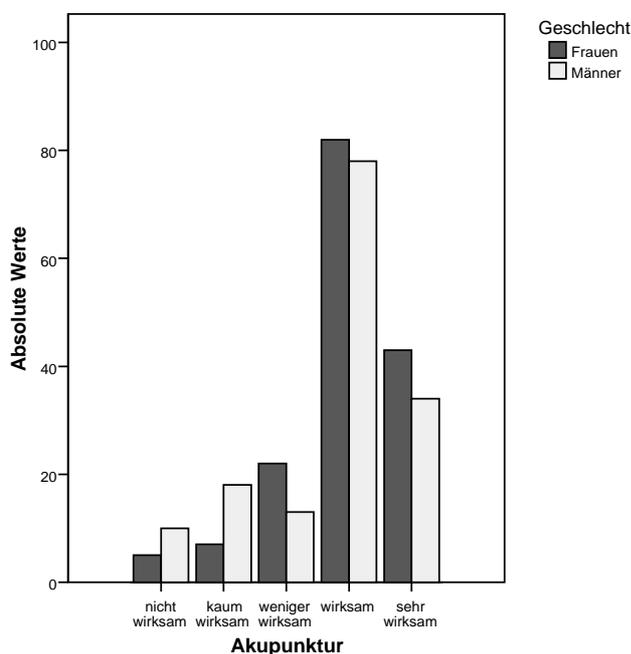


Abb. 15: Balkendiagramm Akupunktur „Wirksamkeit“

4.4.1.2 Kenntnis und Wirksamkeit hinsichtlich der Homöopathie

Von 406 Personen, die sich zur „Kenntnis“ der Homöopathie äußerten, gaben die meisten Personen ($N=313$; $77,1\%$) an, dass sie die Homöopathie kennen. Dies entsprach $78,1\%$ der Frauen ($N=164$) und $76,0\%$ der Männer ($N=149$). Als unbekannt wurde die Homöopathie von

21,9% der Frauen und 24,0% der Männer beurteilt. Die Häufigkeitsunterschiede der Frauen und Männer wurden mit dem Mc-Nemar-Test überprüft. Der Unterschied war nicht signifikant ($p=0,761$). Der Wert für Kappa ergab 0,325. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der beiden Antwortmöglichkeiten für die Homöopathie, getrennt nach dem Geschlecht.

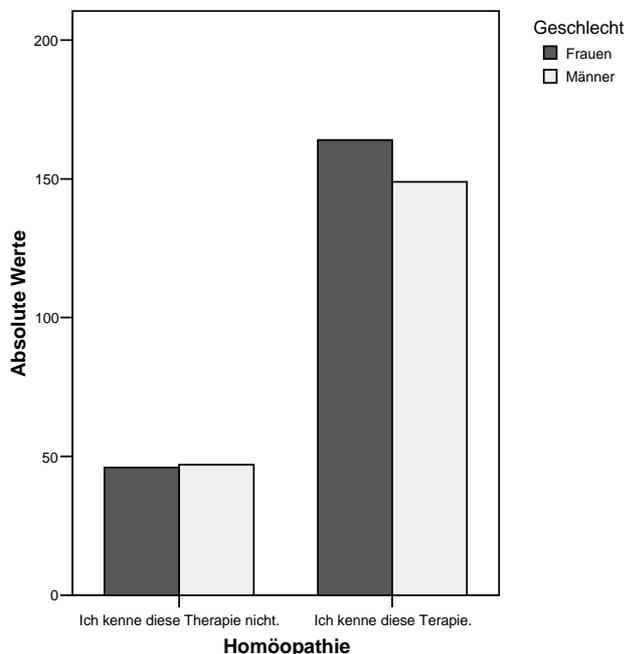


Abb. 16: Balkendiagramm Homöopathie ‚Kenntnis‘

Von den 313 Personen, die angaben Homöopathie zu kennen, wurden am häufigsten die Antwortkategorien ‚wirksam‘ mit 51,5% und ‚weniger wirksam‘ mit 21,4% genannt. Lediglich 7,0% der Befragten hielten die Homöopathie für ‚nicht wirksam‘. Die prozentuale Verteilung hinsichtlich der einzelnen Antwortkategorien bei Frauen und Männern gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 12: Kreuztabelle Homöopathie ‚Wirksamkeit‘

Homöopathie ‚Wirksamkeit‘		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nicht wirksam	Anzahl	6	16	22
	% von Geschlecht	3,7%	10,7%	7,0%
kaum wirksam	Anzahl	9	18	27
	% von Geschlecht	5,5%	12,1%	8,6%
weniger wirksam	Anzahl	36	31	67
	% von Geschlecht	22,0%	20,8%	21,4%
wirksam	Anzahl	88	72	160
	% von Geschlecht	53,7%	48,3%	51,1%
sehr wirksam	Anzahl	25	12	37
	% von Geschlecht	15,2%	8,1%	11,8%
Gesamt	Anzahl	164	149	313
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Frauen hatten einen etwas höheren Mittelwert als die Männer (Frauen: $M=3,71$; $SD=0,92$ vs. Männer: $M=3,31$; $SD=1,13$). Der Wilcoxon-Test ergab, dass der Mittelwertunterschied zwischen den Geschlechtern signifikant war ($p<0,0005$). Bei der Einschätzung der Ehepartner

ergab Spearman-Rho 0,459 ($p < 0.0005$). Die Einschätzung der Wirksamkeit war demnach positiv korreliert. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf unterschiedlichen Antwortkategorien bzgl. der Frage nach der Wirksamkeit der Homöopathie, getrennt nach dem Geschlecht.

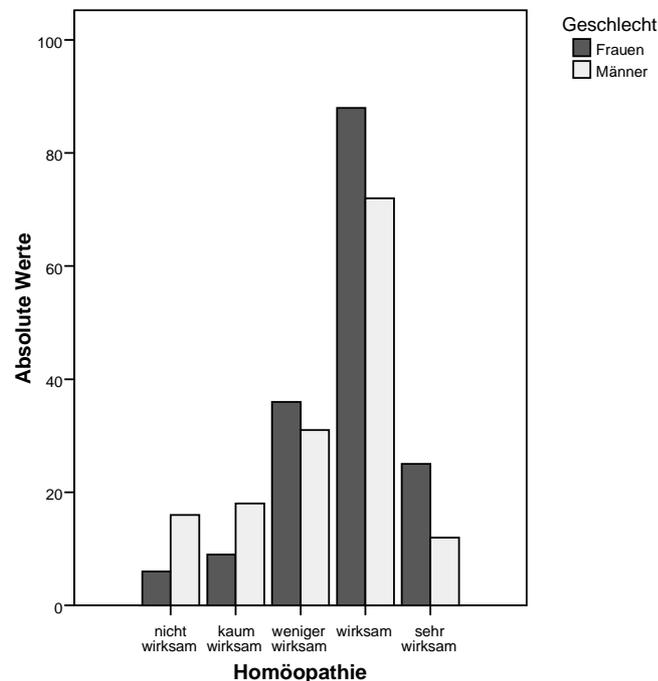


Abb. 17: Balkendiagramm Homöopathie „Wirksamkeit“

4.4.1.3 Kenntnis und Wirksamkeit hinsichtlich der Phytotherapie

Die „Kenntnis“ bzw. „Unkenntnis“ der Phytotherapie war prozentual fast gleich verteilt. Von 395 Personen, die hier Angaben machten, kannten 54,2% (N=214) die Phytotherapie nicht und 45,8% (N=181) kannten sie. 58,0% der Frauen (N=119) gaben an die Phytotherapie zu kennen und 42,0% (N=86) war diese Therapie unbekannt. Bei den Männer waren es jeweils 50,0% (N=95), die angaben die Phytotherapie zu kennen bzw. nicht zu kennen. Die Häufigkeitsunterschiede zwischen Frauen und Männern, die mit dem Mc-Nemar-Test untersucht wurden, waren nicht signifikant ($p=0,136$). Der Wert für Kappa ergab 0,288. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der beiden Antwortmöglichkeiten für die Phytotherapie, getrennt nach dem Geschlecht.

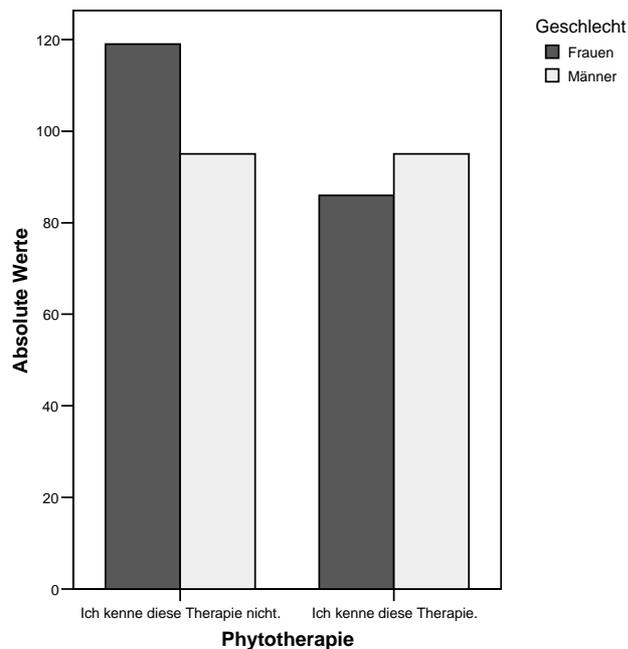


Abb. 18: Balkendiagramm Phytotherapie „Kenntnis“

Von 181 Personen, die angaben Phytotherapie zu kennen, wurden am häufigsten die Antwortkategorien „wirksam“ (38,7%), gefolgt von „weniger wirksam“ (30,4%) genannt. Die prozentuale Verteilung bzgl. der einzelnen Antwortkategorien bei Frauen und Männern gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 13: Kreuztabelle Phytotherapie „Wirksamkeit“

Phytotherapie „Wirksamkeit“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nicht wirksam	Anzahl	4	15	19
	% von Geschlecht	4,7%	15,8%	10,5%
kaum wirksam	Anzahl	8	9	17
	% von Geschlecht	9,3%	9,5%	9,4%
weniger wirksam	Anzahl	27	28	55
	% von Geschlecht	31,4%	29,5%	30,4%
wirksam	Anzahl	34	36	70
	% von Geschlecht	39,5%	37,9%	38,7%
sehr wirksam	Anzahl	13	7	20
	% von Geschlecht	15,1%	7,4%	11,0%
Gesamt	Anzahl	86	95	181
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Frauen hatten einen etwas höheren Mittelwert als die Männer (Frauen: $M=3,51$; $SD= 1,01$ vs. Männer: $M=3,12$; $SD=1,18$). Der Mittelwertunterschied zwischen den Geschlechtern war aber nicht signifikant mit $p=0,121$. Für die Einschätzung der Wirksamkeit wurde die Korrelation untersucht. Spearman-Rho ergab einen Wert von $0,322$ ($p<0,0005$). Die Einschätzung der Ehepartner war somit positiv korreliert. Das folgende Balkendiagramm zeigt die erwarteten absoluten Häufigkeiten der fünf unterschiedlichen Antwortkategorien bzgl. der Frage nach der Wirksamkeit der Phytotherapie, getrennt nach dem Geschlecht.

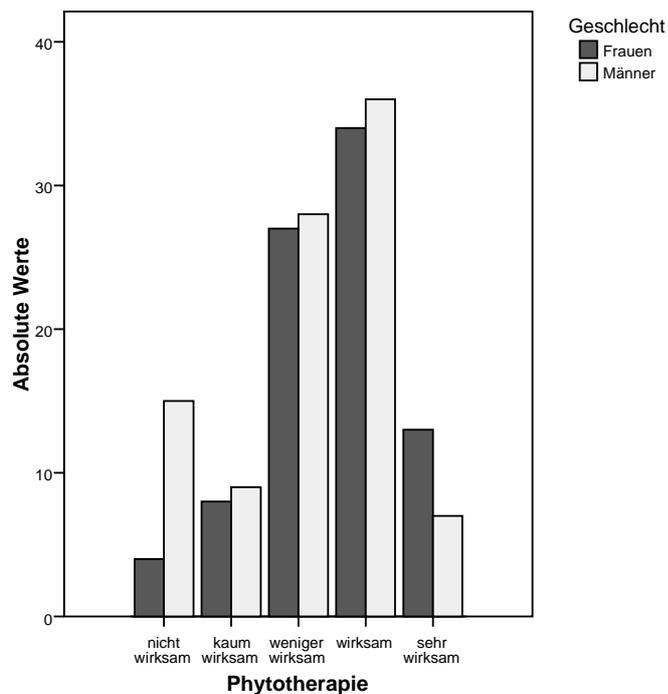


Abb. 19: Balkendiagramm Phytotherapie „Wirksamkeit“

4.4.2 Fragestellung: „wussten Sie, dass man die Ursachen der Kinderlosigkeit mit folgenden Komplementärtherapien behandeln kann?“ (siehe Fragebogen im

Anhang [Frage 12 im Abschnitt für die Frauen bzw. 11 im Abschnitt für die Männer])

Die Paare wurden danach gefragt, ob sie wissen, dass man die Ursachen der Kinderlosigkeit mit Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie behandeln kann. Es wurde eine Likert-Skala mit vier Kategorien gebildet: nein, wusste ich nicht(=1)/ ich habe darüber gelesen (=2)/ ich habe davon gehört (=3)/ ja, wusste ich (=4).

4.4.2.1 Wissen über die Akupunktur zur Behandlung der Kinderlosigkeit

Von den 419 Personen, die sich zum „Wissen über die Akupunktur zur Behandlung der Kinderlosigkeit“ äußerten, wurde am häufigsten „Nein, wusste ich nicht“ angegeben (63,2%). Die Männer gaben dies mit 71,6% (N= 146) etwas häufiger als ihre Frauen mit nur 55,3% (N=119) an. Am wenigsten schienen sich die Befragten mit der Literatur hinsichtlich der Thematik des unerfüllten Kinderwunsches und der Behandlung mit Akupunktur auseinander gesetzt zu haben (6,4%; N=27) ca. doppelt so viele Frauen (N=44) wie Männer (N=26) gaben an, bereits von der Akupunktur bei Kinderlosigkeit gehört zu haben. Die prozentuale Verteilung bzgl. der einzelnen Antwortkategorien, für Frauen und Männer getrennt, gibt die folgende Kreuztabelle wieder.

Tabelle 14: Kreuztabelle „Wissen über die Akupunktur“

„Wissen über die Akupunktur zur Behandlung der Kinderlosigkeit“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
Nein, wusste ich nicht.	Anzahl	119	146	265
	% von Geschlecht	55,3%	71,6%	63,2%
Ich habe darüber gelesen.	Anzahl	15	12	27
	% von Geschlecht	7,0%	5,9%	6,4%
Ich habe davon gehört.	Anzahl	44	26	70
	% von Geschlecht	20,5%	12,7%	16,7%
Ja, wusste ich.	Anzahl	37	20	57
	% von Geschlecht	17,2%	9,8%	13,6%
Gesamt	Anzahl	215	204	419
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die absoluten Häufigkeiten der genannten Antwortkategorien wurden geschlechtsspezifisch in dem folgenden Balkendiagramm für die Akupunktur dargestellt.

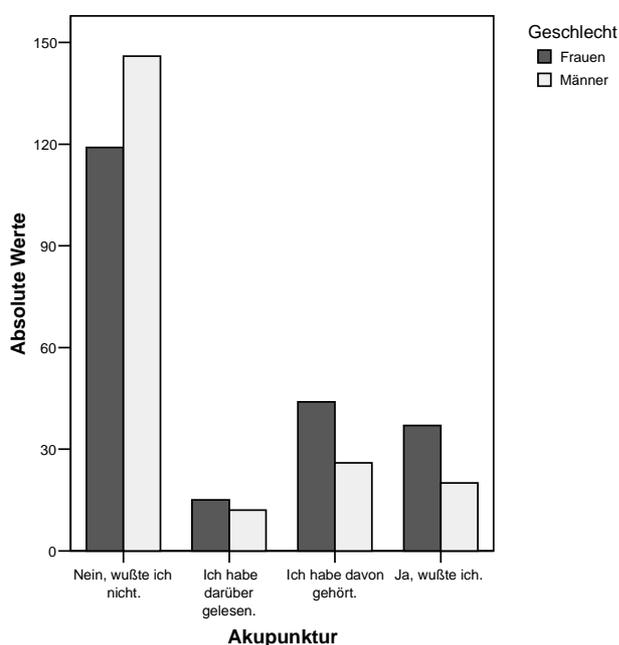


Abb. 20: Balkendiagramm „Wissen über die Akupunktur zur Behandlung der Kinderlosigkeit“

Der Kappa-Koeffizient wurde für das Maß der Übereinstimmung berechnet, mit dem Männer und Frauen gleich lautende Angaben machten. Der Wert für Kappa lag für die Akupunktur bei 0,341.

4.4.2.2 Wissen über die Homöopathie zur Behandlung der Kinderlosigkeit

Von den 416 Personen, die sich zum „Wissen über die Homöopathie zur Behandlung der Kinderlosigkeit“ äußerten, wurde mit insgesamt 64,2% (N=267) am häufigsten „Nein, wusste ich nicht“ angegeben. Die Männer sprachen sich mit 70,4% (N=143) häufiger als die Frauen mit nur 58,2% (N=124) für die Kategorie „Nein, wusste ich nicht“ aus. Am wenigsten schienen sich die Befragten mit der Literatur auseinandergesetzt zu haben (7,7%). Insgesamt

hatten 16,8% der Personen von dieser komplementärmedizinischen Option bei ungewollter Kinderlosigkeit gehört und weitere 11,3% gaben an von dieser Möglichkeit gewusst zu haben. Getrennt nach Geschlecht waren es doppelt so viele Frauen (N=32) wie Männer (N=15) die wussten, dass homöopathische Präparate bei unerfülltem Kinderwunsch eingesetzt werden können. Die prozentuale Verteilung bzgl. der einzelnen Kategorien, für Frauen und Männer getrennt, gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 15: Kreuztabelle „Wissen über die Homöopathie“

„Wissen über die Homöopathie zur Behandlung der Kinderlosigkeit?“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
Nein, wusste ich nicht.	Anzahl	124	143	267
	% von Geschlecht	58,2%	70,4%	64,2%
Ich habe darüber gelesen.	Anzahl	22	10	32
	% von Geschlecht	10,3%	4,9%	7,7%
Ich habe davon gehört.	Anzahl	35	35	70
	% von Geschlecht	16,4%	17,2%	16,8%
Ja, wusste ich.	Anzahl	32	15	47
	% von Geschlecht	15,0%	7,4%	11,3%
Gesamt	Anzahl	213	203	416
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die absoluten Häufigkeiten der genannten Antwortkategorien wurden geschlechtsspezifisch in dem folgenden Balkendiagramm für die Homöopathie dargestellt.

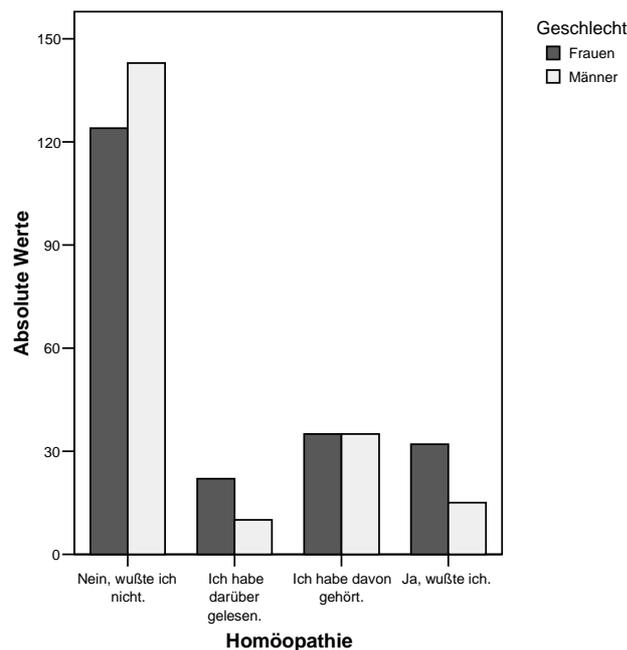


Abb. 21: Balkendiagramm „Wissen über die Homöopathie zur Behandlung der Kinderlosigkeit“

Der Kappa-Koeffizient wurde für das Maß der Übereinstimmung berechnet, mit dem Männer und Frauen gleich lautende Angaben gemacht haben. Der Wert für Kappa lag für die Homöopathie bei 0,267.

4.4.2.3 Wissen über die Phytotherapie zur Behandlung der Kinderlosigkeit

Von den 413 Personen, die sich zum „Wissen über die Phytotherapie zur Behandlung der Kinderlosigkeit“ äußerten, wurde mit insgesamt 83,3% (N=344) am häufigsten die Antwortkategorie „Nein, wusste ich nicht“ genannt. Lediglich 3,9% der Personen (N=16) gaben an, von dem Einsatz von phytotherapeutischen Präparaten zur Therapie des unerfüllten Kinderwunsches gewusst zu haben. Dabei waren es doppelt so viele Frauen (N=11) wie Männer (N=5), die „Ja, wusste ich“ ankreuzten. Die prozentuale Verteilung bzgl. der einzelnen Kategorien, für Frauen und Männer getrennt, gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 16: Kreuztabelle „Wissen über die Phytotherapie“

„Wissen über die Phytotherapie zur Behandlung der Kinderlosigkeit?“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
Nein, wusste ich nicht.	Anzahl	171	173	344
	% von Geschlecht	81,0%	85,6%	83,3%
Ich habe darüber gelesen.	Anzahl	12	8	20
	% von Geschlecht	5,7%	4,0%	4,8%
Ich habe davon gehört.	Anzahl	17	16	33
	% von Geschlecht	8,1%	7,9%	8,0%
Ja, wusste ich.	Anzahl	11	5	16
	% von Geschlecht	5,2%	2,5%	3,9%
Gesamt	Anzahl	211	202	413
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die absoluten Häufigkeiten der genannten Kategorien wurden geschlechtsspezifisch in dem folgenden Balkendiagramm für die Phytotherapie dargestellt.

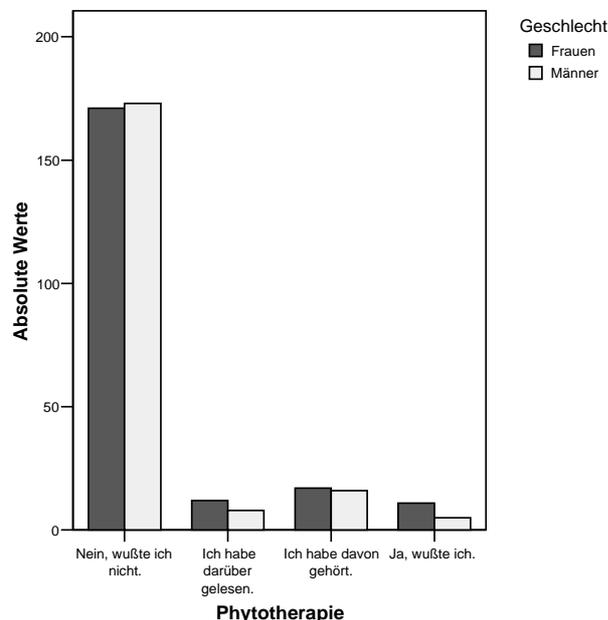


Abb. 22: Balkendiagramm „Wissen über die Phytotherapie zur Behandlung der Kinderlosigkeit“

Der Kappa-Koeffizient wurde für das Maß der Übereinstimmung berechnet, mit dem Männer und Frauen gleich lautende Angaben gemacht haben. Der Wert für Kappa lag für die Phytotherapie bei 0,307.

4.4.3 Fragestellung: „würden Sie die folgenden Komplementärtherapien für die Behandlung ihres unerfüllten Kinderwunsches in Betracht ziehen?“ (siehe Fragebogen im Anhang [Frage 13 im Abschnitt für die Frauen bzw. 12 im Abschnitt für die Männer])

Es sollte die Bereitschaft der Paare bzgl. der Inanspruchnahme von Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch ermittelt werden. Es wurde eine Likert-Skala mit den folgenden fünf Antwortkategorien konstruiert: nein (=1)/ eher nicht (=2)/ vielleicht (=3)/ eher ja (=4)/ ja (=5).

4.4.3.1 Akupunktur bei unerfülltem Kinderwunsch

Von insgesamt 416 Personen, die sich hier äußerten, gaben die meisten an (37,5%), dass sie die Akupunktur zur Behandlung ihres unerfüllten Kinderwunsches in Betracht ziehen würden (Frauen: 42,5% vs. Männer: 32,4%). Rund ein Viertel der Befragten (26,2%) würden zumindest „vielleicht“ eine Akupunkturbehandlung in Anspruch nehmen. Für das Maß der Übereinstimmung bei den Antworten der Frauen und Männer wurde Kappa mit 0,237 berechnet. Die prozentuale Verteilung der einzelnen Antwortkategorien gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 17: Kreuztabelle „Akupunktur bei unerfülltem Kinderwunsch?“

		Geschlecht		Gesamt	
		Frauen	Männer		
„Akupunktur bei unerfülltem Kinderwunsch?“	nein	Anzahl	36	45	81
		% von Geschlecht	17,0%	22,1%	19,5%
eher nicht		Anzahl	19	14	33
		% von Geschlecht	9,0%	6,9%	7,9%
vielleicht		Anzahl	51	58	109
		% von Geschlecht	24,1%	28,4%	26,2%
eher ja		Anzahl	16	21	37
		% von Geschlecht	7,5%	10,3%	8,9%
ja		Anzahl	90	66	156
		% von Geschlecht	42,5%	32,4%	37,5%
Gesamt		Anzahl	212	204	416
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Frauen hatten einen etwas höheren Mittelwert bei der Angabe der verschiedenen Kategorien als ihre Männer (Frauen: M=3,50; SD= 1,52 vs. Männer: M=3,24; SD=1,52). Der Mittelwertunterschied war nicht signifikant (p=0,050). Spearman-Rho ergab einen Wert von 0,496 (p<0.0005). Die Angaben der Ehepartner waren somit positiv korreliert.

Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf Antwortkategorien bei der Frage nach der Inanspruchnahme von Akupunktur bei unerfülltem Kinderwunsch, getrennt nach dem Geschlecht.

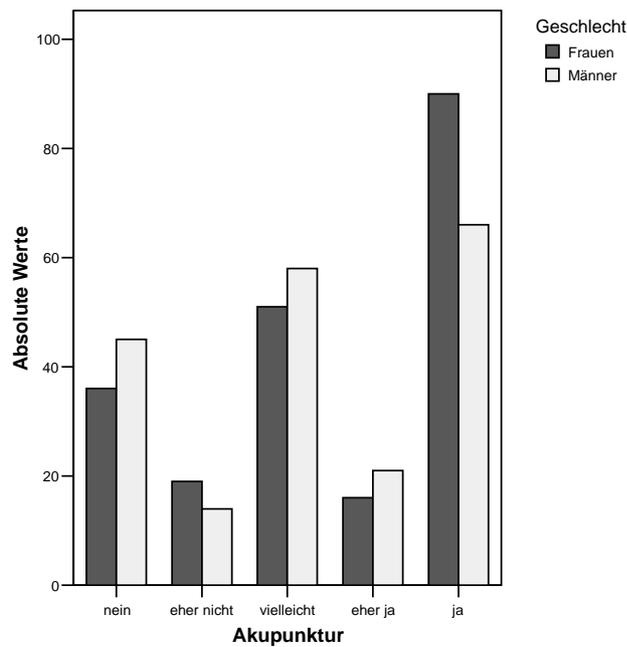


Abb. 23: Balkendiagramm „Akupunktur bei unerfülltem Kinderwunsch?“

4.4.3.2 Homöopathie bei unerfülltem Kinderwunsch

Von insgesamt 413 Personen, die Angaben zur Inanspruchnahme der Homöopathie bei unerfülltem Kinderwunsch machten, würden die meisten Befragten (33,4%) Homöopathie zur Behandlung ihres unerfüllten Kinderwunsches in Anspruch nehmen (Frauen: 37,0% vs. Männer: 29,7%). Gegen einen Behandlungsversuch mit homöopathischen Präparaten entschieden sich 20,3% der Personen, wobei sich mehr Männer (N=48) als Frauen (N=36) gegen die Homöopathie aussprachen. Für das Maß der Übereinstimmung der Partner in dieser Frage wurde Kappa mit 0,238 berechnet. Die prozentuale Verteilung der einzelnen Antwortkategorien bei Frauen und Männern gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 18: Kreuztabelle „Homöopathie bei unerfülltem Kinderwunsch?“

		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nein	Anzahl	36	48	84
	% von Geschlecht	17,1%	23,8%	20,3%
eher nicht	Anzahl	21	16	37
	% von Geschlecht	10,0%	7,9%	9,0%
vielleicht	Anzahl	52	64	116
	% von Geschlecht	24,6%	31,7%	28,1%
eher ja	Anzahl	24	14	38
	% von Geschlecht	11,4%	6,9%	9,2%
ja	Anzahl	78	60	138
	% von Geschlecht	37,0%	29,7%	33,4%
Gesamt	Anzahl	211	202	413
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Frauen wiesen einen etwas höheren Mittelwert bzgl. der Angabe der verschiedenen Kategorien als ihre Männer auf (Frauen: M=3,41; SD=1,49 vs. Männer: M=3,11; SD=1,51). Der Mittelwertunterschied war signifikant (p=0,021). Für die Angaben der Frauen und Männer wurde die Korrelation untersucht. Spearman-Rho ergab 0,474 (p<0.0005). Die

Angaben der Ehepartner waren somit positiv korreliert. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf Antwortkategorien bei der Frage nach der Inanspruchnahme von Homöopathie bei unerfülltem Kinderwunsch, getrennt nach dem Geschlecht.

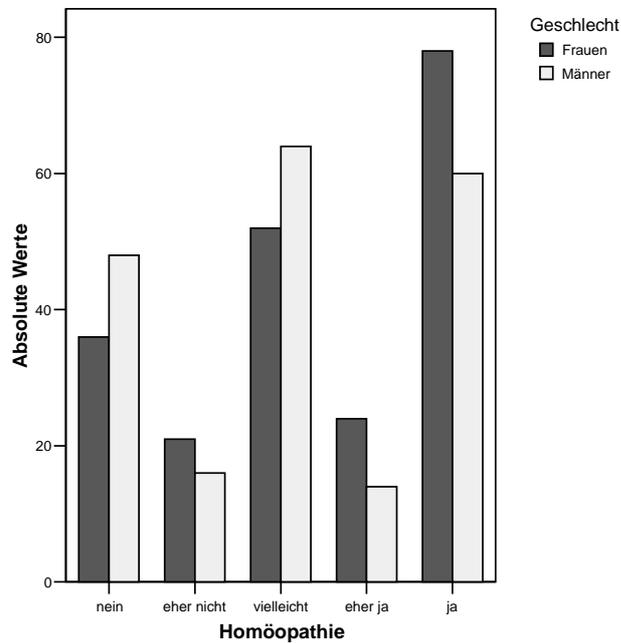


Abb. 24: Balkendiagramm „Homöopathie bei unerfülltem Kinderwunsch?“

4.4.3.3 Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch

Von 393 Personen, die Angaben zur Inanspruchnahme der Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch machten, würden die meisten Frauen und Männer (32,1%) phytotherapeutische Präparate zur Therapie ihres unerfüllten Kinderwunsches „vielleicht“ in Anspruch nehmen. Gegen einen Behandlungsversuch mit phytotherapeutischen Präparaten entschieden sich 24,7% der Personen, wobei mehr Männer (N=57) als Frauen (N=40) sich gegen die Phytotherapie aussprachen. Für das Maß der Übereinstimmung wurde Kappa mit 0,212 berechnet. Die prozentuale Verteilung der einzelnen Kategorien bei Frauen und Männern gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 19: Kreuztabelle „Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch?“

„Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch?“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nein	Anzahl	40	57	97
	% von Geschlecht	20,3%	29,1%	24,7%
eher nicht	Anzahl	26	16	42
	% von Geschlecht	13,2%	8,2%	10,7%
vielleicht	Anzahl	58	68	126
	% von Geschlecht	29,4%	34,7%	32,1%
eher ja	Anzahl	18	13	31
	% von Geschlecht	9,1%	6,6%	7,9%
ja	Anzahl	55	42	97
	% von Geschlecht	27,9%	21,4%	24,7%
Gesamt	Anzahl	197	196	393
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Frauen wiesen einen etwas höheren Mittelwert als ihre Männer auf (Frauen: $M=3,11$; $SD=1,47$ vs. Männer: $M=2,83$; $SD=1,47$). Der Mittelwertunterschied war signifikant ($p=0,021$). Spearman-Rho ergab einen Wert von $0,471$ ($p<0,0005$). Die Angaben der Ehepartner waren somit positiv korreliert. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf Antwortkategorien bzgl. der Frage nach der Inanspruchnahme von Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch, getrennt nach dem Geschlecht.

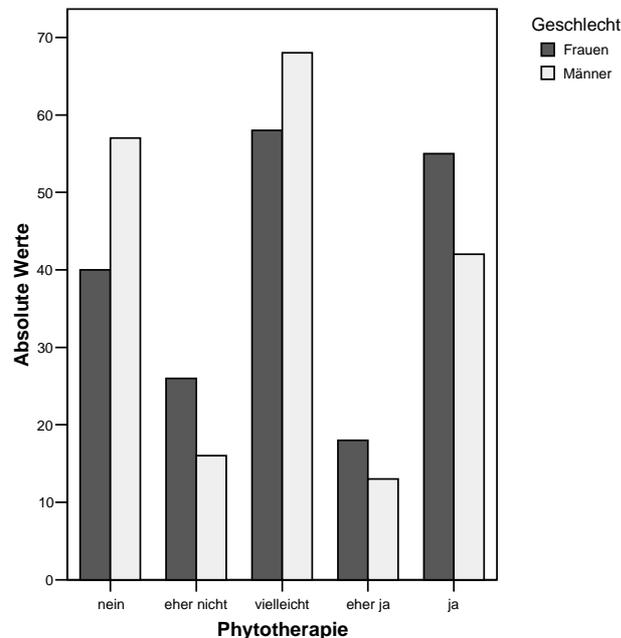


Abb. 25: Balkendiagramm „Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch?“

4.4.4 Fragestellung: „für wie wahrscheinlich halten Sie Nebenwirkungen bei folgenden Komplementärtherapien?“ (siehe Fragebogen im Anhang [Frage 14 im Abschnitt für die Frauen bzw. 13 im Abschnitt für die Männer])

Die Paare sollten sich zur Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie äußern. Es wurde eine Likert-Skala mit den folgenden fünf Antwortkategorien konstruiert: nicht wahrscheinlich (=1)/ kaum wahrscheinlich (=2)/ weniger wahrscheinlich (=3)/ wahrscheinlich (=4)/ sehr wahrscheinlich (=5).

4.4.4.1 Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Akupunktur

Von 394 Personen, die sich zur „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Akupunktur“ äußerten, wurde am häufigsten angegeben, dass sie Nebenwirkungen für „nicht wahrscheinlich“ (38,1%) bis „kaum wahrscheinlich“ (30,2%) halten. Lediglich 1,3% der Befragten waren der Meinung, dass Nebenwirkungen für „sehr wahrscheinlich“ einzustufen sind. Für Kappa errechnete sich ein Wert von $0,238$. Die prozentuale Verteilung der einzelnen Antwortkategorien, für Frauen und Männern getrennt, gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 20: Kreuztabelle „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Akupunktur?“

„Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Akupunktur?“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nicht wahrscheinlich	Anzahl	74	76	150
	% von Geschlecht	36,6%	39,6%	38,1%
kaum wahrscheinlich	Anzahl	67	52	119
	% von Geschlecht	33,2%	27,1%	30,2%
weniger wahrscheinlich	Anzahl	50	45	95
	% von Geschlecht	24,8%	23,4%	24,1%
wahrscheinlich	Anzahl	9	16	25
	% von Geschlecht	4,5%	8,3%	6,3%
sehr wahrscheinlich	Anzahl	2	3	5
	% von Geschlecht	1,0%	1,6%	1,3%
Gesamt	Anzahl	202	192	394
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Männer wiesen einen etwas höheren Mittelwert bei den verschiedenen Antwortkategorien als ihre Frauen auf (Frauen: $M=2,00$; $SD=0,94$ vs. Männer: $M=2,05$; $SD=1,05$). Der Mittelwertunterschied war nicht signifikant ($p=0,88$). Zusätzlich wurde bei der Angabe zur „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Akupunktur“ die Korrelation untersucht. Spearman-Rho ergab einen Wert von $0,375$ ($p<0,0005$). Die Einschätzungen der Ehepartner waren somit positiv korreliert. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf Antwortkategorien bei der Frage nach der „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Akupunktur“, getrennt nach dem Geschlecht.

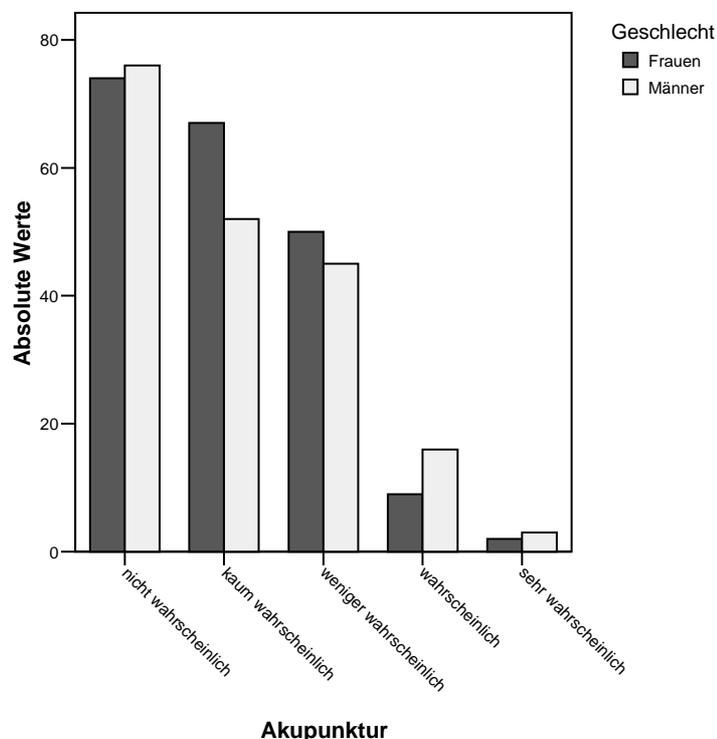


Abb. 26: Balkendiagramm „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Akupunktur?“

4.4.4.2 Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Homöopathie

Die Angaben der 390 Personen, die sich zur „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Homöopathie“ äußerten, verteilten sich zu ca. einem Drittel auf die Antwortkategorien „nicht wahrscheinlich“ (29,7%), „kaum wahrscheinlich“ (28,5%) und „weniger wahrscheinlich“ (30,3%). Lediglich 1,3% der Frauen und Männer hielten Nebenwirkungen für „sehr wahrscheinlich“. Für das Maß der Übereinstimmung, mit der sich die Frauen und Männer für die fünf unterschiedlichen Kategorien aussprachen, wurde Kappa mit 0,215 berechnet. Die prozentuale Verteilung der einzelnen Antwortkategorien, für Frauen und Männern getrennt, gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 21: Kreuztabelle „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Homöopathie?“

„Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Homöopathie?“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nicht wahrscheinlich	Anzahl	56	60	116
	% von Geschlecht	27,9%	31,7%	29,7%
kaum wahrscheinlich	Anzahl	60	51	111
	% von Geschlecht	29,9%	27,0%	28,5%
weniger wahrscheinlich	Anzahl	62	56	118
	% von Geschlecht	30,8%	29,6%	30,3%
wahrscheinlich	Anzahl	21	19	40
	% von Geschlecht	10,4%	10,1%	10,3%
sehr wahrscheinlich	Anzahl	2	3	5
	% von Geschlecht	1,0%	1,6%	1,3%
Gesamt	Anzahl	201	189	390
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Frauen wiesen einen etwas höheren Mittelwert bei den verschiedenen Antwortkategorien als ihre Männer auf (Frauen: $M=2,27$; $SD=1,014$ vs. Männer: $M=2,23$; $SD=1,055$). Der Mittelwertunterschied war nicht signifikant ($p=0,423$). Zusätzlich wurde bei der Angabe zur „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Homöopathie“ die Korrelation untersucht. Spearman-Rho ergab einen Wert von 0,300 ($p<0.0005$). Die Einschätzungen der Ehepartner waren somit positiv korreliert.

Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf Antwortkategorien, getrennt nach dem Geschlecht.

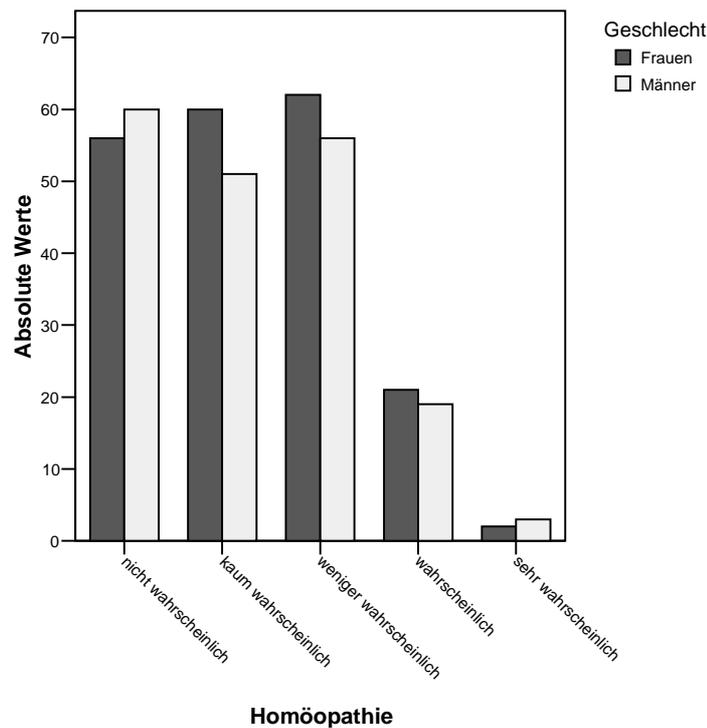


Abb. 27: Balkendiagramm „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Homöopathie?“

4.4.4.3 Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Phytotherapie

Von 340 Personen, die sich zur „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Phytotherapie“ äußerten, gaben die meisten der Befragten die Kategorie „nicht wahrscheinlich“ (27,4%) und „weniger wahrscheinlich“ (32,4%) an. Lediglich 2,1% der Frauen und Männer hielten Nebenwirkungen für „sehr wahrscheinlich“. Für das Maß der Übereinstimmung, mit der sich die Frauen und Männer für die fünf Antwortkategorien entschieden, wurde Kappa mit 0,260 berechnet. Die prozentuale Verteilung der einzelnen Antwortkategorien, für Frauen und Männern getrennt, gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 22: Kreuztabelle „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Phytotherapie?“

„Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Phytotherapie?“		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nicht wahrscheinlich	Anzahl	49	44	93
	% von Geschlecht	28,3%	26,3%	27,4%
kaum wahrscheinlich	Anzahl	42	43	85
	% von Geschlecht	24,3%	25,7%	25,0%
weniger wahrscheinlich	Anzahl	57	53	110
	% von Geschlecht	32,9%	31,7%	32,4%
wahrscheinlich	Anzahl	22	23	45
	% von Geschlecht	12,7%	13,8%	13,2%
sehr wahrscheinlich	Anzahl	3	4	7
	% von Geschlecht	1,7%	2,4%	2,1%
Gesamt	Anzahl	173	167	340
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Männer wiesen einen minimal höheren Mittelwert hinsichtlich der verschiedenen Antwortkategorien als ihre Frauen auf (Frauen: $M=2,35$; $SD=1,08$ vs. Männer: $M=2,40$; $SD=1,09$). Der Mittelwertunterschied war nicht signifikant ($p=0,650$). Zusätzlich wurde bei der Angabe zur „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei der Phytotherapie“ die Korrelation untersucht. Spearman-Rho ergab einen Wert von $0,326$ ($p<0,0005$). Die Einschätzungen der Ehepartner waren somit positiv korreliert. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf Kategorien, getrennt nach dem Geschlecht.

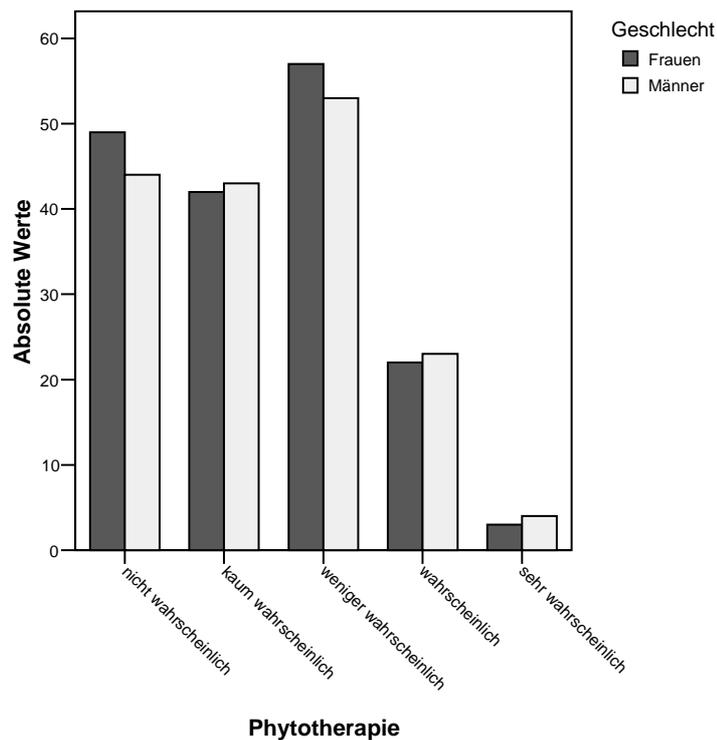


Abb. 28: Balkendiagramm „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Phytotherapie?“

4.4.5 „Wertschätzung“ - Nachweis eines Zusammenhanges

Für den Nachweis eines Zusammenhanges hinsichtlich der „Wertschätzung“ der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie wurde die Korrelation nach Spearman für die vier bearbeiteten Fragestellungen unter Punkt 4.4.1 bis 4.4.4 untersucht. Für Spearman-Rho ergaben sich Werte von $0,400$ bis $0,845$ (für alle Werte war der p -Wert $<0,0005$). Die relativ hohen positiven Korrelationen zeigen, dass die Befragten die drei untersuchten komplementären Therapien tendenziell gleichartig einschätzten. Die Tabellen 23 bis 26 stellen die Korrelationen nach Spearman - mit den ermittelten Werten für Spearman-Rho - bei den vier bearbeiteten Fragestellungen dar.

Tabelle 23: Korrelation nach Spearman für „Wirksamkeit von Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie“

„Wirksamkeit“			Akupunktur	Homöopathie	Phytotherapie
Spearman-Rho	Akupunktur	Korrelationskoeffizient	1,000	,605*	,561*
		Signifikanz (2-seitig)	.	,000	,000
		N	312	299	176
	Homöopathie	Korrelationskoeffizient		1,000	,587*
		Signifikanz (2-seitig)	,000	.	,000
		N	299	313	179
	Phytotherapie	Korrelationskoeffizient			1,000
		Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	.
		N	176	179	181

* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant

Tabelle 24: Korrelation nach Spearman für „Wissen über die Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie zur Behandlung der Kinderlosigkeit“

„Wissen“			Akupunktur	Homöopathie	Phytotherapie
Spearman-Rho	Akupunktur	Korrelationskoeffizient	1,000	,691*	,400*
		Signifikanz (2-seitig)	.	,000	,000
		N	419	416	413
	Homöopathie	Korrelationskoeffizient		1,000	,522*
		Signifikanz (2-seitig)	,000	.	,000
		N	416	416	413
	Phytotherapie	Korrelationskoeffizient			1,000
		Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	.
		N	413	413	413

* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant

Tabelle 25: Korrelation nach Spearman für „Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie als Optionen bei unerfülltem Kinderwunsch“

„Option bei unerfülltem Kinderwunsch“			Akupunktur	Homöopathie	Phytotherapie
Spearman-Rho	Akupunktur	Korrelationskoeffizient	1,000	,841*	,770*
		Signifikanz (2-seitig)	.	,000	,000
		N	416	413	392
	Homöopathie	Korrelationskoeffizient		1,000	,845*
		Signifikanz (2-seitig)	,000	.	,000
		N	413	413	392
	Phytotherapie	Korrelationskoeffizient			1,000
		Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	.
		N	392	392	393

* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant

Tabelle 26: Korrelation nach Spearman für „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie“

„Nebenwirkungen“			Akupunktur	Homöopathie	Phytotherapie
Spearman-Rho	Akupunktur	Korrelationskoeffizient	1,000	,709*	,676*
		Signifikanz (2-seitig)	.	,000	,000
		N	394	390	338
	Homöopathie	Korrelationskoeffizient		1,000	,720*
		Signifikanz (2-seitig)	,000	.	,000
		N	390	390	338
	Phytotherapie	Korrelationskoeffizient			1,000
		Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	.
		N	338	338	340

* Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant

4.4.6 „Ausmaß der Wertschätzung“

Die folgenden drei Grafiken illustrieren das „Ausmaß der Wertschätzung“ für die Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie, das anhand der Fragestellungen unter 4.4.1 bis 4.4.4 (diese entsprechen der Auswertung der Fragen 11 bis 14 im Abschnitt des Fragebogens für die Frau und der Fragen 10 bis 13 im Fragebogenabschnitt für den Mann [siehe Fragebogen im Anhang]) erfasst wurde.

Übersicht über den Inhalt der unter 4.4.1 bis 4.4.4 ausgewerteten Fragen:

Frage 11 (Fragebogenabschnitt Frau) bzw. 10 (Fragebogenabschnitt Mann): „wie schätzen Sie die Wirksamkeit der folgenden Komplementärtherapien ein?“

Frage 12 (Fragebogenabschnitt Frau) bzw. 11 (Fragebogenabschnitt Mann): „wussten Sie, dass man die Ursachen der Kinderlosigkeit mit folgenden Komplementärtherapien behandeln kann?“

Frage 13 (Fragebogenabschnitt Frau) bzw. 12 (Fragebogenabschnitt Mann): „würden Sie die folgenden Komplementärtherapien für die Behandlung ihres unerfüllten Kinderwunsches in Betracht ziehen?“

Frage 14 (Fragebogenabschnitt Frau) bzw. 13 (Fragebogenabschnitt Mann): „für wie wahrscheinlich halten Sie Nebenwirkungen bei folgenden Komplementärtherapien?“

Um eine Vergleichbarkeit zu erreichen, wurden die Fragen 12 und 14 (Fragebogenabschnitt Frau) und die Fragen 11 und 13 (Fragebogenabschnitt Mann) so umkodiert, dass auch bei diesen Fragen der Wert „5“ eine maximal positive Einstellung und „1“ eine minimal positive Einstellung repräsentiert. Außerdem wurden für die Fragen 12 (Fragebogenabschnitt Frau) bzw. 11 (Fragebogenabschnitt Mann) die Antwortkategorien „ich habe davon gehört“ und „ich habe darüber gelesen“ mit der Bewertung der Antwortkategorie „ja, wusste ich“ gleichgestellt. Die drei Antwortkategorien haben den Wert „5“ und die Kategorie „nein, wusste ich nicht“ hat den Wert „1“ zugeteilt bekommen.

Bei der Analyse fiel auf, dass die Männer bei allen vier Fragestellungen und bei allen drei Komplementärtherapien (Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie) weniger Zustimmung bzw. Kenntnis aufwiesen als die Frauen. Bei Frage 12 („Wissen“ über die drei komplementären Therapien zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches“) war ein deutlich kleinerer Mittelwert als bei den anderen drei Fragen zu verzeichnen. Außerdem wurde die Homöopathie von beiden Geschlechtern geringfügig weniger positiv eingeschätzt als die Akupunktur. Bei der Phytotherapie waren bei beiden Geschlechtern die niedrigsten Mittelwerte zu verzeichnen. In den folgenden Abbildungen (Abb. 29 bis 31) wurden auf der

x-Achse die jeweiligen Fragen mit den Nummern 11 bis 14 abgetragen (zur besseren Darstellbarkeit wurde lediglich die Nummerierung der Fragen aus dem Fragebogenabschnitt für die Frauen verwendet [11 bis 14 entspricht Frage 10 bis 13 im Fragebogenabschnitt der Männer]). Auf der y-Achse wurden die Mittelwerte der jeweiligen Antwortkategorien aufgeführt. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte geschlechtsspezifisch mit jeweils einer Kurve für die Männer und einer für die Frauen.

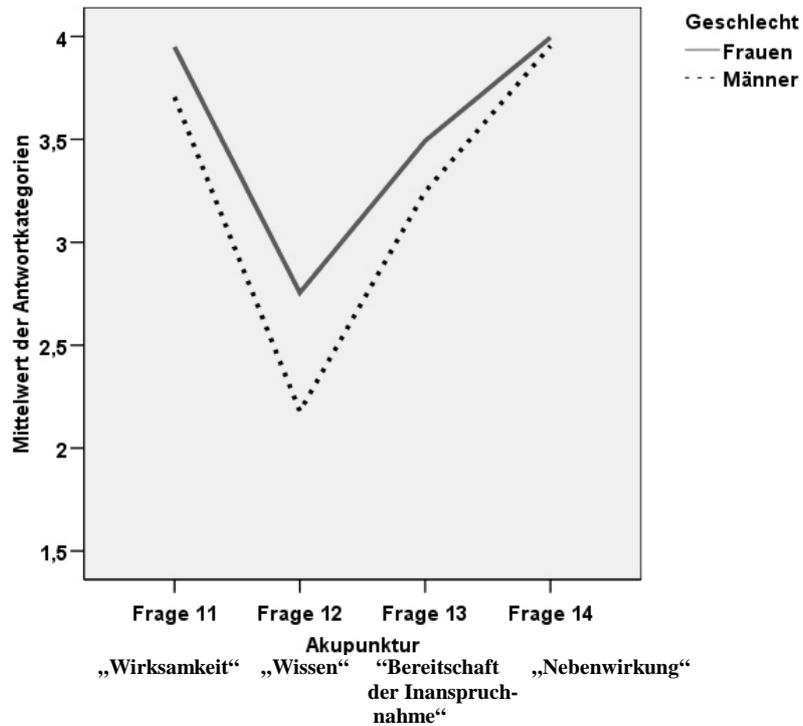


Abb. 29: Mittelwert der Antwortkategorien für Akupunktur

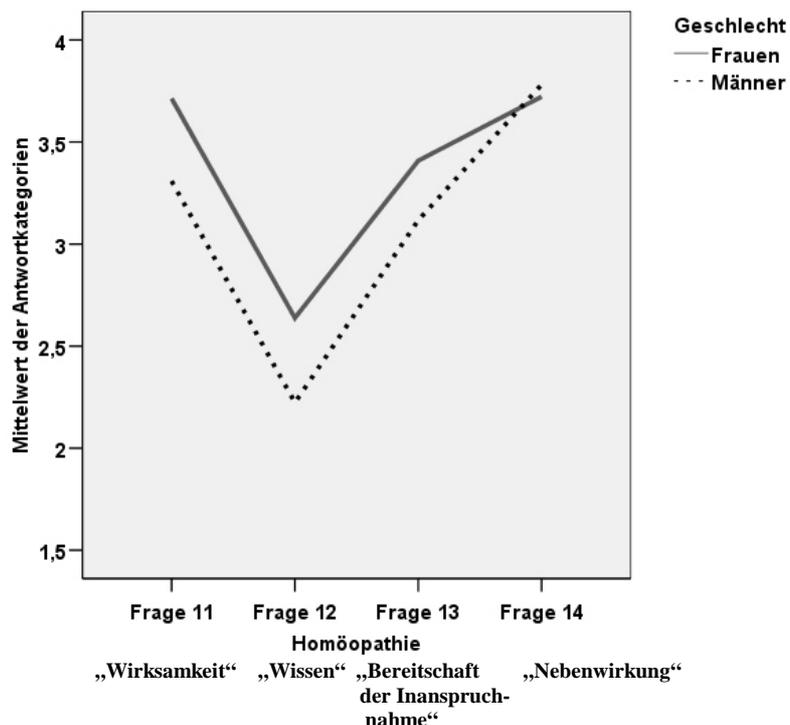


Abb. 30: Mittelwert der Antwortkategorien für Homöopathie

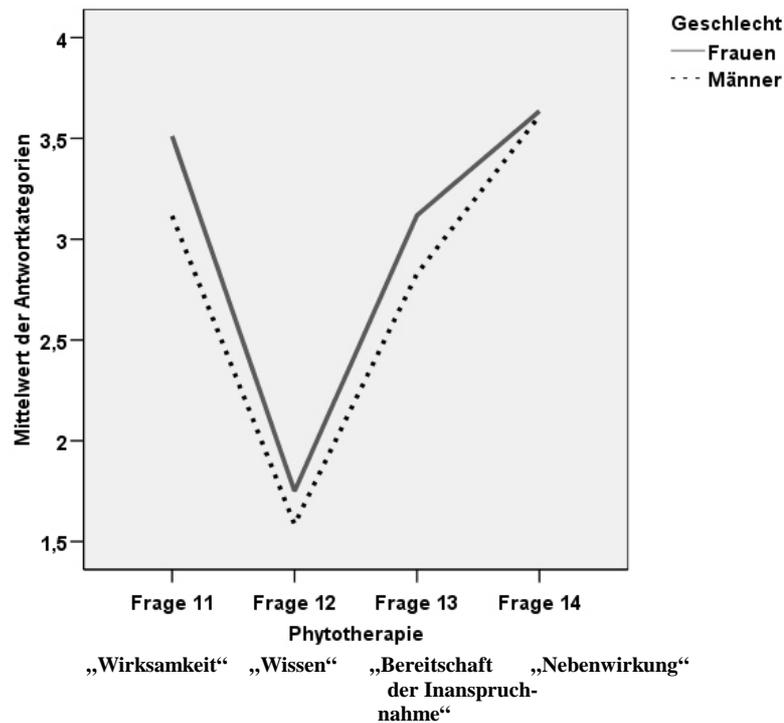


Abb. 31: Mittelwert der Antwortkategorien für Phytotherapie

4.5 „Erfahrungen“ mit komplementären Therapien

4.5.1 „Bekanntheit“ komplementärer Therapien

Den Befragten wurden ausgewählte komplementäre Therapien genannt, die sie nach ihrer „allgemeinen Bekanntheit“ mit „ja, ist mir bekannt“ oder „nein, ist mir nicht bekannt“ bewerten sollten. Von beiden Geschlechtern wurde am häufigsten die Akupunktur (Frauen: 76,4% vs. Männer: 69,5%), gefolgt von homöopathischen Anwendungen (Frauen: 69,8% vs. Männer: 63,0%) als bekannt beurteilt. 69,8% der Frauen nannten Entspannungstechniken, gefolgt von trad. phys. Therapien (65,8%). Von den Männern wurden trad. phys. Therapien mit 62,5% vor Entspannungstechniken (58,5%) als bekannt bewertet. Am wenigsten bekannt waren beiden Geschlechtern die Neuraltherapie (je 5,5%) sowie balneotherapeutische Anwendungen (Frauen: 4,5% vs. Männer: 5,5%).

Die folgenden Balkendiagramme stellen die prozentuale Verteilung der als bekannt beurteilten komplementären Therapien, getrennt nach dem Geschlecht, dar.

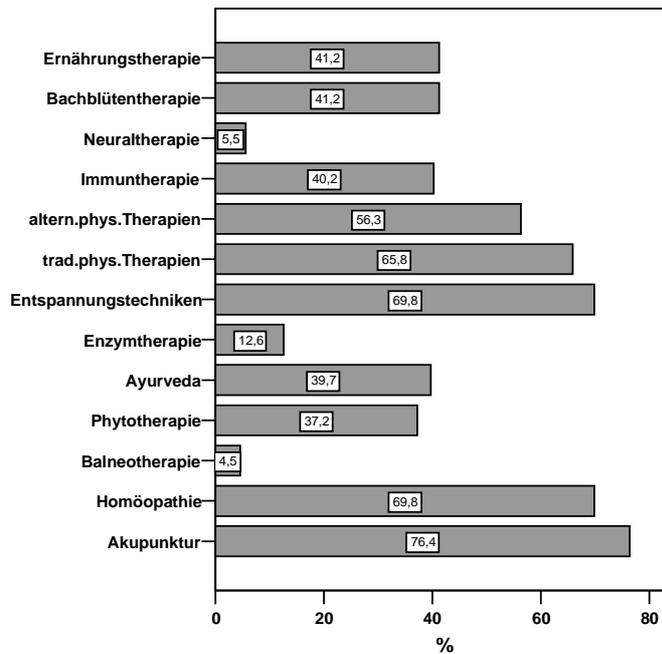


Abb. 32: Balkendiagramm „welche Komplementärtherapien sind Ihnen bekannt?“ (Frauen)

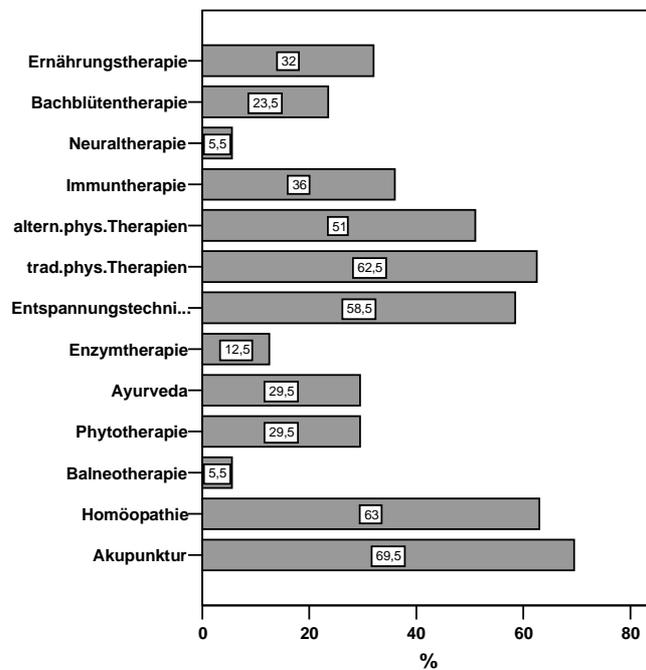


Abb. 33: Balkendiagramm „welche Komplementärtherapien sind Ihnen bekannt?“ (Männer)

Mit dem McNemar-Test wurde überprüft, ob Frauen und Männer bei der Frage nach der „Bekanntheit“ unterschiedlich oft mit „ja“ geantwortet haben. Bei acht von insgesamt 13 Komplementärtherapien waren die Häufigkeitsunterschiede signifikant ($p < 0,05$). Des Weiteren wurde der Kappa-Koeffizient nach Cohen berechnet, um abzuschätzen inwieweit die Befragten bzgl. der „Bekanntheit“ übereinstimmen. Die höchsten Werte für Kappa waren bei der Akupunktur, Homöopathie und altern.phys.Therapien zu verzeichnen.

Die folgende Tabelle stellt die Ergebnisse der McNemar-Tests und die jeweiligen Kappa-Koeffizienten dar.

Tabelle 27: McNemar-Test und Kappa-Koeffizient bzgl. der „Bekanntheit“

Komplementäre Therapie	McNemar-Test (p-Wert)	Kappa-Koeffizient nach Cohen (κ)
Akupunktur	0,029 *	0,545
Homöopathie	0,028 *	0,543
Balneotherapie	0,581	0,281
Phytotherapie	0,005 *	0,399
Ayurveda	0,005 *	0,375
Enzymtherapie	1,0	0,369
Entspannungstechniken	0,001 *	0,443
trad.phys.Therapien	0,302	0,494
altern.phys.Therapien	0,049 *	0,557
Immuntherapie	0,111	0,412
Neuraltherapie	1,0	0,422
Bachblütentherapie	0,0005 *	0,362
Ernährungstherapie	0,027 *	0,435

* diese p-Werte sind signifikant ($p < 0,05$)

Die Anzahl der als bekannt beurteilten Therapien reichte bei den Frauen und Männern von „keiner“ bekannten Therapie bis hin zur Bekanntheit von „allen“ aufgeführten komplementären Methoden (siehe Tabelle 47 und 48 im Tabellenanhang). Bei den Frauen belief sich der Mittelwert auf 5,54 (SD=3,85) und bei den Männern auf 4,79 (SD=3,83) als bekannt eingeschätzte komplementäre Therapien. Die Frauen gaben also im Mittel eine Therapie mehr an als die Männer. Um zu überprüfen, ob dieser Mittelwertsunterschied signifikant war, wurde ein T-Test für paarige Stichproben durchgeführt. Der T-Test wies einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Anzahl der als bekannt beurteilten Komplementärtherapien nach ($p < 0,0005$). Im nachfolgenden Boxplot-Diagramm sind auf der y-Achse die Anzahl der als bekannt beurteilten Therapien aufgetragen, die getrennt für beide Geschlechter mit Median und 25%- und 75%-Percentile dargestellt wurden.

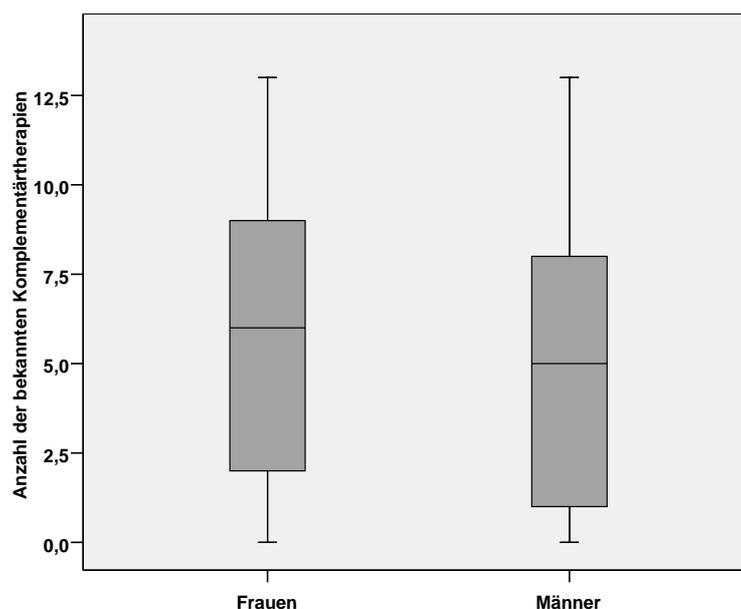


Abb. 34: Boxplot „Anzahl der als bekannt beurteilten komplementären Therapien“

4.5.2 Inanspruchnahme der Komplementärmedizin

Im Folgenden wurde untersucht, ob die Paare bereits komplementäre Verfahren in Anspruch nahmen und um welche Therapien es sich dabei genau gehandelt hat (Mehrfachnennungen waren möglich). Darüber hinaus wurde die Anzahl der bereits angewandten komplementären Verfahren analysiert sowie eine Auswertung hinsichtlich spezifischer Determinanten der Inanspruchnahme vorgenommen.

4.5.2.1 Bereits in Anspruch genommene komplementäre Therapien

Die Paare sollten angeben, ob sie schon einmal Komplementärmedizin in Anspruch genommen haben. Von 428 Personen (Männer: N=210; Frauen: N=218), die hier Angaben machten, verneinten die meisten der Befragten (64,5%; N=276) eine Inanspruchnahme. Insgesamt lag die Inanspruchnahme der befragten Personen bei 35,5%. 45,0% der befragten Frauen (N=98) hatten bereits komplementäre Therapien in Anspruch genommen und 25,7% der Männer (N=54). Die Häufigkeitsunterschiede der Frauen und Männer wurden mit einem Mc-Nemar-Test untersucht. Der Unterschied war höchst signifikant ($p < 0,0005$). Der Wert für Kappa ergab 0,322. Das folgende Balkendiagramm stellt die absoluten Häufigkeiten bzgl. der Inanspruchnahme komplementärer Therapien für Frauen und Männer getrennt dar.

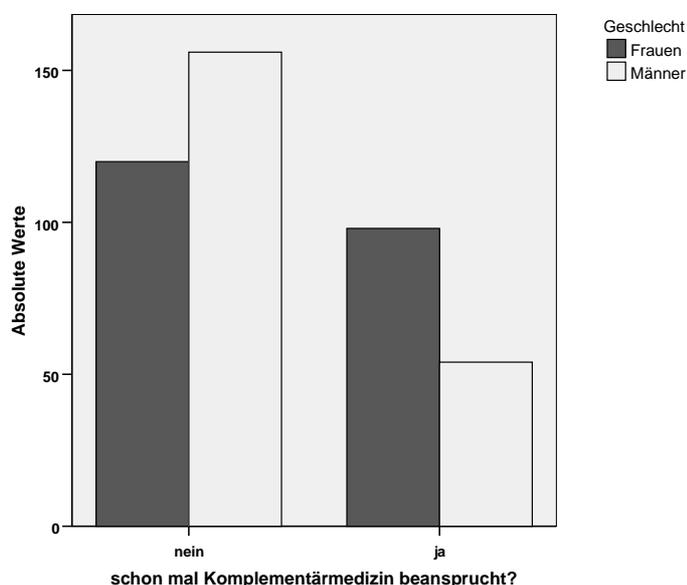


Abb. 35: Balkendiagramm „Inanspruchnahme von Komplementärmedizin“

Die Paare, die zuvor angaben Komplementärmedizin schon einmal in Anspruch genommen zu haben, sollten zusätzlich in einer offen formulierten Frage die bereits angewandten Komplementärtherapien benennen. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Die von den Personen in Anspruch genommenen Therapien wurden zum Teil bestimmten „komplementären Kategorien“ zugeteilt, um eine übersichtliche Darstellung zu erzielen.

Bei den Frauen und Männern wurden am häufigsten homöopathische Behandlungen (Frauen: 59,4% vs. Männer: 55,8%), gefolgt von Akupunkturwendungen (Frauen: 57,3% vs. Männer: 40,4%) genannt. Am seltensten wurden von den Frauen Ayurveda und ernährungstherapeutische Maßnahmen (zu je 2%) in Anspruch genommen und von den Männern Entspannungstechniken durchgeführt (1,9%). Die folgenden zwei Tabellen zeigen die bereits in Anspruch genommenen Komplementärtherapien getrennt nach dem Geschlecht sowie die jeweiligen Häufigkeitsverteilungen. Die komplementären Therapien, die unter die jeweilige „komplementäre Kategorie“ subsumiert wurden, wurden mit einer hochgestellten Zahl zusätzlich aufgeführt.

Tabelle 28: In Anspruch genommene Komplementärtherapien (Frauen)

In Anspruch genommene Komplementärtherapien (Frauen)	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Homöopathie	57	35,4%	59,4%
Akupunktur ¹	55	34,2%	57,3%
Phytotherapie	7	4,3%	7,3%
Ayurveda	2	1,2%	2,0%
Ernährungstherapie	2	1,2%	2,0%
Physiotherapie, einschließlich Massageverfahren ²	12	7,5%	12,5%
Entspannungstechniken	5	3,1%	5,2%
andere „medikamentöse“ Therapien ³	12	7,5%	12,5%
physikalische Therapien ⁴	9	5,6%	9,4%
Gesamt	161	100,0%	167,7% (•)

• durch Mehrfachantworten bedingt

¹ die Moxibution wurde einmal genannt

² Massageverfahren (Fußreflexzonenmassage, Klassische Massage, Lymphdrainage, Kneipp- Behandlung)

³ Bachblütentherapie, Eigenblutbehandlung, Immuntherapie, Vitalkur

⁴ Klangschalenterapie, Farbtherapie, Sauerstofftherapie, Bioresonanztherapie, Darmspülung, Osteopathie, Dorntherapie

Tabelle 29: In Anspruch genommene Komplementärtherapien (Männer)

In Anspruch genommene Komplementärtherapien (Männer)	Antworten		Prozent der Fälle
	N	Prozent	
Homöopathie	29	38,2%	55,8%
Akupunktur	21	27,6%	40,4%
Phytotherapie	2	2,6%	3,8%
Ayurveda	2	2,6%	3,8%
Physiotherapie, einschließlich Massageverfahren ¹	8	10,5%	15,4%
andere „medikamentöse“ Therapien ²	6	7,9%	11,5%
physikalische Therapien ³	5	6,6%	9,6%
Entspannungstechniken ⁴	1	1,3%	1,9%
Ernährungstherapie	2	2,6%	3,8%
Gesamt	76	100,0%	146,2% (•)

• durch Mehrfachantworten bedingt

¹ Massageverfahren (Fußreflexzonenmassage, Klassische Massage, Kinesiologie)

² Bachblütentherapie, Eigenblutbehandlung, Immuntherapie, Baseninfusion, Injektionen zur Muskelentspannung

³ Bioresonanztherapie, Osteopathie, Dorntherapie

⁴ QiGong

4.5.2.2 Anzahl der in Anspruch genommenen komplementären Therapien

Zusätzlich wurde die Anzahl der bereits in Anspruch genommenen Therapien bestimmt. Bei den Frauen ergab sich ein Minimum von „keiner“ bis hin zu „neun“ bereits durchgeführten komplementären Methoden ($M=0,79$; $SD=1,24$), wobei mehrere Angaben dieselbe „komplementäre Kategorie“ betrafen (siehe Tabelle 49 im Tabellenanhang). Z.B. wurde bei der Frau mit den neun genannten Therapien nur sechs Kategorien unterschieden. Die meisten Frauen hatten mit 55,8% ($N=120$) noch nie eine komplementäre Therapie angewandt. Rund ein Viertel der befragten Frauen ($N=54$) hatten bereits Erfahrung mit zumindest einer komplementären Therapie gemacht. Das folgende Balkendiagramm zeigt die prozentuale Verteilung bzgl. der Anzahl der in Anspruch genommenen komplementären Therapien bei den Frauen.

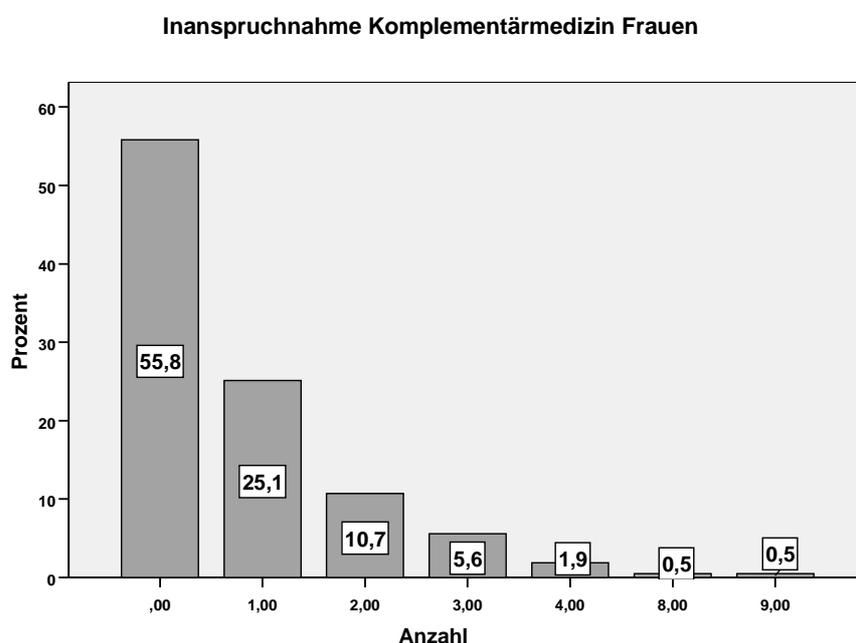


Abb. 36: Balkendiagramm „Anzahl in Anspruch genommene Komplementärtherapien“ (Frauen)

Bei den Männern ergab sich bei der Anzahl der genannten Komplementärtherapien ein Minimum von „keiner“ bis hin zu „drei“ bereits in Anspruch genommenen komplementären Methoden ($M=0,35$; $SD=0,70$), wobei auch hier mehrere Angaben dieselbe „komplementäre Kategorie“ betrafen (siehe Tabelle 50 im Tabellenanhang). Es wurde deutlich, dass auch die meisten Männer mit 75,4% ($N=156$) noch nie eine komplementäre Therapie anwandten. Außerdem fiel auf, dass die Männer mit 16,4% ($N=34$) seltener als ihre Partnerinnen zumindest eine komplementäre Therapie durchführten. Das folgende Balkendiagramm zeigt die prozentuale Verteilung bzgl. der Anzahl der in Anspruch genommenen Therapien bei den Männern.

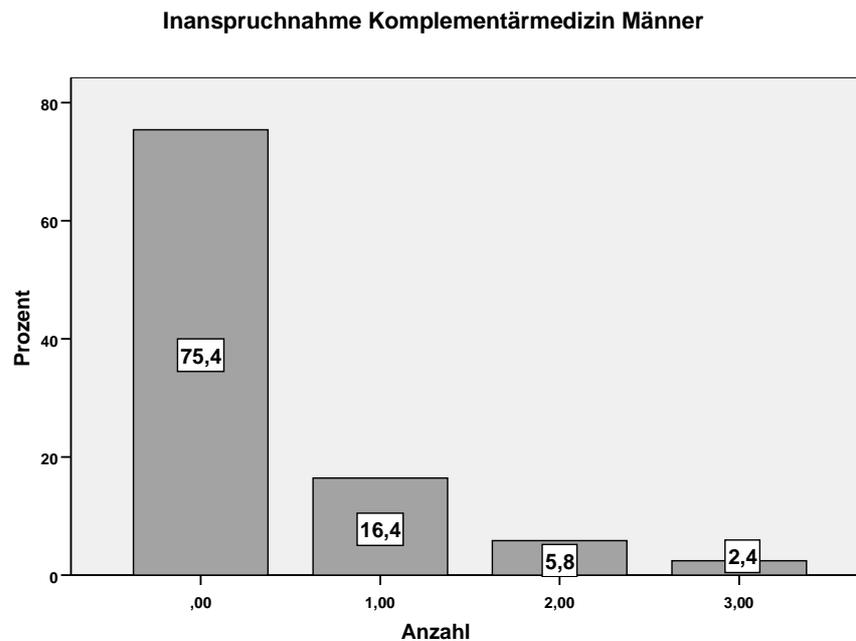


Abb. 37: Balkendiagramm „Anzahl in Anspruch genommene Komplementärtherapien“ (Männer)

4.5.2.3 Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens

Es wurde zusätzlich eine Analyse des Verhaltens der Inanspruchnehmer komplementärer Therapien im Vergleich zu den Nicht-Inanspruchnehmern durchgeführt. Dazu wurden soziodemographische Charakteristika, Komponenten der Krankheitsvorgeschichte, das Gesundheitsverhalten sowie die Anzahl der bereits angewandten komplementären Therapien hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens untersucht. Anschließend wurde eine multiple Regression durchgeführt.

4.5.2.3.1 Soziodemographische Charakteristika und Inanspruchnahmeverhalten

Es wurde der Einfluss soziodemographischer Charakteristika wie das Alter, Geschlecht, Schulabschluss und Berufstätigkeit auf die Inanspruchnahme komplementärer Verfahren untersucht.

Alter: Die Inanspruchnehmer (N=152; M=36; SD=4,8) waren im Mittel um ein Jahr älter als die Nicht-Inanspruchnehmer (N=275; M=35; SD=5,0). Es ließ sich kein signifikanter Einfluss des Alters auf das Inanspruchnahmeverhalten nachweisen.

Geschlecht: Unter den Inanspruchnehmern lag der Frauenanteil bei 64,1% (N=98) und der Anteil der Männer bei 35,9% (N=55) (siehe Tabelle 51 im Tabellenanhang). Die Quote der männlichen Nicht-Inanspruchnehmer lag bei 56,5% (156) vs. 43,4% der Frauen (N=120). Das Inanspruchnahmeverhalten wurde höchst signifikant vom weiblichen Geschlecht beeinflusst ($p < 0,0005$).

Schulabschluss: Das Inanspruchnahmeverhalten wurde signifikant vom Schulabschluss beeinflusst ($p < 0,0005$). Die meisten Inanspruchnehmer komplementärer Therapien hatten einen Realschulabschluss (26,3%) oder einen Hochschulabschluss (25,7%) absolviert. Unter den Nicht-Inanspruchnehmern wurde am häufigsten ein Realschulabschluss (34,2%), gefolgt von einem Abschluss der Polytechnischen Oberschule (22,5%) abgelegt (siehe Tabelle 52 im Tabellenanhang). Die Unterschiede zwischen den Schulabschlüssen der Inanspruchnehmer und Nicht-Inanspruchnehmer waren signifikant.

Betrachtet man die Schulabschlüsse und die Inanspruchnahme getrennt nach dem Geschlecht (siehe Tabelle 53 im Tabellenanhang), so zeigte sich ein höchst signifikanter Unterschied bei den Frauen ($p < 0,0005$). Bei den Männern waren die Unterschiede hingegen nicht signifikant. Deshalb wurde zusätzlich für den Schulabschluss untersucht, ob eine vermehrte Inanspruchnahme komplementärer Therapien bei Frauen mit einem höheren Bildungsniveau zu verzeichnen war. Dazu wurden die Frauen, die mindestens eine Fachhochschulreife hatten, als „gebildet“ bezeichnet und mit denen verglichen, die einen niedrigeren Schulabschluss ablegten und ebenfalls komplementäre Therapien in Anspruch nahmen (siehe Tabelle 54 im Tabellenanhang). Dabei zeigte sich, dass von den gebildeten Frauen bereits 60,4% komplementäre Therapien nutzten, im Gegensatz zu 27,3% nicht so hoch gebildeter Frauen. Dieser Unterschied zwischen den Frauen mit unterschiedlichem Bildungsniveau war höchst signifikant ($p < 0,0005$). Außerdem wurde die Odds Ratio bestimmt, um die Stärke des Zusammenhanges zwischen den gebildeten Frauen, die komplementäre Therapien anwandten, mit dem Rest der Befragten zu analysieren. Dabei zeigte sich ein sehr hoher Wert für die OR von 4. Das bedeutet, dass gebildete Frauen vier Mal so häufig komplementäre Therapien in Anspruch nahmen als alle anderen Personen dieser Untersuchung.

Berufstätigkeit: Bei der Untersuchung des Inanspruchnahmeverhaltens hinsichtlich der Berufstätigkeit (siehe Tabelle 55 im Tabellenanhang) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Inanspruchnehmern und den Nicht-Inanspruchnehmern. Um den Einfluss des Geschlechts zu ermitteln, wurde eine logistische Regression mit den Faktoren „Geschlecht“ und „Berufstätigkeit“ als unabhängige Variablen durchgeführt (siehe Tabelle 19 im Tabellenanhang). Eine Signifikanz konnte nicht dokumentiert werden.

4.5.2.3.2 Faktoren der Krankheitsvorgeschichte und Inanspruchnahmeverhalten

Kinderwunschdauer: Die Kinderwunschdauer (in Monaten) wurde bzgl. des Inanspruchnahmeverhaltens untersucht. Bei den Nicht-Nutzern ($N=271$; $M=53$; $SD=31,6$) komplementärer Therapien bestand der Kinderwunsch bereits seit einem Monat länger als bei den Nutzern ($N=148$; $M=52$; $SD=32,6$). Eine Signifikanz lag nicht vor.

Dauer der ärztlichen Behandlung: Als weiterer Einflussfaktor auf das Inanspruchnahmeverhalten wurde die Dauer (in Monaten) der ärztlichen Behandlung betrachtet. Die Nicht-Nutzer (N=265; M=29; SD=22,4) waren bereits zwei Monate länger in ärztlicher Behandlung als die Nutzer komplementärer Therapien (N=145; M=27; SD=22,1). Der Unterschied war nicht signifikant.

4.5.2.3.3 Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten

Es wurde untersucht, ob das Gesundheitsverhalten einen Einfluss auf die Inanspruchnahme komplementärer Therapien ausübt. Dazu wurden die von den Inanspruchnehmern und Nicht-Inanspruchnehmern erreichten Werte im Gesundheitsverhaltensscore miteinander verglichen. Zusätzlich wurden persönliche Lebensgewohnheiten als Faktoren des Gesundheitsverhaltens genauer betrachtet.

4.5.2.3.3.1 „Wert im Gesundheitsverhaltensscore“

Die Personen, die komplementäre Verfahren in Anspruch nahmen, wiesen einen höheren Mittelwert im Gesundheitsverhaltensscore und somit ein besseres Gesundheitsverhalten (N=152; M=3,3; SD=3,0) als die Nicht-Inanspruchnehmer (N=276; M=1,6; SD=3,5) auf. Es zeigte sich, dass die Inanspruchnahme komplementärer Therapien signifikant vom Gesundheitsverhalten beeinflusst wurde ($p < 0,0005$).

4.5.2.3.3.2 Persönliche Lebensgewohnheiten als Faktoren des Gesundheitsverhaltens

Wie bereits oben dargestellt, erwies sich ein positives Gesundheitsverhalten als signifikanter Faktor bei der Inanspruchnahme komplementärer Therapien. Der Gesundheitsverhaltensscore setzte sich aus unterschiedlichen Faktoren zusammen, die zusätzlich - getrennt voneinander - hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens untersucht wurden.

Inanspruchnahme und „Rauchen“

Unter den Inanspruchnehmern komplementärer Therapien rauchten 14,8% und unter den Nicht-Inanspruchnehmern 25,5% (siehe Tabelle 56 im Tabellenanhang). Der Unterschied war signifikant.

Inanspruchnahme und „Alkoholkonsum“

Die Inanspruchnehmer komplementärer Therapien konsumierten mit 16,1% etwas mehr Alkohol als die Nicht-Inanspruchnehmer mit 13,0% (siehe Tabelle 57 im Tabellenanhang). Der Unterschied war nicht signifikant.

Inanspruchnahme und „ausgewogene Ernährung“

83,1% der Inanspruchnehmer und 65,6% der Nicht-Inanspruchnehmer achteten auf eine ausgewogene Ernährung (siehe Tabelle 58 im Tabellenanhang). Der Unterschied war höchst signifikant ($p < 0,0005$).

Inanspruchnahme und „Körpergewicht“

Unter den Nutzern komplementärer Therapien achteten 79,3% auf ihr Körpergewicht und unter den Nicht-Nutzern 67,2% (siehe Tabelle 59 im Tabellenanhang). Der Unterschied war signifikant.

Inanspruchnahme und „BMI“

Es zeigte sich bei den Nicht-Nutzern ein BMI im Mittel von 25,9 und bei den Nutzern von 25,05 (siehe Tabelle 60 im Tabellenanhang). Der T- Test für unabhängige Stichproben zeigte keine Signifikanz hinsichtlich des Unterschiedes des BMI-Wertes bei beiden Gruppen.

Inanspruchnahme und „auf ausreichend Schlaf achten“

Unter den Inanspruchnehmern achteten 85,2% auf ausreichend Schlaf und unter den Nicht-Inanspruchnehmern 76,0% (siehe Tabelle 61 im Tabellenanhang). Der Unterschied war signifikant.

Inanspruchnahme und „regelmäßig Sport treiben“

44% der Inanspruchnehmer und 33,5% der Nicht-Inanspruchnehmer trieben regelmäßig Sport (siehe Tabelle 62 im Tabellenanhang). Der Unterschied war signifikant.

Inanspruchnahme und „Entspannungsübungen“

13,3% der Inanspruchnehmer und 5,5% der Nicht-Inanspruchnehmer führten regelmäßig Entspannungsübungen durch (siehe Tabelle 63 im Tabellenanhang). Der Unterschied war signifikant.

Inanspruchnahme und „regelmäßige Check-up/ Vorsorgeuntersuchungen“

Die Inanspruchnehmer gaben in 66,4% der Fälle an, dass sie regelmäßig zu Check-up bzw. Vorsorgeuntersuchungen gehen; unter den Nicht-Inanspruchnehmern waren es 52,6% (siehe Tabelle 64 im Tabellenanhang). Der Unterschied war signifikant.

Inanspruchnahme und „privat u./o. beruflich viel Stress“

59,9% der Nutzer komplementärer Therapien und 64,4% der Nicht-Nutzer klagten über privaten u./o. beruflichen Stress (siehe Tabelle 65 im Tabellenanhang). Der Unterschied war nicht signifikant.

4.5.2.3.4 „Kenntnis“ und Inanspruchnahmeverhalten

Bei der Auswertung der „Anzahl der als bekannt beurteilten komplementären Therapien“ zeigte sich, dass die Inanspruchnehmer (N=152; M=7,1; SD=3,1) im Durchschnitt drei Therapien mehr kannten als die Nicht-Inanspruchnehmer (N=267; M=4,1; SD=3,8). Der Unterschied bzgl. der Anzahl der Therapien und dem Inanspruchnahmeverhalten war höchst signifikant ($p < 0,0005$).

4.5.2.3.5 Multiple Regression

Zu den zuvor untersuchten Faktoren (Kinderwunschdauer, Dauer der ärztlichen Behandlung, Schulabschluss, Gesundheitsverhalten, Geschlecht, Alter, Anzahl der als bekannt beurteilten Therapien) wurde ein multiples Regressionsmodell erstellt. Dieses Modell sollte überprüfen, ob die einzelnen Faktoren als unabhängige Variable gemeinsam betrachtet immer noch einen signifikanten bzw. nicht signifikanten Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten ausüben.

Die Signifikanz der bereits zuvor ermittelten Faktoren (Schulabschluss, Gesundheitsverhalten, Geschlecht, Anzahl der als bekannt beurteilten Therapien) wurde im Rahmen der multiplen Regression bestätigt. Die folgende Tabelle zeigt die untersuchten Determinanten.

Tabelle 30: Multiple Regression zu den Faktoren des Inanspruchnahmeverhaltens

Determinanten der Inanspruchnahme	Regressionskoeffizient	Standardfehler	Signifikanz
Kinderwunschdauer	,000	,005	,960
Dauer der ärztlichen Behandlung	-,003	,007	,627
Schulabschluss*	,119	,049	,015
Wert im Gesundheitsverhaltensscore*	,090	,040	,024
Geschlecht*	-,653	,270	,016
Alter	,027	,026	,306
Anzahl der als bekannt beurteilten komplementären Therapien*	,183	,034	,000

*signifikante Einflussfaktoren auf das Inanspruchnahmeverhalten

4.5.3 Beurteilung der in Anspruch genommenen Komplementärtherapien

Die Paare sollten ihre „Zufriedenheit“ mit den bereits in Anspruch genommenen komplementären Therapien beurteilen. Um die persönliche Einstellung zur „Zufriedenheit“ zu ermitteln, wurden den Befragten Likert-skalierte Antwortkategorien vorgelegt. Den rangskalierten Antworten wurden natürliche Zahlen zugeordnet. Eine Aussage und die auf der Antwortskala gewählte Zahl stellten einen Indikator für die Einstellung dar.

Die Likert-Skala zur Zufriedenheit enthielt folgende fünf Kategorien: nicht zufrieden (=1)/ weniger zufrieden (=2)/ weitgehend zufrieden (=3)/ zufrieden (=4)/ sehr zufrieden (=5). 33,9% (N=151) der Teilnehmer machten Angaben zur Frage nach der „Zufriedenheit“. Dabei zeigte sich, dass die meisten Männer und Frauen (je 37,0%) mit der komplementären Therapie „zufrieden“ waren. Ein Drittel der Frauen (N=33) und ca. ein Viertel der Männer (N=12) waren sogar „sehr zufrieden“. Außerdem fiel auf, dass nur 6,6% der Personen (N=10) „nicht zufrieden“ mit der komplementärmedizinischen Behandlung waren.

Die prozentuale Verteilung bzgl. der einzelnen Antwortkategorien gibt die folgende Tabelle wieder.

Tabelle 31: Kreuztabelle „Zufriedenheit“ mit komplementärmedizinischer Behandlung

„Zufriedenheit“ mit komplementärmedizinischer Behandlung		Geschlecht		Gesamt
		Frauen	Männer	
nicht zufrieden	Anzahl	5	5	10
	% von Geschlecht	5,2%	9,3%	6,6%
weniger zufrieden	Anzahl	8	7	15
	% von Geschlecht	8,2%	13,0%	9,9%
weitgehend zufrieden	Anzahl	15	10	25
	% von Geschlecht	15,5%	18,5%	16,6%
zufrieden	Anzahl	36	20	56
	% von Geschlecht	37,1%	37,0%	37,1%
sehr zufrieden	Anzahl	33	12	45
	% von Geschlecht	34,0%	22,2%	29,8%
Gesamt	Anzahl	97	54	151
	% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Die Frauen wiesen einen etwas höheren Mittelwert bei der „Zufriedenheit“ auf als die Männer (Frauen: $M=3,87$; $SD=1,133$ vs. Männer: $M=3,53$; $SD=1,245$). Der Wilcoxon-Test ergab, dass der Mittelwertunterschied zwischen den Geschlechtern signifikant war ($p=0,007$). Für die Einschätzung der „Zufriedenheit“ wurde die Korrelation untersucht. Spearman-Rho ergab einen Wert von $0,355$ ($p<0,0005$). Die Einschätzung der Ehepartner war somit positiv korreliert. Das folgende Balkendiagramm zeigt die absoluten Häufigkeiten der fünf unterschiedlichen Antwortkategorien bei der Frage nach der „Zufriedenheit“, getrennt nach dem Geschlecht.

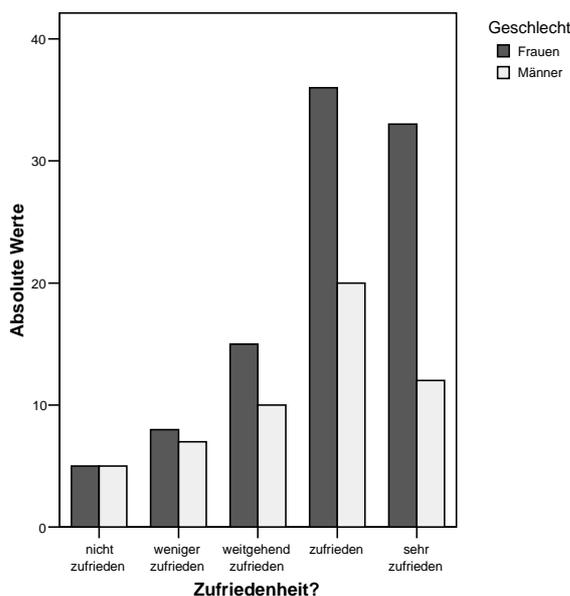


Abb. 38: Balkendiagramm „Zufriedenheit mit komplementärmedizinischer Behandlung?“

4.5.4 Vorbehalte hinsichtlich komplementärer Therapien

Den Paaren wurden vier Aussagen zu komplementären Therapien angeboten, die sie mit „ja“ oder „nein“ beurteilen sollten. Dabei sollte vor allem die Meinung der Teilnehmer zu möglichen Vorbehalten hinsichtlich der Inanspruchnahme komplementärer Therapien untersucht werden.

4.5.4.1 „komplementäre Behandlungsmethoden nur Placeboeffekt“

Von 389 Personen, die hier eine Angabe machten, waren die meisten Paare nicht der Ansicht, dass die Wirkung von komplementären Therapien auf einen Placeboeffekt zurückzuführen sei (Männer: 71,3% [N=134] vs. Frauen: 84,6% [N=170]) (siehe Tabelle 66 im Tabellenanhang). Die Häufigkeitsunterschiede der Frauen und Männer wurden mit einem Mc-Nemar-Test untersucht. Der Unterschied war signifikant ($p=0,002$). Der Wert für Kappa ergab 0,207. Das folgende Balkendiagramm stellt die absoluten Häufigkeiten der beiden Antwortmöglichkeiten, für Frauen und Männer getrennt, dar.

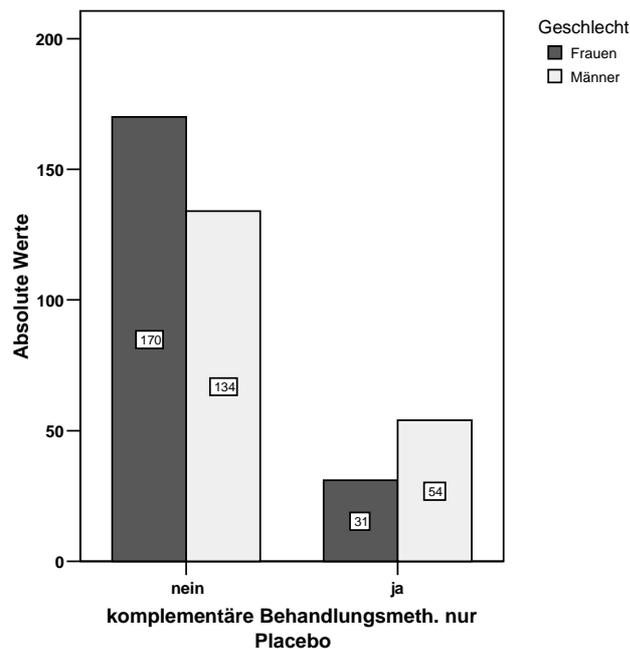


Abb. 39: Balkendiagramm „komplementäre Behandlungsmethoden nur Placeboeffekt“

4.5.4.2 „Komplementärmedizin nur als letzte Möglichkeit“

Dass Komplementärmedizin nur als „letzte Möglichkeit“ in Anspruch genommen wird, verneinten die meisten Befragten (Gesamt: 58%,0; N=240; Frauen: 64,2%; Männer: 51,5%) der insgesamt 414 Personen, die sich hier äußerten. Für Frauen kamen komplementärmedizinische Therapien häufiger als für ihre Partner nicht nur als „letzte Möglichkeit“ in Betracht (siehe Tabelle 67 im Tabellenanhang). Die Häufigkeitsunterschiede der Frauen und Männer wurden mit einem Mc-Nemar-Test untersucht. Der Unterschied war signifikant ($p=0,003$). Der Wert für Kappa ergab 0,329.

Das folgende Balkendiagramm stellt die absoluten Häufigkeiten der beiden Antwortmöglichkeiten, für Frauen und Männer getrennt, dar.

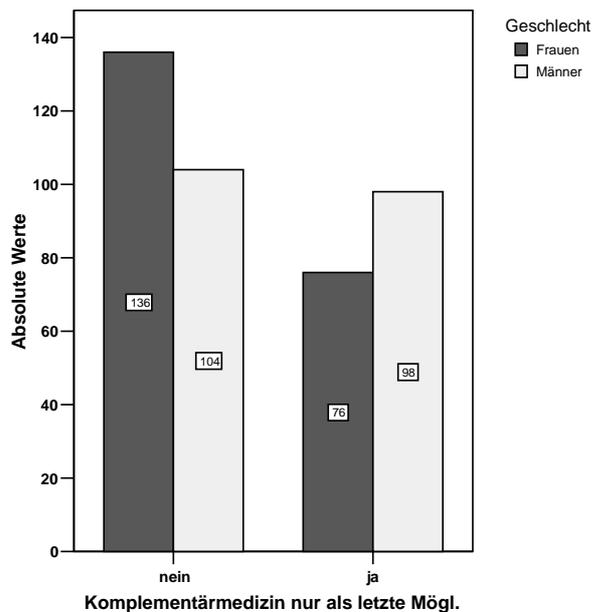


Abb. 40: Balkendiagramm „Komplementärmedizin nur als letzte Möglichkeit“

4.5.4.3 „keine Akupunktur, da Angst vor Nadeln“

392 Personen äußerten sich hinsichtlich der Aussage „eine Akupunkturbehandlung wegen Angst vor Nadeln abzulehnen“. Dabei verneinten dies 347 (88,5%) Befragte und lediglich 45 (11,5%) antworteten mit „ja“. Dabei gaben mehr Männer (13,6%) als Frauen (9,5%) an, dass sie die Akupunktur aufgrund einer „Angst vor Nadeln“ ablehnen würden (siehe Tabelle 68 im Tabellenanhang). Die Häufigkeitsunterschiede der Frauen und Männer wurden mit einem McNemar-Test untersucht. Der Unterschied war nicht signifikant ($p=0,230$). Der Wert für Kappa ergab 0,315. Das folgende Balkendiagramm stellt die absoluten Häufigkeiten der beiden Antwortmöglichkeiten, für Frauen und Männer getrennt, dar.

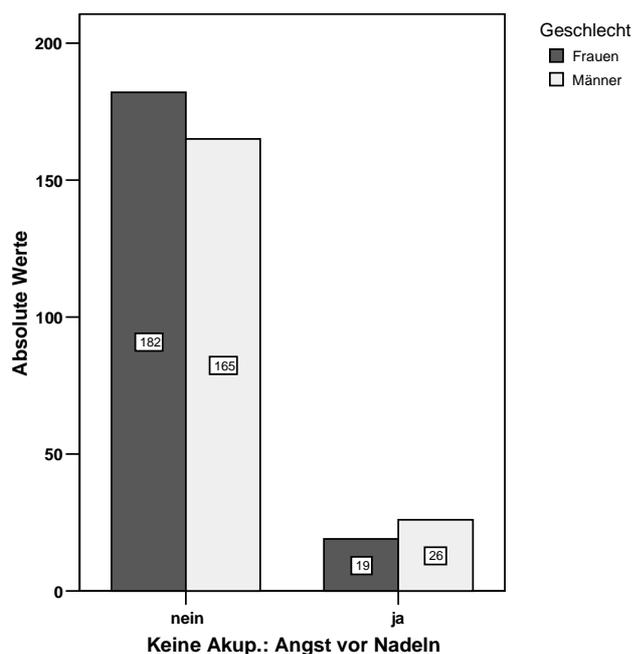


Abb. 41: „keine Akupunktur, da Angst vor Nadeln“

4.5.4.4 „keine Homöopathie oder Phytotherapie, da Angst vor Allergien“

381 Befragte machten hier eine Angabe. Dabei gaben 93,4% (356) der Befragten an (Frauen: 95,4% vs. Männer: 91,3%), dass sie eine homöopathische oder phytotherapeutische Behandlung aufgrund einer „Angst vor Allergien“ nicht ablehnen würden (siehe Tabelle 69 im Tabellenanhang). Die Häufigkeitsunterschiede der Frauen und Männer wurden mit einem Mc-Nemar-Test untersucht. Der Unterschied war nicht signifikant ($p=0,167$). Der Wert für Kappa ergab 0,044. Das folgende Balkendiagramm stellt die absoluten Häufigkeiten der beiden Antwortmöglichkeiten, für Frauen und Männer getrennt, dar.

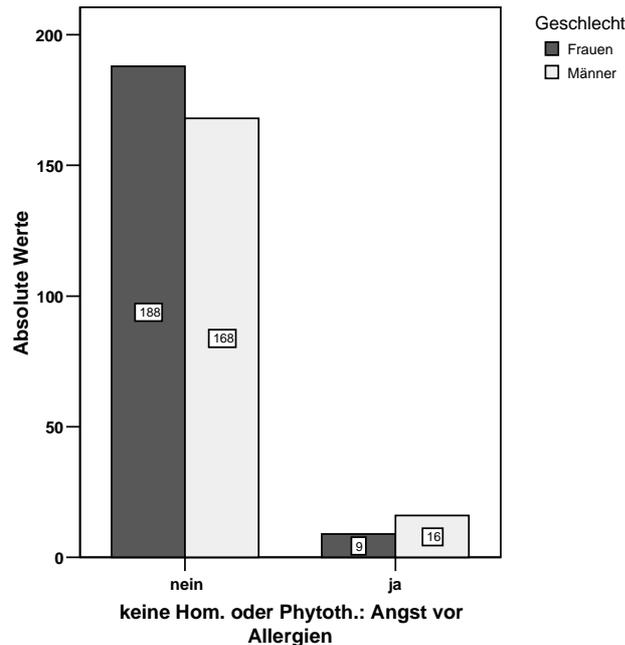


Abb. 42: „keine Homöopathie oder Phytotherapie, da Angst vor Allergien“

4.5.5 Informationsquellen

Den Paaren wurden verschiedene Informationsquellen genannt, die sie mit „ja“ oder „nein“ bzgl. der Inanspruchnahme bewerten sollten. 51,4% der Männer gaben an, dass sie sich bislang noch keine Informationen zu dieser Thematik einholten; bei den Frauen waren es lediglich 32,7%. Die meisten Frauen und Männer nutzten die Informationsquelle „Bücher u./o. Zeitschriften“ (Frauen: 72,0%) vs. Männer: 45,2%), gefolgt von „bei Freunden/Bekanntem informiert“ (Frauen: 53,6% vs. Männer: 35,5%) (siehe Tabelle 70 bis 75 im Tabellenanhang).

Das folgende Balkendiagramm stellt die prozentualen Verteilungen der einzelnen Informationsquellen, für Frauen und Männer getrennt, dar.

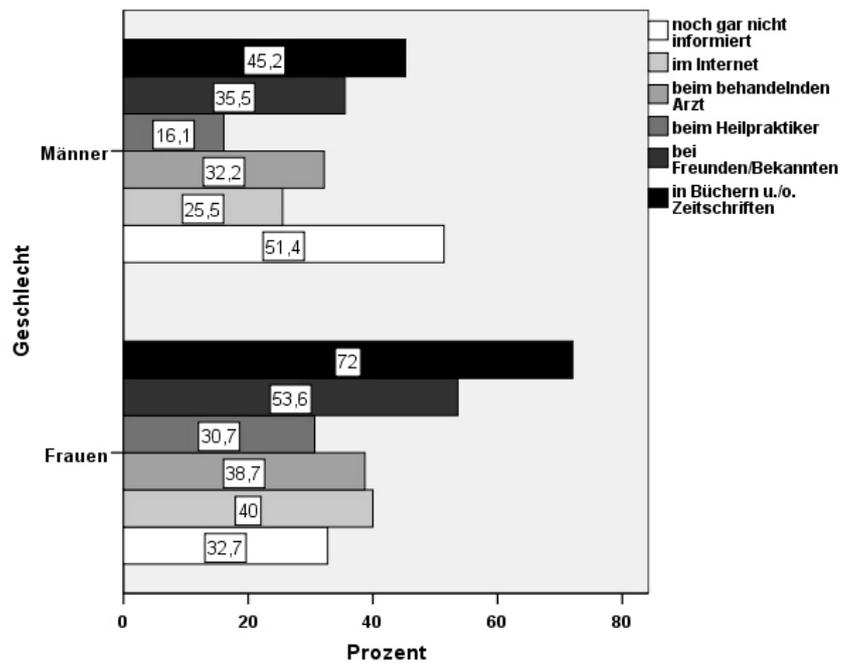


Abb. 43: Balkendiagramm „Informationsquellen“

Zusätzlich wurde mit dem McNemar-Test überprüft, ob Frauen und Männer bei den aufgeführten Informationsquellen unterschiedlich oft mit „ja“ antworteten. Die p-Werte zeigten sich - bis auf einen Wert - alle als signifikant ($p < 0,0005$). Des Weiteren wurde der Kappa-Koeffizient nach Cohen berechnet, um abzuschätzen, inwieweit die Befragten bzgl. ihrer subjektiven Urteile übereinstimmten. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt.

Tabelle 32: McNemar-Test und Kappa-Koeffizient bzgl. der „Informationsquellen“

Informationsquellen	McNemar-Test (p-Wert)	Kappa-Koeffizient nach Cohen (κ)
noch gar nicht informiert	$p < 0,0005^*$	0,287
im Internet	$p < 0,0005^*$	0,473
bei meinem behandelnden Arzt	0,627	0,305
bei meinem Heilpraktiker	$p < 0,0005^*$	0,5
bei Freunden/Bekannten	$p < 0,0005^*$	0,425
in Büchern u./o. Zeitschriften	$p < 0,0005^*$	0,43

* diese p-Werte sind signifikant

4.5.6 Wirksamkeit komplementärer Therapien im Vergleich zur Schulmedizin

Die Paare sollten die Wirksamkeit komplementärer Therapien im Vergleich zur Schulmedizin beurteilen. Die zu dieser Thematik angebotenen Aussagen sollten die Paare mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Über die Hälfte der Frauen (56,8%) und 41,0% der Männer gaben an, dass sie die Komplementärmedizin für „genauso wirksam“ halten wie die Schulmedizin. Die Mehrzahl der Männer (69,4%) und 57,4% der Frauen waren der Meinung, dass die Komplementärmedizin „nicht so wirksam“ sei wie die Schulmedizin. Lediglich 6,3% der Frauen und Männer schätzten die Komplementärmedizin als „wirksamer“ ein (siehe Tabelle

76 bis 78 im Tabellenanhang). Das folgende Balkendiagramm stellt die prozentuale Verteilung bzgl. der angebotenen Aussagen zur „Wirksamkeitseinschätzung“, für Frauen und Männer getrennt, dar (die Prozentangaben sind durch Mehrfachnennungen bedingt).

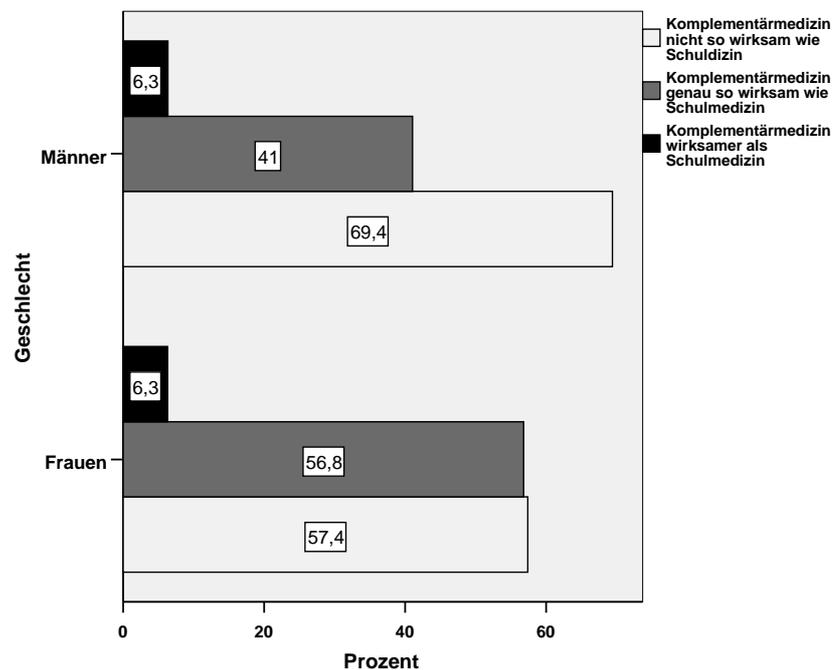


Abb. 44: Balkendiagramm „Wirksamkeit komplementärer Therapien im Vergleich zur Schulmedizin“

Mit dem McNemar-Test wurde überprüft, ob Frauen und Männer bei den Aussagen zur „Wirksamkeitseinschätzung“ unterschiedlich oft mit „ja“ geantwortet haben. Zusätzlich wurde der Kappa-Koeffizient nach Cohen berechnet, um abzuschätzen, inwieweit die subjektiven Urteile der Befragten übereinstimmten. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 33: Mc-Nemar-Test und Kappa-Koeffizient bzgl. der „Wirksamkeit komplementärer Therapien im Vergleich zu Schulmedizin“

Aussagen zur „Wirksamkeit“	McNemar-Test (p-Wert)	Kappa-Koeffizient nach Cohen (κ)
Komplementärmedizin nicht so wirksam wie Schulmedizin	0,008*	0,426
Komplementärmedizin genauso wirksam wie Schulmedizin	0,001*	0,371
Komplementärmedizin wirksamer als Schulmedizin	0,289	0,167

* diese p-Werte sind signifikant ($p < 0,05$)

4.5.7 Wahl des Therapeuten zur Behandlung mit komplementären Therapien

Es wurde untersucht, welchem Therapeuten sich die Paare bei der Behandlung mit Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie anvertrauen würden. Fünf unterschiedliche „Konsultationsmöglichkeiten“ wurden den Paaren angeboten, die sie mit einem Kreuz versehen sollten (Mehrfachnennungen waren möglich).

4.5.7.1 Wahl des Therapeuten bei der Behandlung mit Akupunktur

Die meisten Frauen (68,0%) und Männer (62,1%) würden sich bei einer Akupunkturanwendung an einen Arzt mit einer entsprechenden Qualifizierung wenden. Die folgenden Balkendiagramme stellen die prozentuale Verteilung bzgl. der „Wahl des Therapeuten bei der Behandlung mit Akupunktur“, für Frauen und Männer getrennt, dar.

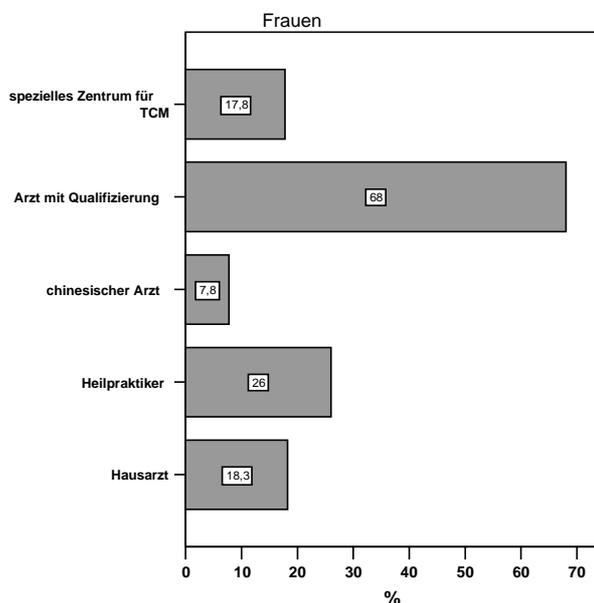


Abb. 45: Balkendiagramm „Wahl des Therapeuten bei Akupunktur“ (Frauen)

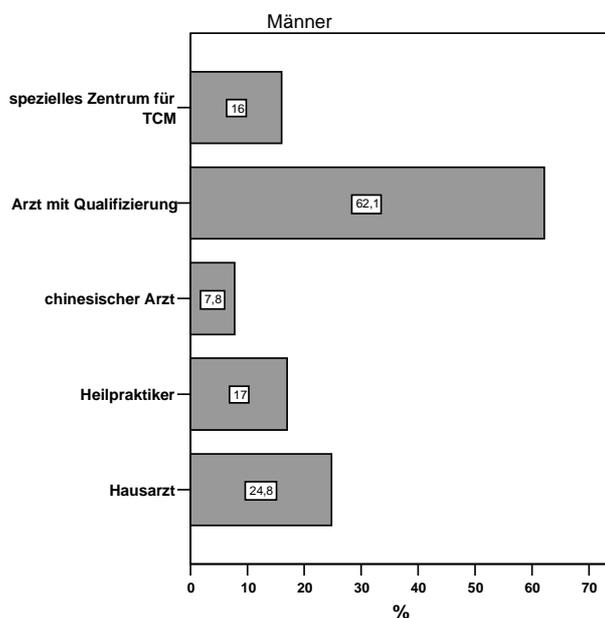


Abb. 46: Balkendiagramm „Wahl des Therapeuten bei Akupunktur“ (Männer)

4.5.7.2 Wahl des Therapeuten bei der Behandlung mit Homöopathie u./o. Phytotherapie

Die meisten Frauen gaben an, dass sie sich bei der Behandlung mit homöopathischen u./o. phytotherapeutischen Präparaten an einen Heilpraktiker wenden würden. Bei den Männern wurde der Hausarzt, gefolgt von einem Zentrum für Naturheilkunde, am häufigsten genannt. Am seltensten gaben die Paare an (Frauen: 10% vs. Männer: 7,9%), dass sie die genannten

komplementären Therapien zunächst in Selbstmedikation anwenden würden. Die folgenden Balkendiagramme stellen die prozentuale Verteilung bzgl. der „Wahl des Therapeuten bei der Behandlung mit Homöopathie u./o. Phytotherapie“, für Frauen und Männer getrennt, dar.

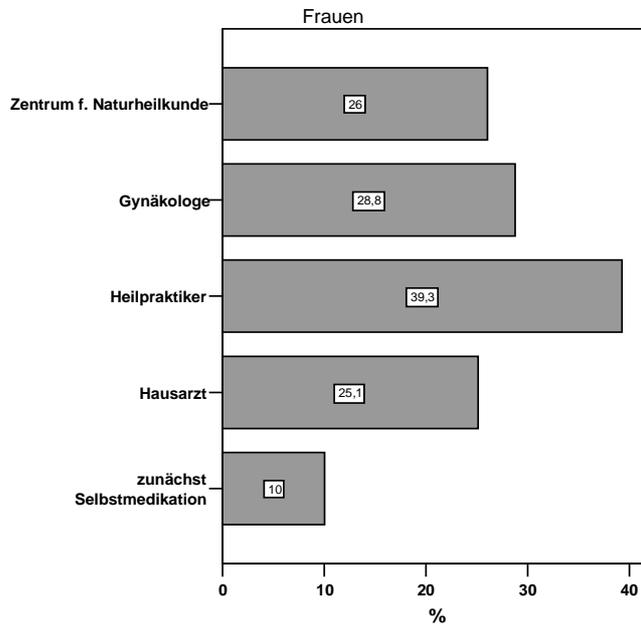


Abb. 47: Balkendiagramm „Wahl des Therapeuten bei Homöopathie u./o. Phytotherapie“ (Frauen)

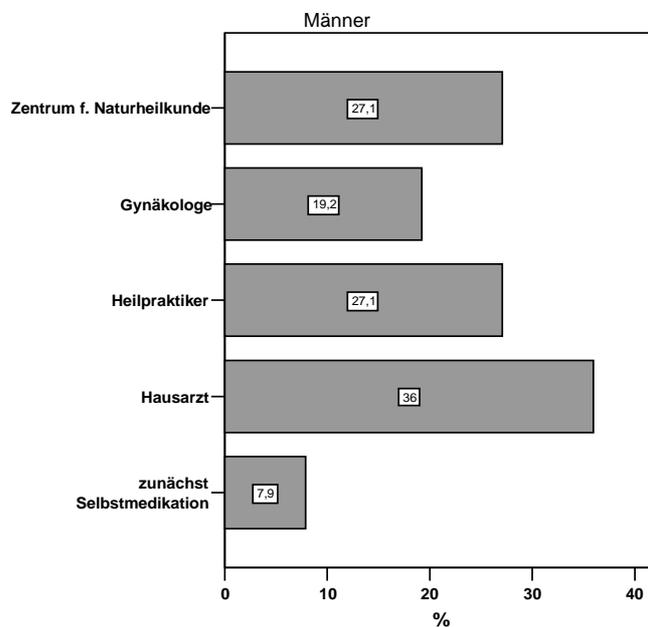


Abb. 48: Balkendiagramm „Wahl des Therapeuten bei Homöopathie u./o. Phytotherapie“ (Männer)

4.6 Faktoranalyse zu „Wertschätzung“ und „Erfahrungen“

Die Faktoranalyse wurde in dieser Arbeit verwendet, um die Korrelationsstruktur der Fragekategorien zu den Themenkomplexen „Wertschätzung“ und „Erfahrungen“ mit der Komplementärmedizin zu untersuchen.

Die Ergebnisse der folgenden Fragen wurden für die Faktoranalyse herangezogen:

- Frage 11 bis 14 im Fragebogenabschnitt für die Frau und Frage 10 bis 13 im Abschnitt für den Mann (siehe Fragebogen im Anhang) bzgl. der „Wertschätzung“ der komplementären Therapien Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie
- „Anzahl der bereits angewandten komplementären Therapien“, die aus Frage 15 im Fragebogenabschnitt für die Frau und Frage 14 im Abschnitt für den Mann (siehe Fragebogen im Anhang) ermittelt wurden
- Frage 10 e bis j im Fragebogenabschnitt für die Frau und Frage 9 e bis j im Abschnitt für den Mann (siehe Fragebogen im Anhang) bzgl. der „Informationsquellen“
- Frage 10 k bis m im Fragebogenabschnitt für die Frau und Frage 9. k bis m im Abschnitt für den Mann (siehe Fragebogen im Anhang) bzgl. der „Wirksamkeit komplementärer Therapien im Vergleich zur Schulmedizin“

Die Vielzahl an Fragen wurde auf einige wenige Variablen mit Hilfe der Faktoranalyse reduziert. Dabei wurden die Variablen (Fragen), die stark korrelierten, zu einem zusammenfassenden latenten Faktor verbunden. Es wurden entsprechend dem Kaiser-Kriterium nur die Faktoren berücksichtigt, die einen Eigenwert > 1 hatten. Daraus resultierten schließlich vier Faktoren, die zusammen 64% der Varianz erklärten.

Die folgende Tabelle demonstriert die ermittelten Faktorladungen sowie die Korrelationen zwischen den einzelnen Fragen und den vier Faktoren. Jede Zeile gibt für die entsprechende Frage an, wie hoch diese Frage mit den vier Faktoren korreliert. Dabei wurden die Faktorladungen (Korrelationen) $< 0,3$ aus Übersichtlichkeitsgründen nicht mit dargestellt.

Tabelle 34: Rotierte Komponentenmatrix zu „Wertschätzung“ und „Erfahrungen“

Ausgewertete Fragen aus dem Fragebogen	Komponenten (Faktoren) mit den Faktorladungen (Korrelationen)			
	1	2	3	4
1. Frage 11 bzw. 10 a „Wirksamkeitseinschätzung der Akupunktur“	,694	,314		
2. Frage 11 bzw. 10 b „Wirksamkeitseinschätzung der Homöopathie“	,694	,316		
3. Frage 11 bzw. 10 c „Wirksamkeitseinschätzung der Phytotherapie“	,602			
4. Frage 13 bzw. 12 a „Bereitschaft Akupunktur bei Fertilitätsstörungen anzuwenden“		,888		
5. Frage 13 bzw. 12 b „Bereitschaft Homöopathie bei Fertilitätsstörungen anzuwenden“		,920		
6. Frage 13 bzw. 12 c „Bereitschaft Phytotherapie bei Fertilitätsstörungen anzuwenden“		,901		
7. Frage 14 bzw. 13 a „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Akupunktur“			,880	
8. Frage 14 bzw. 13 b „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Homöopathie“			,887	
9. Frage 14 bzw. 13 c „Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen bei Phytotherapie“			,853	
10. Anzahl der bereits angewandten komplementären Therapien (ermittelt aus Frage 15 bzw. 14 b)	,618			
11. Anzahl der als bekannt beurteilten komplementären Therapien (ermittelt aus Frage 9 bzw. 8)	,533			,345
12. Frage 10 bzw. 9 e bis j „Informationsquellen“	,663			,357
13. Frage 10 bzw. 9 k bis m „Wirksamkeit der Schulmedizin im Vergleich zur Komplementärmedizin“	,517			
14. Frage 12 bzw. 11 a „Wissen über Akupunktur bei Fertilitätsstörungen“				,804
15. Frage 12 bzw. 11 b „Wissen über Homöopathie bei Fertilitätsstörungen“				,864
16. Frage 12 bzw. 11 c „Wissen über Phytotherapie bei Fertilitätsstörungen“				,736

Der Faktor 1 repräsentierte die aus der Tabelle 34 unter Punkt 1., 2., 3., 10., 11., 12. und 13. aufgeführten Fragen aus dem Fragebogen (Fragebogen siehe Anhang) und wurde als „Interesse und Kenntnisstand“ interpretiert. Die drei komplementären Therapien Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie waren in gleichem Ausmaß auf den Faktor 1 „geladen“.

Der Faktor 2 repräsentierte die in der Tabelle 34 unter Punkt 4., 5. und 6. aufgeführten Fragen, also die Bereitschaft, Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches in Betracht zu ziehen. Dabei war die Bereitschaft, Akupunktur, Homöopathie oder Phytotherapie bei Fertilitätsstörungen in Anspruch zu nehmen, in ähnlichem Umfang auf den Faktor 2 „geladen“.

Der Faktor 3 repräsentierte die in der Tabelle 34 unter Punkt 7., 8. und 9. aufgeführten Fragen, also die Furcht vor Nebenwirkungen bei Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie. Die drei komplementären Therapien waren - hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen - tendenziell gleichartig auf den Faktor 3 „geladen“.

Der Faktor 4 repräsentierte die in der Tabelle 34 unter Punkt 14., 15. und 16. aufgeführten Fragen, also die Kenntnis darüber, dass Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches geeignet sind. Die drei komplementären Therapien waren in gleichem Ausmaß auf den Faktor 4 „geladen“.

4.7 Multiple Regression zu „Wertschätzung“ und „Erfahrungen“

Die Multiple Regression zu „Wertschätzung“ und „Erfahrungen“ wurde in der vorliegenden Arbeit verwendet, um den gemeinsamen Einfluss auf die aus der Faktoranalyse resultierenden vier Faktoren zu bestimmen. Dabei wurden potentielle Einflussfaktoren, wie das Gesundheitsverhalten, Geschlecht, Alter und Schulabschluss näher betrachtet.

Da auch zwischen den genannten Einflussfaktoren Abhängigkeiten bestanden, wurde der gemeinsame Einfluss auf die vier Faktoren im Rahmen einer multiplen Regression modelliert. Dabei wurde eine schrittweise Regression (backwards selection) verwendet. Dies ist eine Methode zur Variablenselektion, bei der alle Variablen in die Gleichung aufgenommen und anschließend sequentiell ausgeschlossen werden. Die Variable mit der kleinsten Teilkorrelation zur abhängigen Variablen wurde als Erste für den Ausschluss in Betracht gezogen. Wenn Sie das Ausschlusskriterium erfüllte, wurde sie entfernt. Nach dem Eliminieren der ersten Variablen wurde die nächste Variable mit der kleinsten Teilkorrelation in Betracht gezogen. Das Verfahren wurde beendet, wenn keine Variablen mehr zur Verfügung standen, die die Ausschlusskriterien erfüllten.

Zunächst wurde der gemeinsame Einfluss von Alter, Geschlecht, Gesundheitsverhalten und Schulabschluss auf **Faktor 1** („Interesse und Kenntnisstand“) untersucht. Aus der Backward-Selection, bei der Einflussvariablen mit wenig Einfluss auf die abhängige Variable aus dem Modell eliminiert wurden, resultierte ein Regressionsmodell mit drei signifikanten Einflussfaktoren. Dazu gehörten das Alter ($p=0,038$), das Gesundheitsverhalten ($p<0,0005$) und das Geschlecht ($p=0,002$). Bei älteren Befragten, Personen mit einem besseren Gesundheitsverhalten und Personen weiblichen Geschlechts wurden die höchsten Werte bei Faktor 1 verzeichnet. Diese Einflussfaktoren gingen also mit besonders großem „Interesse und Kenntnisstand“ bzgl. komplementärer Therapien einher.

Für den **Faktor „2“** („Bereitschaft, eine komplementäre Therapie zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches in Betracht zu ziehen“) resultierte ein Regressionsmodell mit nur einem signifikanten Einflussfaktor und zwar dem Schulabschluss ($p=0,046$). Personen mit einem höheren Bildungsniveau zeigten eine größere Bereitschaft komplementäre Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch anzuwenden.

Der **Faktor 3** („Furcht vor Nebenwirkungen“) wurde signifikant vom Gesundheitsverhalten ($p=0,004$) und dem Alter ($p=0,039$) beeinflusst. Personen mit einem guten

Gesundheitsverhalten und einem höheren Lebensalter hatten weniger Angst vor Nebenwirkungen bei den drei aufgeführten komplementären Therapien.

Der **Faktor 4** („Kenntnis darüber, dass komplementäre Therapien zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches geeignet sind“) wurde signifikant vom Schulabschluss ($p < 0,0005$) beeinflusst. Je höher die Schulbildung, desto höher war auch die Kenntnis darüber, dass komplementäre Therapien zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches geeignet sind. Das weibliche Geschlecht und das Gesundheitsverhalten waren hier zwar nicht signifikant (Geschlecht: $p = 0,076$; Gesundheitsverhalten: $p = 0,093$), doch es wurde ein gewisser Einfluss sichtbar.

Die Regressionsmodelle (siehe Tabelle 79 bis 82 im Tabellenanhang) zeigen, dass die aus der Faktoranalyse ermittelten vier Komponenten (Faktoren) jeweils von einem bis zu drei weiteren Faktoren (Alter, Geschlecht, Gesundheitsverhalten und Schulabschluss) signifikant beeinflusst wurden.

4.8 Vergleich der „oberen 10%“ mit den „unteren 90%“ der Befragten

Zusätzlich wurde untersucht, wie sich der signifikante Einfluss genau geäußert hat. Personen mit besonders hohen Faktorwerten - die „oberen 10%“ der Befragten - wurden mit den restlichen Personen - den „unteren 90%“ der Befragten - verglichen (siehe Tabellen 83 bis 87 im Tabellenanhang).

Faktor 1: Die Befragten, die bzgl. des Faktors 1 „Interesse und Kenntnisstand“ zu den „oberen 10%“ gehörten, waren im Durchschnitt 36,1 Jahre alt und die „unteren 90%“ waren 35,2 Jahre alt. Bei der Betrachtung des Gesundheitsverhaltens wurde von den „oberen 10%“ ein Mittelwert im Gesundheitsverhaltensscore von 4,1 und bei den „unteren 90%“ von 1,9 erreicht. Die „oberen 10%“ wiesen demnach ein um ca. zwei Punkte besseres Gesundheitsverhalten auf als der Rest der Befragten. Außerdem zeigte sich, dass sich der Frauenanteil der „oberen 10%“ auf 64,0% belief, während er bei den „unteren 90%“ bei nur 48,0% lag. Bei den Frauen waren „Interesse und Kenntnisstand“ bzgl. komplementärer Therapien ausgeprägter als bei ihren Partnern.

Faktor 2: Die Befragten, die beim Faktor 2 („Bereitschaft, eine komplementäre Therapie zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches in Betracht zu ziehen“) zu den „oberen 10%“ gehörten, hatten im Durchschnitt einen Schulabschluss von 5,5 im Vergleich zu einem Wert

von 5,0 bei den unteren 90%. Folglich wiesen die Befragten, die eine Fachhochschulreife oder ein Abitur absolvierten, eine besonders große „Bereitschaft“ auf, komplementäre Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch anzuwenden.

Faktor 3: Bei den Befragten, die hinsichtlich des Faktors 3 („Furcht vor Nebenwirkungen“) zu den „oberen 10%“ gehörten, lag das Alter im Durchschnitt bei 36,2 Jahren und bei den „unteren 90%“ bei 35,2 Jahren. Beim Gesundheitsverhalten ergab sich bei den „unteren 90%“ und „oberen 10%“ ein fast identischer Mittelwert von ca. 2,2.

Faktor 4: Die Befragten, die bzgl. des Faktors 4 („Kenntnis darüber, dass komplementäre Therapien zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches geeignet sind“) zu den „oberen 10%“ gehörten, wiesen einen deutlichen Mittelwertsunterschied zu den „unteren 90%“ auf. Dabei war bei den „oberen 10%“ ein Schulabschluss von 6,8 und bei den „unteren 90%“ von 5,3 festzustellen. Ein Abitur oder eine Berufsausbildung mit Abitur gingen demzufolge mit einer größeren „Kenntnis“ einher, dass komplementäre Therapien als Option bei unerfülltem Kinderwunsch geeignet sind.

5 Diskussion

Die moderne Reproduktionsmedizin ist zu einem interdisziplinären Gebiet avanciert, in dem sich insbesondere Gynäkologie, Urologie, Andrologie, Reproduktionsbiologie, Psychosomatik und Humangenetik etabliert haben. 1978, vor mehr als 25 Jahren, wurde die Weltöffentlichkeit davon in Kenntnis gesetzt, dass es in England erstmals gelungen war, ein Kind außerhalb des menschlichen Körpers mit Hilfe der IVF zu erzeugen; sein Name war Louise Brown (Stephoe&Edwards1978, Orland 1999). Im Jahre 1982 wurde in Deutschland das erste Kind nach IVF-Behandlung geboren. In Zusammenarbeit mit der Gesellschaft zur Förderung der Reproduktionsmedizin werden am Universitätsklinikum Gießen seit Juni 1988 Ehepaare mit unerfülltem Kindwunsch behandelt. In Gießen konnte im Februar 1989 das erste Kind nach IVF-Behandlung das Licht der Welt erblicken. Gab es 1986 in Deutschland 28 IVF-Zentren, waren es 2005 bereits 117 (DIR 2005).

Die Reproduktionsmedizin hat es geschafft, sich als Hoffnungsträgerin für ungewollt kinderlose Paare zu etablieren. Der Reproduktionsmedizin sind jedoch auch Grenzen gesetzt und in vielen Fällen führt die Behandlung nicht zum gewünschten Erfolg. Viele Kliniken und auch Praxen, die reproduktionsmedizinische Verfahren anbieten, versuchen deshalb auch komplementäre Therapien in ihr Behandlungskonzept zu integrieren, mit der Vorstellung, die Ergebnisse der konventionellen Verfahren noch weiter zu optimieren.

5.1 Datenqualität und angewandte Methoden

5.1.1 Angewandte Methoden

In der vorliegenden Arbeit wurde als Untersuchungsinstrument der Fragebogen gewählt. Ein Grund dafür war die bessere Vergleichbarkeit mit bereits durchgeführten Studien zu diesem Themenkomplex, die ebenfalls einen Fragebogen einsetzten. Bei der Durchführung einer Studie mit einem Fragebogeninstrument kann es zu systematischen Verzerrungen kommen, die durch die Erhebung der Antworten und die statistische Auswertung und ihrer Interpretation bedingt sein können. Messfehler, Fehlerquellen bei der Befragung sowie die Diskrepanz zwischen der Zielpopulation und Surveypopulation sollten beachtet werden. Die schriftliche Befragung hat gegenüber mündlichen Befragungen folgende Vor- und Nachteile (Diekmann 2005):

- Vorteile:
- Befragte können sich mehr Gedanken zu den einzelnen Fragen machen
 - die Merkmale und das Verhalten von Interviewern spielen keine Rolle
 - die Kosten sind geringer

- Nachteile:
- bei Verständnisproblemen ist der Befragte auf sich gestellt
 - der Fragebogen muss einfach konstruiert und selbsterklärend sein
 - es ist nicht sichergestellt, ob der Fragebogen durch Dritte ausgefüllt wurde

Bei der Konstruktion des Fragebogens und der Rekrutierung der untersuchten Personen wurde darauf geachtet, potentiell nachteilige Faktoren zu minimieren. Schriftliche Befragungen erfordern von den Befragten ein gewisses Maß an Bildung und Sprachkompetenz. Es wurde versucht die Fragen so einfach wie möglich zu gestalten, doch Verständnisprobleme konnten nicht komplett vermieden werden. Auf eine „Non-Responder-Analyse“ wurde verzichtet. Aufgrund der großen Rücklaufquote von 75,0% fällt hier eine fehlende Analyse der Verweigerer nicht so stark ins Gewicht. Auf Messfehler und weitere Fehlerquellen wurde bei der Untersuchung geachtet. Ein gewisser Einfluss von Störfaktoren auf die Ergebnisse der Arbeit konnte jedoch nicht komplett ausgeschlossen werden.

5.1.2 Übertragbarkeit der Studienergebnisse

Idealerweise sollen die für eine Studie ausgewählten Probanden repräsentativ für die jeweilige Bevölkerung sein. Eine repräsentative Auswahl war bei der vorliegenden Untersuchung nicht möglich, da die Personen, die eine Fertilitätsbehandlung aufsuchen, nicht alle Altersgruppen der Bevölkerungsstruktur abdecken. Bei der Altersverteilung ergab sich ein Mittelwert von 34 Jahren bei den Frauen und von 37 Jahren bei ihren Partnern mit einer Altersspanne von 22 bis zu 56 Jahren und einem Altersgipfel in der Klasse der 30 bis 40-jährigen Patienten. Die Altersverteilung entsprach der Verteilung aus anderen Untersuchungen mit infertilen Paaren mit einem durchschnittlichen Alter der Frauen von 33 bis 34 Jahren und der Männern von 36 bis 37 Jahren (Günay et al. 2005, Coulson&Jenkins 2005). Die in der Arbeit ermittelte Altersverteilung stimmt in etwa mit den Angaben des Deutschen IVF-Registers aus dem Jahre 2005 zur Altersverteilung bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen überein (DIR 2005). In der vorliegenden Untersuchung konnte eine Rücklaufquote von 75,0% erzielt werden. Rücklaufquoten für Befragungen dieser Art schwanken nach Angaben der Literatur zwischen 10% und 80% (Kromrey 2000). In Umfragen mit einem Fragebogeninstrument zur Evaluation komplementärer Therapien wurden Response-Raten von 54% (Emslie et al. 2002), 62% (Kranz&Rosemund 1998) über 70% (Härtel&Volger 2004), 71% (Drivdahl&Miser 1998) bis hin zu 81% (Al-Windi 2004) erzielt. Bei Studien, die ebenfalls infertile Paare und komplementärmedizinische Therapien untersuchten, wurden Rücklaufquoten von 80% erreicht (Oldereid et al. 1990, Coulson&Jenkins 2005). Die hier erzielte Rücklaufquote von 75,0% kann im Vergleich mit anderen Studien als gut bewertet werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei den Teilnehmern der Befragung um ein repräsentatives und nicht allein durch die große Teilnehmerzahl aussagekräftiges Klientel gehandelt hat. Es kann deshalb von einer guten Übertragbarkeit auf andere Studien ausgegangen werden.

5.1.3 Das Problem der Sekundäranalyse

Bei der Durchführung einer Sekundäranalyse kann es zu Schwierigkeiten hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Daten kommen. Da es bislang kaum Studien mit der Zielgruppe „infertile Paare“ gibt, wurden die Ergebnisse auch mit anderen Patientenkollektiven verglichen. Die Methoden, die in den meisten Befragungen eingesetzt wurden, hatten eine enorme Variationsbreite. Sie unterschieden sich häufig in der Zielpopulation, den Begriffsbestimmungen sowie dem Zeitraum der Inanspruchnahme komplementärer Therapien. Die Interpretation der Ergebnisse im Rahmen der Sekundäranalyse war deshalb nur eingeschränkt möglich. Zukünftig wäre es wünschenswert, einen standardisierten Fragebogen zu verwenden, um eine bessere Vergleichbarkeit zu erzielen.

5.2 Beantwortung der Fragestellungen und Vergleich der Ergebnisse mit der Literatur

5.2.1 „Erfahrungen“ mit der Komplementärmedizin

In der vorliegenden Untersuchung wurden mit Hilfe eines Fragebogens die „Erfahrungen“ dokumentiert, die kinderlose Paare bereits mit komplementären Therapien machten. Im Folgenden werden die zu diesem Themenkomplex gehörenden Gesichtspunkte im Vergleich mit der nationalen und internationalen Literatur diskutiert.

5.2.1.1 Häufigkeit der Inanspruchnahme komplementärer Therapien

In der vorliegenden Befragung gaben 35,5% der Paare an, schon einmal in ihrem Leben eine komplementärmedizinische Therapie in Anspruch genommen zu haben. Bei Untersuchungen in den USA ergaben sich bei der Frage nach der Inanspruchnahme Werte von 34% (Eisenberg et al. 1993), über 35% (Tindle et al. 2005), 40% (Astin 1998), 42% (Eisenberg et al. 1998), 43% (Grzywacz et al. 2005) bis hin zu 44% (Oldendick et al. 2000) und 50% Inanspruchnehmern (Rafferty et al. 2002). Bei Burge und Albright (2002) konnte eine Inanspruchnahme von 58% und in zwei weiteren amerikanischen Untersuchungen von 62% (Barnes et al. 2004) und 68% (Kessler et al. 2001) ermittelt werden. In Australien zeigte sich in den vergangenen Jahren ein Anstieg von 49% (MacLennan et al. 1996) auf 51% (MacLennan et al. 2002). Die schweizerische Bevölkerung wies bei der Inanspruchnahme

einen Wert von 49% auf (Wolf et al. 2006) und für die chinesische Bevölkerung konnte eine Inanspruchnahme von 23% dokumentiert werden (Lee et al. 2004).

Bei Untersuchungen in UK mit 11% (Thomas et al. 2001) und 20% (Ernst&White 2000) sowie in Schweden mit 17% (Al-Windi 2004) konnte nur eine geringe Inanspruchnahme festgestellt werden. In Italien hatten sich die Anwender komplementärer Therapien von 1991 bis 2000 mehr als verdoppelt - auf ca. 16% (Menniti-Ippolito et al. 2002).

In Indien fehlen bislang große bevölkerungsbezogene Umfragen zur Nutzung, deshalb soll hier auf eine Studie mit Diabetespatienten verwiesen werden, bei der eine Inanspruchnahme komplementärer Therapien von 68% ermittelt werden konnte (Kumar et al. 2006). In Deutschland stieg die Zahl an Nutzern komplementärer Therapien von 52% im Jahre 1970 bis auf 73% für das Jahr 2002 (Marstedt&Moebus 2002). Ergebnisse einer anderen Bevölkerungsstudie in Deutschland ergaben eine Anwendung von 62% (Härtel&Volger 2004).

Die prozentualen Angaben - hinsichtlich der Inanspruchnahme komplementärer Verfahren - weisen eine große Variationsbreite auf. Dies könnte damit zusammenhängen, dass die Zuteilung der Therapien zur Komplementärmedizin von Land zu Land sehr unterschiedlich ist. In amerikanischen Studien wurden häufig so genannte „dietary supplements“ (vergleichbar mit Nahrungsergänzungsmitteln) (Rafferty et al. 2002), Chiropraktik (Barnes et al. 2004, Tindle et al. 2005), Megavitamine (Oldendick et al. 2000) und „prayer“ (vergleichbar mit spirituellen Gebeten) (Barnes et al. 2004) mit zu den komplementären Therapien gezählt, die in anderen Ländern, z.B. in Deutschland, nach allgemeinem Verständnis nicht unter komplementärmedizinische Verfahren subsumiert werden. Die in der Übersichtsarbeit von Harris&Rees (2000) aufgeführten komplementären Verfahren machen deutlich, dass an den unterschiedlichen Erhebungsorten eine enorme Verfahrensvielfalt herrscht. Ein Vergleich der Ergebnisse ist deshalb zum Teil limitiert.

Zudem könnten Unterschiede in der Methodik relevant sein. In der vorliegenden Untersuchung sollten die Teilnehmer mit „ja“ oder „nein“ angeben, ob sie komplementäre Therapien anwenden. Für die Beantwortung der Frage war entscheidend, was die untersuchten Personen selbst unter komplementärmedizinischen Behandlungsformen verstehen. Es könnte sein, dass einige Paare z.B. Vitamine oder bestimmte Nahrungsergänzungsmittel substituierten, doch diese nicht als komplementäre Behandlungsform interpretierten und deshalb auch eine Inanspruchnahme an dieser Stelle verneinten. Der in der Untersuchung ermittelte Wert von 35,5% bei der Inanspruchnahme könnte aufgrund dieser Problematik leicht unterschätzt werden.

Speziell Paare - bzw. Männer oder Frauen mit Fertilitätsstörungen - wurden hinsichtlich der Inanspruchnahme komplementärer Therapien bislang nur selten untersucht. In den Niederlanden konnte ein Wert von 12% Nutzern unter den 131 befragten infertilen Paaren ermittelt werden (van Balen et al. 1997). In einer weiteren Studie in UK mit 338 infertilen Paaren waren 12% der Männer und 23% bis 40% der Frauen Anwender komplementärer Therapien (Coulson&Jenkins 2005) und in einer türkischen Studie mit 252 infertilen Paaren nahmen sogar 62% komplementäre Verfahren in Anspruch (Günay et al. 2005). In zwei weiteren Untersuchungen wandten zwischen 18% (Oldereid et al. 1990) und 31% der befragten Männer bereits komplementäre Therapien bei Fertilitätsstörungen an (Zini et al. 2004). Der in der Arbeit ermittelte Wert von 35,5% Inanspruchnehmern lag somit im Mittelfeld der Ergebnisse anderer Studien mit an Fertilitätsstörungen leidenden Patienten. Ein Vergleich mit großen bevölkerungsrepräsentativen Studien ist allerdings nur eingeschränkt möglich, da es sich in der durchgeführten Studie nur um ein daran gemessen kleines Patientenkollektiv handelt.

Das folgende Balkendiagramm zeigt die prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme komplementärer Therapien im nationalen und internationalen Vergleich.

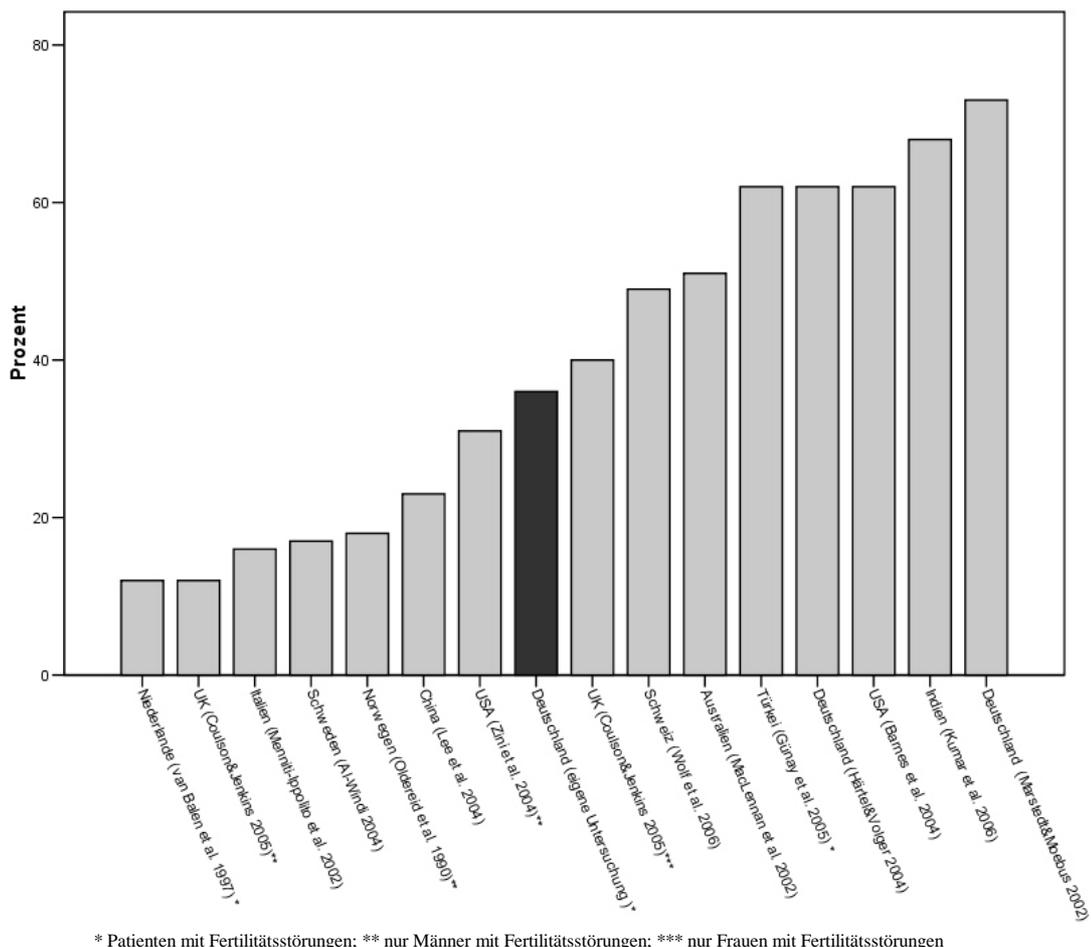


Abb. 49: Häufigkeit der Inanspruchnahme komplementärer Therapien

5.2.1.2 Am häufigsten angewandte und als bekannt beurteilte komplementäre Therapien

Bei den Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch war die Kenntnis über Akupunktur (Frauen: 76,4% vs. Männer: 69,5%) und Homöopathie (Frauen: 69,8% vs. Männer: 63,0%) am größten. Auch Emslie et al. (2002) zeigten, dass das Wissen und die Kenntnis, vor allem bzgl. Homöopathie und Akupunktur, deutlich angestiegen sind. Bei Goldstein&Glik (1998) hingegen beurteilten 52% der Befragten das „Wissen“ hinsichtlich homöopathischer Anwendungen als „begrenzt“.

Auffällig war, dass die Befragten in der durchgeführten Studie die Akupunktur und Homöopathie nicht nur am häufigsten als bekannt beurteilten, sondern ebenfalls angaben, diese beiden Therapien auch am häufigsten anzuwenden (Akupunktur: 57,3% Frauen vs. 40,4% Männer; Homöopathie: 59,4% Frauen vs. 55,8% Männer). In einer amerikanischen Untersuchung wurde in gleicher Weise die am häufigsten in Anspruch genommene Therapie von den Probanden als am besten bekannt beurteilt (Pettigrew et al. 2004). NG et al. (2003) wiesen darauf hin, dass die Inanspruchnahme der komplementären Therapien mit einem höheren Kenntnisstand assoziiert ist. Furnham (2000) konnte Gemeinsamkeiten zwischen den Items „ich weiß wie es funktioniert“ und „ich habe in Anspruch genommen“ bei jeweils derselben komplementären Therapie feststellen. In einer norwegischen Studie von Nordeng&Havnen (2005) konnte ein Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme phytotherapeutischer Präparate und dem darüber vorliegenden Wissenstand bestätigt werden. Die „Kenntnis“ über komplementäre Therapien scheint also mit der „Inanspruchnahme“ in Zusammenhang zu stehen.

Zahlreiche Untersuchungen ermittelten ebenfalls die Akupunktur und Homöopathie zu den am häufigsten in Anspruch genommenen komplementären Verfahren (Abbot&Ernst 1997, Ernst&White 2000, Menniti-Ippolito et al. 2002, Furnham 2000, Molassiotis et al. 2005, Marstedt 2002, Ostermann 2002, Freivogel&Gerhard 2001, Coulson&Jenkins 2005, Oldereid et al. 1990, Lee&Chu 2001, Lee et al. 2004). Allerdings konnten im Vergleich zu anderen Untersuchungen auch Abweichungen hinsichtlich der am häufigsten angewandten Therapie festgestellt werden. Die Studie von Härtel&Volger (2004) zeigte vor allem eine Inanspruchnahme von Phytotherapie, Bewegungstherapie und Wasseranwendungen; Homöopathie und Akupunktur wurden nur selten genannt. Amerikanische Untersuchungen dokumentierten, dass die Befragten sehr viel häufiger Chiropraktik, Massagen und Entspannungsverfahren („mind-body-therapies“), Yoga, Gebete („prayer“), Hypnose und „spiritual healing“ in Anspruch nehmen (Eisenberg et al. 1993, Astin 1998, Druss&Rosenheck 1999, Rafferty et al. 2002, Barnes et al. 2004, Oldendick et al. 2000, Jain&Astin 2001, Ni et al. 2002, Gray et al. 2002, Robinson et al. 2002, Foltz et al. 2005).

Bei Tindle et al. (2005) fiel auf, dass sich ein Trend in Richtung Phytotherapie abzeichnet. Dieses Verfahren scheint die bislang vorherrschende Methode der Chiropraktik in den USA abzulösen. In zwei australischen Untersuchungen wurden am häufigsten Vitamine, Mineralien und Phytotherapeutika von den Befragten genutzt (MacLennan et al. 1996, Correa-Velez et al. 2003).

Die Phytotherapie wurde in der vorliegenden Arbeit nur selten in Anspruch genommen, obwohl gerade bei gynäkologischen Krankheitsbildern ein Trend in Richtung Phytotherapie zu verzeichnen ist. So wenden viele Frauen in der Schwangerschaft (Nordeng&Havnen 2005), bei onkologischen Erkrankungen (Fuhljahn&Trams 1999) und bei menopausalen Beschwerden (Golschewski et al. 2005) phytotherapeutische Präparate an. MacLennan et al. (2002) wiesen ebenfalls darauf hin, dass die Nutzung von Phytotherapeutika vor allem beim weiblichen Geschlecht, insbesondere bei menopausalen Beschwerden, einen Anstieg zu verzeichnen hat. In zwei Untersuchungen mit Prostata-CA Erkrankten wurden sehr häufig Mineralien und phytotherapeutische Präparate genutzt (Singh et al. 2005, Lee et al. 2002). Zini et al. (2004) konnten zeigen, dass infertile Männer häufig Vitamine oder Mineralien (z.B. Vit. C, Zink, Vit. E, Selen) sowie phytotherapeutische Präparate anwenden. Bei Günay et al. (2005) wurde von den infertilen Paaren die Inanspruchnahme von traditionellen Heilern und Pflanzen, religiösen Führern und die Tieropferung (Tötung eines Schafes als gemeinsames Ritual des Paares) genannt.

Die folgende Tabelle zeigt die am häufigsten in Anspruch genommenen komplementären Therapien im nationalen und internationalen Vergleich. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden lediglich drei häufig genannte komplementäre Therapien dargestellt.

Tabelle 35: Am häufigsten angewandte komplementäre Therapien

Untersuchung	Am häufigsten angewandte komplementäre Therapien		
Eigene Untersuchung 2006 (*)	Akupunktur	Homöopathie	Physiotherapie/Massagen und andere „medikamentöse“ Therapien (z.B. Bachblütentherapie, Eigenblutbehandlung)
Abbot&Ernst 1997	Akupunktur	Homöopathie	Phytotherapie
Coulson&Jenkins 2005 (*)	Akupunktur	Ernährungstherapie	Reflexologie
Eisenberg et al. 1993	Chiropraktik	Massagen	Entspannungsverfahren
Ernst&White 2000	Akupunktur	Homöopathie	Phytotherapie
Foltz et al. 2005	Akupunktur	Chiropraktik	Massagen
Freivogel&Gerhard 2001 (***)	Akupunktur	Homöopathie	sonstige Therapien (Bachblütentherapie, Darmsanierung, Kinesiologie, Psycho-/Neuraltherapie)
Furnham 2000	Phytotherapie	Homöopathie	Autogenes Training
Günay et al. 2005 (*)	Konsultation traditioneller Heiler	Konsultation religiöser Führer	Phytotherapie
Härtel&Volger 2004	Phytotherapie	Bewegungstherapie	Wasseranwendungen
Lee et al. 2004	Techniken der TCM	Diätetik	Akupunktur
MacLennan et al. 1996	Vitamine	Mineralien	Phytotherapie
Menniti-Ippolito et al. 2002	Akupunktur	Homöopathie	Phytotherapie
Molassiotis et al. 2005	Phytotherapie	Homöopathie	Vitamine/ Mineralien und Entspannungstechniken
Oldendick et al. 2000	Phytotherapie	Homöopathie	Vitamine, Entspannungsverfahren, Chiropraktik
Oldereid et al. 1990 (*)	Akupunktur	Homöopathie	
Ostermann 2002 (***)	Akupunktur	Homöopathie	
Zini et al. 2004 (**)	Vitamine	Mineralien	Phytotherapie

* Patienten mit Fertilitätsstörungen; ** nur Männer mit Fertilitätsstörungen; *** Patienten mit gynäkologischen/geburtshilflichen Erkrankungen

Der uneinheitliche Gebrauch des Begriffs „Komplementärmedizin“ könnte ursächlich für die aufgezeigte Bandbreite an häufig genutzten komplementären Therapien sein. Aber auch die in der vorliegenden Arbeit gewählte offene Frageform sowie ein gewisser kultureller bzw. entwicklungsgeschichtlicher Einfluss könnten eine Rolle spielen. Die Akupunktur ist beispielsweise in Schweden noch vor 30 Jahren nicht allgemein akzeptiert gewesen, während sie in China auf eine lange Tradition zurückblicken kann. So blieb auch in einer amerikanischen Untersuchung die Inanspruchnahme der Akupunktur hinter den Erwartungen der Autoren zurück, die dies mit bevölkerungsspezifischen Aspekten in Beziehung setzten (Burke et al. 2006).

Die überwiegende Anwendung von Akupunktur und Homöopathie in der vorliegenden Studie steht in Einklang mit der dokumentierten Entwicklung dieser Therapieformen in Deutschland. Die Homöopathie hat einen deutlichen Zustrom zu verzeichnen. Waren es in Deutschland 1994 noch 2400 Ärzte mit einer Zusatzbezeichnung auf diesem Gebiet, so waren es im Jahre 2000 knapp 5000 Ärzte (Marstedt&Moebus 2002). Auch die Akupunktur hat in den vergangenen Jahren deutlich an Interesse gewonnen. Die Akupunktur entwickelte sich in zahlreichen Fachgebieten der Medizin - so z.B. in der Orthopädie, Sportmedizin sowie in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Nach Angaben der DÄGfA hat sich die Zahl der eingetragenen Ärzte von 1996 mit 7200 bis zum Jahre 2000 mit fast 11.000 Mitgliedern

enorm erhöht. Schätzungen zufolge wenden in Deutschland 40 bis 50.000 Ärzte mittlerweile Akupunktur an (Marstedt&Moebus 2002). Es bleibt abzuwarten, ob sich der allgemeine Trend - hin zu komplementären Therapien - auch auf das Gebiet der Fertilitätsstörungen in Zukunft weiter ausbreiten wird.

5.2.1.3 Anzahl der „in Anspruch genommenen und als bekannt beurteilten komplementären Therapien“

Auffällig war, dass die Frauen im Durchschnitt doppelt so viele komplementäre Therapien in Anspruch nahmen als ihre Männer (Frauen: $M=0,79$ vs. Männer: $M=0,35$); der Unterschied erwies sich als signifikant. Außerdem kannten die Frauen im Durchschnitt eine komplementäre Therapie mehr als ihre Partner (Frauen: $M=6$ vs. Männer: $M=5$); dieser Unterschied war ebenfalls signifikant. Es zeigte sich, dass die Paare wesentlich mehr Therapien als bekannt bewerteten als sie bis zum Zeitpunkt der Befragung tatsächlich in Anspruch nahmen.

Während die Anzahl der als „bekannt eingeschätzten Therapien“ bislang in keiner Studie berücksichtigt wurde, konnten bzgl. der Anzahl der „bereits angewandten komplementären Verfahren“ vergleichbare Untersuchungen ausfindig gemacht werden. Eine separate Auswertung - getrennt nach dem Geschlecht - fand jedoch selten statt. Die prozentualen Angaben beliefen sich bei „einer“ genutzten komplementären Therapie auf Werte von 16% (Menniti-Ippolito et al. 2002) über 20% (Marstedt 2002) bis hin zu 58% (Burge&Albright 2002) und 59% (Tindle et al. 2005). Bei Härtel&Volger (2004) hatten 25% der Männer und 33% der Frauen mindestens ein komplementäres Verfahren angewandt. In einer Bevölkerungsumfrage in Deutschland gaben nur 17% der Teilnehmer an, dass sie keine komplementäre Therapie in Anspruch genommen haben (Marstedt 2002).

In der hier durchgeführten Untersuchung wurde in Gegenüberstellung zu anderen Studien seltener zumindest „eine“ komplementäre Therapie in Anspruch genommen. Allerdings ist ein Vergleich mit anderen Untersuchungen schwierig, da der Umfang der in den Untersuchungen dokumentierten Ergebnisse stark variierte. So wurde in einigen Studien lediglich eine prozentuale Angabe zur „Inanspruchnahme bereits einer komplementären Therapie“ gemacht und auf eine differenziertere Darstellung verzichtet. Bei der Recherche fiel auf, dass zahlreiche Untersuchungen eine zeitliche Vorgabe hinsichtlich des Zeitraumes, indem die Inanspruchnahme stattzufinden hatte, enthielten. Das Problem der Interpretierbarkeit aufgrund unterschiedlicher zeitlicher Angaben wurde auch von Ernst (2000) in einer Übersichtsarbeit zur Prävalenz der Inanspruchnahme komplementärer Therapien aufgeführt.

Die folgende Tabelle stellt die Anzahl der in Anspruch genommenen komplementären Therapien sowie den Zeitraum der Inanspruchnahme - im nationalen und internationalen Vergleich - dar.

Tabelle 36: Anzahl der in Anspruch genommenen komplementären Therapien

Untersuchung	Zeitraum der Inanspruchnahme	Anzahl der genutzten komplementären Therapien (kompl. Th.) und % der Nutzung
Eigene Untersuchung	kein Zeitraum vorgegeben	→ Frauen: Umfang der kompl. Th. von keiner (56%) bis zu 9 (0,5%) Th.; am häufigsten 1 Th. (25%); M=0,79 kompl.Th. → Männer: Umfang der kompl.Th. von keiner (75%) bis zu 3 (2,4%) Th.; am häufigsten 1 kompl.Th. (16%); M=0,35 kompl.Th.
Abbot&Ernst 1997	kein Zeitraum vorgegeben	→ ≥ 2 kompl.Th. (90%)
Apel et al. 2006	kein Zeitraum vorgegeben	→ ≥ 1 kompl.Th. (67%); M=2,7 kompl. Th.
Burge&Albright 2002	kein Zeitraum vorgegeben	→ 1 kompl.Th. (58%)
Drivdahl&Miser 1998	kein Zeitraum vorgegeben	→ 1 kompl.Th. (50%); 2 kompl.Th. (18%); 3 kompl.Th. (24%); ≥ 4 kompl.Th. (8%)
Härtel&Volger 2004	vergangene 12 Monate	→ Frauen: keine kompl.Th. (29%); 1 kompl.Th. (71%); ≥ 1 kompl.Th. (25%) → Männer: keine kompl.Th. (46%); 1 kompl.Th. (54%); ≥ 1 kompl.Th. (33%) → 1 kompl.Th. (62% der Frauen und Männer)
MacLennan et al. 1996	vergangene 12 Monate	→ 1 kompl.Th. (49%); ≥ 2 kompl.Th. (19%)
Menniti-Ippolito et al. 2002	vergangene drei Jahre	→ 1 kompl.Th.. (16%)
Tindle et al. 2005	vergangene 12 Monate	→ 1 kompl.Th. (59%); ≥ 2 kompl.Th. (41%)
Woslko et al. 2002	vergangene 12 Monate	→ 1 kompl.Th. (46%); 2 kompl.Th. (20%); 3 kompl.Th. (13%); 4 kompl.Th. (7%); 5 kompl.Th. (5%); 6 kompl.Th. (3%); ≥ 7 kompl.Th. (6%)

5.2.1.4 Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Therapien

Der genaue Umfang, mit dem Patienten heute Erfahrungen mit komplementären Therapien machen, lässt sich häufig nicht exakt bestimmen. Allerdings konnte in einigen Untersuchungen gezeigt werden, dass bestimmte soziodemographische und Lebensstil beeinflussende Faktoren eine Rolle bei der Inanspruchnahme komplementärer Therapien spielen. Im Rahmen dieser Studie wurde untersucht, ob bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch ebenfalls Determinanten der Inanspruchnahme ausfindig gemacht werden können.

5.2.1.4.1 Soziodemographische Faktoren als Determinanten der Inanspruchnahme

5.2.1.4.1.1 Das Alter als Determinant der Inanspruchnahme

In der vorliegenden Untersuchung konnte das Alter der Paare nicht als Determinant der Inanspruchnahme komplementärer Therapien nachgewiesen werden. Es ließen sich sowohl Studien ausfindig machen, die das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung bestätigen (NG et

al. 2003, Joos et al. 2006, Huber et al. 2004, Nilsson et al. 2001, Drivdahl&Miser 1998, Sirois&Gick 2002, Astin 1998, Singh et al. 2004), als auch Studien detektieren, bei denen das Alter als Determinant der Inanspruchnahme ermittelt werden konnte (MacLennan et al. 1996, MacLennan et al. 2002, Foltz et al. 2005, Kersnik 2000, Featherstone et al. 2003, Givon et al. 2004, Günay et al. 2005).

In der hier durchgeführten Untersuchung waren die Inanspruchnehmer im Durchschnitt 36 Jahre alt. Die Inanspruchnahme in einem jungen bis mittleren Lebensalter wurde in zahlreichen Studien beschrieben. Einige Autoren dokumentierten einen Häufigkeitsgipfel bei den 30 bis 49-jährigen Befragten (Mc Farland et al. 2002, Blais et al. 1997, Eisenberg et al. 1998, Eisenberg et al. 1993, Drivdahl&Miser 1998, NG et al. 2003). Weitere Studien zeigten einen Altersgipfel der Inanspruchnehmer bei den 30 bis 54-Jährigen (Lee et al. 2004, Ni et al. 2002, Kersnik 2000). In einer australischen Untersuchung, die lediglich das Profil von Frauen erfasste, wurde im mittleren Lebensalter (45 bis 50 Jahre) häufiger Komplementärmedizin beansprucht als in einem jüngeren (18 bis 23 Jahre) und älteren (70 bis 75 Jahre) Lebensalter (Adams et al. 2003). Bei Al-Windi (2004), Ernst&White (2000), Thomas et al. (2001), Oldendick et al. (2000) und Astin (1998) waren die Inanspruchnehmer bis zu 64 Jahre alt, wobei die untere Altersgrenze zum Teil stark variierte. Bei Lee et al. (2004a) wurde ein Gipfel bei den 61 bis 75-Jährigen beschrieben und bei MacLennan et al. (1996) waren die Inanspruchnehmer am häufigsten zwischen 15 bis 34 Jahre alt.

Ursächlich für die häufig dokumentierte Inanspruchnahme in einem jungen bis mittleren Lebensalter könnte sein, dass Menschen in diesem Lebensabschnitt offener mit neuen Therapieformen umgehen und vermehrt daran interessiert sind etwas Neues auszuprobieren. Der Trend zur Komplementärmedizin, der häufig begleitet ist von dem Wunsch nach einer sanften und ganzheitlichen Behandlung, spricht anscheinend vor allem Menschen im mittleren Lebensalter an.

Marstedt&Moebus (2002) sind der Ansicht, dass das Phänomen, der eher selten dokumentierten Inanspruchnahme komplementärer Therapien von Personen unter 30 Jahren, nicht auf eine Distanz dieser Altersgruppe hinsichtlich komplementärer Verfahren zurückzuführen ist, sondern mit der niedrigeren Morbidität und geringeren Inanspruchnahme des Medizinsystems durch dieses Kollektiv insgesamt in Zusammenhang steht.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Altersverteilung der Inanspruchnehmer komplementärer Therapien im Vergleich zu anderen Untersuchungen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden, unter Berücksichtigung des Häufigkeitsgipfels des Alters der Inanspruchnehmer, fünf „Altersgruppen“ gebildet.

Tabelle 37: Altersverteilung der Inanspruchnehmer komplementärer Therapien

Altersgruppen (orientiert am Häufigkeitsgipfel des Alters der Inanspruchnehmer)	Untersuchung	Altersspanne der Befragten (in Jahren)	Häufigkeitsgipfel bzgl. des Alters der Inanspruchnehmer komplementärer Therapien (in Jahren)
Gruppe der bis zu 39-jährigen Inanspruchnehmer	MacLennan et al. 1996	15 bis < 55	15 bis 34
	Zini et al. 2004		mittleres Alter der Inanspruchnehmer: 34 vs. 33 bei den Nicht-Inanspruchnehmern
Gruppe der bis zu 49-jährigen Inanspruchnehmer	Eigene Untersuchung	22 bis 56	31 bis 41 (mittleres Alter der Inanspruchnehmer: 36 vs. 35 bei den Nicht-Inanspruchnehmern)
	Mc Farland et al. 2002	15 bis ≥ 65	20 bis 44
	Blais et al. 1997	<29 bis > 65	30 bis 44
	Eisenberg et al. 1998	18 bis > 50	33 bis 49
	Eisenberg et al. 1993	<25 bis > 49	25 bis 49
	Drivdahl&Miser 1998	18 bis > 69	30 bis 49
	NG et al. 2003	< 30 bis >40	≥ 40
Gruppe der bis zu 59-jährigen Inanspruchnehmer	Lee et al. 2004	30 bis > 70	30 bis 50
	Adams et al. 2003	18 bis 75	45 bis 50
	Ni et al. 2002	18 bis > 55	35 bis 54
	Kersnik 2000	18 bis ≥ 65	40 bis 54 (mittleres Alter der Inanspruchnehmer: 46 vs. 51 bei den Nicht-Inanspruchnehmern)
Gruppe der bis zu 69-jährigen Inanspruchnehmer	Al-Windi 2004	16 bis 65	25 bis 64
	Ernst&White 2000	18 bis ≥ 65	35 bis 64
	Thomas et al. 2001	18 bis > 75	45 bis 64
	Oldendick et al. 2000	18 bis ≥ 64	46 bis 64
	Astin 1998	18 bis > 64	50 bis 64
Gruppe der bis zu 79-jährigen Inanspruchnehmer	Lee et al. 2004a	21 bis >75	61 bis 75
	Nilsson et al. 2001	25 bis 74	Altersgipfel bei den Männern: 65 bis 74 Altersgipfel bei den Frauen: 55 bis 64

5.2.1.4.1.2 Das Geschlecht als Determinant der Inanspruchnahme

Das weibliche Geschlecht wurde als signifikanter Determinant der Inanspruchnahme komplementärer Verfahren identifiziert. Beim Vergleich mit anderen Untersuchungen zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse. Bei einer Reihe von Studien konnte gleichermaßen das Geschlecht als Determinant der Inanspruchnahme detektiert werden (Wolsko et al. 2002, Featherstone et al. 2003, Härtel&Volger 2004, Saper et al. 2004, Hendrickson et al. 2006, MacLennan et al. 1996, MacLennan et al. 2002, Foltz et al. 2005, Rafferty 2002, Molassiotis et al. 2005). Bei anderen Arbeiten konnte das Geschlecht jedoch nicht als Determinant der Inanspruchnahme ermittelt werden (Apel et al. 2006, Singh et al. 2004, Kersnik 2000, Oldendick et al. 2000, Correa-Velez et al. 2003, Joos et al. 2006, Huber et al. 2004, Eisenberg et al. 1993).

64,1% der Nutzer komplementärer Verfahren waren in der vorliegenden Untersuchung Frauen. Der Anteil der Männer unter den Inanspruchnehmern lag hingegen nur bei 35,9%. Der hohe Frauenanteil konnte in zahlreichen Studien bestätigt werden (Al-Windi 2004, Härtel&Volger 2004, Saper et al. 2004, MacLennan et al. 1996, MacLennan et al. 2002, Rafferty 2002, Drivdahl&Miser 1998, Oldendick et al. 2000, Tindle et al. 2005, Astin 1993, Grzywacz et al. 2005, Gray et al. 2002, Eisenberg et al. 1998, Barnes et al. 2004, Thomas et al. 2001, Ernst&White 2000, Nilsson et al. 2001). So wurden auch in einer Untersuchung von Günay et al. (2005), in der infertile Paare befragt wurden, alle genannten komplementären

Therapien häufiger von den Frauen in Anspruch genommen.

Jain&Astin (2001) versuchten hingegen die Prädiktoren zu erfassen, die für den „Nichtgebrauch“ komplementärer Therapien stehen. Dabei fiel auf, dass das männliche Geschlecht als ein Prädiktor für die „Nicht-Inanspruchnahme“ komplementärer Verfahren anzusehen ist.

Eine überwiegende Inanspruchnahme komplementärer Therapien durch das männliche Geschlecht konnte nur selten gezeigt werden (NG et al. 2003, Correa-Velez et al. 2003).

Das folgende Balkendiagramm stellt die prozentuale Verteilung der Inanspruchnahme komplementärer Therapien bei Frauen und Männern, im Vergleich zu einigen ausgewählten nationalen und internationalen Untersuchungen, dar.

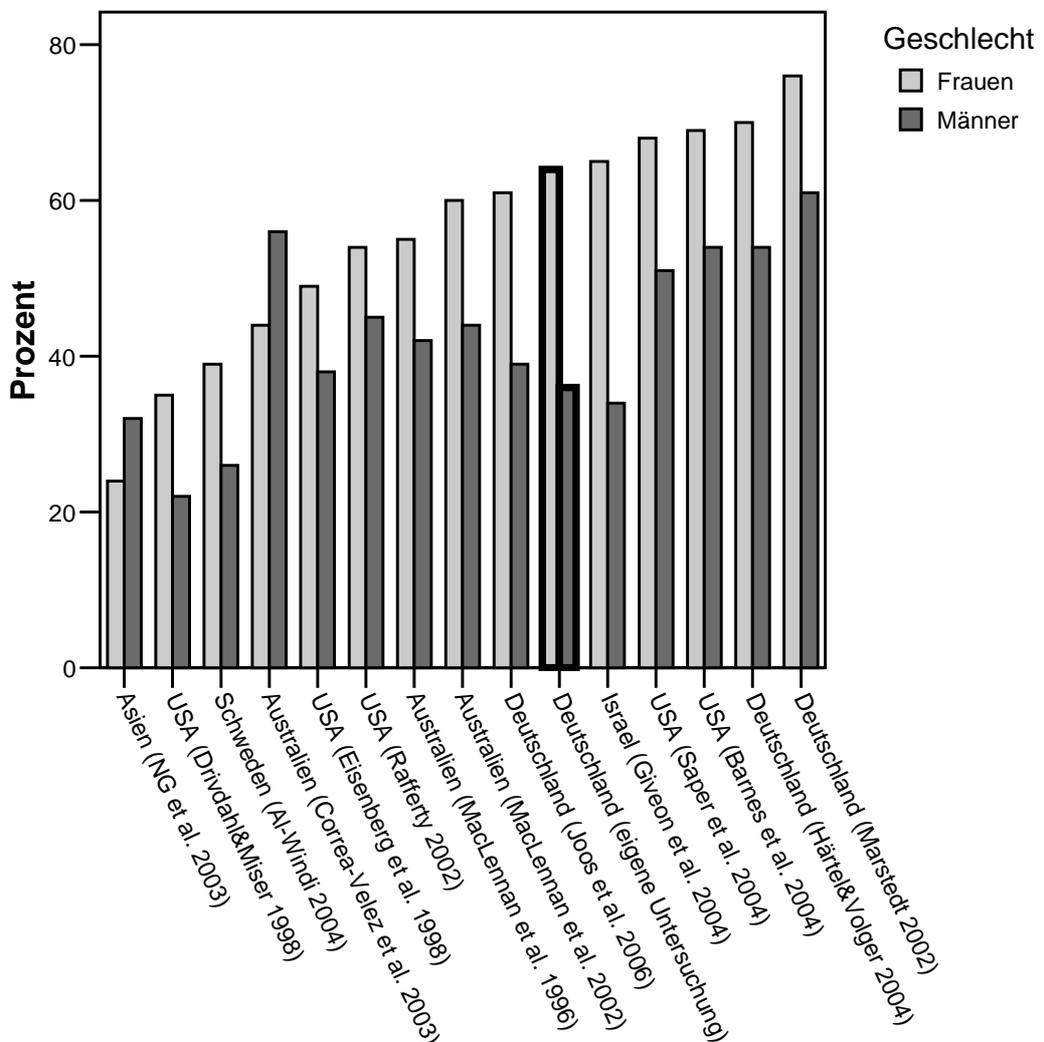


Abb. 50: Inanspruchnahme komplementärer Therapien im nationalen und internationalen Vergleich

Der hohe Frauenanteil unter den Inanspruchnehmern könnte mit einem gesteigerten Interesse der Frauen an einem gesundheitsbewussten, naturverbundenen Lebensstil in Zusammenhang stehen. Komplementäre Verfahren beinhalten einen sanften, auf Naturbasis beruhenden Effekt, der die überwiegend positive Einstellung der Frauen gegenüber diesen Verfahren erklären könnte. Eine andere Argumentation wäre, dass Frauen spirituelle und mystisch angehauchte Bereiche sympathisieren, die in der Philosophie einiger komplementärer Therapien verankert ist.

So wurde in der Arbeit von Astin (1998) darauf hingewiesen, dass sich die meisten Nutzer komplementärer Therapien vor allem wegen der Übereinstimmung mit ihren eigenen Lebenswerten, Glauben und philosophischen Wertvorstellungen zu diesen Therapien hingezogen fühlen.

Vickers et al. (2006) untersuchten die Motive von Frauen, sich für eine Behandlung mit komplementären Verfahren zu entscheiden. Als Hauptmotive wurden Natürlichkeit, Ganzheitlichkeit („holistic“) und Chemiefreiheit genannt. Auch Siapush (1999) beschrieb einen „holistic view of health“ (übersetzbar mit: „ganzheitliche Sicht der Gesundheit“) als Prädiktor für die Inanspruchnahme komplementärer Therapien.

Die traditionelle Rolle der Frau könnte ebenfalls einen Einfluss auf den hohen Frauenanteil unter den Inanspruchnehmern haben. In der Vergangenheit waren es in vielen Kulturkreisen hauptsächlich die Frauen, die sich um den Erhalt der Gesundheit, eine ausgewogene Ernährung und Versorgung von kranken Familienangehörigen kümmerten und sich zum Wohle der Familie mit komplementären Therapieformen auseinandersetzen.

Darüber hinaus wäre es denkbar, dass die einzelnen Phasen im Laufe des Lebens einer Frau eine Rolle spielen. Frauen machen bedeutsame physiologische und psychische Entwicklungsprozesse im Sinne von Menopause und Schwangerschaft durch, die sie möglicherweise sensibler mit ihrem Körper umgehen lassen. Dies impliziert eine intensive Auseinandersetzung mit dem Erhalt ihrer Gesundheit und dem Interesse an therapeutischen Alternativen.

5.2.1.4.1.3 Der Schulabschluss als Determinant der Inanspruchnahme

Der Schulabschluss wurde als signifikanter Determinant der Inanspruchnahme komplementärer Therapien ermittelt. Die meisten Anwender absolvierten einen Real- (26,3%) oder Gymnasialabschluss (25,7%). Außerdem zeigte sich, dass unter den gebildeten Frauen bereits 60,4% komplementäre Therapien nutzten, im Vergleich zu 27,3% nicht so hoch gebildeter Frauen; der Unterschied war höchst signifikant. Bemerkenswert war, dass die gebildeten Frauen vier Mal so häufig komplementäre Therapien in Anspruch nahmen als alle

anderen Personen dieser Untersuchung.

Der Einfluss eines höheren Bildungsniveaus auf die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Verfahren konnte auch in anderen Studien bestätigt werden (Hendrickson et al. 2006, MacLennan et al. 1996, Blais et al. 1997, Astin 1998, Kersnik 2000, Bair et al. 2002, Featherstone et al. 2003, Härtel&Volger 2004, MacLennan et al. 2002, Schäfer 2004). Bei Oldendick et al. (2000), Foltz et al. (2005) und McFarland (2002) konnte das Bildungsniveau als der beste Prädiktor für die Anwendung komplementärer Therapien identifiziert werden. Eine Befragung im Auftrag des Gesundheitsmonitors in Deutschland zeigte gleichermaßen, dass Personen mit einem höheren Bildungsniveau Komplementärmedizin in größerem Maße in Anspruch nehmen als Personen mit einem niedrigeren Schulabschluss (Marstedt 2002). Auch bei Rafferty et al. (2002) und Eisenberg et al. (1998) wandten College-Absolventen häufiger als Highschool-Absolventen komplementäre Therapien an. Eine weitere Untersuchung zeigte, dass vor allem privilegierte soziale Bevölkerungsgruppen komplementäre Methoden einsetzen (Ernst&White 2000).

Der Zusammenhang zwischen einer höheren Bildung und der Inanspruchnahme komplementärer Therapien konnte bei Al-Windi (2004), Huber et al. (2004), NG et al. (2003), Drivdahl&Miser (1998), Correa-Velez et al. (2003), Sirois&Gick (2002), Singh et al. (2004), Pettigrew et al. (2004) und Zini et al. (2004) nicht bestätigt werden. Bei Lee et al. (2004) und Günay et al. (2005) zeigte sich sogar ein konträres Bild, mit einer vermehrten Inanspruchnahme von Personen mit einem schlechteren Schulabschluss.

Der höherer Schulabschluss und ein damit verbundenes besseres Einkommen könnten mit der Inanspruchnahme komplementärer Therapien in Zusammenhang stehen. Der Faktor „Einkommen“ wurde von Blais (1997), Foltz et al. (2005), Kitai et al. (1998), MacLennan et al. (2002) und Correa-Velez et al. (2003) untersucht. Es zeigte sich, dass die Inanspruchnehmer über ein höheres Einkommen verfügen. Dies konnten Singh et al. (2004) nicht bestätigen. Auch Jain&Astin (2001) und Molassiotis et al. (2005) sahen keinen Anhalt dafür, dass Kosten ausschlaggebend für die Inanspruchnahme bzw. Nicht-Inanspruchnahme komplementärer Behandlungsformen sind.

Die je nach Erhebungsort unterschiedlich geregelte Kostenübernahme bzw. Anerkennung der jeweiligen komplementären Therapie, spielt eine wichtige Rolle bei der Interpretation dieser Ergebnisse. In Deutschland übernehmen seit dem 1. Mai 2006 zahlreiche gesetzliche Krankenkassen die Kosten für eine homöopathische Behandlung durch einen Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung „Homöopathie“. Die verordneten homöopathischen Präparate müssen weiterhin aus eigener Tasche gezahlt werden. In Österreich ist die Homöopathie seit dem Arzneimittelgesetz von 1983 ein anerkannter Teil der Medizin. 1965 wurde die Homöopathie

durch das französische staatliche Gesundheitssystem anerkannt und Kosten von Medikamenten und Behandlungen erstattet. In Großbritannien werden seit 1950 die Kosten einer homöopathischen Behandlung vom staatlichen Gesundheitswesen getragen. Vor allem für ärmere Bevölkerungsschichten erwies sich die Homöopathie als einfach zu handhaben und preiswert. Betrachtet man vor allem die medizinische Versorgung in Entwicklungsländern, so ist dort die Anwendung komplementärer Therapien die vorherrschende Methode der gesundheitlichen Versorgung, da sie billig und allgemein verfügbar ist. In Indien genießt die Homöopathie seit 1973 die volle staatliche Anerkennung.

In der Schweiz ist die Akupunktur die einzige komplementärmedizinische Leistung, die von der Grundversicherung abgedeckt wird. In Deutschland ist sie seit dem 1.1.2007 offiziell im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten. Allerdings findet eine Kostenübernahme nur bei chronischen Lendenwirbelsäulenschmerzen und chronischen Schmerzen bei Knie- und Hüftgelenksarthrose statt; alle anderen Akupunkturbehandlungen sind nicht Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse und müssen deshalb selbst bezahlt werden.

In den Industrienationen impliziert demzufolge ein höheres Einkommen und Bildungsstand die Möglichkeit einer Anwendung komplementärer Heilmethoden, da diese häufig privat finanziert werden müssen (Bodeker&Kronenberg 2002).

Das höhere Bildungsniveau der Anwender komplementärer Therapien könnte ferner mit einer offeneren Denkweise in Beziehung stehen etwas Neues, Unbekanntes zu erforschen. Das Bestreben „Alternativen“ für sich zu entdecken, die an bereits erlebte Erfolge schulmedizinischer Behandlungsformen anknüpfen bzw. diese zumindest kritisch zu hinterfragen, könnte vor allem bei besser gebildeten Menschen ausgeprägt sein.

Weitere Überlegungen könnten dazu führen, den Lebensstil der mittleren und gehobenen Mittelschicht für die Inanspruchnahme komplementärer Therapien verantwortlich zu machen. Vergleichbar einer zeitlich unabhängigen Modeerscheinung könnten vor allem in gehobenen Kreisen die Inanspruchnahme komplementärer Therapien zum allgemein üblichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit dazugehören.

Wichtig ist es, bei der Bewertung des Schulabschlusses zu beachten, dass vor allem höhere soziale Schichten an der vorliegenden Untersuchung teilnahmen. Dies könnte im Hinblick auf das Bildungsniveau und die Inanspruchnahme komplementärer Therapien zu leichten Verzerrungen geführt haben.

5.2.1.4.1.4 Die Berufstätigkeit als Determinant der Inanspruchnahme

Die Berufstätigkeit erwies sich in der vorliegenden Untersuchung nicht als signifikanter Determinant der Inanspruchnahme komplementärer Verfahren. In zwei australischen Untersuchungen hingegen konnte die Berufstätigkeit als Prädiktor für die Inanspruchnahme ermittelt werden (MacLennan et al. 1996, MacLennan et al. 2002).

Obwohl in der hier durchgeführten Untersuchung die Berufstätigkeit kein Determinant der Inanspruchnahme war, so zeigte sich dennoch, dass deutlich mehr Inanspruchnehmer einer Berufstätigkeit nachgingen als Nicht-Inanspruchnehmer (88% vs. 13%). Die überwiegende Berufstätigkeit der Inanspruchnehmer konnte bei Gray et al. (2002), Ernst&White (2000) und Bullock et al. (1997) bestätigt werden. Bei Cassidy et al. (1998) waren rund 46% Inanspruchnehmer erwerbstätig gegenüber 35% Nicht-Inanspruchnehmern. Bei Bair et al. (2002) war der Unterschied zwischen erwerbstätigen Inanspruchnehmern mit 83% und Nichterwerbstätigen mit 78% nicht ganz so prägnant wie in der vorliegenden Untersuchung.

Der Grund für die große Zahl an Berufstätigen unter den Inanspruchnehmern könnte mit der allgemein hohen Anzahl an Beschäftigten (87,3%) in dem hier untersuchten Kollektiv in Zusammenhang stehen. Darüber hinaus geht eine Erwerbstätigkeit mit einem geregelten Einkommen einher, das eine Anwendung komplementärer Therapien - wie bereits oben erläutert - möglicherweise eher gestattet.

5.2.1.4.2 Die Anzahl der als „bekannt beurteilten komplementären Therapien“ als Determinant der Inanspruchnahme

Die Anzahl der als „bekannt beurteilten komplementären Therapien“ wurde als signifikanter Determinant der Inanspruchnahme ermittelt. Die Inanspruchnehmer kannten im Durchschnitt drei Therapien mehr als die Nicht-Inanspruchnehmer (7,1 vs. 4,1 Therapien). Die Inanspruchnehmer waren demnach besser über komplementäre Therapien informiert. Diese Konstellation steht im Einklang mit dem dargestellten Zusammenhang des Bildungsniveaus und der Inanspruchnahme. Anwender komplementärer Therapien, die besser gebildet sind, kennen sich demnach auch besser mit komplementären Therapien aus und sind über eine größere Anzahl komplementärer Therapien informiert. Da es bislang keine Studie gibt, die sich mit dem Umfang der „Kenntnis“ über komplementäre Therapien als Determinant der Inanspruchnahme befasst, bleibt abzuwarten, ob andere Untersuchungen dieses Ergebnis bestätigen.

5.2.1.4.3 Das Gesundheitsverhalten als Determinant der Inanspruchnahme

Das Gesundheitsverhalten wurde als signifikanter Determinant der Inanspruchnahme identifiziert. Die Inanspruchnehmer komplementärer Therapien zeigten ein besseres Gesundheitsverhalten als die Nicht-Inanspruchnehmer. Der typische Inanspruchnehmer komplementärer Therapien war weniger häufig Raucher, achtete auf eine ausgewogene Ernährung, auf das eigene Körpergewicht sowie auf ausreichend viel Schlaf. Außerdem trieb er regelmäßig Sport, führte Entspannungstechniken durch und ließ in regelmäßigen Abständen Vorsorgeuntersuchungen durchführen.

Diese Ergebnisse konnten in einigen Studien bestätigt werden, in denen gleichermaßen bestimmte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen besonders häufig bei den Inanspruchnehmern komplementärer Therapien aufgefunden wurden. Barnes et al. (2004) zeigte, dass Erwachsene, die angaben ehemalige Raucher und Alkoholkonsumenten zu sein, häufiger als Raucher und starke Trinker komplementäre Therapien in Anspruch nehmen. Sternberg et al. (2003), Robinson et al. (2002) und Foltz et al. (2005) dokumentierten ebenfalls, dass die Nutzer komplementärer Therapien ein besseres Gesundheitsverhalten aufweisen als die Nicht-Nutzer. Gray et al. (2002) wiesen darauf hin, dass die Inanspruchnehmer öfter Sport treiben, sich gesünder ernähren und regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehen. Ein Unterschied im Rauchverhalten wurde nicht festgestellt.

Quandt et al. (2005) brachten das von den Befragten als besser eingeschätzte Gesundheitsbewusstsein mit der Inanspruchnahme komplementärer Therapien in Zusammenhang. Marstedt (2002) dokumentierte eine vorwiegende Inanspruchnahme komplementärer Therapien durch Personen mit einer gesundheitsbewussten Lebensweise.

In einer schwedische Studie von Al-Windi (2004) wurden zwar Unterschiede im Gesundheitsverhalten der Inanspruchnehmer und Nicht-Inanspruchnehmer in den Bereichen Sport, Rauchverhalten und Alkoholkonsum festgestellt, jedoch erwiesen sich die Unterschiede nicht als signifikant.

Im Rahmen einer Untersuchung von Gollschewski et al. (2005), in der menopausale Frauen befragt wurden, wurde unter den Inanspruchnehmern komplementärer Therapien ein gesünderer Lebensstil evaluiert, der sich unter anderem in der Durchführung regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen und in einem eingeschränkten Zigarettenkonsum äußerte. Auch in einer amerikanischen Untersuchung von Frauen im mittleren Lebensalter waren die Inanspruchnehmer komplementärer Therapien körperlich wesentlich aktiver und gesundheitsbewusster (Bair et al. 2002). An der deutschen Ambulanz für Naturheilkunde der Universität Heidelberg konnten Freivogel&Gerhard (2001) zeigen, dass eine als „erfolgreich“ eingestufte Therapie bei 70% der Frauen auch mit einem besseren Gesundheitsverhalten

assoziiert ist. Die Hälfte der komplementärmedizinisch behandelten Frauen gaben eine positive Veränderung des eigenen Gesundheitsverhaltens an und mehr als zwei Drittel betonten eine veränderte Lebenseinstellung.

Amerikanische Untersuchungen machen auf einen gewissen „Wellness-Gedanken“ und einen hohen Stellenwert bei der Aufrechterhaltung der Gesundheit der Inanspruchnehmer komplementärer Therapien aufmerksam (Wolsko et al. 2002, Oldendick et al. 2000, Sirois&Gick 2002). Kircaldy et al. (2001) wiesen darauf hin, dass bei den Anwendern komplementärer Therapien vor allem eine gesunde Ernährung im Vordergrund steht. Marstedt&Moebus (2002) ermittelten, dass Befragte mit einer sehr niedrigen Körpersensibilität, die auf bestimmten Verhaltensweisen wie z.B. Schlafgewohnheiten und Beobachtung von Körpermerkmalen basiert, seltener komplementäre Therapien nutzen als Befragte mit einer hohen Körpersensibilität. Eine Umfrage des IfD (2002) in Allensbach zeigte, dass 79% der Inanspruchnehmer komplementärer Therapien der Ansicht sind, dass Naturheilmittelverwender stärker auf ihre Gesundheit achten, sich z.B. gesünder ernähren als Nicht-Inanspruchnehmer. Mitzdorf et al. (1999) befragten Patienten aus der ersten TCM-Klinik in Deutschland, der „TCM-Klinik-Kötzing“ und der „Spezialklinik Höhenkirchen für Naturheilverfahren“ nach Faktoren wie Rauchen, Alkohol, Vorsorgeuntersuchungen und Fitness; bei insgesamt 68% der befragten Patienten wurde ein gutes Gesundheitsbewusstsein ermittelt. Auch in einer Studie in der Schweiz von Kranz&Rosenmund (1998), die sich hauptsächlich mit den Motiven der Inanspruchnahme komplementärer Therapien auseinandersetzte, konnte bei den Benutzern ein ausgeprägtes Umwelt- und Gesundheitsbewusstsein festgestellt werden.

Auffällig war, dass die Inanspruchnehmer in der vorliegenden Untersuchung einen höheren Alkoholkonsum aufwiesen als die Nicht-Inanspruchnehmer; der Unterschied war jedoch nicht signifikant. In einer groß angelegten repräsentativen Bevölkerungsstudie in Australien konnte der vermehrte Alkoholkonsum unter den Anwendern bestätigt werden (MacLennan et al. 1996). Hingegen tranken die Inanspruchnehmer bei Gray et al. (2002) eher weniger Alkohol. Das Bestreben nach einem gesünderen Lebensstil auf der einen und ein vermehrter Alkoholkonsum auf der anderen Seite stehen nicht per se im Widerspruch zueinander, sondern können mit einem gehobenen Lebensstil der Inanspruchnehmer vereinbar sein. In den vergangenen Jahren stellt sich die mediterrane Lebensweise mit einer leichten und gesunden Küche sowie einer besonderen Trinkkultur, die ausgewählte Weine umfasst, als anzustrebendes Ideal dar. Eine Untersuchung des Trinkverhaltens in Deutschland von Burger&Mensink (2004) zeigte, dass vor allem Frauen, die mehr Alkohol konsumieren, trotzdem eine gesunde Lebensweise anstreben und an Fitness interessiert sind.

Die Hintergründe eines Zusammenhanges zwischen dem Gesundheitsverhalten und der Inanspruchnahme komplementärer Therapien sind bis heute unklar. Es könnte sein, dass das Interesse an dem Erhalt der Gesundheit sowohl Ursache als auch Konsequenz der Inanspruchnahme ist. Eine andere Überlegung wäre, dass die Erfahrungen, die mit der Komplementärmedizin gemacht werden, gesundheitsbewusste Menschen hervorbringen.

Die vorliegende Studie wurde als Querschnittstudie angelegt, so dass hinsichtlich dieser Frage keine abschließende Beurteilung möglich ist. Aus diesem Grund wäre eine Längsschnittstudie wünschenswert, die Veränderungen hinsichtlich der Einstellung und des Verhaltens im Umgang mit komplementären Therapien analysiert.

5.2.1.4.4 Die Krankheitsvorgeschichte als Determinant der Inanspruchnahme

Weder die Dauer des Kinderwunsches noch der Zeitraum der ärztlichen Behandlung wurden in der vorliegenden Untersuchung als signifikante Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Therapien ermittelt. In der Literatur sind die Ergebnisse uneinheitlich.

Bei Joos et al. (2006) war die Dauer der Erkrankung ebenfalls nicht mit einer steigenden Inanspruchnahme komplementärer Therapien verbunden. Gießler et al. (2005) und Kircaldy et al. (2001) konnten gleichermaßen keinen Einfluss der Krankheitsvorgeschichte auf die Inanspruchnahme komplementärer Therapien nachweisen. Bei einer Befragung von infertilen Männern zeigte sich, dass sich die Zeit, die seit der Diagnosestellung vergangen war, nicht auf die Inanspruchnahme komplementärer Therapien auswirkt (Zini et al. 2004).

Andere Arbeiten hingegen kamen zu dem Ergebnis, dass die Dauer der Krankheitsgeschichte bzw. die Schwere und Art der Erkrankung mit der Durchführung einer komplementärmedizinischen Therapie in Zusammenhang steht. Dabei deutet vieles darauf hin, dass die subjektiv erlebte Belastung einer Erkrankung, wie z.B. die Diagnose eines Karzinoms, dazu beiträgt, dass so früh wie möglich alle in Frage kommenden Verfahren ausgeschöpft werden - ganz nach dem Motto „viel hilft viel“.

Bei einer Untersuchung von Diabetespatienten zeigte sich, dass nach 6 bis 10 Jahren Krankheitsdauer sehr viel häufiger auch komplementäre Therapien angewandt wurden als in einem Zeitraum von 1 bis 5 Jahren nach Diagnosestellung (Lee et al. 2004a). Auch NG et al. (2003) und Apel et al. (2006) dokumentierten, dass eine längere Krankheitsdauer und ein schlechterer Gesundheitszustand mit einem Anstieg der Nutzung komplementärer Therapien verbunden ist. In einer Untersuchung in Deutschland, bei der Frauen mit Genital- oder Mamma-CA befragt wurden, war der Nutzungsbeginn bei den meisten Patienten direkt nach Diagnosestellung zu verzeichnen (Nicolaisen-Murmann et al. 2005).

In einer Studie von Günay et al. (2005) zeigte sich, dass die meisten Paare erst nach ca. 10

Jahren kinderlos bleibender Ehe komplementäre Therapien anwandten. Bei van Balen et al. (1997) nahmen die infertilen Paare nach ca. 12 Monaten ungeschütztem Verkehr zunächst konventionelle Verfahren in Anspruch; erst nach ca. 34 weiteren Monaten wurden dann auch komplementäre Verfahren genutzt.

Bei den hier untersuchten Paaren lag die Dauer des Kinderwunsches im Durchschnitt bei 4 ½ Jahren und der Zeitraum der ärztlichen Behandlung bei 2 ½ Jahren. Es wäre vorstellbar, dass nach weiteren erfolglosen konventionellen Versuchen schwanger zu werden, das Interesse an komplementären Therapien zusätzlich ansteigt und ein signifikanter Einfluss der Kinderwunschkdauer bzw. der Dauer der ärztlichen Behandlung auf die Inanspruchnahme komplementärer Optionen zu verzeichnen ist.

5.2.1.4.5 Zusammenfassung der „Determinanten der Inanspruchnahme“

Bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch wurden bestimmte Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Therapien ausfindig gemacht, die unter Punkt 5.2.4.1 bis 5.2.4.4 im Vergleich mit nationalen und internationalen Studien diskutiert wurden.

Die folgende Tabelle stellt die in dieser Arbeit ermittelten signifikanten Determinanten der Inanspruchnahme sowie die Determinanten dar, die hinsichtlich der Inanspruchnahme zwar interessierten, sich jedoch nicht als signifikant herausstellten.

Tabelle 38: Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Verfahren

signifikante Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Verfahren	keine signifikanten Determinanten der Inanspruchnahme komplementärer Verfahren
<ul style="list-style-type: none"> • weibliches Geschlecht • höherer Schulabschluss bzw. Bildungsniveau • Frauen mit höherem Schulabschluss bzw. Bildungsniveau • Kenntnis über komplementäre Therapien (Inanspruchnehmer kannten im Durchschnitt drei komplementäre Therapien mehr) • positives Gesundheitsverhalten (selten rauchen, ausgewogene Ernährung, auf das Körpergewicht und auf ausreichend Schlaf achten, Entspannungsübungen und regelmäßig Check-up/ Vorsorgeuntersuchungen durchführen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter • Berufstätigkeit • Krankheitsvorgeschichte (Dauer des Kinderwunsches und Zeitraum der ärztlichen Behandlung) • persönliche Lebensgewohnheiten (Alkoholkonsum, BMI, privat u./o. beruflich viel Stress)

Hendrickson et al. (2006) wiesen darauf hin, dass die Komplementärmedizin nicht nur als homogener Bereich an Therapien zu verstehen ist, sondern dass es sich um ein sehr variables Gebilde handelt, das von ganz unterschiedlichen Determinanten beeinflusst wird - je nachdem welche spezifische komplementäre Therapie im Mittelpunkt der Untersuchung steht. Auch Kelner&Wellman (1997) warnten davor, sich lediglich mit den Charakteristika der Inanspruchnehmer zu befassen, sondern sahen es als erstrebenswert an, vor allem die Motive der Nutzer genauer zu betrachten.

In Zukunft wäre es deshalb wünschenswert, sowohl die Motive der infertilen Paare als auch die Determinanten der Inanspruchnahme - getrennt für unterschiedliche komplementäre Therapien - genauer zu erfassen.

5.2.1.5 Beurteilung der in Anspruch genommenen Komplementärtherapien

Die meisten Personen waren „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ mit den in Anspruch genommenen komplementären Therapien, wobei die Zufriedenheit der Frauen im Vergleich zu ihren Partnern signifikant höher war. Lediglich 6,6% der Befragten waren „nicht zufrieden“. Die hohe Zufriedenheit und positive Einstellung gegenüber komplementären Therapien konnten in einigen Studien bestätigt werden (Rafferty et al. 2002, Gray et al. 2002, Mac Lennan et al. 2002). Bei Oldendick et al. (2000) gaben lediglich 5% der befragten Personen schlechte Erfahrungen mit komplementären Therapien an. Im Rahmen einer britischen Studie von Abbot&Ernst (1997) konnte dokumentiert werden, dass 96% der Personen eine Verbesserung ihrer Symptomatik verspüren.

Freivogel&Gerhard (2001) untersuchten komplementärmedizinisch behandelte Frauen und ermittelten die „Patientenzufriedenheit“ als einen ausschlaggebenden Faktor für die Inanspruchnahme komplementärer Heilmethoden. Außerdem zeigte sich, dass Patientinnen mit schwer therapierbaren Erkrankungen - wie z.B. der Sterilität - am häufigsten unzufrieden mit komplementären Verfahren sind. Bei Coulson&Jenkins (2005) waren 10% der Nutzer der Ansicht, dass die Komplementärmedizin bei der Behandlung der Infertilität geholfen hat.

Vor allem unter dem Aspekt einer psychologischen Unterstützung und entspannenden Wirkung sind die komplementären Therapien äußerst hilfreich. Auch Ostermann et al. (2002) konnten im Blankensteiner Modell zur „Evaluation stationärer Naturheilkunde“ hochsignifikante Veränderungen in den Bereichen Lebensqualität, Gesundheitszustand, Befindlichkeit und Beschwerdegrad feststellen. In einer Beobachtungsstudie von Melchart et al. (1998) zeigte sich, dass der Therapieerfolg mit komplementären Anwendungen als „gut“ (57%) bis „sehr gut“ (73%) bewertet wurde. Die Befragungsergebnisse bei Marstedt (2002)

ergaben ebenfalls eine überdurchschnittlich positive Bewertung der Heilerfolge komplementärer Therapien, die je nach Beschwerdeanlass leichten Differenzen unterlagen.

5.2.1.6 Wirksamkeit der Komplementärmedizin im Vergleich zur Schulmedizin

Die Mehrzahl der befragten Männer (69,4%) und Frauen (57,4%) waren der Meinung, dass die Komplementärmedizin „nicht so wirksam“ ist wie die Schulmedizin. Allerdings fiel auf, dass ebenfalls sehr viele Frauen (56,8%) und Männer (41,0%) die Komplementärmedizin für „genauso wirksam“ hielten wie die Schulmedizin. Bemerkenswert war zudem, dass nur sehr wenige Personen die Komplementärmedizin als „wirksamer“ (6,3% der Frauen und Männer) einstufen.

Die Beurteilung der Wirksamkeit der beiden medizinischen Systeme ist demzufolge von einer großen Unsicherheit begleitet. Ursächlich dafür könnte sein, dass die Paare sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit komplementären Therapien machten und deshalb nicht in der Lage waren ein eindeutiges Urteil zu fällen. Es zeigte sich zwar eine gewisse positive Grundhaltung gegenüber der Komplementärmedizin, doch eine eindeutige Präferenz der Komplementärmedizin gegenüber der Schulmedizin konnte nicht bestätigt werden.

Die Schulmedizin befasst sich hauptsächlich mit der Entfernung von Krankheiten aus dem Körper, der Korrektur gestörter Prozesse und der Behandlung falscher Funktionen mit Hilfe von Medikamenten. Dabei steht die symptomatische Behandlung des Erkrankten im Mittelpunkt, also die Beschäftigung mit dem kranken Organ. Die Einheit von Leib und Seele wird dabei vielfach nicht berücksichtigt.

Komplementären Verfahren liegt ein Bild des Menschen zugrunde, das sich stark von dem der Schulmedizin unterscheidet. Gesundheit und Heilung werden in der Komplementärmedizin weniger als biochemischer Prozess verstanden, sondern als Funktion harmonischer Beziehungen zur Umwelt und zur Gemeinschaft (Andritzky 1997). Die komplementären Therapien setzen Selbstheilungskräfte des Organismus frei und führen so zu einer Stärkung der Lebenskraft. In der Klinik für Traditionelle Chinesische Medizin in Kötzing gaben rund 75% der befragten Patienten an, dass sie den ganzheitlichen Therapieansatz als ein positives Kriterium gegenüber schulmedizinischen Behandlungen erachten (Melchart et al. 1998).

In einer Studie von Lee et al. (2004a) zeigte sich, dass 84% der Patienten komplementäre Therapien in „Kombination“ zu konventionellen Behandlungsformen nutzen; lediglich 16% der Befragten nehmen ausschließlich komplementäre Therapien in Anspruch. Auch im Rahmen einer amerikanischen Untersuchung von Goldstein&Glik (1998) zur „Anwendung der Homöopathie“ zeigte sich, dass die Homöopathie mehrheitlich als „Ergänzung“ zur Schulmedizin angewandt wird. Eisenberg et al. (2001) und Kranz&Rosenmund (1998)

konnten bestätigen, dass die meisten Befragten die Inanspruchnahme von Methoden aus beiden therapeutischen Richtungen präferieren und die Komplementärmedizin als Ergänzung zur Schulmedizin betrachten. Bei Kuo et al. (2004) gaben die meisten Personen, dass sie die Einnahme von konventionellen Arzneien in Kombination mit pflanzlichen Präparaten für wesentlich effektiver halten. Deutlich wurde das große Interesse an einer „Kombination“ aus schulmedizinischen und konventionellen Behandlungsformen im Rahmen einer Befragung des schweizerischen „Programms zur Evaluation Komplementärmedizin“, bei der ca. 50% der Befragten angaben, dass sie ein Krankenhaus, indem zusätzlich komplementäre Therapien angeboten werden, einem konventionell orientiertem Haus vorziehen (Wolf et al. 2006).

Der in der Bevölkerung stetig wachsende Wunsch nach einer „Kombination aus konventionellen und komplementären Behandlungsmöglichkeiten“ sollte demnach zunehmend Rechnung getragen werden.

5.2.1.7 Nebenwirkungen und Kritikpunkte komplementärer Therapien

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass die Paare komplementären Verfahren sehr positiv gegenüberstehen. Es fiel auf, dass für Frauen komplementärmedizinische Therapien signifikant häufiger als für ihre Partner nicht nur als „letzte Möglichkeit“ in Betracht kommen. Vorurteile oder Befürchtungen hinsichtlich etwaiger Nebenwirkungen wurden äußerst selten dokumentiert. Lediglich 1-2% der Personen hielten Nebenwirkungen bei Akupunktur, Homöopathie oder Phytotherapie für „sehr wahrscheinlich“.

Die Studienlage hinsichtlich einer kritischen Auseinandersetzung mit möglichen Nebenwirkungen und Vorbehalten bei der Anwendung komplementärer Verfahren ist lückenhaft. Wenn man bedenkt, dass die Anwendung komplementärer Therapien weit verbreitet ist, war es erstaunlich festzustellen, dass nur in wenigen Studien die untersuchten Patientenkollektive nach Nebenwirkungen befragt wurden.

Komplementäre Methoden sind prinzipiell darauf angelegt den natürlichen Heilprozess des Körpers anzuregen und Blockaden, die der Wiederherstellung des organischen Gleichgewichts im Wege stehen, auszuräumen und zwar ohne unerwünschte Reaktionen. Ob dies in der Praxis auch umsetzbar ist, bleibt jedoch fraglich.

Seibel (2003) und Cuzzolin et al. (2006) wiesen darauf hin, dass der Wunsch nach einer „sanften, nebenwirkungsarmen und sicheren Medizin“ ein entscheidendes Kriterium für die Inanspruchnahme komplementärer Therapien ist. Auch Abbot&Ernst (1997) nannten die mit der Komplementärmedizin assoziierte Natürlichkeit und Sicherheit als Beweggrund der Inanspruchnahme. Givon et al. (2004) zeigten, ähnlich wie bei den in dieser Arbeit ermittelten Ergebnissen, dass die meisten Anwender komplementärer Therapien mit keinen

unerwünschten Effekten rechnen. Bansmann (2000) zeigte, dass 65 % der Befragten pflanzliche Präparate mit weniger Nebenwirkungen in Verbindung bringen. Gemäß einer Umfrage im Auftrag des IfD (2002) in Allensbach - zur Anwendung von Naturheilmitteln – stellte sich heraus, dass 82% die Gefahr von Nebenwirkungen bei Naturheilmitteln als „gering“ einschätzen.

Bei Oldendick et al. (2000) machten lediglich 5% der Nutzer komplementärer Therapien negative Erfahrungen. In einer Studie von Molassiotis et al. (2005) berichteten 4% der Teilnehmer von Nebenwirkungen, die mit der Einnahme pflanzlicher Präparate verbunden waren. Allerdings wurde von den meisten Patienten typischerweise mehr als ein Phytotherapeutikum gleichzeitig eingenommen.

In einem Bericht von de Groot (2001) über die Akupunktur und die damit in Verbindung stehende Komplikationen wurde darauf hingewiesen, dass es bei der Akupunktur durchaus zu unerwünschten Wirkungen kommen kann; beispielsweise wurde von harmlosen kleineren Blutungen oder Hämatomen, Schmerzen beim Einstich, Hauterscheinungen sowie orthostatischen Beschwerden berichtet. In einer Studie in Großbritannien von Abbot&Ernst (1997) konnten die höchsten Angaben hinsichtlich unerwünschter Wirkungen für die Akupunktur verzeichnet werden. Es wurde von einer Verschlimmerung der Beschwerden, Müdigkeit, Schmerzen und einem Trauma durch die Nadel berichtet. Bei der Homöopathie wurden in 10% der Fälle und bei der Phytotherapie in 8% der Fälle gastrointestinale Beschwerden registriert.

Der Wunsch nach einer nebenwirkungsfreien Medizin hat in den letzten Jahren einen Abstrom an Patienten in komplementärmedizinische Gebiete bewirkt. Bei der Anwendung von komplementären Therapien sollten die Patienten stets mit ihrem behandelnden Arzt Rücksprache halten. Das Prinzip „Keine Wirkung ohne Nebenwirkung“ sollte nicht nur für konventionelle Therapien gelten, sondern auch bei der Anwendung komplementärer Verfahren zunehmend an Bedeutung gewinnen. Vickers et al. (2006) zeigten, dass die befragten Frauen ein sehr geringes Wissen über mögliche Nebenwirkungen beim Einsatz phytotherapeutischer Präparate aufweisen. Die meisten Frauen machten sich bislang keine Gedanken über die Einnahme pflanzlicher Arzneien und einer möglichen Wechselwirkung mit verschreibungspflichtigen Substanzen.

Es wäre wünschenswert, dass in Zukunft Wissenslücken im Umgang mit komplementären Behandlungsformen geschlossen werden, um Interaktionen mit konventionellen Präparaten und Therapien zu vermeiden.

5.2.1.8 Informationsquellen

Als Informationsquellen für komplementäre Verfahren wurden von den Paaren am häufigsten Zeitschriften und Bücher, gefolgt von Freunden/Bekanntem und dem Internet in Anspruch genommen. Ein Drittel der Paare informierten sich bei ihrem behandelnden Arzt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie konnten in anderen Untersuchungen bestätigt werden, in denen als wesentliche Informationsquelle ebenfalls Medien und der Freundes- und Familienkreis ermittelt wurden (D`Crus&Wilkinson 2005, Drivdahl&Miser 1998, Rossi et al. 2006, Abbot&Ernst 1997, Bullock et al. 1997, Molassiotis et al. 2005, Goldstein&Glik 1998). Die Medien nahmen bei Menniti-Ippolito et al. (2002) und Schäfer (2004) eher eine untergeordnete Rolle ein. Bei Lee et al. (2004a) hatten vor allem Freunde, Angehörige und an derselben Erkrankung leidende Personen auf die komplementäre Therapie aufmerksam gemacht; weder die Massenmedien, noch Zeitschriften oder das Gespräch mit dem Arzt wurde als Informationsquelle zu Rate gezogen. Oldendick et al. (2000) zeigten, dass sich die Befragten mehrheitlich bei ihrem Arzt informieren. In einer Studie von Fuhljahn&Trams (1999), in der onkologische Patientinnen befragt wurden, erfolgte die Anregung eine komplementärmedizinische Therapie zu nutzen am häufigsten durch den Frauenarzt, gefolgt vom Freundeskreis und dem Hausarzt. Bei Sternberg et al. (2003) wurde von den Befragten am häufigsten der „ärztliche Rat“, gefolgt von der Informationsquelle „Medien“ angegeben. Der häufig ermittelte Einsatz der Medien als Informationsquelle ist ein bedeutsamer Aspekt, denn die Medien sind für jedermann zugänglich und üben einen großen Einfluss auf die Nachfrage komplementärer Therapien aus.

5.2.1.9 Wahl des Therapeuten

Die meisten Paare würden sich mit dem Wunsch nach einer Akupunkturbehandlung zunächst an einen Arzt mit entsprechender Qualifikation wenden. Bei der Behandlung mit homöopathischen und phytotherapeutischen Präparaten stand bei den Frauen die Konsultation eines Heilpraktikers und bei den Männern die des Hausarztes an erster Stelle.

In einer Studie in Großbritannien gaben 70% der Befragten an, ihren „Complement therapist“ aufzusuchen, wenn sie komplementäre Therapien nutzen wollen und bezeichneten ihn als denjenigen mit der größten Kompetenz auf diesem Gebiet (Abbot&Ernst et al. 1997).

Die Organisation der Anbieter komplementärer Therapien unterscheidet sich von Land zu Land oft erheblich. In Deutschland werden komplementäre Verfahren zusätzlich zu konventionellen Therapien von einer steigenden Zahl schulmedizinisch tätiger Ärzte angeboten. Der DZVhÄ, der 1829 gegründet wurde, hat mittlerweile ca. 4.000 Mitglieder, wobei mehr als die Hälfte Vertragsärzte sind.

Durch das in Deutschland übliche Berufsbild des Heilpraktikers ergibt sich eine besondere Situation, die mit keinem anderen Land vergleichbar ist. Im Jahre 1939 wurde der Beruf des Heilpraktikers anerkannt (Ernst 1997) und seit den 80er Jahren werden z.B. auch Akupunkturanwendungen von Heilpraktikern angeboten. In den USA gibt es nur wenige Ärzte, die komplementäre Behandlungsformen anwenden (Druss&Rosenheck 1999). In Großbritannien scheinen sich in den letzten Jahren vermehrt nichtärztliche Bevölkerungsgruppen mit der Behandlung komplementärer Therapien auseinanderzusetzen (Fisher&Ward 1994). Allerdings bekunden auch Ärzte zunehmend ihr Interesse an der Behandlung mit komplementären Verfahren (Zollmann&Vickers 1999). Eine genaue Reglementierung steht in den meisten Ländern jedoch noch aus.

Für eine Anwendung komplementärer Therapien in „Selbstmedikation“ sprachen sich die wenigsten Paare aus (10,0% Frauen vs. 7,9% Männer). Die Datenlage, hinsichtlich der Nutzung komplementärer Präparate in Selbstmedikation, zeigt jedoch ein anderes Bild.

In zwei Untersuchungen in Großbritannien informierten ca. 72% ihren Arzt nicht über die Inanspruchnahme komplementärer Therapien (Eisenberg et al. 1993, Eisenberg et al. 1998). Bei Eisenberg et al. (2001) gaben die Patienten an, dass es für den behandelnden Arzt nicht wichtig sei, von einer gleichzeitig in Anspruch genommenen komplementären Therapie zu wissen. In weiteren Arbeiten informierten 20% (Druss&Rosenheck 1999), 30% (Lee et al. 2004a) bis hin zu 60% (Menniti-Ippolito et al. 2002) der Anwender ihren Arzt nicht über die Anwendung komplementärer Behandlungsformen. Diese Zahlen geben Grund zur Besorgnis, da die fehlende Information des Arztes eine Gefahr für den Patienten darstellen kann. Unerwünschte Wirkungen, aufgrund einer Interaktion komplementärer und konventioneller Präparate, könnten die Folge sein. Auch in der Arbeit von Tindle et al. (2005) wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Inanspruchnahme von pflanzlichen Präparaten einen Anstieg zu verzeichnen hat, doch die Konsultation eines Arztes seltener geworden ist. Nach Angaben des IfD (2002) in Allensbach wird vor allem bei leichten Befindungsstörungen nicht mehr so schnell ein Arzt aufgesucht wie noch vor 20 oder 30 Jahren.

Die in der vorliegenden Untersuchung ermittelte eher seltene Inanspruchnahme komplementärer Therapien in Selbstmedikation könnte damit zusammenhängen, dass viele Befragte nicht sicher wussten was unter „Selbstmedikation“ zu verstehen ist und diese demzufolge verneinten. Die prozentualen Angaben könnten infolgedessen leicht unterschätzt werden.

5.2.2 „Wertschätzung“ der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie

In der vorliegenden Untersuchung wurde die „Wertschätzung“ der ungewollt kinderlosen Paare bzgl. der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie analysiert. Dabei waren insbesondere Fragen zur „Wirksamkeit“ und „Kenntnis“ der drei komplementären Therapien, sowie das „Wissen“ und die „Bereitschaft“ diese komplementären Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch anzuwenden, von Interesse.

5.2.2.1 „Wirksamkeit“ und „Kenntnis“ bzgl. Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie

Die meisten Personen gaben an die Homöopathie (77,1%) zu kennen, gefolgt von Akupunktur (76,1%) und Phytotherapie (45,8%). Tendenziell hatten die Männer die beste Kenntnis über die Akupunktur und ihre Frauen über Homöopathie. Dabei wurden Homöopathie mit 51,5% und Akupunktur mit 51,3% am häufigsten als „wirksam“ beurteilt, gefolgt von der Phytotherapie mit 39%. Insgesamt zeigte sich, dass die Frauen Akupunktur und Homöopathie signifikant häufiger als „wirksam“ einschätzten als ihre Partner.

In dieser Untersuchung wurde vor allem die Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie näher betrachtet, da diese komplementären Therapien in den vergangenen Jahren vermehrt ins Interesse der Öffentlichkeit gelangt sind.

Die Phytotherapie („phytomedicine“, „herbal medicine“) hat eine sehr alte Tradition. Man kennt heute ungefähr 10000 verschiedene Heilpflanzen. Asklepios von Thessalien, einer der Weisen und Großen der antiken Heilkunde, formulierte bereits vor 3000 Jahren: „Zuerst das Wort - dann die Pflanze - zuletzt das Messer (Heide 2006b). Die Phytotherapie wurde aufgrund der Entwicklung der Chemotherapie und zu Zeiten der Antibiotikaära stark verdrängt (Heide 2006b). Seit Jahren macht die Phytotherapie jedoch wieder von sich reden: sie liegt im Trend der Zeit, denn sie gilt als „natürlich“ und wird auch als „weiche Chemie“ bezeichnet (Forth 1990). Die Wirksamkeit und Verträglichkeit der meisten Heilpflanzen konnte durch die moderne Arzneipflanzenforschung mittlerweile bestätigt werden. Durch eine konsequent durchgeführte wissenschaftliche Erforschung vieler pflanzlicher Extrakte sind in der Pflanzenheilkunde besonders in den letzten zwei Jahrzehnten neue Anwendungsgebiete erschlossen worden, so dass die Phytotherapie als fester Bestandteil unseres Gesundheitssystem anzusehen ist.

Auch die homöopathische Heilmethode hat sich zunehmend in der Medizin etabliert. Sie beruht auf einem 250 Jahre alten Erfahrungsschatz. 1807 führte Samuel Hahnemann (1755-1842) den Begriff der „Homöopathie“ ein (homoios = gleichartig, ähnlich; pathos = Leid, Schmerz, Krankheit) (Zittlau et al. 1997). Im Jahre 1796, dem Geburtsjahr der Homöopathie,

trat Hahnemann mit einem Artikel in Hufelands Journal an die wissenschaftliche Öffentlichkeit: „Wähle, um sanft, schnell, gewiss und dauerhaft zu heilen, in jedem Krankheitsfall eine Arznei, welche ein ähnliches Leiden erregen kann als sie heilen soll!“ (Schmiedel 1998). „Similia similibus curentur“ (Ähnliches werde durch Ähnliches geheilt) (Siebenwirth 1997). Die Homöopathie und Phytotherapie werden in Deutschland als „besondere Therapierichtungen“ deklariert. Auch ohne einen Wirksamkeitsnachweis dürfen diese Präparate verordnet werden, solange eine „Binnenerklärung“ durch Experten vorliegt und eine Monographie über das spezifische Präparat verfasst wurde.

Die Akupunktur ist ebenfalls eine sehr alte Behandlungsmethode und wird als spezielle Hautreiztherapie verstanden. Die europäische Übersetzung „Akupunktur“ ist ein mittlerweile allgemein gebräuchlicher Begriff, der sich aus den lateinischen Termini „Acus“ (Nadel) und „pungere“ (stechen) zusammensetzt (Becke 2003). Bis 1971 war die Akupunktur in den USA weitgehend unbekannt. Als der New York Times Reporter James Reston am 26. Juli 1971 seinen Bericht über die Behandlung seiner Schmerzen mit Akupunktur veröffentlichte, stieg das Interesse in den USA für TCM rasant an. Gustav Dobos, Professor an der Universität Duisburg, bezeichnet den Artikel als „die Geburtsstunde der Traditionellen chinesischen Medizin im Westen“ (Bartholomäus et al. 2006). In Deutschland wurde 1951 die DÄGfA gegründet. Mittlerweile haben erfahrene Akupunkturärzte Lehraufträge an deutschen Universitäten und es werden zahlreiche Studien zur Akupunktur durchgeführt – so auch an der Justus-Liebig-Universität in Gießen.

5.2.2.2 „Wissen“ über Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie als Optionen bei unerfülltem Kinderwunsch

Die Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches mit Hilfe der Homöopathie, Akupunktur und Phytotherapie sind durch die Grundlagenforschung und empirisches Erkenntnismaterial zunehmend ins Interesse der Öffentlichkeit gelangt. Umso erstaunlicher war es festzustellen, dass Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie, als therapeutische Optionen bei unerfülltem Kinderwunsch, bei den meisten Paaren zum Zeitpunkt der Befragung weitestgehend unbekannt waren. Dabei schnitt die Phytotherapie am schlechtesten ab. Außerdem zeigte sich, dass die Männer - häufiger als ihre Partnerinnen - nichts von der entsprechenden Therapie bei der Behandlung von Fertilitätsstörungen wussten.

Homöopathisch aufbereitete pflanzliche Präparate können im funktional-endokrinologischen Bereich und bei organischen Störungen eine Therapieoption darstellen. In erster Linie wird die klassische Einzelmittelhomöopathie mit Berücksichtigung des individuellen Konstitutionstyps bei Fertilitätsstörungen empfohlen. Die Mittelfindung orientiert sich dabei

am Menstruationszyklus der Frau (Scheffer 2001). In verschiedenen Studien konnte bereits die Wirksamkeit einer individuellen homöopathischen Behandlung bei weiblicher Sterilität nachgewiesen werden (Keller&Gerhard 1993). Selbst nach jahrelangem Kinderwunsch und erfolglos gebliebenen Hormontherapien können homöopathische Arzneien helfen (Gerhard 1993). Vor allem bei idiopathischer Sterilität, verzögertem Eisprung, Gelbkörperschwäche, wiederholten Frühgeburten, Endometriose und Zyklustempoanomalien können homöopathische Präparate sinnvoll sein (König 2003). Außerdem hat sich bei der Belastung mit Umweltgiften die Homöopathie im Rahmen einer Entgiftungsbehandlung bewährt (Gerhard 1997a). In der Literatur (Dittmar et al. 2003, Madejsky 2004, Pinn 2001, Graf 2005, Knöpfel 2004, Augustin &Schmiedel 1998) wird bzgl. vieler homöopathisch aufbereiteter Präparate ein positiver Effekt auf die Fertilität diskutiert. Genannt werden z.B. *Cimicifuga* D3, *Rosmarinus Oligoplex*, *Cuprum metallicum* D6, *Pulsatilla pratensis* D6, *Aurum metallicum*, *Sepia officinalis*, *Borax*, *Natrium chloratum* und *Platinum metallicum*.

Die Behandlung infertiler Männer wird meist nur am Rande erwähnt. Die Darstellungen beschränken sich auf Homöopathika bei „Männerleiden“ wie Prostataadenom, Prostatitis und Impotenz (Scheffer 2001a). Im Tierversuch konnte eine Verbesserung des Spermioграмms mittels Homöopathika beobachtet werden (Aziz&Enbergs 2005). In einer Pilotstudie von Gerhard&Wallis (2002) wurden 45 subfertile Männer mit Einzelmittelhomöopathie behandelt; es zeigte sich eine Erhöhung der Spermienzahl, die mit einer konventionellen Therapie vergleichbar ist. Bei einer durch Umweltgifte veränderten Ejakulatqualität werden so genannte Ausleitungs- bzw. Detoxifikationstherapien empfohlen - z.B. mit *Okoubaka* D3 oder *Acidum formicum* D8 (Dittmar et al. 2003). In der Diskussion stehen außerdem individuell ausgewählte homöopathische Präparate wie z.B. *Barium carbonicum*, *Calcium carbonicum*, *Phosphor*, *Sepia* oder *Sulfur* (Köhn&Schill 2000, Dittmar et al. 2003).

Auch der Einsatz von Phytotherapeutika wird bei Fertilitätsstörungen diskutiert. Zahlreiche Arbeiten (Ososki et al. 2002, Chaing et al. 1994, Pinn 2001, Beal 1998, Fugh-Berman&Kronenberg 2003, Dennehy 2006) beschäftigten sich mit den in der Literatur genannten und aus der Erfahrungsmedizin überlieferten Pflanzen aus unterschiedlichen Kulturkreisen und Ländern, die unter anderem auch bei Fertilitätsstörungen eingesetzt werden. Heilpflanzen, die bei „Frauenleiden“ zur Anwendung kommen, enthalten häufig Phytohormone, die in der Lage sind eine Normalisierung des gestörten hormonellen Gleichgewichtes zu bewirken. Eine einzige Pflanze hat durch die Grundlagenforschung der letzten Jahre und die schon seit langem existierende positive Erfahrung der Ärzte an Bedeutung gewonnen - die Rede ist vom Mönchspfeffer (*Vitex agnus castus*, Keuschlamm). *Agnus castus* normalisiert die Prolaktinsekretion aus der Hypophyse und das Östrogen-

Progesteronverhältnis durch ein dopaminerges Wirkprinzip (Scheffer 2002). Durch eine Mehrproduktion von luteinisierenden Hormon und die Hemmung der Ausschüttung von FSH ist ein Gelbkörperhormon-Effekt zu beobachten (Wuttke 2000, Roehmheld-Hamm 2005). Die therapeutische Wirksamkeit von Vitex agnus castus ist beim prämenstruellen Syndrom, insbesondere der prämenstruellen Mastodynie, Mastopathie und der Corpus-luteum-Insuffizienz bereits in zahlreichen Studien bestätigt worden (Bergmann et al. 2000, Tietze 1997, Gerhard 1993, Gerhard et al. 1998, Wittmann et al. 1993, Milewicz et al. 1993). In einer doppelblinden, placebokontrollierten Studie von Westphal et al. (2006) konnten signifikante Effekte von Fertlity Blend® (Produkt aus Mönchspfeffer, Grünem Tee, Vitaminen und Mineralien) auf die Schwangerschaftsrate und den Progesteronspiegel dokumentiert werden. Wie in der Phytotherapie, so werden auch in der homöopathischen Komplexmitteltherapie Agnus-castus-haltige Medikamente verwendet, um die Fertilität zu verbessern (Pinn 2001, Daniele et al. 2005). Es gibt Monosubstanzen (z.B. Agnucaston, Agnolyt, Castufemin), Kombipräparate (Mastodynon N, Agnus castus Hevert) und homöopathisch potenzierte Arzneien (Phyto-Hypophyson L) (Weiss&Fintelmann 1999). Zu anderen Heilpflanzen liegen bislang leider noch nicht genügend wissenschaftliche Untersuchungen vor. Frau Blank (2000), von der Universitätsklinik in Heidelberg, hält vor allem die Alchemilla neben dem Mönchspfeffer für eine Favoritin bei der Behandlung von Gelbkörperhormonschwäche, Unfruchtbarkeit, starker und verlängerter Blutung sowie von funktionellen Eierstockzysten.

Die Datenlage bzgl. phytotherapeutischer Präparate bei männlichen Fertilitätsstörungen ist lückenhaft. Therapieempfehlungen beziehen sich bei Männern vor allem auf Erektions-, Ejakulations- und Libidostörungen sowie auf die benigne Prostatahyperplasie (Hentschel 1997, Vogel et al. 1990). Es gibt in überlieferten Schriften und in der Erfahrungsmedizin verschiedener Kulturkreise und Länder eine Vielzahl von Pflanzen und Kräutern, denen eine fruchtbarkeitssteigernde Wirkung nachgesagt wird, so z.B. Petersilie, Sellerie, Spargel, Mannstreu, „Potenzholz“, Tollkirsche und Allraune (Köhn&Schill 2000). In China existieren zahlreiche Hinweise für die Wirkung pflanzlicher Extrakte, die zur Steigerung der Spermienmotilität und Lebensdauer führen, z.B. Lösungen aus Astragalus membranaceus und Acanthopanax senticosi (Liu et al. 2004), Gingko-Präparate und Sheng Jing Zhong Zi Tang (Bacoun et al. 2001), Hochuekkito (Ishikawa et al. 1991), Guizhi-Fuling-Wan (Ishikawa et al. 1996) sowie Hachimijiogan (Usuki 1985). Die meisten Studien und Übersichtsarbeiten sind jedoch in der Landessprache verfasst und somit nicht in voller Länge einsehbar. Außerdem sind die Heilpflanzen in Europa unbekannt und oftmals nicht erhältlich.

Darüber hinaus sind Akupunkturanwendungen bei Fertilitätsstörungen von Interesse. In den 90er Jahren hat die Akupunktur in die Geburtshilfe in Deutschland Einzug gehalten und ist mittlerweile in fast keiner geburtshilflichen Abteilung mehr wegzudenken (Schubert&Frieze 1998). Gynäkologische Krankheitsbilder gehören zu den sechs häufigsten Anlässen von Ärzten zur Durchführung einer Akupunkturbehandlung (White 2003). Die fernöstliche Therapie hat viele Indikationsgebiete in der Frauenheilkunde, so z.B. die Behandlung akuter Schmerzzustände, Menstruationsstörungen, dem prämenstruellen Syndrom und Hyperemesis (Gerhard et al. 1992). Über 360 Akupunkturpunkte sollen den „Strom der Lebensenergie“, das Qi und das Blut (Xue) fortleiten (Frieze&Römer 2004). DuMai (Lenkergesäß) und RenMai (Konzeptionsgefäß) gehören dabei zu den außerordentlichen Gefäßen (Sommer&Petricek 1998, Kirschbaum 2001) und stehen in Verbindung zu Reproduktionsfunktionen (Beal 1999). Die männliche und weibliche Infertilität beruht auf einem Mangel an Nierenenergie (Crimmel et al. 2001, Seybold 2004). Die Niere ist die Wurzel des Lebens und ist für die Entstehung und Reifung von Eizellen und Spermien zuständig. Kommt es zu einer Nierenschwäche, resultieren daraus Amenorrhoe, Sterilität, Impotenz und Schwangerschaftsprobleme (Focks 2001). Eine genaue Differenzierung nach der Ursache der Sterilität erfolgt in Form von verschiedenen Syndromen (Focks&Bodenschatz-Li 2001, Kubiena&Sommer 1997). In wissenschaftlichen Untersuchungen zur Körperakupunktur bei weiblichen Fertilitätsstörungen konnten gute Erfolge dokumentiert werden (Gerhard&Postneek 1992, Stener-Victorin et al. 1996, Xiaoming et al. 1993). Zusätzlich zeigten sich positive Effekte auf den weiblichen Zyklus mit Ohrakupunktur bzw. Ohr- in Kombination mit Körperakupunktur (Gerhard&Postneek 1992, Gerhard&Postneek 1992a, Gerhard&Postneek 1988). In einer Studie von Dieterle et al. (2006) wurde bei 116 Frauen der Einfluss einer Akupunkturbehandlung auf das Ergebnis der IVF oder ICSI-Behandlung untersucht. Es zeigte sich ein signifikanter Effekt auf die Schwangerschaftsrate nach Akupunkturbehandlung (34%) im Vergleich zur Placebogruppe (16%). Vergleichbare Studien konnten ebenfalls signifikante Effekte auf die Fertilitätsrate belegen (Westergaard et al. 2006, Smith et al. 2006, Paulus et al. 2002). Allerdings sollten nach Ansicht von Myers (2006) und Domar (2006) zunächst weiterer Studien mit standardisierten Akupunkturpunkten und Placebo-Nadelung durchgeführt werden, bevor die Akupunktur zur klinischen Routine avanciert.

Die klassischen Indikationen für Akupunktur im andrologischen Bereich sind Erektions- und Ejakulationsstörungen sowie der vorzeitige Samenerguss (Köhn&Schill 2000, Köhn 2002). Allerdings wird auch die männliche Infertilität im Zusammenhang mit TCM genannt (Crimmel et al. 2001). In einer Pilotstudie von Fischl et al. (1984) kam es bei allen akupunktierten Männern zu einer signifikanten Verbesserung der Samenqualität. Diese

Ergebnisse konnten Xueying (1984), Jung et al. (1993), Gerhard (1993), Riegler et al. (1985) und Pei et al. (2005) bestätigen. Besonders bei Männern mit Asthenozoospermie (Gerhard et al. 1992) und Azoospermie (Siterman et al. 2000) wurden signifikante Erhöhungen der Spermienkonzentration beobachtet. Auch Akupunktur in Verbindung Moxibustion (Gurfinkel&Division 2003) oder mit chinesischen Kräutern und Heilpflanzen (Zonchang 1997) führten zu einer signifikanten Erhöhung normal geformter und beweglicher Spermien. Eine abschließende Beurteilung bzgl. der Wirksamkeit komplementärer Therapien bei Fertilitätsstörungen ist nicht möglich, da endgültig gesicherte Nachweise in Form von randomisierten, placebokontrollierten, doppelblinden Studien weitestgehend fehlen. Die Umsetzung eines solchen Studiendesigns gestaltet sich in der Komplementärmedizin zum Teil schwierig, doch weitere Forschungsbemühungen auf diesem Gebiet sind wünschenswert, um den unerfüllt kinderlosen Paaren in Zukunft noch effektiver helfen zu können.

5.2.2.3 Bereitschaft der Inanspruchnahme und Wertschätzung komplementärer Therapien bei unerfülltem Kinderwunsch

Bei der Auswertung der „Wertschätzung“ der Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie als Optionen bei unerfülltem Kinderwunsch zeigte sich, dass die Paare diese drei Therapien tendenziell in gleichem Umfang bewerteten. Die meisten Paare gaben an, Akupunktur und Homöopathie zur Behandlung ihres unerfüllten Kinderwunsches in Betracht zu ziehen, wobei der Akupunktur die größte Wertschätzung zu Teil wurde. Auffällig war, dass die Frauen Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie bei unerfülltem Kinderwunsch eher anwenden würden als ihre Partner. Bei Homöopathie und Phytotherapie erwies sich der Unterschied als signifikant.

In einer amerikanischen Untersuchung von Beal (1998), mit Frauen und ihren Einstellungen zu komplementären Therapien, zeigte sich, dass weibliche Patienten ca. zwei Drittel der Bevölkerungsschicht ausmachen und im Vordergrund Methoden der Komplementärmedizin während der Schwangerschaft stehen. Auch Burg (1996) betonte, dass Frauen seit langer Zeit komplementäre Therapien für eine Vielzahl an gynäkologischen Beschwerdebildern nutzen.

In anderen Untersuchungen konnte ebenfalls gezeigt werden, dass eine hohe Bereitschaft besteht komplementäre Therapien bei Fertilitätsstörungen anzuwenden. Beer&Ostermann (2003) wiesen darauf hin, dass sich in der Gynäkologie und Geburtshilfe vor allem Akupunktur und Homöopathie, gefolgt von phytotherapeutischen Anwendungen, in den vergangenen Jahren zunehmend etabliert haben. Allerdings scheinen auch Männer bzgl. der Anwendung komplementärer Therapien auf dem Vormarsch zu sein. In einer Untersuchung von Oldereid et al. (1990), die 312 Männer aus Sterilitätssprechstunden nach vorhergehenden

diagnostischen und therapeutischen Bemühungen befragten, gaben 25% der Männer an, bereits komplementäre Therapien zur Behandlung der Infertilität in Anspruch genommen zu haben. Köhn&Schill (2000) machten während des Andrologie Symposiums in Gießen darauf aufmerksam, dass die Frage nach komplementären Therapieansätzen von Seiten der Männer nicht so häufig gestellt wird. Sie führten dies darauf zurück, dass das Patientenkollektiv in Spezialsprechstunden überwiegend selektioniert ist und sich von universitären Einrichtungen oder reproduktionsmedizinischen Schwerpunktpraxen keine komplementärmedizinische Betreuung verspricht. Männer scheinen durchaus Interesse an komplementären Therapien zu haben, doch bringen sie dies häufig nicht zum Ausdruck.

Bei Coulson&Jenkins (2005) zeigte sich, dass infertile Paare komplementären Verfahren sehr positiv gegenüberstehen. In einer Untersuchung von Oldereid et al. (1990) wurden Akupunktur und Homöopathie von einem fünftel der befragten infertilen Männer zur Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen genutzt. Betrachtet man die Inanspruchnahme komplementärer Therapien in Afrika, so fällt auf, dass sehr viele infertile Paare traditionelle und spirituelle Heiler aufsuchen, oft lange bevor sie sich in konventionelle medizinische Hilfe begeben (Sundby 1997, Gerrits 1997). Eine Untersuchung in Bangladesch von Papreen et al. (2000) zeigte, dass bei Frauen mit Fertilitätsstörungen Phytotherapie und traditionelle Heiler als erste Optionen genutzt werden und bei ihren Partnern am häufigsten eine Scheidung, gefolgt von Phytotherapeutika in Betracht kommen. In einer Studie von Deyer et al. (2002), mit 150 infertilen Frauen in Süd-Afrika, wurde von den Frauen eine Kombination aus traditionellen und modernen Behandlungsformen präferiert.

Bei der Auswertung wurde deutlich, dass die Paare ein großes Interesse an komplementären Therapien zur Behandlung ihres unerfüllten Kinderwunsches haben. Es ist die Aufgabe des behandelnden Arztes, den Vorstellungen der Paare gerecht zu werden und die Möglichkeit einer ergänzenden komplementärmedizinischen Therapie zu erläutern und gegebenenfalls in das Behandlungskonzept zu integrieren.

5.2.3 Abschließende Bewertung und Ausblick

Die Komplementärmedizin, die lange im Schatten der Schulmedizin stand, rückt weltweit ins Interesse der Öffentlichkeit. Der deutliche Trend in Richtung komplementäre Therapieverfahren zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung. Obwohl komplementäre Therapien häufig nicht von der GKV übernommen werden und ein Wirksamkeitsnachweis bei den meisten Verfahren noch immer aussteht, ist eine steigende Nachfrage erkennbar.

Die Entwicklung - hin zur Inanspruchnahme komplementärer Verfahren - beruht auf einer Vielzahl von Faktoren. Vor allem der beträchtliche Anstieg der Zivilisationskrankheiten lässt präventive Maßnahmen an Bedeutung gewinnen. Das Motto „Nicht mit Kanonen auf Spatzen schießen“ scheint in unserer heutigen Zeit immer relevanter zu werden. Der Wunsch nach einer nebenwirkungsfreien, natürlichen und sanften Therapieform und der ganzheitlichen Betrachtung von Körper und Seele steht dabei im Vordergrund.

Vieles deutet zudem darauf hin, dass die Komplementärmedizin in den vergangenen Jahren mehr und mehr zu einem besseren Gesundheitsverhalten dazugehört. Die vorliegende Untersuchung bestätigt diese Entwicklung. Immer mehr Menschen wollen sich „etwas Gutes“ tun und keine therapeutische Option unversucht lassen. Die Bevölkerung zeigt sich zunehmend bereit, Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen und als mündige Patienten der einseitigen Schulmedizin nicht mehr kritiklos gegenüberzustehen.

Früher gründete sich die Wahl des richtigen Arzneimittels auf Erfahrungen und Intuition und war zum Teil mystisch-religiös beeinflusst. In einer Zeit, in der im Gesundheitswesen Fragen der Qualitätssicherung und Finanzierbarkeit zunehmend an Bedeutung gewinnen, ist eine rationale, das heißt wissenschaftlich fundierte Nutzung der zur Verfügung stehenden Mittel erforderlich. Einige Länder haben deshalb bereits eine Forschungsförderung etabliert. In den USA wurde 1992 am National Institut of Health das OAM gegründet, das im Jahre 1998 zum NCCAM erweitert wurde und sich mit Untersuchungen komplementärer Therapien beschäftigt. In Großbritannien haben die Forschungsbemühungen ebenfalls zugenommen.

Der Bedarf an evidenzbasierten komplementären Therapien wird auch aus ökonomischer Sicht deutlich, wenn man bedenkt, dass die komplementären Therapien und Präparate in Europa mittlerweile zum zweitgrößten wachsenden Industriezweig avanciert sind (Reilly 2001). Pro Jahr werden in Deutschland für ca. zwei Milliarden Euro pflanzliche Arzneimittel verschrieben, für ärztliche komplementärmedizinische Behandlungen werden seitens der GKV weitere zwei Milliarden Euro investiert, und im privat finanzierten Bereich liegen die Schätzungen bei rund fünf Milliarden Euro (Marstedt&Moebus 2002).

Weitere Forschungsbemühungen zur Wirksamkeit komplementärer Therapien sind erforderlich, um den Anforderungen der Evidence Based Medicine gerecht werden zu können. Ziel sollte eine transparente Darstellung darüber sein, welche Patientengruppen unter welchen spezifischen Voraussetzungen von einer komplementären Therapie profitieren.

Die Bevölkerung sollte sich selbständig informieren können, ob komplementäre Verfahren für sie in Frage kommen. Vor allem im Hinblick darauf, dass es gerade gebildete Personen sind, die Komplementärmedizin in Anspruch nehmen, ist dies ein nicht zu vernachlässigender Aspekt.

Ein unerfüllter Kinderwunsch stellt für das einzelne Paar eine schwierige Lebenssituation dar. Hormonbehandlungen und reproduktionsmedizinische Eingriffe werden häufig als sehr belastend erlebt. Nicht alle Fruchtbarkeitsstörungen sind mit komplementären Verfahren therapierbar, aber sie können in der Lage sein unerwünschte Wirkungen konventioneller Methoden zu reduzieren und den Umgang mit dem unerfüllten Kinderwunsch zu erleichtern.

Die Erkenntnisse aus dieser Befragung sollen langfristig dazu beitragen verbesserte, zielgruppenorientierte Behandlungskonzepte für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch anzubieten, die das schulmedizinische Angebot mit komplementären Heilmethoden sinnvoll ergänzen und zur Entwicklung eines ganzheitlichen Therapiekonzeptes beitragen.

"Eines Tages wird es vielleicht eine Medizin geben, in der beide medizinischen Systeme nebeneinander bestehen – nicht miteinander konkurrierend, sondern sich zum Wohle des Patienten ergänzend." (Schmiedel 1998a).

In Anlehnung an die Selbstheilungskräfte unseres Organismus wurde der folgende Satz des Hippokrates, dem Vater der Heilkunde, berühmt: „Medicus curat, natura sanat“ (Die Natur heilt, der Arzt kuriert) (Heide 2006a).

6 Zusammenfassung

Angesichts fehlender Daten auf dem Gebiet der Fertilitätsstörungen und dem Stellenwert komplementärer Therapien, wurden im Rahmen dieser Studie Paare mit unerfülltem Kinderwunsch untersucht. Im Zeitraum von 11/2005 bis 11/2006 wurden Paare mit Fertilitätsstörungen aus zwei reproduktionsmedizinischen Schwerpunktpraxen (in Ulm und in Rottenburg) und der reproduktionsmedizinischen Abteilung der Frauenklinik des Universitätsklinikums in Gießen mit Hilfe eines Fragebogens, unter Gewährleistung völliger Anonymität, nach „Determinanten der Inanspruchnahme“, Faktoren der „Wertschätzung“ sowie nach „Erfahrungen“ mit komplementären Therapien befragt.

225 Paare nahmen an der Untersuchung teil, was einer Rücklaufquote von 75,0% entsprach. Der Altersmedian der Paare lag bei 35 Jahren. Die meisten Befragten absolvierten einen Realschulabschluss; 87,3% waren berufstätig. Die Dauer des Kinderwunsches lag im Durchschnitt bei 4 ½ Jahren und der Zeitraum der ärztlichen Behandlung bei 2 ½ Jahren. Bei den Frauen wurden am häufigsten tubare Störungen und bei ihren Partnern pathologische Werte im Spermogramm diagnostiziert.

35,5% der Befragten (45,0% der Frauen vs. 25,7% der Männer) gaben an, bereits Komplementärmedizin in Anspruch genommen zu haben. Die am häufigsten angewandten Therapien waren die Akupunktur und Homöopathie. Die meisten Männer und Frauen waren „zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ mit den angewandten komplementären Verfahren. Die Frauen nahmen im Durchschnitt bereits doppelt so viele komplementäre Therapien in Anspruch als ihre Partner und kannten signifikant mehr komplementäre Therapien. Darüber hinaus war bei Personen um das 36. Lebensjahr, Personen mit einem besseren Gesundheitsverhalten und Personen weiblichen Geschlechts, der Bereich „Interesse und Kenntnisstand“ bzgl. komplementärer Therapien besonders ausgeprägt.

Zudem unterschieden sich die Inanspruchnehmer komplementärer Therapien von den Nicht-Inanspruchnehmern. Die Inanspruchnehmer waren signifikant weiblich, höher gebildet, kannten durchschnittlich 3 komplementäre Therapien mehr und zeigten ein besseres Gesundheitsverhalten als die Nicht-Inanspruchnehmer. Der typische Inanspruchnehmer achtete ferner auf eine ausgewogene Ernährung, auf das eigene Körpergewicht sowie auf ausreichend viel Schlaf. Er trieb verstärkt Sport, rauchte nur selten, absolvierte Entspannungsübungen und ließ in regelmäßigen Abständen Vorsorgeuntersuchungen durchführen. Die gebildeten Frauen nahmen vier Mal so häufig komplementäre Therapien in Anspruch als alle anderen Personen dieser Untersuchung.

Vorurteile oder Befürchtungen hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen komplementärer Verfahren wurden nur vereinzelt genannt. Lediglich 1-2% der Befragten hielten diese für

„sehr wahrscheinlich“. Vor allem Männer und Frauen in einem Alter um die 36 Jahre, bei denen ein positives Gesundheitsverhalten zu verzeichnen war, gaben seltener „Angst vor Nebenwirkungen“ an.

Als wichtigste Informationsquelle für komplementäre Verfahren dienten Zeitschriften und Bücher, gefolgt von Freunden/Bekanntem sowie dem Internet. Die meisten Paare würden sich mit dem Wunsch nach einer Akupunkturbehandlung an einen Arzt mit einer entsprechenden Qualifikation wenden. Bei der Behandlung mit homöopathischen und phytotherapeutischen Präparaten würden die Frauen überwiegend den Heilpraktiker und die Männer den Hausarzt konsultieren.

Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie, als therapeutische Optionen bei unerfülltem Kinderwunsch, waren den meisten Paaren zum Zeitpunkt der Befragung weitestgehend unbekannt. Doppelt so viele Frauen als Männer gaben an, von der Komplementärmedizin als Behandlungsmethode bei Fertilitätsstörungen gewusst zu haben. Darüber hinaus fiel die Kenntnis über die Komplementärmedizin zur Behandlung von Fertilitätsstörungen umso größer aus, je höher das ermittelte Bildungsniveau der Befragten war.

Die Paare gaben mehrheitlich an, Akupunktur, Homöopathie und Phytotherapie zur Behandlung ihres unerfüllten Kinderwunsches in Betracht zu ziehen, wobei die meisten Paare zur Akupunktur tendierten. Darüber hinaus plädierten signifikant mehr Frauen als Männer für die Anwendung von Homöopathie und Phytotherapie bei Fertilitätsstörungen. Vor allem Personen mit einem gehobenen Bildungsniveau zeigten eine vermehrte Bereitschaft Komplementärmedizin bei unerfülltem Kinderwunsch zu nutzen.

Insgesamt betrachtet nehmen komplementäre Therapien bei Paaren mit Fertilitätsstörungen einen großen Stellenwert ein und werden überwiegend positiv bewertet. Der behandelnde Arzt sollte deshalb über Vor- und Nachteile komplementärer Therapien informiert sein, damit er die Paare optimal beraten kann und in der Lage ist, ein auf die Bedürfnisse des Paares abgestimmtes Behandlungskonzept zu entwickeln.

Summary

Due to weak data in the field of fertility disorder concerning the significance of complementary therapies, within the scope of this survey couples with an unfulfilled desire to have children were examined. Couples with a fertility disorder have been interviewed using questionnaires between 11/2005 and 11/2006 in two doctors offices with focus on reproductive medicine (in Ulm and Rottenburg) and the reproductive medicine section of the Department of Obstetrics and Gynecology (Justus-Liebig-University Gießen), for their “determinants of utilisation” and the factors “appreciation” and “experience” with complementary therapy under total anonymity.

225 couples participated in this study, which correlated with a response rate of 75,0%. The median age of the participating couples was 35. Most of the participants had a secondary school certificate; 87,3% were employed. The duration of the desire to have children was 4 ½ years average and the time period of medical treatment 2 ½ years. The most common disorder of female patients was diagnosed as tubal dysfunction and male patients were most often diagnosed with pathological sperm quality.

35,5% of the participants (45,0% of the female vs. 25,7% of the male) stated that they had already utilised complementary medicine. The most common therapies were acupuncture and homeopathy. The couples were mostly “satisfied” to “very satisfied” with the applied complementary therapy. The females averagely had made use of twice as much complementary therapies than their partners and had significantly better knowledge of those therapies. Above that persons around the age of 36, those with a healthier lifestyle and those of the female sex, had a distinct knowledge in the area “interest and state of information” concerning complementary therapy.

Furthermore users of complementary therapies distinguished from nonusers. Users were significantly female, higher educated, had statistically knowledge of three more complementary therapies and had a healthier lifestyle than nonusers. The generic user took care of a balanced nutrition, the own weight and adequate amount of sleep. As well the generic users enhanced their sportive activities, smoked infrequently, conducted relaxation exercises and had undergone constant preventive medical examination. The higher educated females used four times as often complementary therapies than all other participants.

Preconception or apprehension in view of possible side effects was only mentioned sporadically. Merely 1-2% of the participants reckoned side effects as “very probable”. Most notably participants in the age of 36 with a health-conscious lifestyle declared “fear of side effects” less frequently.

The most important source of information for complementary therapies were magazines and books, followed by friends/acquaintances and the internet. Most of the couples with the desire for acupuncture treatment would address themselves to a physician with the appropriate qualification. As far as the treatment with homeopathic and phytotherapeutical supplements is concerned, females would predominantly consult the complementary practitioner while males would consult the family physician.

Acupuncture, homeopathy and phytotherapy, as a therapeutic option to treat disability to conceive, were unfamiliar to most of the participants at the time of inquiry. However females declared twice as often to have knowledge of complementary therapies as treatment of fertility disorders. Furthermore the knowledge of complementary therapies as treatment of disability to conceive ascended with determined educational level of the queried person.

Predominantly the couples stated to consider acupuncture, homeopathy and phytotherapy as a treatment of unfulfilled desire to have children; while most of the couples tended to utilise acupuncture. Beyond that significantly females pleaded for the usage of homeopathy and phytotherapy as an optional treatment. First and foremost people with a higher educational level showed increased willingness to utilise complementary medicine as a treatment of fertility disorder.

Overall complementary therapies rate very high among couples with fertility disorder and are predominantly considered positive. Therefore the attending physician should be informed about the advantages and disadvantages of complementary therapies, in order to be capable of developing a concept that meets the needs of the couple and to give optimal counselling.

7 Literaturverzeichnis

Abbot, N. & Ernst, E. (1997)

Patients opinions about complementary medicine. *Forsch Komplementärmed*, 4:164-168

Adams, J.; Sibbritt, D. W.; Easthope, G. & Young, A. F. (2003)

The profile of women who consult alternative health practitioners in Australia.
Med J Aust, 179:297-300

Al-Windi, A. (2004)

Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use.
Complement Ther Med, 12: 99-111

ASfRM (2001)

Patient`s fact sheet – weight and fertility. Hrsg.v. *American Society for Reproductive Medicine*, 8:2001, erhältlich online:
<http://www.asrm.org/Patients/FactSheets/weightfertility.pdf> (zugegriffen am 01.03.2007)

ASfRM (2003)

Patient`s fact sheet – smoking and infertility. Hrsg.v. *American Society for Reproductive Medicine*, 8:2001, erhältlich online: <http://www.asrm.org/Patients/FactSheets/smoking.pdf> (zugegriffen am 01.03.2007)

ASfRM (2003a)

Age and fertility. A guide for patients. Hrsg.v. *American Society for Reproductive Medicine*, 1-20, erhältlich online: <http://www.asrm.org/Patients/patientbooklets/agefertility.pdf> (zugegriffen am 01.03.2007)

ASfRM (2003b)

Infertility – an overview. A guide for patients. Hrsg.v. *American Society for Reproductive Medicine*, 1-20, erhältlich online:
http://www.asrm.org/Patients/patientbooklets/infertility_overview.pdf (zugegriffen am 02.03.2007)

Andritzky, W. (1997)

Wer nutzt unkonventionelle Heilweisen und was sind die Motivationen?
Wien Med Wochenschr, 147(18): 413-417

Apel, A.; Greim, B.; König, N. & Zettl, U. K. (2006)

Frequency of current utilisation of complementary and alternative medicine by patients with multiple sclerosis. *J Neurol*, 253:1331-1336

Astin, J. A. (1998)

Why patients use alternative medicine? *JAMA*, 279(19): 1548-1553

Augustin, M. & Schmiedel, V. (1998) (Hrsg.)

Sterilität. In: Praxisleitfaden Naturheilkunde: Methoden, Diagnostik, Therapieverfahren in Synopsen. 3. Auflage, *Urban & Fischer: München, Jena*, 551-552

Aziz, D. M. & Enbergs, H. (2005)

Stimulation of bovine sperm mitochondrial activity by homeopathic dilutions of monensin. *Homeopathy*, 94: 229-232

Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R. (2000)

Faktoranalyse. In: *Multivariate Analysemethoden*. 9. Auflage, Springer Verlag: Berlin, 252-327

Backhaus, K./Erichson, B./Plinke, W./Weiber, R. (2000a)

Multiple Regression. In: *Multivariate Analysemethoden*. 9. Auflage, Springer Verlag: Berlin, 1-69

Bair, Y. A.; Gold, E. B.; Greendale, G. A.; Sternfeld, B.; Adler, S. R.; Azari, R. & Harkey, M. (2002)

Ethnic Differences in Use of Complementary and Alternative Medicine at Midlife: Longitudinal Results From SWAN Participants. *Am J Public Health*, 92(11): 1832-1840

Balen, F. van; Verdurmen, J. & Ketting, E. (1997)

Choices and motivations of infertile couples. *Patient Educ Couns*, 31: 19-27

Bansmann, D. (2000)

Die Auseinandersetzung mit der Phytotherapie – eine Notwendigkeit in der gynäkologischen Praxis? *Gynäkologe*, 33: 3-5

Baucun, Y.; Caixia, Z.; Lei, D.; Wujun, X. & Peng, Z. (2001)

The Therapeutic Effects of Sheng Jing Zhong Zi Tang in Treating Male Infertility. *J Tradit Chin Med*, 21(2): 96-99

Barnes, P. M.; Powell-Griner, E.; McFann, K. & Nahin, R. L. (2004)

Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data*, 343: 1-20

Bartholomäus, U.; Klonovsky, M.; Niehaus, J. & Sandies, S. (2006)

Asiatische Heilkunst - West-östliche Liaison. *Focus*, 31: 60-73

Battaglia, C.; Regnani, G.; Marsella, T.; Facchinetti, F.; Vope, A.; Venturoli, S. & Flamigni, C. (2002)

Adjuvant L-arginin treatment in controlled ovarian hyperstimulation: a double blind, randomized study. *Hum Reprod*, 17(3): 659-665

Beal, M. W. (1998)

Women's use of complementary and alternative therapies in reproductive health care. *J Nurse Midwifery*, 43(3): 224-234

Beal, M. W. (1999)

Acupuncture and acupressure - applications to women's reproductive health care. *J Nurse Midwifery*, 44(3): 217-230

Beck, T. (2000)

Soviel Schulmedizin wie nötig, soviel Naturheilverfahren wie möglich. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd*, 7: 90

Becke, H. (2003)

Die Akupunktur und ihre Anwendungsmöglichkeiten. *Dt. Ztsch. f. Akup.*, 45(3): 29-31

Becker-Witt, C.; Lüdtke, R.; Weißhuhn, T. E. R. & Willich, S. N. (2004)

Diagnoses and treatment in homeopathic medical practice.

Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 11: 98-103

Beer, A. M. (2002) (Hrsg.)

Vortrag zum Thema „Balneogynäkologische Versorgungsstrukturen in Lehre und Therapie in Deutschland“. In: Bericht über die wissenschaftliche Sitzung der "Arbeitsgemeinschaft Balneologie, Physiotherapie, Rehabilitation und Akupunktur in der Frauenheilkunde e.V." in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) auf dem 54. Kongress der DGGG in Düsseldorf, 1-7

Erhältlich online: <http://www.phytotherapy.org/presse/Sitzungsbericht-DGGG-2002.pdf>
(zugegriffen am 25.02.2007)

Beer, A. M. & Goecke, C. (1999)

Therapiekonzepte in Gynäkologie und Geburtshilfe. In: Naturheilverfahren in Gynäkologie und Geburtshilfe - Therapie - Rehabilitation – Prävention. Hrsg. v. Beer, A. M., *Deutscher Ärzte Verlag: Köln*, 144-200

Beer, A. M. & Goecke, C. (2000)

Balneotherapie und Physiotherapie - Als primäre und ergänzende Maßnahmen in der Gynäkologie. *Gynäkologe*, 13: 18-27

Beer, A. M. & Ostermann, T. (2003)

On the use of classical naturopathy and complementary medicine procedures in hospitals and clinics practicing Gynecology and Obstetrics in Germany. *Gynecol Obstet Invest*, 55: 73-81

Bergmann, J.; Luft, B.; Boehmann, S.; Runnebaum, B. & Gerhard, I. (2000)

Die Wirksamkeit des Komplexmittels Phyto-Hypophyson L bei weiblicher, hormonell bedingter Sterilität. Eine randomisierte, placebokontrollierte, klinische Doppelblindstudie.

Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 7(4): 190-199

Beutel, M.; Kupfer, J.; Kirchmeyer, P.; Kehde, S.; Köhn, F. M.; Schroeder-Printzen, I.; Gips, H.; Herrero, H. J. G. & Weidner, W. (1999)

Treatment - related stresses and depression in couples undergoing assisted reproduction treatment by IVF or ICSI. *Andrologia*, 31: 27-35

Blais, R. (1997)

How different are users and non-users of alternative medicine?

Can J Public Health, 88(3): 159-162

Blank, A. (2000)

Interview. In: Alchemilla - Eine ganzheitliche Kräuterheilkunde für Frauen.

Hrsg.v. Madejsky, M., 1. Auflage, *Wilhelm Goldmann Verlag: München*, 96-99

BMFSFJ (2005)

Familie ja, Kinder nein. Was ist los in Deutschland? Monitor Familiendemographie – Beiträge aus Forschung, Statistik und Familienpolitik. Hrsg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Ausgabe 1-3, Jg. 2005, 1-33, erhältlich online: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/monitor-1-3-jahr-2005-familie-ja-kinder-nein,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> (zugegriffen am 02.03.2007)

Bodeker, G. & Kronenberg, F. (2002)

A public health agenda for traditional, complementary and alternative medicine. *American Journal of public Health*, 92: 1582-1591

Bos, H.; van Balen, F. & Visser, A. (2005)

Social and cultural factors in infertility and childlessness. *Patient Educ Couns*, 59: 223-225

Brähler, E.; Stöbel-Richter, Y.; Huinink, J. & Glander, H. J. (2001)

Zur Epidemiologie gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit in Ost- und Westdeutschland. *Reproduktionsmedizin*, 3: 157-162

Brähler, E.; Stöbel-Richter, Y.; Finck, C. & Meister, U. (2003)

Die Einstellung der Deutschen zur Reproduktionsmedizin und zur Präimplantationsdiagnostik (*Bericht der Pressekonferenz in Berlin am 29.1.2003*), 1-21
erhältlich online: http://www.uni-leipzig.de/~medpsy/pdf/presse_repromedizin.pdf
(zugegriffen am 25.02.2007)

Breckwoldt, M. & Keck, C. (2001)

Störungen der Fruchtbarkeit. In: Gynäkologie und Geburtshilfe. Hrsg. v. Pfeleiderer, A.; Breckwoldt, M. & Martius, G., 4. Auflage, *Thieme Verlag: Stuttgart, New York*, 78-82

Brettin, M. (2003)

Woran es liegt wenn der Kindersegen ausbleibt. *GEO*, 8: 153-155

Brinkhaus, B.; Joos, S.; Lindner, M.; Kohnen, R.; Witt, C.; Willich, S. N. & Hahn, E. G. (2005)

Integration of complementary and alternative medicine into German Medical School Curricula – contradictions between the opinions of decision makers and the status quo. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd*, 12: 139-143

BRZ (2007)

Ungewollte Kinderlosigkeit (Grundlagen). Hrsg.v. Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren Deutschland e.V., erhältlich online: <http://www.repromed.de/> (zugegriffen am 01.03.2007)

Bühl, A (2006) (Hrsg.)

Faktorenanalyse. In: SPSS 14 - Einführung in die moderne Datenanalyse. 10. Auflage, *Pearson Studium: München, Boston, San Francisco*, 485-501

Bullock, M. L.; Pheley, A. M.; Kiresuk, T. J.; Lenz, S. K. & Culliton, P. D. (1997)

Characteristics and complaints of patient seeking therapy at a hospital- based alternative medicine clinic. *J Altern Complement Med*, 3(1): 31-37

Burg, M. A. (1996)

Women`s use of complementary medicine. *J Fla Med Assoc*, 83(7): 482-488

Burge, S. K. & Albright, T. L. (2002)

Use of Complementary and Alternative Medicine Among Family Practice Patients in South Texas. *Am J of Public Health*, 92(10): 1614-1616

Burger, M. & Mensink, G. B. M. (2004)

High alcohol consumption in Germany: results of the German National Health Interview and Examination Survey 1998. *Public Health Nutr*, 7(7): 879-884

Burke, A.; Upchurch, D. M.; Dye, C. & Chyu, L. (2006)

Acupuncture Use in the United States: Findings from the National Health Interview Survey. *J Altern Complement Med*, 12(7): 639-648

BZgA (2005)

Bericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Thema: Kinderwunsch und Familiengründung bei Frauen und Männern mit Hochschulabschluss- Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. 1-69. erhältlich online:

http://www.beruf-und-familie.de/index.php?c=service.broschuere&cms_archiv=1&iPage=5
(zugegriffen am 25.02.2007)

Cassidy, C. M. (1998)

Chinese Medicine Users in the United States Part I: Utilization, Satisfaction, Medical Plurality. *J Altern Complement Med*, 4(1): 17-27

Chaing, H. S.; Merino-Chavez, G.; Yang, L. L.; Wang, F. N. & Hafez, E. S. E. (1994)

Medicinal plants: Conception/ Contraception. *Adv Contracept Deliv Syst*, 10(3-4): 355-363

Chez, R. A. & Jonas, W. B. (1997)

Complementary and Alternative Medicine. Part II: Clinical studies in Gynecology. *Obstet Gynecol Surv*, 52(11): 709-716

Chia, S.; Lim, S. A.; Tay, S. & Lim, S. (2000)

Factors associated with male infertility: a case-control study of 218 infertile and 240 fertile men. *BJOG*, 107(1): 55-61

Chow, V. & Cheung, A. P. (2006)

Male Infertility. *J Reprod Med*, 51(3): 149-156

Correa-Velez, I.; Clavarino, A.; Barnett, A. G. & Eastwood, H. (2003)

Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life. *Palliat Med*, 17: 695-703

Coulson, C. & Jenkins, J. (2005)

Complementary and alternative medicine utilisation in NHS and private clinic settings: a United Kingdom survey of 400 infertility patients. *J Exp Clin Assist Reprod*, 2(5): 1-3

Crimmel, A. S.; Conner, C. S. & Monga, M. (2001)

Withered Yang: A Review of Traditional Chinese Medical Treatment of Male Infertility and Erectile Dysfunction. *J Androl*, 22(2): 173-182

Cuzzolin, L.; Zaffani, S. & Benoni, G. (2006)

Safety implications regarding use of phytomedicines. *Eur J Clin Pharmacol*, 62: 37-42

Daniele, C.; Coon, J.; Pittler, M. & Ernst, E. (2005)

Vitex agnus castus - A Systematic Review of Adverse Events. *Drug Saf*, 28(4): 319-332

D`Crus, A. & Wilkinson, J. M. (2005)

Reasons for Choosing and Complying with Complementary Health Care: An In-House Study on a South Australian Clinic. *J Altern Complement Med*, 11(6): 1107-1112

deGroot, M. (2001)

Akupunktur: Komplikationen, Kontraindikationen und Patientenaufklärung. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd*, 8: 256-262

Dennehy, C. E. (2006)

The Use of Herbs and Dietary Supplements in Gynecology: An Evidence-Based Review. *J Midwifery Womens Health*, 51: 402-409

Derbolowsky, J. (1997)

Umgang mit Sterilitätspatientinnen. *Arch Gynecol Obstet*, 260: 307

Dyer, S. J.; Abrahams, N.; Hoffman, M. & van der Spuy, Z. M. (2002)

Infertility in South Africa: women`s reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour for involuntary childlessness. *Hum Reprod*, 17(6): 1657-1662

DIR (2005)

Deutsches IVF-Register: Jahrbuch 2005, 1-32

erhältlich online: http://www.meb.uni-bonn.de/frauen/DIR_downloads/dirjahrbuch2005.pdf (zugegriffen am 25.02.2007)

Diekmann, A. (2005)

C. Datenerhebung - X. Befragung. In: Empirische Sozialforschung - Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Hrsg. v. König, B., 13. Auflage, *Rowohlt Taschenbuch Verlag: Hamburg*, 371-456

Dieterle, S.; Ying, G.; Hatzmann, W. & Neuer, A. (2006)

Effect of acupuncture on the outcome of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection: a randomized, prospective, controlled clinical study. *Fertil Steril*, 85(5): 1347-1351

Dittmar, F. W.; Loch, E. G.; Wiesenauer, M. (2003) (Hrsg.)

Das kinderlose Paar, In: Naturheilverfahren in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Möglichkeiten und Grenzen. 3. Auflage; *Hippokrates Verlag: Stuttgart*, 167-189

Dohle, G. R.; Colpi, G. M.; Hargreave, T. B.; Papp, G. K.; Jungwirth, A. & Weidner, W. (2005)

EAU Guidelines on Male Infertility. *Eur Urol*, 48: 703-711

Domar, A. D. (2006)

Acupuncture and infertility: we need to stick to good science. *Fertil Steril*, 85(5): 1359-1361

Dooley, M. (2006)

Complementary therapy and obstetrics and gynaecology: a time to integrate.
Curr Opin Obstet Gynecol, 18: 648-652

Drivdahl, C. E. & Miser, W. F. (1998)

The use of alternative health care by a family practice population.
J Am Board Fam Pract, 11: 193-199

Druss, B. G. & Rosenheck, R. A. (1999)

Association between use of unconventional therapies and conventional medical services.
JAMA, 282(7): 651-656

Eisenberg, D. M.; Kessler, R.; Foster, C.; Frances, F. & Delbanco, T. (1993)

Unconventional medicine in the United States - prevalence, costs and patterns of use.
N Engl J Med, 328(4): 246-252

Eisenberg, D. M.; Roger, R. B.; Ettner, S. L.; Appel, S.; Wilkey, S.; van Rompay, M. & Kessler, R. C. (1998)

Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997 - Results of a follow-up National Survey. *JAMA*, 280(18): 1569-1575

Eisenberg, D. M.; Kessler, R. C.; van Rompay, M. I.; Kaptchuk, T. J.; Wilkey, S. A.; Appel, S. & Davis, R. B. (2001)

Perceptions about Complementary Therapies Relative to Conventional Therapies among Adults Who Use Both: Results from a National Survey. *Complementary and Alternative Medicine Series*, 135: 344-351

Emslie, M. J.; Campbell, M. K. & Walker, K. A. (2002)

Changes in public awareness of, attitudes to, and use of complementary therapy in North East Scotland: surveys in 1993-1999. *Complement Ther Med*, 10: 148-153

Engstler, H. & Menning, S. (2003)

Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. Hrsg.v. Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen, Jugend (BMFSFJ), 1-264

Erhältlich Online: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24184-Gesamtbericht-Familie-im-Spieg.property=pdf.pdf>
(zugegriffen am 23.02.2007)

Ernst, E. (1997)

Heilpraktiker in Österreich? *Wien Med Wochenschr*, 147: 423-425

Ernst, E. (2000)

Prevalence of use of complementary/ alternative medicine: a systematic review.
Bull World Health Organ, 78(2): 252-257

Ernst, E. (2003)

Obstacles to research in complementary and alternative medicine. *MJA*, 179: 279-280

Ernst, E. (2005)

Is homeopathy a clinically valuable approach? *Trends Pharmacol Sci*, 26(11): 547-548

Ernst, E. & Fugh-Berman, A. (2002)

Complementary and alternative medicine: what is it all about?
Occup Environ Med, 59: 140-144

Ernst, E. & White, A. (2000)

The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther Med*, 8: 32-36

Featherstone, C.; Godden, D.; Selvaraj, S.; Emslie, M. & Took-Zozaya, M. (2003)

Characteristics associated with reported CAM use in patients attending six GP practices in the Tayside and Grampian regions of Scotland: a survey. *Complement Ther Med*, 11: 168-176

Fisher, P. & Ward, A. (1994)

Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe. *BMJ*, 309: 107-111

Fischl, F.; Riegler, R.; Biegelmayr, C.; Nasr, F. & Neumark, J. (1984)

Die Beeinflussbarkeit der Samenqualität durch Akupunktur bei subfertilen Männern.
Geburtshilfe Frauenheilkd., 44: 510-512

Focks, C. (2001)

Therapie nach Zang-Fu-Syndromen (Syndrome der Niere). In: Leitfaden traditionelle chinesische Medizin, Schwerpunkt Akupunktur. Hrsg. v. Focks, C. & Hillebrand, N., 3. Auflage, *Urban & Fischer Verlag: München, Jena*, 716-724

Focks, C. & Bodenschatz-Li, C. (2001)

Genitalorgane (Sterilität [Bu Yu Zeng] bei der Frau; Sterilität beim Mann). In: Leitfaden traditionelle chinesische Medizin, Schwerpunkt Akupunktur. Hrsg. v. Focks, C. & Hillebrand, N., 3. Auflage, *Urban & Fischer Verlag: München, Jena*, 872-874; 898-902

Foltz, V.; Pierre, Y. S.; Rozenberg, S.; Rossignol, M.; Bourgeois, P.; Joseph, L.; Adam, V.; Penrod, J. R.; Clarke, A. E. & Fautrel, B. (2005)

Use of complementary and alternative therapies by patients with self-reported chronic back pain: a nationwide survey in Canada. *Joint Bone Spine*, 72: 571-577

Fontanarosa, P. B. & Lundberg, G. D. (1998)

Complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine.
Arch Fam Med, 7: 2111-2112

Forth, W. (1990)

Geleitwort. In: Phytotherapie in der Praxis. Hrsg. v. Vogel, G.; Gaisbauer, M. & Winkler, W., *Deutscher Ärzte Verlag: Köln*, 9-10

Freivogel, K. W. & Gerhard, I. (2001)

Komplementärmedizinische Therapien und Patientenzufriedenheit – eine Befragungsstudie.
Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 8: 137-142

Friese, K. & Römer, A. (2004)

Akupunktur. *Gynäkologe*, 12:1080

Fugh-Berman, A. & Kronenberg, F. (2003)

Complementary and alternative medicine (CAM) in reproductive-age women: a review of randomized controlled trials. *Reprod Toxicol*, 17: 137-152

Fuhljahn, C. & Trams, G. (1999)

Komplementäre Behandlungsmethoden in der gynäkologischen Onkologie.
Frauenarzt, 40(8): 1035-1038

Furnham, A. (2000)

How the public classify complementary medicine: a factor analytic study.
Complement Ther Med, 8: 82-87

Gerhard, I. (1993)

Die Bedeutung der Naturheilverfahren in der Frauenheilkunde.
Arch Gynecol Obstet, 254: 557-562

Gerhard, I. (1997)

Was können Naturheilverfahren in der Gynäkologie leisten?
Arch Gynecol Obstet, 260: 297-299

Gerhard, I. (1997a)

Ernährung und "Entgiftung" in der Sterilitätstherapie. *Arch Gynecol Obstet*, 260: 304-306

Gerhard, I. (2002a) (Hrsg.)

Forschung. In: Komplementärmedizin in der Frauenheilkunde; Siebenjahresbericht 1994-2000 der Ambulanz für Naturheilkunde an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg.
Logos Verlag: Berlin, 34-51

Gerhard, I. (2002b) (Hrsg.)

Einleitung. In: Komplementärmedizin in der Frauenheilkunde; Siebenjahresbericht 1994-2000 der Ambulanz für Naturheilkunde an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg.
Logos Verlag: Berlin, 7-12

Gerhard, I.; Jung, I. & Postneek, F. (1992)

Wirkungen der Akupunktur bei männlichen Fertilitätsstörungen.
Der Akupunkturarzt/Aurikulothérapeut, 4: 3-16

Gerhard, I.; Patek, A.; Monga, B.; Blank, A. & Gorkow, C. (1998)

Mastodynon bei weiblicher Sterilität. *Forsch Komplementärmed*, 5: 272-278

Gerhard, I. & Postneek, F. (1988)

Möglichkeiten der Therapie durch Ohrakupunktur bei weiblicher Sterilität.
Geburtshilfe Frauenheilkd., 48: 165-171

Gerhard, I. & Postneek, F. (1992)

Auricular acupuncture in the treatment of female infertility. *Gynecol Endocrinol*, 6: 171-181

Gerhard, I. & Postneek, F. (1992a)

Die Wirksamkeit der Ohrakupunktur bei der Behandlung hormonell bedingter weiblicher Fertilitätsstörungen. *AKU*, 20: 80-91

Gerhard, I. & Wallis, E. (2002)

Individualized homeopathic therapy for male infertility. *Homeopathy*, 91(3): 133-133

Gerhard, I. & Wolfrum, C. (2001) (Hrsg.)

Wie Umweltgifte Schwangerschaften verhindern. In: Kinderwunsch natürliche Wege zum Baby. 4. Auflage, *Gräfe und Unzer: München*, 32-39

Gerrits, T. (1997)

Social and cultural aspects of infertility in Mozambique. *Patient Educ Couns*, 31: 39-48

Gießer, I.; Wittmann, M. & Mitzdorf, U. (2005)

Behandlungsbezogene Einstellungen und Behandlungsmotivation bei Patienten zweier komplementärmedizinischer Kliniken.

Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 12: 262-271

Giveon, S. M.; Liberman, N.; Klang, S. & Kahan, E. (2004)

Are people who use "natural drugs" aware of their potentially harmful side effects and reporting to family physician? *Patient Educ Couns*, 53: 5-11

Gnoth, C.; Godehardt, E.; Frank-Herrmann, P.; Friol, K.; Tigges, J. & Freundl, G. (2004)

Zur Definition und Prävalenz von Subfertilität und Infertilität.

J Reproduktionsm Endokrinolog, 1(4): 272-278

Gnoth, C.; Godehardt, E.; Frank-Herrmann, P.; Friol, K.; Tigges, J. & Freundl, G. (2005)

DEBATE—CONTINUED. Definition and prevalence of subfertility and infertility.

Hum Reprod, 20(5): 1144–1147

Goldstein, M. S. & Glik, D. (1998)

Use of and satisfaction with homeopathy in a patient population.

Altern Ther Health Med, 4(2): 60-65

Gollschewski, S.; Anderson, D.; Skerman, H. & Lyons-Wall, P. (2005)

Associations between the use of complementary and alternative medications and demographics, health and lifestyle factors in mid-life Australian women.

Climacteric, 8: 271-278

Graf, F. (2005) (Hrsg.)

Sterilität. In: Ganzheitliches Wohlbefinden - Homöopathie für Frauen. 5. Auflage, *Herder Spektrum: Freiburg, Basel, Wien*, 94-100

Gray, C. M.; Tan, A. W. H.; Pronk, N. P. & O'Connor, P. J. (2002)

Complementary and Alternative Medicine Use among Health Plan Members - a Cross-Sectional Survey. *Eff Clin Pract*, 5: 17-22

Grzywacz, J. G.; Lang, W.; Suerken, C.; Quandt, S. A.; Bell, R. A. & Arcury, T. A. (2005)

Age, Race, and Ethnicity in the Use of Complementary and Alternative Medicine for Health Self-Management - Evidence from the 2002 National Health Interview Survey.

J Aging Health, 17(5): 547-572

Günay, O.; Cetinkaya, F.; Nacar, M. & Aydin, T. (2005)

Modern and traditional practices of Turkish infertile couples.

Eur J Contracept Reprod Health Care, 10(2): 105-110

Gurfinkel, E. & Division, A. P. (2003)

Effects of acupuncture and moxa treatment in patients with semen abnormalities.
Asian J Androl, 5: 345-348

Habbema, J. D. F.; Collins, J.; Leridon, H.; Evers, J. L. H.; Lunenfeld, B. & Velde, E. R. te (2004)

Towards less confusing terminology in reproductive medicine: a proposal.
Hum Reprod, 19(7): 1497-1501

Haidl, G.(2003)

Medikamentöse Therapiemöglichkeiten bei männlichen Fertilitätsstörungen.
Urologe, 42: 1621-1630

Härtel, U. & Volger, E. (2004)

Inanspruchnahme und Akzeptanz klassischer Naturheilverfahren und alternativer Heilmethoden in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie.
Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 11: 327-334

Harris, P. & Rees, R. (2000)

The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complement Ther Med*, 8: 88-96

Häußermann, D. (1997)

Allensbach-Studie- Wachsendes Vertrauen in Naturheilmittel.
Deutsches Ärzteblatt, 94(39): 2466

Heide, M. (2006) (Hrsg.)

Abgrenzung der „klassischen“ zu den unkonventionellen Naturheilverfahren.
In: *Naturheilkunde systematisch*. 2. Auflage, *UNI-MED Verlag: Bremen, London, Boston*, 12-17 (16)

Ders. (2006a) (Hrsg.)

Zur Bedeutung naturgemäßer Therapien. In: *Naturheilkunde systematisch*. 1. Auflage, *UNI-MED Verlag: Bremen, London, Boston*, 18-26 (20)

Ders. (2006b) (Hrsg.)

Phytotherapie. In: *Naturheilkunde systematisch*., 2. Auflage, *UNI-MED Verlag: Bremen, London, Boston*, 208-227

Hendrickson, D.; Zollinger, B. & McCleary, R. (2006)

Determinants of Use of Four Categories of Complementary and Alternative Medicine.
Compl Health Pract Rev, 11(3): 3-26

Henmi, H.; Endo, T.; Kitajima, Y.; Manase, K.; Hata, H. & Kudo, R. (2003)

Effects of ascorbic acid supplements on serum progesterone levels in patients with a luteal phase defect. *Fertil Steril*, 80(2): 459-461

Hentschel, C. (1997) (Hrsg.)

Phytotherapie. In: *Naturheilverfahren, Homöopathie und Komplementärmedizin*, *Chapman&Hall: London, Glasgow, Weinheim*, 228-230

Himmel, W.; Ittner, E.; Schroeter, M. & Kochen, M. M. (1999)
The many facets of involuntary childlessness in general practice.
Scand J Prim Health Care, 17: 25-29

Hinney, B. & Michelmann, H. W. (1999)

Drei von fünf ungewollt kinderlosen Paaren kann geholfen werden (18.9.1999), 10:1-6,
erhältlich über Ärzte Zeitung Online:
<http://www.aerztezeitung.de/docs/1999/10/18/188a1401.asp?cat=/medizin/sex/unfruchtbarkeit>
(zugegriffen am 25.02.2007)

Huber, R.; Koch, D.; Beiser, I.; Zschocke, I. & Luedtke, R. (2004)

Experience and attitudes towards CAM - a survey of internal and psychomatic patients in
German university hospital. *Altern Ther Med*, 10: 32-36

IfD (2002)

Bericht des Institutes für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): Naturheilmittel 2002 - Wichtigste
Erkenntnisse aus Allensbacher Trendstudien. 1-29, Erhältlich online:
<http://www.bah-bonn.de/news/Naturheilmittel.pdf> (zugegriffen am 25.02.2007)

IfD (2004)

Bericht des Institutes für Demoskopie Allensbach (Hrsg.): Allensbach-Studie -
Einflussfaktoren auf die Geburtenrate; Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der 18- bis
44jährigen Bevölkerung. 1-105, erhältlich online:
<http://www.gesis.org/Information/SowiNet/sowiPlus/Gesellschaft/Materialien/Allensbach.pdf>
(zugegriffen am 25.02.2007)

Ishikawa, H.; Manabe, F.; Zhongtao, H.; Yoshii, S. & Koiso, K. (1991)

The Hormonal Response to HCG Stimulation in Patients with Male Infertility Before and
After Treatment with Hochuekkito. *Am J Chin Med*, 20(2): 157-165

Ishikawa, H.; Ohashi, M.; Hayakawa, K.; Kaneko, S & Hata, M. (1996)

Effects of Guizhi-Fuling-Wan on Male Infertility with Varicocele.
Am J Chin Med, 24(3-4): 327-331

Jain, N. & Astin, J. A. (2001)

Barriers to Acceptance: An Exploratory Study of Complementary/ Alternative Medicine
Disuse. *J Altern Complement Med*, 7(6): 689-696

Jobst, D. & Musselmann, B. (2003)

Naturheilverfahren – ein Publikumsliedling geht an die Uni. *Z Allg Med*, 79: 605-608

Jobst, D. & Niebling, W. (2005)

Naturheilverfahren als Teil der akademischen Lehre und die Rolle der Allgemeinmedizin.
Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 12: 272-276

Johansson, M. & Berg, M. (2005)

Women's experiences of childlessness 2 years after the end of in vitro fertilization treatment.
Scand J Caring Sci, 19:58-63

Joos, S.; Roseman, T.; Szecsenyi, J.; Hahn, E. G.; Willich, S. N. & Brinkhaus, B. (2006)

Use of complementary and alternative medicine in Germany – a survey of patients with
inflammatory bowel disease. *BMC Complement Altern Med*, 6(19): 1-7

Jung, J.; Gerhard, I.; Postneek, F. & Runnebaum, B. (1993)
Veränderungen des Spermioграмms und des Hormonstatus bei infertilen Männern durch Akupunktur. *Arch Gynecol Obstet*, 254: 222-224

Keller, C. & Gerhard, I. (1993)
Homöopathie in der Frauenheilkunde. *Arch Gynecol Obstet*, 254: 562-566

Kelner, M. & Wellman, B. (1997)
Who seeks alternative health care? A profile of the users of five modes of treatment. *J Altern Complement Med*, 3(2): 127-140

Kersnik, J. (2000)
Predictive characteristics of users of alternative medicine. *Schweiz Med Wochenschr*, 130: 390-394

Kessler, R. C.; Davis, R. B.; Foster, D. F.; van Rompay, M. I.; Walters, E. E.; Wilkey, S. A.; Kaptchuk, T. J. & Eisenberg, D. M. (2001)
Long-Term Trends in the Use of Complementary and Alternative Medical Therapies in the United States. *Ann Intern Med*, 135: 262-268

Khalsa, H. K. (2003)
Yoga: An Adjunct to Infertility Treatment. *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 1(1): 46-51

Kinney, A.; Kline, J.; Kelly, A.; Reuss, M. L. & Levin, B. (2007)
Smoking, alcohol and caffeine in relation to ovarian age during the reproductive years. *Hum Reprod*, published January 29: 1-11

Kirkcaldy, B.; Furnham, A.; Trimpop, R. & Knobloch, J. (2001)
Akzeptanz und Skepsis: Einstellungen und Verhalten von Patienten der Alternativ- und Schulmedizin. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 9(2): 57-66

Kirschbaum, B. (2001)
Acht außerordentliche Gefäße (Du Mai; Ren Mai). In: Leitfaden traditionelle chinesische Medizin, Schwerpunkt Akupunktur. Hrsg. v. Focks, C. & Hillebrand, N., 3. Auflage, *Urban & Fischer Verlag: München, Jena*, 270-287

Kitai, E.; Vinker, S.; Sandiuk, A.; Hornik, O.; Zeltcer, C. & Gaver, A. (1998)
Use of complementary and alternative medicine among primary care patients. *Fam Pract*, 15(5): 411-414

Knöpfel, S. (2004) (Hrsg.)
Unerfüllter Kinderwunsch. In: Sanfte Medizin für Frauen - Praxisbuch Naturheilkunde. 1. Auflage, *Aurelia: Baden-Baden*, 179-190

Köhn (2002)
Durchführung eines Spermioграмms – Nach den aktuellen Richtlinien der WHO. *Uro-News*, 1: 30-34

Köhn, F. M. & Schill, W. B. (2000)
Kinderwunsch- Nichtmedikamentöse und naturheilkundliche Ansätze in der Andrologie. *Gynäkologe*, 33: 55-58

Köhn, F. M. in Schill, W. B.; Schuppe, H. C.; Weid, W. & Manning, M. (2002)
Proceedings of the 7th Andrology Symposium. Treatment of male infertility – viewpoints, controversies, perspectives (Giessen, Germany, 17 November 2001), *Andrologia*, 34: 325-347

König, U. (2003) Hrsg.)

Behandlungsmethoden. In: Wir wollen ein Baby - von Mönchspfeffer bis in-vitro.
Rowohlt Taschenbuch Verlag, 35-81

Kowalcek, I.; Buhrow, G. & Huber, G. (2003)

Das "Alter" - Ein Beispiel für Frauenkonstruktionen in der Reproduktionsmedizin.
Reproduktionsmedizin, 1-14

Kranz, R. & Rosenmund, A. (1998)

Über die Motivation zur Verwendung komplementärmedizinischer Heilmethoden.
Schweiz Med Wochenschr, 128: 616-622

Kromrey, H. (2000)

Datenerhebungsverfahren und -instrumente der empirischen Sozialforschung. In: Empirische Sozialforschung - Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. 9. korrigierte Auflage, *Verlag Leske und Budrich: Opladen*, Kapitel 7, 297-389

Kubiena, G. & Sommer, B. (1997) (Hrsg.)

Indikationen und individuelle Punktkombinationen (Sterilität der Frau). In: Therapiehandbuch Akupunktur - Praxisorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch. 1. Auflage,
Gustav Fischer Verlag: Ulm, Stuttgart, Jena, 111-323 (182)

Kumar, D.; Bajaj, S. & Mehrotra, R. (2006)

Knowledge, attitude and practice of complementary and alternative medicines for diabetes.
Public Health, 120: 705-711

Kuo, G. M.; Hawley, S. T.; Weiss, L. T.; Balkrishnan, R. & Volk, R. J. (2004)

Factors associated with herbal use among urban multiethnic primary patients: a cross-sectional survey. *BMC Complement Altern Med*, 4(18): 1-9

Landis, J. R. & Koch, G.G. (1977)

The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33: 159-74.

Larsen, U. (2005)

Research on infertility: which definition should we use? *Fertil Steril*, 83(4): 846-852

Laue, B. (2005) (Hrsg.)

Kinderwunsch. In: Heilpflanzen für Frauen - Sanfte Naturmedizin und die besten Hausmittel.
Rowohlt Taschenbuch: Hamburg, 30-35

Lee, M. M.; Chang, J. S.; Jacobs, B. & Wensch, M. R. (2002)

Complementary and Alternative Medicine Use Among Men With Prostate Cancer in 4 Ethnic Populations. *Am J Public Health*, 92(10): 1606-1609

Lee, G. W. B.; Charn, T. C.; Chew, Z. H. & Ng, T. P. (2004)

Complementary and alternative medicine use in patients with chronic diseases in primary care is associated with perceived quality of care and cultural beliefs. *Fam Pract*, 21(6): 654-660

Lee, M.; Lee, M. S.; Lim, H. & Moon, S. (2004a)

Survey of the use of complementary and alternative medicine among Korean diabetes mellitus patients. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 13: 167-171

Lee, T. & Chu, T. (2001)

The Chinese Experience of Male Infertility. *West J Nurs Res*, 23(7): 714-725

Levitas, E.; Parmet, A.; Lunenfeld, E.; Bentov, Y.; Burstein, E.; Friger, M. & Potashnik, G. (2006)

Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro-fertilization-embryo transfer: a case-control study. *Fertil Steril*, 85(5): 1404-1408

Liu, J.; Liang, P.; Yin, C.; Wang, T.; Li, H.; Li, Y. & Ye, Z. (2004)

Effects of several Chinese herbal aqueous extracts on human sperm motility in vitro. *Andrologia*, 36: 78-83

Lohmann, M. (2005) (Hrsg.)

Rund um den Zyklus. In: Natürliche Medizin für Frauen - Die besten Alternativtherapien und Heilmittel - Sanfte Hilfe in jedem Lebensabschnitt. *Knaur Verlag: München*, 63-79

Lüdtke, R.; Kruse, S.; Naske, K.; Dittloff, S. & Reinhardt, D. (2001)

Homöopathie an der Universität: Ist eine Integration möglich?
Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 8: 213-218

MacLennan, A. H.; Wilson, D. H. & Taylor, A. W. (1996)

Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet*, 347: 569-573

MacLennan, A. H.; Wilson, D. H. & Taylor, A. W. (2002)

The Escalating Cost and Prevalence of Alternative Medicine. *Prev Med*, 35: 166-173

Madejsky, M. (2004)

Auf natürlichem Weg zum Kind. *Natürlich*, 7: 50-55

Manolopoulos, K. & Tinneberg, H. (2005)

Endometriosis and Infertility. *Zentralbl Gynakol*, 127: 325-328

Marstedt, G. (2002)

Die steigende Popularität alternativer Medizin – Suche nach medizinischen Gurus und Wunderheilern? (130-150) In: Gesundheitsmonitor 2002. Hrsg. v. Böcken, J.; Braun, B.; Schnee, M., *Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh*, 1-212, erhältlich online:
<http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/Gesundheitsmonitor2002.pdf>
(zugegriffen am 25.03.2007)

Marstedt, G. & Moebus, S. (2002)

In: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Inanspruchnahme alternativer Methoden in der Medizin. Hrsg. v. Robert Koch Institut und Statistisches Bundesamt, Heft 9, 1-31.
erhältlich online:
http://www.rki.de/cln_049/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/alternative__methoden,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/alternative__methoden.pdf (zugegriffen am 25.03.2007)

McFarland, B.; Bigelow, D.; Zani, B.; Newsom, J. & Kaplan, M. (2002)
Complementary and Alternative Medicine Use in Canada and the United States.
Am J Public Health, 92(10): 1616-1618

Meißner, T. (2002)

Jedes sechste Paar hat Probleme mit dem Kinderkriegen.
Medica aktuell vom 22.11.2002, erhältlich über Ärzte Zeitung online:
<http://www.aerztezeitung.de/docs/2002/11/22/3m0701.asp> (zugegriffen am 03.03.2007)

Melchart, D.; Gaisbauer, M.; Brenke, R.; Riker, U.; Liao, J. Z.; Hager, S.; Linde, K. & Weidenhammer, W. (1998)

Beobachtungsstudien im Rahmen eines naturheilkundlichen Klinikverbunds Teil I: Methoden und Übersicht der Ergebnisse in den beteiligten Kliniken.
Forsch Komplementärmed, 5: 18-25

Melchart, D. (2002)

Was versteht man unter „Naturheilverfahren“ in Deutschland? In: Naturheilverfahren - Leitfaden für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hrsg. v. Melchart, D.; Brenke, R.; Dobos, G.; Gaisbauer, M. & Saller, R., *Schattauer: Stuttgart, New York*, 3-8

Menniti-Ippolito, F.; Gargiulo, L.; Bologna, E.; Forcella, E. & Raschetti, R. (2002)

Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey.
Eur J Clin Pharmacol, 58: 61-64

Minker, M. (1995) (Hrsg.)

Zyklusstörungen. In: Naturheilkunde - Das Handbuch für Frauen - Verfahren, Beschwerden und Beratung von A-Z, *dtv*, 693-709

Milewicz, A.; Gejdel, E.; Sworen, H.; Sienkiewicz, K.; Teucher, T. & Schmitz, H. (1993)

Vitex agnus castus-Extrakt zur Behandlung von Regeltempanomalien infolge latenter Hyperprolaktinämie. *Drug Res*, 43(II)7: 752-756

Mitzdorf, U.; Beck, K.; Horton-Hausknecht, J.; Weidenhammer, W.; Kindermann, A.; Takacs, M.; Astor, G. & Melchart, D. (1999)

Why Do Patients Seek Treatment in Hospitals of Complementary Medicine?
J Altern Complement Med, 5(5): 463-473

Moghissi, K. S. (2002)

Infertility Evaluation Targeting the work-up and management.
Women health Primary Care, 5(3): 155-167

Molassiotis, A.; Fernandez-Ortega, P.; Pud, D.; Ozden, G.; Scott, J. A.; Panteli, V.; Margulies, A.; Browall, M.; Selvekerova, M. M.; Madsen, E.; Milovics, L.; Bruyns, I.; Gudmundsdottir, G.; Hummerston, S.; Ahmad, A. M. A.; Platin, N.; Kenney, N. & Patiraki, E. (2005)

Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey.
Ann Oncol, 16: 655-663

Muora, V. L.; Warber, S. L. & S.A.James (2002)

CAM Providers` messages to conventional medicine a qualitative study.
Am J Med Qual, 17(1): 10-14

Myers, E. R. (2006)

Acupuncture as adjunctive therapy in assisted reproduction: remaining uncertainties.
Fertil Steril, 85(5): 1362-1363

NG, T. P.; Wong, M. L.; Hong, C. Y.; Koh, K. T. C. & Goh, L. G. (2003)

The use of complementary and alternative medicine by asthma patients.
Q J Med, 96: 747-754

Ni, H.; Simile, C. & Hardy, A. M. (2002)

Utilization of Complementary and Alternative Medicine by United States Adults.
Med Care, 40(4): 353-358

Nissim, R. (2003) (Hrsg.)

Amenorrhoe. In: Ein Handbuch für Frauen, Naturheilkunde in der Gynäkologie.
11. Auflage, *Orlanda Frauenverlag: Berlin*, 67-72

Nilsson, M.; Trehn, G. & Asplund, K. (2001)

Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. *J Intern Med*, 250: 225-233

Nordeng, H. & Havnen, G. C. (2005)

Impact of socio-demographic factors, knowledge and attitude on the use of herbal drugs in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84: 26-33

Oldendick, R.; Coker, A. L.; Wieland, D.; Raymond, J. I.; Probst, J. C.; Schell, B. J. & Stoskopf, C. H. (2000)

Population-based survey of complementary and alternative medicine usage, patient satisfaction, and physician involvement. *South Med J*, 93: 375-381

Oldereid, N. B.; Rui, H. & Purvis, K. (1990)

Male Partners in Infertile Couples. Personal Attitudes and Contact with Norwegian Health Service. *Scand J Soc Med*, 18: 207-211

Orland, B. (1999)

Die menschliche Fortpflanzung im Zeitalter ihrer technischen Reproduzierbarkeit;
Die Normalisierung der Reproduktionsmedizin seit den 1970er Jahren.
Technikgeschichte, 4: 1-22

Ososki, A. L.; Lohr, P.; Reiff, M.; Balick, M. J.; Kronenberg, F.; Fugh-Berman, A. & O'Connor, B. (2002)

Ethnobotanical literature survey of medicinal plants in the Dominican Republic used for women's health conditions. *J Ethnopharmacol*, 79: 285-298

Ostermann, T. (2002):

Beitrag von Ostermann, T. In: Vortrag zum Thema „Balneogynäkologische Versorgungsstrukturen in Lehre und Therapie in Deutschland“ In: Bericht über die wissenschaftliche Sitzung der "Arbeitsgemeinschaft Balneologie, Physiotherapie, Rehabilitation und Akupunktur in der Frauenheilkunde e.V." in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) auf dem 54. Kongress der DGGG in Düsseldorf. Hrsg. v. Beer, 1-7, erhältlich online:
<http://www.phytotherapy.org/presse/Sitzungsbericht-DGGG-2002.pdf>
(zugegriffen am 25.02.2007)

- Ostermann**, T.; Beer, A. M. & Matthiessen, P. F. (2002)
Evaluation stationärer Naturheilkunde – das Blankensteiner Modell Teil II: Effektstärken und Gesundheitsstatus der Patienten im zeitlichen Verlauf.
Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd, 9: 269-267
- Owen**, D. K.; Lewith, G. & Stephens, C. R. (2001)
Can doctors respond to patients' increasing interest in complementary and alternative medicine? *BMJ*, 322: 154-157
- Papreen**, N.; Sharma, A.; Sabin, K.; Ashan, L. B. N. S. K. & Baqui, A. H. (2000)
Living with Infertility: Experiences Among Urban Slum Populations in Bangladesh.
Reprod Health Matters, 8(15): 33-44
- Paulus**, W. E.; Zhang, M.; Strehler, E.; El-Danasouri, I. & Sterzik, K. (2002)
Influence of acupuncture on the pregnancy rate in patients who undergo assisted reproduction therapy. *Fertil Steril*, 77(4): 721-724
- Pei**, J.; Strehler, E.; Noss, U.; Abt, M.; Piomboni, P.; Baccetti, B. & Sterzik, K. (2005)
Quantitative evaluation of spermatozoa ultrastructure after acupuncture treatment for idiopathic male infertility. *Fertil Steril*, 84(1): 141-147
- Perkin**, M. R.; Percy, R. M. & Fraser, J. S. (1994)
A comparison of the attitudes shown by general practitioners, hospital doctors and medical students towards alternative medicine. *J R Soc Med*, 87: 523-525
- Pettigrew**, A. C.; O'Brien-King, M.; McGee, K. & Rudolph, C. (2004)
Complementary therapy use by women's health clinic clients.
Altern Ther Health Med, 10(6): 50-55
- Pinn, G.** (2001)
Herbs used in obstetrics and gynaecology. *Aust Fam Physician*, 30(4): 351-356
- Quandt**, S. A.; Chen, H.; Grzywacz, J. G.; Bell, R. A.; Kang, W. & Arcury, T. A. (2005)
Use of Complementary and Alternative Medicine By Persons With Arthritis: Results of the National Health Interview Survey. *Arthritis Care Res*, 53(5): 748-755
- Rafferty**, A. P.; McGee, H. B.; Miller, C. E. & Reyes, M. (2002)
Prevalence of complementary and alternative medicine use: state-specific estimates from the 2001 behavioral risk factor surveillance system. *Am J Public Health*, 92(10): 1598-1600
- Reilly, D.** (2001)
Comments on Complementary and Alternative Medicine in Europe.
J Altern Complement Med, 7(1): 23-31
- Riegler**, R.; Fischl, F.; Bunzel, B. & Neumark, J. (1985)
Korrelation psychischer Veränderungen und Spermogrammverbesserungen nach Akupunktur. *Urologe*, 23: 329-333

RBS (2006) (Hrsg.)

Familie oder Kinderlosigkeit – was die Deutschen sich wünschen. (Kapitel 2, 14-22) In: Bericht der Robert-Bosch-Stiftung zu: Kinderwünsche In Deutschland – Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik, Autoren: Höhn, C.; Ette, A. & Ruckdeschel, K., *Steinkopf Druck: Stuttgart*, 1-87, erhältlich online: http://www.beruf-und-familie.de/files/dldata//e28f34906c0c631e11b1b0490f5f1338/rbs_kinderwunschstudie.pdf (zugegriffen am 07.03.2007)

Robinson, A. R.; Crane, L. A.; Davidson, A. J. & Steiner, J. F. (2002)

Association between Use of Complementary/Alternative Medicine and Health-Related Behaviours among Health Fair Participants. *Prev Med*, 34: 51-57

Roehmheld-Hamm, B. (2005)

Chasteberry. *Am Fam Physician*, 72(5): 821-824

Rostad, B.; Schrei, B. & Sundby, J. (2006)

Fertility in Norwegian women: Results from a population-based health survey. *Scand J Public Health*, 34: 5-10

Rossi, P.; DiLorenzo, G.; Faroni, J.; Malpezzi, M. G.; Cesarino, F. & Nappi, G. (2006)

Use of Complementary and Alternative Medicine by Patients With Chronic Tension-Type Headache: Results of a Headache Clinic Survey. *Headache*, April: 622-631

Sachs, L. (2004) (Hrsg.)

Multiple Regression. In: *Angewandte Statistik, Anwendung statistischer Methoden*. 11. Auflage, *Springer Verlag: Berlin, Heidelberg, New York*, 575

Sallmen, M.; Sandler, D. P.; Hoppin, J. A.; Blair, A. & Baird, D. D. (2006)

Reduced Fertility Among Overweight and Obese Med. *Epidemiology*, 17(5): 520-523

Sanfilippo, J.S. (2005)

Infertility classification: a work in progress sounds like SOAP revisited. *Fertil Steril*, 83(4): 842-843

Saper, R. B.; Eisenberg, D. M.; Davis, R. B.; Cilpepper, L. & Phillips, R. S. (2004)

Prevalence and patterns of adult yoga use in the United States: Results of a national survey. *Altern Ther Health Med*, 10(2): 44-49

Sautter, T. (2000) (Hrsg.)

Wie verbreitet ist die ungewollte Kinderlosigkeit? In: *Wirksame Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch: Endlich ein Baby: So nutzen Sie alle Chancen aus Naturheilkunde und moderner Medizin*. *TRIAS Verlag: Stuttgart*, 12-13

Schäfer, T. (2004)

Epidemiology of complementary alternative medicine for asthma and allergy in Europe and Germany. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 93 (Suppl 1): 5-10

Scheffer, K. (2001) (Hrsg.)

Frauenleiden. In: *Homöopathie - Handbuch für die Familie*. *Midena Verlag im Weltbild Ratgeber Verlag: München*, 240-268

Scheffer, K. (2001a) (Hrsg.)

Erkrankungen männlicher Geschlechtsorgane. In: Homöopathie - Handbuch für die Familie. Miden Verlag im Weltbild Ratgeber Verlag: München, 224-237

Scheffer, K. (2002)

Zyklusstörungen und PMS: Vitex Agnus castus ist das Mittel der ersten Wahl. *NaturaMed*, 17(7): 21-24

Schmidt-Matthiesen, H. & Wallwiener, D. (2004) (Hrsg.)

Sterilität und Infertilität. In: Gynäkologie und Geburtshilfe. 9. Auflage, Schattauer Verlag: Stuttgart, New York, 123-247

Schmiedel, V (1998)

Homöopathie. In : Praxisleitfaden Naturheilkunde: Methoden, Diagnostik, Therapieverfahren in Synopsen. Hrsg. v. Augustin, M. & Schmiedel, V., 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag: München, Jena, 167-177

Schubert, B. M. & Friese, K. (1998)

Alternative Behandlung in der Schwangerschaft und im Wochenbett. *Gynäkologe*, 31: 980-986

Seibel, M. M. (2003)

A Guest Editorial: Complementary and Alternative Medicine and Women`s Health - Time to Catch Up!. *Obstet Gynecol Surv*, 58(3): 149-151

Seybold, B. (2004)

Behandlung der Infertilität mit Akupunktur (TCM). *Gynäkologe*, 37: 1115-1120

Siahpush, M. (1999)

Why do people favour alternative medicine? *Aust N Z J Public Health*, 23(3): 266-271

Siebenwirth, J. E. (1997)

Homöopathie. In: Naturheilverfahren, Homöopathie und Komplementärmedizin. Hrsg.v. Hentschel, C., Chapman&Hall: London, Glasgow, Weinheim, 281-317

Sinclair, S. (2000)

Male Infertility: Nutritional and Environmental Considerations. *Altern Med Rev*, 5(1): 28-38

Singh, V.; Raidoo, D. M. & Harries, C. S. (2004)

The prevalence, patterns of usage and people's attitude towards complementary and alternative medicine (CAM) among the Indian community in Chatsworth, South Africa. *BMC Complement Altern Med*, 4(3): 1-7

Singh, H.; Maskarinec, G. & Shumay, D. M. (2005)

Understanding the Motivation for Conventional and Complementary/Alternative Medicine Use Among Men with Prostate Cancer. *Integr Cancer Ther*, 4(2): 187-194

Sirois, F. M. & Gick, M. L. (2002)

An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients. *Soc Sci Med*, 55: 1025-1037

Siterman, S.; Eltes, F.; Wolfson, V.; Lederman, H. & Bartoov, B. (2000)

Does acupuncture treatment affect sperm density in males with low sperm count? A pilot study. *Andrologia*, 32: 31-39

Smith, C.; Coyle, M. & Norman, R. J. (2006)

Influence of acupuncture stimulation on pregnancy rates for women undergoing embryo transfer. *Fertil Steril*, 85(5): 1352-1358

Sommer, B & Petricek, U. (1998)

Akupunktur. In: Praxisleitfaden Naturheilkunde: Methoden, Diagnostik, Therapieverfahren in Synopsen. Hrsg. v. Augustin, M. & Schmiedel, V., 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag: München, Jena, 21-67

STATIS (2006)

Bericht des Statistischen Bundesamtes in Deutschland (Hrsg.): Kinderlosigkeit von Akademikerinnen im Spiegel des Mikrozensus (Wiesbaden 6. Juni 2006). erhältlich online: http://www.destatis.de/download/d/veroe/faltblatt/kinderlosigkeit_06.pdf, 1-9 (zugegriffen am 25.02.2007)

Stener-Victorin, E.; Waldenström, U.; Andersson, S. & Wikland, M. (1996)

Reduction of blood flow impedance in the uterine arteries of infertile women with electro-acupuncture. *Hum Reprod*, 11(6): 1314-1317

Step toe, P. C. & Edwards, R. G. (1978)

Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet*, 12: 366

Sternberg, S. A.; Chandran, A. & Sikka, M. (2003)

Alternative Therapy Use by Elderly African Americans Attending a Community Clinic. *JAGS*, 51: 1768-1772

Stöbel-Richter, Y.; Beutel, M. E.; Finck, C. & Brähler, E. (2005)

The 'wish to have a child', childlessness and infertility in Germany. *Hum Reprod*, 20(10): 2850-2857

Strauß, B.; Beyer, K.; Henning, K.; Hoppe, I. & Starker, W. (2004)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 20: Ungewollte Kinderlosigkeit. Hrsg. v. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt, 1-16 erhältlich online: http://www.rki.de/cln_048/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/ungewollte_kinderlosigkeit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ungewollte_kinderlosigkeit.pdf (zugegriffen am 25.02.2007)

Sundby, J. (1997)

Infertility in the Gambia: traditional and modern health care. *Patient Educ Couns*, 31: 29-37

Sydsjö, G.; Eckholm, K.; Wadsby, M.; Kjellberg, S. & Sydsjö, A. (2005)

Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Hum Reprod*, 20(7): 1952-1957

Teut, M. (2001)

Homöopathie zwischen Lebenskraft und Selbstorganisation. *Forsch Komplementärmed Klass Naturheilkd*, 8: 162-167

Thomas, K. J.; Nicholl, J. P. & Coleman, P. (2001)

Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med*, 9: 2-11

Thöne, C. & von Wolff, M. (2006)

Diagnostik und Therapie der Sterilität in der Frauenarztpraxis. *Gynäkologe*, 39: 797-812

Tietze, T. (1997)

Phytotherapie bei Sterilität. *Arch Gynecol Obstet*, 260: 306-307

Tindle, H. A.; Davis, R. B.; Phillips, R. S. & Eisenberg, D. M. (2005)

Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med*, 11: 42-49

Usuki, S (1985)

Hachimijiogan Changes Serum Hormonal Circumstance and Improves Spermatogenesis in Oligozoospermic Men. *Am J Chin Med*, Vol.XIV, Nos.1-2: 37-45

Vickers, K. A.; Jolly, K. B. & Greenfield, S. M. (2006)

Herbal medicine: women`s views, knowledge and interaction with doctors: a qualitative study, *BMC Complement Altern Med*, 6(40): 1-8
erhältlich online: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/6/40>
(zugegriffen am 10.03.2007)

Vithoulkas, G. (2003) (Hrsg.)

Die Lebenskraft In: Medizin der Zukunft. 21. Auflage,
Georg Wenderoth Verlag: Kassel, 42-47

Vogel, G.; Gaisbauer, M. & Winkler, W. (1990) (Hrsg.)

Pflanzliche Gynäkologika. In: Phytotherapie in der Praxis.
Deutscher Ärzte Verlag: Köln, 139-143 (140)

Vollmer, H. (1996) (Hrsg.)

Kinderkriegen ist gar nicht so einfach. In: Warum bekommen wir kein Kind? Fragen, Antworten und Lösungen. *Wilhelm Heyne Verlag: München*, 19-22

Weiss, R. F. & Fintelmann, V. (1999) (Hrsg.)

Frauenkrankheiten – Prämenstruelles Syndrom, Mastodynie. In: Lehrbuch der Phytotherapie. 9. Auflage, *Hippokrates Verlag: Stuttgart*, 367-368

Westergaard, L. G.; Mao, Q.; Kroglund, M.; Sandrini, S.; Lenz, S. & Grinsted, J. (2006)

Acupuncture on the day of embryo transfer significantly improves the reproductive outcome in infertile women: a prospective, randomized trial. *Fertil Steril*, 85(5): 1341-1346

Westphal, L. M.; Polan, M. L. & Trant, A. S. (2006)

Double-blind, placebo-controlled study of FertilityBlend: a nutritional supplement for improving fertility in women. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 4: 205-208

White, A. R. (2003)

A review of controlled trials of acupuncture for women`s reproductive health care. *J Fam Plann Reprod Health Care*, 29(4): 233-236

WHO (2002)

Tabelle zur BMI-Klassifikationen der WHO von 1998. In: Epidemiologie der Adipositas. Hrsg. v. Munsch, S., *Verhaltenstherapie*, 12: 278-284

WHO (2002-2005)

Bericht der World Health Organisation (Hrsg.): Traditional Medicine Strategy 2002-2005. 1-74, erhältlich online: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf (zugegriffen am 26.02.2007)

Wiesenauer, M. (2000)

Rezidivierende gynäkologische Infektionen und Harnwegsinfektionen - Behandlung mit Homöopathie und Phytotherapie. *Gynäkologe*, 33: 46-54

Wiesmann, U. & Hannich, H. J. (2005)

Der Kinderwunsch im soziostrukturellen Kontext. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 48: 789-795

Willich, S. N.; Girke, M.; Hoppe, J.; Kiene, H.; Klitzsch, W.; P. F Matthiessen, P. M. & G. Olienschläger, H. H. (2004)

Schulmedizin und Komplementärmedizin - Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. *Dtsch Arztebl*, 101(19): 1314-1319

Wienhard, J. & Tinneberg, H. R. (2003)

Alternative Behandlungsmöglichkeiten bei endometriosebedingten Beschwerden. *Zentralbl Gynakol*, 125: 286-289

Wittmann, G.; Gerhard, I. & Runnebaum, B. (1993)

Wirksamkeit eines Arzneimittels auf Basis pflanzlicher Extrakte Mastodynon-N bei weiblicher Infertilität. *Arch Gynecol Obstet*, 254: 158-160

Wolf, U.; Maxion-Bergemann, S.; Bornhöft, G.; Matthiessen, P. F. & Wolf, M. (2006)

Use of Complementary Medicine in Switzerland. *Forsch Komplementarmed*, 13(2): 4-6

Wong, W. Y.; Merkus, H. M. W. M.; Thomas, C. M. G.; Menkeveld, R.; Zielhuis, G. A. & Steegers-Theunissen, R. P. M. (2002)

Effects of folic acid and zinc sulfate on male factor subfertility: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril*, 77(3): 491-498

Wolsko, P.; Eisenberg, D.; Davis, R.; Ettner, S. & Phillips, R. S. (2002)

Insurance coverage, medical conditions, and visits to alternative medicine providers. Results of a national survey. *Arch Intern Med*, 162: 281-287

Wuttke, W. (2000)

Phytotherapeutika bei Mastodynie, prämenstruellen Beschwerden und Zyklusstörungen. *Gynäkologe*, 33:36-39

Xiaoming, M.; Ding, L.; Yunxing, P.; Guifang, X.; Xiuzhen, L. & Zhimin, F. (1993)

Clinical Studies On The Mechanism For Acupuncture Stimulation of Ovulation. *J Tradit Chin Med*, 13(2): 115-119

Xueying, L. (1985)

Treating Azoospermia by Acupuncture and indirect Moxibustion. *Am J Acupunct*, 13(2): 184

Zini, A.; Fischer, M. A.; Nam, R. K. & Jarvi, K. (2004)

Use of alternative and hormonal therapies in male infertility. *Urology*, 63(1): 141-143

Zittlau, J.; Kriegisch, N. & Heinke, D. P. (1997) (Hrsg.)

Homöopathie. In: Hausmittel - Die bewährte Hausapotheke gegen alle Krankheiten.

3. Auflage, *Südwest Verlag: München*, 374-386

Zollmann, C. & Vickers, A. (1999)

Users and practitioners of complementary medicine. *BMJ*, 319: 836-838

Zongchang, Z. (1997)

Analysis On The Therapeutic Effects Of Combined Use Of Acupuncture And Medication In 297 Cases Of Male Sterility. *J Tradit Chin Med*, 17(3): 190-193

8 Anhang

8.1 Fragebogen

	Justus-Liebig-Universität Gießen Prof. Dr. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg M. Block	
Untersuchung zu komplementären Behandlungsmöglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch		
<p>Vielen Dank, dass Sie sich zur Mitarbeit bereit erklärt haben! Bei dem folgenden Fragebogen handelt es sich um eine wissenschaftliche Untersuchung der Universität Gießen. Der Fragebogen soll von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch ausgefüllt werden. Die Fragen im ersten Teil richten sich an die Partnerinnen, die im zweiten Teil sollen von den Partnern ausgefüllt werden. Bitte beginnen Sie dementsprechend mit der Beantwortung der Fragen unter der Überschrift „Fragebogen für die Frau“ oder unter der Überschrift „Fragebogen für den Mann“.</p>		

Fragebogen für die Frau

1. **Wie alt sind Sie?** Alter: Jahre
2. **Welchen Schul- oder Hochschulabschluss haben Sie?**
Bitte den höchsten Abschluss ankreuzen!
- (a) keinen Schulabschluss
 - (b) Abschluss der Polytechnischen Oberschule nach der 8. Klasse
 - (c) Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss
 - (d) Realschulabschluss / Mittlere Reife / Abschluss der Polytechnischen Oberschule nach der 10. Klasse
 - (e) Fachhochschulreife
 - (f) Hochschulreife / Abitur
 - (g) Berufsausbildung mit Abitur
 - (h) Fachhochschulabschluss (Fachhochschul-Diplom / Diplom (FH))
 - (i) Hochschulabschluss (Magister, Diplom, Staatsexamen)
 - (j) Promotion (Doktorprüfung)
 - (k) Sonstiger Abschluss:
3. **Sind Sie zurzeit berufstätig?** ja nein
4. **Wie groß sind Sie?** Größe: cm
5. **Wie viel wiegen Sie?** Gewicht: kg

6. Inwieweit treffen folgende Aussagen über Ihre persönlichen Gewohnheiten zu?
(a) Ich rauche. <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

- (b) Ich trinke regelmäßig Alkohol. ja nein
- (c) Ich achte auf eine ausgewogene Ernährung. ja nein
- (d) Ich achte auf mein Körpergewicht. ja nein
- (e) Ich achte auf ausreichend Schlaf. ja nein
- (f) Ich treibe regelmäßig Sport. ja nein
- (g) Ich mache regelmäßig Entspannungsübungen. ja nein
- (h) Ich gehe regelmäßig zum Check-up und zu Vorsorgeuntersuchungen. ja nein
- (i) Ich habe privat u./o. beruflich viel Stress. ja nein

7. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Kinderwunsch!

- (a) Waren Sie schon einmal schwanger? ja nein
- (b) Wie lange besteht Ihr Kinderwunsch bereits? Jahre und Monate
- (c) Wie lange sind Sie bezüglich Ihres Kinderwunsches bereits in (ärztlicher) Behandlung? Jahre und Monate
- (d) Welche Behandlungsmethode/-methoden lassen Sie zurzeit durchführen?
.....
- (e) Hat Ihnen Ihr Arzt bereits einen oder mehrere mögliche Gründe für Ihren unerfüllten Kinderwunsch genannt? ja nein
- (f) Wenn ja, welcher/welche?
.....

8. Wie haben Sie vor Ihrem Kinderwunsch hauptsächlich verhütet? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|-----------------------------------|---|
| (a) Pille <input type="radio"/> | (d) Temperaturmethode <input type="radio"/> |
| (b) Spirale <input type="radio"/> | (e) andere Verhütungsmethoden <input type="radio"/> |
| (c) Kondom <input type="radio"/> | (f) gar nicht <input type="radio"/> |

Wenn Sie mit der Pille verhütet haben...

- (g) Wie lange haben Sie mit der Pille verhütet? Jahre
- (h) Haben Sie so genannte „Pillen-Pausen“ eingelegt? ja nein

9. Sind Ihnen die folgenden Komplementärtherapien (naturheilkundlichen Therapien) bekannt? (Mehrfachnennungen möglich)

- (a) Akupunktur ja nein
- (b) Homöopathie ja nein
- (c) Balneotherapie ja nein
- (d) Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) ja nein
- (e) Ayurveda ja nein
- (f) Enzymtherapie ja nein
- (g) Entspannungstechniken (z.B. autogenes Training, Yoga etc.) ja nein
- (h) traditionelle physikalische Therapien (Massagen, Kneipp u.ä.) ja nein

- (i) alternative physikalische Therapien (Fußreflexzonenmassage u.ä.) ja nein
- (j) Immuntherapie (Eigenblut, Sauerstoff, Misteltherapie) ja nein
- (k) Neuraltherapie ja nein
- (l) Bachblütentherapie ja nein
- (m) Ernährungstherapie ja nein

10. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

- (a) Ich glaube, dass komplementäre Behandlungsmethoden nur einen Placeboeffekt (eine Scheinwirkung) haben ja nein
- (b) Ich würde Komplementärmedizin nur in Anspruch nehmen, wenn es keine andere Möglichkeit mehr gibt. ja nein
- (c) Ich würde keine Akupunkturbehandlung in Betracht ziehen, weil ich Angst vor Nadeln habe. ja nein
- (d) Ich würde keine homöopathische oder phytotherapeutische Behandlung in Betracht ziehen, weil ich Angst vor Allergien habe. ja nein

Wo haben Sie sich schon einmal über komplementäre Medizin informiert?

- (e) noch gar nicht ja nein
- (f) im Internet ja nein
- (g) bei meinem behandelnden Arzt ja nein
- (h) bei meinem Heilpraktiker ja nein
- (i) bei Freunden/Bekanntem ja nein
- (j) in Büchern u./o. Zeitschriften ja nein

Für wie wirksam halten Sie die komplementäre Medizin im Vergleich zur Schulmedizin?

- (k) Ich denke, Komplementärmedizin ist nicht so wirksam wie die Schulmedizin. ja nein
- (l) Ich denke, Komplementärmedizin ist genau so wirksam wie die Schulmedizin. ja nein
- (m) Ich denke, Komplementärmedizin ist wirksamer als die Schulmedizin. ja nein

11. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der folgenden Komplementärtherapien (naturheilkundlichen Therapien) ein?

	ich kenne diese Therapie nicht	sehr wirksam	wirksam	weniger wirksam	kaum wirksam	nicht wirksam
(a) Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) Phytotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Wussten Sie, dass man die Ursachen der Kinderlosigkeit mit folgenden Komplementärtherapien behandeln kann?

	Ja, wusste ich	Ich habe davon gehört	Ich habe darüber gelesen	Nein, wusste ich nicht
(a) Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) Phytotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Würden Sie die folgenden Komplementärtherapien für die Behandlung Ihres unerfüllten Kinderwunsches in Betracht ziehen?

	ja	eher ja	vielleicht	eher nicht	nein
(a) Akupunktur	<input type="radio"/>				
(b) Homöopathie	<input type="radio"/>				
(c) Phytotherapie	<input type="radio"/>				

14. Für wie wahrscheinlich halten Sie Nebenwirkungen bei folgenden Komplementärtherapien?

	sehr wahrscheinlich	wahrscheinlich	weniger wahrscheinlich	kaum wahrscheinlich	nicht wahrscheinlich
(a) Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) Phytotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Bitte beantworten Sie folgende Fragen!

- (a) Haben Sie schon einmal Komplementärmedizin in Anspruch genommen? ja nein
-
- (b) Um welche Komplementärtherapie(n) handelte es sich?
- (c) Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung? sehr zufrieden
zufrieden
weitgehend zufrieden
weniger zufrieden
nicht zufrieden

16. An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie sich für eine Akupunkturbehandlung entscheiden würden?

- (a) an jeden Hausarzt, der Akupunktur anbietet

- (b) an einen Heilpraktiker
- (c) an einen chinesischen Arzt
- (d) an einen Arzt, der mir seine Qualifizierung vorweisen kann und mehrere Jahre Erfahrung hat
- (e) an ein spezielles Zentrum für traditionelle chinesische Medizin

17. An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie sich für eine Behandlung mit homöopathischen u./o. phytotherapeutischen Mitteln entscheiden würden?

- (a) Zunächst würde ich Naturheilkunde in Selbstmedikation anwenden.
- (b) an meinen Hausarzt
- (c) an meinen Heilpraktiker
- (d) an meinen behandelnden Gynäkologen/Andrologen
- (e) an ein spezielles Zentrum für Naturheilkunde

Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie alle Aussagen beantwortet haben. Für die freundliche Unterstützung dürfen wir uns sehr herzlich bedanken.

Fragebogen für den Mann

1. Wie alt sind Sie? Alter: Jahre

2. Welchen Schul- oder Hochschulabschluss haben Sie?
Bitte den höchsten Abschluss ankreuzen!

- (a) keinen Schulabschluss
- (b) Abschluss der Polytechnischen Oberschule nach der 8. Klasse
- (c) Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss
- (d) Realschulabschluss / Mittlere Reife / Abschluss der Polytechnischen Oberschule nach der 10. Klasse
- (e) Fachhochschulreife
- (f) Hochschulreife / Abitur
- (g) Berufsausbildung mit Abitur
- (h) Fachhochschulabschluss (Fachhochschul-Diplom / Diplom (FH))
- (i) Hochschulabschluss (Magister, Diplom, Staatsexamen)
- (j) Promotion (Doktorprüfung)
- (k) Sonstiger Abschluss:

3. Sind Sie zurzeit berufstätig? ja nein

4. Wie groß sind Sie? Größe: cm

5. Wie viel wiegen Sie? Gewicht: kg

6. Inwieweit treffen folgende Aussagen über Ihre persönlichen Gewohnheiten zu?

- (a) Ich rauche. ja nein
- (b) Ich trinke regelmäßig Alkohol. ja nein
- (c) Ich achte auf eine ausgewogene Ernährung. ja nein

- (d) Ich achte auf mein Körpergewicht. ja nein
- (e) Ich achte auf ausreichend Schlaf. ja nein
- (f) Ich treibe regelmäßig Sport. ja nein
- (g) Ich mache regelmäßig Entspannungsübungen. ja nein
- (h) Ich gehe regelmäßig zum Check-up und zu Vorsorgeuntersuchungen. ja nein
- (i) Ich habe privat u./o. beruflich viel Stress. ja nein

7. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrem Kinderwunsch!

- (a) Wie lange besteht Ihr Kinderwunsch bereits? Jahre und Monate
- (b) Wie lange sind Sie bezüglich Ihres Kinderwunsches bereits in (ärztlicher) Behandlung? Jahre und Monate
- (c) Welche Behandlungsmethode/-methoden lassen Sie zurzeit durchführen?
.....
- (d) Hat Ihnen Ihr Arzt bereits einen oder mehrere mögliche Gründe für Ihren unerfüllten Kinderwunsch genannt? ja nein
- (e) Wenn ja, welcher/welche?
.....

8. Sind Ihnen die folgenden Komplementärtherapien (naturheilkundlichen Therapien) bekannt? (Mehrfachnennungen möglich)

- (a) Akupunktur ja nein
- (b) Homöopathie ja nein
- (c) Balneotherapie ja nein
- (d) Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) ja nein
- (e) Ayurveda ja nein
- (f) Enzymtherapie ja nein
- (g) Entspannungstechniken (z.B. autogenes Training, Yoga etc.) ja nein
- (h) traditionelle physikalische Therapien (Massagen, Kneipp u.ä.) ja nein
- (i) komplementäre physikalische Therapien (Fußreflexzonenmassage u.ä.) ja nein
- (j) Immuntherapie (Eigenblut, Sauerstoff, Misteltherapie) ja nein
- (k) Neuraltherapie ja nein
- (l) Bachblütentherapie ja nein
- (m) Ernährungstherapie ja nein

9. Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

- (a) Ich glaube, dass komplementäre Behandlungsmethoden nur einen Placeboeffekt (eine Scheinwirkung) haben ja nein
- (b) Ich würde Komplementärmedizin nur in Anspruch nehmen, wenn es keine andere Möglichkeit mehr gibt. ja nein
- (c) Ich würde keine Akupunkturbehandlung in Betracht ziehen, weil ich Angst vor Nadeln habe. ja nein
- (d) Ich würde keine homöopathische oder phytotherapeutische Behandlung in Betracht ziehen, weil ich Angst vor Allergien habe. ja nein

Wo haben Sie sich schon einmal über komplementäre Medizin informiert?

- (e) noch gar nicht ja nein
- (f) im Internet ja nein
- (g) bei meinem behandelnden Arzt ja nein
- (h) bei meinem Heilpraktiker ja nein
- (i) bei Freunden/Bekanntem ja nein
- (j) in Büchern u./o. Zeitschriften ja nein

Für wie wirksam halten Sie die komplementäre Medizin im Vergleich zur Schulmedizin?

- (k) Ich denke, Komplementärmedizin ist nicht so wirksam wie die Schulmedizin. ja nein
- (l) Ich denke, Komplementärmedizin ist genau so wirksam wie die Schulmedizin. ja nein
- (m) Ich denke, Komplementärmedizin ist wirksamer als die Schulmedizin. ja nein

10. Wie schätzen Sie die Wirksamkeit der folgenden Komplementärtherapien (naturheilkundlichen Therapien) ein?

	ich kenne diese Therapie nicht	sehr wirksam	wirksam	weniger wirksam	kaum wirksam	nicht wirksam
(a) Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) Phytotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Wussten Sie, dass man die Ursachen der Kinderlosigkeit mit folgenden Komplementärtherapien behandeln kann?

	Ja, wusste ich	Ich habe davon gehört	Ich habe darüber gelesen	Nein, wusste ich nicht
(a) Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) Phytotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Würden Sie die folgenden Komplementärtherapien für die Behandlung Ihres unerfüllten Kinderwunsches in Betracht ziehen?

	ja	eher ja	vielleicht	eher nicht	nein
(a) Akupunktur	<input type="radio"/>				
(b) Homöopathie	<input type="radio"/>				
(c) Phytotherapie	<input type="radio"/>				

13. Für wie wahrscheinlich halten Sie Nebenwirkungen bei folgenden Komplementärtherapien?

	sehr wahrscheinlich	wahrscheinlich	weniger wahrscheinlich	kaum wahrscheinlich	nicht wahrscheinlich
(a) Akupunktur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(b) Homöopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(c) Phytotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Bitte beantworten Sie folgende Fragen!

- (a) Haben Sie schon einmal Komplementärmedizin in Anspruch genommen? ja nein
-
- (b) Um welche Komplementärtherapie(n) handelte es sich?
- (c) Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung? sehr zufrieden
zufrieden
weitgehend zufrieden
weniger zufrieden
nicht zufrieden

15. An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie sich für eine Akupunkturbehandlung entscheiden würden?

- (a) an jeden Hausarzt, der Akupunktur anbietet
- (b) an einen Heilpraktiker
- (c) an einen chinesischen Arzt
- (d) an einen Arzt, der mir seine Qualifizierung vorweisen kann und mehrere Jahre Erfahrung hat
- (e) an ein spezielles Zentrum für traditionelle chinesische Medizin

16. An wen würden Sie sich wenden, wenn Sie sich für eine Behandlung mit homöopathischen u./o. phytotherapeutischen Mitteln entscheiden würden?

- (a) Zunächst würde ich Naturheilkunde in Selbstmedikation anwenden.
- (b) an meinen Hausarzt
- (c) an meinen Heilpraktiker
- (d) an meinen behandelnden Gynäkologen/Andrologen
- (e) an ein spezielles Zentrum für Naturheilkunde

Bitte schauen Sie noch einmal nach, ob Sie alle Aussagen beantwortet haben. Für die freundliche Unterstützung dürfen wir uns sehr herzlich bedanken.

8.2 Tabellen

8.2.1 Gesundheitsbewusstsein

Tabelle 39: Häufigkeitstabelle Übergewicht (Präadipositas)

Übergewicht (Präadipositas)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	214	47,6	49,2
	ja	221	49,1	50,8
	Gesamt	435	96,7	100,0
Fehlend	System	15	3,3	
Gesamt		450	100,0	

Tabelle 40: Häufigkeitstabelle Übergewicht Grad I (moderates Übergewicht)

Übergewicht Grad I		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	370	82,2	85,1
	ja	65	14,4	14,9
	Gesamt	435	96,7	100,0
Fehlend	System	15	3,3	
Gesamt		450	100,0	

Tabelle 41: Häufigkeitstabelle Übergewicht Grad II (schweres Übergewicht)

Übergewicht Grad II		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	418	92,9	96,1
	ja	17	3,8	3,9
	Gesamt	435	96,7	100,0
Fehlend	System	15	3,3	
Gesamt		450	100,0	

Tabelle 42: Häufigkeitstabelle Übergewicht Grad III (morbide Adipositas)

Übergewicht Grad III		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	nein	427	94,9	98,2
	ja	8	1,8	1,8
	Gesamt	435	96,7	100,0
Fehlend	System	15	3,3	
Gesamt		450	100,0	

Tabelle 43: Kreuztabelle Übergewicht (Präadipositas)

			Übergewicht (Präadipositas) Mann		Gesamt
			nein	ja	
Übergewicht (Präadipositas) Frau	nein	Anzahl	43	89	132
		% von Übergewicht (Präadipositas) Frau	32,6%	67,4%	100,0%
Gesamt	ja	Anzahl	26	51	77
		% von Übergewicht (Präadipositas) Frau	33,8%	66,2%	100,0%
		Anzahl	69	140	209
		% von Übergewicht (Präadipositas) Frau	33,0%	67,0%	100,0%

Tabelle 44: Kreuztabelle Übergewicht Grad I

			Übergewicht Grad I (Mann)		Gesamt
			nein	ja	
Übergewicht Grad I (Frau)	nein	Anzahl	149	29	178
		% von Übergewicht Grad I (Frau)	83,7%	16,3%	100,0%
Gesamt	ja	Anzahl	26	5	31
		% von Übergewicht Grad I (Frau)	83,9%	16,1%	100,0%
		Anzahl	175	34	209
		% von Übergewicht Grad I (Frau)	83,7%	16,3%	100,0%

Tabelle 45: Kreuztabelle Übergewicht Grad II

		Übergewicht Grad II (Mann)		Gesamt	
		nein	ja		
Übergewicht Grad II (Frau)	nein	Anzahl	193	7	200
		% von Übergewicht Grad II (Frau)	96,5%	3,5%	100,0%
	ja	Anzahl	8	1	9
		% von Übergewicht Grad II (Frau)	88,9%	11,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	201	8	209
		% von Übergewicht Grad II (Frau)	96,2%	3,8%	100,0%

Tabelle 46: Kreuztabelle Übergewicht Grad III

		Übergewicht Grad III (Mann)		Gesamt	
		nein	ja		
Übergewicht Grad III (Frau)	nein	Anzahl	201	4	205
		% von Übergewicht Grad III (Frau)	98,0%	2,0%	100,0%
	ja	Anzahl	4	0	4
		% von Übergewicht Grad III (Frau)	100,0%	,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	205	4	209
		% von Übergewicht Grad III (Frau)	98,1%	1,9%	100,0%

8.2.2 „Erfahrungen“ mit der Komplementärmedizin

8.2.2.1 Anzahl der als bekannt beurteilten und angewandten komplementären Therapien

Tabelle 47: „Anzahl der als bekannt beurteilten Komplementärtherapien“ (Frauen)

Anzahl der bekannten Komplementärtherapien (Frauen)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig			
,00	41	9,1	18,7
1,00	14	3,1	6,4
2,00	6	1,3	2,7
3,00	5	1,1	2,3
4,00	21	4,7	9,6
5,00	15	3,3	6,8
6,00	16	3,6	7,3
7,00	18	4,0	8,2
8,00	25	5,6	11,4
9,00	21	4,7	9,6
10,00	18	4,0	8,2
11,00	10	2,2	4,6
12,00	5	1,1	2,3
13,00	4	,9	1,8
Gesamt	219	48,7	100,0
Gesamt	450	100,0	

Tabelle 48: „Anzahl der als bekannt beurteilten Komplementärtherapien“ (Männer)

Anzahl der bekannten Komplementärtherapien (Männer)	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig			
,00	51	11,3	24,5
1,00	12	2,7	5,8
2,00	12	2,7	5,8
3,00	7	1,6	3,4
4,00	15	3,3	7,2
5,00	14	3,1	6,7
6,00	18	4,0	8,7
7,00	21	4,7	10,1
8,00	17	3,8	8,2
9,00	16	3,6	7,7
10,00	13	2,9	6,3
11,00	6	1,3	2,9
13,00	6	1,3	2,9
Gesamt	208	46,2	100,0
Gesamt	450	100,0	

Tabelle 49: „Anzahl der bereits angewandten Komplementärtherapien“ (Frauen)

„Anzahl der bereits angewandten Komplementärtherapien“ (Frauen)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	120	53,3	55,8	55,8
	1,00	54	24,0	25,1	80,9
	2,00	23	10,2	10,7	91,6
	3,00	12	5,3	5,6	97,2
	4,00	4	1,8	1,9	99,1
	8,00	1	,4	,5	99,5
	9,00	1	,4	,5	100,0
Gesamt	System	215	95,6	100,0	
Fehlend	System	10	4,4		
Gesamt		225	100,0		

Tabelle 50: „Anzahl der bereits angewandten Komplementärtherapien“(Männer)

„Anzahl der bereits angewandten Komplementärtherapien“ (Männer)		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	,00	156	69,3	75,4	75,4
	1,00	34	15,1	16,4	91,8
	2,00	12	5,3	5,8	97,6
	3,00	5	2,2	2,4	100,0
Gesamt	System	207	92,0	100,0	
Fehlend	System	18	8,0		
Gesamt		225	100,0		

8.2.2.2 Analyse des Inanspruchnahmeverhaltens

Tabelle 51: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „Geschlecht“

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	120	156	276
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	43,5%	56,5%	100,0%
	ja	Anzahl	98	55	153
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	64,1%	35,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	218	211	429
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	50,8%	49,2%	100,0%

Tabelle 52: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „Schulabschluss“

		Schulabschluss										Gesamt	
		Kein	Abschluss der Polytechnischen Oberschule	Hauptschule/ Volksschule	Realschule	Fachhochschulreife	Hochschulreife/ Abitur	Berufsausbildung mit Abitur	Fachhochschulabschluss	Hochschulabschluss	Promotion		
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	2	62	1	94	13	18	12	33	34	6	275
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	,7%	22,5%	,4%	34,2%	4,7%	6,5%	4,4%	12,0%	12,4%	2,2%	100,0%
	ja	Anzahl	100,0	81,6%	100,0%	70,1%	56,5%	58,1%	48,0%	60,0%	46,6%	85,7%	64,4%
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	0	14	0	40	10	13	13	22	39	1	152
	ja	% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	,0%	9,2%	,0%	26,3%	6,6%	8,6%	8,6%	14,5%	25,7%	,7%	100,0%
		% von Schulabschluss	,0%	18,4%	,0%	29,9%	43,5%	41,9%	52,0%	40,0%	53,4%	14,3%	35,6%
Gesamt	Anzahl	2	76	1	134	23	31	25	55	73	7	427	
	% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	,5%	17,8%	,2%	31,4%	5,4%	7,3%	5,9%	12,9%	17,1%	1,6%	100,0%	
	% von Schulabschluss	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 53: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „Schulabschluss“ (getrennt nach Geschlecht)

Geschlecht				Schulabschluss										Gesamt
				kein	Polytech. Oberschule	Haupt./Volkschule	Realschule	Fachhochschule	Hochschulreife/Abi	Berufsausbildung mit Abitur	Fachhochschule	Hochschule	Promotion	
Frauen	Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl		25	1	52	3	10	4	7	15	3	120
			% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		20,8%	,8%	43,3%	2,5%	8,3%	3,3%	5,8%	12,5%	2,5%	100,0%
		ja	Anzahl		83,3%	100,0%	64,2%	33,3%	55,6%	26,7%	43,8%	34,1%	75,0%	55,0%
			% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		5	0	29	6	8	11	9	29	1	98
	Gesamt	nein	Anzahl		5,1%	,0%	29,6%	6,1%	8,2%	11,2%	9,2%	29,6%	1,0%	100,0%
			% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		16,7%	,0%	35,8%	66,7%	44,4%	73,3%	56,3%	65,9%	25,0%	45,0%
		ja	Anzahl		30	1	81	9	18	15	16	44	4	218
			% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		13,8%	,5%	37,2%	4,1%	8,3%	6,9%	7,3%	20,2%	1,8%	100,0%
		% von Schulabschluss		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Männer	Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl		2	37	42	10	8	8	26	19	3	155
			% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		1,3%	23,9%	27,1%	6,5%	5,2%	5,2%	16,8%	12,3%	1,9%	100,0%
		ja	Anzahl		100,0%	80,4%	79,2%	71,4%	61,5%	80,0%	66,7%	65,5%	100,0%	74,2%
			% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		0	9	11	4	5	2	13	10	0	54
	Gesamt	nein	Anzahl		,0%	16,7%	20,4%	7,4%	9,3%	3,7%	24,1%	18,5%	,0%	100,0%
			% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		,0%	19,6%	20,8%	28,6%	38,5%	20,0%	33,3%	34,5%	,0%	25,8%
		ja	Anzahl		2	46	53	14	13	10	39	29	3	209
			% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		1,0%	22,0%	25,4%	6,7%	6,2%	4,8%	18,7%	13,9%	1,4%	100,0%
		% von Schulabschluss		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 54: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „gebildete Frauen“

			gebildete Frauen (= mindestens Fachhochschulreife)		Gesamt	
			Nein	ja		
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl		234	42	276
		% von gebildete Frauen		72,7%	39,6%	64,5%
	ja	Anzahl		88	64	152
		% von gebildete Frauen		27,3%	60,4%	35,5%
Gesamt	Anzahl		322	106	428	
	% von gebildete Frauen		100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 55: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „Berufstätigkeit“

			berufstätig?		Gesamt	
			nein	ja		
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl		36	240	276
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		13,0%	87,0%	100,0%
	ja	Anzahl		19	133	152
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		12,5%	87,5%	100,0%
Gesamt	Anzahl		55	373	428	
	% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		12,9%	87,1%	100,0%	

Tabelle 56: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „Rauchen“

			rauchen		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	204	70	274
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	74,5%	25,5%	100,0%
	ja	Anzahl	127	22	149
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	85,2%	14,8%	100,0%
Gesamt		Anzahl	331	92	423
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	78,3%	21,7%	100,0%

Tabelle 57: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „Alkoholkonsum“

			regelmäßig Alkohol		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	235	35	270
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	87,0%	13,0%	100,0%
	ja	Anzahl	125	24	149
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	83,9%	16,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	360	59	419
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	85,9%	14,1%	100,0%

Tabelle 58: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „ausgewogene Ernährung“

			ausgewogene Ernährung		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	96	175	271
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	35,4%	64,6%	100,0%
	ja	Anzahl	25	123	148
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	16,9%	83,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	121	298	419
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	28,9%	71,1%	100,0%

Tabelle 59: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „Körpergewicht“

			Körpergewicht		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	88	180	268
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	32,8%	67,2%	100,0%
	ja	Anzahl	30	115	145
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	20,7%	79,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	118	295	413
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	28,6%	71,4%	100,0%

Tabelle 60: Inanspruchnahme und „BMI“

Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?		N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
BMI-Wert	nein	270	25,9020	4,86532	,29609
	ja	151	25,0547	4,41884	,35960

Tabelle 61: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „auf ausreichend Schlaf achten“

			ausreichend Schlaf		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	65	206	271
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	24,0%	76,0%	100,0%
	ja	Anzahl	22	127	149
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	14,8%	85,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	87	333	420
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	20,7%	79,3%	100,0%

Tabelle 62: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „regelmäßig Sport treiben“

			regelmäßig Sport		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	181	91	272
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	66,5%	33,5%	100,0%
	ja	Anzahl	84	67	151
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	55,6%	44,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	265	158	423
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	62,6%	37,4%	100,0%

Tabelle 63: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „Entspannungsübungen“

			regelmäßig Entspannungsübungen		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	259	15	274
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	94,5%	5,5%	100,0%
	ja	Anzahl	130	20	150
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	86,7%	13,3%	100,0%
Gesamt		Anzahl	389	35	424
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	91,7%	8,3%	100,0%

Tabelle 64: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „regelmäßig Check-up/Vorsorge.“

			regelmäßig Check-up/ Vorsorgeuntersuchung		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	130	144	274
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	47,4%	52,6%	100,0%
	ja	Anzahl	50	99	149
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	33,6%	66,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	180	243	423
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	42,6%	57,4%	100,0%

Tabelle 65: Kreuztabelle zur Inanspruchnahme und „privat u./o. beruflich viel Stress“

			privat u./o. beruflich viel Stress		Gesamt
			nein	ja	
Schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	nein	Anzahl	98	177	275
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	35,6%	64,4%	100,0%
	ja	Anzahl	59	88	147
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	40,1%	59,9%	100,0%
Gesamt		Anzahl	157	265	422
		% von schon mal Komplementärmedizin beansprucht?	37,2%	62,8%	100,0%

8.2.2.3 Vorbehalte hinsichtlich komplementärer Therapien

Tabelle 66: Kreuztabelle zu „komplementäre Behandlungsmethoden nur Placeboeffekt?“

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„komplementäre Behandlungsmethoden nur Placeboeffekt?“	nein	Anzahl	170	134	304
		% von Geschlecht	84,6%	71,3%	78,1%
	ja	Anzahl	31	54	85
		% von Geschlecht	15,4%	28,7%	21,9%
Gesamt		Anzahl	201	188	389
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 67: Kreuztabelle zu „Komplementärmedizin nur als letzte Möglichkeit?“

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„Komplementärmedizin nur als letzte Möglichkeit?“	nein	Anzahl	136	104	240
		% von Geschlecht	64,2%	51,5%	58,0%
	ja	Anzahl	76	98	174
		% von Geschlecht	35,8%	48,5%	42,0%
Gesamt		Anzahl	212	202	414
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 68: Kreuztabelle zu „keine Akupunktur, da Angst vor Nadeln“

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„keine Akupunktur, da Angst vor Nadeln“	nein	Anzahl	182	165	347
		% von Geschlecht	90,5%	86,4%	88,5%
	ja	Anzahl	19	26	45
		% von Geschlecht	9,5%	13,6%	11,5%
Gesamt		Anzahl	201	191	392
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 69: Kreuztabelle zu „keine Homöopathie oder Phytotherapie, da Angst vor Allergien“

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„keine Homöopathie oder Phytotherapie, da Angst vor Allergien“	nein	Anzahl	188	168	356
		% von Geschlecht	95,4%	91,3%	93,4%
	ja	Anzahl	9	16	25
		% von Geschlecht	4,6%	8,7%	6,6%
Gesamt		Anzahl	197	184	381
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.2.4 Informationsquellen

Tabelle 70: Kreuztabelle zu „noch gar nicht“ über komplementäre Medizin informiert

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„noch gar nicht“ über komplementäre Medizin informiert	nein	Anzahl	113	86	199
		% von Geschlecht	67,3%	48,6%	57,7%
	ja	Anzahl	55	91	146
		% von Geschlecht	32,7%	51,4%	42,3%
Gesamt		Anzahl	168	177	345
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 71: Kreuztabelle zu „im Internet“ über komplementäre Medizin informiert

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„im Internet“ über komplementäre Medizin informiert	nein	Anzahl	90	108	198
		% von Geschlecht	60,0%	74,5%	67,1%
	ja	Anzahl	60	37	97
		% von Geschlecht	40,0%	25,5%	32,9%
Gesamt		Anzahl	150	145	295
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 72: Kreuztabelle zu „beim behandelnden Arzt“ über komplementäre Medizin informiert

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„beim behandelnden Arzt“ über komplementäre Medizin informiert	nein	Anzahl	95	99	194
		% von Geschlecht	61,3%	67,8%	64,5%
	ja	Anzahl	60	47	107
		% von Geschlecht	38,7%	32,2%	35,5%
Gesamt		Anzahl	155	146	301
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 73: Kreuztabelle zu „beim Heilpraktiker“ über komplementäre Medizin informiert

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„beim Heilpraktiker“ über komplementäre Medizin informiert	nein	Anzahl	104	125	229
		% von Geschlecht	69,3%	83,9%	76,6%
	ja	Anzahl	46	24	70
		% von Geschlecht	30,7%	16,1%	23,4%
Gesamt		Anzahl	150	149	299
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 74: Kreuztabelle zu „bei Freunden/ Bekannten“ über komplementäre Medizin informiert

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„bei Freunden/ Bekannten über komplementäre Therapien informiert	nein	Anzahl	70	98	168
		% von Geschlecht	46,4%	64,5%	55,4%
	ja	Anzahl	81	54	135
		% von Geschlecht	53,6%	35,5%	44,6%
Gesamt		Anzahl	151	152	303
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 75: Kreuztabelle zu „in Büchern und/oder Zeitschriften“ über komplementäre Medizin informiert

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
„in Büchern und/oder Zeitschriften“ über komplementäre Medizin informiert	nein	Anzahl	47	86	133
		% von Geschlecht	28,0%	54,8%	40,9%
	ja	Anzahl	121	71	192
		% von Geschlecht	72,0%	45,2%	59,1%
Gesamt		Anzahl	168	157	325
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.2.5 Wirksamkeit komplementärer Therapien im Vergleich zur Schulmedizin

Tabelle 76: Kreuztabelle zu Komplementärmedizin „nicht so wirksam“ wie die Schulmedizin

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
Komplementärmedizin „nicht so wirksam“ wie die Schulmedizin	nein	Anzahl	78	56	134
		% von Geschlecht	42,6%	30,6%	36,6%
	ja	Anzahl	105	127	232
		% von Geschlecht	57,4%	69,4%	63,4%
Gesamt		Anzahl	183	183	366
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 77: Kreuztabelle zu Komplementärmedizin „genauso wirksam“ wie die Schulmedizin

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
Komplementärmedizin „genauso wirksam“ wie die Schulmedizin	nein	Anzahl	73	92	165
		% von Geschlecht	43,2%	59,0%	50,8%
	ja	Anzahl	96	64	160
		% von Geschlecht	56,8%	41,0%	49,2%
Gesamt		Anzahl	169	156	325
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 78: Kreuztabelle zu Komplementärmedizin „wirksamer“ als die Schulmedizin“

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
Komplementärmedizin „wirksamer“ als die Schulmedizin	nein	Anzahl	134	133	267
		% von Geschlecht	93,7%	93,7%	93,7%
	ja	Anzahl	9	9	18
		% von Geschlecht	6,3%	6,3%	6,3%
Gesamt		Anzahl	143	142	285
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

8.2.3 Multiple Regression zu „Wertschätzung und Erfahrungen“

Tabelle 79: Regressionsmodell zu Faktor „1“

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
Alter	,020	,010	,100	2,085	,038
Gesundheitsverhalten	,069	,014	,233	4,746	,000
Geschlecht	-,311	,102	-,156	-3,047	,002

Tabelle 80: Regressionsmodell zu Faktor „2“

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
Schulabschluss	,038	,019	-,096	-1,999	,046

Tabelle 81: Regressionsmodell zu Faktor „3“

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
Alter	,027	,010	,136	2,866	,004
Gesundheitsverhalten	,029	,014	,098	2,069	,039

Tabelle 82: Regressionsmodell zu Faktor „4“

	Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Signifikanz
	B	Standardfehler	Beta		
Schulabschluss	,080	,018	,204	4,337	,000
Gesundheitsverhalten	,025	,015	,085	1,683	,093
Geschlecht	-,177	,100	-,089	-1,777	,076

8.2.4 Vergleich der oberen 10% mit den unteren 90% der Befragten

Tabelle 83: Mittelwertvergleich von Alter und Gesundheitsverhalten bei Faktor „1“

Faktor „1“		Alter	Gesundheitsverhalten
Untere 90%	Mittelwert	35,1990	1,9467
	N	392	394
obere 10 %	Mittelwert	36,0800	4,0600
	N	50	50

Tabelle 84: Kreuztabelle „untere 90% und obere 10%“ bzgl. Geschlecht und Faktor „1“

			Geschlecht		Gesamt
			Frauen	Männer	
Faktor „1“	Untere 90 %	Anzahl	193	207	400
		% von Faktor1	48,3%	51,8%	100,0%
	obere 10 %	Anzahl	32	18	50
		% von Faktor1	64,0%	36,0%	100,0%

Tabelle 85: Mittelwertvergleich des Schulabschlusses bei Faktor „2“

Faktor „2“		Schulabschluss
Untere 90 %	Mittelwert	5,0000
	N	386
obere 10 %	Mittelwert	5,4948
	N	48
Insgesamt	Mittelwert	5,4401
	N	434

Tabelle 86: Mittelwertvergleich des Alters und Gesundheitsverhaltens bei Faktor „3“

Faktor „3“		Alter	Gesundheitsverhalten
Untere 90 %	Mittelwert	35,1858	2,1823
	N	393	395
obere 10 %	Mittelwert	36,2041	2,2041
	N	49	49

Tabelle 87: Mittelwertvergleich des Schulabschlusses bei Faktor „4“

Faktor „4“		Schulabschluss
untere 90 %	Mittelwert	5,2701
	N	385
obere 10 %	Mittelwert	6,7755
	N	49
Insgesamt	Mittelwert	5,4401
	N	434

9 Danksagung

Zunächst möchte ich allen Paaren danken, die an dieser Umfrage teilgenommen haben – ohne sie wären die Erhebung der Daten und die Erstellung dieser Arbeit nicht realisierbar gewesen.

Herrn Prof. Dr. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg danke ich herzlich für die Überlassung des Themas dieser Dissertation und seine engagierte Betreuung.

Des Weiteren danke ich Herrn Dr. F. Gagsteiger und Herrn Dr. U. Göhring für die freundliche Unterstützung bei der „Fragebogenaktion“.

Darüber hinaus danke ich Frau Dr. M. Heinzl-Gutenbrunner für die Beratung bei statistischen Fragestellungen.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern Rita und Hauke, meinen Geschwistern Stefanie und Bastian sowie meiner besten Freundin und Studienkollegin Maria T. für ihre Unterstützung und Motivation während der Studienzeit und bei der Fertigstellung dieser Arbeit.

