

Pflegerische Begleitung in der Zeit des Hoffens und Wartens

Ungewollte Kinderlosigkeit sowie Fruchtbarkeitsbehandlungen sind für die betroffenen Frauen und Paare mit einer hohen emotionalen Belastung verbunden. Pflegefachpersonen kommt im Betreuungskontext von Kinderwunschpaaren eine besondere Rolle zu. Um die Paare kompetent begleiten zu können, ist vertieftes fachspezifisches Wissen nötig.

Text: Madeleine Bernet, Christina Klanke, Stephanie Studer

Unfruchtbarkeit ist ein Phänomen, das sich immer weiter ausbreitet und auch in der Schweiz eine hohe Relevanz aufweist. Paaren mit Kinderwunsch ist es häufig nicht möglich, ohne medizinische Intervention ein Kind zu bekommen. Hierzulande sind Daten zu medizinisch unterstützter Fortpflanzung ab dem Jahr 2002 dokumentiert. Die Zahl der Frauen, die sich einer Behandlung zur medizinisch

unterstützten Fortpflanzung unterzogen haben, ist im Laufe der 2000er-Jahre angestiegen und erreichte 2010 ihren Höchststand. Gemäss Bundesamt für Statistik (BFS, 2020a) unterzogen sich in den letzten Jahren jeweils um die 6000 Frauen einer In-Vitro-Fertilisation. Jährlich kommen über 2000 durch künstliche Befruchtung gezeugte Kinder zur Welt. Über die Anzahl Paare

Der unerfüllte Wunsch nach einem Kind und eine Fruchtbarkeitsbehandlung werden schnell zum Taktgeber im Lebensalltag eines Paares.



iStock

und Einzelpersonen (inklusive alleinstehende Frauen, homosexuelle Personen), die sich im Ausland behandeln lassen, gibt es keine genauen Zahlen, da in der Schweiz keine Meldepflicht besteht. Expertinnen und Experten schätzen, dass pro Jahr mehrere Hundert Paare oder Einzelpersonen reproduktive Behandlungen im Ausland beanspruchen.

Die Ursachen der Kinderlosigkeit liegen etwa zu 30 % ausschliesslich bei der Frau (u. a. Endometriose, hormonelle Störungen), zu 30 % ausschliesslich beim Mann (u. a. Störung der Spermienbildung, verminderte Spermienqualität) und zu 30 % bei beiden Partnern. Nur bei wenigen Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch kann trotz medizinischer Abklärung keine Ursache gefunden werden. Von einer Unfruchtbarkeit wird gesprochen, wenn es bei einem Paar innerhalb von ein bis zwei Jahren trotz ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht zur Schwangerschaft kommt (Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Swissmom, 2016).

Gesellschaftlicher Kontext

Ob Unfruchtbarkeit als Krankheit gilt, unterscheidet sich je nach kulturellem und gesellschaftlichem Kontext, auch die medizinische Zuständigkeit ist nicht selbstverständlich gegeben (Ullrich, 2012). Bereits der Begriff «unerfüllter Kinderwunsch» verweist jedoch darauf, dass sich die Behandlung einer Unfruchtbarkeit massgeblich von der Behandlung einer Krankheit unterscheidet. Die medizinische Betreuung wird nicht aufgrund eines körperlichen Leidens aufgesucht, das die Gesundheit der Paare sichtbar beeinträchtigt oder be-



Paare, die sich in einer Fruchtbarkeitsbehandlung befinden, erleben oftmals ein Gefühlschaos, das ihre Beziehung sehr belasten kann.



droht. Zugleich wird der unerfüllte Kinderwunsch von einer gesellschaftswissenschaftlichen und gesellschaftspolitisch-ethischen Debatte gerahmt, die seit der Einführung der reproduktionsmedizinischen Behandlungen geführt wird. Juristische und ethische Untersuchungen lassen die Herausforderungen an bisherige rechtliche und moralische Grundsätze und Regelungen erkennen, auch im Hinblick auf die politische Umsetzung neuer Gesetzgebungen (u. a. Präimplantationsdiagnostik, Samenspende). Ungewollte Kinderlosigkeit und die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin ist nach wie vor ein Tabuthema, für das es im gesellschaftlichen Kontext an Anerkennung fehlt (Knoll, 2008; Ullrich, 2017).

Hohe emotionale Belastung für die Betroffenen

«Mittlerweile weiss ich, wie es sich anfühlt, wenn vier Jahre lang kein einziger Tag vergeht, an dem man sich nicht Gedanken um dieses EINE Thema macht. An dem ich nicht irgendetwas google, meinen Zyklus zum x-ten Mal nachrechne, mir überlege, welches Mittagessen nun gesünder für meinen

Fruchtbarkeitsbehandlungen



PantherMedia

In-Vitro-Fertilisation im Labor.

In der Schweiz sind zurzeit folgende Fruchtbarkeitsbehandlungen möglich:

- Ovarielle Stimulation: Hormonbehandlung zur Auslösung eines Eisprungs (in Tabletten- oder Spritzenform).
- Intrauterine Insemination (IUI): Aufbereitete Samenzellen werden gezielt in die Gebärmutter injiziert. Die Befruchtung findet innerhalb des Körpers statt. Bei Vorliegen einer Eizellreifungsstörung erfolgt eine zusätzliche Hormonbehandlung.
- In-Vitro-Fertilisation (IVF): Bei der IVF werden eine oder mehrere Eizellen ausserhalb des Körpers mit den Spermien zusammengebracht und befruchtet. Mittels eines feinen Katheters wird die befruchtete Eizelle in die Gebärmutter gebracht.
- Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI): Bei einer ICSI wird eine einzelne Samenzelle mit einer ultrafeinen Glaspipette in die Eizelle eingeführt. Danach wird die befruchtete Eizelle in die Gebärmutter gesetzt. Dieses Verfahren kommt bei schweren Fruchtbarkeitsstörungen des Mannes zum Tragen.

Ob künftig die Samenspende auch für lesbische Paare gesetzlich erlaubt wird, ist zurzeit offen. Mit dem Ja zur Vorlage «Ehe für alle» hat ihr der Nationalrat zugestimmt. Noch ausstehend ist der Entscheid des Ständerates. Da das Referendum gegen das Gesetz angekündigt ist, gibt es eventuell eine Volksabstimmung.

In der Schweiz nicht erlaubte Praktiken:

- Die Eizellspende, die Embryonenspende und die Leihmutter sind gemäss Fortpflanzungsmedizingesetz in der Schweiz verboten.

Kosten und Deckung durch die Krankenkasse

- Die Kosten variieren und sind von der Art sowie der Anzahl Behandlungen abhängig. Eine In-Vitro-Fertilisation (1 Behandlungszyklus) kostet beispielsweise rund 5000 bis 8000 Franken. In der Regel sind mehrere Zyklen notwendig, bis es zu einer erfolgreichen Schwangerschaft kommt.
- Die obligatorische Krankenversicherung vergütet in der Schweiz maximal drei IUI-Behandlungszyklen. IVF-Behandlungen werden dagegen nicht von der obligatorischen Krankenversicherung vergütet (neuerdings werden entsprechende Zusatzversicherungen angeboten). In einigen Kantonen können die selbstgetragenen Behandlungskosten in der Steuererklärung geltend gemacht werden.

Uterus sein könnte. Sperma-Untersuchungen, Hormonspritzen und Geschlechtsverkehr nach Kalender gehören zu unserem Leben.» (Anna, zitiert in Jansen, 2017). Dieses Zitat stammt aus einem Artikel einer Betroffenen und zeigt die Herausforderungen von Fruchtbarkeitsbehandlungen auf. Neben physischen Beschwerden (Myome, Haarausfall, Gewichtszunahme usw.) können sie auch emotionale (u. a. Erschöpfung, Stress, Depression) und finanzielle Belastungen mit sich bringen.

Oftmals ist eine Fruchtbarkeitsbehandlung schnell der Taktgeber im Lebensalltag, denn dieser muss auf die vermehrten Arztbesuche und Termine (u. a. pünktliche Verabreichung der Medikation) abgestimmt werden. Auch Anna (zitiert in Jansen, 2017) hat dies schön beschrieben: «Dazu kommt der Alltag. Ich erlebe ihn anders, seit ich den Kinderwunsch in mir trage, der sich nicht erfüllen will (...) Wir buchen Ferien und überlegen uns dabei, ob wir sie überhaupt antreten können.»

Zwischen Hoffnung und Enttäuschung

Paare, die sich in einer Fruchtbarkeitsbehandlung befinden, erleben oftmals ein Gefühlschaos, das ihre Beziehung sehr belasten kann. Gefühle wie Hoffnung, Optimismus, Enttäu-

schung, Trauer, Isolation, Schuld, Verleugnung und Inakzeptanz begleiten die Kinderwunschaare. Diese emotionalen Reaktionen werden je nach Persönlichkeit und Vorerfahrungen mehr oder weniger intensiv durchlebt. Emotional besonders belastend werden von den Betroffenen vor allem die

‘

Die individuelle Beratung von Kinderwunschaaren erfordert spezifische Fach- und Sozialkompetenzen der Pflegefachpersonen.

’

14-tägige Wartezeit zwischen dem Embryotransfer und dem nachfolgenden Schwangerschaftstest erlebt. Dies drückt sich u. a. in etwas erhöhten Depressivitäts- und Ängstlichkeits-



AdobeStock

Um betroffene Paare in der Entscheidung zu unterstützen, braucht es eine kompetente und empathische Beratung.

Empfehlungen

Die ESHRE-Leitlinie (2015) hat auf der Grundlage von Studien, in denen untersucht wurde, was Betroffene bei ihrer Betreuung als wichtig erachten, folgende Empfehlungen für das Betreuungspersonal formuliert:

- Verständnis für die Situation zeigen und auf emotionale Auswirkungen der Unfruchtbarkeit eingehen.
- Beide Partner in den Behandlungsprozess einbeziehen.
- Betroffene in der Entscheidungsfindung unterstützen.
- Eine kontinuierliche Betreuung durch gleiche Fachpersonen anbieten.
- Minimale Wartezeiten ermöglichen.
- Genügend Zeit für Gespräche/Konsultationen einplanen.
- Empathische Betreuung durch kompetentes Fachpersonal gewährleisten.
- Professionelle psychologische Betreuung (vor, während und nach den Behandlungen) anbieten.
- Verständliches schriftliches Informationsmaterial abgeben.
- Informationen über ergänzende Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Selbsthilfegruppen, Online-Angebote, Ernährungsberatung) weitergeben.

werten sowie vermehrt auftretenden körperlichen Beschwerden aus (Bernd, M. et al., 2020).

Bleibt nach der Fruchtbarkeitsbehandlung eine Schwangerschaft aus, kann dies Verlust- und Trauerreaktionen beim Paar auslösen. Vor allem bei weiblichen Betroffenen ist durch ein negatives Schwangerschaftsergebnis das Risiko für das Auftreten einer Depression erhöht. Frauen hingegen, die bereits vor der Behandlung soziale Unterstützung suchen, sich auf das Ausbleiben einer Schwangerschaft vorbereiteten und ihre emotionalen Belastungen wahrnehmen, zeigen weniger oft depressive Symptome (AWMF, 2014).

Grosser Aufwand und hohe Kosten

Meist gelingt eine erfolgreiche Schwangerschaft nicht auf Anhieb und so sind mehrere Behandlungszyklen und Therapieansätze notwendig, bis die gewünschte Schwangerschaft eintritt. Die hohen Kosten der Behandlungen, die oft durch das Paar selbst getragen werden müssen, sind ein weiterer grosser Belastungsfaktor.

Eine zusätzliche Herausforderung kann sich vor allem für Frauen ergeben, wenn es darum geht, den komplexen Therapieablauf und die vielen Behandlungstermine mit dem Beruf zu vereinbaren. Durchschnittlich fehlen Frauen 23 Stunden pro IVF-Zyklus am Arbeitsplatz (ESHRE, 2015). Viele Paare verbergen die Kinderwunschbehandlung vor ihren Vorgesetzten und Teammitgliedern, was eine offene Kommunikation beeinträchtigt und einen zusätzlichen Stressfaktor darstellt (Steiner, 2019). Die eigentlich notwendige Transparenz lässt jedoch Nachteile im Arbeitsleben befürchten bzw. kann diese unter Umständen mit sich bringen und wird vor allem von den Frauen als sehr belastend erlebt. Der Einbezug der Arbeitgebenden könnte aber helfen, Belastungs- und Konfliktbereiche der Betroffenen zu beschreiben und davon ausgehend mögliche Unterstützungsangebote auszuarbeiten.

Bedeutung für die Pflege

Pflegefachpersonen kommt im Betreuungskontext von Kinderwunschpaaren eine besondere Rolle zu. Sie sind diejenigen, die häufig als erstes Kontakt zu den Betroffenen haben, sei es durch Terminvereinbarungen oder Informationen vor der ersten Konsultation. Sie nehmen im Rahmen von Laboruntersuchungen Blut ab, führen Injektionsschulungen durch und erklären Behandlungsabläufe. Sie begleiten die Paare durch Phasen des Wartens und Hoffens und versuchen Stabilität zu geben, wenn der Versuch des Schwangerwerdens erfolglos geblieben ist.

Je länger die Behandlungsdauer ist, umso mehr erfahren die Pflegenden über die private Situation des Paares und haben zum Teil Einblick in sehr intime Themen. Viele Frauen sind berufstätig und stehen unter Zeitdruck, da wie bereits beschrieben, die Arbeitgebenden über die Therapie häufig nicht informiert sind. Aus diesem Grund bleibt den Pflegefachpersonen nur wenig Zeit für den Beziehungsaufbau, dieser ist folglich umso anspruchsvoller (Boinay & Rupp, 2009).

Die Behandlung von Personen mit einem unerfüllten Kinderwunsch ist für alle Beteiligten mit psychischen Belastungen verbunden, in deren Verlauf sie auch immer wieder mit ethischen Fragestellungen konfrontiert werden. Das Arbeiten in diesem hochkomplexen Feld verlangt ein vertieftes, fachspezifisches Wissen (ESHRE, 2015). Das ethische Belastungspotenzial des Pflegepersonals ist in der Betreuung von Personen, die Fruchtbarkeitsbehandlungen beanspruchen, multifakto-

riell erhöht: Der Umgang mit einem Tabuthema und den eigenen Werten und Normen, die Anteilnahme an den persönlichen Geschichten der Betroffenen, der Umgang mit Nähe und Distanz, ein langfristiger Beziehungsaufbau und die Herausforderungen in der psychosozialen Begleitung stellen besondere Anforderungen dar. Dies kann ein Gefühl der Hilflosigkeit bei den Pflegenden auslösen.

Spezifische Fach- und Sozialkompetenzen

Der umfassende Beratungsbedarf von Kinderwunschpaaren ist ein zentraler Aspekt im ganzen Behandlungszyklus. Daher sollte das Beratungsniveau individuell auf die betroffenen Frauen und Männer angepasst werden, was wiederum spezifische Fach- und Sozialkompetenzen der Pflegefachpersonen verlangt (ESHRE, 2015). Bernd et al. (2020) raten dazu, die psychosoziale Kinderwunschberatung gezielt an das Paar zu richten («human reproduction takes more than one person»), denn es ist wichtig, dass die Ängste und Bedürfnisse des Partners ebenso berücksichtigt werden.

Der Betroffene Christian beschreibt dies in einem Artikel von Knabenhans (2020) folgendermassen: «Mein Kinderwunsch ist gross, vielleicht grösser als der meiner Partnerin Lisa. Aber der Anblick dieser Becher und die Vorstellung, vielleicht noch

Autorinnen

Madeleine Bernet, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung für angewandte Forschung und Entwicklung, Fachbereich Pflege, Berner Fachhochschule Gesundheit. Co-Präsidentin der AFG Frauengesundheit, madeleine.bernet@bfh.ch

Christina Klanke, MA, MPH, Pflegeexpertin APN, Frauenklinik, Universitätsspital Basel. Mitglied der AFG Frauengesundheit, christina.klanke@usb.ch

Stephanie Studer, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Bachelorstudiengang Pflege, Berner Fachhochschule Gesundheit. Mitglied der AFG Frauengesundheit, stephanie.studer@bfh.ch

öfters in so einen zu ejakulieren, das stresst mich extrem. Im Umfeld fragen alle, wie es Lisa geht in dieser Situation – mich fragt niemand.» Einzelberatungen sollten daher eher als Ausnahme bzw. nur auf expliziten Wunsch angeboten werden.

Erweiterte Pflege- und Hebammen-Praxis

Die Anforderungen dieser spezialisierten Behandlung gehen über die pflegerische Expertise hinaus, die sich Pflegefachpersonen in der Grundausbildung erwerben. Folglich ist ein Weiterbildungsangebot im reproduktiven Bereich von zentraler Bedeutung.



Der Anblick dieser Becher und die Vorstellung, vielleicht noch öfters in so einen zu ejakulieren, stresst mich extrem.



Daraus ergibt sich der Bedarf einer erweiterten Pflegepraxis mit evidenzbasiertem, fundiertem Wissen im gynäkologisch-geburtshilflichen Bereich. Eine derartige Weiterentwicklung könnte die Entwicklung eines Advanced Nurse Practice (ANP)/Advanced Midwifery Practice (AMP)-Feldes darstellen. Bei Advanced Practice Nurses (APN) bzw. Advanced Practice Midwives (APM) handelt es sich um Pflegefachpersonen oder Hebammen mit einer akademischen Ausbildung und einer Fachspezialisierung. Sie verfügen über klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis und sind fähig zur



Die Ängste und Bedürfnisse des Partners, der die Spermien liefern muss, gehen oft vergessen.

Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten. Ihre klinische Tätigkeit ist auf Individuen, Familien und Gruppen ausgerichtet, die sie nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen betreuen. Forschungsergebnisse werden umgesetzt und pflegerische Angebote entwickelt, systematisch angewendet und evaluiert (Hamric, Spross & Hanson, 2014). APN oder APM übernehmen in der Betreuung von Kinderwunschpaaren neben der fachlichen Leitung eines reproduktionsmedizinischen Pflegeteams auch die Rolle einer Case-Managerin, wie bereits im Artikel von Boinay und Rupp (2009) beschrieben. In einer «Lotsenfunktion» begleiten sie die Paare durch den gesamten Prozess, beginnend von der Erstdiagnostik im reproduktionsmedizinischen Zentrum bis zu dem Zeitpunkt des Behandlungsendes im Sinne des geburtshilflichen Betreuungsbogens (Sayn-Wittgenstein, 2007). Dieses kann sowohl die erwünschte Schwangerschaft als auch die Beendigung einer nicht erfolgreicher Therapie sein. Tritt eine Schwangerschaft ein, so wird diese, obwohl erwünscht, durch die besondere Ausgangslage nicht selten als belastende Situation erlebt.

Frauen mit IVF/ICSI-Erfahrung erleben mehr schwangerschaftsspezifische Ängste als Frauen, die spontan schwanger wurden (ESHRE, 2015). Deshalb bedarf es einer Begleitung und Betreuung, die über die Kinderwunschabteilung hinausgeht, gegebenenfalls bis ins Wochenbett und in die Stillzeit hinein (ESHRE, 2015; Wischmann, 2008). Folglich könnten APN/APM den Betreuungsbogen abrunden, um so eine personenzentrierte und individuelle Betreuung (u. a. mit der Anwendung von Assessmentinstrumenten) zu gewährleisten.

Dieser Artikel entstand im Rahmen der AFG Frauengesundheit (s. Box) und soll einen Einblick in die Thematik geben. Er ist nicht abschliessend und es wurde keine systematische Literatursuche durchgeführt.

AFG FRAUENGESUNDHEIT

Stark, fundiert, lebensnah

Die Akademische Fachgesellschaft Frauengesundheit (AFG Frauengesundheit) des Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) ist eine Vereinigung wissenschaftlich ausgebildeter Pflegefachpersonen und beschäftigt sich mit der ganzheitlichen Betreuung und Pflege von Frauen und deren Angehörigen in unterschiedlichen Lebens- und Krankheitsphasen, die sowohl physiologisch als auch pathophysiologisch begründet sein können. Dazu gehört auch die Thematik Kinderwunsch und Fruchtbarkeitsbehandlungen.

Für weitere Informationen: www.vfp-apsi.ch

Falls Sie eine wissenschaftliche Ausbildung (BScN, MScN) absolvieren oder absolviert haben und sich für Frauengesundheit interessieren, freuen wir uns, Sie als Mitglied zu begrüssen. Ihre Anmeldung und/oder Fragen nehmen wir gerne entgegen.

Kontakt: Madeleine Bernet oder Lotti Barandun, frauengesundheit@vfp-apsi.ch



Das Literaturverzeichnis ist in der digitalen Ausgabe verfügbar oder erhältlich bei: madeleine.bernet@bfh.ch