



Leitfaden Patient*innenkommunikation

Patient*innen mit Kinderwunsch und Schwangere

CED treten häufig bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf, die noch keine Kinder haben.¹ Viele junge Erwachsene sind in **Sorge**, dass sie aufgrund ihres Morbus Crohn oder ihrer Colitis ulcerosa **nicht schwanger werden** bzw. **keine Kinder zeugen können**. Diese Sorge ist **meist unbegründet**. Generell können Frauen und Männer mit CED Kinder bekommen.¹ Wenn eine CED-Patientin schwanger werden möchte, klappt das in der Regel genauso gut wie bei gesunden Frauen ähnlichen Alters.² Jedoch können **bestimmte Medikamente** wie Sulfasalazin oder Methotrexat, **Mangelzustände** oder **medizinische Eingriffe** im Zusammenhang mit CED die Fruchtbarkeit von Frauen und Männern **beeinträchtigen** oder einem **Kinderwunsch entgegenstehen**.²



Besonderheiten in Zusammenhang mit Kinderwunsch und Schwangerschaft

- Neben akuten Krankheitsschüben und unbehandelten Abszessen/Fisteln im kleinen Becken kann **chronischer Eisenmangel** ein Ausbleiben der Regelblutung begünstigen. Nach Behebung des Eisenmangels setzt die Periode aber bei fast allen Frauen wieder ein.
- Für **männliche CED-Patienten** gilt: Bestimmte Medikamente zur Behandlung der CED können die Zeugungsfähigkeit herabsetzen. Innerhalb von **zwei Monaten** nach dem Absetzen dieser Arzneimittel sind die Patienten im Allgemeinen **wieder so zeugungsfähig** wie vor der Therapie.^{1,3,4}
- Eine Schwangerschaft verläuft **bei vielen CED-Patientinnen unkompliziert**.²
- Manche Medikamente können auch **während einer Schwangerschaft** genommen werden, andere sollten vor einer Schwangerschaft abgesetzt werden.³
- Eine hohe Krankheitsaktivität zu Beginn der Schwangerschaft kann mit **Komplikationen** verbunden sein und z. B. das **Risiko für eine Frühgeburt** erhöhen.²
- Die günstigsten Bedingungen für eine Schwangerschaft liegen vor, wenn die Patientin bereits seit einigen Monaten in **Remission** ist.
- Kommt es unter einer **Therapie mit Biologika** zu einer **ungeplanten Schwangerschaft**, sollte die Patientin gemeinsam mit dem*der behandelnden Gastroenterolog*in abwägen, ob die Therapie fortgesetzt oder für die Zeit der Schwangerschaft **unterbrochen** werden sollte.¹



Praktische Tipps

- Falls CED-Patient*innen im Gespräch mit Ihnen erwähnen, dass sie sich **ein Kind wünschen** oder **Bedenken äußern**, ob bei CED eine Schwangerschaft möglich ist, raten Sie ihnen, **zeitnah** mit dem*der behandelnden Gynäkolog*in und Gastroenterolog*in über dieses Thema zu sprechen.⁴
- **Ermuntern** Sie Patient*innen, die sich ein Kind wünschen, **frühzeitig mit der*dem Ärztin*Arzt darüber zu sprechen**.⁴
- Im Gespräch mit dem Arzt muss ggf. geklärt werden, ob die **Medikation reduziert** oder **ausgetauscht** werden sollte und ob die Patientin vor einer geplanten Schwangerschaft noch **Impfungen** durchführen lassen sollte.^{1,2}
- Bestimmte **Laboruntersuchungen** können sinnvoll sein (z. B. C-reaktives Protein, Calprotectin, Eisen, Vitamin B12, Folsäure).²
- Je nach Situation können vor einer geplanten Schwangerschaft **weitere Untersuchungen** wie eine Darmspiegelung, Sonographie oder Kernspintomographie **ratsam** sein.²
- Lassen Sie sich von Schwangeren die Kontaktdaten des*der Gynäkolog*in geben, um einen **engen Austausch** zwischen den betreuenden Praxen zu ermöglichen.
- Falls vorhanden, geben Sie schwangeren und stillenden CED-Patientinnen geeignetes **schriftliches Informationsmaterial** z. B. zu Ernährung und Bewegung mit.
- Eine **vollwertige Ernährung** ist für die Schwangere und ihr ungeborenes Kind von großer Bedeutung.
- Bei starkem Untergewicht der Schwangeren oder starken Durchfällen kann manchmal eine **zusätzliche parenterale Ernährung** notwendig werden.
- Viele CED-Patient*innen fragen sich, ob sie ihre Darmkrankheit an ihr Kind **vererben** können. Eine **erhöhte Krankheitsanfälligkeit für CED** kann genetisch (mit-)bedingt sein. Aber nicht jedes Kind, das Risikogene trägt, erkrankt auch an einer CED. Zur Entstehung einer CED tragen in der Regel außer den Genen **weitere Faktoren** bei (Umweltfaktoren, Ernährung, Bakterien etc.).¹
- Ist bei CED eine normale **vaginale Geburt möglich**? Das sollte gemeinsam mit dem*der Gastroenterolog*in und Gynäkolog*in entschieden werden. Grundsätzlich ist eine CED kein Hindernis für eine normale vaginale Geburt. Bei aktivem perianalem Krankheitsbefall bzw. Fisteln kann jedoch ein **Kaiserschnitt sinnvoll** sein.⁴
- Ob eine CED-Patientin ihr Baby stillen kann, hängt u. a. vom **Krankheitsverlauf** und von der **medikamentösen Therapie** der Mutter ab. Bestimmte Medikamente gehen in die **Muttermilch** über.¹
- Bei bestimmten Medikamenten, die in der Schwangerschaft eingesetzt wurden, dürfen die Neugeborenen in den ersten Lebensmonaten **keine Impfung mit einem Lebendimpfstoff** erhalten.¹¹ Der behandelnde Kinderarzt sollte darüber informiert werden.
- Die Webseite **www.embryotox.de** bietet **unabhängige Informationen** zur Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit sowie zu Besonderheiten der CED-Therapie während der Schwangerschaft.

Quellen

- 1 Prof. Dr. Julia Seiderer-Nack: Der große Patientenratgeber Morbus Crohn Colitis ulcerosa. Zuckschwerdt Verlag, München 2013 (S. 117ff.)
- 2 Update CED: Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt. <https://www.ced-trotzdem-ich.de/den-alltag-gestalten/partnerschaft-und-freundschaft/kinderwunsch-schwangerschaft-und-geburt> (abgerufen am 25.03.2022)
- 3 Takeda-Broschüre „Morbus Crohn – trotzdem ich“
- 4 Schwangerschaft und Morbus Crohn. <https://www.ced-trotzdem-ich.at/alltag-mit-ced/partnerschaft-und-freundschaft/babyalarm-trotz-crohn-oder-colitis> (abgerufen am 25.03.2022)