

Rheuma und Schwangerschaft: Neue Daten verbessern Risikokontrolle

Deutscher Rheumatologiekongress 2026 vom 9. bis 12. September im Congress Center Leipzig

Leipzig/Berlin – Entzündlich-rheumatische Erkrankungen können Frauen in einer Lebensphase treffen, in der Familienplanung und Elternschaft eine wichtige Rolle spielen. Eine sichere Schwangerschaft ist heute jedoch in den meisten Fällen möglich – dank intensiver Forschung, die in den letzten Jahren zu neuen Möglichkeiten der Behandlung und der medizinischen Überwachung geführt hat. Was es bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Kinderwunsch zu beachten gilt, welche Risiken bestehen und wie sie minimiert werden können, wird ein Thema der heutigen Vorab-Online-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2026 sein, der vom 9. bis 12. September in Leipzig stattfindet.

Viele Schwangere möchten zum Schutz ihres Kindes möglichst wenige Medikamente einnehmen – bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kann ein Absetzen der Therapie jedoch riskant sein. „Eine aktive rheumatische Erkrankung kann die Schwangere und ihr ungeborenes Kind genauso gefährden wie ein Medikament, das für die jeweilige Schwangerschaftsphase nicht geeignet ist“, sagt Dr. med. Isabell Haase, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Entscheidend sei deshalb, individuelle Risiken frühzeitig zu erkennen und Therapie und Überwachung darauf abzustimmen.

Hochrisiko-Schwangerschaften: Neue Studie macht vorsichtig Hoffnung

Wie eine solche risikoadaptierte Behandlung aussehen könnte, zeigen neue Daten zum Antiphospholipid-Syndrom (APS), bei dem bestimmte Autoantikörper das Risiko für Fehl- und Totgeburten sowie weitere Schwangerschaftskomplikationen erhöhen. Die Standardbehandlung des geburtshilflichen APS besteht aus niedrig dosierter Acetylsalicylsäure und Heparin. Bei besonders gefährdeten Schwangeren mit dauerhaft nachweisbarem Lupus-Antikoagulans kommt es jedoch trotz dieser Behandlung in Studien bei 40 bis 64 Prozent zu einem ungünstigen Schwangerschaftsausgang. In der IMPACT-Studie erhielten 51 Schwangere mit Hochrisiko-APS und schweren Komplikationen in der Vorgeschichte zusätzlich zur Standardtherapie Certolizumab pegol. Schwere APS-bedingte Schwangerschaftskomplikationen traten bei 20 Prozent auf, 93 Prozent der Neugeborenen überlebten bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus. Aufgrund der geringen Studiengröße und des Fehlens einer randomisierten Kontrollgruppe seien die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren, betont Haase. Certolizumab ist zudem nicht zur Behandlung des geburtshilflichen APS zugelassen. „Dennoch zeigt die Studie eine konkrete zusätzliche Therapieperspektive für einzelne Hochrisikopatientinnen auf, bei denen die Standardbehandlung nicht ausreicht.“

Risiken früher erkennen und engmaschiger überwachen

Nicht nur bei der Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, sondern auch bei ihrer Früherkennung gibt es neue Ansätze. Bei Schwangeren mit Anti-SSA/Ro-Antikörpern entwickelt das ungeborene Kind in etwa ein bis zwei Prozent der Fälle einen angeborenen AV-Block, eine Störung der elektrischen Reizleitung im Herzen. Ein höhergradiger AV-Block kann innerhalb weniger

Stunden entstehen und damit zwischen zwei Ultraschallterminen unentdeckt bleiben. Die laufende STOP-BLOQ-Studie untersucht deshalb ein häusliches Monitoring: Schwangere mit hohen Antikörperwerten kontrollieren dreimal täglich den Herzrhythmus ihres Kindes. In der bisherigen Auswertung von 413 Schwangerschaften trat ein AV-Block ausschließlich bei hohen Antikörperwerten auf und wurde zuverlässig durch das Selbstmonitoring erkannt. Ob durch die frühere Erkennung auch ein dauerhafter vollständiger Herzblock verhindert werden kann, ist noch offen.

Sichere Therapie braucht verlässliche Informationen

Neben neuen Behandlungs- und Überwachungsansätzen von Schwangerschaftskomplikationen bleibt die Kontrolle der rheumatischen Grunderkrankung entscheidend. Die aktualisierten EULAR-Empfehlungen zeigen, dass zahlreiche antirheumatische Therapien auch während Zeugung, Schwangerschaft und Stillzeit eingesetzt werden können. Fachinformationen und Beipackzettel bleiben jedoch häufig zurückhaltender oder widersprechen den wissenschaftlichen Empfehlungen. In der internationalen PRAISE-Umfrage unter 414 Angehörigen von Gesundheitsberufen berichteten 58 Prozent, dass solche Widersprüche zu Unsicherheit oder Spannungen im ärztlichen Beratungsgespräch führen; fast 20 Prozent würden deshalb eine laufende Behandlung wahrscheinlich absetzen. „Nun gilt es, Fachinformationen und Beipackzettel schneller an die wissenschaftlichen Leitlinien anzupassen“, betont Haase abschließend.

Aktuelle Zahlen zu Rheuma und Schwangerschaft:

- Statistisches Bundesamt (Destatis). Geburten in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh). Daten und Fakten. Rheuma in Zahlen. Verfügbar unter: <https://www.dgrh.de/finden/presse/daten-und-fakten/>

Quellen:

- Braun J, Albrecht K, Callhoff J, et al; Kommission Versorgung der DGRh. Rheumatologische Versorgung in Deutschland: Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie 2024. Z Rheumatol. 2024;83(suppl 2):249-284. doi:10.1007/s00393-024-01539-2
- Gebhart J, Posch F, Koder S, et al. High risk of adverse pregnancy outcomes in women with a persistent lupus anticoagulant. Blood Adv. 2019;3(5):769-776. doi:10.1182/bloodadvances.2018026948
- Lockshin MD, Kim M, Laskin CA, et al. Prediction of adverse pregnancy outcome by the presence of lupus anticoagulant, but not anticardiolipin antibody, in patients with antiphospholipid antibodies. Arthritis Rheum. 2012;64(7):2311-2318. doi:10.1002/art.34402
- Branch DW, Kim MY, Guerra MM, et al. Certolizumab pegol to prevent adverse pregnancy outcomes in patients with antiphospholipid syndrome and lupus anticoagulant (IMPACT): results of a prospective, single-arm, open-label, phase 2 trial. Ann Rheum Dis. 2025;84(6):1011-1022. doi:10.1016/j.ard.2025.02.012
- Wallmeier P, Haase I. Sjögren-Erkrankung und Schwangerschaft [Sjögren's disease and pregnancy]. Z Rheumatol. Published online April 13, 2026. doi:10.1007/s00393-026-01813-5
- Buyon JP, Masson M, Izmirly CG, et al. Prospective evaluation of high-titer autoantibodies and fetal home monitoring in the detection of atrioventricular block among anti-SSA/Ro pregnancies. Arthritis Rheumatol. 2024;76(3):411-420. doi:10.1002/art.42733
- Rüeegg L, Pluma A, Hamroun S, et al. EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update. Ann Rheum Dis. 2025;84(6):910-926. doi:10.1016/j.ard.2025.02.023

- Schreiber K, Graversgaard C, Parodis I, et al. Impact of conflicting information on the use of antirheumatic drugs in pregnancy and breastfeeding: perspectives of healthcare providers from the global PRAISE survey. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2025;17:1759720X251350087. Published 2025 Jul 16. doi:10.1177/1759720X251350087
- Schreiber K, Clark A, Andreoli L. Announcing The Lancet Rheumatology Commission on reproductive health and family planning in immune-mediated long-term conditions: empowering special reproductive journeys. *Lancet Rheumatol.* 2026;8:e497-e500