

Schwangerschaftsverläufe und -komplikationen bei Frauen mit systemischem Lupus erythematoses – Vergleich von Register- und Krankenkassendaten



Yvette Meißner^{1,2}, Johanna Callhoff¹, Tatjana Rudi¹, Carlo Veltri¹, Tanja Ellmann¹, Peer Aries³, Birgit Arndt⁴, Cornelia Glaser⁵, Isabell Haase^{6,7}, Jörg Henes⁸, Ursula Marschall⁹, Jutta G. Richter¹⁰, Annika Spindler¹¹, Rebecca Fischer-Betz¹⁰, Anja Strangfeld^{1,12}

¹ Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin (DRFZ), Programmbericht Epidemiologie und Versorgungsforschung, Berlin; ² Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Charité Universitätsmedizin Berlin; ³ Immunologikum Hamburg; ⁴ Forschungspartnerin Deutsche Rheuma-Liga, Sankt Augustin; ⁵ Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie, Freiburg; ⁶ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Sektion Rheumatologie und entzündliche Systemerkrankungen, Hamburg; ⁷ Klinik Bad Bramstedt GmbH, Klinik für Rheumatologie und Immunologie, Bad Bramstedt; ⁸ Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Interdisziplinäre Rheumatologie, klinische Immunologie und Autoimmunerkrankungen, Tübingen; ⁹ Barmer, Abteilung Medizin und Versorgungsforschung, Wuppertal; ¹⁰ Klinik für Rheumatologie & Hiller Forschungszentrum Rheumatologie, UKD, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ¹¹ Forschungspartnerin Deutsche Rheuma-Liga, Wuppertal; ¹² Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Charité Universitätsmedizin Berlin

Programmbereich Epidemiologie und Versorgungsforschung

DGRh 2025 EV.35

Schlussfolgerung

- Die Register-Patientinnen zeigten eine höhere Krankheitslast, erzielten aber dennoch günstige Schwangerschaftsoutcomes, was ein Hinweis auf eine optimale Versorgung mit gut kontrollierter Krankheitsaktivität sein kann (mittlere Arztberichtete Krankheitsaktivität [0-10]: 1,5±1,4).
- In den Abrechnungsdaten waren Schwangerschaftskomplikationen häufiger.
- Die Behandlungsmuster unterschieden sich in den beiden Datenquellen: In den Abrechnungsdaten war der Anteil der Patientinnen höher, die keine Behandlung erhielten, wohingegen im Register mehr csDMARDs, insbesondere HCQ verwendet wurden.
- Beide Datenquellen haben individuelle Vor- und Nachteile: detaillierte klinische Informationen und eine von Rheumatolog:innen betreute Population im Register sowie eine breitere, bevölkerungsbezogene Perspektive durch die Abrechnungsdaten.

Einleitung

Schwangerschaften von Frauen mit systemischem Lupus erythematoses (SLE) haben ein höheres Risiko für mütterliche und kindliche Komplikationen [1]. Da schwangere Frauen in der Regel von klinischen Studien ausgeschlossen werden, basiert der aktuelle Wissensstand weitgehend auf Beobachtungsdaten. Unterschiede in den Datenquellen können sich auf Patientenprofile und Analyseergebnisse auswirken.

[1] Bundhun et al. J Autoimmun. 2017; 79: 17-27.

Ziel

Die vorliegende Studie untersuchte Komplikationsraten bei Schwangerschaften von Frauen mit SLE in zwei verschiedenen Datenquellen.

Methodik

- Datenquellen:** (I) **Schwangerschaftsregister Rhekiss:** bundesweite, seit 2015 laufende, multizentrische, webbasierte Kohortenstudie, zur Untersuchung von Schwangerschaften bei Frauen mit allen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Einschluss entweder bei konkretem Kinderwunsch oder in der frühen Schwangerschaft (bis 20. Schwangerschaftswoche); (II) Bundesweite **BARMER Abrechnungsdatenbank** mit 11 Millionen Versicherten.
- Einschlusskriterien:**
 - (I) Registerdaten: Frauen mit SLE und einer Einlings-schwangerschaft zwischen 2015 und 2023;
 - (II) Abrechnungsdaten: Frauen im Alter von 18–55 Jahren mit ≥2 ambulanten oder ≥1 stationären SLE-Diagnose(n) innerhalb von 12 Monaten in den Jahren 2005–2023. Die Identifizierung der Einlingsschwanger-schaften und -geburten erfolgte über ICD-10-Codes, sowie Prozedur- und Operationscodes.
- Datenanalyse:** Deskriptive Auswertungen.

Herzlichen Dank an alle Rheumatolog:innen, die Rhekiss aktiv unterstützen. Dies sind insbesondere: Lorenz, Hanns-Martin; Aries, Peer; Baraliakos, Xenofon; Kreher, Gabi; Günzel, Judith; Märtz, Anette; Schuch, Florian; Manger, Karin; Saar, Petra; Mewes, Sabine; Karberg, Kirsten; Käßer, Ulrich; Krause, Dietmar; Seipelt, Eva; Schulze-Koops, Hendrik; Schwarze, Ilka; Schnorfeil, Michael; Weiner, Stefan; Sensse, Jörg; Röser, Markus und Prothmann, Ulrich.

Das Forschungsvorhaben wird im Rahmen der 5. Nachwuchsakademie Versorgungsforschung von der DFG gefördert (Projektnummer 533620604). Rhekiss ist ein gemeinsames Forschungsprojekt des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin und des Rheumazentrums Rhein-Ruhr e.V., Düsseldorf.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 1.203 Einlingsschwangerschaften ausgewertet, davon n=325 aus den Register- und n=878 aus den Abrechnungsdaten.

	Rhekiss	Barmer
Anzahl Schwangerschaften	325	878
Anzahl Frauen	276	649
Baselinecharakteristika		
Alter, Jahre	31,7 ± 4,2*	33,3 ± 4,5§
Krankheitsdauer, Jahre	8,2 ± 5,6*	5,3 ± 3,6†
Arterielle Hypertonie	33 (13,6)*	131 (14,9)§
Autoimmunthyreoiditis	33 (13,6)*	101 (11,5)§
Glomerulonephritis	39 (16,1)*	67 (7,6)§
Antiphospholipid-Syndrom	31 (12,8)*	101 (11,5)§
Diabetes mellitus	5 (2,1)*	37 (4,2)§
Komplikationen während der Schwangerschaft		
Arterielle Hypertonie	13 (4,6)	21 (2,7)
(Prä)Eklampsie oder HELLP	8 (2,5)	82 (9,3)
Schwangerschaftsdiabetes	10 (3,2)	62 (7,4)
Ausgang der Schwangerschaft		
Fehlgeburt	17 (5,6)	14 (1,6)**
Schwangerschaftsabbruch	4 (1,3)	43 (4,9)
Totgeburt	1 (0,3)	5 (0,1)
Lebendgeburt	280 (92,7)	816 (92,9)
Spontan	139 (57,2)	561 (68,7)
davon Kaiserschnitt	97 (39,8)	238 (29,1)
davon operativ vaginal	8 (3,3)	18 (2,2)
davon Frühgeburt	42 (15,3)	107 (13,1)

Angabe von Anzahl (Prozent) oder Mittelwert ± Standardabweichung. *Zum Zeitpunkt der Konzeption. §Jahr vom Ende der Schwangerschaft. †Beginnend vom Zeitpunkt der erfüllten Diagnosekriterien. **Im Kalenderjahr vor Konzeption.

Behandlungsmuster mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAID), Glukokortikoiden (GC), Hydroxychloroquin (HCQ) Monotherapie, anderen csDMARDs (entweder Mono- oder Kombinationstherapie) und bDMARDs wurden hierarchisch untersucht (Abb. 1).

Abbildung 1: Sankey-Diagramme zeigen Behandlungsmuster in einzelnen Zeitabschnitten. Darstellung von Schwangerschaften mit Lebendgeburt und mind. eine Angabe der Verordnung bzw. Rezepteeinlösung.

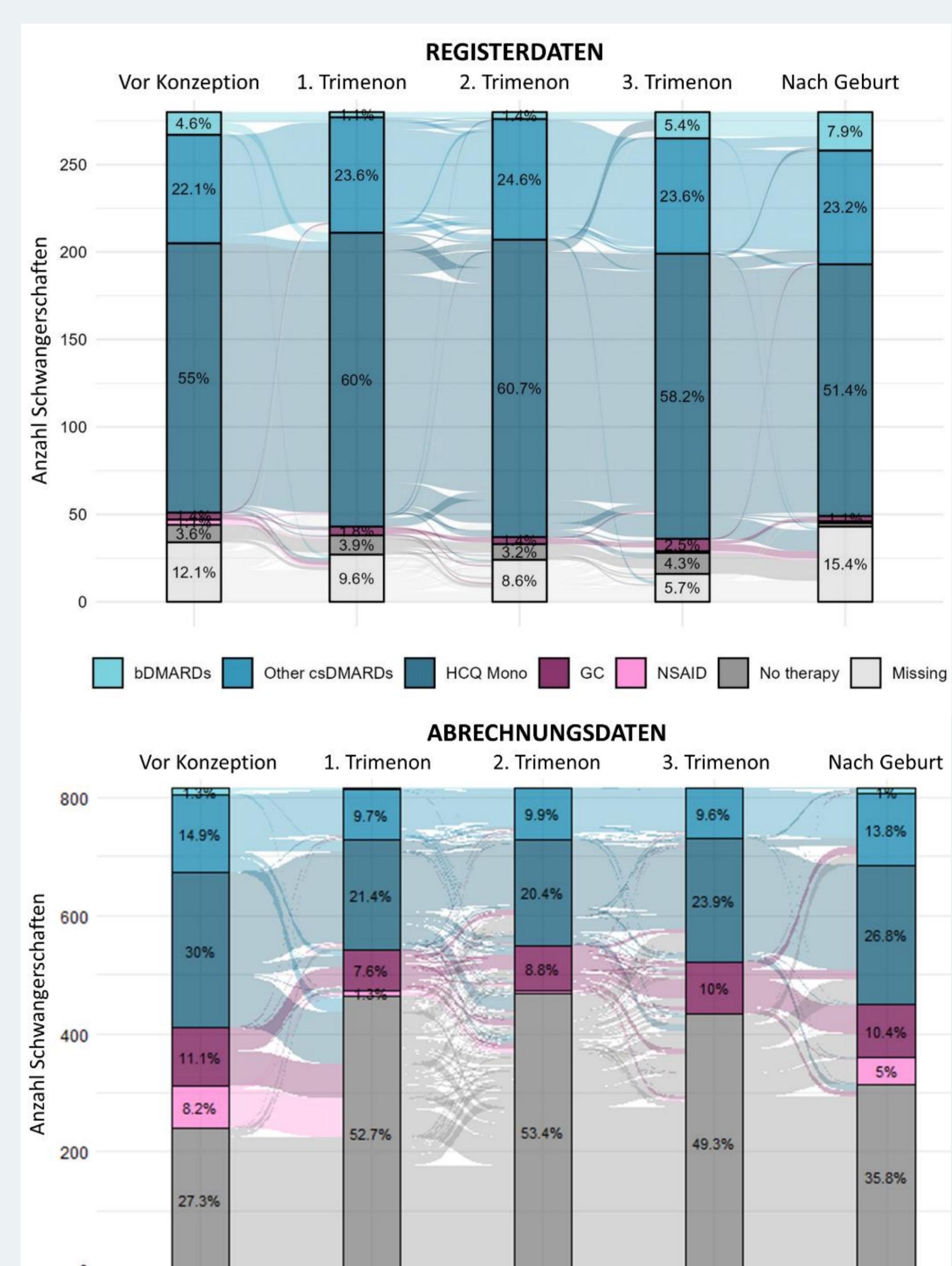


Abbildung 2: Anteil von Schwangerschaften mit Glukokortikoid-Komedikation

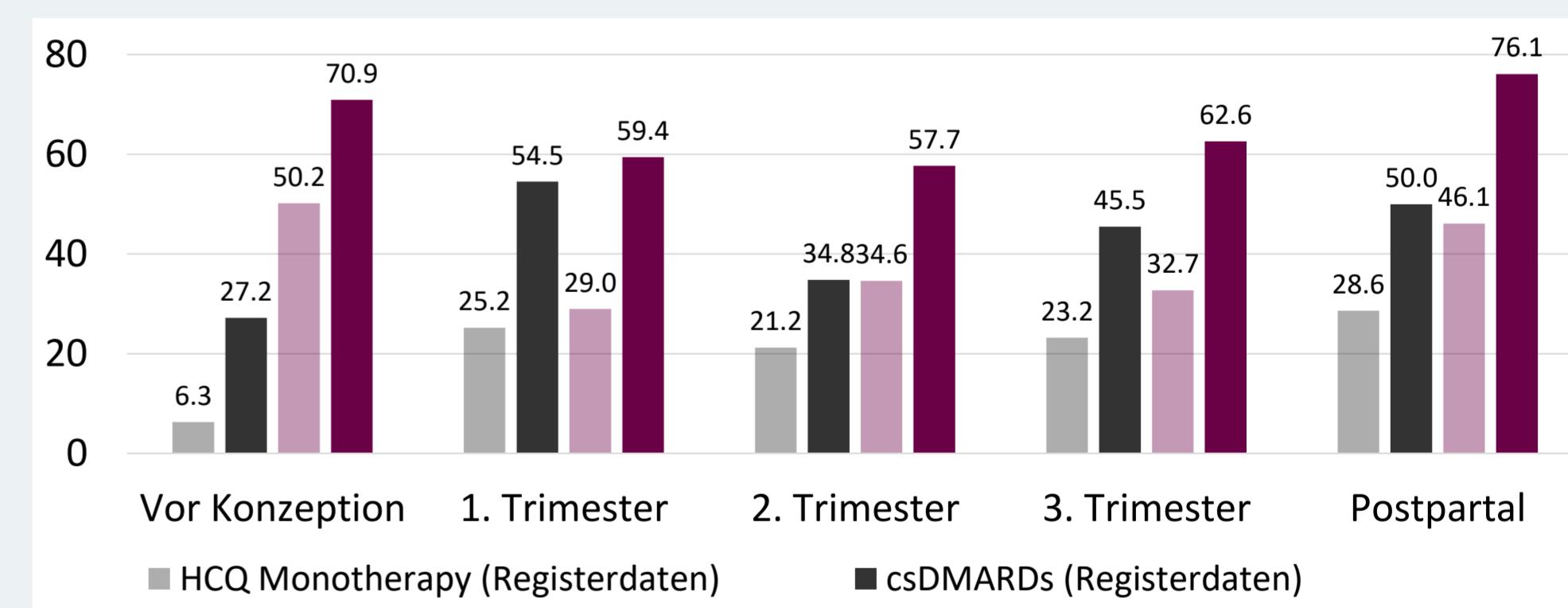


Abbildung 3: Anteil von Schwangerschaften mit mind. einer Visite (Abrechnungsdaten)

