

Medikamente in der Schwangerschaft

Planung der Medikation vor der Schwangerschaft

Bei einer geplanten Schwangerschaft sollte man möglichst bereits im Vorfeld mit dem/r behandelnden Arzt/Ärztin auf eine gute medikamentöse Therapie der Herzrhythmusstörungen achten, unter der keine oder nur wenige Arrhythmien auftreten. Das minimiert das Risiko, dass in der Schwangerschaft gefährliche Rhythmusstörungen auftreten. Grundsätzlich sollte die gleiche Therapie wie vor der Schwangerschaft erfolgen, wenn die Medikamente nicht wegen negativer Auswirkungen auf das Baby in der Schwangerschaft kontraindiziert (verboten) sind. Es macht Sinn, mit den behandelnden Ärzten und Ärztinnen bereits **vor einer Schwangerschaft** zu prüfen, ob die eigenen Medikamente darunterfallen und eine Umstellung nötig ist.

Welche Medikamente kann man in der Schwangerschaft verwenden?

Eine **Betablockertherapie**, die wegen Herzrhythmusstörungen begonnen wurde, sollte während der Schwangerschaft weitergeführt werden. Sie führt zu einem geringeren Arrhythmierisiko, ventrikuläre Extrasystolen (VES) und anhaltende ventrikuläre Tachykardien (VTs) nehmen unter Betablockern ab. Wenn Sie mit einem Betablocker bereits vor der Schwangerschaft eingestellt wurden, sollte die Fortsetzung der Betablockertherapie in Betracht gezogen werden, wenn der Nutzen die Risiken überwiegt. Bei ARVC ist das meist der Fall. Im Fall des Absetzens der Betablocker riskiert man neue oder wieder auftretende Arrhythmien.

Bei neu auftretenden oder zunehmenden Arrhythmien kann auch **in der Schwangerschaft** mit einer Betablockertherapie begonnen oder die Dosis des eingenommenen Betablockers erhöht werden.

Als Nebeneffekt der **Betablocker** kann es zu einem geringeren Geburtsgewicht des Babys kommen, vor allem im zweiten und dritten Schwangerschaftsdrittel. Laut Studien beträgt der Unterschied des Geburtsgewichts im Vergleich zu Kindern, deren Mütter keine Betablocker genommen haben, allerdings weniger als 200 g, und die Kinder holen das Gewicht nach der Geburt schnell wieder auf und liegen bald im Normbereich ihrer Altersgenossen. Trotzdem sollte das Wachstum des Babys im Mutterleib regelmäßig mit Ultraschall kontrolliert werden. Als sehr gut untersucht gelten **Metoprolol** und **Propranolol**.

Patientinnen, die auf **Sotalol** gut eingestellt sind, können dieses weiternehmen. Eine Neueinstellung in der Schwangerschaft sollte unter Überwachung erfolgen wegen der Verlängerung der QT-Zeit und dem Risiko von neu auftretenden Arrhythmien. Insgesamt wird **Sotalol** aber sehr gut toleriert und gilt als sicher.

Adenosin und **Verapamil** (in Tablettenform, nicht über die Vene, z.B. bei supraventrikulären Tachykardien) können in der Schwangerschaft verwendet werden und werden gut vertragen. Allerdings kommen sie bei ARVC eher selten zum Einsatz.

Nach einer sorgfältigen **Nutzen-Risiko-Abwägung** können folgende Medikamente in der Schwangerschaft eingesetzt bzw. weiter gegeben werden: Betablocker wie **Bisoprolol**, **Carvedilol**, **Metoprolol**, **Nadolol**, **Propranolol**, aber auch **Digoxin** (z.B. bei Vorhoffarrhythmien), **Diltiazem** (Vorsicht: mögliche Schädigung des Kinds), **Disopyramid** (kann vorzeitige Wehen auslösen), **Lidocain**, **Verapamil intravenös** (über die Vene) und **Quinidin**. Gleiches gilt für **Flecainid**, das in der Schwangerschaft, in der Regel in Kombination mit Betablockern, weiter eingenommen werden kann.

WICHTIG

Bei den meisten Medikamenten steht im Beipackzettel, dass sie in der Schwangerschaft eher nicht genommen werden sollen oder nur in Absprache mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. dass keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen. Viele Medikamente können aber nicht einfach abgesetzt werden, weil man sie ja aus gutem Grund nimmt.

Welche Medikamente sollte man in der Schwangerschaft vermeiden?

Ein paar Medikamente sind in der Schwangerschaft **kontraindiziert**, das heißt, man darf sie nicht geben, weil sie beim Kind - insbesondere im sensiblen ersten Schwangerschaftsdrittel - Schäden hervorrufen, oder im späteren Verlauf der Schwangerschaft zu Wachstums- und Entwicklungsstörungen führen können. Dazu gehören z.B. **Amiodaron**, **Atenolol**, **ACE-Hemmer**, **ARB-Inhibitoren/ARNI**, **Dronedaron**, **Renin-Inhibitoren**, **Sartane**, **Sacubitril/Valsartan (Entresto®)**, **Spironolacton** und **Vit. K-Antagonisten**.

Wegen Mangels an Erfahrungen in der Schwangerschaft sollten antiarrhythmische Medikamente wie **Ivabradin**, **Mexiletin**, **Propafenon** oder **Vernakalant** (bei Vorhofflimmern) **nicht** verwendet werden.

Diuretika (Entwässerungsmittel) wie **Furosemid**, **Torasemid** oder **Hydrochlorothiazid** sollten nur im Notfall (z.B. bei Lungenödem) gegeben werden, da sie die Durchblutung der Plazenta (des Mutterkuchens) verringern können.

WICHTIG

Trotzdem gilt: Setzen Sie nie ein Medikament eigenmächtig ohne Absprache mit Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin ab!

Was gibt es für Alternativen und was tut man im Zweifelsfall?

Trotz aller Bedenken wegen Medikamenten in der Schwangerschaft und deren Auswirkungen auf das Ungeborene steht natürlich immer die Kontrolle der Rhythmusstörungen bzw. der Herzinsuffizienz im Vordergrund, so dass die Umstellung einer Therapie frühzeitig erfolgen sollte. Muss eine Therapie neu begonnen werden, so sollte man möglichst nicht im ersten Drittel der Schwangerschaft starten, wo eine Schädigung des Babys besonders groß sein kann, sondern so spät wie möglich und mit der niedrigsten effektiven Dosis.

Es gibt alternative Medikamente, die zur Verfügung stehen, und auf die idealerweise bereits **vor** der Schwangerschaft umgestellt werden sollte. So können z.B. **ACE-Hemmer/Entresto®** im Bedarfsfall durch **Nitrate** ersetzt werden, die zu einer Gefäßerweiterung und deshalb zu einer Senkung der Nachlast führen. Wenn **Amiodaron** das einzige Medikament ist, mit dem Arrhythmien beherrscht werden können (also beim Versagen aller anderen antiarrhythmischen Medikamente) kann es in Hochrisikofällen notfalls eingesetzt werden.

Patientinnen, die **Vit. K-Antagonisten (Warfarine)** als **Blutverdünner** einnehmen, z.B. wegen Vorhofflimmern oder Thromben in der Herzkammer, können zumindest vorübergehend von Tabletten auf **Heparin (unfraktioniertes Heparin oder niedermolekulares Heparin)** umgestellt werden. Heparin wird täglich von der Betroffenen selbst in die Bauchfalte oder in den Oberschenkel subkutan (unter die Haut ins Fettgewebe) gespritzt. Wegen des Schlaganfallrisikos muss die Blutverdünnung in der Schwangerschaft fortgesetzt werden.

Im Zweifelsfall kann man sich bei [Embryotox](#) informieren. **Embryotox** ist ein Institut und Beratungszentrum der Charité-Universitätsmedizin Berlin, das unabhängige Informationen zur Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit zur Verfügung stellt. Grundlegende Informationen zu verschiedenen Medikamenten sind für jede/n online im Beratungsportal einzusehen. Ärzte/-innen beziehen sich mit ihren Empfehlungen in der Regel auf die Empfehlungen von Embryotox. Schwangere oder Patientinnen, die eine Schwangerschaft planen, können sich telefonisch (ohne Termin, Überweisung usw.) direkt beraten lassen. Es kann das eigene Gefühl deutlich verbessern, Unsicherheiten und Zweifel bzgl. Medikamenten mit einer der versiertesten Stellen in Deutschland direkt zu besprechen.

Was gibt es noch zu beachten in der Schwangerschaft?

Im **letzten Schwangerschaftsdrittel** steigt das Blutvolumen bei der werdenden Mutter deutlich an. Für den gleichen Effekt der Medikamente kann nun eine **höhere Dosis** nötig sein. Es kann sinnvoll sein, den Medikamentenspiegel bestimmen zu lassen und ggf. die Dosis anzupassen. Wichtig ist, dass nach der Geburt die Dosis wieder reduziert wird.

Nennen Sie dem/r behandelnden Arzt/Ärztin unbedingt nicht nur alle Medikamente, die Sie nehmen, sondern auch alle **Nahrungsergänzungsmittel**. Viele Frauenärzte/-ärztinnen verschreiben in der Schwangerschaft gerne **Magnesium** zur Entspannung der Gebärmuttermuskulatur. Viele ARVC-Patienten/-innen nehmen aber bereits ausreichend Magnesium in kombinierten Kalium-Magnesium-Präparaten zu sich. Ein Zuviel an Magnesium merken Sie z.B. an Durchfall und Bauchschmerzen, während bei auftretenden Wadenkrämpfen meist ein Magnesiummangel vorliegt und die Magnesiumdosis erhöht werden sollte.

Quellen

Pocket-Leitlinie: Kardiomyopathien - Leitlinien für das Management von Kardiomyopathien (Version 2023)

Meder B, Eckardt L, Falk V et al. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2023) - ESC Pocket Guidelines, Börm Bruckmeier Verlag GmbH

<https://leitlinien.dgk.org/2024/pocket-leitlinien-kardiomyopathien-version-2023/>

2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies

Arbelo E, Protonotarios A, Gimeno JR et al. ESC Scientific Document Group, Eur Heart J. 2023 Aug 25;ehad194

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad194>

Pocket-Leitlinie: Ventrikuläre Arrhythmien und Prävention des plötzlichen Herztodes (Version 2022)

Eckardt L, Bosch R, Falk V, et al. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2023) - ESC Pocket Guidelines, Börm Bruckmeier Verlag GmbH

<https://leitlinien.dgk.org/2023/pocket-leitlinie-ventrikulaere-arrhythmien-und-praevention-des-plotzlichen-herztodes-version-2022/>

2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death

Zeppenfeld K, Tfelt-Hansen J, de Riva M et al. Eur Heart J. 2022 Oct 21;43(40):3997-4126

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac262>

Pregnancy in arrhythmogenic cardiomyopathy

Wichter T, Milberg P, Wichter HD, Dechering DG. Herzschrittmacherther Elektrophysiol. 2021 Jun;32(2):186-198

<https://doi.org/10.1007/s00399-021-00770-7>

Pregnancies, ventricular arrhythmias, and substrate progression in women with arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy in the Nordic ARVC Registry

Platonov PG, Castrini AI, Svensson A, et al. Europace. 2020 Dec 23;22(12):1873-1879

<https://doi.org/10.1093/europace/euaa136>

Effect of Pregnancy in Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy

Wu L, Liang E, Fan S et al. Am J Cardiol. 2020 Feb 15;125(4):613-617

<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.11.008>

2019 HRS expert consensus statement on evaluation, risk stratification, and management of arrhythmogenic cardiomyopathy

Towbin JA, McKenna WJ, Abrams DJ et al. Heart Rhythm. 2019 Nov;16(11):e301-e372

<https://doi.org/10.1016/j.hrthm.2019.05.007>

Pocket-Leitlinie: Kardiovaskuläre Erkrankungen in der Schwangerschaft (Version 2018)

Seeland U, Bauersachs J, Hilfiger-Kleiner D et al. Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (2019) ESC Pocket Guidelines

<https://leitlinien.dgk.org/2019/pocket-leitlinie-kardiovaskulaere-erkrankungen-in-der-schwangerschaft/>

2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC)

Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J et al. Eur Heart J, Volume 39, Issue 34, 07 September 2018, Pages 3165–3241

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy340>

Pregnancy course and outcomes in women with arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy

Hodes AR, Tichnell C, Te Riele AS et al. Heart. 2016 Feb 15;102(4):303-12

<https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308624>

Letzte Aktualisierung: 01.02.2025