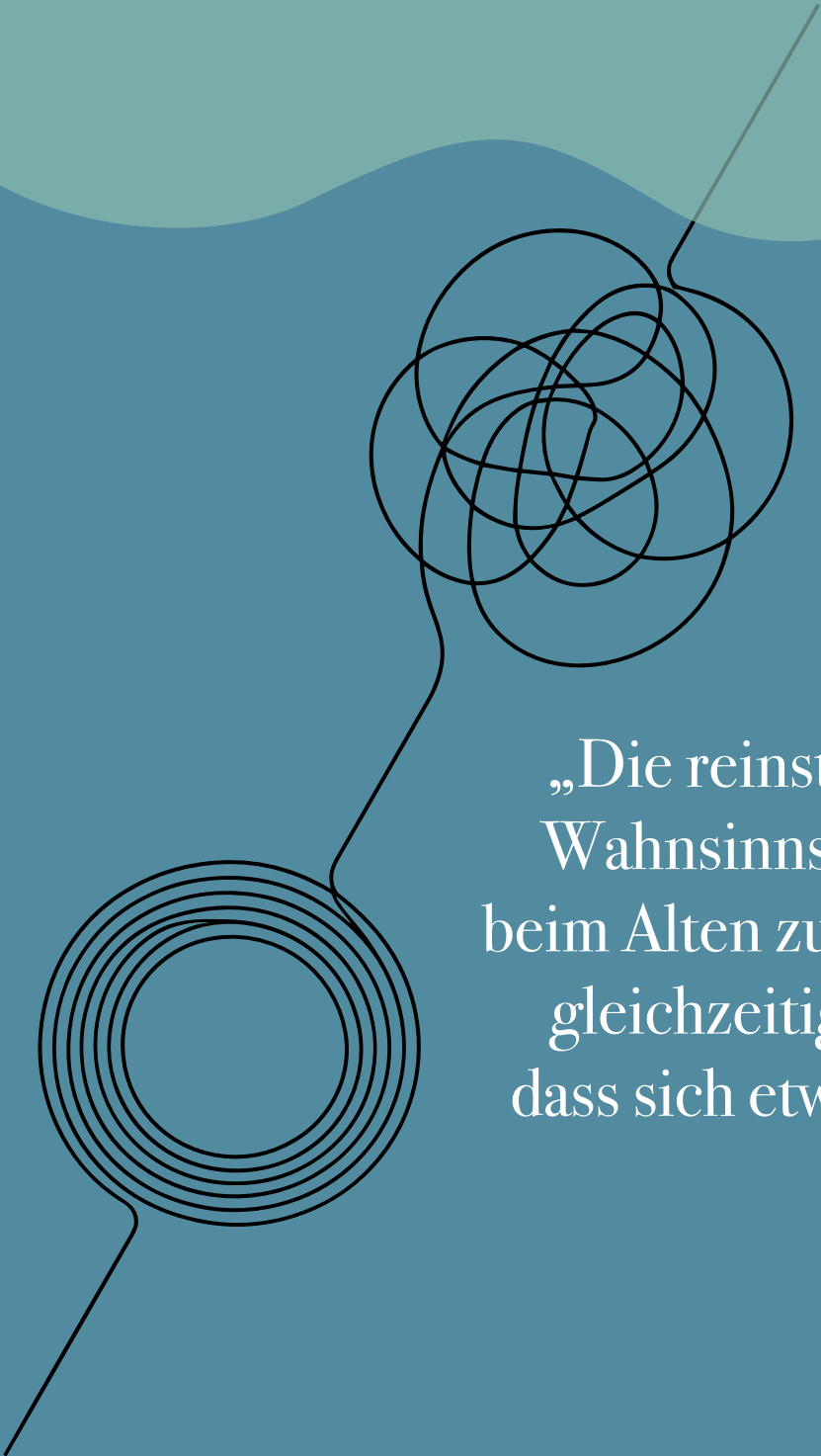


RHEUMA Management



„Die reinste Form des Wahnsinns ist es, alles beim Alten zu lassen und gleichzeitig zu hoffen, dass sich etwas ändert.“

ALBERT EINSTEIN



**BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
RHEUMATOLOGEN E.V.**

MITTEILUNGSORGAN DES BDRH | AUSGABE JAN/FEB 2026

IN EIGENER Sache

Rheuma Management begleitet Sie seit vielen Jahren zuverlässig durch den rheumatologischen Praxis- und Klinikalltag.

Zum Übergang in das Jahr 2026 haben wir diese gewachsene Tradition bewusst zum Anlass genommen, nicht die Inhalte, sondern die **ART DER PRÄSENTATION WEITERZUENTWICKELN.**

Denn medizinische Information muss nicht nur fundiert, sondern auch **SCHNELL ERFASSBAR, ÜBERSICHTLICH UND ANGENEHM LESBAR** sein. Genau hier setzen wir an: Rheuma Management erscheint ab 2026 in einem **FRISCHEREN UND MODERNEREN LAYOUT.**

Klare Strukturen, verbesserte Orientierung und eine zeitgemäße Gestaltung sollen Ihnen den Zugang zu den Inhalten erleichtern – gerade im oft engen Zeitfenster des ärztlichen Alltags.

Was bleibt, ist unser Anspruch an Relevanz, Praxisnähe und Qualität. Was neu ist, ist das Erscheinungsbild. Zahlreiche Anregungen aus der langjährigen Leserschaft haben diesen Schritt bestärkt – auch dafür danken wir Ihnen.

Wir laden Sie ein, die neue Ausgabe zu entdecken, und freuen uns über Ihr Feedback.

Mit freundlichen Grüßen

Sigurd Rudeloff
Dr. Michael Lohmann



NÄCHSTE AUSGABE

Vorschau



RHEUMATOLOGISCHE FACHASSISTENZ

Erste Schritte zur Einrichtung einer RFA-Sprechstunde in der Praxis



RHEUMA UPDATE 2026

Wichtige Studien und neue Erkenntnisse aus der Rheumatologie werden wieder auf dem Rheuma Update in Mainz präsentiert

Impressum

VERLAG: WORTREICH

Gesellschaft für individuelle Kommunikation mbH
Barfüßerstr. 12, 65549 Limburg
Tel. 06431/59096-0, Fax 06431/59096-11
info@wortreich-gik.de, www.wortreich-gik.de

CHEFREDAKTION: Dr. Michael Lohmann,
lohmann@wortreich-gik.de

REDAKTION:
Dr. Ine Schmale, schmale@wortreich-gik.de
Dr. Klaus Steffen, info@wortreich-gik.de

HERAUSGEBER:
Dr. Silke Zinke, Prof. Dr. Eugen Feist
Dr. Edmund Edelmann, Sigurd Rudeloff

GRAFIK: Inken Esin, www.coast-design.de

DRUCK: AWG Druck, Runkel

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT: Prof. Dr. Marina Backhaus, Berlin · Prof. Dr. Jürgen Braun, Herne · RA Christian Koller, München · Prof. Dr. Peter Herzer, München · Dr. Ulrich von Hinüber, Hildesheim · Prof. Dr. Herbert Kellner, München · Prof. Dr. Klaus Krüger, München · Prof. Dr. Benedikt Ostendorf, Düsseldorf · Prof. Dr. Denis Poddubnyy, Toronto/Berlin · Prof. Dr. Hendrik Schulze-Koops, München · Prof. Dr. Joachim Sieper, Berlin · Prof. Dr. Christof Specker, Essen · Prof. Dr. Günter Neubauer, München · Dr. Martin Welcker, Planegg

BEIRAT DES BDRH: Prof. Dr. Diana Ernst, Hannover · Prof. Dr. Christoph Fiehn, Baden-Baden · Sonja Froschauer, Grünwald · Dr. Marius Hoepfner, Hildesheim · Dr. Kirsten Karberg, Berlin · Dr. Florian Schuch, Erlangen · Dr. Jochen Veigel, Hamburg

JAHRGANG 18 · 1-2026 | **ISSN** 1868-6044

INTERNET: www.rheumamanagement-online.de

JAHRESABONNEMENTPREIS: € 69,00 inkl. MwSt. und Versand

Die als Report gekennzeichneten Beiträge stellen nicht die Meinung der Redaktion, sondern der betreffenden Auftraggeber dar, die für den Inhalt verantwortlich zeichnen. Die Zeitschrift und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Der Verlag haftet nicht für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

BILDQUELLEN: S. 1, 2, 3 o., 8, 51, 54, 59 – AdobeStock

In allen Texten wird entsprechend den aktuell gültigen Rechtschreibregeln das generische Maskulinum angewendet. Dies dient angesichts der in medizinischen Texten ohnehin zahlreichen Sonderzeichen auch der besseren Lesbarkeit. Die weiblichen oder non-binären Leseri:nnen mögen uns dies nachsehen.



**BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
RHEUMATOLOGEN E.V.**



HIER STEHT EINE ANZEIGE.

Ausblick auf 2026 und unseren Jahreskongress

Mit der ersten Ausgabe der Rheuma Management im Jahr 2026 möchten wir Ihnen erneut einen Ausblick auf die Themen und Aktivitäten des Berufsverbands Deutscher Rheumatologen (BDRh) geben, die uns in den kommenden Monaten begleiten werden.

Politisch wird die Implementierung eines Primärarztsystems in der ambulanten Medizin im Fokus stehen. Wir werden diesen Prozess begleiten und hoffen an der einen oder anderen Stelle im Interesse unserer Patientinnen und Patienten gestalterischen Einfluss nehmen zu können.

Ein zentrales Handlungsfeld bleibt auch im neuen Jahr die Digitalisierung. Mit unserer Plattform RheDAT haben wir uns ambitionierte Ziele gesetzt, um digitale Prozesse in der rheumatologischen Versorgung weiterzuentwickeln und praxistauglich zu gestalten. Dabei erleben wir – ganz offen gesprochen – immer wieder die Grenzen des Machbaren: Die Kapazitäten in der Arbeitsgruppe IT, in der Geschäftsstelle und auch bei unseren Softwarepartnern sind endlich. Umso wichtiger ist es, Prioritäten zu setzen, realistisch zu planen und Schritt für Schritt voranzukommen. Wir sind zuversichtlich, dass es uns trotz dieser Herausforderungen gelingen wird, 2026 mehrere größere Projekte erfolgreich umzusetzen und RheDAT spürbar weiter voranzubringen.

Ein weiteres zentrales Anliegen des BDRh ist und bleibt die Nachwuchsförderung. Gerade der Schritt in die Niederlassung ist für junge Rheumatologinnen und Rheumatologen mit vielen Fragen, Unsicherheiten und organisatorischen Hürden verbunden. Hier möchten wir gezielt unterstützen: mit Mut machenden Angeboten, praxisnahen Informationen und konkreten Hilfestellungen, die den Weg in die ambulante Tätigkeit erleichtern. Unser Ziel ist es, Perspektiven aufzuzeigen und Lust auf die Niederlassung zu machen – denn sie ist ein unverzichtbarer Pfeiler einer zukunftsfähigen rheumatologischen Versorgung.

Schon jetzt freuen wir uns auf unseren BDRh-Jahreskongress am 24. und 25. April 2026, für den wir ein vielfältiges und spannendes Programm zusammengestellt haben (*siehe Seiten 10 und 11*). Die thematische Bandbreite reicht von Digitalisierung über Niederlassung und Praxisführung bis hin zu berufspolitischen Fragestellungen. Damit möchten wir sowohl erfahrene Kolleginnen und Kollegen als auch den rheumatologischen Nachwuchs ansprechen und Raum für Austausch, Diskussion und Vernetzung bieten.



Dr. Silke Zinke

Auch 2026 liegt wieder ein arbeitsreiches und zugleich chancenreiches Jahr vor uns. Nicht alle Vorhaben lassen sich in einem Editorial abbilden – über unsere Publikationen, den Newsletter und unsere weiteren Kommunikationskanäle werden wir Sie jedoch kontinuierlich auf dem Laufenden halten. ■

Ich freue mich
darauf, diesen Weg
gemeinsam mit Ihnen
zu gehen.

Ihre Dr. med. Silke Zinke
Erste Vorsitzende des Berufsverbands
Deutscher Rheumatologen

HIER STEHT EINE ANZEIGE.



BDRh

Mitteilungen des BDRh

- 12 Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung am 25. April 2026
- 12 RheCORD: Hoffnung auf höhere Remissionsraten bei axialer Spondyloarthritis
- 13 Mehr Ruhe, bessere Erreichbarkeit: So gewinnt Dr. Silke Zinke in ihrer rheumatologischen Praxis Zeit zurück
- 14 Mehr Zeit für das Wesentliche: Wie digitale Anamnese die Rheumatologie entlastet
- 16 Entwicklung digitaler Werkzeuge für die rheumatologische Versorgung
Prof. Dr. Stefan Kleinert & Dr. Cay von der Decken
- 18 Eigenlabor in der rheumatologischen Praxis: Investition mit Perspektive



MUTMACHER Niederlassung

- 20 Wie kam es zur Niederlassung in der Rheumatologie?
Dr. Jutta Bauhammer
- 22 Der Zufall – ist er doch manchmal der entscheidene Faktor zum Erfolg einer Idee!
Dr. Kristin Wiefel



Praxismanagement

- 24 Delegation an MFA in der Versorgung chronisch-entzündlicher Erkrankungen
Dr. Kirsten Hoepfer
- 26 Wann darf die Behandlung eines Patienten verweigert werden?
RA Christian Koller



Aktuelles aus der Rheumatologie

- 28 Wenn der Flügel lahmt – Tenosynovitis der langen Bizepssehne bei rheumatoider Arthritis
Prof. Dr. Herbert Kellner
- 29 Rheumatische Autoimmunerkrankungen
- 32 Rheumatoide Arthritis
- 35 Spondyloarthritiden
- 41 Vaskulitiden
- 44 Kollagenosen
- 50 Osteoporose



ACR Convergence 2025

- 51 Chicago: Rückblick auf ausgewählte Höhepunkte
- 52 Rheumatoide Arthritis – Prof. Dr. Klaus Krüger
- 56 Spondyloarthritiden – Prof. Dr. Denis Poddubnyy
- 60 Kollagenosen – Prof. Dr. Martin Aringer
- 64 Bildgebung – Prof. Dr. Herbert Kellner



Marktplatz

- 78 Praxisabgabe/Stellenangebote



Industrie-Berichte

ab Seite 65



**BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
RHEUMATOLOGEN E.V.**

21. KONGRESS DES **BERUFSVERBANDES DEUTSCHER RHEUMATOLOGEN**

**24.–25. APRIL 2026
ESTREL, BERLIN**

Wissen teilen – Zukunft sichern

**Jetzt Vorprogramm lesen
und anmelden!**



PROGRAMM PREVIEW | FREITAG, 24. APRIL 2026

12:00 – 13:30 Uhr	Berufspolitische Eröffnungssitzung Primärarztmodell und Versorgung von Rheumapatienten: Chancen und Risiken
13:30 – 13:40 Uhr	Pause
13:40 – 14:30 Uhr	Screening-Modelle für Neupatienten im Vergleich
	Datenschutz und Datensicherheit: Wie kann ich mich vor Cyberkriminalität schützen?
	Elevator Pitch: Zukunftsthemen Rheumatologie – Ihr Dialog mit dem BDRh
	Fitness-Check Rheumapraxis: wie sieht die Einnahmen-Kosten- Struktur einer gesunden Praxis aus?
14:30 – 15:10 Uhr	Pause mit Treffpunkt am BDRh-Stand
15:10 – 16:10 Uhr	Vorträge im Speakers` Cube
16:10 – 16:20 Uhr	Pause
16:20 – 17:10 Uhr	KI in der Patientenversorgung: Fluch oder Segen?
17:10 – 17:30 Uhr	Pause mit Treffpunkt am BDRh-Stand
17:35 – 18:25 Uhr	KI in der Rheumatologie: welche Tools funktionieren heute schon?
	Weiterbildung in der Praxis
	Arbeitsschutz in der Praxis
18:25 – 18:35 Uhr	Pause
18:35 – 19:20 Uhr	Firmensymposien
Ab 19:30 Uhr	Come-together

PROGRAMM PREVIEW | SAMSTAG, 25. APRIL 2026

08:00 – 09:00 Uhr	BDRh Mitgliederversammlung
09:00 – 09:15 Uhr	Pause in der Ausstellung
09:15 – 10:05 Uhr	Mehr Zeit dank KI? LLM-Anwendungsbeispiele im Kontext Forschung & Lehre
	Patienteninformation und -edukation
	Apps und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) in der rheumatologischen Versorgung: Chancen, Evidenz und Alltagstauglichkeit
10:05 – 10:15 Uhr	Pause in der Ausstellung
10:15 – 11:15 Uhr	Vorträge im Speakers` Cube
11:15 – 11:30 Uhr	Pause in der Ausstellung
11:30 – 12:20 Uhr	ASV im Alltag: wie erhalte ich ein ASV-Team am Leben?
	Life Hacks für den Einsatz von RheDAT im Versorgungsalltag
	Update Selektivverträge, DMP
	Gut vorbereitet für die Praxisabgabe
12:20 – 12:30 Uhr	Pause
12:30 – 13:15 Uhr	Substitution in der Apotheke: Erfahrungen aus dem Versorgungsalltag



Einladung zur ordentlichen Mitgliederversammlung am 25. April 2026

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen des BDRh-Bundesvorstands laden wir Sie anlässlich des Jahreskongresses des Berufsverbands Deutscher Rheumatologen e.V. herzlich zur

ORDENTLICHEN MITGLIEDERVERSAMMLUNG DES BDRH

**am Samstag, 25. April 2026
von 8:00 bis 9:00 Uhr**

im ESTREL Berlin,
Sonnenallee 225, 12057 Berlin
im Saal A + B ein.

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an unsere Geschäftsführerin Sonja Froschauer. Ich würde mich freuen, Sie in Berlin persönlich zu treffen.

Mit besten Grüßen

Dr. Silke Zinke

1. Vorsitzende des Vorstands

VORLÄUFIGE AGENDA

- TOP 1** Bericht des Vorstandes zu aktuellen Themen und Projekten
- TOP 2** Verschiedenes

RheCORD: Hoffnung auf höhere Remissionsraten bei axialer Spondyloarthritis

Ziel der DATAX-Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Uta Kiltz, Herne, ist zu überprüfen, ob durch einen digital unterstützten Treat-to-target (T2T)-Ansatz Remissionsraten durch den Einsatz der RheCORD-App bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis (axSpA) erhöht werden können.

Die Studie wird als multizentrische, prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie mit einer 1:1-Randomisierung in Interventions- (Patienten mit RheCORD-App) und Kontrollgruppe (Patienten ohne RheCORD-App) geplant. Der Plan ist eine Rekrutierung von insgesamt 330 Patientinnen und Patienten. Primärer Endpunkt ist die Remissionsrate (ASDAS <1,3 in Woche 24). Sekundäre Endpunkte sind die Dauer bis zum Erreichen einer Remission, die Häufigkeit eines Wechsels auf ein bDMARD sowie die Veränderung von Schmerz, Funktionsfähigkeit und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Weiter wird die Nutzung der RheCORD-App bewertet. Die Evaluation erfolgt durch die Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epide-

miologie der Ruhr-Universität Bochum. Eingeschlossen werden bDMARD-naive Patientinnen und Patienten zwischen 18 und ≤65 Jahren mit Indikation zur Einleitung eines NSAR in Maximaldosis, ausreichenden Sprachkenntnissen, gesicherter axSpA-Diagnose (ICD10 M45.-) gemäß den ASAS-Klassifikationskriterien und mit hoher Krankheitsaktivität (ASDAS ≥2,1).

Die technischen Voraussetzungen für die Nutzung von RheCORD (Smartphone mit iOS oder Android) müssen gegeben sein. Ausgeschlossen sind Patientinnen und Patienten mit Kontraindikation gegen NSAR (u. a. Lebererkrankung mit GPT-Erhöhung, Nierenerkrankung mit Kreatinin-Clearance <30 ml/min), einer

hoch-potenten Opioidtherapie sowie Komorbiditäten, die chronische Schmerzen, u. a. Fibromyalgie oder Rückenschmerzen, verursachen oder die Einleitung und Bewertung des Nutzens von NSAR erschweren könnten, ebenso schwangere Patientinnen. Die Studienteilnahme setzt eine Aufklärung und schriftliche Einwilligung der Patientinnen und Patienten voraus. ■

Die BDRh Service GmbH ist Konsortialpartner der Studie und zuständig für die Rekrutierung und Betreuung der teilnehmenden Studienzentren sowie die technische Umsetzung in RheDAT. Bei Fragen zu DATAX wenden Sie sich gerne an kontakt@bdrh-service.de.

Mehr Ruhe, bessere Erreichbarkeit: So gewinnt Dr. Silke Zinke in ihrer rheumatologischen Praxis Zeit zurück

PRAXISPROFIL

- Praxisname: Rheumatologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Silke Zinke
- Fachrichtung: Innere Medizin/Rheumatologie
(Schwerpunktpraxis)
- Unternehmensgröße: 1 Ärztin, 4 Rheumatologische
Fachassistentinnen
- Standort: Berlin

AUF EINEN BLICK

- >100 Anrufe pro Woche werden zuverlässig verarbeitet
- 2 Stunden Zeitersparnis pro Woche
- 100 % Erreichbarkeit während der Sprechzeiten
- Teamakzeptanz: 4 von 5 Punkten

HINTERGRUND

Die rheumatologische Schwerpunktpraxis von Dr. Silke Zinke ist eine hochspezialisierte Einzelpraxis in Berlin. Neben der täglichen Sprechstunde werden akute Termine vergeben, Laboruntersuchungen durchgeführt, Infusionen betreut und Studien begleitet. Zusätzlich arbeitet das Team in verschiedenen Versorgungsmodellen wie Selektivverträgen und ASV. Dr. Zinke übernimmt neben der ärztlichen Tätigkeit auch die Aufsicht über die Fachassistentinnen sowie die Durchführung und Dokumentation der vielen parallelen Behandlungsprozesse. Darüber hinaus ist sie seit 2020 Vorsitzende des Bundesverbandes Deutscher Rheumatologen e. V. (BDRh).

DIE HERAUSFORDERUNG

Während der Sprechzeiten klingelte das Telefon ständig – und wertvolle Arbeitszeit ging für Anrufe verloren, obwohl jede helfende Hand in der Praxis gebraucht wurde. Bei Personalausfällen musste die Praxis das Telefon sogar zeitweise komplett ausschalten, wodurch die Erreichbarkeit litt. Vor dem Einsatz der Telefonassistenten traten folgende Symptome auf:

- Häufig Stress im Team
- Anrufe konnten nicht immer beantwortet werden
- Patientinnen/Patienten erreichten die Praxis teilweise nicht
- Täglich 30–50 manuell zu bearbeitende Anrufe



Dr. Silke Zinke

VOM TÄGLICHEN ENGPASS ZUR STRUKTURIERTEN LÖSUNG

Als die Praxis merkte, dass das Telefon zunehmend den Takt des Arbeitstags bestimmte, wurde klar: Es braucht eine Lösung, die Struktur schafft – ohne den Praxisalltag komplizierter zu machen. Ziel war es, die Arbeit besser zu organisieren, während der Sprechzeiten zuverlässig erreichbar zu bleiben und Anrufe auch außerhalb der Öffnungszeiten planbar zu bearbeiten. PraxisConcierge überzeugte genau an dieser Schnittstelle zwischen Entlastung und Kontrolle.

WENIGER UNTERBRECHUNGEN, MEHR ÜBERBLICK

Im Alltag setzt die Praxis auf gezielte Funktionen des Telefonassistenten, die sofort spürbar entlasten: kurze SMS-Antworten für schnelle Rückmeldungen an die Patientinnen und Patienten, Rückrufe lassen sich mit einem Klick auslösen. Urlaubszeiten und Durchwahlen sind flexibel hinterlegt, sodass Anrufe richtig gesteuert werden. Besonders wichtig: Die Anrufe werden direkt der jeweiligen Patientenakte zugeordnet – für einen nahtlosen Arbeitsfluss ohne Medienbrüche. ►

**„Wir sind immer erreichbar –
in den Sprechzeiten. Und wir können
Anrufe später abarbeiten.“**

Dr. med. Silke Zinke

Sonderkonditionen für BDRh-Mitglieder

Durch eine Kooperation zwischen PraxisConcierge und der BDRh Service GmbH erhalten Mitglieder des BDRh Sonderkonditionen wie den Entfall der Einrichtungsgebühr sowie einen Rabatt auf die monatlichen Gebühren. Im Mitgliederbereich des BDRh finden Sie dazu einen Link auf die Seite, auf der eine unverbindliche Anfrage an PraxisConcierge mit bitte um Kontaktaufnahme möglich ist.



DIE ERGEBNISSE

Heute werden wöchentlich über 100 Anrufe automatisch erfasst und strukturiert verarbeitet. Das spart dem Team rund zwei Stunden Arbeitszeit pro Woche und bringt spürbare Ruhe in den Alltag. Patientinnen und Patienten erreichen die Praxis zuverlässig, Anliegen werden schneller bearbeitet. Auch die Erreichbarkeit für ärztliche Kolleginnen und Kollegen hat sich deutlich verbessert.

Die Praxis nutzt PraxisConcierge intensiv und plant die weitere Optimierung, etwa durch eine Online-Rezeption als Ergänzung zur Telefonassistenz. Rezepte, Überweisungen und Terminanfragen lassen sich dann unabhängig vom Telefon stellen – aber in einer Oberfläche bearbeiten. Fazit: Mehr Ruhe, bessere Erreichbarkeit – und messbar mehr Zeit für Medizin. ■

„Die Patientinnen und Patienten sind deutlich zufriedener und schätzen unsere Erreichbarkeit.“

Dr. med. Silke Zinke

IDANA

Mehr Zeit für das Wesentliche: Wie digitale Anamnese die Rheumatologie entlastet

Chronischer Zeitmangel und hoher Dokumentationsaufwand prägen den Alltag in vielen rheumatologischen Praxen. Die detaillierte Erfassung von Schmerzverläufen und Funktionsscores bindet wertvolle Ressourcen, die an anderer Stelle fehlen. Ein Blick in die Praxis zeigt, wie digitale Patientenaufnahme diesen Prozess nicht nur beschleunigt, sondern qualitativ verbessert.

Die Rheumatologie ist eine sprechende Medizin, die jedoch stark auf Zahlen und Daten angewiesen ist. Scores und PROs wie FFbH, HAQ, BASDAI/BASFI sind essenziell für die Verlaufskontrolle, doch ihre Erhebung auf Papier ist mühsam. Patientinnen und Patienten füllen im Wartezimmer komplexe Bögen aus, die anschließend vom Praxisteam manuell übertra-

gen, gescannt und ausgewertet werden müssen. Dieser Medienbruch kostet nicht nur Zeit, sondern ist auch fehleranfällig.

DER FLASCHENHALS: ANALOGE BÜROKRATIE

Genau vor dieser Herausforderung stand die RHIO Düsseldorf, eine Praxisgemeinschaft für Rheumatologie, Immunologie und Osteologie. Vor der Einführung digitaler Lösungen dominierten Klemmbretter und Papierberge den Empfangsbereich. Dr. med. Stephanie Werner, Fachärztin in der RHIO, beschreibt die Ausgangslage deutlich: „Teilweise wurden die Bögen nicht richtig ausgefüllt oder die Patientinnen und Patienten haben Fragen vergessen. Dann konnte man den kompletten Score nicht verwenden.“ Zusätzlich zum medizinischen Verlust entstand ein enormer Verwaltungsaufwand. Das Personal musste viele Ressourcen in das Einscannen und Zuordnen von Dokumenten investieren – Zeit, die für die eigentliche Patientenversorgung fehlte.



DIE LÖSUNG: DIGITALE ANAMNESE VOR DEM PRAXISBESUCH

Die Einführung der Software Idana zur digitalen Patientenaufnahme und Anamnese verlagerte diesen Prozess. Patientinnen und Patienten erhalten nun bereits vor dem Termin einen Link per E-Mail. Sie beantworten die spezifischen rheumatologischen Fragebögen bequem von zu Hause aus – ohne Zeitdruck und mit Zugriff auf ihre eigenen Unterlagen. Die Daten werden verschlüsselt übertragen, automatisch ausgewertet und direkt in das Praxisverwaltungssystem integriert. Der Effekt auf die Praxisabläufe war sofort messbar. „Alleine durch das Vorbereiten, Auswerten, Einscannen der Fragebögen konnten wir so viel Zeit einsparen – sogar noch mehr als das, was uns die Statistik in Idana genannt hat“, resümiert Dr. Werner. Konkret beziffert die RHIO Düsseldorf die Entlastung auf etwa 20 Stunden Arbeitszeit pro Woche.

AUTOMATISCHE SCORES UND HÖHERE DATENQUALITÄT

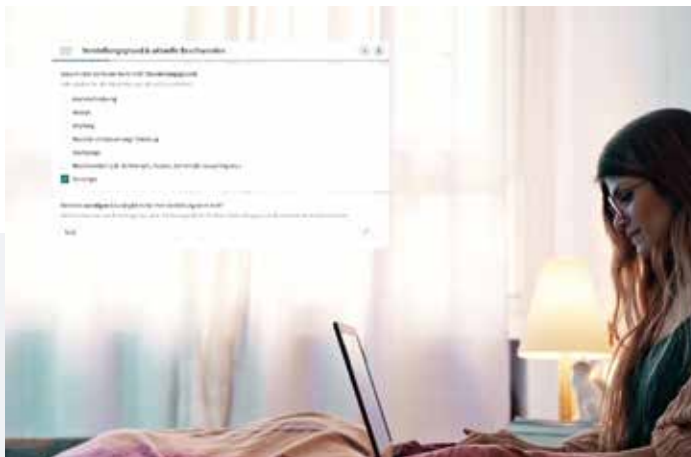
Für Ärztinnen und Ärzte liegt der größte Vorteil in der Vorbereitung. Scores und Indizes werden von der Software automatisch berechnet und aufbereitet. Wenn Patientinnen und Patienten

das Sprechzimmer betreten, liegt das medizinische Bild bereits vor. Das Gespräch kann sich somit sofort auf die Therapie und das Befinden konzentrieren, statt Zeit mit dem Abfragen von Basisdaten zu verlieren.

Auch die Fehlerquote sinkt drastisch. Digitale Fragebögen führen die Patientinnen und Patienten logisch durch die Anamnese; Pflichtfelder verhindern lückenhafte Angaben. „Mit der digitalen Befragung durch Idana gibt es viel weniger Übertragungsfehler“, bestätigt Dr. Werner. Die Lesbarkeit von Handschriften spielt keine Rolle mehr, und die Datenqualität für das Arzt-Patienten-Gespräch steigt spürbar.

HERAUSFORDERUNG IMPLEMENTIERUNG

Die Umstellung von Papier auf digitale Prozesse geschieht jedoch nicht über Nacht. Offenheit gegenüber neuen Abläufen ist Voraussetzung. Auch in der RHIO Düsseldorf war der Start mit Lernaufwand verbunden, insbesondere bei der Anpassung individueller Fragebögen im Editor. „Am Anfang war es recht kompliziert. Wir mussten uns erst einmal in den Editor reinfuchsen“, gibt Dr. Werner ehrlich zu. Doch die Investition lohnt sich langfristig. Nach der Eingewöhnungsphase ermöglichte der Editor der Praxis, ihre spezifischen Anforderungen exakt abzubilden.



FAZIT: GEWINNER SIND PERSONAL SOWIE PATIENTINNEN UND PATIENTEN.

Die Digitalisierung der Patientenaufnahme ist mehr als nur der Verzicht auf Papier. Sie ist ein Instrument zur Ressourcensteuerung in Zeiten des Fachkräftemangels. Gut ausgebildete Rheumatologische Fachassistentinnen (RFA) werden von stumpfer Bürokratie befreit und können wieder stärker in der direkten Patientenversorgung arbeiten. Für die Rheumatologie, in der engmaschige Verlaufskontrollen entscheidend sind, bietet Idana damit einen doppelten Mehrwert: Rechtssichere Dokumentation und signifikante Zeitersparnis. ■

Sonderkonditionen & Webinar-Aufzeichnung

Scannen Sie den QR-Code und erhalten Sie eine Übersicht aller Sonderkonditionen für Verbandsmitglieder. Zusätzlich können Sie sich dort die Aufzeichnung eines Webinars ansehen und erfahren, wie digitale Anamnese und strukturiertes Patientenmanagement den Praxisalltag spürbar entlasten – und gleichzeitig eine patientenzentrierte Versorgung unterstützen.



BDRh



RHADAR-GRUPPE

Entwicklung digitaler Werkzeuge für die rheumatologische Versorgung

Die rheumatologische Versorgung in Deutschland steht unter zunehmendem Druck. Einer wachsenden Zahl von Patientinnen und Patienten steht eine begrenzte Zahl spezialisierter Rheumatologinnen und Rheumatologen gegenüber. (1) Lange Wartezeiten, verzögerte Diagnosen und hoher administrativer Aufwand prägen unseren Versorgungsalltag.

Digitale Werkzeuge können dazu beitragen, diese strukturellen Engpässe zu entschärfen: durch eine gezielte Steuerung von Erstvorstellungen, stärkere Einbindung der Patientinnen und Patienten in den Therapieverlauf sowie Entlastung der Praxen von dokumentarischen Aufgaben. Der folgende Beitrag zeigt, wie innerhalb der Rhadar-Gruppe digitale Tools entwickelt wurden, um diese Herausforderungen entlang der rheumatologischen Versorgungskette zu adressieren.

Die Rhadar-Gruppe (www.rhadar.de) entstand aus zwei Gruppierungen von Rheumatologinnen und Rheumatologen sowie einem Radiologen. Ausgangspunkt war zum einen eine Gruppe um das RhePORT-Tool, ein fragebogenbasiertes Selbstzuweisungstool für Neupatientinnen und -patienten, (2) zum anderen Rheumatologinnen und Rheumatologen, die bereits noch zur Zeit der vorhergehenden Software (RheumaDok) des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen (BDRh) mit einer gemeinsamen Sammlung von Verlaufsdaten ihrer Patienten begonnen hatten. (3) Weitere assoziierte Praxen und Interessierte konnten im Lauf der Zeit gewonnen werden.

EIN SYSTEM FÜR DIE RHEUMATOLOGIE

Die Rhadar-Gruppe ist kein Anbieter einer einzelnen Softwarelösung, sondern ist teilweise Entwickler, teilweise Mitentwickler und Mitgestalter eines modularen, miteinander verzahnten digitalen rheumatologischen „Baukastensystems“, das Patientinnen und Patienten, Rheumatologinnen und Rheumatologen, Praxen, Register und Berufsverband verbindet. Ziel ist es, die gesamte Versorgungskette – von der Früherkennung und -zuweisung über die strukturierte Dokumentation bis hin zur patientenberichteten Verlaufskontrolle – digital abzubilden und sinnvoll zusammenzuführen und auch auszuwerten. Im Zentrum dieses Ansatzes stehen vier eng miteinander verknüpfte Komponenten (s. Abb.).

RHEPORT – DIGITALER RHEUMACHECK ZUR ERSTTERMINVERGABE

Ein zentrales Problem der rheumatologischen Versorgung ist der Zugang zur spezialisierten Behandlung. RhePORT setzt hier an: Patientinnen und Patienten registrieren sich online und beantworten – unterstützt durch Beispielbilder – einen strukturierten Fragebogen zu Symptomen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, einschließlich seltener Entitäten wie Kollagenosen oder Vaskulitiden. Auf Basis eines Algorithmus erfolgt eine Einschätzung der Dringlichkeit mit direktem Terminvorschlag. In der Praxis des Verfassers sank die Zahl ärztlicher Telefonate mit zuweisenden Kolleginnen und Kollegen nach Einführung von RhePORT von etwa 330 pro Jahr (2023) auf rund 30 (2025). Besonders positiv war das Feedback der MFAs, mussten diese vor Einführung von RhePORT Telefonate vermitteln, Termine zufaxen, Kalendereinträge vornehmen etc., so gibt es jetzt nur noch einen Arbeitsprozess: das wöchentliche Einstellen von Terminen in RhePORT jeweils nur 4 Wochen im Voraus. In einer multizentrischen Studie mit über 600 Erstvorstellungen zeigte sich, dass sich durch den Einsatz von RhePORT die Trefferquote entzündlich-rheumatischer Erkrankungen im Vergleich zur herkömmlichen Zuweisung verdoppelte. (2)

RHECORD – PATIENT REPORTED OUTCOMES IM KLINISCHEN ALLTAG

Patientenberichtete Outcomes (PROs) und Aktivitätsscores sind zentral für Therapieentscheidungen, Qualitätssicherung

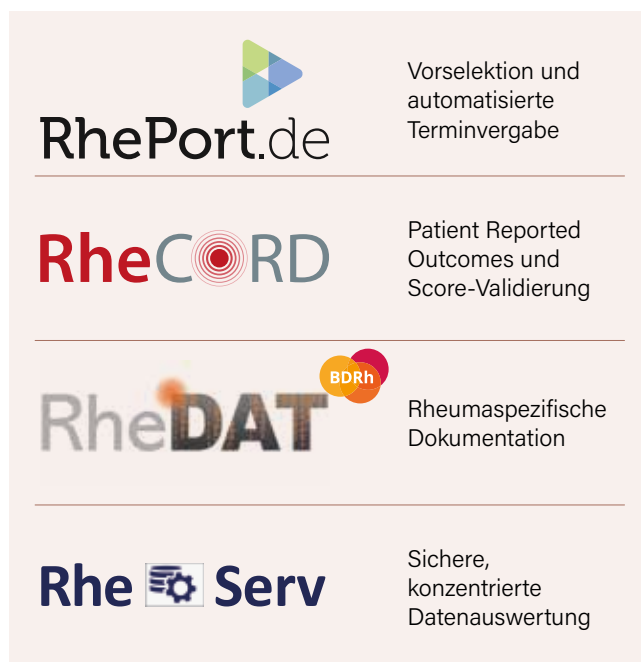


Abb.: Die Kernbestandteile der Rhadar-Gruppe: RhePORT, betrieben von Rhadar, RheCORD, betrieben von der RheCORD Healthcare GmbH & Co. KG, RheDAT betrieben vom BDRh, RheServ, der sichere Server der RheumaDatenRheport GbR

und Forschung. RheCORD ermöglicht die strukturierte digitale Erhebung dieser Daten direkt durch die Patientinnen und Patienten, idealerweise bereits vor dem Praxisbesuch über eine Smartphone-App. Den behandelnden Rheumatologinnen und Rheumatologen stehen dadurch vor dem Arzt-Patienten-Kontakt strukturierte Informationen zu Schmerz, Krankheitsaktivität, Funktionsstatus, Fatigue, psychischer Belastung und Lebensqualität zur Verfügung.

Seit dem 1. Oktober 2025 wird der BARMER-Vertrag „Besondere Versorgung Rheuma“ in Berlin und Bayern durch ein Pilotprojekt zur digitalen Therapiebegleitung mit RheCORD ergänzt. Die App bietet u. a. Inhalte zur Selbstfürsorge und Übungsprogramme; die Vergütung erfolgt über Pauschalen für Einrichtung und Monitoring.

RHEDAT – STRUKTURIERTE ÄRZTLICHE DOKUMENTATION

RheDAT ist die vom BDRh in Kooperation mit der DGRh, dem VRA und dem DRFZ bereitgestellte Software zur standardisierten rheumatologischen Dokumentation. Sie unterstützt die strukturierte Erfassung von Diagnosen, Therapien, Verlaufsparmetern, PROs und Aktivitätsscores und verfügt über Schnittstellen zu Praxisverwaltungssystemen, Laboren und RheCORD. Die aus RheCORD erhobenen Daten werden automatisch in RheDAT übernommen und übersichtlich dargestellt. Die Patientendaten werden für die lokale Patientenversorgung genutzt, finden aber auch Eingang in die Versorgungsforschung mit verschiedenen Projekten und Studien. Der größte Nutzen besteht hier in der Vermeidung von Doppel- bzw. Mehrfachdokumentationen.

Wichtig ist: Die in RheDAT gespeicherten Daten werden nicht automatisch weitergegeben. Ohne aktive Teilnahme und Freigabe durch den Patienten in Form einer signierten Einverständniserklärung verlassen sie die Praxis nicht – ein in der Vergangenheit verbreitetes Missverständnis.

RHESERV – SICHERE DATENZUSAMMENFÜHRUNG

RheServ ist der in Deutschland betriebene, sichere Server der Rhadar-Gruppe. Eine Datenübertragung aus RheDAT erfolgt

ausschließlich bei aktiver Teilnahme an Rhadar und Einrichtung einer individuellen, verschlüsselten Verbindung und nur dann, wenn die Patientinnen und Patienten zuvor ihr schriftliches Einverständnis gegeben haben. Ohne technische Autorisierung und dokumentierte Einwilligung ist ein Upload ausgeschlossen; die Datenhoheit verbleibt jederzeit bei den Praxen. Auf dieser Basis wurden bereits zahlreiche wissenschaftliche Auswertungen publiziert. (4-9)

VERNETZUNG UND KOOPERATION

RheDAT bildet somit die Grundlage für Studien, Registerdokumentation sowie Dokumentations- und Abrechnungsunterstützung in Versorgungsverträgen. Eine Einspeisung von PROs erfolgt automatisiert durch die Patientinnen und Patienten mittels RheCORD. Darüber hinaus bestehen Verbindungen zum digitalen rheumatologischen Informationssystem DiRhIS; weitere Schnittstellen, u. a. zwischen DiRhIS und RheCORD, sind geplant. Die beschriebenen Entwicklungen von RheCORD und RhePORT mit Verbindung zu RheDAT und anderen wären ohne enge Kooperationen nicht möglich. Besonderer Dank gilt dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh), der BDRh Service GmbH, der STAR Healthcare Management GmbH, der Deutschen Rheuma-Liga sowie der medicstream GmbH.

KOLLEGIALER AUSBLICK

Wir erleben täglich, wie anspruchsvoll und verdichtet der rheumatologische Alltag geworden ist: steigende Patientenzahlen, begrenzte Ressourcen und ein hoher organisatorischer Aufwand. Die in der Rhadar-Gruppe entwickelten digitalen Werkzeuge sind aus genau diesen Erfahrungen heraus entstanden – aus der Praxis für die Praxis. Für uns steht dabei nicht die Technik im Vordergrund, sondern der Nutzen: mehr Zeit für die ärztliche Arbeit, Effizienz im Praxisablauf, ein hoher, automatisierter Dokumentationsstandard und eine stärkere Einbindung unserer Patientinnen und Patienten. Digitale Lösungen müssen sinnvoll integriert sein und unsere Arbeit wirklich erleichtern.

Die Rhadar-Gruppe versteht sich als ein kollegiales Netzwerk, das sich kontinuierlich weiterentwickelt. Wir laden alle Kolleginnen und Kollegen ein, diesen Weg kritisch, konstruktiv und gemeinsam mitzugehen – denn eine zukunftsfähige Rheumatologie – aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten sowie Rheumatologinnen und Rheumatologen – lässt sich nur miteinander gestalten. ■

*Prof. Dr. med. Stefan Kleinert,
Dr. med. Cay von der Decken
RheumaDatenRheport GbR,
Möhrendorfer Str. 1C, 91056 Erlangen*

Anhang: Webadressen: RheumaDatenRheport GbR: <https://rhadar.de/> | RhePort <https://rheport.de/> | RheCORD: <https://rhecord.de/> | RheDAT: <https://rhedat.de/> | DiRhIS <https://dirhis.info/> | **Literatur:** 1 Braun J et al., Z Rheumatol 2024; 83(Suppl 2): 249–284 | 2 von der Decken CB et al., Rheumatol Int. 2025;45(5):129 | 3 Kleinert S et al., J Med Internet Res 2021; 23(5): e28164 | 4 Strunz PP et al., Z Rheumatol. 2025; doi: 10.1007/s00393-025-01728-7 | 5 Risser LM et al., Rheumatol Int 2025; 45(5): 100 | 6 Regierer AC et al., Rheumatol Int 2025; 45(8): 181 | 7 Strunz PP et al., Front Immunol 2024; 15: 1445680 | 8 Strunz PP et al., Rheumatol Int. 2024;44(10):2057–2066 | 9 Strunz PP et al., Front Immunol 2024; 15: 1395968

NIEDERLASSUNG

Eigenlabor in der rheumatologischen Praxis: Investition mit Perspektive

Die Entscheidung für ein eigenes Labor gehört zu den zentralen Weichenstellungen bei der Niederlassung. Sie verspricht diagnostische Unabhängigkeit, kürzere Wartezeiten und zusätzliche Einnahmequellen, erfordert aber auch erhebliche Investitionen und ein durchdachtes Qualitätsmanagement. Was spricht dafür, was dagegen? Und wann rechnet sich ein Eigenlabor wirklich?

SCHNELLERE DIAGNOSTIK, MEHR KONTROLLE

Der größte Vorteil liegt auf der Hand: Zeitgewinn. Während externe Labore oft mehrere Tage für die Befundübermittlung benötigen, liegen Ergebnisse im Eigenlabor meist noch am selben Tag vor. Gerade in der Rheumatologie, wo Laborwerte häufig therapieentscheidend sind, kann das den entscheidenden Unterschied machen.

„Ein Eigenlabor erlaubt es dem Rheumatologen, Diagnostik zeitnah durchzuführen und das klinische Bild der Patientinnen und Patienten direkt mit dem Labor zu korrelieren“, erklärt Dr. Jochen Veigel, Rheumatologe, Labormediziner und BDRh-Vorstandsmitglied aus Leipzig. „Besonders in der Immunfluoreszenzdiagnostik macht das den Unterschied.“ Hinzu kommt die fachliche Kontrolle: Rheumatologiespezifische Untersuchungen, von der Autoantikörperdiagnostik bis zu speziellen Entzündungsmarkern, lassen sich gezielt auf das eigene Versorgungskonzept abstimmen. Die diagnostische Qualität steigt, wenn Testauswahl und Durchführung in ärztlicher Hand liegen.

Wirtschaftlich kann sich ein gut ausgelastetes Labor durchaus rechnen. In einer Praxis mit zwei vollzeittätigen Rheumatologinnen bzw. Rheumatologen liegt der Gewinn bei etwa 40 bis 50 % des Laborumsatzes – nach Abzug von Personal- und Sachkosten. Damit wird das Labor zu einem relevanten Baustein der Praxisfinanzierung.

DIE KEHRSEITE: KOSTEN UND QUALITÄTSSICHERUNG

Der Weg zum Eigenlabor beginnt mit substanziellen Investitionen. Für zentrale Geräte wie ein Nephelometer fallen jährliche Leasingkosten von rund 80.000 Euro an, hinzu kommen weitere

Analysegeräte (etwa 7.000 Euro pro Jahr), Laborsoftware (einmalig ca. 13.000 Euro) und die Raumausstattung (rund 5.000 Euro). Die tatsächlichen Kosten variieren je nach Anbieter und Umfang des Labors, laufende Ausgaben für Reagenzien und Qualitätssicherung kommen hinzu.

Eine besondere Herausforderung stellt die Liquiditätsplanung dar. Laborleistungen werden von der KV erst mit einem Zeitverzug von sechs Monaten vergütet, während Kosten für Reagenzien und Betrieb unmittelbar anfallen. Wer diesen Effekt nicht einkalkuliert, gerät schnell in Engpässe.

Dazu kommt die Qualitätssicherung. Jedes medizinische Labor unterliegt der Richtlinie der Bundesärztekammer (RiliBäk) – unabhängig davon, ob GKV- oder Privatpatientinnen bzw. -patienten behandelt werden. Gefordert sind unter anderem:

- Qualifiziertes Personal (MTA oder entsprechend geschulte MFA)
- Interne Kontrollmessungen (mindestens zweimal in 24 Stunden)
- Externe Ringversuche für bestimmte Parameter
- Lückenlose Dokumentation und SOPs
- Geeignete Räumlichkeiten unter Beachtung der Arbeitsschutzvorgaben

„Die Qualitätssicherung erfordert laufenden Aufwand und verursacht zusätzliche Kosten. Sie ist aber essenziell für den Betrieb“, betont Dr. Kirsten Karberg, BDRh-Vorstandsmitglied und Rheumatologin in Berlin. „Ohne gültiges Zertifikat ist keine Abrechnung im Speziallabor möglich.“

ABRECHNUNG: POTENZIALE KENNEN, GRENZEN BEACHTEN

Auch bei der Abrechnung gilt es, die Rahmenbedingungen zu kennen. Voraussetzung für die Abrechnung im EBM-Kapitel 32.3 (Speziallabor) ist eine fachliche Befähigung, die in einem Kolloquium nachgewiesen wird. Jeder Parameter muss einzeln beantragt werden. Wichtig: Für manche rheumatologische Parameter gibt es einen Höchstwert. Hierunter fallen z. B. ANA, ENA und ACPA. Ab mehr als vier Parametern aus dieser Gruppe wird der Höchstwert meist überschritten – eine Vergütung erfolgt dann nicht vollständig.

Sinnvoll ist es daher, praxisindividuelle Laborprofile zu entwickeln, die medizinisch sinnvoll und wirtschaftlich tragfähig sind. Bei Privatpatientinnen bzw. -patienten werden Laboruntersu-

chungen in der Regel mit einem Steigerungssatz von 1,15 abgerechnet, bei IGeL-Patientinnen bzw. -patienten mit 1,0.

IT ALS RÜCKGRAT: LABORINFORMATIONSSYSTEM ENTLASTET

Ein modernes Laborinformationssystem (LIS) ist für den reibungslosen Ablauf unverzichtbar. Es ermöglicht die Online-Anbindung der Geräte, automatisiert die Dokumentation von Qualitätskontrollparametern und reduziert Übertragungsfehler. „Ich empfehle dringend, bei der Etablierung eines Praxislabors ein LIS zu integrieren“, so Veigel. Die laufenden Kosten für Software und Wartung sollten eingeplant werden. Der Entlastungseffekt im Alltag ist jedoch erheblich.

ALTERNATIVEN PRÜFEN: KOOPERATION ODER TEIL-LABOR

Nicht für jede Praxis ist ein Vollausbau sinnvoll. Kooperationen mit externen Laboren oder geteilte Lösungen in einer BAG oder MVZ-Struktur können wirtschaftlich attraktiver sein. Sie reduzieren Investitions- und Personalaufwand, schränken allerdings die Flexibilität ein und verzögern die Befundverfügbarkeit.

Vor jeder Entscheidung sollten mehrere Modelle durchgerechnet werden: Eigenlabor, Teil-Labor, Kooperation oder Mischmodelle. Die Wirtschaftlichkeit hängt stark von der Auslastung

ab. Erst bei kontinuierlich hohem Probenaufkommen können Investitionen amortisiert werden. In der Rheumatologie lohnt sich ein Eigenlabor jedoch häufig und kann wesentlich zum Praxisumsatz beitragen.

FAZIT

Ein eigenes Labor ist kein Prestigeobjekt, sondern eine strategische Entscheidung. Es bietet klare Vorteile, wie diagnostische Geschwindigkeit, fachliche Kontrolle und zusätzliche Einnahmen. Gleichzeitig erfordert es eine realistische Kalkulation, konsequente Qualitätssicherung und ausreichend Personalressourcen. „Bei zu erwartenden höheren Raum-, IT-, Personal- und Gerätekosten muss ein positiver Deckungsbeitrag erbracht werden, damit die Laborleistungen zur Wirtschaftlichkeit der Praxis beitragen“, fasst Karberg zusammen. „Wer diese Herausforderungen meistert, profitiert von schnellerer Diagnostik, höherer Behandlungsqualität und zusätzlichen Einnahmequellen.“

MEHR INFORMATIONEN

Detaillierte Checklisten, Praxisbeispiele und weiterführende Kapitel finden Sie im „Leitfaden zur Niederlassung in der Rheumatologie 2025“, Kapitel 3.4., sowie online unter www.rheumatologie-begeistert.de. ■

Online-Vortrag: Rechtliche Aspekte bei der Praxisübergabe und -übernahme

Die Übergabe oder Übernahme einer rheumatologischen Praxis ist ein komplexer Prozess, der sorgfältige rechtliche und strategische Planung erfordert. Der BDRh lädt herzlich zu einem kostenfreien Online-Vortrag ein, der sich umfassend mit den rechtlichen Rahmenbedingungen befasst. Neben einem Erfahrungsbericht einer abgebenden Rheumatologin und ihrer Nachfolgerin wird der Justiziar des BDRh, Herr Christian Koller, die wesentlichen Aspekte der Praxisübergabe beleuchten.

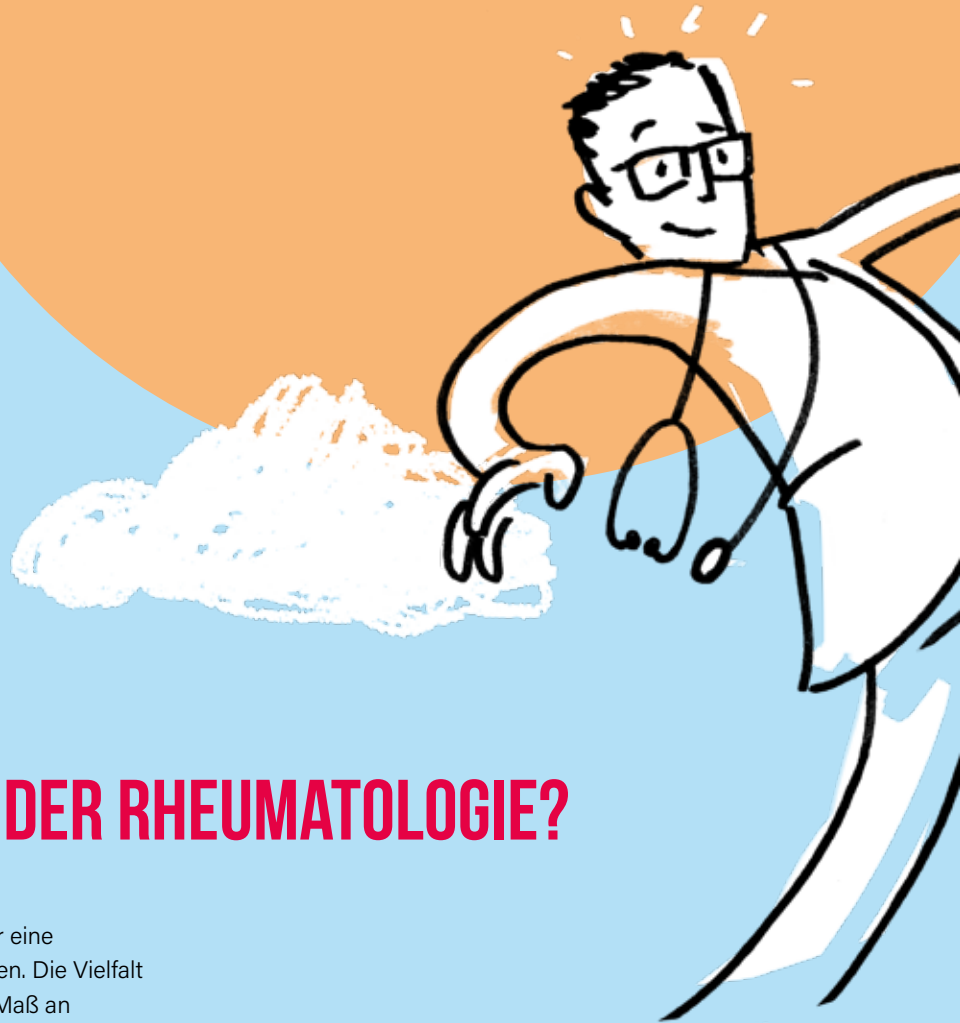
Die Themen umfassen unter anderem strategische Planungen, Kaufpreisberechnung, den Umgang mit Angestellten und der Patientendokumentation sowie rechtliche Aspekte wie Wettbewerbsklauseln, Mietverträge, Nachbesetzungsverfahren und Nachhaftung. Die Veranstaltung richtet sich sowohl an Rheumatologinnen und Rheumatologen, die ihre Praxis abgeben möchten, als auch an potenzielle Nachfolgerinnen und Nachfolger.



Mittwoch, 25. März 2026
16:30–18:45 Uhr

*Weitere Informationen
finden Sie unter:
[www.rheumatologie-begeistert.de/
veranstaltungen/](http://www.rheumatologie-begeistert.de/veranstaltungen/)*

MUTMACHER



WIE KAM ES ZUR NIEDERLASSUNG IN DER RHEUMATOLOGIE?

Zum Ende des Praktischen Jahres habe mich für eine Weiterbildung in der Inneren Medizin entschieden. Die Vielfalt an internistischen Erkrankungen und das hohe Maß an Differenzialdiagnostik hat mich fasziniert. Das Durchdenken von Patientenfällen und die zugehörige Kopfarbeit bei der Suche und Abwägung von Diagnosen macht mir bis heute große Freude. Die Wahl für einen Schwerpunkt in der ‚Inneren‘ ist mir nicht leicht gefallen. In der Abwägung wurde mir aber klar: Ich möchte mich nicht auf ein Organ fokussieren, sondern mich mit Erkrankungen beschäftigen, welche verschiedene Organe und das gesamte körperliche System befallen können. Die Differenzialdiagnostik soll so breit wie möglich bleiben. Es soll ein innovatives Fach sein, in welchem sich von Seiten der Forschung über Pathophysiologie und Therapieansätzen viel tut. Und es soll ein Schwerpunkt sein, welcher Optionen bietet, stationär und ambulant zu arbeiten. Ich wollte die Freiheit, jederzeit mein Arbeitsumfeld ändern und beeinflussen zu können, nicht aufzugeben. So kam es, dass ich mich bewusst für die Rheumatologie entschieden habe!

Ich habe all die Jahre ab dem Studium gerne in der Klinik gearbeitet und profitiere sehr von dem Wissen und der

Erfahrung, welche ich in der inneren Medizin allgemein, der Notfallmedizin, der stationären Rheumatologie, der Geriatrie und von den verschiedenen Weiterbildern erlangen durfte. In der Rheumatologie wurde ich Oberärztin, dann leitende Oberärztin, habe selbst weitergebildet und war an der Personal- und Abteilungsführung beteiligt.

Über die Zeit meiner Klinik Tätigkeit hinweg haben sich die äußeren Rahmenbedingungen geändert. Der Stellenwert der Ökonomie wurde stärker. Die Spannung zwischen Ökonomie, den Vorgaben der Klinikverwaltung und der Personalführung, dem Stellenwert der Zeit, welche für Weiterbildung eingesetzt wird und fürs Gespräch mit den Patientinnen und Patienten wurde größer und damit auch der wachsende Wunsch, mehr selbst gestalten, strukturieren und entscheiden zu können.

In genau dieser Situation kam das Angebot, einen Praxissitz zu übernehmen. Unser jüngstes Kind war damals erst zwei Jahre alt und ich habe mir die Entscheidung über die

NIEDERLASSUNG

Illustration
Stefan Bachmann

Selbständigkeit als Mutter mit drei kleinen Kindern wirklich nicht leicht gemacht!

Es war aber klar, dass dies auf lange Sicht die einzige Möglichkeit sein wird, sich in unserem Wohnort Baden-Baden niederzulassen und wir leben hier als Familie sehr gerne. Nach reiflicher Überlegung, auch zusammen mit meinem Mann, Gesprächen mit dem sitzabgebendem Kollegen und Ausarbeitung eines Finanzierungskonzepts war für mich klar: Ja, das mache ich!!

Es ergab sich dann noch die Möglichkeit, mich mit meinem jetzigen Praxispartner, Christoph Fiehn, der zu dem Zeitpunkt bereits zwei Jahre niedergelassen war und den ich gut aus den Jahren an der Rheumaklinik Baden-Baden kannte, zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen. Es bestand am Praxisstandort auch ein bereits durch ihn aufgebautes Immunlabor, in welches ich einsteigen konnte und im dortigen Ärztehaus ergab sich die Möglichkeit, die Praxisräume zu erweitern. Wir haben zu Hause eine Kinderfrau in fester Anstellung als Ergänzung zu Grundschule und KiTa für die ersten Jahre gefunden. Und die Banken sind auf das vorgelegte Finanzierungskonzept eingegangen, heißt auch, ich konnte von der damaligen Niedrigzinsphase für den Praxiskredit profitieren.



DR. JUTTA BAUHAMMER
MEDICAL CENTER BADEN-BADEN,
BEETHOVENSTRASSE 2,
76530 BADEN-BADEN

Mittlerweile blicke ich auf sechs gute Jahre Niederlassung zurück und bin glücklich und zufrieden mit meiner Entscheidung! Ich arbeite nicht weniger als in der Klinik, phasenweise eher mehr und dichter. Und natürlich gibt es im ambulanten Bereich ebenso Vorgaben, reichlich Regularien und ökonomische Zwänge. Aber ich genieße für mich sehr die Freiheit und die Möglichkeit, selbst gestalten zu können, selbst Entscheidungen nicht nur bezüglich medizinischer Themen, sondern auch Personalführung und der Ökonomie in einem kleinen Zweier-Führungsteam mit gegenseitiger Wertschätzung und auf immer konstruktiver Basis zu treffen.

Die Praxis ist in diesen Jahren gewachsen, wir haben investiert und konnten Ärztinnen sowie mehr Praxis- und Labormitarbeiterinnen einstellen. Hierbei einen verlässlichen Partner an der Seite zu haben und sich gegenseitig zu inspirieren, ist Gold wert.

Ein Unternehmen will geführt sein. Man darf sich nicht auf dem Erreichten ausruhen. Es gibt neben der eigentlichen Patientenversorgung immer weitere Aufgaben zu bewältigen. Wer aber gerne bereit ist, das Heft in die Hand zu nehmen, Freude daran hat, Themen zu durchdenken, sich Lösungen zu überlegen, Personal zu führen, der und dem kann ich den Schritt in die Niederlassung nur empfehlen! ■



DR. KRISTIN WIEFEL
RHEUMATOLOGISCHE PRAXIS,
GERICHTSTRASSE 4,
01796 PIRNA

DER ZUFALL – IST ER DOCH MANCHMAL DER ENTSCHEIDENDE FAKTOR ZUM ERFOLG EINER IDEE!

Meine Idee, mich für die ärztliche Tätigkeit im niedergelassenen Bereich zu entscheiden, war eher auf einem sehr frühen Bauchgefühl bereits zum Ende meines Studiums begründet. Doch bis zu diesem Zeitpunkt liegt ja zunächst ein zumindest lang erscheinender Weg der Weiterbildung zum Facharzt vor einem, dessen Ende weit weg ist.

Und so startet man ins Berufsleben und die Zeit legt den Turbo ein. Es war von Anfang an klar, dass die Rheumatologie mein Zuhause wird, und ich habe es bis heute nie bereut! Ich muss gestehen, der Anfang war leider nicht besonders harmonisch. Nachdem ich bei meiner 1. Bewerbung eine Absage erhielt, begann ich meine Weiterbildung zunächst in einer anderen Klinik. Drei Jahre Basisweiterbildung waren im Handumdrehen vorbei und mein erstes Kind geboren!

Es erfolgte der erneute Versuch in einer rheumatologischen Klinik, eine Stelle zu bekommen. Aber auch hier sah es zunächst nicht so gut aus, sodass die Idee entstand, ein damals angebotenes Stipendium der DGRh zu nutzen. Hierfür bedurfte es eines Dreigespanns aus einem Weiterbildungsassistenten, einer Klinik und einer niedergelassenen Kollegin oder eines Kollegen. Und so lernte ich meine heutige Praxispartnerin im Jahr 2016 kennen. Schließlich brauchten wir das Stipendium doch nicht und ich begann meine rheumatologische Ausbildung an der Uniklinik

in Dresden. Die interdisziplinäre Arbeit am Maximalversorger war sehr bereichernd, aber ich merkte schnell, dass ich nicht für große Organisationen geschaffen bin. Es gab kein Umfeld, Ideen umzusetzen und zu viele Interessengruppen, die alle nur an ihrem, aber an keinem gemeinsamen Strang zogen. Und als technisch affiner Mensch arbeitet man schlicht im letzten Jahrtausend (was ja zugegeben noch nicht zu lange her ist, aber für mich dennoch frustrierend war).

Über die Jahre hielt ich Kontakt mit meiner heutigen Praxispartnerin und lernte dadurch auch die Welt der Niederlassung langsam kennen. Sie war es, die mir wertvolle Hinweise dazu gab, was ich an Ausbildung in der Klinik noch mitnehmen sollte (z. B. Labor, DXA). Wir berieten darüber, welcher Facharztabschluss nun die bessere Wahl sei. Letztlich entschied ich mich nach fünf Jahren, die Prüfung zur FÄ für Innere Medizin zu machen. Kurz danach wurde eine KV-Stelle für einen rheumatologischen Sitz in unserem Planungsbereich ausgeschrieben. Nur hatte ich noch eine Elternzeit mit meinem zweiten Kind und knapp zwei Jahre Weiterbildung vor mir.

Wir suchten nach Möglichkeiten, einen Teil meiner Weiterbildung in der Niederlassung absolvieren zu können. Leider fand sich trotz Gesprächen mit der KV Sachsen kein finanzierbarer Weg hierfür. Doch ließen wir uns

MUTMACHER

NIEDERLASSUNG

nicht beirren und bauten weiter an unserem Plan, uns zusammenzutun. Mehrmals hörte ich die Frage, ob ich mir das wirklich richtig überlegt hatte, mich für eine Tätigkeit in der Praxis zu entscheiden. Naja, klar! Zumindest in dem Rahmen meiner Vorstellung davon.

Heute, fast drei Jahre nach dem Start im niedergelassenen Bereich und gut zwei Jahre nach der eigenen Niederlassung kann ich sagen, dass mir bei weitem nicht alle Facetten bewusst waren! Aber davon lasse und ließ ich mich nicht beirren. Erstens hatte ich mir das so in den Kopf gesetzt und zweitens ist es genau der Reiz an einem Abenteuer. Denn ein Abenteuer ist ein Vorhaben mit teils unbekanntem Verlauf und Ausgang. Und genau das macht es so spannend! Meine Ideen und meine progressiven Energien nutzen zu können, für etwas, wofür ich stehe.

Sicherlich hat mir meine Hartnäckigkeit dabei sehr geholfen. Auch meine frühe Entscheidung war es, die mir die Zeit verschafft hat, diesen Weg zu gehen und zu planen, mich zu informieren, Kontakte zu knüpfen, Wege zu bahnen. Aber es war eben auch eine Portion Zufall dabei, der mich 11 Jahre nach meiner Approbation, 2 Facharztprüfungen und 1 Laborkolloquium mit 2 Kindern und einem Partner, der stets (und manchmal mehr als ich selbst) an mich geglaubt und mich immer trotz seiner eigenen beruflichen Entwicklung unterstützt hat, heute in unserer Praxismgemeinschaft sitzen lässt. Mit einer ganzen Reihe Verantwortung, vielen neuen unternehmerischen und nicht-ärztlichen Aufgaben und einer riesigen Portion Freiheit zum Gestalten, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit. Denn das ist es, was mich glücklicher macht als die Zahl auf dem Konto! ■

Illustration
Stefan Bachmann



DELIVER-CARE

Delegation an MFA in der Versorgung chronisch-entzündlicher Erkrankungen

Die ambulante Versorgung chronisch-entzündlicher Erkrankungen steht unter Druck: steigende Patientenzahlen, komplexe Therapien, engmaschige Kontrollen und ein spürbarer Mangel an fachärztlichen Ressourcen. Das betrifft die Rheumatologie besonders, trifft aber auch die Gastroenterologie und Dermatologie. Gleichzeitig ist ein Teil der Versorgung in der täglichen Praxis delegierbar, wenn Qualifikation, Prozesse und Verantwortlichkeiten klar definiert sind.



Dr. Kirsten Hoepfer

Das Innovationsfondsprojekt DELIVER-CARE (Delegation und Vernetzung bei chronisch inflammatorischen Erkrankungen, #01NVF18014) hat ein Delegationsmodell in der Rheumatologie, Gastroenterologie und Dermatologie untersucht. Die zentrale Fragestellung war, ob eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen mit einer multiprofessionellen Team-Betreuung im Vergleich zu der Versorgung allein durch die Fachärztin oder den Facharzt sichergestellt werden kann.

Der Kern war eine strukturierte MFA-Visite als Teil des teambasierten Settings (Fachärztin oder Facharzt plus qualifizierte MFA). Studiendesign war eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte, prospektive Interventionsstudie mit Nichtunterlegenheitsansatz über 12 Monate. Randomisiert wurden Patientinnen und Patienten mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen in einer Phase erhöhter Krankheitsaktivität, zum Beispiel bei Therapiebeginn, Therapieumstellung oder Eskalation.

In der Interventionsgruppe erfolgten MFA-Visiten nach 6, 12 und 36 Wochen, die Visiten nach 24 und 52 Wochen verliefen gemäß Standardversorgung. In der Kontrollgruppe erfolgte eine Standardversorgung. Primärer Endpunkt war die gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ-5D-3L-Index und visuelle Analogskala, VAS). Zusätzlich wurden mehrere sekundäre Endpunkte, darunter Krankheitsaktivität, Arbeitsfähigkeit und weitere patientenberichtete Parameter untersucht.

DREI ZENTRALE ERGEBNISSE

1

DELEGATION IST NICHT UNTERLEGEN UND KLINISCH SICHER ABBILDBAR

Insgesamt wurden 602 Patientinnen und Patienten randomisiert, davon 448 aus der Rheumatologie. Für den primären Endpunkt zeigten sich keine Unterschiede in der erwarteten Entwicklung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-3L) zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe. Auch bei den sekundären Endpunkten zeigte sich nach 12 Monaten kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen und somit keine Unterlegenheit der teambasierten Versorgung. (1)

Ergänzend liefert eine Prozessevaluation eine klare Botschaft zur Umsetzbarkeit: In 61 Interviews (Ärztinnen und Ärzte, MFAs, Patientinnen und Patienten) wurde das Modell überwiegend positiv bewertet. Als Nutzen wurden häufig genannt: Entlastung ärztlicher Zeit, Aufwertung der MFA-Rolle, mehr Zeit für Information, Unterstützung bei der Adhärenz und Krankheitsbewältigung. Als zentrale Hürde wurde wiederholt ein fehlendes Finanzierungskonzept genannt, verstärkt durch personelle Engpässe und Fluktuation. (2)

2

DELEGATION IST KOSTENEFFEKTIV

Die gesundheitsökonomische Analyse zeigt, dass Delegation nicht nur aus der Perspektive der Versorgung sinnvoll ist, sondern auch wirtschaftlich. QALYs (qualitätsadjustierte Lebensjahre) wurden über den primären Endpunkt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D-3L) abgeleitet und Kosten wurden auf Basis erfasster Ressourcenverbräuche berechnet. In der untersuchten Kohorte lagen die medianen jährlichen Gesamtkosten in der Interventionsgruppe niedriger als in der Kontrollgruppe, bei vergleichbaren QALYs. Der berechnete inkrementelle Kosten-Effektivitätswert lag unter null. Das bedeutet, dass bei vergleichbarem Nutzen geringere Kosten entstehen, die Intervention ist damit kosteneffektiv. Für die Praxis heißt das: Delegation kann fachärztliche Zeit für komplexe Entscheidungen oder neue Patienten freisetzen, ohne an Ergebnisqualität zu verlieren, und sie ist auch aus Kostenträgersicht gut begründbar. (3)

VERZÖGERTER RHEUMATOLOGISCHER FACHARZTZUGANG ERZEUGT HOHE FOLGEKOSTEN

Eine begleitende Auswertung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen zur rheumatoiden Arthritis (RA) zeigt ein strukturelles Problem, das im Versorgungsalltag häufig sichtbar ist: Viele Betroffene erreichen die rheumatologische Facharztversorgung spät oder im ersten Jahr gar nicht. In den Daten hatten 57,4 % der Patienten mit seropositiver RA (M05) und 24,4 % der Patienten mit seronegativer RA (M06) keinen Facharztzugang im ersten Jahr nach Verdachtsdiagnose. Bei späterem Zugang stiegen die Arzneimittelkosten deutlich an, denn Patientinnen und Patienten mit einem späten Zugang zu einer fachärztlichen Versorgung wurden früher auf hochpreisige Medikamente umgestellt als Patientinnen und Patienten mit einem Zugang bereits im Quartal der Verdachtsdiagnose.

Dies zeigt deutlich, dass eine verzögerte Diagnosestellung nicht nur klinisch ungünstig ist, sondern im Verlauf auch höhere Kosten nach sich zieht. Delegation kann helfen, fachärztliche Kapazität für die Diagnostik und nachfolgende Einleitung einer Therapie freizumachen, bei gleichzeitiger Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung aller Patienten. (4)

HANDLUNGS-AUFTRAG: EVIDENZ IST DA, JETZT BRAUCHT ES VERGÜTUNG

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat für DELIVER-CARE am 22. August 2025

eine Transferempfehlung mit Prüfbitte zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen. (1) Damit liegt eine formale, positive Bewertung der Projektergebnisse in Richtung Regelversorgung vor. Aus Versorgungssicht ist der Engpass nicht mehr die Evidenz, sondern die Umsetzung und flächendeckende Implementierung. Ohne verlässliche Abbildung in einer adäquaten Vergütung bleibt Delegation projektförmig und abhängig von einzelnen motivierten Praxen.

Was es jetzt braucht, ist eine klare, bundeseinheitliche Vergütungslogik für strukturierte, qualitätsgesicherte MFA-Visiten inklusive definierter Anforderungen, z. B. an die Qualifikation der MFA, aber auch Anpassung des rechtlichen Rahmens (Bundesmantelvertrag-Ärzte, BMVÄ, Anlage 24). Wenn Delegation ein Standardbaustein gegen Versorgungsengpässe sein soll, dann sollte der Rahmen so gesetzt werden, dass Delegation für Praxen planbar und wirtschaftlich darstellbar ist. ■

Dr. Kirsten Hoepfer

Klinik für Rheumatologie und Immunologie,
Medizinische Hochschule Hannover (MHH)
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Literatur: 1 Innovationsausschuss beim G-BA: Berichte und Beschluss DELIVER-CARE, 22.08.2025 (<https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/deliver-care.343>) | 2 Damm K et al., Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wesen 2025; doi: 10.1016/j.zefq.2025.10.006 | 3 Licker L et al., Health economic evaluation of the 'DELIVER-CARE' study - Delegation for chronic inflammatory diseases. Eur J Health Econ 2026, submitted | 4 Licker L et al., Der Preis des späten Facharztzugangs – Auswirkungen auf die Arzneimittelkosten bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2026, in press

NEU IM VORSTAND DER DGRH

Torsten Witte neuer Sprecher des Kompetenznetz Rheuma

Prof. Dr. Torsten Witte, Hannover, übernimmt als Nachfolger von Prof. Dr. Bimba Franziska Hoyer, Bonn, das Sprecheramt der Arbeitsgemeinschaft Kompetenznetz Rheuma (AG KNR) der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) und wird damit zugleich neues Mitglied im DGRh-Vorstand. Die Wahl war im Rahmen der Mitgliederversammlung der AG KNR auf dem Deutschen Rheumatologiekongress 2025 in Wiesbaden erfolgt.

In der DGRh engagiert sich Prof. Witte, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), seit vielen Jahren in unterschiedlichen Funktionen, in Kommissionen und wissenschaftlichen Gremien. Darüber hinaus arbeitet er derzeit aktiv an mehreren Leitlinienprojekten mit.

Zur stellvertretenden Sprecherin der AG KNR wählten die Mitglieder PD Dr. Nina

Chevalier, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie am Universitätsklinikum Freiburg. Anna Julia Voormann wurde zur Generalsekretärin der Fachgesellschaft wiedergewählt. Sie übernimmt dieses Amt für weitere vier Jahre. In der übrigen Zusammensetzung des Vorstands der DGRh ergeben sich keine Änderungen. ■

Quelle: Pressemitteilung DGRh, 9. Januar 2026



Prof. Dr. Torsten Witte

MEDIZINRECHT

Wann darf die Behandlung eines Patienten verweigert werden?

Pöbelnde Patienten, notorische Terminschwänzer oder zahlungsunwillige Privatpatienten? Die Frage, ob und unter welchen Umständen Ärztinnen und Ärzte eine Behandlung ablehnen dürfen, bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Berufsrecht, Vertragsarztrecht, Zivilrecht und Antidiskriminierungsrecht. Grundsätzlich gilt: Die ärztliche Behandlungspflicht ist nicht absolut, aber ihre Einschränkung unterliegt engen Grenzen.

BERUFSRECHTLICHE AUSGANGSLAGE

Nach § 7 Abs. 2 der Musterberufsordnung ist es Ärztinnen und Ärzten zunächst erlaubt, eine Behandlung abzulehnen – ausgenommen sind Notfälle oder besondere rechtliche Verpflichtungen. Vor Abschluss eines Behandlungsvertrags bedarf es somit keiner Begründung. In der Praxis kommt es jedoch selten vor, dass eine Ablehnung völlig grundlos erfolgt, da bereits die Terminvereinbarung oder die Aufnahme von Patientendaten einen Behandlungsvertrag begründen kann (§ 630a BGB). Zudem gelten Besonderheiten für die Behandlung eines Kassenpatienten.

VERTRAGSARZTRECHTLICHE BINDUNGEN

Vertragsärzte unterliegen nämlich einer weitergehenden Behandlungspflicht. Nach § 13 Abs. 7 Bundesmantelvertrag dürfen sie die Behandlung eines Versicherten nur verweigern, wenn die elektronische Gesundheitskarte nicht vorgelegt wird – ausgenommen akute Behandlungsbedürftigkeit – oder in begründeten Fällen. Ein „Notfall“ im berufsrechtlichen Sinne (Lebensgefahr oder drohende schwere Gesundheitsschäden) hingegen begründet eine zwingende Behandlungspflicht; eine Verweigerung kann strafrechtliche Konsequenzen wegen unterlassener Hilfeleistung (§ 323c StGB) nach sich ziehen.

ZULÄSSIGE ABLEHNUNGSGRÜNDE

Eine rechtmäßige Ablehnung setzt regelmäßig ein gestörtes Vertrauensverhältnis voraus. Die Rechtsprechung erkennt dies an, wenn die Fortsetzung der Behandlung unzumutbar ist. Beispiele:

- Aggressives Verhalten, Gewaltandrohung oder Beleidigung gegenüber Arzt oder Personal
- Wiederholtes unentschuldigtes Nichterscheinen zu Terminen
- Beharrliche Zahlungsverweigerung im Privatbereich
- Persönliche Konflikte, die das Vertrauensverhältnis nachhaltig zerstören

Auch Kapazitätsgrenzen können eine Ablehnung rechtfertigen, jedoch nur gegenüber Neupatienten und nicht als vorgescho-



RA Christian Koller

benes Argument. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) prüfen dies im Zweifel. Ist die erschöpfte Aufnahmefähigkeit der Praxis nicht nachweisbar, muss mit Disziplinarmaßnahmen seitens der KV gerechnet werden. Hier sind aufklärende Beratungen, Verwarnungen, Verweise bis hin zu Geldbußen möglich.

GRENZEN DER ABLEHNUNG

Unzulässig ist jede Diskriminierung nach § 1 AGG, etwa aufgrund ethnischer Herkunft, Geschlecht, Religion, Behinderung, Alter oder sexueller Identität. Der Anwendungsbereich des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG), in dessen § 1 sich die zitierte Merkmalsaufzählung findet, erstreckt sich unter anderem auch „auf den Sozialschutz, einschließlich der sozialen Sicherheit und der Gesundheitsdienste“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 5 AGG). Und das beinhaltet eben auch den Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt.

Ein Praxisinhaber, der z. B. sein Wartezimmer mit der Auskunft beschilderte, „Angehörige arabischer Großfamilien werden hier nicht behandelt“, käme schnell in die Bredouille. Dabei sieht das AGG eine Beweislastumkehr vor, „wenn im Streitfall eine Partei Indizien beweist, die eine Benachteiligung wegen eines in § 1 genannten Grundes vermuten lassen“ (§ 22 AGG). Kann somit der Patient z. B. mittels Handyfotografie die Beschilderung

rung nachweisen, muss dann der Arzt beweisen, „dass kein Verstoß gegen die Bestimmungen zum Schutz vor Benachteiligung vorgelegen hat“.

Bei Verstößen gegen das AGG können Betroffene Schadenersatzansprüche geltend machen. Zudem können sie berufsrechtliche Verfahren nach sich ziehen.

Ebenso verboten ist die „Kündigung zur Unzeit“, also der Abbruch einer laufenden Behandlung ohne angemessene Übergangslösung.

DOKUMENTATIONSPFLICHT

Eine rechtssichere Ablehnung erfordert sorgfältige Dokumentation: Wer hat wann was getan? Warum wurde die Behandlung verweigert? Zeugen und konkrete Vorfälle sind festzuhalten, um die Entscheidung auch Jahre später nachvollziehbar zu machen. Einzelheiten finden Sie in der Checkliste.

FAZIT

Die Ablehnung einer Behandlung ist nur in Ausnahmefällen zulässig. Ärztinnen und Ärzte müssen zwischen ihrer Berufspflicht und dem Schutz eigener Interessen abwägen. Notfälle und Diskriminierungsverbote setzen klare Grenzen. Wo eine Ablehnung möglich ist, sollte sie gut begründet und dokumentiert sein – nicht zuletzt, um berufs- und zivilrechtliche Risiken zu vermeiden. ■

Rechtsanwalt Christian Koller

Fachanwalt für Medizinrecht

TACKE KOLLER

Rechtsanwaltsgesellschaft mbH & Co KG

Rindermarkt 16, 80331 München



CHECKLISTE: DARF ICH DIE BEHANDLUNG VERWEIGERN?

1. VOR DER ABLEHNUNG PRÜFEN:

- **Liegt ein Notfall vor?** Lebensgefahr oder drohende schwere Gesundheitsschäden
→ Behandlungspflicht!
- **Akute Behandlungsbedürftigkeit?** Starke Schmerzen oder dringender medizinischer Bedarf
→ nicht ablehnen!

2. RECHTMÄßIGE GRÜNDE VORHANDEN?

- **Gestörtes Vertrauensverhältnis:** Beispiele: Aggressives Verhalten, Gewaltandrohung, Beleidigung, wiederholtes Nichterscheinen.
- **Kapazitätsgrenzen:** Nur gegenüber Neupatienten und ehrlich begründet.
- **Private Praxis:** Beharrliche Zahlungsverweigerung möglich.

3. UNZULÄSSIGE GRÜNDE AUSSCHLIEßEN:

- **Diskriminierung vermeiden:** Keine Ablehnung wegen Herkunft, Geschlecht, Religion, Behinderung, Alter oder sexueller Identität (§ 1 AGG).
- **Keine Kündigung zur Unzeit:** Laufende Behandlung nicht abrupt beenden – Übergangslösung anbieten.

4. VORGEHENSWEISE BEI ABLEHNUNG:

- **Dokumentation anlegen:** Wer, wann, was, warum? Zeugen benennen.
- **Patient informieren:** Ruhig, sachlich, ohne Eskalation.
- **Hausrecht beachten:** Polizei nur als letztes Mittel, Schweigepflicht wahren.
- **KV oder Krankenkasse informieren:** Bei Vertragsärzten empfohlen.

5. NACHBEREITUNG:

- **Eintrag in Patientenakte:** Grund und Ablauf der Ablehnung festhalten.
- **Team informieren:** Einheitliches Vorgehen sicherstellen.



BILDGEBENDE DIAGNOSTIK

Wenn der Flügel lahmt – Tenosynovitis der langen Bizepssehne bei rheumatoider Arthritis

ANAMNESE: Die Erstvorstellung der aktuell 62-jährigen Patientin erfolgte 9/2023. Zum damaligen Zeitpunkt bereits seit mehreren Monaten polytope Gelenkschmerzen und -schwellungen. 11/2023 Diagnose einer seropositiven rheumatoiden Arthritis (RA) und Einleitung einer Basistherapie mit Methotrexat 15 mg. Unter Basistherapie weitgehende Remission der entzündlichen Grunderkrankung. Bei Wiedervorstellung (Routinekontrolle) 12/2025 berichtete die Patientin über eine neu aufgetretene schmerzhafte Funktionseinschränkung im Bereich des linken Schultergelenks.

KLINISCHER BEFUND: 155 cm, 57 kg, RR 118/78, Puls 68/min. Gelenkstatus: Keine Schwellungen. Elevation des linken Armes deutlich eingeschränkt (Abduktion ca. 20°)

LABOR: Hb 12,8 g/dl, CRP 4,1 mg/l, BKS 24/h, Leukozyten 7.200/μl, Kreatinin 0,63 mg/dl, RF pos. (121 IU), ccP pos., ANA 1:100

BILDGEBENDE DIAGNOSTIK: Sonografie (s. u.)

DIAGNOSE: TENOSYNOVITIS DER LANGEN BIZEPSSEHNE BEI RA

Die Sonografie gilt als erstes bildgebendes Verfahren hoher Wertigkeit bei der Diagnose einer Tenosynovitis der langen Bizepssehne, da sie dynamische Untersuchungen ermöglicht und periphere sowie intraartikuläre Abschnitte zuverlässig darstellt. Typische sonografische Kriterien umfassen eine Sehenschwellung mit echoarmen Arealen, umgebende Flüssigkeitsansammlungen in der Sehenscheide (Halo-Phänomen), synoviale Verdickungen und erhöhten Dopplerfluss als Hinweis auf Hypervaskularisation. Die Methode ist untersucherabhän-

gig, bietet jedoch eine hohe Sensitivität (50–96 %) und Spezifität (bis 100 %) für Instabilitäten, Luxationen oder Rupturen, insbesondere durch Provokation in Außenrotation.

VERGLEICH ZU MRT: Die Magnetresonanztomografie (MRT), vorzugsweise mit Kontrastmittel (MR-Arthrografie), stellt das Mittel der Wahl für detaillierte anatomische Beurteilung dar, insbesondere bei intraartikulären Läsionen wie Sanduhr-Bizeps (fortgeschrittene Form der Bizepssehnenläsion) oder SLAP-Läsionen (eine Verletzung der oberen Gelenkklippe [Labrum]), wo sie unregelmäßige Sehnenkonturen, intratendinöse Signalsteigerungen (T2w-FS-Sequenzen) und peritendinöse Effusionen überlegen darstellt. Im Gegensatz zur Sonografie erfasst die MRT Komorbiditäten der Rotatorenmanschette besser (Sensitivität 63–80 %, Spezifität 87–91 %), ist jedoch kostspieliger, zeitaufwendiger und kontraindiziert bei Implantaten oder Klaustrophobie. Beide Verfahren ergänzen sich: Sonografie primär für dynamisches, kostengünstiges Screening, MRT bei unklaren Fällen oder Therapieplanung.

WEITERE VERFAHREN: Röntgenaufnahmen dienen der Ausschlussdiagnostik knöcherner Pathologien (z. B. Kalkablagerungen), sind jedoch bei reiner Tenosynovitis unsensibel. CT-Arthrografie oder konventionelle Arthrografie spielen eine untergeordnete Rolle und werden selten eingesetzt. Die definitive Diagnosesicherung erfolgt durch klinisch-sonografische Korrelation, wobei eine Arthroskopie bei therapierefraktären Fällen indiziert ist. ■

Prof. Dr. med. Herbert Kellner

Schwerpunktpraxis für Rheumatologie und Gastroenterologie
und Ärztlicher Leiter der Abteilung Rheumatologie
Romanstr. 9, 80639 München

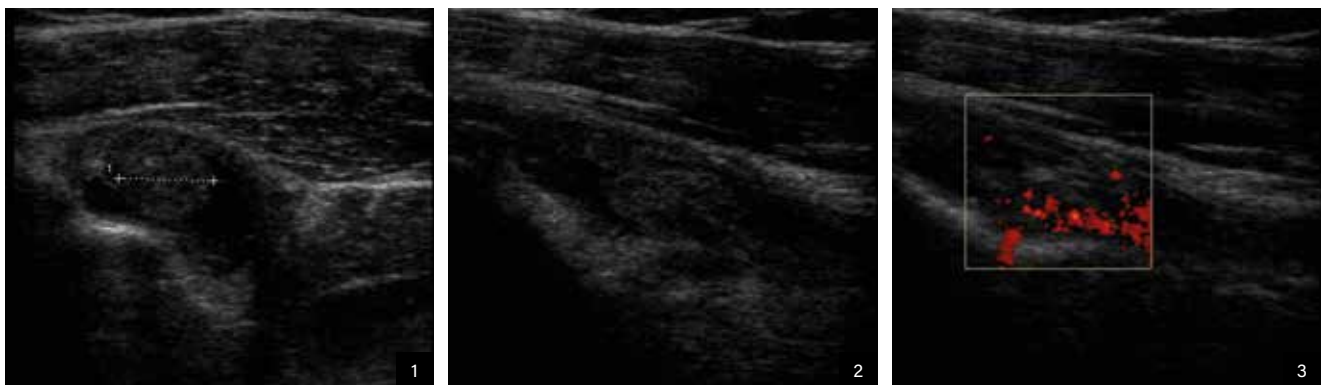


Abb.: Sonografie linkes Schultergelenk: 1. Querschnitt und 2. Längsschnitt über der verbreiterten langen Bizepssehne mit echoarmen ausgeprägten Halo bei akuter Tenosynovitis. 3. Längsschnitt über der langen Bizepssehne mit Power-Doppler. Befund einer klinischen aktiven Tenosynovitis der langen Bizepssehne mit dem Power-Doppler Synovitis Grad II-III.

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

RHEUMATISCHE AUTOIMMUNERKRANKUNGEN

Deutlich erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen

Schon länger ist bekannt, dass eine chronische Inflammation bei rheumatischen Autoimmunerkrankungen (AIRD) sowie anderen AIDs wie Psoriasis, CED oder Multipler Sklerose mit psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen assoziiert ist. Das Ausmaß der Problematik verdeutlichen von britischen Experten um Arish Mudra Rakshasa-Loots, Edinburgh, vorgelegte Daten zu über 1,5 Millionen Menschen aus der Our Future Health-Kohortenstudie.

In der groß angelegten Studie wurden Personen mit AIRD (n=37.808) und solche ohne (n=1.525.347) verglichen. Bei den AIRD-Patienten fand sich gegenüber dem Vergleichsarm eine mit 28,8 vs. 17,9 % (p<0,001) signifikant höhere Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen, die sich auch einzeln für Depression (25,5 vs. 15,2 %), Angststörungen (21,2 vs. 12,5 %) und bipolare Störungen (0,9 vs. 0,5 %) bestätigte. Auch die Prävalenzen einer derzeitigen Depression (18,6 vs. 10,5 % gemäß einem PHQ-9-Score ≥ 10) und Angststörung (19,9 vs. 12,9 % mit einem Wert ≥ 8 auf der GAD-7-Skala) fielen in der AIRD-Gruppe höher aus. In einer logistischen Regressionsanalyse war das Risiko für die Entwicklung einer affektiven Störung bei den AIRD-Patienten fast doppelt so hoch (Odds Ratio, OR 1,86; p<0,001).

Die Assoziationen blieben in abgeschwächter Form auch nach einer Adjustierung auf Alter, Geschlecht und Ethnizität (OR 1,75; p<0,001) sowie zusätzlich Haushaltseinkommen, familiärer Vorgeschichte affektiver Störungen, chronischen Schmerzen sowie Häufigkeit sozialer Interaktionen bestehen (OR 1,48; p<0,001).

Das im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei AIRD fast doppelt so hohe Risiko für psychische Erkrankungen unterstreicht einmal mehr die Bedeutung eines regelmäßigen Screenings auf Depression und Angststörungen in der rheumatologischen Praxis. ■

Quelle: BMJ Ment Health 2025; 28(1): e301706

Trends der Fatigue in der Kerndokumentation

Fatigue stellt ein großes Problem im Management von Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis dar. Auf Basis von Daten der Kerndokumentation von 2007 bis 2023 untersuchten deutsche Experten um Katja Thiele, Berlin, die Verlaufsmuster von Fatigue in den vergangenen 17 Jahren sowie deren Assoziation mit von Ärzten und Patienten berichteten Outcomes und sozialen Faktoren.

In die Analyse wurden Daten von ca. 9.300 Patienten pro Jahr einbezogen, darunter solche mit Arthritis, Spondyloarthritis, Kollagenosen und Vaskulitiden. Fatigue wurde auf einer numerischen Ratingskala (0–10) erfasst, wobei Werte >2 als vorhanden und >6 als schwerwiegend definiert wurden. Auftreten und Schweregrad wurden nach Diagnose, Geschlecht und Jahr verglichen. Fatigue-Cluster wurden anhand von Verlaufsmustern über drei aufeinanderfolgende Visiten identifiziert.

Fatigue betraf 55 % (adulte Still-Krankheit) bis 67 % (systemische Sklerose) der Patienten, wobei bis zu 26 % (systemische Sklerose) unter schwerer Fatigue litten. Ein erheblicher Anteil von Frauen (47–61 %) und Männern (35–52 %) berichtete moderate bis schwere Fatigue.

Trotz deutlicher klinischer Verbesserungen (CRP -40 %, druckschmerzhaftes Gelenke -50 %, ärztlich bewertete Krankheitsaktivität -42 %) und einem Anstieg der Erwerbstätigkeit (von 52 auf 70 %) blieb die mittlere Fatigue stabil. Im Verlauf wiesen 35 % eine dauerhaft niedrige, 23 % eine dauerhaft hohe, 24 % eine zunehmende und 19 % eine abnehmende Fatigue auf. Druckschmerzhaftes Gelenke und Morgensteifigkeit unterschieden am besten zwischen den Clustern mit dauerhaft hoher versus niedriger Fatigue. Emotionales Wohlbefinden, körperliche Funktion, Bewältigungsstrategien und Schlafqualität zeigten eine stärkere Assoziation mit den Fatigue-Verläufen als Entzündungsmarker. Die Unterschiede zwischen den Clustern waren deutlich größer als die zwischen den einzelnen Diagnosen.

Fatigue betraf zahlreiche Frauen und Männer, unabhängig von der Diagnose. Die Verläufe spiegeln ein komplexes Zusammenspiel klinischer und psychosozialer Faktoren wider. Das Management sollte im Einklang mit den EULAR-Empfehlungen 2023 multidimensionale Interventionen beinhalten, die emotionales Wohlbefinden, körperliche Funktion und soziale Unterstützung adressieren – über die reine Entzündungskontrolle hinaus. ■

Quelle: Semin Arthritis Rheum 2026; 76: 152895



RHEUMATISCHE AUTOIMMUNERKRANKUNGEN

Väterliche DMARD-Exposition vor Schwangerschaft

Bei Männern mit Autoimmunerkrankungen des rheumatischen Formenkreises (AIRD) vor der Empfängnis ist über die Auswirkungen von csDMARDs, bDMARDs und tsDMARDs auf die Geburtsausgänge bislang nur relativ wenig bekannt. Neue Erkenntnisse lieferten nun taiwanesischen Experten um Yi-Ming Chen, Taichung.

Um den Einfluss der väterlichen Exposition gegenüber csDMARDs, bDMARDs oder tsDMARDs auf Geburtsausgänge zu untersuchen – insbesondere in Bezug auf kleine Neugeborene für das Gestationsalter, Frühgeburten und angeborene Fehlbildungen – wurde basierend auf Registerdaten eine bevölkerungsbasierte Geburtskohorte mit Vätern mit AIRDs von 2004 bis 2020 gebildet. Als väterliche Exposition vor der Empfängnis galt die Verordnung von Immunsuppressiva (IS) oder Biologika zwischen 38 und 60 Wochen vor dem Entbindungstermin des Neugeborenen.

Analysiert wurden 42.493 Geburten von Vätern mit AIRD, von denen 14,3 % während der Präkonzeptionsphase IS oder Biologika ausgesetzt waren. Eine logistische IPTW-Regressionsanalyse

mit Berücksichtigung von Kovariablen zeigte spezifische Risiken für Frühgeburt, Geburtsfehler oder für das Gestationsalter sehr kleine Neugeborene (VSGA). Methotrexat (MTX) zeigte allein keinen nachteiligen Effekt, während z. B. Ciclosporin mit einem um 45 % (95% KI 1,19–1,76) bzw. 51 % (95% KI 1,35–1,70) erhöhten Risiko für VSGA und Frühgeburt assoziiert war. Azathioprin (Odds Ratio, OR 1,47; 95% KI 1,31–1,65) war mit einem höheren Risiko für Geburtsfehler verbunden, ebenso Nicht-TNF-Inhibitoren (OR 1,69; 95% KI 1,48–1,93) und tsDMARDs (OR 5,19; 95% KI 2,33–11,39). Väter, die csDMARDs allein oder mit bDMARDs oder tsDMARDs erhielten, hatten ein erhöhtes Risiko für Geburtsfehler (OR 1,71; 95% KI 1,47–2,00). Spezifische Geburtsfehler im Verbund mit bDMARDs umfassten kardiovaskuläre Anomalien (OR 1,61; 95% KI

1,37–1,89), Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (OR 1,62; 95% KI 1,15–2,29) und muskuloskelettale Fehlbildungen (OR 2,29; 95% KI 1,82–2,89). Väter, die csDMARDs kombiniert mit bDMARDs oder tsDMARDs erhielten, hatten ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Anomalien, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und muskuloskelettale Fehlbildungen.

Während die väterliche MTX-Einnahme nicht mit ungünstigen Geburtsausgängen assoziiert war, könnte die Exposition gegenüber anderen IS oder Biologika trotz geringer Fallzahlen mit negativen Geburtsausgängen verbunden sein – weitere Daten hierzu wären hilfreich. ■

Quelle: Arthritis Res Ther 2025; 27(1): 223

AID positiver Faktor für CAR-T-Zelltherapie bei Krebs

Die CAR-T-Zelltherapie wird derzeit bei Autoimmunerkrankungen (AID) erforscht, vor allem aber in der Krebsbehandlung eingesetzt. US-amerikanische Experten um Jeffrey Sparks, Boston, untersuchten in einer großen retrospektiven Kohortenstudie, ob eine bestehende AID mit einer erhöhten Häufigkeit schwerwiegender Nebenwirkungen oder einer längeren Krankenhausaufenthaltsdauer bei Patienten, die eine CAR-T-Zelltherapie zur Behandlung hämatologischer Krebserkrankungen erhalten, verbunden ist.

Für die Studie wurden Daten des National Inpatient Sample herangezogen, um klinische Ergebnisse bei 1.321 erwachsenen Krebspatienten zu analysieren, die eine CAR-T-Zelltherapie erhielten (60 % Non-Hodgkin-Lymphom, 23 % Multiples Myelom). Verglichen wurden Patienten mit und ohne zusätzlich bestehende AID. Mithilfe multivariabler Regressionsmodelle, angepasst auf Alter, Geschlecht, Ethnie, Krebsart und Begleiterkrankungen, wurden die Assoziationen mit Krankenhausaufenthaltsdauer, schweren Nebenwirkungen und Sterblichkeit im Krankenhaus bewertet.

Im Ergebnis zeigte sich bei AID-Patienten (am häufigsten rheumatoide Arthritis) ein signifikant kürzerer Krankenhausaufenthalt mit einer durchschnittlichen Reduktion um 2,1 Tage (95% KI 0,5–3,6). Auch schwere Nebenwirkungen traten bei Patienten mit AID seltener auf als bei Patienten ohne (67,7 vs. 78,6 %; adjustierte Odds Ratio 0,55; 95% KI 0,31–0,99). Bei den AID-Patienten kam es zu keiner schweren Neurotoxizität (ICANS Grad 4/5) und seltener zu einem Zytokin-Freisetzungsyndrom (CRS). Die Krankenhausmortalität unterschied sich mit je 3 % zwischen den Gruppen nicht sig-

nifikant. AID-Patienten hatten nach einer CAR-T-Zelltherapie zur Krebsbehandlung kürzere Krankenhausaufenthalte und ein geringeres Risiko für schwere Nebenwirkungen – letzteres bestätigt bisherige Daten, wonach z. B. CRS und ICANS bei Patienten mit CAR-T-Zelltherapie aufgrund einer AID seltener auftreten und weniger schwer sind als bei solchen mit Einsatz gegen hämatologische Tumoren. ■

Quelle: ACR Open Rheumatol 2025; 7(10): e70112



RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Prädiktoren für Progression bei seropositiver Arthralgie

Eine seropositive Arthralgie, also Gelenkschmerzen ohne klinische Synovitis bei RF- und/oder ACPA-positiven Personen, gilt als präklinisches Stadium der rheumatoiden Arthritis (RA). Da die frühzeitige Identifizierung von Risikopersonen entscheidend für eine rechtzeitige Therapieintervention ist, untersuchten argentinische Rheumatologen um Rodrigo Garcia Salinas, Buenos Aires, die Prävalenz von seropositiver Arthralgie in einer großen Früharthritids-Kohorte, verglichen die Basischarakteristika mit RA und identifizierten Prädiktoren für die Progression zur RA nach einem Jahr.

Eine der bisher größten prospektiven Studien zum RA-Progressionsrisiko wurde im Rahmen von Rheuma-Check, einem strukturierten Diagnoseprogramm zur frühzeitigen rheumatologischen Beurteilung in Argentinien, durchgeführt.

Patienten mit seropositiver Arthralgie (94 % RF+, 21 % ACPA+, 17 % RF/ACPA+) oder RA wurden anhand klinischer, serologischer und bildgebender Untersuchungen identifiziert und über 12 Monate nachbeobachtet. Mithilfe logistischer Regression wurden unabhängige Prädiktoren für die Entwicklung einer RA ermittelt.

Von 1.730 Patienten wurden 208 (12 %) als seropositive Arthralgie und 225 (13 %) als RA klassifiziert. Im Vergleich zu RA hatten erstere Patienten weniger druckschmerzhaft und geschwollene Gelenke, niedrigere Entzündungsmarker und seltener eine Power-Doppler-Positivität im Ultraschall. Nach einem Jahr entwickelten 21 % der seropositiven Arthralgie-Patienten eine RA, 14 % andere immunvermittelte Erkrankungen und 65 % blieben stabil. In der multivariaten Analyse war ACPA-Positivität der einzige unabhängige Prädiktor für die Progression zu einer manifesten RA (Odds Ratio 7,7; 95% KI 1,2–60).

In der Reuma-Check-Kohorte war bei Personen mit seropositiver Arthralgie somit die ACPA-Positivität der robusteste Prädiktor für die Entwicklung einer RA nach 12 Monaten. Gut ein Fünftel der Fälle gingen nach einem Jahr in eine RA über. Ein Power-Doppler-Signal im Ultraschall war bei seropositiver Arthralgie selten, bei früher RA jedoch häufig. ■

Quelle: *Semin Arthritis Rheum* 2025; 75: 152881

Risikofaktoren für interstitielle Lungenerkrankung

Die Untersuchung von Risikofaktoren und Screening-Strategien für die mit rheumatoider Arthritis assoziierte interstitielle Lungenerkrankung (RA-ILD) bei Patienten mit früher RA war bislang unzureichend. US-amerikanische Experten um Jeffrey A. Sparks, Boston, haben jetzt die Prävalenz von RA-assoziiierter ILD, Risikofaktoren sowie das Potenzial vorgeschlagener Screening-Strategien für RA-ILD bei früher RA im Rahmen einer Querschnittsanalyse der prospektiven SAIL-RA-Studie untersucht.

In die Kohorte eingeschlossen wurden 191, zwischen 2017 und 2024 an 5 US-Zentren rekrutierte Patienten mit früher RA (Diagnose vor ≤ 2 Jahren). Diese wurden untersucht durch Befragungen, Anamnese, HRCT, Lungenfunktions- und Autoantikörper-Labortests. Eine RA-ILD wurde durch eine unabhängige Befundung der HRCTs durch Radiologen identifiziert. Risikofaktoren für RA-ILD wurden mithilfe multivariater logistischer Regression evaluiert und die prädiktive Leistung von mehreren Screening-Strategien für RA-ILD bewertet. Primärer Endpunkt war das Vorliegen einer RA-ILD.

172 der Patienten aus der SAIL-RA-Kohorte absolvierten eine HRCT der Lunge und wurden in die Analyse einbezogen: 74 % waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 55,3 Jahren, 74 % waren ACPA-positiv, 68 % RF-positiv, die mittlere RA-Dauer betrug 0,79 Jahre; 11 % wiesen in der HRCT eine RA-ILD auf. Mit RA-ILD assoziierte Faktoren waren ein DAS28-ESR $\geq 3,2$ (adjustierte Odds Ratio, aOR 7,00; 95% KI 1,95–25,13 vs.

Remission oder niedrige Krankheitsaktivität) und ein Alter ≥ 60 Jahre (aOR 3,87; 95% KI 1,33–11,27 vs. < 60 Jahre). Die Sensitivität der Screening-Strategien reichte von 0,05 bei den Paulin- bis zu 1,00 bei den ACR/CHEST-Kriterien, die Spezifität von 0,11 bei den ACR/CHEST- bis zu 0,97 bei den Paulin-Kriterien. Die Anzahl der zu screenenden Patienten mit früher RA, um einen Fall von RA-assoziiierter ILD zu erkennen, lag zwischen 3,6 (ESPOIR-Kriterien) und 7,7.

In dieser Population mit früher RA wiesen 11 % eine RA-ILD auf. Eine moderate oder hohe Krankheitsaktivität sowie ein Alter ≥ 60 Jahren waren stark mit einer RA-ILD assoziiert. Mehrere vorgeschlagene Screening-Strategien, die auf Faktoren basieren, die routinemäßig am Point of Care verfügbar sind, zeigten Potenzial für die Erkennung von RA-assoziiierter ILD bei Patienten mit früher RA. ■

Quelle: *Lancet Rheumatol* 2025; 7(12): e851-e863

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Aktivitätstracker könnten Schübe vorhersagen

Physiologische Parameter, welche die physische Aktivität und Herzfrequenz abbilden, sind bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) verändert. US-amerikanische Experten um Robert P. Hirten, New York, untersuchten, ob Veränderungen solcher Messwerte, die mit beliebigen Wearables erfasst wurden, sowohl symptomatische als auch entzündliche RA-Schübe identifizieren und diesen vorausgehen können.

Insgesamt 53 RA-Patienten (im Mittel 51,1 Jahre, 88,7 % Frauen, Krankheitsdauer 9,5 Jahre) beantworteten täglich Fragebögen zur Krankheitsaktivität und stellten Laborwerte zur Entzündungsaktivität bereit. Als Devices trugen sie eine Apple Watch (n=35), Fitbit (n=17) oder Oura Ring (n=3), mit denen sowohl die Herzfrequenz (HF), Ruheherzfrequenz (RHF), Herzfrequenzvariabilität (HFV) als auch Schrittzahl aufgezeichnet wurden. Assoziationen zwischen HF, RHF und Schrittzahl mit Schub- und Remissionsphasen wurden mit linearen gemischten Effektmodellen erhoben. Gemischte Effektmodelle untersuchten zirkadiane Merkmale der HFV. Mithilfe gemischter logistischer Regressionsmodelle wurden Veränderungen physiologischer Parameter vor dem Auftreten von Schüben analysiert.

Jeder Studienteilnehmer lieferte im Mittel Daten über 105 Tage. Die durchschnittliche Schrittzahl war während symptomatischer Phasen niedriger, während die durchschnittliche nächt-

liche Herzfrequenz in diesen Perioden höher lag als während symptomatischer Remission. Die durchschnittliche tägliche HF, die HF tagsüber, nachts und die RHF waren während entzündlicher Schübe höher als während „entzündlicher Remission“. Zirkadiane Merkmale der HFV unterschieden sowohl entzündliche als auch symptomatische Schübe von Remissionsphasen. Alle Messwerte waren bis zu vier Wochen vor dem Auftreten von entzündlichen und symptomatischen Schüben verändert.

Für entzündliche Schübe betrug in einem statistischen Modell Sensitivität und Spezifität jeweils 97 %, für symptomatische Schübe lagen diese Werte bei 96 bzw. 97 %. Dies deutet auf das Potenzial von Wearables für das Krankheitsmonitoring und die Vorhersage von Schüben hin. Von einer praktischen Anwendung ist man aber noch weit entfernt, weitere Studien hierzu sind unabdingbar. ■

Quelle: *Sci Rep* 2025; 16(1): 318

Neue Daten zur Schubprädiktion bei DMARD-Reduktion

Die „Optimierung“, sprich Dosisreduktion, von bDMARDs kann bei Patienten mit rheumatoider Arthritis eine Option sein, die seit mindestens sechs Monaten in Remission sind. Allerdings birgt dieser Ansatz das Risiko eines Schubs, weshalb verlässliche Prädiktoren für die klinische Entscheidungsfindung gesucht werden. Einen Anlauf hierzu nahmen spanische Rheumatologen um Francisco J. Blanco, A Coruña, in der randomisierten, offenen Phase-IV-Nichtunterlegenheitsstudie OPTIBIO.

An fünf spanischen Krankenhäusern wurden 195 RA-Patienten in anhaltender Remission unter stabiler bDMARD-Therapie im Verhältnis 1:1 auf eine Standardbehandlung oder eine Dosisreduktion (Optimierung) randomisiert (n=99 vs. 96). Der primäre Endpunkt war der Vergleich des Anteils an Gelenkschüben (DAS28 >2,6, SDAI >3,3 oder Verlust von Boolean-Remission) nach 12 Monaten mittels Nichtunterlegenheits-Analyse in der Intention-to-treat-Population, sowie die Identifikation von Prädiktoren für Schübe und anhaltende Remission.

Insgesamt traten 39 Schübe im Optimierung- bzw. Kontrollarm auf (22,7 vs.

17,2 %), entsprechend einer Risikodifferenz von -5,5 % (95% KI -16,8 % bis 5,7 %; p=0,33). Im Schub-freien Überleben war die Optimierung nach 12 Monaten nicht signifikant unterlegen (Hazard Ratio, HR 1,33; p=0,288), nach 18 (HR 1,91; p=0,025) und 24 Monaten (HR 1,87; p=0,010) dann aber doch. Zwei Vorhersagemodelle wurden entwickelt: eines für Schübe (AUC 0,84), welches DAS28-CRP, VAS-Schmerz, Erosionen, systolischen Blutdruck und Hämoglobin berücksichtigte, und ein weiteres für anhaltende Remission (AUC 0,77), das DAS28-CRP, Alter und RF beinhaltete. Die Hinzunahme molekularer Biomarker verbesserte die AUCs auf 0,91 bzw. 0,88. Signifikante Un-

terschiede bei Nebenwirkungen gab es nicht.

Die Dosisoptimierung von bDMARDs war hinsichtlich der Schubrate der Standardtherapie somit nicht nichtunterlegen, zeigte jedoch eine vergleichbare Sicherheit. Es wurden zudem Vorhersagemodelle für Remission und Schübe entwickelt, die (vor allem bei Einschluss bestimmter Einzelnukleotid-Polymorphismen) bei der Auswahl von Patienten für eine sichere Umsetzung dieser Strategie helfen könnten. ■

Quelle: *Rheumatology* 2026; doi: 10.1093/rheumatology/keag050

GRAPPA-Definitionen für schwer behandelbare Formen

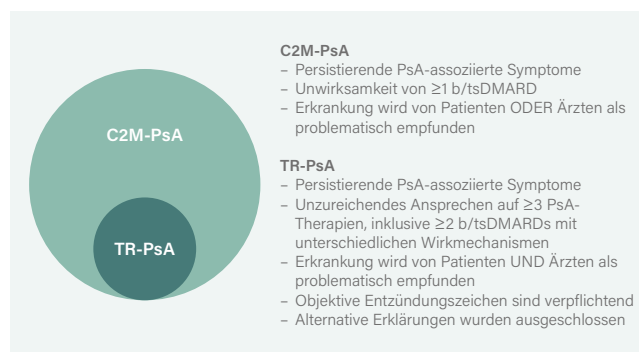
Ein erheblicher Anteil der Patienten mit Psoriasis-Arthritis (PsA) leidet an einer schwer verlaufenden, anhaltenden und schwer behandelbaren Erkrankung. Aktuelle Reviews zeigen, dass weniger als 30 % der PsA-Patienten eine Remission erreichen und fast 50 % trotz Behandlung weiterhin Symptome berichten. Eine internationale GRAPPA-Arbeitsgruppe um Fabian Proft, Berlin, hat jetzt (ähnlich wie zuvor die EULAR) eine konsensbasierte Terminologie für zwei verschiedene Zustände entwickelt: Komplex zu behandelnde PsA (C2M-PsA) und therapierefraktäre PsA (TR-PsA).

C2M-PsA ist definiert als fortbestehende Symptome trotz Behandlung mit ≥ 1 bDMARD oder tsDMARD und kann durch Faktoren wie Komorbiditäten, überlappende Krankheitsbilder, psychosoziale Belastung und therapiebezogene Herausforderungen (z. B. mangelnde Adhärenz) beeinflusst sein. TR-PsA ist eine spezifische Unterform der C2M-PsA und ist durch das Versagen von ≥ 3 Therapien (jeweils mit unterschiedlichen Wirkmechanismen, darunter ≥ 2 b/tsDMARDs), anhaltend problematische Symptome und objektive Nachweise für eine fortbestehende Entzündung gekennzeichnet (Abb.).

Das Ziel dieser Definitionen ist es, die Terminologie zu standardisieren, eine individuellere Versorgung sowie Forschung zu unterstützen, die die klinische Praxis verbessern kann. Die PsA wird häufig durch Begleiterkrankungen wie metabolisches Syndrom, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Angststörungen, Depressionen und Fibromyalgie kompliziert, die alle zur Krankheitsaktivität, Patientenbelastung und zu therapeutischen Herausforderungen beitragen. Trotz zahlreicher Fortschritte in

den letzten zwei Jahrzehnten ist weiterhin unklar, welche Wirkstoffe wann eingesetzt werden sollten. Mit den Konzepten von C2M- und TR-PsA könnte man fortgeschrittene Therapien besser vergleichen. Die Definitionen von C2M- und TR-PsA sind praxisnah und bilden die Grundlage für zukünftige Beobachtungsstudien. ■

Quelle: *Nat Rev Rheumatol* 2026; 22(2): 132-144



SCG-Beteiligung auch Indikator für Krankheitsschwere

Die Beteiligung des Sternoklavikulargelenks (SCG) bei PsA ist bislang wenig charakterisiert. Kanadische Rheumatologen um Vinod Chandran, Toronto, untersuchten jetzt die Prävalenz und klinischen Assoziationen in einer longitudinalen PsA-Kohorte.

In der Studie wurden retrospektiv prospektiv erhobene Daten aus dem Gladman Krembil Psoriatic Arthritis Program analysiert. Patienten mit SCG-Beteiligung (schmerzhaftes und/oder geschwollenes SCG) wurden identifiziert und deren demografische, klinische und laborchemische Daten sowie zur Therapie erfasst. Potenzielle Assoziationen mit klinisch geschwollenem SCG wurden mithilfe uni- und multivariabler Modelle mit generalisierten Schätzgleichungen untersucht. Von 1.737 PsA-Patienten (im Mittel 41,4 Jahre, 42 % Männer) wiesen 182 (10,5 %) eine SCG-Beteiligung auf, darunter 36 (2,1 %) ein klinisch geschwollenes SCG zu irgendeinem Zeit-

punkt während der Nachbeobachtung. Bei 33,1 % der Betroffenen war die SCG-Beteiligung bereits initial vorhanden.

In univariaten Analysen war die SCG-Beteiligung signifikant mit einer höheren Anzahl geschwollener Gelenke (SJC) (Odds Ratio, OR 1,14; 95% KI 1,08–1,16), Daktylitis (OR 4,51; 95% KI 2,02–10,05) und Enthesitis (OR 6,74; 95% KI 3,45–13,15) assoziiert. Es zeigten sich keine signifikanten Assoziationen mit Geschlecht, Krankheitsdauer, axialer und Nagelbeteiligung, PASI, pustulöser Psoriasis oder HLA-Markern. In der multivariaten Analyse blieb die SCG-Schwellung mit einer höheren SJC (OR 1,08; 95% KI

1,03–1,14), Enthesitis (OR 4,54; 95% KI 1,98–10,45), Daktylitis (OR 4,54; 95% KI 1,98–10,45) und geringeren Anwendung von b/tsDMARDs (OR 0,30; 95% KI 0,10–0,88) assoziiert. Die SCG-Beteiligung ist somit eine unterschätzte, aber klinisch bedeutsame Manifestation der PsA, die mit einer höheren Krankheitslast und Enthesitis verbunden ist und häufig eine Eskalation auf ein b/tsDMARD erfordert. ■

Quelle: *Rheumatology* 2025; doi: 10.1093/rheumatology/keaf583



PSORIASIS-ARTHRITIS

Intensive bDMARD-First- versus Standard-Step-up-Strategie

Treat-to-Target (T2T)-Strategien erwiesen sich bereits zuvor als vorteilhaft bei Psoriasis-Arthritis (PsA). Niederländische Rheumatologen um Gonul Hazal Koc, Rotterdam, untersuchten in der 12-monatigen, multizentrischen, offenen, randomisiert-kontrollierten STAMP-Studie, ob eine T2T-Strategie mit früher intensiver Behandlung durch den Interleukin (IL)-17A-Inhibitor Secukinumab bei PsA-Patienten bessere Ergebnisse erzielt als ein Standard-Step-up-Schema.

In die Studie eingeschlossen wurden 120 DMARD-naive Patienten ≥ 18 Jahre (im Mittel 49 Jahre, 41 % Frauen) mit neu diagnostizierter PsA gemäß den CASPAR-Kriterien und ≥ 2 geschwollenen Gelenken. Diese wurden im Verhältnis 1:1 auf eine frühe Secukinumab- oder Standardtherapie randomisiert. Die Secukinumab-Gruppe erhielt initial eine s.c.-Injektion 300 mg und anschließend alle 4 Wochen, zusätzlich zu einer wöchentlichen oralen Methotrexat (MTX)-Dosis von 15 mg für max. 12 Monate. Wurde die alle 3 Monate erfasste minimale Krankheitsaktivität (MDA) nicht erreicht, wurde Secukinumab durch einen TNF-Inhibitor (TNFi) ersetzt, bei Bedarf gefolgt von einem zweiten TNFi. Falls

nötig wurde dieser abgesetzt und die Behandlung auf Apremilast umgestellt. Die Standardtherapie-Gruppe erhielt 15 mg MTX, steigend auf 25 mg nach 6 Wochen, für max. 12 Monate. Wurde keine MDA erreicht, erfolgte eine Eskalation gemäß Standardschema. Beide Gruppen erhielten zu Beginn eine i.m.-Injektion mit 80 mg Methylprednisolon. Primärer Endpunkt war das ACR50-Ansprechen nach 6 Monaten in der ITT-Population.

Nach 6 Monaten erreichten ein ACR50-Ansprechen 42 vs. 35 % der Patienten in der Secukinumab- bzw. Standardtherapie-Gruppe (relatives Risiko, RR 1,19, 95% KI 0,75–1,88; $p=0,45$); somit wurde der primäre Endpunkt nicht erreicht. Un-

erwünschte Ereignisse (UE) traten bei 50 vs. 53 % der je 60 Teilnehmer auf, schwere UE bei 10 vs. 8 %. Todesfälle traten nicht auf. Der frühzeitige Einsatz einer intensiven Behandlung mit Secukinumab im Rahmen einer T2T-Strategie führte nicht zu signifikanten Vorteilen gegenüber einem konventionellen Step-up-Schema. Nach 12 Monaten zeigten sich ähnliche klinische Verbesserungen, wobei je die Hälfte der Patienten ein ACR50-Ansprechen erreichte, was darauf hindeutet, dass die Behandlungsziele unabhängig von der initialen Therapie erreichbar sind. ■

Quelle: *Lancet Rheumatol* 2026; 8(1): e23-e32

Nach Anti-TNF-Versagen: Zyklisieren oder Wechseln?

Die Vielzahl verfügbarer bDMARDs für Psoriasis-Arthritis macht es möglich, nach Versagen der ersten fortgeschrittenen Therapie verschiedene Wirkmechanismen (MoA) in Betracht zu ziehen. Es fehlt jedoch weiterhin an Real-World-Evidenz zu einer Zyklisierungs- versus Wechselstrategie. Eine retrospektive Beobachtungsstudie italienischer Rheumatologen um Eleonora Celletti, Chieti, verglich jetzt anhand der Retentionsrate (als Proxy für Wirksamkeit) die Effektivität von Zweitlinientherapien nach Versagen eines TNF-Inhibitors (TNFi) zwischen Zyklisierung und Wechseln.

452 PsA-Patienten, bei denen die Erstlinientherapie mit einem TNFi versagte und die anschließend entweder erneut einen TNFi oder einen Interleukin-17-Inhibitor (IL-17i) erhielten, wurden retrospektiv aus 25 Zentren ausgewählt. Es wurden demografische und krankheitsbezogene Daten (Krankheitsdauer, klinischer Phänotyp, DAPSA-Score) sowie die gleichzeitige Anwendung von csDMARDs erfasst. Die Patienten wurden in die Gruppen „Zyklisierung“ (zweiter TNFi) oder „Wechsel“ (Umstellung auf IL-17i) eingeteilt. Kaplan-Meier-Überlebenskurven wurden zur Auswertung der Retentionsrate verwendet, eine Cox-Regression wurde durchgeführt, um Faktoren für letztere zu identifizieren.

In der Zyklisierungs- und Wechsel-Gruppe befanden sich 275 bzw. 177 Patienten. Im Ergebnis war die Retentionsrate in der Wechsel-Gruppe nach 12 Monaten höher als in der Zykli-

sierungs-Gruppe (78 vs. 68 %; $p<0,001$). Auch nach drei Jahren zeigte sich ein Vorteil (60 vs. 40 %). Prädiktoren für Therapieunterbrechungen waren die Zyklisierungs-Strategie ($p<0,001$), PsA-Krankheitsaktivität ($p=0,013$), das Verschreibungsjahr ($p=0,016$), und eine axiale ($p=0,013$) sowie gemischte Beteiligung ($p=0,001$).

Die Wechselstrategie zeigte bei PsA-Patienten, die auf den ersten TNFi nicht ansprachen, eine höhere Therapietreue als die Zyklisierung. Dieses Ergebnis unterstützt die Hypothese, dass ein Wechsel des Wirkmechanismus insgesamt die Chancen erhöht, die am besten wirksame PsA-Therapie zu finden. ■

Quelle: *BMC Rheumatol* 2025; 9(1): 144



HIER STEHT EINE ANZEIGE.

SPONDYLOARTHRITIS

Strukturelle Progression bei axialer SpA versus axialer PsA

Die Psoriasis-Arthritis mit entzündlicher axialer Beteiligung (axiale PsA) und axiale Spondyloarthritis (axSpA) sind eigenständige Krankheitsbilder innerhalb des Spektrums der Spondyloarthritiden. Trotz überlappender klinischer und bildgebender Merkmale sind Ausmaß und Muster der radiografischen Progression der Wirbelsäule bei axialer PsA im Vergleich zur axSpA bislang unzureichend charakterisiert. Deutsche Rheumatologen um Xenofon Baraliakos, Bochum/Herne, verglichen jetzt in einer retrospektiven Kohortenstudie die strukturelle Progression bei axSpA und axialer PsA.

Eingeschlossen wurden 246 Patienten (172 mit axSpA, 74 mit axialer PsA) mit seitlichen Röntgenaufnahmen der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule. Die radiografische Progression wurde mithilfe des modifizierten Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score (mSASSS) quantifiziert. Ein angepasstes lineares Mixed-Effects-Modell wurde verwendet, um Unterschiede in der longitudinalen Assoziation mit dem mSASSS zwischen axSpA und axialer PsA zu analysieren. Der mSASSS unterschied sich zu Studienbeginn deutlich und lag im Mittel bei 6 bei axSpA und 0,96 bei axialer PsA. Die mittlere Veränderung des mSASSS pro Patient über 2 Jahre war insgesamt gering, aber bei Patienten mit axSpA höher als bei jenen mit axialer PsA (0,39 vs. 0,07). Insgesamt zeigten 27 % der axSpA- und 5 % der axiale PsA-Patienten einen mSASSS-Anstieg von mehr als 0

Einheiten über 2 Jahre. Im Ergebnis war die geschätzte mittlere Progression des mSASSS über zwei Jahre bei axialer PsA im Vergleich zu axSpA leicht niedriger (adjustiert $\beta = -0,088$; 95% KI -0,446 bis 0,271).

Bei Patienten mit axialer PsA wurde über zwei Jahre somit eine geringfügig niedrigere mittlere mSASSS-Progression festgestellt als bei jenen mit axSpA. Jedoch weist das breite Konfidenzintervall auf eine große Unsicherheit und theoretische Vereinbarkeit mit keinem Unterschied hin, was weitere Studien erforderlich macht. ■

Quelle: Arthritis Res Ther 2026; 28(1): 17

Geschlechtsunterschiede beim Absetzen von Medikamenten

Bei axialer Spondyloarthritis sind geschlechtsspezifische Unterschiede etwa beim Therapieansprechen gut etabliert mit in aller Regel schlechteren Ergebnissen bei Frauen. US-amerikanische Rheumatologen um Rachael Stovall, Seattle, haben jetzt Geschlechtsunterschiede beim Absetzen von Medikamenten bei axSpA-Patienten untersucht, die eine Therapie mit TNF-Inhibitoren (TNFi), Interleukin-17A-Inhibitoren (IL-17i) oder Januskinase-Inhibitoren (JAKi) begonnen haben.

Anhand von Daten aus dem Rheumatology Informatics System for Effectiveness (RISE)-Registry (2003–2025) wurde das Absetzen von Medikamenten nach Geschlecht bei 7.200 neuen Nutzern (im Mittel 52,7 Jahre, 58,3 % Frauen) von TNFi (n=6.256), IL-17i (n=693) und JAKi (n=251) bewertet. Cox-Regressionsmodelle wurden eingesetzt, um Assoziationen zwischen Geschlecht und Therapieabbruch unter Berücksichtigung von soziodemografischen und klinischen Faktoren zu analysieren.

Außerdem wurde das Fortführen der Medikamenteneinnahme nach Geschlecht und Altersgruppe (18–64 vs. >65 Jahre) mittels Kaplan-Meier-Kurven evaluiert und Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Alter, ethnischer Zugehörigkeit sowie Area Deprivation Index (ADI) überprüft.

Bei TNFi-Anwendern hatten Frauen ein um 24 % höheres Risiko für einen Therapieabbruch im Vergleich zu Männern (Hazard Ratio, HR 1,24; 95% KI 1,16–1,32). Bei IL-17i-Anwendern war das Risiko für Frauen um 25 % erhöht (HR 1,25; 95% KI 1,01–1,54). Hingegen wurden bei JAKi-Anwendern keine signifikanten Geschlechtsunterschiede festgestellt. Unter den TNFi-Anwendern hatten Frauen <65 Jahre die geringste Wahrscheinlichkeit,

die Therapie fortzuführen. Es gab keine statistisch signifikanten Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Alter, Ethnizität oder ADI.

In einem großen US-Register setzten Frauen mit axSpA häufiger als Männer TNFi und IL-17i ab. Größere Studien mit längerer Nachbeobachtungszeit sind erforderlich, um das Fehlen von Geschlechtsunterschieden beim Absetzen von JAKi zu bestätigen, da diese Gruppe bislang zu klein ist, um dies mit ausreichender Sicherheit zu konstatieren. ■

Quelle: Arthritis Care Res 2025; doi: 10.1002/acr.70001



AXIALE SPONDYLOARTHRITIS

Unterschiedliche Perspektiven von Rheumatologen und Patienten

Auch bei der axialen Spondyloarthritis (axSpA) sind oft differierende Einschätzungen zur Zufriedenheit mit dem Management der Erkrankung zu konstatieren. Das Ziel einer europäischen Expertengruppe um Xenofon Baraliakos, Herne/Bochum, war es, die Charakteristika der axSpA zu untersuchen und die Erfahrungen von Rheumatologen und Patienten im Umgang mit axSpA in einer großen Real-World-Population anhand von Daten einer Querschnittserhebung zu verstehen.

Zwischen Juni 2023 und Juni 2024 füllten Rheumatologen aus Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und Großbritannien für jeweils acht konsekutive erwachsene axSpA-Patienten (insgesamt 2.165 Patienten) Fragebögen aus. Dieselben Patienten wurden gebeten, freiwillig einen eigenen Fragebogen auszufüllen (was aber nur 538 machten), sodass die Angaben von Rheumatologen und Patienten verglichen werden konnten. Die Umfragen bildeten den klinischen Status, Symptome, Therapieentscheidungen, Präferenzen und Zufriedenheit ab.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten die axSpA-Patienten weiterhin Symptome

wie Morgensteifigkeit (35 %), entzündliche Schmerzen im Rücken, in der Hüfte oder im Gesäß (25 %) sowie Fatigue (25 %), obwohl 77 % eine fortgeschrittene Therapie (b/tsDMARDs) erhalten hatten. Es bestand eine moderate Übereinstimmung zwischen Patienten und ihren Rheumatologen zum Schweregrad der Erkrankung (gewichtete Übereinstimmung 86 % zum Zeitpunkt der Befragung, $\kappa=0,515$) sowie zur Zufriedenheit mit der aktuellen Therapie. Das häufigste Therapieziel für Rheumatologen war eine niedrige Krankheitsaktivität (76 %), während für Patienten die Schmerzlinderung am wichtigsten war (61 %). Rheumatologen nannten fehlende Wirksamkeit, unzureichende Schmerz- und Schub-

kontrolle sowie verbleibende Müdigkeit als Gründe für Unzufriedenheit mit der Behandlung.

Patienten und Rheumatologen waren sich hinsichtlich der Wahrnehmung des Schweregrads und der Zufriedenheit mit der Behandlung nur mäßig einig und unterschieden sich dabei in ihren Erwartungen an das Therapieziel. Die Studie unterstreicht somit die Notwendigkeit einer fortlaufenden Einbindung der Patienten in Gespräche und Entscheidungen zum Management ihrer axSpA. ■

Quelle: *Semin Arthritis Rheum* 2026; 76: 152884

Langzeiteffekte von NSAR auf radiografische Progression

Zur Frage, ob und inwieweit NSAR bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis jenseits der Schmerzlinderung auch zur Hemmung der radiografischen Progression beitragen, lieferten Studien durchaus unterschiedliche Ergebnisse. Deutsche Rheumatologen um Murat Torgutalp, Berlin, veröffentlichten jetzt neue Daten aus dem GESPIC-Register, in dem der Einfluss von NSAR, sowohl von COX-2-Inhibitoren als auch nicht-selektiven (ns-)NSAR, auf die radiografische Progression der Wirbelsäule bei radiografischer und nicht-radiografischer axSpA (r-/nr-axSpA) exploriert wurde.

Anhand von Daten aus der deutschen GESPIC-Kohorte wurden Analysen an 252 axSpA-Patienten (139 nr-axSpA und 113 r-axSpA) durchgeführt, von denen mindestens zwei Sets von Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule vorlagen. Der Endpunkt war die Progression im modifizierten Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score (mSASSS) in 2-Jahres-Intervallen (pro 10 Punkt-Erhöhung im NSAR-Einnahmescore). Es wurden sequenzielle Modelle des Mittelwerts mithilfe generalisierter Schätzgleichungen erstellt und dabei für longitudinal wiederholte Expositionsmessungen und zeitabhängige Störfaktoren adjustiert.

Zu Studienbeginn befanden sich 201 Patienten (80 %) unter NSAR-Behandlung, davon nahmen 46 (18 %) COX-2-Inhibitoren und 156 (62 %) ns-NSAR ein, der durchschnittliche Gesamtscore der NSAR-Einnahme lag bei 38,3. Eine Erhöhung des NSAR-Einnahmescore um 10 Punkte war mit einer Verlangsamung der radiografischen Progression verbunden ($\beta = -0,052$; 95% KI -0,097 bis -0,007), wobei dieser Effekt bei r-axSpA-Patienten am stärksten ausgeprägt war ($\beta = -0,077$; 95% KI -0,152 bis -0,003). COX-2-Inhibitoren zeigten einen etwas niedrigeren Punktschätzer (wenn auch nicht statistisch signifikant) für die Pro-

gression im Vergleich zu ns-NSAR bei allen axSpA-Patienten ($\beta = -0,061$ bzw. -0,045).

Die Ergebnisse deuten auf einen günstigen Effekt einer höheren NSAR-Einnahme, vor allem von COX-2-Hemmern, auf die Verlangsamung der radiografischen Progression bei axSpA hin. Diese Erkenntnisse können hilfreich bezüglich der Therapiestrategie bei r-axSpA sein, während für nr-axSpA noch weitere Forschung notwendig ist. ■

Quelle: *Arthritis Rheumatol* 2025; doi: 10.1002/art.43447

SPONDYLOARTHRITIS

Therapietreue von Secukinumab versus TNF α -Inhibitoren

Bei Spondyloarthritis (SpA) stehen nach NSAR-Versagen primär TNF-Inhibitoren (TNFi) und Interleukin-17A-Inhibitoren (IL17i) wie Secukinumab zur Auswahl. Griechische Rheumatologen um Prodromos Sidiropoulos, Heraklion, verglichen in einer prospektiven, monozentrischen Kohortenstudie die langfristige Therapietreue, relevante Einflussfaktoren und die klinischen 6-Monats-Ansprechraten bei SpA-Patienten, die neu mit Secukinumab oder TNFi in der Routineversorgung behandelt wurden.

In die Studie eingeschlossen wurden konsekutive Patienten mit axialer oder peripherer SpA (ax-/perSpA), einschließlich Patienten mit Psoriasis-Arthritis (PsA), die neu Secukinumab oder einen TNFi erhielten oder darauf umgestellt wurden. Die Therapietreue und die Raten von niedriger/minimaler Krankheitsaktivität wurden mittels Kaplan-Meier-Kurven sowie multivariaten und mittels Propensity-Score adjustierten Regressionsanalysen bewertet.

Insgesamt wurden 644 Patienten ausgewertet (Secukinumab: 214, TNFi: 430). Die nicht-adjustierte 4-Jahres-Therapiersistenzrate war bei Secukinumab in

der gesamten SpA-Kohorte höher als bei TNFi (38,7 vs. 30,5 %; $p=0,004$), dies galt sowohl für die axSpA- (37 vs. 34,5 %; $p=0,044$) als auch für die perSpA-Kohorte (40 vs. 18,2 %; $p=0,011$). Die multivariate Analyse bestätigte ein erhöhtes Abbruchrisiko für TNFi (Hazard Ratio, HR 1,62, 95% KI 1,23–2,14; $p<0,001$), sowohl aufgrund mangelnder Wirksamkeit (HR 1,38) als auch aus Sicherheitsgründen (HR 2,95). PsA, Adipositas und weibliches Geschlecht beeinflussten die therapiebezogene Wirksamkeit signifikant. Die 2-Jahres-Persistenzrate bei adipösen PsA-Patientinnen lag bei 76 % für Secukinumab im Vergleich zu 39 % für TNFi, während sie bei nicht-adipösen Män-

nern mit axSpA bei 48 vs. 78 % lag. Das 6-Monats-Ansprechen war unter beiden Therapien bei Patienten mit axSpA, perSpA und PsA vergleichbar.

Die prospektive Real-World-Studie zeigt Unterschiede in der Therapietreue von Biologika bei SpA. Sollten sich die unterschiedlichen Effekte von Adipositas, Geschlecht und spezifischer SpA-Diagnose auf die Therapietreue bestätigen, könnten sie die klinische Entscheidungsfindung optimieren und die Behandlungsergebnisse verbessern. ■

Quelle: Arthritis Res Ther 2025; 27(1): 202

Bei spätem Beginn Verwechslungsgefahr mit PMR

Die Polymyalgia rheumatica (PMR) ist eine altersassoziierte entzündliche Erkrankung mit Beteiligung des Schulter- und Beckengürtels. In der MRT zeigt sich eine extrakapsuläre/entheseale Beteiligung des Weichgewebes sowohl bei PMR als auch bei SpA, wobei ein Knochenmarködem (BME) im Bereich der Sakroiliakalgelenke und der perienthesealen Wirbelsäule charakteristisch für SpA ist. Die gemeinsame anatomische Lokalisation kann zu ähnlichen klinischen Merkmalen führen. Britische Rheumatologen um Dennis McGonagle, Leeds, beschrieben jetzt die Charakteristika von zunächst als PMR diagnostizierten SpA-Patienten.

Patienten mit Diagnose einer PsA oder axialen SpA wurden daraufhin untersucht, ob sie zunächst als PMR diagnostiziert wurden. Es wurden nur Patienten eingeschlossen, die retrospektiv die EULAR/ACR-Klassifikationskriterien von 2012 oder die Bird et al.-Kriterien für PMR erfüllten. Es wurden klinische Daten zur initialen PMR-Diagnose, Bildgebung, dem weiteren Follow-up und der Therapie erhoben, ebenso wie radiologische oder MRT-Befunde, die schließlich zur endgültigen Diagnose führten.

Insgesamt 31 Patienten (median 62 Jahre, 55 % Frauen) mit typischen PMR-Schulter-/Beckengürtelschmerzen wurden

später als SpA-Spektrum-Erkrankungen klassifiziert. Die SpA-Diagnose wurde bei 12 Patienten innerhalb von drei Monaten nach Vorstellung und bei 19 im weiteren Verlauf nach median 3 Jahren gestellt. 15 % der getesteten Patienten waren HLA-B27-positiv. Ein BME in der MRT fand sich in 80 % der Fälle, im Bereich der Wirbelsäule (60 %) und/oder der Sakroiliakalgelenke (68 %). Eine klinische Besserung mit CRP-Normalisierung trat bei 68 % nach initialer Glukokortikoid (GK)-Therapie ein, wobei es bei einem Drittel dieser Patienten später zu einem Schub oder erneuten CRP-Erhöhung kam. 68 % aller Patienten erhielten DMARDs: 26 % csDMARDs, 35 % einen

TNF- oder Interleukin-17-Inhibitor, die übrigen 32 % bekamen ≤ 10 mg/Tag GK.

Spät einsetzende SpA mit PMR-typischer klinischer Präsentation ist durch Therapieversagen oder Schwierigkeiten beim Ausschleichen von GK gekennzeichnet und wird häufig durch SpA-spezifische Osteitis-Muster im MRT erkannt. Wo möglich könnte ein PMR-SpA-Overlap zur Wirksamkeit bestimmter Biologika bei steroidrefraktärer PMR beitragen. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; 78(1): 131-140

Neue Empfehlungen jetzt auch international publiziert

Zwar wurden die Empfehlungen zum Management der Polymyalgia rheumatica (PMR), entwickelt von den deutschen (DGRh), österreichischen (ÖGR) und schweizerischen (SGR) rheumatologischen Gesellschaften sowie anderen Organisationen, bereits 2024 erstmals auf dem DGRh-Kongress vorgestellt sowie 2025 in der ZfR publiziert – jetzt folgte sogar noch die Veröffentlichung im Fachorgan der britischen Rheumatologen, was deren Bedeutung nur weiter unterstreicht.

Die Empfehlungen wurden auf Basis einer systematischen Literaturrecherche aktualisiert, die die zwischen Juli 2016 und Januar 2024 veröffentlichte Evidenz zu Therapieinterventionen und PMR-Prognosefaktoren erfasste. Die Suchstrategie entsprach jener der ursprünglichen Empfehlungen aus 2018, wurde jedoch um zielgerichtete DMARDs erweitert. Basierend auf Evidenz und Expertenmeinungen entwickelte die sich aus 12 Ärzten, 2 RFAs und 2 Patienten aus 3 Ländern zusammensetzende Task Force um Frank Buttgereit, Berlin, für die S2e-Leitlinie vier übergeordnete Prinzipien (u. a. Differenzialdiagnosen berücksichtigen, rasche Diagnosesicherung, Risikostratifizierung und Therapieentscheidung durch Rheumatologen) und sieben spezifische Empfehlungen. (1, 2)

Das aktuelle Update bekräftigt die bisherigen Leitlinienempfehlungen für Glukokortikoide (GK; 15–25 mg Prednison-Äquivalent pro Tag) als Initialtherapie der PMR nach gesicherter Diagnose,

mit anschließender Reduktion über 4–12 Monate (abhängig davon, ob ein GK-sparendes Medikament verwendet wird), sowie Überwachung der Krankheitsaktivität und therapiebedingter Nebenwirkungen. Interleukin-6-Rezeptorblocker (IL-6Ri) sollten zusätzlich zu GK bei Patienten mit rezidivierendem Krankheitsverlauf erwogen und bei Patienten mit neu aufgetretener PMR und hohem Risiko für GK-bedingte Nebenwirkungen in Betracht gezogen werden. Methotrexat oder Rituximab sind mögliche Alternativen. Älteren, gebrechlichen Patienten sollte ein individuell angepasstes Bewegungsprogramm angeboten werden. Diese aktualisierten Empfehlungen sollen als Hilfe für evidenzbasierte Entscheidungen dienen und eine qualitativ hochwertige Versorgung aller PMR-Patienten gewährleisten. ■

Quellen:

1 Z Rheumatol 2025; 84(6): 494–505

2 Rheumatology 2025; doi: 10.1093/rheumatology/keaf646

Gute Daten zur Steroideinsparung mit Methotrexat

In der deutschen PMR-Leitlinie wird zugunsten der Interleukin-6-Rezeptorinhibition Methotrexat (MTX) nur noch als Alternative und nicht mehr Mittel der ersten Wahl zur Glukokortikoid (GK)-Einsparung bei Patienten mit Rezidiven oder verlängertem GK-Gebrauch empfohlen. Frühere randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) lieferten widersprüchliche Ergebnisse und nutzten nur niedrige MTX-Dosen (7,5–10 mg/Woche). Erstmals auf dem EULAR-Kongress 2025 vorgestellt, publizierten jetzt niederländische Rheumatologen um Aatke van der Maas, Nijmegen, die Ergebnisse einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Studie mit MTX 25 mg/Woche bei neu diagnostizierter PMR.

In der 52-wöchigen Studie wurden 64 Patienten mit neu diagnostizierter PMR gemäß den ACR/EULAR-Klassifikationskriterien aus 2012 und einem GK-Gebrauch für <8 Wochen im Verhältnis 1:1 auf MTX 25 mg/Woche oder Placebo im Verbund mit einem 24-wöchigen GK-Tapering randomisiert. Primärer Endpunkt war eine GK-freie Remission zu Woche 52, definiert als ein PMR-Aktivitätsscore (AS) <10 und keine GK-Einnahme, stratifiziert nach Geschlecht und Entzündungsmarkern.

Im Ergebnis erreichten 80 vs. 46 % der letztlich 58 analysierten Patienten den

primären Endpunkt einer GK-freien Remission in Woche 52 (Risikodifferenz 34 %; $p=0,0042$). Überdies zeigte sich im Hinblick auf sekundäre Outcomes eine signifikant niedrigere Rate an Rezidiven (Inzidenzraten-Verhältnis, IRR 0,62; $p=0,046$) sowie eine kürzere Zeit bis zur GK-freien Remission (28 vs. 39 Wochen; $p=0,013$). In anderen sekundären Endpunkten und in Bezug auf unerwünschte Ereignisse fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Die kleine, aber qualitativ hochwertige RCT zeigte somit einen klaren Nutzen von hoch dosiertem MTX für das Erreichen einer steroidfreien Remis-

sion bei Patienten mit de novo PMR. Für selektierte Patienten könnte MTX somit hilfreich sein, weitere Daten hierzu, so etwa zum Timing der MTX-Initiierung, wären aber wünschenswert. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2025;
doi: 10.1016/j.ard.2025.11.025





POLYMYALGIA RHEUMATICA

Biomarker für vaskuläre Entzündung identifiziert

Polymyalgia rheumatica (PMR) und Riesenzellarteriitis (RZA) überlappen sich häufig. Bisher fehlen aber Biomarker zur Erkennung von vaskulären Entzündungen bei PMR-Patienten. Irische Rheumatologen um Sharon Cowley, Dublin, untersuchten in einer multizentrischen, prospektiven, longitudinalen Studie bei konsekutiven Patienten mit neu diagnostizierter PMR den diagnostischen Wert der Serumspiegel von Angiopoietin-1 und -2, Interleukin (IL)-6, IL-17A, IL-23, C-X-C Motif Chemokine Ligand (CXCL)-9 und Osteopontin (OPN) bei der Identifizierung von vaskulären Entzündungen.

Die Serumspiegel der Biomarker wurden mit ELISA-Testkits gemessen und bei den Patienten eine standardisierte Gefäßsonografie der Schläfen- und Achselarterien durchgeführt, um vaskuläre Entzündungen festzustellen. Proben wurden von 53 PMR-, 13 subklinischen RZA bei PMR- (sRZA) und 59 RZA-Patienten entnommen. Das Serum von RZA-Patienten unterschied sich signifikant von dem der PMR-Patienten mit höheren Werten für Angiopoietin-1 ($p<0,001$), Angiopoietin-2 ($p<0,001$), CXCL-9 ($p<0,001$), OPN ($p<0,001$), IL-6 ($p=0,02$) und IL-17 ($p<0,001$). Angiopoietin-1, IL-17, OPN ($p<0,001$) und CXCL-9 ($p=0,004$) waren bei sRZA in PMR im Vergleich zu reiner PMR zum Ausgangszeitpunkt signifikant erhöht. IL-23, Angiopoietin-2 oder IL-6 unterschieden sich nicht signifikant zwischen sRZA in PMR und reiner PMR. Die ROC-Analyse ergab eine AUC von 0,801 für Angiopoietin-1 (Sensitivität 84,6 %,

Spezifität 70 %), 0,892 für IL-17 (Sensitivität 84,6 %, Spezifität 79,2 %), 0,814 für OPN (Sensitivität 84,5 %, Spezifität 79,2 %) und 0,892 für CXCL-9 (Sensitivität 92,3 %, Spezifität 62,3 %).

Im Ergebnis weist die subklinische RZA bei PMR somit ein Biomarker-Profil auf, das der RZA näher kommt als der PMR. Die Ausgangswerte von Angiopoietin-1, IL-17, Osteopontin und CXCL-9 könnten helfen, PMR-Patienten mit vaskulärer Entzündung zu identifizieren. Diese könnten zusätzlich zur Bildgebung ein nützliches Screening-Instrument sein, um PMR-Patienten zu erkennen, die von einer weiterführenden Diagnostik profitieren könnten. ■

*Quelle: Rheumatology 2025;
doi: 10.1093/rheumatology/keaf603*

RIESENZELLARTERITIIS

Wirksamkeit von Tocilizumab bei Aortitis im Fokus

Bei Aortitis handelt es sich um eine häufige und potenziell schwere Komplikation der Riesenzellarteriitis. Der mit Aortitis assoziierte Phänotyp (RZA-Aortitis) kann größere therapeutische Herausforderungen darstellen als der kranial dominierte Phänotyp. Der Interleukin (IL)-6-Rezeptorinhibitor Tocilizumab ist für die RZA zugelassen, obwohl seine Wirksamkeit bei RZA-Aortitis bisher nicht in randomisierten, kontrollierten Studien spezifisch beurteilt wurde. Dessen Effektivität bei RZA-Aortitis untersuchten jetzt spanische Rheumatologen um Ricardo Blanco, Santander.

In der multizentrischen Beobachtungsstudie wurde die Wirksamkeit und Sicherheit einer Tocilizumab-Monotherapie im Vergleich zu Tocilizumab in Kombination mit csDMARDs (TCZ-Kombination) bei Patienten mit RZA-Aortitis unter Praxisbedingungen analysiert sowie nach Variablen gefahndet, die mit einer bildgebenden Remission assoziiert sind. Die Endpunkte nach 12 und 24 Monaten umfassten die klinische Remission, die nach EULAR-Kriterien definierte Remission, die bildgebende Remission, den Prednison-sparenden Effekt und die Sicherheit. Mittels multivariater logistischer Regression wurden Faktoren iden-

tifiziert, die mit einer bildgebenden Remission nach 24 Monaten assoziiert sind.

Insgesamt erhielten 196 Patienten (75,5 % Frauen) mit RZA-Aortitis Tocilizumab (69,4 vs. 30,6 % als Monotherapie bzw. TCZ-Kombination). Nach 24 Monaten war die bildgebende Remission in der TCZ-Kombinations-Gruppe höher (50,0 vs. 15,8 %; $p=0,026$). Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bezüglich einer klinischen oder EULAR-Remission. Die TCZ-Kombination zeigte einen Prednison-sparenden Effekt. Die Rate schwerwiegender unerwünschter Ereignisse (UE) war bei TCZ-Kombination

numerisch niedriger (8,7 vs. 13,2 pro 100 Patientenjahre; $p=0,21$). Die Odds Ratio für eine bildgebende Remission lag unter der TCZ-Kombination bei 5,26 ($p=0,046$).

Bei Patienten mit RZA-Aortitis könnte die TCZ-Kombinations-wirksamer als die TCZ-Monotherapie sein, um eine bildgebende Remission zu erreichen und GK-Reduktion zu ermöglichen – allerdings ohne klare Hinweise auf eine Verringerung schwerwiegender UE. ■

Quelle: Semin Arthritis Rheum 2025; 75: 152869

Effektive Steroideinsparung mit Anti-IL-5-Therapien

Bei Patienten mit eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) hatte die Phase-III MANDARA-Studie eine Nichtunterlegenheit von Benralizumab im Vergleich zu Mepolizumab in puncto Remission belegt. Mehr mit Benralizumab behandelte Patienten erreichten ein vollständiges Absetzen von oralen Glukokortikoide (GK). In einer Post-hoc-Analyse nahm die internationale Studiengruppe um Parameswaran K. Nair, Hamilton (Kanada), die Wirksamkeit von Benralizumab und Mepolizumab bei der Reduktion oraler GK genauer in den Blick, insbesondere hinsichtlich des Zeitpunkts und der Nachhaltigkeit der Reduktion sowie des kumulierten GK-Gebrauchs.

Erwachsene mit EGPA, die $\geq 7,5$ mg/Tag orale GK mit oder ohne immunsuppressive Therapie benötigten, wurden in MANDARA auf Benralizumab 30 mg (n=70) oder Mepolizumab 300 mg (n=70) s.c. alle 4 Wochen über 52 Wochen randomisiert. Die Dosis oraler GK wurde bei Patienten mit stabiler EGPA nach klinischem Ermessen der Prüfarzte reduziert. Reduktionen des Steroidbedarfs (auf ≤ 4 mg/Tag, um $\geq 50\%$ oder vollständiges Absetzen) galten als anhaltend, wenn sie bis Woche 40 erreicht und bis Woche 52 beibehalten wurden.

Die kumulative orale GK-Dosis über 12 Monate betrug in beiden Gruppen etwa

1.800 mg. In den Wochen 49 bis 52 lag die mediane Dosis unter Benralizumab bei 1,16 (0,0–16,6) und unter Mepolizumab bei 3,00 (0,0–25,7) mg/Tag. Die Zeit bis zur ersten oder anhaltenden Reduktion oraler GK auf ≤ 4 mg/Tag oder um $\geq 50\%$ sowie die akkumulierte steroidfreie Dauer waren in beiden Gruppen ähnlich. Mehr mit Benralizumab als mit Mepolizumab behandelte Patienten konnten orale GK vollständig absetzen (33 vs. 20; Hazard Ratio [HR] für die Zeit bis zum ersten vollständigen Absetzen 1,84, 95% KI 1,06–3,27; $p=0,0291$) und blieben dann frei von oralen GK (17 vs. 7; HR für die Zeit bis zur Reduktion 2,97, 95% KI 1,26–7,77; $p=0,0268$). In beiden Armen war das

vollständige Absetzen oraler GK in allen Subgruppen vergleichbar, unabhängig vom ANCA-Status oder vom Einsatz von Immunsuppressiva.

Das Targeting des Interleukin (IL)-5-Rezeptors mit Benralizumab oder von zirkulierendem IL-5 mit Mepolizumab sind wirksame Strategien zur Einsparung oraler GK bei EGPA-Patienten – mit im Vergleich leichten Vorteilen für den IL-5-Rezeptorinhibitor. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2025; doi: 10.1002/art.43398

Kardiale Manifestationen früh auf dem Schirm haben

Bei der eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis wurde bereits zuvor eine kardiale Beteiligung als der wichtigste Prädiktor für die Mortalität identifiziert. Ziel einer monozentrischen Studie deutscher Rheumatologen um Nils Venhoff, Freiburg, war es, bisher unbehandelte Patienten mit EGPA sowie deren kardiale Manifestationen zum Zeitpunkt des Krankheitsbeginns zu identifizieren und zu charakterisieren.

In die retrospektive Studie gingen 103 EGPA-Patienten ein, bei deren Erstvorstellung ausführliche multidisziplinäre körperliche Untersuchungen und labordiagnostische Abklärungen erfolgten. Kardiale Ereignisse wurden als EGPA-bedingte Auffälligkeiten im EKG, in der Echokardiografie, der kardialen MRT, der invasiven Koronarangiografie oder der kardialen Histopathologie definiert. Bei 36 Patienten (35 %) wurden kardiale Manifestationen diagnostiziert. Patienten mit EGPA und kardialer Beteiligung zeigten typische Symptome der EGPA zusammen mit erhöhten kardialen Biomarkern. Perikarditis (77 %), Kardiomyopathie mit Herzinsuffizienz (55 %) und gesicherte Myokarditis (36 %) waren die häufigsten Diagnosen, die in einigen Fällen zu kardiogenem Schock (14 %) oder Herzstillstand (6 %) führten. Koronarspasmen, die Myokardinfarkte verursachten, wurden als lebensbedrohliche kardiale Manifestation bei 8 % der EGPA-Patienten mit kardialer Beteiligung identifiziert. Insge-

samt wiesen solche Patienten eine signifikant höhere Krankheitsaktivität und schlechtere Prognose auf, mit erhöhten medianen Eosinophilenzahlen und CRP-Werten.

Eine kardiale Beteiligung ist eine häufige Erstmanifestation der EGPA und geht mit einer erhöhten systemischen Krankheitsaktivität einher. Neben Perikarditis und Myokarditis wurden Koronarspasmen als seltene und schwere EGPA-Manifestation identifiziert. Folglich können Patienten bereits im Frühstadium der Erkrankung mit fortgeschrittener kardialer Beeinträchtigung vorstellig werden, was die Notwendigkeit einer frühzeitigen Diagnostik und Therapie zur Verbesserung der Prognose unterstreicht. ■

Quelle: RMD Open 2025; 11(4): e005816

SJÖGREN-ERKRANKUNG

Langzeitverlauf vom Kindes- bis ins Erwachsenenalter

Die im Kindesalter beginnende Sjögren-Erkrankung (SjE) ist selten, wenig erforscht, und der natürliche Verlauf im Erwachsenenalter unbekannt. Britische Rheumatologen um Coziana Ciurtin, London, untersuchten in einer monozentrischen Kohortenstudie den Langzeitverlauf und Komplikationen der im Kindesalter einsetzenden SjE sowie Behandlungsstrategien.

Die kombinierte retrospektive und prospektive Analyse einer Kohorte von 30 Patienten mit juvenilem SjE mit Langzeit-Follow-up bis ins Erwachsenenalter wurde bei 13-36-Jährigen (im Mittel 12,7 Jahre, 93 % weiblich) in einem tertiären Rheumatologie-Zentrum für Jugendliche und junge Erwachsene in London durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden im Rahmen von Routineterminen rekrutiert oder deren Daten rückblickend ab Diagnose bis zur Transition in die Einrichtung erhoben und dann prospektiv weiterverfolgt. Die Kohorte wurde anhand klinischer Phänotypen gemäß dem Florida Scoring System abgebildet und bei der letzten Visite mithilfe des Newcastle Sjögren's Stratification Tool stratifiziert. Die Krankheitsaktivität, Symptomschwe-

re und Schadenstrends wurden anhand des EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI), des EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) und des Sjögren's Syndrome Disease Damage Index (SSDDI) beurteilt.

Die häufigsten Manifestationen zu Beginn waren Fatigue (73 %), Arthralgien (70 %), Trockenheit (57 %), Drüenschwellungen (50 %) und Hautausschläge (30 %). Eine Diagnoseverzögerung >3 Jahre ab Symptombeginn erhöhte die Prävalenz von Trockenheit (100 vs. 38 %; $p=0,0014$). Es gab zwei differenzielle Verläufe in puncto Krankheitsaktivität und Symptomen (hoher/niedriger ESSDAI: 3,9 vs. 0,8; $p<0,0001$ und hoher/niedriger

ESSPRI: 5,6 vs. 3,1; $p=0,036$), die nicht durch Geschlecht, Erkrankungsalter, Symptom- oder Nachbeobachtungsdauer vorhergesagt wurden. Die SSDDI unterschied sich nicht in Abhängigkeit vom Aktivitäts- und Symptomverlauf ($p=0,080$ bzw. $p=1,0$). Beim letzten Follow-up lagen der mediane ESSDAI und ESSPRI bei 2,0 bzw. 5,3. 13 % der Patienten entwickelten ein Lymphom und 57 % akkumulierten Schäden ($SSDDI \geq 1$). Diese Ergebnisse unterstreichen den Bedarf an evidenzbasierten Therapiestrategien, um die Prognose dieser Patienten zu verbessern. ■

Quelle: *Lancet Rheumatol* 2025; doi: 10.1016/S2665-9913(25)00283-8

Prävalenz, Inzidenz und Mortalität der ILD

Die interstitielle Lungenerkrankung (ILD) ist eine schwere pulmonale Komplikation der Sjögren-Erkrankung, deren Prävalenz, natürlicher Verlauf und Überlebensrate jedoch nicht vollständig bekannt sind. Ziel der jetzt von italienischen Experten um Andreina Manfredi, Reggio Emilia, publizierten prospektiven Beobachtungsstudie EMERGE war es, Prävalenz, Inzidenz und Mortalität von SjE-ILD in einer Kohorte unselektierter, konsekutiver SjE-Patienten zu untersuchen.

Bei jedem konsekutiven SjE-Patienten erfolgte eine sorgfältige, regelmäßige Untersuchung auf respiratorische Symptome. Bei neu aufgetretener Dyspnoe, anhaltendem trockenem Husten oder dem Nachweis von Velcro-Knistern mittels elektronischer Auskultation (VECTOR) wurde eine HRCT durchgeführt. Zu Studienbeginn wurde bei 61 von 257 Patienten eine ILD festgestellt, was einer Prävalenz von 23,7 % entspricht.

Während eines durchschnittlichen Follow-up von 42,6 Monaten kam es zu drei neuen ILD-Fällen, entsprechend einer Inzidenz von 0,41 neuen Fällen pro 100 Patienten und Jahr. Eine multivariate Analyse ergab eine direkte Assoziation zwischen SjE-ILD und männlichem Geschlecht, Alter bei SjE-Diagnose sowie einer BSG >40 mm. Eine inverse Korrelation bestand mit dem Sicca-Syndrom. Das häufigsten HRCT-Muster war die unspezifische interstitielle Pneumonie (41 %), gefolgt von der üblichen interstitiellen Pneumonie (31 %).

Im Verlauf der Nachbeobachtung verstarben 21 Patienten (8,2 %), wobei ein signifikanter Unterschied im Gesamtüberleben zwischen Patienten mit und ohne ILD (66,5 vs. 88,4 %; $p<0,001$) bestand (medianes Überleben 53,4 vs. 60,8 Monate). Ein fibrotisches Muster war mit einer schlechteren Überlebensrate verbunden, während hinsichtlich des radiologischen Musters kein Unterschied festgestellt wurde. Anti-SSA-Antikörper waren ein protektiver Faktor, während das Alter bei SjE-Diagnose und das Ausmaß der ILD im HRCT (≥ 20 %) direkt mit einer erhöhten Mortalität assoziiert waren.

Eine ILD ist bei SjE-Patienten keineswegs selten und führt zu einer deutlichen Abnahme der Überlebensrate. Das Ausmaß der ILD, jedoch nicht das HRCT-Muster, stellt den wichtigsten Prädiktor für die Mortalität dar. ■

Quelle: *Semin Arthritis Rheum* 2025; 76: 152886

SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

Epstein-Barr-Virus als potenzieller Trigger bestätigt

Schon lange steht das Epstein-Barr-Virus (EBV) im Verdacht, eine ganze Reihe von Autoimmunerkrankungen (mit) auslösen zu können, indem es B-Zellen in Antigen-präsentierende Zellen umprogrammiert. Nachdem zuletzt eine klare Assoziation von EBV mit Multipler Sklerose gezeigt wurde, untersuchten kürzlich US-amerikanische Experten um William H. Robinson, Stanford, dessen Rolle für den systemischen Lupus erythematodes (SLE), wo Infektionen, und insbesondere EBV, seit geraumer Zeit als mögliche Trigger diskutiert werden.

In einer Grundlagenstudie konnte jetzt mittels Einzelzell-RNA-Sequenzierung der Nachweis geführt werden, dass B-Zellen von SLE-Patienten häufiger mit EBV infiziert sind als die von Kontrollen. So war dies in Blutproben von 11 SLE-Patienten bei ca. 25 von 10.000 B-Zellen der Fall, bei 10 gesunden Kontrollen betraf es nur 0 bis 3 von 10.000 B-Zellen. Am häufigsten waren dabei B-Gedächtniszellen infiziert. Als Ausgangspunkt für den Angriff auf das Immunsystem wird das Virusprotein EBNA2 verdächtigt, das als Transkriptionsfaktor die Gene ZEB2 und TBX21 aktiviert. Diese modifizieren

das Verhalten der B-Zelle, die jetzt als Antigen-präsentierende Zelle T-Zellen aktiviert, die dann körpereigene Zellen attackieren. Die neuen Erkenntnisse liefern zugleich ein besseres Verständnis der mit der CAR-T-Zelltherapie erreichten (potenziell langfristigen) Erfolge, da hiermit die mit EBV infizierten B-Gedächtniszellen eliminiert werden.

Noch völlig unklar ist angesichts der Tatsache, dass ca. 94 % aller Erwachsenen EBV-positiv sind, warum nur so wenige (meist Frauen) tatsächlich SLE oder andere B-Zell-getriebene Autoimmuner-

krankungen entwickeln. Zumindest theoretisch bietet die Studie neue Ansätze für die SLE-Therapie, etwa durch die gezielte Behandlung EBV-infizierter B-Zellen oder eine Hemmung des EBNA2-Proteins. Wesentlich vielversprechender (und realistischer) sind aber EBV-Impfstoffe, die sich derzeit bereits in Entwicklung befinden und einen SLE und potenziell andere Autoimmunerkrankungen verhindern könnten. ■

Quelle: *Sci Transl Med* 2025; 17(824): eady0210

Vitamin D-Spiegel mit Mortalität und kardiovaskulärem Risiko assoziiert

Der Einfluss des Vitamin D-Spiegels respektive einer Vitamin D-Supplementation wurde bei systemischem Lupus erythematodes bislang nur unzureichend untersucht. Eine US-amerikanische Gruppe um Theerada Assawasaksakul, Baltimore, untersuchte jetzt bei SLE-Patienten der Hopkins Lupus-Kohorte den Zusammenhang zwischen 25-Hydroxyvitamin D (25(OH)D)-Spiegeln und der Sterblichkeit sowie Rate von kardiovaskulären (CV) Ereignissen.

In der Kohorte wurden 2009 quartalsweise Messungen von 25(OH)D begonnen und jetzt die Assoziationen zwischen 25(OH)D-Spiegeln – zu Beginn, als Mittelwert im letzten Jahr und als aktueller Wert – und sowohl der Mortalität als auch CV-Ereignissen (Schlaganfall, Myokardinfarkt [MI], Angina/Bypass) geprüft. Durchgeführt wurde einerseits eine prospektive Analyse der nach der ersten 25(OH)D-Messung aufgetretenen Ereignisse und andererseits eine Lebenszeitanalyse, die auch Ereignisse vor dem Einschluss in die Kohorte einbezog. Alle Modelle wurden auf Alter, Geschlecht, Eth-

nie und BMI adjustiert. Die prospektive Analyse umfasste 11.302 Personenjahre von 1.768 Patienten (im Mittel 42 Jahre, >90 % Frauen, mittleres Follow-up 6 Jahre). Teilnehmer mit einem 25(OH)D-Spiegel <20 ng/ml wiesen die höchsten Raten an Mortalität und CV-Ereignissen auf. Im Vergleich zu jenen mit Werten von 30-39 ng/ml hatten Patienten mit Werten <20 ng/ml bei Einschluss in die Kohorte ein signifikant erhöhtes Sterberisiko (Hazard Ratio, HR 2,05, 95% KI 1,19-3,54; p=0,0095) und signifikant erhöhtes Risiko für CV-Ereignisse (HR 2,98, 95% KI 1,30-6,85; p=0,010). Das MI-Risiko allein war nur im Trend (HR 1,90; p=0,30), jenes für Angina/Bypass jedoch signi-

fikant erhöht (HR 3,53, 95% KI 1,13-11,0; p=0,030). Die Lebenszeitanalyse zeigte ähnliche Assoziationen, mit einem U-förmigen Verlauf des MI-Risikos.

Ein initialer 25(OH)D-Wert <20 ng/ml war bei SLE mit einer erhöhten Rate an Mortalität und kardiovaskulären Ereignissen inklusive Myokardinfarkten (aber nicht Schlaganfall) assoziiert. Das Fehlen einer Assoziation mit dem Mittelwert oder den aktuellen 25(OH)D-Werten stellt jedoch den Einfluss einer Supplementierung auf die Risikomodifikation infrage. ■

Quelle: *Ann Rheum Dis* 2025; doi: 10.1016/j.ard.2025.10.013



SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

Allogene CD19 CAR-NK-Zelltherapie als nächster Schritt?

In letzter Zeit haben autologe CD19-spezifische CAR-T-Zellen eine hervorragende Wirksamkeit bei der Behandlung von Autoimmunerkrankungen gezeigt, der optimale Ansatz (autolog vs. allogene, CD19 mit z. B. BCMA oder NK) ist aber noch völlig offen. Chinesische Experten um Dongbao Zhao, Shanghai, evaluierten in einer Studie jetzt die Sicherheit, Verträglichkeit und Wirksamkeit der allogenen CD19 CAR natürliche Killerzellen (NK)-Zelltherapie bei (zumeist) Patientinnen mit rezidivierendem oder refraktärem systemischem Lupus erythematodes (SLE).

In dieser offenen, einarmigen, prospektiven, monozentrischen First-in-Human-Fallserie wurde die allogene CD19 CAR-NK-Zelltherapie bei 18 erwachsenen Patienten (94 % Frauen, medianes Alter und Krankheitsdauer 37,5 bzw. 10,5 Jahre) mit rezidivierendem oder refraktärem SLE erprobt, die trotz ≥ 2 vorherigen Standardtherapien (darunter bei 78 % Biologika wie Belimumab und Telitacicept sowie in einem Fall eine Plasmapherese) weiterhin eine moderate bis schwere Krankheitsaktivität zeigten. Die Studie umfasste eine zeitliche und Dosiseskalation, wobei erstere bei 7 Tagen lag und die Dosiseskalation mit $0,75 \times 10^9$ CAR-NK-Zellen an Tag 0 begann. Alle Patienten erhielten ein Konditionierungsschema mit Fludarabin (25

mg/m² pro Tag) und Cyclophosphamid (300 mg/m² pro Tag), verabreicht täglich von Tag -5 bis -3, gefolgt von drei CAR-NK-Zellinfusionen innerhalb eines einzigen Behandlungszyklus in gleicher Dosierung und mit identischen Abständen zwischen den Infusionen. Dosislimitierende Nebenwirkungen wurden über 28 Tage überwacht. Die primären Endpunkte der Studie waren Sicherheit und Verträglichkeit, einschließlich der Häufigkeit dosislimitierender Toxizitäten und Nebenwirkungen.

Ein Zytokinfreisetzungssyndrom wurde nur bei 6 % der Patienten (n=1) beobachtet (Grad 1). Neurotoxizität und andere schwerwiegende Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der CAR-NK-

Zelltherapie traten nicht auf, und es wurden keine dosislimitierenden Toxizitäten festgestellt. Von 9 Patienten mit einem Follow-up ≥ 12 Monate erreichten 67 % eine DORIS-Remission und einen Lupus Low Disease Activity State (LLDAS).

Diese Studie legt nahe, dass die allogene CAR-NK-Zelltherapie eine wirksame Option bei Autoimmunerkrankungen wie SLE darstellt und die Einschränkungen der derzeitigen autologen CAR-T-Zelltherapie wie Herstellungskapazität und -zeit, Zugang, Sicherheit und Kosten adressieren könnte. ■

Quelle: Lancet 2026; 406(10522): 2968-2979

CD19 CAR-T-Zellen: Ergebnisse der CASTLE-Studie

Nach den ersten Erfolgen der CD19 CAR-T-Zelltherapie initiierte die Erlanger Gruppe um Georg Schett mit CASTLE eine zweistufige Phase-I/IIa-Basket-Studie, die die Sicherheit und Wirksamkeit des autologen CD19 CAR-T-Zellprodukts Zorpo-cel bei Patienten mit therapieresistentem SLE, systemischer Sklerose (SSc) und idiopathischen entzündlichen Myopathien (IIM) untersuchte. Jetzt erfolgte die Vollpublikation der 24-Wochen-Daten.

Primärer Sicherheitsendpunkt von CASTLE war die Rate des Zytokinfreisetzungssyndroms (CRS) und des immunvermittelten Effektorzell-Neurotoxizitätssyndroms (ICANS). Die sekundären Endpunkte zur klinischen Wirksamkeit war die Remission von SLE nach den DORIS-Kriterien, kein Fortschreiten der interstitiellen Lungenerkrankung (ILD) bei SSc und ein gutes/moderates Ansprechen nach den ACR-Kriterien bei IIM nach 24 Wochen.

Insgesamt wurden 24 Patienten eingeschlossen (10 mit SLE, 9 mit SSc und 5

mit IIM; 71 % Frauen, medianes Alter 39 Jahre), die alle 1x eine Infusion von Zorpo-cel nach Absetzen der Immunsuppressiva und einer Standard-Lymphozyten-Depletion mit Cyclophosphamid und Fludarabin erhielten. Die primären und sekundären Endpunkte wurden erreicht. Es traten keine CRS-Fälle über Grad 2 und kein ICANS auf. In puncto Wirksamkeit erreichten 92 % der Patienten die vordefinierten Endpunkte: 9 von 10 SLE-Patienten erreichten eine DORIS-Remission, 9 von 9 SSc-Patienten zeigten keine Progression der ILD und 4 von 5 IIM-Patienten erzielten ein gutes/mode-

rates ACR-Ansprechen. Darüber hinaus blieben alle Patienten über das gesamte Follow-up von 24 Wochen frei von Glukokortikoiden und anderen immunsuppressiven Therapien. CASTLE zeigt die Machbarkeit, Sicherheit und Wirksamkeit von Zorpo-cel bei drei verschiedenen Autoimmunerkrankungen und ebnet den Weg für eine weiterführende, richtungsweisende Studie – Langzeitdaten bleiben abzuwarten, ebenso jene für weitere CAR-T-Zellprodukte. ■

Quelle: Nat Med 2026;
doi: 10.1038/s41591-025-04185-6



Positive Phase-II-Ergebnisse zu Ianalumab publiziert

Die Depletion von B-Zellen oder Blockade des B-Zell-aktivierenden Faktors (BAFF) hat bei systemischem Lupus erythematoses (SLE) Vorteile gezeigt. Eine internationale Studiengruppe um Stephen John Oliver, Basel (Schweiz), hat den monoklonalen Antikörper Ianalumab, der auf den BAFF-Rezeptor (BAFF-R)-exprimierende B-Zellen abzielt, um B-Zellen zu lysieren und den BAFF-R zu blockieren, mit Placebo plus SLE-Standardtherapien (SoC) in einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-II-Studie mit anschließender Open-Label-Behandlung verglichen.

Insgesamt 67 Patienten mit aktivem SLE wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert und erhielten bis Woche 28 monatlich s.c. Ianalumab 300 mg oder Placebo. Primärer Endpunkt war das SLE Responder Index (SRI)-4-Ansprechen in Woche 28 bei Patienten, die die Kriterien zur Reduktion der Glukokortikoid (GK)-Dosis erfüllten. Anschließend erhielten sie Ianalumab offen bis Woche 48, gefolgt von explorativen Bewertungen in Woche 52 und einer Off-Treatment-Phase bis Woche 68. Das Sicherheitsmonitoring wurde bis zur Erholung der B-Zellen fortgesetzt. Beschrieben wurden die Zwischenanalysen der Daten bis Woche 68. Der primäre kombinierte Endpunkt wurde häufiger unter Ianalumab (n=34) als unter Placebo (n=33) erreicht (44,1 vs. 9,1 %), mit anhaltenden SRI-4-Ansprechraten bis Woche 52 und vergleichbaren Ergebnissen bei Patienten, die von Placebo auf Ianalumab wechselten (45,5 bzw. 40,6 %). Positive Effekte zeigten sich konsistent auch in anderen Aktivitätsparametern

(SRI-6, DORIS-Remission bei SLE, Lupus Low Disease Activity State [LLDAS], Reduktion von Schüben und GK-Verbrauch) in Woche 28, mit klinischen Vorteilen bis Woche 52 und 68. Ianalumab war nicht mit einer erhöhten Rate schwerwiegender unerwünschter Ereignisse oder schwerer Infektionen assoziiert, nur lokale Reaktionen an der Injektionsstelle traten unter Ianalumab häufiger auf.

In Woche 28 erreichten SLE-Patienten auf Ianalumab zusätzlich zur SoC somit eine geringere Krankheitsaktivität als jene mit alleiniger SoC. Die Vorteile hielten bei fortgesetzter Therapie und guter Verträglichkeit bis zu ein Jahr an. Derzeit wird Ianalumab in Phase-III-Studien bei SLE und Lupus-Nephritis (SIRIUS-SLE-1 und -2, SIRIUS-LN) geprüft. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2025; doi: 10.1016/j.ard.2025.11.015

Subkutanen Anifrolumab überzeugt in Phase-III-Studie

Bei SLE gewinnen Biologika wie Belimumab und Anifrolumab in Leitlinien stetig an Bedeutung, wobei letzteres noch mit dem Nachteil behaftet war, dass es intravenös verabreicht werden musste. Dies ändert die von einer internationalen Gruppe um Catharina Lindholm, Göteborg (Schweden), publizierte randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-III-Studie TULIP-SC zur Wirksamkeit und Sicherheit von subkutanem (s.c.) Anifrolumab bei Erwachsenen mit moderater bis schwerer SLE-Aktivität.

In TULIP-SC erhielten Erwachsene mit SLE im Verhältnis 1:1 s.c. Anifrolumab 120 mg oder Placebo 1x wöchentlich über 52 Wochen. Der primäre Endpunkt, die Differenz im BICLA-Ansprechen nach 52 Wochen, wurde in einer vorab geplanten Interimsanalyse geprüft, wichtige sekundäre Endpunkte in der vollständigen Analyse ausgewertet.

In der Zwischenanalyse (220 Patienten, Anifrolumab: n=109; Placebo: n=111) wurde der primäre Endpunkt im BICLA-Ansprechen zugunsten von s.c. Anifrolumab erreicht (59,4 vs. 43,9 %; $\Delta 15,5$ %, 95% KI 2,3–28,6 %; $p=0,0211$). Die vollständige Analyse umfasste 367 Pati-

enten (Anifrolumab: n=184; Placebo: n=183). Im Vergleich zu Placebo erreichten mehr mit s.c. Anifrolumab behandelte Patienten ein BICLA-Ansprechen bei zugleich niedriger bzw. reduzierter oraler Glukokortikoid-Dosis bis Woche 52 (56,2 vs. 34,0 %; $\Delta 22,3$ %, 95% KI 12,3–32,2 %; $p<0,0001$). Zudem war die Zeit bis zum ersten anhaltenden BICLA-Ansprechen kürzer (Hazard Ratio, HR 2,2; $p<0,0001$). Auch die Unterschiede hinsichtlich der Raten einer DORIS-Remission und niedrigen Krankheitsaktivität (LLDAS) in Woche 52 ergaben Vorteile für s.c. Anifrolumab ($\Delta 14,2$ %; $p=0,0012$ bzw. 14,1 %; $p=0,0038$). Die Häufigkeit schwerer unerwünschter Ereignisse betrug

11,9 % unter s.c. Anifrolumab und 10,4 % unter Placebo; die Häufigkeit von Herpes Zoster lag bei 3,8 bzw. 1,1 %.

Im Einklang mit der etablierten Effektivität von i.v. Anifrolumab zeigte auch die s.c.-Gabe signifikante, klinisch relevante Vorteile zusätzlich zur Standardtherapie und ein akzeptables Sicherheitsprofil. Aufgrund ihrer praktischen Vorzüge dürfte (wie zuvor bei Belimumab) für das Gros der Betroffenen die s.c.-Variante der präferierte Applikationsweg sein. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2025; doi: 10.1002/art.70041



SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

Lohnt sich Optimierung der Hydroxychloroquin-Dosis?

Die Anwendung der in Leitlinien empfohlenen Hydroxychloroquin (HCQ)-Dosis von 5 mg/kg/Tag bei systemischem Lupus erythematodes (SLE) ist mit einem erhöhten Risiko für Krankheitsschübe verbunden. Ein (aber etwas aufwendigeres) Monitoring des HCQ-Blutspiegels könnte eine potenziell bessere Möglichkeit zur Anpassung der HCQ-Dosis bieten. US-amerikanische Experten um Shivani Garg, Madison, haben jetzt in einer Beobachtungsstudie die obere Schwelle für einen Referenzbereich der HCQ-Spiegel untersucht, um die routinemäßige Überwachung zu unterstützen.

Die Studie umfasste 2.010 Patienten aus dem SLICC-Register, Wisconsin, sowie internationalen und französischen Studien, bei denen HCQ-Blutspiegel gemessen wurden. Mithilfe adjustierter Spline- und logistischen Regressionsanalysen der Querschnittsdaten wurde zunächst ein HCQ-Blutspiegel identifiziert, der mit einer erhöhten HCQ-Toxizität assoziiert ist. Anschließend wurde geprüft, ob der obere Schwellenwert supratherapeutisch ist (keine weitere Risikoreduktion für SLEDAI-2K ≥ 6). Zusätzlich wurde die Assoziation zwischen dem Stadium der chronischen Nierenerkrankung (CKD) und supratherapeutischen (toxischen) HCQ-Blutspiegeln untersucht.

Unter den 1.842 Patienten (nach Ausschluss von 168 Patienten mit sehr niedrigen HCQ-Blutspiegeln) zeigten 4,9 % eine HCQ-assoziierte Toxizität. Die Wahrscheinlichkeit für eine Toxizität war bei Blutspiegeln ≥ 1.150 ng/ml um das 2,1-Fache und bei einer kumulierten HCQ-Dosis pro 1.000 g Anstieg um das

1,7-Fache erhöht. Blutspiegel ≥ 1.150 ng/ml waren mit einer Sättigung des therapeutischen Effekts verbunden, was auf supratherapeutische Spiegel hindeutet. Patienten mit CKD-Stadium ≥ 3 hatten eine 2,3-fach höhere Wahrscheinlichkeit, supratherapeutische Spiegel (≥ 1.150 ng/ml) aufzuweisen.

Der therapeutische Referenzbereich für ein HCQ-Blutspiegel-Monitoring liegt demnach bei 750-<1.150 ng/ml. Die Überwachung des HCQ-Spiegels könnte insbesondere bei Patienten mit CKD-Stadium ≥ 3 die Anwendung von HCQ optimieren. Zukünftige Langzeitstudien sind erforderlich, um den Nutzen der Überwachung des HCQ-Blutspiegels zur Dosisoptimierung zu validieren – interessant erscheint dieses Konzept trotz höheren Aufwands durchaus. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2025; doi: 10.1002/art.70010

Prädiktoren für das Absetzen von Glukokortikoiden

Die optimale Dauer der Glukokortikoid (GK)-Behandlung bei SLE mit Lupus-Nephritis (LN) bleibt unklar. Griechische Rheumatologen um Maria G. Tektonidou, Athen, untersuchten Prädiktoren für das erfolgreiche Ausschleichen und Absetzen von GK in einer Kohortenstudie und Assoziationen mit Langzeitergebnissen und Organschäden.

Analysiert wurden Daten einer Inzidenz-kohorte (1992–2021) von 136 LN-Patienten (medianes Follow-up 121 Monate) anhand von Regressionsmodellen, um Prädiktoren für ein erfolgreiches Absetzen von GK zu bewerten.

Die mediane Zeit bis zu 7,5 bzw. 5 mg/Tag und dem vollständigen Absetzen von GK betrug 9, 12 bzw. 29 Monate nach Diagnose. Ein Komposit aus vollständigem Nierenansprechen (CR) und SLEDAI-2K ≤ 4 , die bis zum Absetzen von GK aufrechterhalten wurden (Hazard Ratio, HR 1,85; $p=0,016$), membranöse LN (HR 1,81; $p=0,01$) und die kontinuierliche Anwendung von HCQ (HR 1,49; $p=0,04$) waren mit einer kürzeren Zeit bis zum Absetzen

von GK assoziiert. Patienten, die nach 2010 diagnostiziert wurden, erreichten ein früheres Absetzen von GK. Eine kürzere Zeit bis zum CR (Odds Ratio, OR 1,05; $p=0,034$) und Lupus Low Disease Activity State (LLDAS) beim Tapering ab 7,5 mg/Tag (OR 0,23; $p=0,046$) reduzierten das Schubrisiko während des Ausschleichens. Eine vollständige DORIS-Remission zum Zeitpunkt des Absetzens (OR 0,20; $p=0,005$) und fortlaufende HCQ-Einnahme (OR 0,28; $p=0,031$) schützten vor renalen Schüben nach dem Absetzen. Weder eine höhere initiale GK-Dosis (>40 mg/Tag) noch langsameres Tapering verhinderten renale Schübe. Die Zeit bis zum Absetzen von GK (OR 1,02/Monat; $p=0,04$) und Schü-

be (OR 2,08; $p=0,036$) waren mit dem Risiko für Organschäden am Ende des Follow-up assoziiert.

Anhaltendes CR/SLEDAI-2K ≤ 4 , membranöse LN und die fortgesetzte HCQ-Einnahme stellten die Hauptprädiktoren für eine kürzere Zeit bis zum Absetzen dar, während eine vollständige DORIS-Remission beim Absetzen und fortgesetzte HCQ-Anwendung Schübe nach dem Absetzen unwahrscheinlicher machten. Sowohl die Zeit bis zum Absetzen als auch Schübe trugen unabhängig zur Akkumulation von Organschäden über 10 Jahre bei. ■

Quelle: RMD Open 2025; 11(4): e005877

Kardiovaskuläre Risikofaktoren oft unzureichend kontrolliert

Die EULAR-Empfehlungen zum kardiovaskulären (CV) Risikomanagement betonen die Bedeutung der Kontrolle traditioneller CV-Risikofaktoren beim Antiphospholipid-Syndrom (APS). Dennoch bleibt unklar, wie gut die Zielwerte dieser Risikofaktoren bei APS erreicht werden und worin die Unterschiede zwischen primärem APS und mit systemischem Lupus erythematoses (SLE)-assoziiertem APS bestehen. Mehr Klarheit schafft jetzt eine auf SURF-SLE und dem APS-Projekt basierende Querschnittsstudie internationaler Experten um Maria G. Tektonidou, Athen (Griechenland).

Eingeschlossen wurden 1.003 erwachsene, die revidierten Sapporo-Klassifikationskriterien erfüllende APS-Patienten (78 % Frauen, medianes Alter und Krankheitsdauer 47,0 bzw. 11,0 Jahre) aus 17 Zentren in 11 Ländern. Von diesen hatten 54 % ein primäres und 46 % ein SLE-assoziiertes APS (letztere erfüllten zusätzlich die SLICC-Kriterien für SLE). Das CV-Risiko wurde mittels SCORE-Algorithmus bewertet, das Erreichen der Zielwerte für CV-Risikofaktoren nach den ESC-Leitlinien. Es wurden nicht-adjustierte und adjustierte logistische Regressionsmodelle berechnet.

Es zeigte sich eine hohe Prävalenz von CV-Risikofaktoren (Hypertonie 41 %; Hyperlipidämie 34 %; Adipositas 32 %;

aktuelles Rauchen 19 %) sowie eine unzureichende individuelle (Blutdruck $\leq 130/80$ mmHg, BMI und Lipide) und kombinierte Kontrolle der CV-Risikofaktoren bei allen Patienten. Eine höhere Prävalenz von Hypertonie (50 vs. 33 %; $p < 0,0001$) und Hyperlipidämie (40 vs. 30 %; $p = 0,0009$) wurde beim SLE-assoziierten APS im Vergleich zum primären APS beobachtet, jedoch eine geringere Prävalenz des aktuellen Rauchens (16 vs. 22 %; $p = 0,012$). Patienten mit primärem APS erreichten die Zielwerte für Rauchstopp (78 vs. 84 %; $p = 0,012$), Blutdruck $\leq 130/80$ mmHg (48 vs. 57 %; $p = 0,0067$) und ≥ 2 Risikofaktorziele (Rauchen, BMI, Blutdruck, LDL) schlechter als Patienten mit SLE-assoziiertem APS. Ebenso schnitten sie schlechter beim Errei-

chen dieser Zielwerte in der Subgruppe mit hohem und sehr hohem CV-Risiko ab. Alter und anamnestiche arterielle Thrombosen waren mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit verbunden, ≥ 3 oder alle 4 CV-Risikofaktorziele zu erreichen.

In dieser großen Real-World-Studie wurde bei APS-Patienten eine hohe Prävalenz und eine suboptimale Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren festgestellt – insbesondere bei Patienten mit primärem APS, deren CV-Risiko oft übersehen wird. ■

Quelle: Lancet Rheumatol 2025; doi: 10.1016/S2665-9913(25)00257-7

Erstmals EULAR-Krankheitsaktivitäts-Score in Aussicht

Beim APS fehlt es bislang an einem validierten Krankheitsaktivitäts-Score. Die EULAR APS Disease Activity Score Collaborators um Maria G. Tektonidou, Athen (Griechenland), entwickelten und validierten jetzt mit dem EAPSDAS einen solchen Score.

Die Gruppe bestand aus 24 Mitgliedern der EULAR Task Force sowie 53 internationalen APS-Experten, 65 Patienten mit primärem APS und 21 Gesundheitsfachkräften. Die Entwicklung des EAPSDAS erfolgte in vier Phasen: 1. der Generierung von Items durch ein systematisches Literaturreview und zwei Umfragen, 2. der Reduktion der Items durch Bewertung ihrer Bedeutung für die Aufnahme in den EAPSDAS und Anwendung der Delphi-Methode, 3. der Bewertung der Items anhand realer klinischer Fallvignetten mit der ärztlichen Gesamtbewertung (PhysGA) als Referenzstandard und 4. deren Validierung.

170 die APS-Aktivität abbildende Items wurden generiert, und 140 bereinigte Kandidaten-Items von den Teilnehmern bewertet. Bei einer Zustimmungsquote von ≥ 75 % und Delphi-Konsens unter den Task Force-Mitgliedern wurden letztlich 24 Items in die EAPSDAS-Thrombotisch/Mikrovaskulär/Nicht-thrombotisch (TMN)-Skala und 6 in die geburtshilfliche Skala

aufgenommen. Für die Anwendung des EAPSDAS wird der Beobachtungszeitraum für die TMN-Skala in monatliche Intervalle unterteilt. Der jeweils höchste Wert, der in einem beliebigen Monatsintervall während der Gesamtbeobachtungsdauer erreicht wird, wird als Maximalwert definiert, der Durchschnitt aller Monatswerte als mittlerer TMN-Wert. Der Maximalwert gibt Aufschluss über das maximale Aktivitätsniveau, der Durchschnittswert über die Persistenz der Aktivität. Für die geburtshilfliche Skala gibt es keinen Durchschnittswert, da hier nur ein einzelnes Ereignis auftreten kann. Eine hohe Validität und Zuverlässigkeit wurden anhand realer klinischer Fallvignetten nachgewiesen. Obwohl noch eine weitere Validierung in prospektiven Studien erforderlich ist, empfiehlt sich schon jetzt eine genauere Lektüre der Veröffentlichung bezüglich des Scores und der Einzelitems. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2025; doi: 10.1016/j.ard.2025.10.006

OSTEOPOROSE

Neue Wege zur besseren Früherkennung einschlagen

Immer noch erfolgt die Diagnosestellung einer Osteoporose oft sehr spät, und nicht selten auch eher zufällig. Aus anderen Gründen durchgeführte Computertomografien (CT) von Thorax, Abdomen oder Wirbelsäule könnten daher zukünftig für die Osteoporose-Früherkennung genutzt werden. Die KI-gestützte Auswertung von CT-Scans prüften jetzt US-amerikanische und deutsche Experten um Miriam Bredella, New York, in einer Pilotstudie, die perspektivisch einem opportunistischen Screening den Weg ebnen könnte.

Allein in Deutschland werden jährlich über 6,8 Millionen CTs durchgeführt. Häufig sind dabei Knochen im Scanbereich enthalten, sodass die Aufnahmen zur Messung der Knochendichte (BMD) genutzt werden könnten. Obwohl die CT-Densitometrie bereits bekannt ist, hat sie sich bislang nicht gegen die duale Röntgen-Absorptiometrie (DXA) durchsetzen können. Nun entwickelten die US-Radiologen gemeinsam mit der Berliner Firma Visage Imaging eine KI-Software, die automatisiert dreidimensional eine „Region of Interest“ (ROI) im trabekulären Knochen identifiziert und die BMD ermittelt.

In einer ersten Untersuchung wertete das KI-Tool 538.946 frühere CT-Scans

von 283.499 Patienten (im Mittel 65 Jahre, 51 % Frauen) aus. In einer Stichprobe von 1.696 CT-Scans zeigte sich, dass die Software die 3D ROI mit einer Übereinstimmung zu einem Review durch Radiologen von über 99 % korrekt erkannt hatte. Die KI-Software funktionierte mit Daten aus 43 verschiedenen CT-Modellen bei einer Abweichung von <10 % und ist daher potenziell universell einsetzbar.

Entgegen der gängigen Annahme zeigte sich, dass Frauen unter 50 Jahren eine höhere BMD als gleichaltrige Männer aufwiesen. Nach der Menopause verschwand dieser Vorteil jedoch, und ältere Frauen hatten, wie aus DXA-Untersuchungen bekannt, eine geringere

BMD als Männer derselben Altersgruppe ($p < 0,001$). Es ist jetzt geplant, künftige CT-Aufnahmen für ein opportunistisches Osteoporose-Screening zu nutzen.

Der breite Praxistest steht somit noch aus, auch müssen anders als bisher, wo selbst eine erste Fraktur nicht zwingend eine spezifische Osteoporose-Therapie auslöst, solche Befunde dann auch in einer entsprechenden therapeutischen Intervention münden. ■

Quelle: Radiology 2025; 317(2): e250917

Kombination aus Romosozumab und Denosumab machbar

Bei postmenopausaler Osteoporose könnte der Übergang von einer langfristigen Denosumab-Therapie zu PTH-Analoga oder Romosozumab die Patientinnen dem Risiko eines Rebound-Phänomens aussetzen. Die Hinzunahme von Romosozumab zu Denosumab könnte eine Option für Patientinnen sein, die unter Denosumab eine Fraktur erleiden. Italienische Rheumatologen um Giovanni Adami, Verona, prüften jetzt in einer Studie die Effekte der Kombination von Romosozumab mit Denosumab.

In der 36-monatigen kombiniert retrospektiven und prospektiven Studie mit Propensity-Score-Matching wurden insgesamt 50 postmenopausale Frauen in zwei Gruppen eingeteilt: 25 Patientinnen unter Denosumab, die Romosozumab zu Denosumab hinzufügten (Denosumab von Monat -24 bis Monat 0, gefolgt von Denosumab plus Romosozumab von Monat 0 bis Monat +12), und 25 gematchte Kontrollen unter fortgesetztem

Denosumab (von Monat -24 bis Monat 0 und weiter bis Monat +12). Die Knochendichte (BMD) und Marker des Knochenumbaus (CTX, P1nP) wurden zu den jeweiligen Nachbeobachtungszeitpunkten gemessen.

Der Unterschied in der BMD zwischen der Denosumab/Denosumab plus Romosozumab- und Denosumab/Denosumab-Gruppe nach Monat +12 betrug 3,3 % (95% KI -5,2 bis 11,8), einen nicht signifikanten Trend zugunsten einer stärkeren Verbesserung durch die Kombinationstherapie anzeigend. Die Zugabe von Romosozumab zu Denosumab erhöhte

die P1nP-Konzentration zwischen Monat 0 und Monat +3 signifikant (+22,5 ng/ml; $p = 0,028$).

Fazit: Die fortgesetzte Behandlung mit Denosumab hemmte die anabole Wirkung von Romosozumab nicht, was auf eine anhaltende, modellierende Knochenbildungsaktivität hindeutet. Die Ergänzung von Romosozumab bei Patientinnen mit Therapieversagen unter Denosumab könnte eine sinnvolle Option darstellen. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2025; doi: 10.1002/art.70002



ACR CONVERGENCE 2025

Chicago: Rückblick auf ausgewählte Höhepunkte

Im vergangenen Herbst wurde der ACR-Kongress 2025 vom 24.-29. Oktober in der „Windy City“ Chicago im McCormick Place Convention Center abgehalten.

Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) besteht erstmals seit den JAK-Inhibitoren wieder die Aussicht auf eine neue Therapie, den am Programmed Cell Death-Liganden (PD-L)-1 ansetzenden Rosnilimab, das in einer Phase-II-Studie eine gute Wirksamkeit zeigte. Weitere Neuigkeiten zur RA fasst Prof. Dr. Klaus Krüger, München, zusammen. Highlight in Sachen axiale Spondyloarthritis (axSpA) war die Präsentation der gemeinsamen ASAS/SPARTAN-Klassifikationskriterien, die künftig der Bildgebung noch mehr Gewicht einräumen. Über deren Details sowie neue Studien zur Psoriasis-Arthritis (PsA) berichtet Prof. Dr. Denis Poddubnyy, Toronto/Berlin. Zu nennen sind bei PsA neben Phase-III-Daten zum oralen Tyrosinkinase (TYK)-2-Inhibitor Deucravactinib – von einer Zulassung ist auszugehen – auch eine deutsche Studie zum Vergleich von Secukinumab und Ustekinumab. Erst auf dem EULAR zu erwarten sind Details aus Phase-III zu Filgotinib bei axSpA – der primäre Endpunkt wurde erreicht. Nach Anti-TNF-Versagen boten ein zweiter TNF-Inhibitor oder der Wechsel auf einen IL-17-Hemmer eine vergleichbare Wirksamkeit. Neue Aspekte der bildgebenden Diagnostik beleuchtet Prof. Dr. Herbert Kellner, München.

Noch warten muss man im Hinblick auf die Vaskulitiden auf die detaillierten Phase-III-Ergebnisse zu Secukinumab bei Riesenzellarteriitis (RZA) – primärer Endpunkt verfehlt – und bei Polymyalgia rheumatica (PMR), wo dieser erreicht wurde. Auf dem ACR zeigten die mit Spannung erwarteten 2-Jahres-Daten der Phase-III-Studie zu Upadacitinib, dass bei RZA bei dessen Absetzen nach einem Jahr nur knapp 30 % der Betroffenen in Remission blieben und eine längere Fortführung ratsam ist. Bei PMR wies Tocilizumab im direkten Vergleich zu Methotrexat Vorteile in puncto Remission und Steroideinsparung auf, der Unterschied war aber nicht allzu groß.

Auch jenseits von CAR-T-Zellen und BiTE-Antikörpern waren die Kollagenosen das spannendste Feld. So wurden erstmals positive Phase-III-Studien bei der Sjögren-Erkrankung vorgestellt, deren Daten Prof. Dr. Martin Aringer, Dresden, bewertet. Großer Hoffnungsträger ist der B-Zell-depletierende BAFF-Rezeptor-Inhibitor Ianalumab, der in beiden Phase-III-Studien den primären Endpunkt erreichte und auch bei systemischem Lupus erythematoses (SLE) und Lupusnephritis ein heißer Kandidat ist – wie auch eine ganze Reihe anderer Antikörper. Von direktem praktischen Nutzen beim SLE ist die Zulassung von Anifrolumab jetzt auch als subkutane Applikation, die sich in einer Phase-III-Studie bewährte. ■

DIE HIGHLIGHTS FINDEN SIE AUF DEN SEITEN

- 52 Rheumatoide Arthritis** – Prof. Dr. Klaus Krüger
- 56 Spondyloarthritis** – Prof. Dr. Denis Poddubnyy
- 60 Kollagenosen** – Prof. Dr. Martin Aringer
- 64 Bildgebung** – Prof. Dr. Herbert Kellner



RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Praxisrelevante Neuigkeiten vom ACR 2025

Die Ende Oktober in der „Windy City“ Chicago stattgehabte 2025er-Ausgabe des ACR-Kongresses war zwar nicht durch Präsentation sensationeller Neuigkeiten, aber doch in gewohnter Weise durch eine Vielzahl interessanter Einzelbeiträge gekennzeichnet. Es verstärkte sich der Trend der letzten Jahre, dass schwere Systemerkrankungen wie systemischer Lupus erythematoses (SLE) und systemische Sklerose (SSc) oder die Vaskulitiden quantitativ dominierten, dennoch blieb auch für die eigentlich viel häufigeren Rheuma-Entitäten wie rheumatoide Arthritis (RA) und Spondyloarthritis genügend an Neuigkeiten übrig. Auf die RA gehen wir wie gewohnt in der Folge ein.

INTERESSANTE ALLGEMEINE THEMEN

Was bereits beim letzten EULAR-Kongress in einer niederländischen, inzwischen auch vollpublizierten Studie thematisiert worden war (1), wurde jetzt in Chicago in zwei weiteren Untersuchungen aufgegriffen: Die in unseren Therapieblättern vorgegebenen Laborkontrollen der DMARD-Therapie sind offenkundig viel zu umfangreich. In einer retrospektiven texanischen Analyse bei 3.821 Patienten unter Methotrexat (MTX) wurden bei Vergleich von Kontrollen alle sechs vs. alle drei Monate keine Unterschiede bezüglich der Auffindung von (generell sehr seltenen) pathologischen Ergebnissen gefunden. (2) Dies wurde in einer weiteren Kohortenstudie mit 2.606 Patienten unter MTX bestätigt (3), in der generell nur bei 2 % der Kontrollen Abweichungen mit Konsequenzen (2/3 Therapieende, 1/3 Dosisreduzierung) festgestellt wurden. Dass vorgegebene Pläne für Kontrollen zu einem eigentlich unvermeidbaren Aufwand führen, wurde hier dadurch unterstrichen, dass diese Kontrollen 4.546 zusätzliche Blutentnahmen, 84 zusätzliche Visiten, 104 bildgebende Untersuchungen und sogar 18 biopsische Abklärungen nach sich zogen.

Wie intensiv nutzen Rheumapatienten das Internet? Dieser Frage ging eine Querschnittsstudie des Rheumazentrums Rhein-Ruhr mit 705 befragten Patienten (darunter 53,8 % mit RA) nach. (4) Insgesamt 78,3 % nutzten das Internet (zu 80 % via Smartphone), darunter Patienten mit früher Erkrankung signifikant häufiger und fast 20 % mehrfach wöchentlich. Für eine Mehrbelastung des Rheumatologen dadurch spricht, dass 83,7 % wegen der gelesenen Inhalte dann in der Praxis nachfragen. Die meistgefragten Themen waren Ernährung (84,5 %), Therapie (83,3 %), Krankheitssymptome (81,6 %), Wirksamkeit der Therapie (80,6 %) und Bedeutung der physikalischen Therapie (79,4 %).

ALLGEMEINES ZUR RHEUMATOIDEN ARTHRITIS

Zu den für Rheumapatienten relevantesten Problemen zählt die Fatigue, für die zugleich leider oft nur limitierte Behandlungsmöglichkeiten bestehen, Besserung also nur partiell zu erwarten ist. In einer spanischen Untersuchung bei 246 RA-Patienten gelang es immerhin bei 102, eine komplette Remission zu er-



Prof. Dr. Klaus Krüger

reichen. (5) Gleichwohl litten 27,4 % der Patienten an persistierenden Fatigue-Beschwerden mit relevantem Ausmaß. Frauen, Raucher und Patienten mit anamnestischer Depression waren bevorzugt betroffen. Leider sind Behandlungskonzepte für Fatigue dünn gesät, neuere Studien legen nahe, dass Verhaltenstherapie und insbesondere hochintensive Übungstherapie (6) erfolgreich sind. Der Vollständigkeit halber ist zu ergänzen, dass für das Selbstmanagement einige verschreibungsfähige Fatigue-Apps (z. B. Elevida, Untire, Fimo Health App ME/CFS) zur Verfügung stehen, die aber leider nicht explizit für Rheumapatienten entwickelt wurden.

Das thromboembolische Risiko ist im RA-Krankengut bekanntermaßen signifikant erhöht. In einer bevölkerungsbasierten Studie der RA-Langzeitkohorte der Mayo-Klinik mit je 1.409 RA-Patienten und gematchten Kontrollen wurde jetzt für RA eine signifikante Hazard Ratio (HR) von 2,26 für tiefe Beinvenenthrombosen und 1,61 für Lungenembolie ermittelt. (7) Signifikant erhöht zeigte sich auch die Mortalität nach thromboembolischen Ereignissen (HR 1,52). Während Remission mit einer signifikanten Risikoreduzierung verbunden ist, erwiesen sich (wie zu vermuten) Alter, Adipositas, Rauchen und schwere Krankheitsausprägung als relevante Risikofaktoren. Auch Vorhofflimmern tritt bei RA gehäuft auf: In einer koreanischen Untersuchung zeigte

ACR



sich eine HR von 1,55. (8) Seropositive Patienten boten hier ein deutlich höheres Risiko als seronegative. In diesem Zusammenhang ist interessant und innovativ, dass in zwei Beiträgen auf eine Risikoerhöhung für Rhythmusstörungen durch Interleukin-6-Rezeptorinhibitoren (IL-6Ri), insbesondere Tocilizumab, hingewiesen wurde. (9, 10) Dies betraf vor allem Tachykardien und Bradykardien, aber auch eine Risikoerhöhung für Vorhofflimmern.

Als absolutes „Modethema“ erweist sich jetzt auch in der Rheumatologie der Einsatz und Nutzen von Glucagon-like Peptide (GLP)-1-Rezeptoragonisten, er wurde auch in Chicago mehrfach thematisiert. Speziell für die RA wurde eine retrospektive Kohortenstudie mit je 2.698 gematchten RA-Patienten mit und ohne diese Begleittherapie vorgestellt, die Patienten waren adipös, aber ohne Typ-2-Diabetes. (11) Die Therapie führte zu einer signifikanten Reduktion von Gesamtmortalität, schweren kardialen Ereignissen und Herzinsuffizienz, numerisch auch zur Verringerung der Rate an Herzinfarkten und Schlaganfällen. In anderen Beiträgen wurden positive Ergebnisse auch bei PsA und Arthrose gezeigt.

INTERSTITIELLE LUNGENERKRANKUNG IM RAHMEN DER RA

Weiterhin steht die interstitielle Lungenerkrankung (ILD) als Manifestation der RA wegen ihrer schlechten Prognose im Mittelpunkt des Interesses, sie wurde auch in Chicago viel diskutiert. Inzidenz und Prävalenz der ILD bei „Connective Tissue Diseases“ (CTD) insgesamt wurden in einer Untersuchung aus zwei US-Datenbanken ermittelt. (12) Es bestätigte sich, dass die Prävalenz innerhalb dieser Gruppe bei RA bei weitem am höchsten ist, gefolgt mit Abstand von der SSc. Anhand einer Hochrechnung kann man in Deutschland von rund 35.000 CTD-ILD-Patienten ausgehen. Die Suche nach Biomarkern für ein erhöhtes ILD-Risiko bei RA geht mit großer Anstrengung voran – in einer Querschnittsanalyse mit 2.737 RA-Patienten, darunter 124 mit RA-ILD, erwies sich der Growth Differentiation Factor (GDF)-15, ein Mitglied der Transforming GF (TGF)- β -Familie, als unabhängig assoziiert sowohl mit prävalenter wie auch inzidenter RA-ILD. (13)

In einer spanischen Untersuchung mit 270 RA-Patienten, darunter 21,5 % mit ILD, wurde nach der Wertigkeit von Thorax-Röntgen und Lungenfunktion – beide in vielen Leitlinien noch als nützlich vorgegeben – für das RA-ILD-Screening gesehen. (14) Sensitivität und Spezifität beider Untersuchungen erwiesen sich als unzureichend, für gute Ergebnisse ist eine HRCT-Untersuchung unverzichtbar. Jedoch sind Lungenfunktionstests zumindest für Verlaufsuntersuchungen ein wichtiges Instrument. Vermehrt wird die Sonografie für die Diagnostik der ILD eingesetzt, hat aber – abgesehen von der erforderlichen hohen Expertise – bisher noch nicht den Stellenwert des HRCT. In einer chinesischen Studie mit 146 CTD-ILD-Patienten ergab sich für die Unterscheidung zwischen präklinischer, limitierter und extensiver ILD für die Methode immerhin eine Sensitivi-

tät von 95,7 bzw. 89,7 % und Spezifität von 83,3 bzw. 73,8 %, außerdem eine recht gute Korrelation zu den Ergebnissen der gleichzeitig durchgeführten HRCT. (15)

Mehrere Untersuchungen hatten den Zusammenhang zwischen RA-ILD und Komorbiditäten zum Thema. Das Risiko für schwere Infektionen unter RA-ILD und RA plus Bronchiektasie wurde in einer gematchten Kohortenstudie untersucht. (16) Das Risiko für pulmonale Infektionen war jeweils deutlich erhöht (Haupterreger Influenza, RSV, Staphylokokken und Pseudomonas), schwere Infektionen traten jedoch nur bei RA-ILD signifikant gehäuft auf (HR 1,79). Eine US-amerikanische Arbeitsgruppe ging bei 69.915 RA-Patienten der Frage nach, ob RA-ILD einen Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse darstellt. (17) Schwere kardiale Ereignisse (MACE) und Herzinsuffizienz traten in der Tat signifikant gehäuft auf.

Von besonderem Interesse sind – nicht zuletzt wegen der nach wie vor ungünstigen Prognose der Erkrankung – die optimale Wahl der DMARD-Therapie bei RA-ILD und die Rolle antifibrotischer Therapien. In Chicago wies ein systematischer Review auf die zunehmend wichtige Rolle der Januskinase-Inhibitoren (JAKi) bei RA-ILD hin: Auf der Basis von 20 Studien konnte gezeigt werden, dass in über 80 % eine Stabilisierung des HRCT-Befundes und in über eine 70 % Stabilisierung der Lungenfunktionstests mit dieser Therapie erreicht werden kann. (18) Einzeluntersuchungen belegten darüber hinaus die Effektivität von Baricitinib und Upadacitinib. (19, 20) Seitens der Antifibrotika ist in den USA soeben Nerandomilast als effektive und vermutlich im Vergleich zum bisher eingesetzten Nintedanib besser verträgliche Substanz zugelassen worden. In Chicago wurden Wirksamkeit und Sicherheit dieser Substanz bei CTD-ILD anhand der Daten der FIBRONEER-Studie vorgestellt, die den potenziellen Nutzen dieser Therapie unterstreicht. (21)

GLUKOKORTIKOIDE UND KONVENTIONELLE DMARDS

Eine Untersuchung der Charité mit Auswertung von fünf RCTs und 1.112 RA-Patienten unter zweijähriger Glukokortikoid (GK)-Therapie mit den Zielgrößen Knochendichte (BMD) und Frakturen konnte zeigen, dass die BMD nur an der Lendenwirbelsäule unter GK mehr als bei den Kontrollen abnahm. Insgesamt kam es zu 24 Frakturen ohne Gruppenunterschied. (22)

Ein überraschendes Ergebnis lieferte eine in New Mexico erfolgte Untersuchung: Kortikoid-Injektionen führten bei Patienten mit vorbestehender neuropsychiatrischer Erkrankung in 4 % zu akuten Symptomen, in erster Linie Panikattacken und vasomotorische Symptome. (23) Die Symptome klangen innerhalb von drei Tagen ab und traten bei wiederholter Injektion immer wieder auf, sie sprechen auf eine kurze Benzodiazepin-Gabe an. Die Häufigkeit GK-induzierter Hauttoxizität bei Verwendung einer höheren Startdosis (im Mittel 30 mg) wurde in Boston untersucht. (24) Es traten nicht nur in 38 % (wie bekannt) Hämatome auf, sondern in 15,5 % ein akneiformer ▶

ACR



Ausschlag und in 22 % Striae und Atrophie. Bei längerer Gabe kam es über sechs Monate zu einer kontinuierlichen Verschlechterung.

Eine spannende französische placebokontrollierte Untersuchung zur Wirksamkeit von MTX wurde als Late-Breaker noch in das Programm aufgenommen. (25) Bei oraler Gabe konnte gezeigt werden, dass durch Ballaststoff-angereicherte Kost (mittels Inulin) über 30 Tage die Wirksamkeit signifikant verbessert werden konnte: So nahm z. B. der DAS28 – bei stabiler csDMARD-Gabe – in der Verumgruppe um 1,0 ab, in der Kontrollgruppe jedoch um 0,34 zu, die Odds-Ratio (OR) für die EULAR-Response lag unter Verum bei 4,65. Begleitend wurde eine signifikante Reduzierung zirkulierender Th17-Zellen und der Th17/Treg-Ratio ermittelt. Diese Effekte waren bei anderen csDMARDs nicht zu beobachten.

In der ebenfalls in Frankreich durchgeführten METHOFRACT-Kohortenstudie wurden von 2012 bis 2024 retrospektiv 92 Fälle einer typischen, durch MTX ausgelösten Osteopathie ermittelt. (26) Betroffen waren zu 93 % postmenopausale Frauen, von denen nur rund ein Drittel dauerhaft GK einnahmen und 56 % eine Osteoporose aufwiesen, eine Frakturanamnese lag bei 22 % vor. Typische Lokalisationen waren Tibiametaphyse (88 %) und Fußknochen (49 %), in 76 % lagen multiple Lokalisationen vor. Wird eine solche Osteopathie entdeckt, sollte MTX auf keinen Fall fortgeführt werden, in solchen Fällen trat in 71 % ein baldiges Rezidiv auf.

Eine neue Metaanalyse über 10 Studien (27) verglich die Wirksamkeit und Verträglichkeit von MTX und Leflunomid – mit überraschendem Ergebnis: Bei Heranziehen des Parameters ACR70-Response und einjähriger Gabe erwies sich Leflunomid

als signifikant besser wirksam (OR 0,46). Allerdings zeigte sich für MTX eine signifikant bessere Verträglichkeit (Abbruch wegen Nebenwirkungen; Risk Ratio, RR 0,71). Bis auf Mundulcerationen kamen alle Nebenwirkungen, insbesondere Diarrhöe, Alopezie und Hypertonie, unter Leflunomid signifikant häufiger vor.

BIOLOGIKA UND JAK-INHIBITOREN

Trotz der weiterhin hohen Anwendungsrate nehmen die Beiträge zur Therapie der RA mit bDMARDs von Jahr zu Jahr ab – es gibt offenkundig nicht mehr so viel Neues zu berichten. Einige spannende Neuigkeiten sind aber doch zu erwähnen. Für den First-Line-Einsatz bei RA gibt es zwar bei den meisten bDMARDs eine Zulassung, allerdings ist er in den Leitlinien nicht empfohlen und wird von deutschen Rheumatologen höchstens in Ausnahmefällen angewendet. Eine britische Studie aus der Arbeitsgruppe von Paul Emery konnte in Chicago allerdings erhebliche Vorteile für diese Variante belegen. (28) Bei Vergleich von 114 First-Line-behandelten und 228 gematchten „normal“ behandelten Patienten mit früher RA zeigte sich, dass nach fünf Jahren der Anteil von Patienten mit medikamentenfreier Remission bei First-Line-TNFi-Einsatz doppelt so hoch war wie beim Vorgehen nach Leitlinien (13 vs. 6 %). Patienten mit Einstufung als schwer behandelbare (D2T-)RA waren mit einer einzigen Ausnahme nur bei den Patienten mit leitliniengemäßigem Vorgehen zu finden, die Häufigkeit lag bei 7 vs. 1 %. Das Kostenargument zugunsten eines verzögerten bDMARD-Einsatzes, wie er in Deutschland (oft in erheblichem Ausmaß) üblich ist, wirkt übrigens nicht stichhaltig. In einer weiteren paneuropäischen Untersuchung (29) konnten Daniel Aletaha und Kollegen zeigen, dass der frühe Einsatz von Adalimumab durch die Reduzierung von Kontrolluntersuchungen, Arztbesuchen und Hospitalisationen sogar Kosten einspart.

Zu zögerlich werden bDMARDs nicht nur im Verlauf der RA, sondern generell bei älteren Patienten eingesetzt, nicht zuletzt in der Meinung, dass unerwünschte Wirkungen hier häufiger sind. Die wurde in einer US-Untersuchung mit Vergleich von 1.219 LORA (Late Onset)- und 6.030 YORA (Young Onset)-Patienten erneut widerlegt (30): Das Risiko für schwere Infektion nahm zwar mit zunehmendem Alter absolut zu (wie es auch in der Normalbevölkerung zu beobachten ist), lag aber adjustiert sogar unter dem der YORA-Patienten. Tatsächlich relevante Risikofaktoren waren im Gegensatz zum Alter frühere Infektionen und eine Langzeit-GK-Therapie. Für TNFi wird seit Langem ein höheres Risiko für demyelinisierende Erkrankungen diskutiert – dies stellt zwar keine Kontraindikation dar, sollte aber zu Vorsicht führen. Wie aber sieht es bei den anderen bDMARDs aus? In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden 51 Patienten mit demyelinisierenden Erkrankungen (meistens Multiple Sklerose, MS) unter einer Nicht-TNF-bDMARD-Therapie beobachtet (40x IL-17i, 5x IL-6Ri, 9x Abatacept, 12x Rituximab, 7x JAKi, 5x IL-23i). In keinem Fall waren Komplikationen zu beobachten, sechs Patienten erhielten ohne Probleme eine Kombination mit MS-Therapeutika. (31)

JAKi werden bei immer mehr Erkrankungen in Studien erfolgreich eingesetzt. So wurden in Chicago positive Erfahrungen u. a. für Morbus Behçet (32), Panuveitis (33), SSC (34) und SLE (35) berichtet. Vermehrt wird auch über den Erfolg von Kombinationen zwischen JAKi und bDMARDs bei therapieresistenten Patienten berichtet. Eine belgische Arbeitsgruppe stellte eine erfolgreiche Behandlung von Infliximab oder Etanercept in Kombination mit Upadacitinib oder Filgotinib bei fünf vorher refraktären Patienten vor. (36) Aus Vorsichtsgründen wurden Patienten mit schweren Infektionen oder nicht-optimiertem Impfstatus ausgeschlossen, so kam es zu guter Verträglichkeit ohne Infektionsprobleme. Im Gegensatz dazu berichtete eine spanische Arbeitsgruppe über 19 Patienten, die mit ähnlichen Kombinationen auch erfolgreich behandelt wurden, hier wurde die Therapie aber in 42 % vorzeitig beendet, in 25 % wegen Infektionen. (37) Erfreulich ist, dass sich im Programm des ACR-Kongresses keine Beiträge mehr fanden, die die auf der ORAL Surveillance-Studie beruhenden früheren Warnhinweise erneut bestätigt hätten. Die Aufregung um diese Studie und ihre Folgen scheint endgültig überwunden.

Der Einfluss von Immunsuppressiva auf die Zoster-Impfresponse wurde in einer spanischen Studie mit 157 Patienten untersucht. (38) Unter JAKi ergab sich ein deutlich verringertes humorales und zelluläres Ansprechen, dieser Effekt war hingegen unter TNFi bzw. MTX nur gering ausgeprägt. Welche praktische Bedeutung diese Ergebnisse haben (geringerer Impfschutz?), bleibt aber vorerst offen. In einer weiteren Untersuchung wurde im Übrigen gezeigt, dass unter Rituximab auch die Zoster-Impfantwort erheblich reduziert ist. (39)

VERSCHIEDENES

Erstmals seit einigen Jahren wurde in Chicago wieder eine Substanz vorgestellt, die einen deutlichen Fortschritt für die RA-Therapie verspricht: Rosnilimab, ein selektiv pathogene T-Lymphozyten blockierender monoklonaler Antikörper – im Late-Breaker-Sortiment aufgenommen (40) – wurde mit Ergebnissen einer Phase-IIb-Studie mit immerhin 424 Teilnehmern präsentiert. Zu den erstaunlichen und vielversprechenden Ergebnissen zählen in Woche 28 eine ACR50/70-Response von

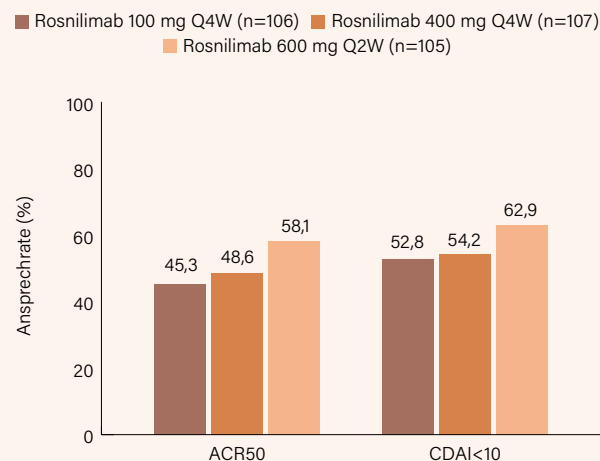


Abb.: RENOIR-Studie: ACR50-Ansprechen und CDAI <10 zu Woche 28 unter Rosnilimab (40)

bis zu 58 bzw. 45 % und CDAI-LDA von bis zu 63 % (Abb.) – dies alles bei sehr guter Verträglichkeit.

Nach zuvor widersprüchlichen Studienergebnissen lieferten mehrere Studien Aufwind für das Therapieprinzip der Vagus-Stimulation (41, 42). Besonders vielversprechend: In einer der US-amerikanischen Studien konnte sogar placebokontrolliert gezeigt werden, dass die radiologische Progression gebremst wird. (43) Schlussendlich weckte eine indische Studie Interesse, in der placebokontrolliert bei je 70 Patienten auf MTX standardisierte ayurvedische Substanz mit Placebo verglichen wurde. (44) Die ayurvedische Kombination zeigte sich bei guter Verträglichkeit über 15 Monate in allen Parametern überlegen (ACR20/50/70-Ansprechen 90,8 vs. 70,8 %, 81,5 vs. 60 % und 36,9 vs. 27,7 %). Inwieweit sich diese positiven Erfahrungen bei einer mitteleuropäischen Patientenpopulation reproduzieren lassen, bleibt abzuwarten. ■

Prof. Dr. med. Klaus Krüger

Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie

Praxiszentrum St. Bonifatius

St.-Bonifatius-Str. 5, 81541 München

Literatur: 1 Ullij E et al., *Ann Intern Med* 2025; 178(10): 1400-1408 | 2 Simko S et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1370 | 3 Reed G et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2571 | 4 Andreica I et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0152 | 5 Morla Novell RM et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0379 | 6 Bilberg A et al., *Arthritis Res Ther* 2025; 27(1): 176 | 7 Frechette N et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1320 | 8 Kim H et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1893 | 9 Khanfar A et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0479 | 10 Mateo Faxas S et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2283 | 11 Loizidis G & Summer R, *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0445 | 12 Martins D et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0154 | 13 England B et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1746 | 14 Loarce J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1335 | 15 Ding J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2611 | 16 Zhang Q et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1747 | 17 Khan O et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1658 | 18 Compán O et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1321 | 19 Serrano-Combarro A et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2229 | 20 Serrano-Combarro A et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1258 | 21 Hoffmann-Vold A-M et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1662 | 22 Palmowski A et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0338 | 23 Kavosh M et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2040 | 24 Chiha T et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0792 | 25 Immediato Daien C et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB15 | 26 Robin F et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2115 | 27 Pitliya A et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1347 | 28 Toyoda T et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1677 | 29 Aletaha D et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2271 | 30 Lee J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1065 | 31 Azzedine D et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1095 | 32 Sulu B et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0241 | 33 Barroso Garcia N et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0268 | 34 Di Donato S et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1586 | 35 Mosca M et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0662 | 36 Natalucci F et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2272 | 37 Lopez Juanes N et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2042 | 38 Siero C et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0982 | 39 Emi Aikawa N et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2573 | 40 Graf J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB19 | 41 Valenzuela G et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1675 | 42 Tesser J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2278 | 43 Petyer C et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2614 | 44 Priyadarshani Sethi P et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1364



AXIALE SPONDYLOARTHRITIS UND PSORIASIS-ARTHRITIS

Aktuelle Erkenntnisse vom ACR 2025 in Chicago

Beim ACR Convergence in Chicago wurden für die axiale Spondyloarthritis (axSpA) die lange erwarteten neuen ASAS-SPARTAN-Klassifikationskriterien vorgestellt, im Fokus stand auch die randomisiert-kontrollierte ROC-SpA-Studie zum Wechsel des Biologikums nach Versagen eines TNF-Inhibitors. Obwohl die Phase-III-Daten aus OLINGUITO noch ausstehen, ist später in diesem Jahr mit der Zulassung des Januskinase (JAK)-Inhibitors Filgotinib zu rechnen. Weit mehr Auswahl besteht bei der Psoriasis-Arthritis (PsA), wo in Kürze die Zulassung von Deucravacitinib als erstem oralen Tyrosinkinase (TYK)-2-Inhibitor ansteht – zu diesem wurden die 52-Wochen-Daten der Phase-III-Studie POETYSK PsA-1 präsentiert. In der AgAIN-Studie zeigte sich Secukinumab gegenüber Ustekinumab überlegen nach Anti-TNF-Versagen. Neue Studien befassten sich bei PsA mit Adipositas und der möglichen Rolle von Glucagon-like Peptide (GLP)-1-Rezeptoragonisten.

AXIALE SPONDYLOARTHRITIS

NEUE ASAS-SPARTAN-KLASSIFIKATIONS-KRITERIEN ENTHÜLLT

Auf dem ACR-Kongress 2025 wurden die gemeinsam von der Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) und dem Spondyloarthritis Research and Treatment Network (SPARTAN) entwickelten, überarbeiteten axSpA-Klassifikationskriterien vorgestellt. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung der ASAS-Kriterien aus dem Jahr 2009, deren Nutzen zwar breit anerkannt wurde, die jedoch vor allem aufgrund ihrer begrenzten Spezifität zunehmend kritisch diskutiert wurden. Ziel der Revision war es, die diagnostische Schärfe und Homogenität von Studienpopulationen zu verbessern und so die Aussagekraft klinischer Studien zu erhöhen.

Die Grundlage der Neuentwicklung bildete die internationale CLASSIC-Kohorte, in der Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz und Verdacht auf axSpA prospektiv und standardisiert untersucht wurden. Das finale Modell basiert auf einem gewichteten Punktesystem, dessen Parameter mithilfe von LASSO-Regressionsanalysen ermittelt wurden.



Prof. Dr. Denis Poddubnyy

Die Auswahl und Festlegung erfolgte konsentiert im Kreis der ASAS- und SPARTAN-Expertinnen und -Experten.

Die neuen Kriterien verlangen zunächst das Vorliegen einer ärztlich gestellten axSpA-Diagnose unter Ausschluss relevanter Differenzialdiagnosen sowie chronischen Rückenschmerz mit Beginn vor dem 45. Lebensjahr. Liegt eine Magnetresonanztomografie (MRT) mit axSpA-typischen Veränderungen der Sakroiliakalgelenke (SIG) vor, sind zusätzlich mindestens 3 Punkte aus dem SpA-Parameterkatalog erforderlich. Alternativ reicht bei röntgenologischer Sakroiliitis eine Mindestpunktzahl von 4. Für Patientinnen und Patienten ohne bildgebenden Nachweis genügt HLA-B27-Positivität in Kombination mit mindestens 7 weiteren Punkten. Insgesamt gilt eine axSpA-Klassifikation als erfüllt, wenn die Summe der SpA-Punkte ≥ 11 beträgt (Abb. 1). In der Validierungskohorte erreichten die neuen Kriterien eine Sensitivität von 79,5 % und eine Spezifität von 90,4 %. Im Vergleich zur Fassung von 2009 wurde die Zahl der klinischen Variablen reduziert, gleichzeitig wurde die Bildgebung – insbesondere die MRT der Sakroiliakalgelenke – deutlich gestärkt.

Es bleibt zu betonen, dass es sich ausdrücklich um Klassifikations- und nicht um Diagnosekriterien handelt. Für den klinischen Alltag bedeutet das: Die Entscheidung über Diagnose und Therapie muss weiterhin individuell durch erfahrene

Patienten mit axSpA-Diagnose (Mimics ausgeschlossen) plus anamnestisch chronische Rückenschmerzen (≥ 3 Monate) und Alter bei Beginn < 45 Jahre		
MRI indikativ für axSpA in SIG plus ≥ 3 zusätzliche Punkte (8 Punkte) ODER Radiografische Sakroiliitis (7 Punkte) plus ≥ 4 zusätzliche Punkte	oder	HLA-B27 (4 Punkte) plus ≥ 7 zusätzliche Punkte
SPA-MERKMAL		PUNKTE
HLA-B27		4
ENTZÜNDLICHER RÜCKENSCHMERZ		3
PERIPHERE ARTHRITIS		1
ENTZÜNDLICHE DARMERKRANKUNG		1
AKUTE ANTERIORE UVEITIS		1
ENTHESITIS (FERSE)		1
ERHÖHTES CRP (> 5 MG/L)		1
PSORIASIS		1
CUT-OFF ≥ 11 PUNKTE IST FÜR AXSPA-KLASSIFIKATION ERFORDERLICH		

Abb. 1: Neue ASAS-SPARTAN-Klassifikationskriterien für axiale Spondyloarthritis (1)

Rheumatologinnen und Rheumatologen getroffen werden. Patientinnen und Patienten mit milder oder untypischer Verlaufsform, negativem HLA-B27 oder ohne bildgebendem Nachweis könnten durch das neue Schema potenziell nicht klassifiziert werden, obwohl eine axSpA vorliegt. Umgekehrt besteht bei Interpretation unspezifischer MRT- oder Röntgenveränderungen weiterhin das Risiko von Fehlklassifikationen – besonders im Bereich mechanisch-degenerativer Veränderungen. Insgesamt stellen die überarbeiteten ASAS-SPARTAN-Kriterien einen wichtigen Fortschritt für die Klassifikation von axSpA in Forschungskontexten dar. Für die klinische Diagnosestellung bleiben sie jedoch Hilfsmittel unter vielen – die differenzierte Gesamtbeurteilung bleibt auch weiterhin unerlässlich. (1)

WECHSEL DES BIOLOGIKUMS NACH TNF-INHIBITOR-VERSAGEN?

Die ROC-SpA-Studie untersuchte in einem multizentrischen, randomisierten Studiendesign die Wirksamkeit eines Wirkmechanismuswechsels zu einem Interleukin (IL)-17A-Inhibitor im Vergleich zur Zyklierung mit einem zweiten TNF-Inhibitor bei axSpA-Patientinnen und -Patienten, die auf eine initiale TNF-Inhibitor-Therapie unzureichend angesprochen hatten. Eingeschlossen wurden Personen mit aktiver Erkrankung (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [BASDAI] >4 oder Axial Spondyloarthritis Disease Activity Score [ASDAS] >3,5) und dokumentiertem primärem Therapieversagen nach drei Monaten unter dem ersten TNF-Inhibitor. Die Teilnehmenden erhielten entweder einen IL-17A- oder einen zweiten TNF-Inhibitor, dies bei stabiler Begleitmedikation über mindestens vier Wochen. Primärer Endpunkt war das Erreichen eines ASAS40-Ansprechens nach 24 Wochen.

Die Ergebnisse zeigten keine Überlegenheit der IL-17A-Inhibitor-Gruppe im Vergleich zur zweiten TNF-Inhibitor-Gruppe: Die ASAS40-Ansprechraten betrugen 15,2 % unter einem IL-17A- und 14,5 % unter einem TNF-Inhibitor. Auch bei sekundären Endpunkten wie ASAS20, ASDAS-Verbesserung und ASAS-Teilremission wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Der Rückgang der Krankheitsaktivität war in beiden Gruppen vergleichbar. Die Therapietreue bis Woche 54 betrug 62,8 % in der IL-17A- und 54,9 % in der TNF-Inhibitor-Gruppe. Unerwünschte Ereignisse traten ähnlich häufig auf, und es wurden keine neuen Sicherheitssignale identifiziert.

Explorative Trends deuten darauf hin, dass ein IL-17A-Inhibitor potenziell von Vorteil sein könnte bei primärem Nichtansprechen, bei HLA-B27-Negativität, Psoriasis oder niedrigem C-reaktivem Protein (CRP). Wenn hingegen der erste TNF-Inhibitor aufgrund unerwünschter Ereignisse abgesetzt wurde, zeigte sich ein günstigeres Bild für die TNF-Inhibitor-Zyklierung. Diese Ergebnisse liefern wichtige Erkenntnisse für die Praxis. Sie zeigen, dass ein Wechsel des Wirkmechanismus nach TNF-Versagen nicht grundsätzlich zu besseren Ergebnissen führt als eine Sequenztherapie mit einem zweiten TNF-Inhibitor. Vielmehr unterstützen sie die aktuelle ASAS-EULAR-

Empfehlung, bei TNF-Inhibitor-Versagen zwar einen Wechsel zu einem anderen Biologikum zu erwägen, aber ohne, dass ein Wirkmechanismenwechsel zwingend erforderlich ist, insbesondere wenn kein primäres Therapieversagen vorliegt. Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit einer individualisierten, gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten getroffenen Therapieentscheidung nach Versagen einer Erstlinientherapie mit TNF-Inhibitor. (2)

PSORIASIS-ARTHRITIS

EFFEKTIVITÄT VON DEUCRAVACITINIB IN EINEM BIOLOGIKA-NAIVEN KOLLEKTIV

In der Phase-III-Studie POETYK PsA-1 wurde die Wirksamkeit und Sicherheit des selektiven oralen TYK-2-Inhibitors Deucravacitinib über 52 Wochen bei Patientinnen und Patienten mit aktiver PsA untersucht, die bisher keine Biologika erhalten hatten. Alle eingeschlossenen Personen erfüllten die CASPAR-Kriterien, wiesen eine aktive Psoriasis oder dokumentierte Psoriasis auf, mindestens drei geschwollene und drei druckschmerzhaft Gelenke (SJC/TJC), ein CRP ≥ 3 mg/l sowie mindestens eine erosive Veränderung in den Händen oder Füßen im Ausgangsröntgen. 670 Patientinnen und Patienten wurden im Verhältnis 1:1 randomisiert und erhielten entweder Deucravacitinib 6 mg täglich oder Placebo für 16 Wochen. Ab Woche 16 wurde von Placebo auf Deucravacitinib umgestellt.

Der primäre Endpunkt (ACR20 in Woche 16) wurde erreicht, mit einem signifikanten Vorteil gegenüber Placebo. Die Ansprechraten für ACR50 (Abb. 2) und ACR70 stiegen weiter bis Woche 24 an und blieben stabil bis Woche 52. Auch patientenberichtete Endpunkte sowie Hautmanifestationen und Entesitis verbesserten sich unter Deucravacitinib anhaltend. Die Hemmung der radiologischen Progression, bereits in Woche 16 beobachtet, konnte bis Woche 52 bestätigt werden. Patientinnen und Patienten, die initial Placebo erhielten und dann ►

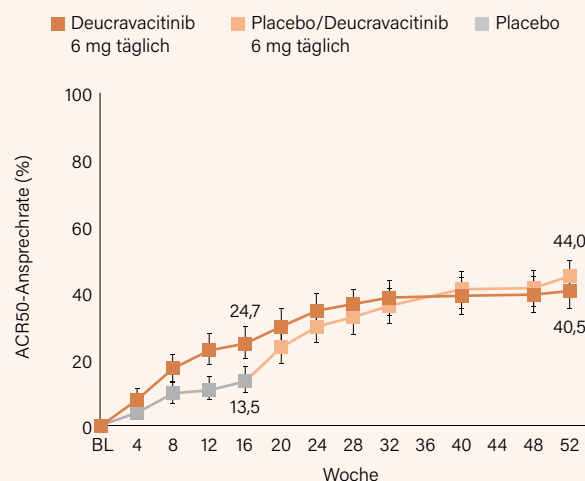


Abb. 2: Verlauf der ACR50-Ansprechrates unter Deucravacitinib bzw. Placebo/Deucravacitinib bis Woche 52 in POETYK PsA-1 (3)

auf Deucravacitinib wechselten, zeigten nach Umstellung eine Reduktion der Progression. Die Behandlung wurde gut vertragen. Es traten nur wenige schwerwiegende Nebenwirkungen und Therapieabbrüche auf. Auch wurden keine neuen Sicherheitssignale beobachtet, insbesondere keine Hinweise auf thromboembolische Ereignisse oder opportunistische Infektionen. Todesfälle traten nicht auf.

Diese Daten belegen die klinische Wirksamkeit von Deucravacitinib über ein Jahr hinweg, sowohl hinsichtlich Gelenk- als auch Hautmanifestationen, und zeigen eine anhaltende Kontrolle der Krankheitsaktivität einschließlich der strukturellen Progression. Das Sicherheitsprofil blieb stabil und steht im Einklang mit vorherigen Studien. (3) Eine Zulassung von Deucravacitinib für die Indikation PsA wird in Bälde erwartet, aktuell ist es lediglich für die Therapie der kutanen Psoriasis zugelassen.

SECUKINUMAB ZEIGT ÜBERLEGENHEIT GEGENÜBER USTEKINUMAB

Die deutsche AgAIN-Studie ist die erste randomisierte, doppelblinde, aktiv-kontrollierte Studie, die den IL-17A-Inhibitor Secukinumab direkt mit dem IL-12/23-Inhibitor Ustekinumab bei Patientinnen und Patienten mit PsA vergleicht, die zuvor auf TNF-Inhibitoren unzureichend angesprochen hatten oder diese nicht vertrugen. Insgesamt wurden 119 Teilnehmende an 28 rheumatologischen Zentren in Deutschland eingeschlossen und im Verhältnis 1:1 randomisiert. Die Studienpopulation war durch hohe Krankheitslast und Therapieresistenz gekennzeichnet, rund zwei Drittel hatten zuvor Adalimumab erhalten. Trotz vorzeitigem Rekrutierungsstopp wurde die Studie erfolgreich abgeschlossen.

Der primäre Endpunkt – eine Verbesserung des Health Assessment Questionnaire – Disability Index (HAQ-DI) – wurde in der Secukinumab-Gruppe in deutlich höherem Ausmaß erreicht als in der Ustekinumab-Gruppe: 57,1 % der mit dem IL-17A-Inhibitor behandelten Patientinnen und Patienten erreichten

eine klinisch relevante Verbesserung im HAQ-DI, gegenüber 27,0 % unter Ustekinumab (Odds Ratio, OR 3,65; 95% KI 1,60–8,31; $p=0,002$) nach 28 Wochen Therapie (Abb. 3). Auch in allen sekundären und explorativen Endpunkten zeigte sich ein konsistenter Vorteil zugunsten von Secukinumab – einschließlich Gelenkbefall, Hautmanifestationen, Schmerz und patientenberichteten Outcomes. Die Verbesserungen traten früh auf (bereits ab Woche 2) und hielten bis Woche 28 an. Die Verträglichkeit beider Substanzen war insgesamt gut. Unerwünschte Ereignisse traten in beiden Gruppen häufig, aber überwiegend mild auf. Neue Sicherheitssignale wurden unter keiner der beiden Therapien festgestellt.

Die Ergebnisse der AgAIN-Studie liefern erstmals Head-to-Head-Daten zu Secukinumab im Vergleich zu Ustekinumab in einem TNF-Inhibitor-erfahrenen PsA-Kollektiv und zeigen eine deutliche Wirksamkeitsüberlegenheit von Secukinumab in dieser Patientinnen- und Patienten-Gruppe. (4) Es bleibt jedoch offen, ob ein vergleichbarer Vorteil auch gegenüber einem modernen IL-23-Inhibitor wie Guselkumab oder Risankizumab nachweisbar gewesen wäre.

EINFLUSS VON ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS AUF THERAPIEANSPRECHEN

In einer longitudinalen Kohortenstudie wurde untersucht, wie sich ein erhöhter Body-Mass-Index (BMI) auf das Erreichen von minimaler Krankheitsaktivität (MDA) bei PsA-Patientinnen und -Patienten auswirkt. Die Analyse basierte auf Daten aus einem großen, seit 1978 prospektiv geführten PsA-Kollektiv, in dem Patientinnen und Patienten alle sechs Monate standardisiert dokumentiert werden. Die Auswertung umfasste 1.291 Betroffene mit verfügbaren BMI-Werten. Der mittlere BMI lag bei 28,8 kg/m², das Durchschnittsalter bei 44,9 Jahren, 55 % waren Männer. Insgesamt erhielten 428 Teilnehmende eine fortgeschrittene Therapie, darunter TNF-, IL-17-, IL-12/23-, IL-23- und JAK-Inhibitoren sowie den Phosphodiesterase (PDE)-4-Inhibitor Apremilast.

Ein höherer BMI war mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit assoziiert, eine MDA zu erreichen (OR 0,95; 95% KI 0,94–0,97), insbesondere hinsichtlich subjektiver Komponenten wie Schmerz, Globalbeurteilung, Enthesitis, Hautbefall und funktioneller Einschränkung. Kein signifikanter Zusammenhang bestand hingegen mit der Anzahl geschwollener Gelenke. Die Ergebnisse blieben auch nach Adjustierung für Kovariablen wie Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, Rauchstatus und radiografische Schäden in multivariaten Modellen bestehen. Subgruppenanalysen zeigten, dass der negative Effekt eines erhöhten BMI auf das Erreichen von MDA insbesondere unter TNF-Inhibitoren ausgeprägt war (OR 0,93; 95% KI 0,89–0,97).

Diese Ergebnisse unterstreichen die klinische Bedeutung von Adipositas als negativer Prädiktor für das Therapieansprechen bei PsA. Da sich der Einfluss überwiegend auf subjektive und

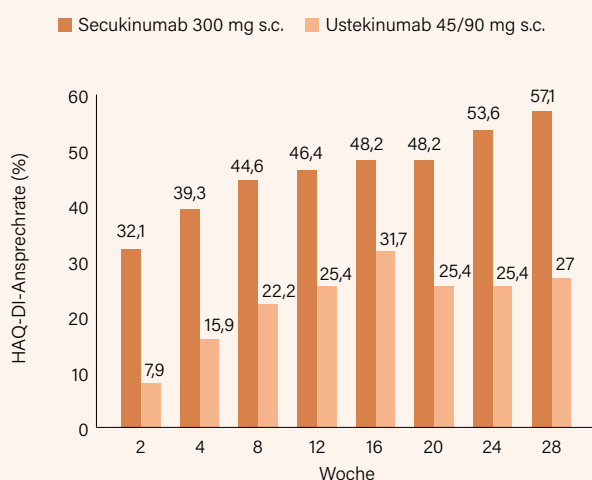


Abb. 3: HAQ-DI-Ansprechrte im Verlauf der 28-wöchigen Behandlungsphase der AgAIN-Studie (4)

hautbezogene Endpunkte konzentriert, könnten neben der systemischen Inflammation auch psychosoziale Faktoren und die Schmerzverarbeitung eine wichtige Rolle spielen. (5)

GLP-1-REZEPTORAGONISTEN MIT VORTEILHAFTEN EFFEKTEN

In einer ebenfalls kanadischen, retrospektiven Analyse zweier PsA-Kohorten wurde untersucht, welchen Einfluss GLP-1-Rezeptoragonisten wie Semaglutid, Liraglutid und Tirzepatid auf das Gewicht, die Krankheitsaktivität und metabolische Parameter bei Patientinnen und Patienten mit PsA haben. Die 48 eingeschlossenen Teilnehmenden (60 % weiblich, mittleres Alter 52,7 Jahre, medianer BMI 34,9 kg/m²) wiesen häufig multiple Komorbiditäten auf: 65 % waren adipös, 35 % hatten Diabetes, die Mehrheit litt an mindestens drei Begleiterkrankungen.

Nach Einleitung der Therapie mit einem GLP-1-Rezeptoragonisten kam es zu einem signifikanten mittleren Gewichtsverlust von 6,4 kg. Entzündungsparameter wie das CRP sowie Schmerzen und Triglyzeride gingen signifikant zurück. Die Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA)-Scores und die globale Einschätzung der Patientinnen und Patienten zeigten numerische Verbesserungen, erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. In linearen Regressionsmodellen war der prozentuale Gewichtsverlust signifikant mit Verbesserungen bei DAPSA, Schmerz, Lipoprotein niedriger Dichte (LDL)-Werten, systolischem Blutdruck und EQ-5D-Werten assoziiert. Eine Reduktion des Körpergewichts um 1 % war mit einem Rückgang des DAPSA um 0,49 Punkte verbunden.

Diese Real-World-Daten deuten darauf hin, dass GLP-1-Rezeptoragonisten in der Versorgung von PsA-Patientinnen und -Pa-

tienten mit metabolischen Risikofaktoren ein therapeutisches Potenzial über die reine Gewichtskontrolle hinaus haben. Die beobachteten Verbesserungen in Schmerz, Entzündung und metabolischen Parametern waren proportional zum Ausmaß der Gewichtsreduktion. (6) Prospektive kontrollierte Studien sind erforderlich, um die Rolle von GLP-1-Rezeptoragonisten als komplementärer Therapieansatz bei PsA zu klären – dies insbesondere auch bei nicht-adipösen Patientinnen und Patienten. ■

Prof. Dr. med. Denis Poddubnyy

*Division of Rheumatology, Department of Medicine,
University Health Network and University of Toronto,
Toronto, Kanada*

*Med. Klinik m. S. Gastroenterologie, Infektiologie und
Rheumatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin*

Quellen:

- 1 Maksymowych W et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0854
- 2 Dalix E et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB09
- 3 van der Heijde D et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB20
- 4 Behrens F et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB06
- 5 Mehta P et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2691
- 6 Eder L et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2687



ACR





KOLLAGENOSEN

Neuigkeiten von der ACR Convergence 2025 in Chicago

Wenn für einen Kongress 24 Late-Breaking Abstracts zusätzlich zu 2.704 wissenschaftlichen Abstracts akzeptiert wurden, steht außer Zweifel, dass jede Auswahl auf einige wenige Höhepunkte konzentriert muss und subjektiv sein wird. Mein Interesse für den systemischen Lupus erythematoses (SLE) und andere Kollagenosen kann ich nicht verleugnen. Ich denke aber, dass der ACR-Kongress in Chicago tatsächlich besonders auf diesem Sektor wichtige Höhepunkte hatte. Natürlich werde ich kurz auch über Abstracts zu anderen Themen berichten, aber zuerst zu den Neuigkeiten bei den Kollagenosen.

SJÖGREN-ERKRANKUNG

ERSTMALS ERFOLGREICHE PHASE-III-STUDIEN VORGESTELLT

Noch gibt es für das nun in Sjögren-Erkrankung (SjD) umbenannte Sjögren-Syndrom keine eigentlich zugelassene Therapie. Aber das wird sich ab 2026 ändern. Eines der Late-Breaking Abstracts berichtete die Ergebnisse zweier Phase-III-Studien, NEPTUNUS-1 und 2, mit dem Anti-BAFF-Rezeptor-Antikörper Ianalumab. (1) Im Gegensatz zum Lupus-Biologikum Belimumab, das sich gegen das B-Zell-Zytokin BLyS oder BAFF richtet, bindet Ianalumab einen der Rezeptoren dieses Zytokins. Das verhindert einerseits natürlich die Aktivierung des Rezeptors. Andererseits ist Ianalumab aber ein depletierender Antikörper, der gleich auch noch die B-Zellen abräumt, die den BAFF-Rezeptor tragen. Ianalumab wird monatlich subkutan in einer Dosis von 300 mg verabreicht.

Die beiden doppelblinden, placebokontrollierten Studien erreichten trotz einer hohen Placebo-Antwort den primären Endpunkt, nämlich zu Woche 48 eine größere Verbesserung im EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI) (Abb.), der im Wesentlichen Organmanifestationen und Immu-



Prof. Dr. Martin Aringer

nologie der schweren SjD abbildet. Unterschiede zeigte aber auch die Globaleinschätzung der Krankheitsaktivität, nicht nur durch die Ärzte, sondern vor allem auch durch die Patientinnen und Patienten. Und bei denen, die noch einen nennenswerten Speicheldrüsenfluss $>0,4$ ml/min zu Baseline zeigten, stieg auch der Speichelfluss signifikant an. Zudem erwies sich Ianalumab als erstaunlich sicher; relevant scheinen vor allem Lokalreaktionen zu sein.

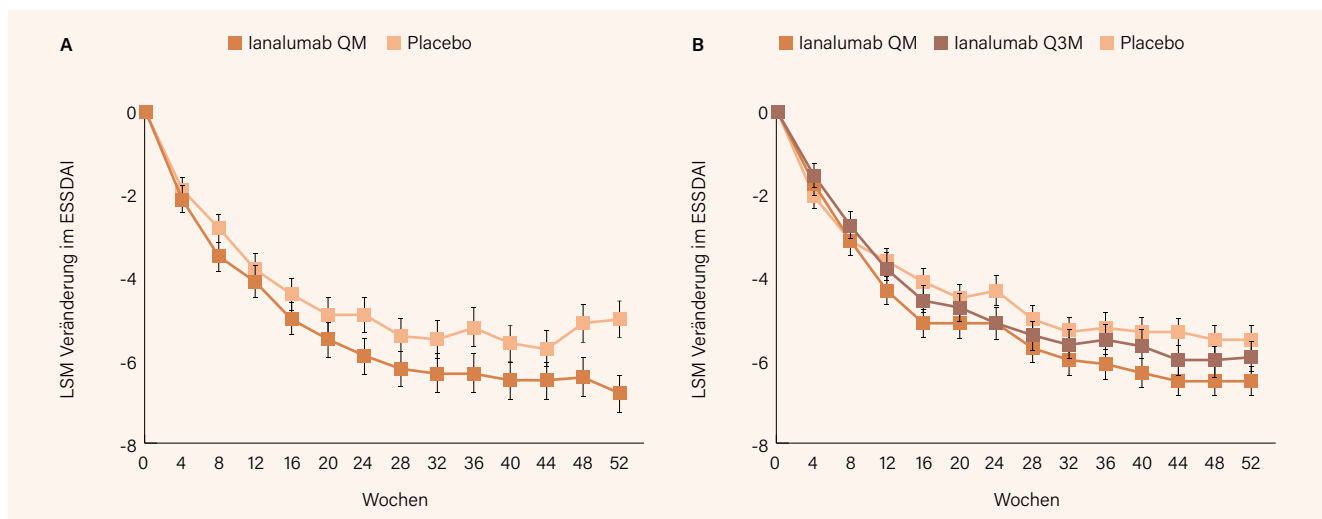


Abb.: NEPTUNUS-1 (A) und NEPTUNUS-2 (B)-Studie: Verlauf des ESSDAI-Scores bis Woche 52 unter Ianalumab und Placebo (1)

Noch nicht ganz so weit sind andere Ansätze, die alle im Wesentlichen im B-Zell- und Autoantikörper-Bereich angreifen. So wurde eine erfolgreiche chinesische Phase-III-Studie zu Telitacicept vorgestellt (2), das wie das aus Sicherheitsgründen nicht weiter verfolgte Atacicept als TACI-IgG-Konstrukt BLyS/BAFF und sein Schwester-Zytokin APRIL abfängt. Telitacicept war in allen Endpunkten sehr erfolgreich; es kam nicht zu relevanten Infektionen oder Hypogammaglobulinämien. Efgartigimod ist einer von mehreren Ansätzen, die sich gegen den neonatalen Fc-Rezeptor FcRn richten und über die Unterdrückung des IgG-Recycling Antikörper reduzieren. Hier wurde eine erfolgreiche Phase-II-Studie zur SJD vorgestellt. (3)

SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

TLR-BLOCKADE ALT UND NEU

Hydroxychloroquin (HCQ) sollen nach den aktuellen EULAR-Empfehlungen alle SLE-Patientinnen und -Patienten in einer Dosis von 5 mg/kg Körpergewicht einnehmen, es sei denn, es gäbe klare Kontraindikationen. Diese Dosisempfehlung wurde durch einen systematischen Literaturüberblick bestätigt. (4) Oberhalb dieser Dosis vervierfacht sich fast das Retinopathie-Risiko (Hazard Ratio, HR 3,83), ist die Dosis geringer, steigt das Risiko von SLE-Schüben wiederum fast auf das Doppelte (HR 1,84). Auf Dauer dürfte sich aber die HCQ-Spiegelbestimmung als überlegen erweisen. Dort liegen nach einer Studie mit 1.842 Patientinnen und Patienten die Sollspiegel zwischen 750 und 1.150 ng/ml. (5) Darüber ist die Toxizität fast verdoppelt (HR 1,9), darunter die Schubrate um 40 % erhöht. Auch bei einer Solldosis von 5 mg/kg war die Hälfte im subtherapeutischen Bereich, während 18 % zu hoch dosiert waren – allerdings wurde die Dosis bei eingeschränkter Nierenfunktion nicht wie üblich halbiert, und eine chronische Niereninsuffizienz (CKD) im Stadium ≥ 3 war ein Risikofaktor.

Noch gezielter gegen die relevanten Toll-like-Rezeptoren (TLR) wirkende Substanzen sind mittlerweile in fortgeschrittener klinischer Prüfung. Aus der WILLOW-Studie zu Enpatoran, einem Antagonisten von TLR-7 und TLR-8, konnten Post-hoc-Daten eine fast drei Mal so hohe Remissionsrate von Lupus-Hauterscheinungen wie unter Placebo zeigen. (6)

TYP I-INTERFERON-REZEPTOR-BLOCKADE AUCH SUBKUTAN

Anifrolumab, das zweite zugelassene Biologikum bei SLE, musste bislang in Form einer monatlichen Infusionstherapie verabreicht werden. Dies ändert sich jetzt, nachdem Ende Dezember die europäische Zulassung für subkutanes Anifrolumab erteilt wurde. Als Poster vorgestellt wurde hierzu eine geplante Interimsanalyse der TULIP-SC-Studie (7), in der die Patientinnen und Patienten wöchentlich 120 mg Anifrolumab oder Placebo subkutan zusätzlich zur weiterlaufenden Standardtherapie erhielten. Das BILAG-based Composite Lupus As-

essment (BICLA)-Ansprechen als primärer Endpunkt wurde nach 52 Wochen signifikant häufiger unter Anifrolumab (60 vs. 44 %) erreicht, in Kombination mit einer Prednisolon-Dosis von $\leq 7,5$ mg täglich war der Unterschied noch etwas größer (59 vs. 40 %). Auch unter der subkutanen Gabe war die Differenzierung bereits ab Woche 12 eindeutig.

T2T: BAFF-REZEPTOR-, CD40-LIGANDEN- UND JAK-INHIBITION

Auch die Treat-to-target (T2T)-Ziele niedrige Krankheitsaktivität (Lupus Low Disease Activity State, LLDAS) und DORIS-Remission werden zunehmend als Endpunkte in SLE-Studien untersucht. Unter anderem waren Ianalumab (8), Dapirolizumab Pegol, das den CD40-Liganden bindet (9), und der Januskinase (JAK)-1-Inhibitor Upadacitinib (10) signifikant erfolgreicher als der Kontrollarm. Dapirolizumab brachte auch eine Verbesserung der Lupus-Fatigue mit sich. (11)

PROTEINURIE UND LUPUSNEPHRITIS

In den Empfehlungen der EULAR zum SLE und zur Lupus-Nierenbeteiligung wird ab einer neuen Proteinurie von 0,5 g/Tag oder 0,5 g/g Kreatinin im Spontanurin eine Nierenbiopsie empfohlen. Aus Baltimore kommende Daten zeigten zum Teil auch eine relevante Nephritis bei noch geringerer Eiweißausscheidung. (12) Dort wurden 28 Patientinnen und Patienten auch mit einer Protein-Kreatinin-Ratio von 0,2 bis 0,499 biopsiert, wenn sie nicht weiß waren, ein aktives Urinsediment, Komplementverbrauch oder Antikörper gegen doppelsträngige DNS (ds-DNA) aufwiesen. 71 % hatten eine Lupusnephritis, allerdings kam keine Klasse IV und keine Klasse III + V vor. Sechs der 28 Biopsien zeigten eine Klasse III-Nephritis – nur in diesen Fällen war die Therapieindikation aus meiner Sicht eindeutig, und die Nephritis war dann immer assoziiert mit positiven Anti-dsDNA-Antikörpern und bei 5 von 6 mit Komplementerniedrigung. Das Urinsediment war in der Unterscheidung nicht hilfreich.

CERTOLIZUMAB PEGOL SCHÜTZT APS-SCHWANGERSCHAFT

Obwohl die Kombination aus niedermolekularem Heparin (NMH) und niedrig dosierter Acetylsalicylsäure (ASS) Aborte wegen Anti-Phospholipid-Antikörpern in vielen Fällen verhindern kann, bleibt insbesondere die Präeklampsie ein kaum beherrschbares Problem. Basierend auf Mausmodell-Daten, die eine direkte Rolle von TNF in dieser Pathologie zeigten, hat die IMPACT-Studie mit Certolizumab Pegol jetzt einen neuen Weg bei hohem Risiko aufgezeigt. (13) Insgesamt 57 Patientinnen mit Antiphospholipid-Syndrom (APS) und Frühschwangerschaft wurden eingeschlossen und von Woche 8 bis Woche 28 zusätzlich zur Antikoagulation mit Certolizumab Pegol behandelt.

Zu erwarten waren 40 % ungünstige Schwangerschaftsergebnisse, und 87 % der Patientinnen mit vorheriger ►

Schwangerschaft hatten solch einen Endpunkt erlitten. Nur in zwei Fällen kam es zum Frühabort, vier weitere Aborte beruhten auf chromosomalen Aberrationen. Von den restlichen 51 Schwangerschaften endeten aber 48 mit einem lebend nach Hause entlassenen Baby.

CAR-T-ZELLEN UND BITE-ANTIKÖRPER: DIE HOFFNUNG AUF HEILUNG LEBT

Seit den 2021 publizierten ersten Erlanger Erfolgen steigt die Zahl der Beobachtungen zu CAR-T-Zellen bei Kollagenosen an – in Chicago waren es allein 14 Abstracts. Während nicht alle Konstrukte gleich erfolgreich sein dürften, bleibt es beim sensationellen Erfolg einer therapiefreien Remission bei zumindest einem Teil der SLE-Patientinnen und -Patienten und bei sehr positiven Ergebnissen auch bei anderen Kollagenosen. In Chicago wurden unter anderem Daten zu elf Patientinnen und Patienten mit Myositis gezeigt, die mit CAR-T-Zellen gegen CD19 behandelt wurden. (14) Darunter kam es zu einer dramatischen Besserung der Myositis, der Hautbeteiligung und der interstitiellen Lungenbeteiligung.

Während CD19 als Ziel beim SLE ziemlich eindeutig ist und bei den Autoimmun-Myositiden nach diesen Daten ausreicht, haben CAR-T-Zellen gegen CD19 bei der systemischen Sklerose (SSc) bislang nicht zu einem kompletten Verschwinden der spezifischen Autoantikörper geführt. Das gelang jetzt mit einem gegen das B-Zell-Reifungsantigen (BCMA) gerichteten Ansatz, wobei ein T Cell Engager, ein bispezifisch gegen CD3 und BCMA gerichteter (BiTE)-Antikörper verwendet wurde. (15) Ob die CAR-T-Zellen auf Dauer noch effektiver sind, wird sich erst mittelfristig herausstellen.



HÖHEPUNKTE JENSEITS DER KOLLAGENOSEN

SOMATISCHE MUTATIONEN ÜBER VEXAS HINAUS: IDH-1/2 IM FOKUS

Wenn ältere Patientinnen und Patienten autoinflammatorische Erkrankungen entwickeln, sind diese eher Folge somatischer Mutationen – also im Wesentlichen eines myelodysplastischen Syndroms – als von Keimbahnmutationen, wie wir seit der Entdeckung des VEXAS-Syndroms wissen. Die Isocitrat-Dehydrogenasen (IDH)-1 und -2 spielen im Citratzyklus eine Rolle und werden häufig in Malignomen gefunden. Von 265 bisher nicht diagnostizierten Patientinnen und Patienten mit systemischer Autoinflammation im Erwachsenenalter fanden sich bei 6 % solche Mutationen, nämlich acht im IDH-1- und sieben im IDH-2-Gen. (16) Der IDH-Inhibitor Ivosidenib führte bei ihnen zum Rückgang des CRP und der Neutrophilen-Zahlen. Zudem gab es in großen Kohorten Assoziationen der Mutationen in den IDH-Genen mit Riesenzellarteriitis (RZA) und Polymyalgia rheumatica.

RZA: SCHÜBE BEI ABSETZEN VON UPADACITINIB NACH EINEM JAHR

Upadacitinib ist nach dem Interleukin (IL)-6-Rezeptor-Blocker Tocilizumab die zweite für die RZA zugelassene Glukokortikoid (GK)-sparende Therapie. In Chicago wurden die 2-Jahres-Daten der SELECT-GCA-Studie vorgestellt. (17) Patientinnen und Patienten, die nach einem Jahr unter Upadacitinib in Remission waren, wurden für das zweite Jahr im Verhältnis 2:1 zur doppelblinden Weiterführung von Upadacitinib oder auf Placebo re-randomisiert. Unter weiterlaufender Upadacitinib 15 mg-Therapie blieben 69 % über das gesamte zweite Jahr in Remission, verglichen mit nur 29 %, die auf Placebo wechselten.

Auch wenn die Daten in der Realität mit vollem Monitoring der Entzündungsparameter etwas harmloser sein dürften, legen sie nahe, dass ein zweites Jahr Therapie in der Regel erforderlich sein wird. Erfreulicherweise gab es keine neuen Sicherheitssignale. Unter Upadacitinib (und weniger GK) kam es zu mehr Herpes Zoster, aber seltener zu schweren Infektionen. Es kam zu einer einzelnen venösen Thromboembolie unter Upadacitinib, und zu keinem einzigen schweren kardiovaskulären Ereignis oder gar Todesfall.

NEUES ZUR RA: ROSNILIMAB GEGEN ANTI-PD-L1-POSITIVE ZELLEN

Nachdem Abatacept als Hemmer der Kostimulation über CD80/86 und CD28 schon lange in der Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) verwendet wird, kommen jetzt auch Ansätze in Frage, die den zweiten Weg der Checkpoint-Inhibitoren über Programmed Cell Death (PD)-1 und seinen Liganden (PD-L1) beeinflussen. Rosnilimab bindet an T-Zellen, die viel PD-L1 an der Oberfläche tragen, und depletiert diese Zellen.

In der nun vorgestellten Phase-IIb-Studie RENOIR (18) mit 424 RA-Patientinnen und -Patienten, von denen 41 % schon Biologika in der Vortherapie hatten, war Rosnilimab in allen drei Dosen (100 mg oder 400 mg vierwöchentlich oder 600 mg vierzehntägig) effektiv. Von den 319 Patientinnen und Patienten, die Rosnilimab erhielten, waren zu Woche 14 bereits 69 % in niedriger Krankheitsaktivität im CDAI, das ACR20-Ansprechen in Woche 12 lag in der höchsten Dosis bei über 75 %. Nachdem die Substanz in Woche 28 gestoppt wurde, hielt die Wirksamkeit bei drei Viertel noch weitere drei Monate an. Es wurden keine Todesfälle, Malignome oder schweren Infektionen beobachtet.

Im Gegensatz dazu traten unter dem PD-1-aktivierenden Antikörper Peresolimab in den höheren beiden Dosen vier Malignome auf – und keines in den beiden anderen Armen. (19) Bei zudem deutlich weniger beeindruckenden Effektivitätsdaten wurde die Entwicklung daher eingestellt.

TYK-2-INHIBITOR NUN AUCH FÜR PSORIASIS-ARTHRITIS

Die Tyrosinkinase-2 (TYK-2), das vierte Mitglied der Januskinase-Familie, ist für die Signaltransduktion von Typ-I-Interferonen und von IL-12 und IL-23 wichtig. Der TYK-2-Inhibitor Deucravacitinib ist bereits für die Psoriasis zugelassen. Die POETYK-PsA-1-Studie zeigte jetzt auch die Wirksamkeit für die Psoriasis-Arthritis (PsA) über bis zu 52 Wochen. (20) In Woche 16 erreichten 54 % der 336 Patientinnen und Patienten unter Deucravacitinib, aber nur 34 % der 334 im Placebo-Arm die ACR20-Antwort. Auch die anderen PsA-Domänen verbesserten sich deutlicher als unter Placebo. Das Sicherheitsprofil war günstig, mit nur etwa 6 % schweren unerwünschten Ereignissen und dem Ausbleiben von Todesfällen, jedoch traten bei manchen Patienten Akne oder andere Hautausschläge auf.

ASAS-SPARTAN-KLASSIFIKATION FÜR AXIALE SPONDYLOARTHRITIS

Mit dem ehrgeizigen Ziel einer Spezifität von ≥ 90 % und einer Sensitivität von ≥ 75 % wurden reale Daten von 1.015 Patientinnen und Patienten mit mindestens 3 Monaten Rückenschmerz und Auftreten vor dem 45. Lebensjahr analysiert, von denen 370 (36,4 %) eine axiale Spondylarthritis (axSpA) hatten. Das Ergebnis dieser Kollaboration von ASAS und SPARTAN ist ein gewichteter Score mit einem Cut-off von 11 Punkten, wobei das

positive MRT 8 Punkte, positive Röntgenaufnahmen 7 Punkte, positives HLA-B27 4 Punkte und inflammatorischer Rückenschmerz 3 Punkte zählen – und alles andere, von erhöhtem CRP über periphere Arthritis und Fersenenthesitis bis zu Psoriasis, chronisch-entzündlicher Darmerkrankung (CED) und anteriorer Uveitis, je 1 Punkt. (21)

NEUROTROPHIN-INHIBITION ALS MÖGLICHER ANSATZ FÜR DIE ARTHROSE-THERAPIE

Abschließend noch ein Studienergebnis, das Hoffnung auf eine vielleicht doch mögliche medikamentöse Arthrose-Therapie aufkommen lässt. LEVI-04 ist ein Fusionsprotein aus IgG (Fc-Teil) und dem p75 Neurotrophin-Rezeptor, das Neurotrophin-3 inhibiert. Insgesamt 518 Patientinnen und Patienten mit symptomatischer Gonarthrose wurden auf Placebo oder einen von drei LEVI-04-Dosisarmen (0,3, 1 oder 2 mg/kg) randomisiert. (22) Das Fusionsprotein zeigte im MRT eine dosisabhängige Abnahme des Knochenmarksödems, insbesondere in fortgeschrittenen Krankheitsstadien (Kellgren-Lawrence Grad 3 und 4).

Selbst für die in den letzten Jahrzehnten von Erfolgsgeschichten geradezu verwöhnte Rheumatologie zeigte der Kongress in Chicago wieder beeindruckende Fortschritte auf ganz verschiedenen Gebieten. Manche der erwähnten Therapien werden vermutlich bald auch in Deutschland in diesen Indikationen zur Verfügung stehen, und auch für die Patientinnen und Patienten mit heute noch schlecht behandelbaren Erkrankungen gibt es Hoffnung auf neue Ansätze. ■

ACR



Prof. Dr. med. univ. Martin Aringer
Bereichsleiter Rheumatologie
Medizinische Klinik und Poliklinik III
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Quellen: 1 Grader-Beck T et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB24 | 2 Xu D et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB11 | 3 Peene I et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0694 | 4 Nestor J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0805 | 5 Garg S et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1722 | 6 Morand E et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0802 | 7 Manzi S et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1545 | 8 Morand E et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0801 | 9 Morand E et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0645 | 10 Morand E et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 2445 | 11 Morand E et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0644 | 12 Petri M et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0772 | 13 Salmon J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0855 | 14 Aggarwal R et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB14 | 15 Györfi A-H et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0678 | 16 Castellan F et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB21 | 17 Schmidt W et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0776 | 18 Graf J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB19 | 19 Tuttle J et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0473 | 20 van der Heijde D et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. LB20 | 21 Maksymowych W et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0854 | 22 Westbrook S et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0852



IMAGING UND KÜNSTLICHE INTELLIGENZ

Aktuelles zur Bildgebung in der Rheumatologie

Auf dem ACR-Kongress 2025 in Chicago wurden zahlreiche interessante Beiträge zum Thema Bildgebung präsentiert. Die wichtigsten Abstracts fokussierten sich auf die Weiterentwicklung und Anwendung bildgebender Verfahren in der Rheumatologie, zusätzlich wurde die Integration von Künstlicher Intelligenz (KI) zur automatisierten Analyse von Bildgebungsdaten und zur Verbesserung der Diagnostik hervorgehoben.

KI-GESTÜTZTE MRT BEI AXIALER SPONDYLOARTHRITIS

Ein Fokus lag auf dem Zusatznutzen von KI bei der Detektion entzündlicher Läsionen bei axialer Spondylarthritis (axSpA) und aktiver Sakroiliitis mittels MRT. Letztere – vor allem der Nachweis von Knochenmarködem (BME) nach den ASAS-Kriterien – spielt eine zentrale Rolle für die axSpA-Frühd Diagnose. In einer multizentrischen, retrospektiven Studie mit 684 Iliosakralgelenks-MRTs wurde ein Deep-Learning-Modell entwickelt, das anhand automatischer Gelenksegmentierung und Erkennung von BME auf ≥ 2 konsekutiven Schichten ASAS-positive MRTs identifiziert. Erreicht wurde eine balancierte Genauigkeit von 81,3 % (Sensitivität 71,4 %, Spezifität 91,1 %), bei eindeutigen Läsionen sogar 89,3 % balancierte Genauigkeit (Sensitivität 84 %, Spezifität 94,5 %), während die Leistung bei schlechter Bildqualität oder sehr subtilen Läsionen deutlich nachließ. Dieses KI-Modell könnte durch Standardisierung der MRT-Befundung Radiologen unterstützen und so die diagnostische Genauigkeit und Patientenversorgung bei axSpA verbessern. (1)

QUANTITATIVE THORAX-CT BEI RA-ASSOZIIERTER ILD

Eine US-Studie untersuchte die diagnostische Wertigkeit des Thorax-CT bei rheumatoider Arthritis und interstitieller Lungenerkrankung (RA-ILD). Bei RA-Betroffenen tritt eine RA-ILD häufig auf und wird klassischerweise mit Lungenfunktions tests, insbesondere der forcierten Vitalkapazität (FVC), überwacht. In dieser multizentrischen, prospektiven Kohorte von 113 RA-ILD-Patienten wurde unter-

sucht, ob eine quantitative Auswertung der Thorax-CT (qCT, Prozentanteil hochdichter Areale [%HAA]) eine Alternative bzw. Ergänzung zu FVC, DLCO und respiratorischen patientenberichteten Endpunkten darstellt und ob sie prognostische Aussagekraft für das Überleben hat.

Die qCT-Parameter (%HAA) zeigten nur schwache bis moderate negative Korrelationen mit FVC und DLCO, waren aber nicht mit Dyspnoe- und Hustenfragebögen assoziiert. Über 169 Patientenjahre traten 17 Todesfälle auf; höhere %HAA-Werte gingen tendenziell mit schlechterem Überleben einher, erreichten jedoch keine Signifikanz, ähnlich wie FVC, während höhere Dyspnoe-Scores mit einer ungünstigeren Prognose verbunden waren. Somit scheinen qCT-basierte %HAA-Messungen vergleichbare prognostische Informationen zum Überleben liefern zu können wie die FVC und könnten sich als zusätzliches Tool zur Charakterisierung und Verlaufskontrolle eignen. (2)

HÄMOCHROMATOSE-ARTHRORPATHIE IM FOKUS

Die Hämochromatose-Arthropathie ist bislang wenig untersucht, obwohl Gelenkbeschwerden häufig zu den ersten Manifestationen gehören und wegen Fehldiagnosen oft verspätet erkannt und behandelt werden. In einer systematischen Literaturübersicht und Metaanalyse wurden klinische und bildgebende Merkmale aus 36 Studien zusammengetragen, um die Entwicklung der EULAR-Klassifikationskriterien zu unterstützen.

Am häufigsten betroffen waren die MCP Gelenke 2 und 3 mit eingeschränkter Beweglichkeit, knöcherner Auftreibung und



Prof. Dr. Herbert Kellner

Schmerzen; bildgebend fanden sich dort vor allem subchondrale Zysten, Gelenkspaltverschmälerung und Osteophyten, während Chondrocalcinose überwiegend im Knie und subchondrale Sklerose vor allem in der Hüfte beschrieben wurden. Insgesamt zeigte sich aufgrund der Seltenheit der Erkrankung, kleiner Fallzahlen und heterogener Ergebnisse eine deutliche Evidenzlücke, was die Bedeutung der inzwischen publizierten Klassifikationskriterien für Hämochromatose-Arthropathie unterstreicht. (3) ■

Prof. Dr. med. Herbert Kellner

Schwerpunktpraxis für Rheumatologie und Gastroenterologie
und Ärztlicher Leiter der Abteilung Rheumatologie
Romanstr. 9, 80639 München

Quellen:

- 1 Alnaqbi K et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 0538
- 2 Anthone E et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1946
- 3 Engelhardt S et al., *Arthritis Rheumatol* 2025; 77(Suppl 9): Abstr. 1908

DIE INDUSTRIE-BERICHTE FINDEN SIE
IM INTERNET UNTER:
www.rheumamanagement-online.de/industrienachrichten.html

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

HIER STEHT EINE ANZEIGE.



Marktplatz

Liebe Leserinnen und Leser,

sowohl aus Platzgründen als auch auf Bitten nach mehr Übersichtlichkeit aus dem Leserkreis werden die Angebote kurzgefasst, jedoch ergänzt mit einem QR-Code zur schnellen Information.

Wir bitten um Ihr Verständnis!
Ihr Redaktionsteam.

Praxisabgabe



FACHARZTSITZ ZUR NACHFOLGE

Rheumatologische Gemeinschaftspraxis
am Klinikum Donaueschingen

Stellenangebote



RHEUMATOLOGE (M/W/D)

NEU

Gesundheitszentrum Innere Medizin in Witten



ASSISTENZARZT INNERE MEDIZIN (M/W/D)

HealthCorp Partners GmbH



FACHARZT/OBERARZT INNERE MEDIZIN/ RHEUMATOLOGIE (M/W/D)

HealthCorp Partners GmbH



FACHARZT INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT RHEUMATOLOGIE ALS ÄRZTLICHEN LEITER EINES MVZ (M/W/D)

MVZ Oberberg GmbH in Gummersbach



FACHARZT FÜR RHEUMATOLOGIE
ODER FORTGESCHRITTENE
WEITERBILDUNG ZUM
RHEUMATOLOGEN (M/W/D)

Rheumazentrum Bietigheim



ARZT MIT INTERNISTISCHER
VORERFAHRUNG
ZUR WEITERBILDUNG
RHEUMATOLOGIE (M/W/D)

Gemeinschaftspraxis in Baden-Baden



FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN/
RHEUMATOLOGIE (M/W/D)

St. Franziskus MVZ Am Hang in Harrislee



WEITERBILDUNGSSTELLE
FÜR RHEUMATOLOGIE (M/W/D)

Gemeinschaftspraxis in Regensburg



RHEUMATOLOGE ZUR
FESTANSTELLUNG (M/W/D)

Praxis für Innere Medizin und Rheumatologie
in Bad Homburg



OBERARZT FÜR RHEUMATOLOGIE
(M/W/D)

Klinikum Westmünsterland GmbH in NRW



FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN
UND RHEUMATOLOGIE (M/W/D)

Ambulantes Rheumazentrum Erfurt

DIE GESAMTE STELLENBÖRSE
FINDEN SIE UNTER
[WWW.RHEUMAMANAGEMENT-
ONLINE.DE/MARKTPLATZ](http://WWW.RHEUMAMANAGEMENT-ONLINE.DE/MARKTPLATZ)



HIER STEHT EINE ANZEIGE.