

RHEUMA Management

DELEGATION

RHEUMA UPDATE
2026 IN MAINZ



BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
RHEUMATOLOGEN E.V.

MITTEILUNGSORGAN DES BDRH | AUSGABE MÄRZ/APR 2026

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

NÄCHSTE AUSGABE

Vorschau



BDRH-KONGRESS 2026

Highlights vom 21. Jahreskongress des BDRh am 24./25. April im Estrel Berlin: Austausch, Vernetzung und Wissenstransfer



QUO VADIS, GESUNDHEITSREFORM?

Was kommen könnte, was kommen sollte ...

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 · 2-2026 | 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: Titelseite – ©AdobeStock, S. 3 u. – Thorsten Zenner/Fotolia, S. 13 – ©lev dolgachov/Fotolia, S. 16/17 – ©Applimeda/UKW, UKW, S. 27 – ©Setpoint Medical Corporation, S. 38 – ©Shutterstock

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.

EDITORIAL

Delegation: Neue Impulse durch DELIVER-CARE

Die ambulante Versorgung chronisch-entzündlicher Erkrankungen steht unter Druck: steigende Patientenzahlen, komplexe Therapien, engmaschige Kontrollen und ein spürbarer Mangel an fachärztlichen Ressourcen. Ein möglicher Ausweg aus diesem sich in den nächsten Jahren vermutlich noch verschärfenden Dilemma besteht in der Delegation ärztlicher Leistungen an die Rheumatologische Fachassistenz (RFA).



Dr. Kirsten Hoepfer

Delegation bedeutet immer Teamarbeit. Nicht als spontanes „Aufgaben abgeben“, sondern als strukturierter Prozess mit der Durchführung einer eigenen RFA-Visite. Wenn Delegation so umgesetzt wird, kann sie Versorgungsqualität stützen und zugleich Kapazität für neue und komplexe Fälle schaffen.

Die RFA-gestützte Versorgung ist nicht nur praktisch möglich, sondern kann auch messbare Effekte haben. Im Innovationsfondsprojekt DELIVER-CARE (Delegation und Vernetzung bei chronisch inflammatorischen Erkrankungen, #01NVF18014) wurde 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 den Facharzt, sichergestellt werden kann. Das hervorstechende Ergebnis der 12-monatigen Studie ist, dass eine teambasierte Versorgung mit qualifizierten MFA (RFA)-Visiten in den klinischen Ergebnissen nicht nachteilig war. Sie war aus gesundheitsökonomischer Sicht gut begründbar. Und sie adressiert ein Kernproblem der Versorgung, nämlich die Folgekosten eines verzögerten Facharztzugangs.

Für RFAs bedeutet das: Ihre Arbeit ist nicht Begleitung, sondern ein qualitätsrelevanter Teil der Versorgung, mit eigenem

fachlichen Profil. Für Praxen bedeutet es: Delegation braucht Standards, Qualifikation, Dokumentation und Zeitfenster, sonst bleibt sie fragil. Und für die Systemebene ist die Schlussfolgerung unbequem, aber klar: Evidenz allein – seit August 2025 attestiert durch die Transferempfehlung in die Regelversorgung durch den Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) – reicht noch nicht.

Ohne einen verlässlichen Vergütungsrahmen bleibt Delegation ein Projekt und abhängig von Einzelengagement. Was es jetzt braucht, ist eine klare, bundeseinheitliche Vergütungslogik für strukturierte, qualitätsgesicherte MFA (RFA)-Visiten inklusive definierter Anforderungen, z. B. an die Qualifikation der MFA/RFA, 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

Mitteilungen des BDRh

- 08 Qualitätsmanagement in der Praxis – Warum es mehr als Pflicht ist und wie es die Praxis stärkt
- 09 Jetzt für den RheumaPreis 2026 bewerben!



BDRh

Praxismanagement

- 10 Praktische Tipps zur Einführung der RFA-Visite
- 12 Rechtliche Hinweise zur Austauschbarkeit von Biologika
Rechtsanwältin Anna Herzig



Aktuelles aus der Rheumatologie

- 16 Mit Axia-App erste DiGA in der Rheumatologie zugelassen
- 18 Bildgebende Diagnostik Rheumatoide Arthritis – wenn die Luft knapp wird
Prof. Dr. Herbert Kellner
- 21 Rheumatoide Arthritis Update der EULAR-Leitlinie
- 27 Rheumatoide Arthritis Vagusnervstimulation als neue Option
- 29 Gichtarthritis
- 29 Osteoporose
- 30 Psoriasis-Arthritis





- 32 Axiale Spondyloarthritis
- 34 Juvenile idiopathische Arthritis
- 36 ANCA-assoziierte Vaskulitiden
- 37 Eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis
- 38 Behçet-Syndrom
Update der EULAR-Leitlinie
- 40 Riesenzelleriitis
- 42 Idiopathische entzündliche Myositis
- 45 Systemische Sklerose
- 48 Systemischer Lupus erythematoses
Erfolgreiche Phase-III-Studie zu Obinutuzumab



Rheuma Update 2026

- 50 Highlights aus der Rheumatologie



Marktplatz

- 66 Praxisabgabe/Stellenangebote



Industrie-Berichte

ab Seite 56

Qualitätsmanagement in der Praxis – Warum es mehr als Pflicht ist und wie es die Praxis stärkt

Wer den Schritt in die Niederlassung wagt, betritt einen Raum voller Möglichkeiten und hält zum ersten Mal den Schlüssel dazu in der Hand: Wie möchte ich arbeiten? Was soll meine Praxis ausmachen? Welche Werte sollen den Alltag prägen? Viele Rheumatologinnen und Rheumatologen spüren an diesem Punkt eine Mischung aus Aufbruchstimmung und Respekt vor der Verantwortung. Und genau hier kommt ein Thema ins Spiel, das oft unterschätzt wird – das Qualitätsmanagement (QM).

In Kapitel 3.6 unseres Leitfadens zur Niederlassung in der Rheumatologie heißt es:

„Qualitätsmanagement bedeutet, Strukturen und Abläufe so zu gestalten, dass eine sichere, nachvollziehbare und kontinuierlich verbesserte Versorgung gewährleistet ist.“

Dieser Satz beschreibt sehr treffend, worum es wirklich geht. QM ist nicht das Abheften von Dokumenten oder das Erfüllen formaler Vorgaben. Es ist ein Werkzeug, das die Praxis stärkt, sowohl medizinisch, organisatorisch, wie auch menschlich.

Wer zum ersten Mal eine eigene Praxis führt, merkt schnell, wie viele Zahnräder ineinandergreifen müssen. Von der Terminorganisation über die Infusionsplanung bis hin zur Dokumentation und Arzneimitteltherapiesicherheit: alles hängt miteinander zusammen. Ein gut aufgebautes QM-System sorgt dafür, dass diese Zahnräder nicht knirschen. Es macht Abläufe nachvollziehbar, erleichtert die Einarbeitung neuer Mitarbeitender und hilft, Fehlerquellen frühzeitig zu erkennen. Und es schafft eine Atmosphäre, in der das Team nicht nur funktioniert, sondern zusammenwächst. Ein gutes QM sorgt dafür, dass Abläufe verlässlich funktionieren, dass Informationen dort ankommen, wo sie gebraucht werden, und dass das Team weiß, worauf es sich verlassen kann. Viele junge Kolleginnen und Kollegen berichten, dass sie sich durch klare Strukturen freier fühlen – nicht eingengt. Denn QM nimmt Druck aus dem Alltag: Es verhindert, dass wichtige Schritte vergessen werden, und es schafft Orientierung in Situationen, die sonst leicht chaotisch werden könnten.

Besonders spannend ist, dass QM nicht nur nach innen wirkt, sondern auch nach außen. Patientinnen und Patienten spüren, wenn eine Praxis gut organisiert ist. Sie erleben kürzere Wartezeiten, klare Kommunikation und eine Versorgung, die strukturiert und gleichzeitig persönlich ist. Das stärkt das Vertrauen – und Vertrauen ist in der Rheumatologie ein zentraler Baustein jeder langfristigen Behandlung.

Natürlich gibt es gesetzliche Anforderungen. Nach § 135a SGB V sind Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet, ein internes QM-System einzuführen und weiterzuentwickeln. Doch wer QM nur als Pflicht versteht, verpasst die Chance, es als strategisches Instrument zu nutzen. Denn QM ist weit mehr als ein Regelwerk. Es ist ein Kompass, der hilft, die eigene Praxis bewusst zu gestalten. Es unterstützt dabei, Prioritäten zu setzen, Ressourcen sinnvoll einzusetzen und die Qualität der Versorgung kontinuierlich zu verbessern.

Viele Praxen entscheiden sich für etablierte QM-Systeme wie QEP oder ISO 9001. Andere entwickeln ein eigenes, pragmatisches System, das genau zu ihren Bedürfnissen passt. Entscheidend ist nicht das Zertifikat an der Wand, sondern die Frage, ob das System im Alltag trägt. Ob es hilft, Prozesse zu vereinfachen. Ob es das Team stärkt. Ob es die Versorgung verbessert. Und ob es die Praxis langfristig stabil und zukunftsfähig macht. Denn am Ende geht es genau darum: Eine Praxis aufzubauen, die nicht nur funktioniert, sondern Freude macht. Eine Praxis, in der junge Rheumatologinnen und Rheumatologen ihre medizinische Expertise entfalten können, ohne im organisatorischen Alltag unterzugehen. Eine Praxis, die Patientinnen und Patienten Sicherheit gibt und gleichzeitig Raum für persönliche Entwicklung lässt.

Qualitätsmanagement ist kein Selbstzweck. Es ist ein Werkzeug, das genau diese Art von Praxis möglich macht. Wer es klug einsetzt, gewinnt Zeit, Klarheit und Gelassenheit und schafft die Grundlage für eine gute Versorgung.

MEHR INFORMATIONEN

Mehr Details und weiterführende Informationen finden Sie im „Leitfaden zur Niederlassung in der Rheumatologie 2025“, Kapitel 3.6., unter www.rheumatologie-begeistert.de. ■



18. RHEUMAPREIS FÜR MENSCHEN MIT RHEUMA IM BERUF

Jetzt für den RheumaPreis 2026 bewerben!

Unter der Motto „Rheuma Arbeit geben – Die Chancen nutzen“ würdigt die Initiative RheumaPreis auch in diesem Jahr Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, die trotz ihrer Diagnose erfolgreich im Berufsleben stehen und gemeinsam mit ihren Arbeitgebenden kreative Lösungen für ihren Arbeitsplatz gefunden und damit die Chancen genutzt haben.

Bereits zum 18. Mal verleiht die Initiative den RheumaPreis an Arbeitnehmende und Arbeitgebende, die mit Offenheit, Flexibilität und innovativen Ideen zur beruflichen Integration beigetragen haben. Das Preisgeld von 3.000 Euro geht an die erkrankten Beschäftigten. Die Arbeitgebenden werden mit einer Urkunde ausgezeichnet. Die Preisverleihung findet im Rahmen des Deutschen Rheumatologiekongresses am Samstag, den 12. September 2026, von 10 bis 11.30 Uhr im Congress Center Leipzig statt.

WER KANN SICH BEWERBEN?

Der RheumaPreis richtet sich an:

- Berufstätige mit Rheuma – angestellt, selbstständig, in Ausbildung oder Studium.
- Arbeitgebende, die ein inklusives Arbeitsumfeld schaffen und berufliche Teilhabe fördern.
- Personen im Familienmanagement, die sich trotz Rheuma engagieren.

WARUM TEILNEHMEN?

- Mut und Offenheit zeigen – und anderen Betroffenen ein Vorbild sein.
- Gelebte Inklusion sichtbar machen – Unternehmen, die sich für ihre Mitarbeitenden einsetzen, verdienen Anerkennung.
- 3.000 Euro Preisgeld gewinnen – und sich einen Wunsch erfüllen.



BEWERBUNG UND FRIST

Bewerbungen sind bis zum

30. Juni 2026

online unter

<https://www.rheumapreis.de/bewerbung/online-formular>

oder per Post möglich.



Praktische Tipps zur Einführung der RFA-Visite

Nachdem der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für das Delegationsmodell DELIVER-CARE mit qualifizierten MFA (RFA)-Visiten am 22. August 2025 eine Transferempfehlung mit Prüfbitte zur Überführung in die Regelversorgung ausgesprochen hat, dürfte der Anreiz zur Implementierung einer RFA-Sprechstunde nochmal gestiegen sein. Eine praktische Hilfestellung bietet ein Leitfaden zur Delegation ärztlicher Leistungen in der Rheumatologie.



Das im Rahmen von DELIVER-CARE erstellte Handbuch stellt praxisnah und anschaulich einen Leitfaden für alle beteiligten Berufsgruppen dar. Dieser berücksichtigt die heterogenen Rahmenbedingungen in den Praxen und schlägt daher so viele Schritte wie nötig bei gleichzeitig so viel Gestaltungsspielraum wie möglich vor. So sind sieben Schritte notwendig, die aufeinander aufbauend zur Implementierung von Delegation in der Facharztpraxis führen und diese nachhaltig sichern:

1 ARZT UND RFA ENTSCHEIDEN SICH FÜR DELEGATION/RFA-VISITE

Zunächst wird eine Grundlage für die Delegation geschaffen. Der Arzt bespricht mit der RFA, welche Aufgaben delegiert werden sollen und auf dieser Grundlage kann die RFA eine Entscheidung treffen.

2 ARZT BESPRICHT MIT DER RFA, WAS MIT DER DELEGATION ERREICHT WERDEN SOLL

Warum soll delegiert werden? Welche Ziele werden damit im Rahmen der Praxisphilosophie verfolgt? Dies sind einige der Fragen, die in diesem Schritt besprochen werden und helfen, eine gemeinsame Zielvorstellung als Basis für das weitere Vorgehen zu entwickeln.

3 RFA HOSPITIERT BEIM ARZT

Durch Hospitationen in der ärztlichen Sprechstunde lernt die RFA die Umsetzung des bisher Erfahrenen kennen und kann sich ein realistisches Bild davon machen, wie es in praktisches Verhalten umgesetzt wird.

4 RFA ERARBEITET UMSETZUNGSIDEEN

Die RFA erarbeitet nun standardisierte Ablaufpläne für die RFA-Visite mit dem Ziel, das Verständnis für die Aufgaben und Ziele zu vertiefen.

5 RFA STIMMT DIESE MIT DEM ARZT AB, GGF. ANPASSUNG/ÜBERARBEITUNG

Dieser Schritt schafft Klarheit und Sicherheit sowohl für die RFA als auch für den Arzt. Beide können wahrnehmen, ob das Bisherige richtig verstanden wurde und das gegenseitige Vertrauen wird dadurch gestärkt.

6 RFA STARTET MIT DELEGATIONS-AUFGABEN/RFA-VISITE

Nun beginnt die Umsetzung des bisher abgestimmten Vorgehens: Die sammelt erste Erfahrungen mit der Übernahme ärztlicher Aufgaben.

7 ARZT UND RFA REFLEKTIEREN GEMEINSAM UND PASSEN DAS VORGEHEN GGF. AN

Offene Fragen und Missverständnisse können geklärt werden und insgesamt wird das Vorgehen gemeinsam reflektiert und bei Bedarf angepasst.

Das Vorgehen ist geprägt von einem wertschätzenden Miteinander zwischen Arzt und RFA sowie dem gesamten Praxisteam. Die RFA kann bei Bedarf nachfragen und gewinnt durch den stimmigen Aufbau der Verantwortungsübernahme Sicherheit. Der bei der BDRh Service GmbH bestellbare Leitfaden schließt eine bisher bestehende Lücke und vermittelt die notwendigen Arbeitsschritte von der ersten Idee, mit Delegation arbeiten zu wollen, bis zur Umsetzung einschließlich des Evaluationsschrittes, bei dem die Frage nach der Verbesserung im Mittelpunkt steht. Praktische Tipps und übersichtliche Zusammenfassungen runden die Darstellung ab. ■

Literatur: „Ärztliche Leistungen delegieren – Ein Leitfaden zur Einführung in die Rheumatologie“; Dr. Kirsten Hoepfer, Dr. Maïke Kriependorf, Prof. Dr. Klaus Krüger, Dr. Florian Schuch, Patricia Steffens-Korbanka, 2024

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

Rechtliche Hinweise zur Austauschbarkeit von Biologika

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (im Folgenden: G-BA) vom 02.03.2026 treten zum 01.04.2026 neue Regelungen zur Austauschbarkeit von Fertigarzneimitteln mit biotechnologisch hergestellten Wirkstoffen in Kraft. Was müssen Ärzte beachten? Welche Verantwortung tragen die Apotheken?

RECHTSGRUNDLAGE

Gemäß § 40c der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) ist beim Ersetzen eines ärztlich verordneten Biologikums durch ein preisgünstigeres Produkt durch die Apotheke folgendes zu prüfen:

- 1 Das abzugebende Produkt muss für mindestens ein gleiches Anwendungsgebiet sowie mindestens für dieselben Applikationsarten zugelassen sein, wie das verordnete.
- 2 Das abzugebende und das verordnete Produkt müssen in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sein und die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzen. Bei Arzneimitteln mit gleicher Darreichungsform muss zudem das Behältnis (Fertigspritze, Fertigtropfen, Patrone etc.) übereinstimmen.
- 3 Eine Ersetzung kann grundsätzlich im Verhältnis **eines Referenzarzneimittels zu seinen Biosimilars** sowie **zwischen Biosimilars untereinander** erfolgen, sofern diese mit Bezug auf dasselbe Referenzarzneimittel zugelassen sind.

Als Grundlage für die Austauschentscheidung der Apotheke dient dabei Anlage VIIa zur AM-RL, die eine Übersicht der biotechnologisch hergestellten biologischen Arzneimittel als Referenzarzneimittel sowie der entsprechenden Biosimilars enthält. Eine Pflicht zum Austausch des verordneten Arzneimittels gilt hingegen nicht, wenn der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin die Ersetzung im medizinisch begründeten Einzelfall durch Ankreuzen des „aut-idem“-Feldes ausgeschlossen hat, § 40c Abs. 1 UA 2 AM-RL.

Aber auch die Apotheken selbst können von einem Austausch absehen, wenn pharmazeutische Bedenken gemäß § 17 Abs. 5 ApBetrO oder patientenindividuelle Aspekte vorliegen. Gründe des § 17 Abs. 5 ApBetrO sind eher formeller Natur, beispiels-



Rechtsanwältin Anna Herzig

weise, wenn eine Verschreibung einen für den Abgebenden erkennbaren Irrtum enthält, sie nicht lesbar ist oder sich sonstige Bedenken ergeben. Derartige Unklarheiten müssen vor Abgabe beseitigt werden.

Patientenindividuelle Aspekte sind hingegen relevante Abweichungen der Arzneimittel hinsichtlich Injektionsvolumina (z. B. Schmerzen bei größeren Volumina) und Handhabung (z. B. eingeschränkte Feinmotorik), wenn die Apotheke hierin eine patientenindividuelle Gefährdung des Therapieerfolges durch Nicht-Adhärenz oder Anwendungsfehler sieht und diese auch durch Aufklärung und Beratung nicht vermieden werden können.

WER IST VERANTWORTLICH FÜR DIE AUFKLÄRUNG BEI AUSTAUSCH?

Da der Austausch gemäß § 40c Abs. 1 AM-RL eigenverantwortlich durch Apotheken erfolgen soll, gilt eine geteilte Verantwortung zwischen verordnenden Ärzten und Apotheken, wobei der Schwerpunkt wohl bei den Apotheken liegen dürfte. So regelt auch der neu eingeführte § 40c Abs. 4 AM-RL, dass die gesetzlichen Regelungen zu Information und Beratung in Apotheken – auch zu substitutionsbedingt relevanten Aspekte – bestehen bleiben. Die tragenden Gründe des G-BA zum § 40c AM-RL verweisen diesbezüglich auf § 20 ApBetrO, wonach die Beratung die notwendigen Informationen über die sachgerech-

te Anwendung des Arzneimittels umfassen muss und durch Nachfrage festzustellen ist, inwieweit weiterer Informations- und Beratungsbedarf besteht. Der G-BA sieht die Information und Beratung durch Apotheken bei Abgabe biotechnologisch hergestellter biologischer Fertigarzneimittel sowie bei deren Ersetzung als wichtigen Teil der Therapie an.

DAMIT HAT DER ARZT DIE VERANTWORTLICHKEIT UND AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN ÜBER DIE:

- a. Therapieentscheidung,
- b. Entscheidung über etwaigen Ausschluss der Austauschbarkeit durch „aut-idem“,
- c. Aufklärung über Therapieprinzip und -ablauf, Risiken und Erfolgsaussichten,
- d. Aufklärung über Wirkstoff und initiale Einweisung in Applikation, und
- e. Information des Patienten über die mögliche Austauschpraxis in Apotheken.

HINGEGEN TREFFEN DIE APOTHEKEN FOLGENDE VERANTWORTLICHKEITEN UND AUFKLÄRUNGSPFLICHTEN:

- a. Information und Beratung des Patienten über den beabsichtigten Austausch eines Arzneimittels, und
- b. produktspezifische Beratung über **konkret abgegebenes Präparat**, d. h. gem. § 20 ApBetrO alle notwendigen Informationen über die sachgerechte Anwendung des Arzneimittels, soweit erforderlich auch über eventuelle Unterschiede, Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen, die sich aus den Angaben auf der Verschreibung sowie den Angaben des Patienten oder Kunden ergeben, und über die sachgerechte Aufbewahrung oder Entsorgung des Arzneimittels. Unserer Auffassung nach bedeutet dies, dass Apotheken über Lagerbedingungen, Applikationsbesonderheiten und Unterschiede im Device beraten müssen.

WER IST VERANTWORTLICH FÜR DEN PATIENTENAUSWEIS?

Diese Frage ist nicht abschließend geklärt und es bleibt abzuwarten, ob aktuelle Vorstöße zu produktunabhängigen Wirkstoff-Ausweisen, digitalen Medikationsplänen oder Apotheken-Stempeln im Ausweis Anklang finden. Auch hier sehen Fachverbände beim Austausch von Biologika durch Biosimilars in der Apotheke diese primär in der Pflicht, die Dokumentation sicherzustellen. Dies bedeutet, dass die Apotheke den Patienten über den Austausch informiert und dies auf dem

Rezept und in den Unterlagen dokumentiert. Die Apotheke muss sicherstellen, dass der Patient weiß, welches Präparat er erhält. Somit könnte dies sodann – im Zweifel durch den Arzt, wenn die Apotheke es nicht vornimmt – im Patientenausweis, nach entsprechender Information durch den Patienten, festgehalten werden.



MÖGLICHKEIT DES GEZIELTEN „AUT-IDEM“-EINSATZES

Wie ebenfalls bereits dargestellt, können Ärzte die Ersetzung bzw. den Austausch eines Arzneimittels ausschließen. Dies sollte aber nicht pauschal, sondern mit Bedacht und nur in medizinisch begründeten Einzelfällen erfolgen. Die medizinische Begründung sollte im Hinblick auf etwaige Wirtschaftlichkeitsprüfungen dokumentiert werden. Die medizinischen Gründe müssen patientenindividuell und erkrankungsspezifisch sein und **können im Einzelfall** eine stabile Langzeittherapie, mehrfache Switches, Device-Probleme, Probleme mit der Applikationsart, Nebenwirkungen nach Wechsel oder Adhärenzprobleme des Patienten sein. ■

Rechtsanwältin Anna Herzig

TACKE KOLLER Rechtsanwalts-gesellschaft mbH & Co KG

Rindermarkt 16

80331 München

herzig@tacke-koller.de

Fachgesellschaften schaffen Grundlage für bessere Versorgung

Gemeinsam haben die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS), Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) und Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) eine Initiative zur Zertifizierung interdisziplinärer Entzündungszentren gestartet. In einer gemeinsamen Kommission entwickeln die Fachgesellschaften den Rahmen für eine nationale Struktur zur Verbesserung der Versorgung von Betroffenen mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen.

„Die Entzündungsmedizin entwickelt sich rasant weiter, zeitgleich steigt die Komplexität der Therapieentscheidungen“, so Prof. Dr. Nisar Peter Malek, Tübingen, DGVS-Sprecher der Kommission zur Zertifizierung von Entzündungszentren. „Um für jede Patientin bzw. jeden Patienten die passende Therapie auszuwählen und langfristig gute Behandlungsergebnisse zu erzielen, braucht es klare Qualitätsstandards und strukturierte interdisziplinäre Entscheidungsprozesse.“ „Bereits heute existieren erste interdisziplinäre Zentren für Entzündungsmedizin, die sich in der klinischen Versorgung bewährt haben“, erklärt Prof. Dr. Hanns-Martin Lorenz, Heidelberg, Vorsitzender der DGRh-

Kommission. Die Initiative zielt darauf ab, vorhandene Ansätze in eine bundesweit einheitliche Struktur zertifizierter Zentren zu überführen. Vorbild ist die Onkologie, wo strukturierte interdisziplinäre Tumorbords und zertifizierte Zentren maßgeblich zur Qualitätsverbesserung in der Versorgung beitragen.

Mit der konstituierenden Sitzung am 4. März 2026 wurde ein erster wichtiger Schritt gemacht. Zunächst definiert die Kommission für die drei beteiligten Disziplinen Dermatologie, Gastroenterologie und Rheumatologie gemeinsame Qualitätskriterien. „Ziel ist es, ein abgestuftes System zertifizierter Zentren zu etablieren, das die unterschiedlichen Versor-

gungsbedarfe der Entzündungsmedizin abbildet“, sagt Prof. Dr. Alexander Enk, Heidelberg, DDG-Sprecher der Kommission. „Damit schaffen wir eine strukturierte Grundlage für interdisziplinäre Diagnostik, Therapieentscheidungen und langfristige Betreuung.“ Ein weiterer zentraler Bestandteil der Initiative ist die systematische Wissensgenerierung. Durch strukturierte Dokumentation und harmonisierte Datensätze soll künftig ein gemeinsames nationales Register für die Entzündungsmedizin entstehen. ■

Quelle: Gemeinsame Pressemitteilung von DGVS, DGRh und DDG, 24. März 2026

Grippeimpfung zeigt hohe Sicherheit und guten Schutz

Personen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (ERE) sind anfällig für Influenzainfektionen und deren Komplikationen – bedingt durch die Grunderkrankung sowie immunsuppressive Therapien. Entgegen häufigen Befürchtungen ist die Influenza-Impfung für Betroffene mit ERE sicher und gut verträglich, wie eine neue bundesweite, von einer Arbeitsgruppe um Rebecca Hasseli-Fräbel, Münster, publizierte prospektive Langzeitstudie zeigt, die von der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) unterstützt wurde.

In die Studie gingen 633 ERE-Patienten ein (87,5 % Frauen, medianes Alter 50,5 Jahre), die zwischen Oktober und Dezember 2023 in Deutschland rekrutiert wurden und nach der Impfung sowie nach 3 und 6 Monaten Follow-up einen Online-Fragebogen ausfüllten. Nach der Impfung kam es bei 50 % zu Schmerzen an der Injektionsstelle. 41 % gaben keine Nebenwirkungen an. Lediglich bei 5 % der Teilnehmer wurden Schübe der rheumatischen Grunderkrankung dokumentiert, eine Therapieanpassung war nur bei 1 % erforderlich. 8,9 % der 428 Teilnehmer mit Nachbeobachtungsdaten berichteten über eine Influenza-Infek-

tion (inklusive 2,3 % mit Re-Infektion), die aber in keinem der Fälle eine Hospitalisierung erforderte. Am häufigsten betroffen waren Teilnehmer mit Spondyloarthritis (55,3 %; $p < 0,002$).

Mehr als 90 % der Studienteilnehmenden gaben an, sich auch künftig gegen Influenza impfen lassen zu wollen. Nur rund 60 % hatten Informationen zur Grippeimpfung direkt von einer Ärztin oder einem Arzt erhalten. Fazit: Geeigneten ERE-Patienten ist vor oder während der jeweiligen Saison eine Impfung zu empfehlen (Vaccines 2026; 14[2]: 136). ■

Quelle: Pressemitteilung DGRh, 26. Februar 2026



HIER STEHT EINE ANZEIGE.

Mit Axia-App erste DiGA in der Rheumatologie zugelassen



Mit der Zulassung der in Würzburg entwickelten App „Axia“ steht nun erstmals eine Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung in der Regelversorgung in Deutschland zur Verfügung. Die Axia-App bietet eine strukturierte Bewegungstherapie und schließt damit die Versorgungslücke bei axialer Spondyloarthritis (axSpA). Für „Apps auf Rezept“ wurde bereits im Dezember 2019 mit dem Digitalen-Versorgungs-Gesetz (DVG) ein rechtlicher Rahmen geschaffen. Seitdem können vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüfte Apps und webbasierte Therapieprogramme ärztlich verordnet und von allen gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.

Das Projekt entstand in enger Zusammenarbeit zwischen Würzburger Medizinstudierenden, der Rheumatologie des Uniklinikums Würzburg (UKW) und der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew (DVMB). „Es verbindet studentischen Enthusiasmus, wissenschaftliche Expertise und die enge Einbindung der Patientinnen und Patienten auf besondere Weise, was seinen Erfolg erklärt“, erläutert PD Dr. Patrick-Pascal Strunz, Würzburg, der eine deutschlandweite randomisiert-kontrollierte klinische Studie leitete, die eine signifikante Wirksamkeit der digitalen Therapiehilfe als Ergänzung zur medikamentösen Behandlung zeigte. „Dass die Axia-App mit ihrer evidenzbasierten Bewegungstherapie nun analog zu einem Medikament durch Ärztinnen und Ärzte verordnungsfähig ist, ist ein bedeutender Meilenstein für die digitale Versorgung unserer Patientinnen und Patienten mit axSpA. Damit wird eine bisherige Versorgungslücke geschlossen.“

AXIA MOTIVIERT ZU REGELMÄßIGER BEWEGUNG

Bei der axSpA ist neben entzündungshemmenden Medikamenten eine konsequente Bewegungs- und Physiotherapie eine der zentralen Säulen der leitliniengerechten Therapie. Im Versorgungsalltag kann diese jedoch häufig nicht ausreichend umgesetzt werden. Axia unterstützt und motiviert die Patientinnen und Patienten effektiv dabei, ihre Behandlung aktiv mitzugestalten und regelmäßige Bewegung orts- und zeitunabhängig in den Alltag zu integrieren. Mithilfe der App konnten typische axSpA-Symptome wie Rückenschmerzen, Morgensteifigkeit und Erschöpfung gelindert, die Beweglichkeit verbessert und die Lebensqualität deutlich gesteigert werden. Den Betroffenen fielen alltägliche Aktivitäten wie Anziehen, Bücken oder längeres Gehen danach leichter. Viele von ihnen fühlten sich insgesamt aktiver, beweglicher und leistungsfähiger.

Die Zulassung stellt auch einen großen Erfolg für die beteiligten Entwickler dar. Die beiden Würzburger Medizinstudenten Maxime le Maire und Tobias Heusinger brachten gemeinsam mit dem Informatiker Robert Leppich im Rahmen ihres Start-ups Applimeda ihre Idee bis zur Marktreife. Gemeinsam mit der



Rheumatologie des UKW und der DVMB entwickelten sie mehr als 250 physiotherapeutisch angeleitete Übungsvideos, darunter sog. Alltagsroutinen. Dabei werden gezielte Dehn- oder Mobilisationsübungen in alltägliche Aktivitäten wie Zähneputzen oder Kaffeekochen integriert. Ein spielerisches Belohnungssystem mit Punkten, virtuellen Meilensteinen und dem Maskottchen „Bechto“ sorgt zusätzlich für Motivation. Überdies umfasst die App auch informative Inhalte. In interaktiven Lernmodulen wird medizinisches Wissen zur Erkrankung sowie Tipps zu den Themen Ernährung, Medikamenteneinnahme, Begleiterkrankungen und Alltagserleichterungen vermittelt. Das Angebot wird durch Funktionen wie einen Symptom- und Medikamententracker, die Möglichkeit, Schrittzählerdaten einzubinden, sowie Entspannungsübungen ergänzt.

DIE ERGEBNISSE DER BECHTEREW APP-STUDIE IM ÜBERBLICK

Eine Usability-Studie hatte bereits gezeigt, dass sich die Trainingshäufigkeit der Probanden durch die Nutzung der App deutlich erhöhte (von durchschnittlich einem auf sechs Tage pro Woche) mit dem Ergebnis einer verbesserten Beweglichkeit und weniger Schmerzen. (1) Diese subjektiven Eindrücke

wurden durch die erstmals auf dem EULAR 2025 in Barcelona als Late-Breaking Abstract präsentierte randomisiert-kontrollierte Crossover-Studie mit 200 axSpA-Patientinnen und -Patienten bestätigt. (2) 186 Teilnehmende – im Mittel ca. 50 Jahre, >60 % Frauen, BASDAI >5,0, je ca. 55 % mit NSAR und/oder b/tsDMARDs behandelt, je ca. 55 % erhielten 1x pro Woche eine Physiotherapie – schlossen die 12-wöchige Studie ab, 95 aus der Interventions- und 91 aus der Kontrollgruppe (nur medikamentöse Standardtherapie). In der klinischen Studie bot die zusätzliche Nutzung der Axia-App den Betroffenen deutlich bessere Ergebnisse als ohne App. „Bereits nach drei Monaten berichteten viele von ihnen von spürbaren Verbesserungen bei ihren Beschwerden, ihrer Beweglichkeit und ihrem allgemeinen Wohlbefinden“, erläuterte Dr. Strunz, der die Daten stellvertretend für die Würzburger Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Marc Schmalzing vorstellte.

Primäre Endpunkte waren Verbesserungen der Krankheitsaktivität (BASDAI-Score) sowie der krankheitsspezifischen Funktionalität (BASFI-Score) und Lebensqualität (ASQoL). Konkret sank der BASDAI-Score in der App- und Kontrolle-Gruppe nach 12 Wochen im Mittel um 1,66 vs. 0,11 Punkte. Die Funktionseinschränkung im BASFI-Score nahm um 1,12 Punkte ab, bzw. stieg um 0,06 Punkte an. Die Einschränkung der Lebensqualität im ASQoL verbesserte sich um 2,51 vs. 0,16 Punkte (alle Vergleiche $p < 0,001$) (Abb. 1). (2)

Ein deutlicher Therapieerfolg zeigte sich auch in den sekundären Endpunkten. So erreichten mit der zusätzlichen App-Nutzung 51 % der Teilnehmenden ein ASAS20-Ansprechen gegenüber nur 9 % mit der Standardtherapie ($p < 0,001$). Auch ein ASAS40-Ansprechen wurde signifikant häufiger erzielt (23 vs. 3 %; $p < 0,001$) (Abb. 2). Rückenschmerzen, Morgensteifigkeit und Fatigue gingen in der App-Gruppe merklich zurück. Zudem traten keine schwerwiegenden Nebenwirkungen auf, sodass die App als sicher und gut verträglich eingestuft werden kann. (2)



Von links: PD Dr. Patrick-Pascal Strunz und Prof. Dr. Marc Schmalzing

Die inzwischen vollumfänglich publizierten Ergebnisse hatten bereits auf dem EULAR-Kongress 2025 in Barcelona für einiges Aufsehen und viel Gesprächsstoff gesorgt, für die im Juni anstehende EULAR-Tagung in London sind Langzeitdaten der Studie avisiert. Dass die Axia-App jetzt in die Regelversorgung aufgenommen wurde, ist als Durchbruch zu bewerten – es bleibt zu hoffen, dass von einer Verordnung möglichst oft Gebrauch gemacht wird. ■

Literatur:

- 1 Strunz PP et al, *Rheumatol Int* 2024; 44(6): 1143-1154
- 2 Strunz PP et al, *Ann Rheum Dis* 2026; doi: 10.1016/j.ard.2026.02.016

Quelle: Universitätsklinikum Würzburg, 10. Februar 2026

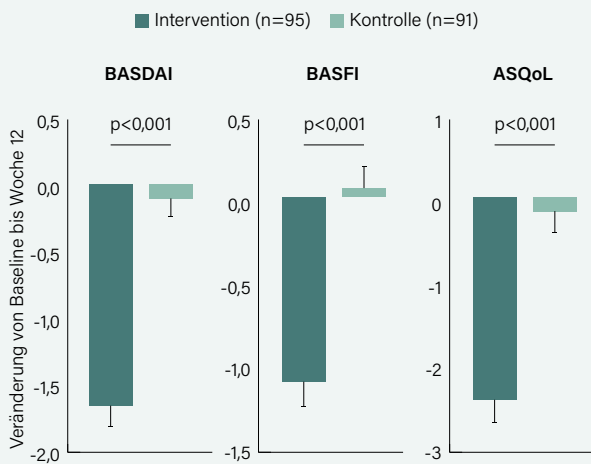


Abb. 1: Effekte der Axia-App auf Krankheitsaktivität (BASDAI), Funktion (BASFI) und Lebensqualität (ASQoL) nach 12 Wochen

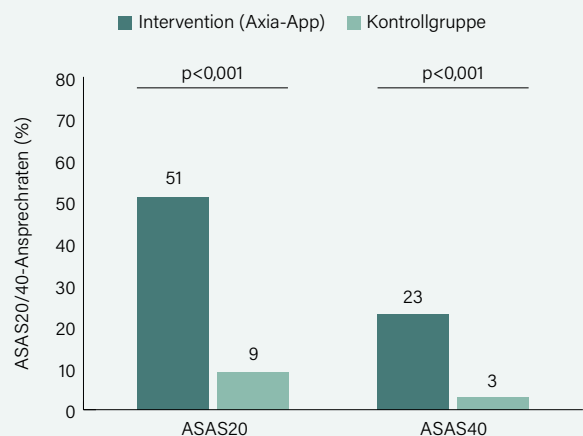


Abb. 2: ASAS20/40-Ansprechen nach 12 Wochen unter digitaler Intervention mit Axia

Rheumatoide Arthritis – wenn die Luft knapp wird

ANAMNESE: Der Patient stellt sich zur rheumatologischen Verlaufskontrolle und Therapie 11/2025 vor. 2001 Diagnose einer rheumatoiden Arthritis (RA). Es wurde zunächst eine Therapie mit Hydroxychloroquin eingeleitet. Ca. 4-5 Jahre später erfolgte eine zusätzliche Gabe von Methotrexat (MTX) – initial 10, später 20 mg/Woche. Unter dieser Therapie war die Gelenkbeschwerdesymptomatik deutlich gebessert. Die Dauertherapie mit MTX war jedoch wegen gastrointestinaler Unverträglichkeit nicht möglich. Es erfolgte die Erstvorstellung in meiner Praxis mit der Frage möglicher Therapiealternativen zur Basistherapie mit MTX 1/2017. Ab 2/2017 wurde die Therapie mit MTX beendet und eine Monotherapie mit Tocilizumab in 4-wöchigen Infusionsabständen eingeleitet und bis dato fortgesetzt. 11/2025 stellte sich der Patient mit einer zunehmenden Belastungsdyspnoe vor. Klinisch war die RA zu diesem Zeitpunkt in Vollremission.

KLINISCHER BEFUND: 175 cm, 85 kg, RR 135/85, Puls 68/min. Gelenkstatus: Keine peripheren synovitischen Schwellungen. Keine Gelenksfunktionseinschränkungen. Auskultati-

onsbefund der Lungen: Über den basalen Lungenabschnitten feines, endinspiratorisches Knisterrasseln (bds).

LABOR: Hb 15,8 g/dl, CRP 20 mg/l, BKS 36/h, Leukozyten 1.100/µl, Kreatinin 0,76 mg/dl, RF pos. (98 IU), ccP pos., ANA neg.

BILDGEBENDE DIAGNOSTIK: Röntgen (s. u.)

DIAGNOSE: INTERSTITIELLE LUNGEN-ERKRANKUNG BEI RA

Die RA ist häufig mit interstitieller Lungenerkrankung (ILD) assoziiert. RA-Patienten haben ein etwa neunfach erhöhtes Risiko für eine ILD gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Eine klinisch apparente RA-ILD wird bei etwa 5–10 % gefunden, während bildgebend (Röntgen, HRCT) bei bis zu 30–40 % interstitielle Veränderungen nachweisbar sind, in Screening-Kohorten mit systematischer CT-Diagnostik wurden sogar Prävalenzen von über 40 bis zu >50 % einer subklinischen ILD beschrieben. Typische Risikofaktoren sind höheres Alter, männliches Geschlecht, Rauchen sowie Seropositivität für Rheumafaktor (RF) und Anti-CCP-Antikörper (ACPA).

RÖNTGEN: Röntgenbefunde des Thorax geben Hinweise auf eine ILD. Eine radiologisch sichtbare RA-ILD zeigt meist bereits eine fortgeschrittene Fibrose: basal betonte retikuläre Verschattungen, Volumenminderung der Unterfelder, grobnetzige Zeichnung und ggf. Honigwabemuster; diese Zeichen korrelieren in Studien mit deutlich eingeschränkten Lungenfunktionsparametern.

HRCT: Die native hochauflösende Computertomografie (HRCT) gilt als Goldstandard bei Patienten mit Verdacht auf eine ILD. Bei der RA-ILD kann sie bei passender Klinik wegweisend sein. Die Untersuchung dient außerdem zur Beurteilung des Ausmaßes der Erkrankung und liefert Informationen über Begleiterkrankungen. Die kürzlich publizierte EULAR/ERS-Leitlinie empfiehlt inzwischen ein HRCT-Screening für alle RA-Patienten mit Risikofaktoren (höheres Alter, RF+ und/oder ACPA+, erhöhtes CRP, Männer). Bei RA-ILD wird eine erneute HRCT alle 1-2 Jahre empfohlen. ■



Abb.: Röntgenthorax pa. (A) und seidl. (B); Basale fein- bis grobnetzartige Einlagerungen.

Prof. Dr. med. Herbert Kellner
Schwerpunktpraxis für Rheumatologie
und Gastroenterologie
und Ärztlicher Leiter der
Abteilung Rheumatologie
Romanstr. 9, 80639 München



HIER STEHT EINE ANZEIGE.

AUTOIMMUNE RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

Risikoreduktion durch GLP-1-Rezeptoragonisten und SGLT2-Inhibitoren?

Die bei Typ-2-Diabetes (und nicht nur dort) eingesetzten GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1RA) und SGLT2-Inhibitoren (SGLT2i) fördern den Gewichtsverlust und zeigen immunmodulatorische Effekte, aber ihr Einfluss auf das Risiko für die Entwicklung autoimmuner rheumatischer Erkrankungen (AIRDs) ist unklar. Eine kanadische Gruppe um J. Antonio Aviña-Zubieta, Vancouver, verglich in einer bevölkerungsbasierten Kohortenstudie die Inzidenz von AIRDs nach Therapiebeginn mit GLP-1RA oder SGLT2i gegenüber gewichtsneutralen DPP4-Inhibitoren (DPP4i).

Eingeschlossen wurden auf Basis administrativer Gesundheitsdaten aus einer kanadischen Provinz Erwachsene mit Typ-2-Diabetes (T2D) ohne vorherige AIRD, die zwischen Januar 2014 und Dezember 2022 eine Behandlung mit einem GLP-1RA, SGLT2i oder DPP4i begannen. Neue AIRD-Fälle, darunter rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Erkrankungen, axiale Spondyloarthritis und systemische AIRDs (SAIRD), z. B. systemischer Lupus erythematodes, systemische Sklerose, Sjögren-Syndrom, idiopathische inflammatorische Myopathien und systemische Vaskulitiden, wurden anhand validierter Algorithmen identifiziert. Zum Ausgleich von Dysbalancen zwischen

den Kohorten zu Therapiebeginn diente ein Propensity Scoring (PS), anschließend wurden Hazard Ratios (HRs) mittels Cox-Regression geschätzt.

Von 229.300 Erwachsenen starteten 49.514 einen GLP-1RA, 101.925 einen SGLT2i und 77.861 einen DPP4i. Nach PS-Gewichtung lag die AIRD-Inzidenz pro 10.000 Personenjahre bei 29,1 (95% KI, 23,5–35,5) unter GLP-1RA, 24,4 (95% KI 19,8–29,7) unter SGLT2i und 27,3 (95% KI 22,1–33,4) unter DPP4i. Die mittlere Nachbeobachtungszeit betrug 1,3 bis 1,6 Jahre. Verglichen mit DPP4i betrug die adjustierten HRs für AIRD 1,04 (95% KI 0,81–1,33) unter GLP-1RA und 0,93 (95%

KI 0,75–1,16) unter SGLT2i. Das Risiko für SAIRDs, nicht jedoch für andere Erkrankungen, war unter SGLT2i im Vergleich zu DPP4i geringer (adjustierte HR 0,51; 95% KI 0,31–0,84).

Somit waren weder GLP-1RA noch SGLT2i bei erwachsenen Typ-2-Diabetikern mit einem niedrigeren AIRD-Risiko im Vergleich zu DPP4i assoziiert. Immerhin war der Einsatz von SGLT2i mit einem signifikant geringeren Risiko für systemische AIRDs assoziiert, was weitere Untersuchungen rechtfertigt. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; 78(3): 654-664

Augentrockenheit auch jenseits von Sjögren nicht selten

Augentrockenheit ist ein typisches Symptom der Sjögren-Erkrankung (SjE), doch tritt sie häufig auch bei Patienten mit anderen AIRD auf. Taiwanische Experten um Chi-Chin Sun, Keelung, erfassten jetzt die Häufigkeit und den Zeitpunkt des Auftretens von Augentrockenheit in einer bevölkerungsbasierten Studie bei Patienten mit SjE und neun weiteren AIRD.

In der National Health Insurance Research Database wurden Patienten mit zehn verschiedenen AID mit zusätzlich diagnostizierter Augentrockenheit sowie der Zeitpunkt von deren Auftreten identifiziert. Erwartungsgemäß lag die SjE mit 81,3 % von Augentrockenheit betroffenen Patienten klar vorne, doch auch bei anderen AIRD wurden Raten von 20–40 % festgestellt, so bei rheumatoider Arthritis (RA) mit 39,3 %, gefolgt von systemischem Lupus erythematodes (SLE) mit 38,1 %, Polymyositis (36,2 %), systemischer Sklerose (34,6 %), Pemphigus (31,3 %), Dermatomyositis (31,1 %), Colitis ulcerosa (29,7 %), Vaskulitis (27,6 %)

und Morbus Crohn (23,0 %). Insgesamt hatten Frauen höhere Raten von Augentrockenheit als Männer, meist um 10–15 Prozentpunkte. Ein interessanter Befund war auch, dass die Diagnose der Augentrockenheit meist jener der AIRD um im Mittel ca. drei Jahre vorausging. Zudem waren Patienten mit versus ohne Augentrockenheit bei der AIRD-Diagnose im Schnitt mehrere Jahre älter, dies vor allem bei Morbus Crohn (54 vs. 40 Jahre). Auch bei SjE war der Altersunterschied erkennbar, wenn auch weniger stark (58 vs. 54 Jahre). Ferner zeigten sich Differenzen bezüglich der Progression zu schweren Augenerkrankungen wie Kera-

titis und Hornhautgeschwüren. Patienten mit SLE, RA und insbesondere Vaskulitis (11 %) entwickelten nach Diagnose von Augentrockenheit am häufigsten Hornhautgeschwüre.

Fazit: Augentrockenheit tritt häufig bei AIRD auf, auch jenseits der Sjögren-Erkrankung, und um 10-15 % häufiger bei Frauen. Sie kam zudem häufiger bei Patienten vor, deren Autoimmunerkrankung erst später im Leben diagnostiziert wurde. ■

Quelle: JAMA Netw Open 2026; 9(2): e2560275

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Update der EULAR-Empfehlungen 2025 publiziert

Nachdem das Update der EULAR-Empfehlungen zum Therapiemanagement der rheumatoiden Arthritis (RA) 2025 bereits beim letztjährigen EULAR-Kongress enthüllt wurde, wurden diese jetzt von einer 50-köpfigen, weltweiten Task Force um Josef S. Smolen, Wien (Österreich), publiziert. Während es bei fünf Overarching Principles blieb, wurde die Zahl der Empfehlungen weiter von elf auf neun reduziert. Insgesamt gibt es im Vergleich zur „alten“ Fassung aus 2022 vor allem Feintuning im Wording, aber doch auch zwei relevante Änderungen mit dem Verzicht auf eine Risikostratifizierung nach erstem csDMARD-Versagen und mehr Vorsicht beim Therapieabbau in anhaltender Remission.

Nicht näher eingegangen sei auf die Overarching Principles, die bis auf zwei minimalen Veränderungen im Wording unverändert blieben. Unverändert blieben auch die beiden ersten Empfehlungen, wonach (1) die Therapie mit einem DMARD sofort nach Diagnosestellung der RA begonnen werden und (2) auf das Erreichen einer anhaltenden Remission oder niedrigen Krankheitsaktivität bei jedem Patienten abzielen sollte. Leicht modifiziert wurde Empfehlung (3), wonach das Monitoring der Krankheitsaktivität bei aktiver RA häufig erfolgen sollte (alle 1-3 Monate); bei keiner Verbesserung ≤ 3 Monate nach Therapiebeginn oder bei Verfehlen des Therapieziels nach 6 Monaten, sollte die Therapie angepasst werden, bei anhaltend erreichtem Ziel kann das Monitoring seltener erfolgen.

Zusammengefasst wurden die Empfehlungen 4 und 5 zu jetzt (4): Methotrexat (MTX) sollte Teil der ersten Therapiestrategie sein, bei Patienten mit MTX-Kontraindikation (oder früher Unverträglichkeit), sollten Leflunomid oder Sulfasalazin erwogen werden. Von einer initialen bDMARD/MTX- oder csDMARD-Kombination plus Glukokortikoid (GK) wird abgeraten (vor allem auf Basis der NORD-STAR-Studie). Daher unverändert blieb die alte Empfehlung 6, jetzt (5): Kurzzeitige GK sollten bei Initiierung oder Wechseln von csDMARDs erwogen werden, in/auf verschiedenen Dosierungen oder Administrationsrouten, sollten aber so schnell wie klinisch möglich ausgeschlichen oder abgesetzt werden.

Ebenfalls zusammengefasst wurden die alten Empfehlungen 7 und 8 zu (6), wobei der Begriff „ungünstige prognostische Faktoren“ gestrichen wurde: Wird das Therapieziel mit der ersten csDMARD-Strategie plus GK nach 3-6 Monaten (es reicht ein csDMARD, meist MTX) verfehlt, sollte ein bDMARD ergänzt werden, Januskinase (JAK)-Inhibitoren können erwogen werden, aber relevante Risikofaktoren sind zu berücksichtigen. Fast unverändert blieb Empfehlung 9, jetzt (7): b/tsDMARDs sollten mit einem csDMARD kombiniert werden; bei Patienten, bei denen eine csDMARD-Komedikation nicht möglich ist, könnten Interleukin (IL)-6-(Rezeptor)- und JAK-Inhibitoren (neu als einzige tsDMARDs bei RA klar benannt) einige Vorteile gegenüber anderen bDMARDs aufweisen. Unverändert blieb Empfehlung 10, jetzt (8): Wenn ein bDMARD oder tsDMARD versagt hat, sollte die Therapie mit einem anderen bDMARD oder tsDMARD erwogen werden; falls eine TNF- oder IL-

6-(Rezeptor)-Inhibitor-Therapie versagt hat, können Patienten ein Medikament mit anderem Wirkmechanismus oder einen zweiten TNF-/IL-6-(Rezeptor)-Inhibitor erhalten. Abgewandelt bzw. ergänzt wurde Empfehlung 11, nunmehr (9): Nach Absetzen von GK und wenn sich ein Patient in anhaltender Remission befindet, wird die Fortführung von DMARDs (bDMARDs/tsDMARDs und/oder csDMARDs) empfohlen, aber eine Dosisreduktion (bzw. Intervallverlängerung) kann erwogen werden – von einem gänzlichen Absetzen wird also eher abgeraten.

FAZIT

Viele der Empfehlungen blieben unverändert, wurden aber teilweise zusammengefasst und auf jetzt nur noch neun Empfehlungen reduziert. Neben dem Verzicht auf eine Stratifizierung nach Prognosefaktoren nach dem ersten csDMARD-Versagen (vor allem Biologika versus csDMARD-Kombinationen eine größere Rolle zukommen lassend) ist die zweite relevante Änderung, dass im Status einer anhaltenden Remission eine Fortsetzung der Therapie in voller oder reduzierter Dosis klarer gegenüber einem Absetzen favorisiert wird. Keine Änderung gibt es (trotz einer Vielzahl beruhigender Registerdaten) für die JAK-Inhibitoren, entscheidend bleiben hier vorläufig die RCT-Daten aus der ORAL Surveillance-Studie. ■

Quelle: *Ann Rheum Dis* 2026; doi: 10.1016/j.ard.2026.01.023





Langfristig geringeres Erkrankungsrisiko durch Abatacept

Randomisiert-kontrollierte Studien zur Prävention der rheumatoiden Arthritis (RA) bei Risikopersonen mit klinisch suspekter Arthralgie (CSA) haben unterschiedliche Ergebnisse gezeigt. Auch das Langzeitoutcome einer frühen Intervention ist bislang nicht ausreichend geklärt. Britische Rheumatologen um Andrew P. Cope, publizierten jetzt die Ergebnisse zu Abatacept aus der ALTO-Langzeitstudie, die an die randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-IIb-Studie APIPPRA anschloss.

An 28 britischen und drei niederländischen Früharthritis-Kliniken wurden 213 ACPA-positive Personen mit Arthralgie in die APIPPRA-Studie eingeschlossen. Die Teilnehmer erhielten entweder 52 wöchentliche s.c.-Injektionen von 125 mg Abatacept (n=110) oder Placebo (n=103), gefolgt von einem 52-wöchigen Follow-up. Die weiter doppelblinde APIPPRA Long-Term Outcome (ALTO)-Studie verlängerte die Nachbeobachtung auf 4 bis 8 Jahre. Primärer Endpunkt war, stratifiziert nach dem initialen Autoantikörperprofil, die Zeit ab Randomisierung bis zur Entwicklung einer klinischen Synovitis in ≥ 3 Gelenken, einer RA gemäß den ACR/EULAR-Kriterien 2010 oder dem ersten Einsatz eines DMARD, je nachdem, welches Kriterium zuerst erfüllt wurde.

Insgesamt 143 APIPPRA-Studienteilnehmer nahmen an ALTO teil: 71 in der Abatacept- und 72 in der Placebo-Gruppe (im Mittel 48,2 Jahre, 78 % Frauen). Das mediane Follow-up ab Randomisierung betrug 55 Monate. Die Anzahl der primären Ereignisse stieg von 54 auf 119. Der anfängliche Unterschied in der Arthritis-freien Überlebenszeit zwischen den Gruppen,

wie er nach 2 Jahren in APIPPRA festgestellt wurde, blieb nach 4 Jahren signifikant (4,9 Monate, 95% KI 0,1-9,6; $p=0,044$), wengleich die Differenz im Zeitverlauf abnahm. Weder die Beurteilung der Krankheitsaktivität noch die von den Patienten berichteten Ergebnisse ergaben nach der Behandlungsphase signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Teilnehmende mit einem breiten Autoantikörperprofil zu Studienbeginn hatten das höchste Risiko für eine Progression, sprachen jedoch besser auf Abatacept an. Es traten 18 vs. 13 schwere unerwünschte Ereignisse (ohne Bezug zur Studienmedikation) auf.

In dieser Risikopopulation verzögerte eine einjährige Abatacept-Therapie die Progression zur RA für bis zu vier Jahre. Personen mit dem höchsten Progressionsrisiko, die ein breites Autoantikörperprofil aufwiesen, sprachen besonders gut auf Abatacept an. Ohne eindeutige „at-risk“-Definition bleibt diese Intervention aber letztlich eine Einzelfallentscheidung. ■

Quelle: Lancet Rheumatol 2026; 8(3): e171-e180

Welche Arthralgie-Patienten profitieren von Methotrexat?

Die randomisiert-kontrollierte TREAT EARLIER-Studie zeigte bei Personen mit CSA, dass Methotrexat (MTX) über ein Jahr hinweg eine Reduktion der subklinischen Entzündung und damit verbundenen Krankheitslast bewirkte, die auch danach anhält. Niederländische Rheumatologen um Stijn Claassen, Leiden, untersuchten, ob das Outcome in puncto subklinischer Gelenkentzündung bei allen behandelten CSA-Patienten vorhanden war und wodurch sich die Responder auszeichneten.

CSA-Patienten mit subklinischer Entzündung wurden randomisiert und erhielten eine i.m. Glukokortikoid-Injektion sowie eine einjährige MTX-Therapie.

Ein Therapieansprechen wurde definiert als Reduktion von im MRT nachweisbarer Synovitis, Tenosynovitis oder Osteitis nach 12 Monaten. Klinische und bildgebende Ausgangscharakteristika wurden in Bezug auf das Therapieansprechen untersucht und prädiktive Werte bestimmt. 38 % der 115 mit MTX behandelten Patienten zeigten im MRT ein Therapieansprechen. Bei diesen verbes-

serten sich zudem signifikant Schmerzen und körperliche Funktionsfähigkeit (VAS Schmerz -22 , HAQ $-0,29$). Klinische Ausgangsvariablen waren nicht unabhängig mit diesem Ansprechen assoziiert, im Gegensatz zum Ausmaß der subklinischen Gelenkentzündung. Besonders Tenosynovitis- und Osteitis-Werte waren prädiktiv. Patienten mit ≥ 2 Stellen mit Tenosynovitis oder einer Kombination aus Osteitis und Tenosynovitis (mit ≥ 1 dieser Merkmale an ≥ 2 Stellen) hatten hohe positiv prädiktive Werte (PPV 77 bzw. 79 %). Die PPVs waren bei ACPA-positiven und ACPA-negativen

Patienten mit erhöhtem RA-Risiko ähnlich.

CSA-Patienten mit subklinischer Entzündung, die im ersten Jahr am besten auf MTX ansprachen, wurden durch initial erhöhte Werte der subklinischen Entzündung identifiziert, primär aufgrund mehrerer Stellen mit Tenosynovitis mit/ohne Osteitis. Diese Daten könnten perspektivisch zur personalisierten Medizin für Arthralgie-Patienten mit erhöhtem RA-Risiko beitragen. ■

Quelle: RMD Open 2026;12(1): e006102

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Klinisch suspekter Arthralgie: Reicht Ultraschall einer Hand?

Bei klinisch suspekter Arthralgie (CSA) wird der Ultraschall (US) eingesetzt, um subklinische Gelenkentzündungen zur Prädiktion der Progression zu klinisch manifester entzündlicher Arthritis (IA) bzw. rheumatoider Arthritis (RA) zu erkennen. US-Protokolle umfassen meist beide Hände, während ein zeitsparender, unilateraler US bisher nicht ausreichend untersucht wurde. Daher beschrieben niederländische Rheumatologen um Anna M. P. Boeren, Rotterdam, jetzt die US-Befunde für eine und beide Hände bei CSA-Patienten und untersuchten, ob ein US-Protokoll, das nur eine Hand einschließt, ebenso prädiktiv ist wie ein Protokoll mit beiden Händen.

In der Studie wurden 320 CSA-Patienten aus zwei Kohorten beidseitig mittels US untersucht. Subklinische Synovitis und Tenosynovitis (Graustufen-Skala ≥ 2 und/oder Power-Doppler ≥ 1) in einer und beiden Händen wurden pro Hand und Gelenk beschrieben. Zusätzlich wurde die Assoziation zwischen der Entwicklung einer IA und der US-Positivität analysiert. In Kohorte 1 hatten 23 % der Patienten eine beidseitig US-nachgewiesene subklinische (Teno-)Synovitis, 20 % nur in der dominanten Hand und 10 % nur in der nicht-dominanten Hand. In Kohorte 2 lag bei 10 % eine beidseitige Beteiligung vor, bei 12 % nur in der dominanten und bei 8 % nur in der nicht-dominanten Hand. Die US-Untersuchung der dominanten Hand prädizierte die Entwicklung einer IA nahezu gleich gut wie die Untersu-

chung beider Hände, mit Hazard Ratios von 2,8 (95% KI 1,3–6,0) für beide Hände und 2,6 (95% KI 1,3–5,3) für die dominante Hand in Kohorte 1. In Kohorte 2 waren die Werte vergleichbar.

Eine im Ultraschall nachweisbare subklinische (Teno-)Synovitis ist bei CSA-Patienten teils bilateral, teils unilateral ausgeprägt. Die prädiktiven Werte für die Entwicklung einer IA sind vergleichbar. Um die Untersuchungszeit in der klinischen Praxis zu verkürzen, könnte man somit in Erwägung ziehen, bei CSA-Patienten nur eine Hand statt beide Hände zu scannen. ■

Quelle: J Rheumatol 2026; doi: 10.3899/jrheum.2025-0373

Lungenbeteiligung auch jenseits der ILD im Blick haben

Bei der rheumatoiden Arthritis kann es früh, selten sogar als Erstsymptom, zu einer interstitiellen Lungenerkrankung (ILD) kommen. Jedoch sind zu Beginn der RA und im Verlauf eine Reihe weiterer Atemwegserkrankungen zu beachten. Spanische Experten um Javier Narváez, Barcelona, untersuchten in einer retrospektiven Studie die Häufigkeit und das Spektrum der Lungenbeteiligung bei früher RA mithilfe einer strukturierten pulmonalen Untersuchung und fahndeten nach klinische Prädiktoren.

In die Studie gingen 204 Patienten mit früher RA ein, die zum Zeitpunkt des RA-Beginns und während des Follow-up auf eine Lungenbeteiligung untersucht wurden. Die kumulative Inzidenz nach vier und acht Jahren, die Inzidenzrate (IR) und die Häufigkeit wurden für die verschiedenen Manifestationen berechnet und mittels Cox-Regression potenzielle Risikofaktoren analysiert. Bei 43,6 % der Patienten wurde eine pulmonale Beteiligung festgestellt. Die kumulative Inzidenz stieg von 17,5 % nach vier auf 25,2 %

nach acht Jahren. Die IR betrug 42,0 bzw. 50,2 pro 1.000 Personenjahre bei Patienten ohne und mit Vorerkrankungen der Lunge. Die Untersuchungsstrategie erwies sich als effektiv und ermöglichte die Entdeckung asymptomatischer Lungenbeteiligungen bei 25 % der Patienten.

Die häufigsten Manifestationen waren die ILD (22,5 %) und Bronchiektasen (22,1 %), gefolgt von follikulärer Bronchiolitis (7,8 %), pulmonalen Knoten (5,4 %), Pleurabeteiligung (3,4 %) und obliterierender Bronchiolitis (1 %). Die IRs betragen 20,4 für Bronchiektasen, 16,2 für ILD, 6,9 für follikuläre Bronchiolitis, 4,9 für pulmonale Knoten, 2,0 für Pleurabeteiligung und 1,0 für obliterierende Bronchiolitis. Bronchiektasen zeigten die höchste kumulative Inzidenz (8,8 % nach vier und

12,9 % nach acht Jahren), gefolgt von ILD (7,5 und 11,6 %). Ein RA-Beginn im Alter von ≥ 60 Jahren war unabhängig mit einer Lungenbeteiligung (Hazard Ratio, HR 2,22; 95% KI 1,20–4,11), ILD (HR 3,36; 95% KI 1,23–9,20) und Bronchiektasen (HR 2,42, 95% KI 1,07–5,43) assoziiert, männliches Geschlecht mit ILD (HR 5,11; 95% KI 1,52–17,13).

Proaktives Screening identifizierte eine hohe Inzidenz von ILD und Atemwegserkrankungen bei früher RA und unterstützt somit eine routinemäßige pulmonale Untersuchung, um die Früherkennung und das Behandlungsergebnis der Patienten zu optimieren. ■

Quelle: Arthritis Res Ther 2026; 28(1): 54



RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Erfolgreiches Absetzen oraler Glukokortikoide bei früher RA

Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) besteht eine deutliche Diskrepanz in den Leitlinien von EULAR und ACR bezüglich des initialen Einsatzes von Glukokortikoiden (GK) – der ACR spricht sich dafür aus, aufgrund späterer Probleme beim Absetzen möglichst ganz auf GK zu verzichten. In der ARCTIC-Studie prüften nun norwegische Rheumatologen um Gina Hetland Brinkmann, Oslo, ob Patienten mit neu diagnostizierter RA nach einem kurzfristigen Bridging Prednisolon absetzen können.

Patienten, die keine DMARDs erhalten hatten und bei denen kürzlich eine RA diagnostiziert wurde, wurden in der randomisierten, kontrollierten ARCTIC-Studie mit Tight-Control über 24 Monate beobachtet. Zu Beginn erhielten sie eine Monotherapie mit Methotrexat (MTX) und eine Prednisolon-Bridging-Therapie (ausschleichende Dosierung von 15 mg auf 0 über 7 Wochen). Untersucht wurde der Anteil von Patienten, die Prednisolon erfolgreich absetzen konnten, definiert als keine Prednisolon-Einnahme nach der Bridging-Therapie und für mindestens 4 weitere Monate. Das Absetzen wurde nach Beendigung der Bridging-Therapie nach 2, 3, 6, 12, 20 und 24

Monaten bewertet. Außerdem wurde analysiert, wie viele Patienten Prednisolon mindestens 3 Monate durchgehend einnahmen.

Von den in die Analyse eingezogenen 230 Patienten (im Mittel 52 Jahre, 62 % Frauen, 82 % ACPA-positiv, DAS 3,47) hatten nach 7 Wochen 84 % Prednisolon abgesetzt, nach 3 Monaten waren es 89 % und innerhalb von 24 Monaten 95 %. Nur 5 % nahmen Prednisolon bei jeder Visite ein. Die mediane Zahl der Prednisolon-Tage innerhalb von 2 Jahren lag bei 55. Von denen, die es nach 7 Wochen abgesetzt hatten, begannen 80 % nicht erneut mit Prednisolon. Ein durch-

gehender Gebrauch von ≥ 3 Monaten wurde bei 22 % festgestellt.

Bei neu diagnostizierten RA-Patienten, die bei Einleitung von MTX ein Bridging erhielten, konnten über 80 % Prednisolon erfolgreich absetzen. Dies bestätigt, dass ein Ausschleichen bis zur Beendigung bei den meisten Patienten nach einem kurzfristigen Bridging mit Prednisolon möglich ist und stützt zugleich die aktuellen EULAR-Empfehlungen. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; doi: 10.1016/j.ard.2026.01.003

Nach csDMARD-Versagen: Tocilizumab versus Prednison

Bei Patienten mit rheumatoider Arthritis und unzureichendem Ansprechen auf csDMARDs sind sowohl bDMARDs als (theoretisch) auch Glukokortikoide (GK) in niedriger bis mittlerer Dosierung wirksame Therapieoptionen. Direkte vergleichende Evidenz hinsichtlich ihrer relativen Wirksamkeit und Sicherheit fehlt jedoch. Einen solchen Vergleich strebten jetzt niederländische Rheumatologen um Sina Fadaei, Utrecht, in der von den Forschern selbst initiierten, offenen, randomisierten TOPIRA-Studie an.

In der Studie wurden im Rahmen einer 12-monatigen Treat-to-target-Strategie jeweils zusätzlich zu einer stabilen csDMARD-Therapie 10 mg Prednison/Tag mit wöchentlichen s.c.-Injektionen von Tocilizumab (162 mg) verglichen. Bei unzureichendem Therapieansprechen nach drei Monaten wechselten die Patienten in die jeweils andere Studiengruppe.

Der primäre Endpunkt war der durchschnittliche Clinical Disease Activity Index (CDAI) über die Monate 6–12. Zu den sekundären Ergebnissen gehörten der Glukokortikoid-Toxizitätsindex (GTI), Tocilizumab-bezogene Nebenwirkungen und die radiologische Progression.

In die Intention-to-treat-Population wurden 65 Patienten mit etablierter RA eingeschlossen. Tocilizumab zeigte im Vergleich zum Einsatz von GK eine überlegene CDAI-Reduktion in den Monaten 6–12 (mittlere Differenz -0,64; 95% KI -1,18 bis -0,09). Ein Therapiewechsel nach drei Monaten erfolgte bei 28 %

(Tocilizumab) bzw. 52 % (Prednison) der Teilnehmer. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Toxizität (GTI; $p=0,922$), Tocilizumab-assoziierten Nebenwirkungen ($p=1,00$) oder der radiologischen Progression ($p=0,376$) beobachtet.

Obwohl der Ansatz der Studie mit der Idee, Prednison in so hoher Dosis bei eigentlich gemäß aller relevanter Leitlinien angezeigter bDMARD-Eskalation zu erproben, etwas „eigenartig“ ist, zeigte sich jedenfalls, dass Tocilizumab als eingesetztes bDMARD im Vergleich zu Prednison zu einer stärkeren Verbesserung der Krankheitsaktivität führte. Es bestand kein signifikanter Unterschied im Fortschreiten der Gelenkschädigung über 12 Monate und es gab keine wesentlichen (kurzfristigen!) Unterschiede bei den Nebenwirkungen. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(2): keaf591

Prädiktion des Therapieansprechens mit molekularen Signaturen



Nicht nur bei rheumatoider Arthritis (RA) wäre es wünschenswert, vorab die Wirksamkeit von DMARDs einschätzen zu können. Der molekulare Signatur-Response-Klassifikator PrismRA ist ein blutbasierter Präzisionsmedizin-Test zur Prädiktion eines Nicht-Ansprechens auf TNF-Inhibitoren auf Basis von 19 Genexpressions- und 4 klinischen Merkmale inklusive ACPA-Status. US-amerikanische Rheumatologen um Jeffrey R. Curtis, Birmingham, untersuchten im Rahmen einer prospektiven, interventionellen Kohortenstudie mit RA-Patienten, die eine Therapie mit einem b/tsDMARD begannen, ob PrismRA einen Beitrag zur Verbesserung der klinischen Ergebnisse liefern kann.

Die PrismRA-Ergebnisse wurden den behandelnden Rheumatologen zur Verfügung gestellt und flossen in die Auswahl von TNF-Inhibitoren versus Nicht-TNF-Inhibitoren für die Studientherapie ein. Externe Vergleichspatienten wurden aus einem elektronischen Gesundheitsdatensystem von Rheumatologen identifiziert und mittels Propensity-Scoring mit PrismRA-Patienten gematcht. Alle Patienten wiesen zu Studienbeginn eine moderate bis hohe Krankheitsaktivität auf. Der primäre Studienendpunkt war das Erreichen einer minimal bedeutsamen Differenz (MID) im Clinical Disease Activity Index (CDAI) nach 24 Wochen.

Insgesamt wurden 330 PrismRA-Kohorten- und 990 gematchte Vergleichspatienten in die Analyse eingeschlossen. Die wichtigsten Basischarakteristika der RA-Patienten waren zwi-

schen den Kohorten gut ausbalanciert. Die Therapieauswahl entsprach den Ergebnissen von PrismRA bei 82 % der Patienten der PrismRA-Kohorte. Nach 24 Wochen erreichten 63,0 % der PrismRA- und 42,4 % der Vergleichspatienten eine MID im CDAI (Odds Ratio 2,31; 95% KI 1,79–2,99). Die Verwendung der PrismRA-Ergebnisse zur Entscheidung für oder gegen einen TNF-Inhibitor war also in der PrismRA-Gruppe mit besseren CDAI-Ergebnissen verbunden als bei externen, gematchten Vergleichspatienten. Diagnostische Bluttests zur Stratifikation von Therapien bei individuellen Patienten dürfte wohl die Zukunft gehören, bis zum breitflächigen Einsatz in der Praxis dürfte aber noch etwas Zeit vergehen. ■

Quelle: Arthritis Care Res 2026; doi: 10.1002/acr.80010

Nach erstem b/tsDMARD: Bleibt Methotrexat an Bord?

Nach unzureichendem Ansprechen auf Methotrexat (MTX) und Eskalation auf eine b/ts-DMARD-Therapie wird in der EULAR-Leitlinie zur rheumatoiden Arthritis empfohlen, MTX beizubehalten. Das Ziel französischer Rheumatologen um Cécile Gaujoux-Viala, Montpellier, war es, in der longitudinalen, prospektiven, nicht-interventionellen, multizentrischen STRATEGE2-Studie das therapeutische Vorgehen bei der MTX-Anwendung zu Beginn der ersten b/tsDMARD-Therapie zu beschreiben.

In die Studie wurden 173 erwachsene RA-Patienten (mittlere Krankheitsdauer 5,6 Jahre, DAS28 4,3) eingeschlossen, die mindestens drei Monate mit MTX behandelt worden waren (zwei Drittel >12 Monate, mittlere Dosis 18,8 mg/Woche, 72,3 % als s.c.-Applikation) und aufgrund anhaltender Krankheitsaktivität eine b/tsDMARD-Therapie benötigten. Die Resultate wurden 12 und 24 Monate nach Beginn der b/tsDMARD-Therapie ausgewertet.

Im Ergebnis wurde MTX bei Beginn der b/tsDMARD-Therapie bei 97,7 % der Teilnehmer fortgeführt. Nach 12 Monaten

setzten noch 83,2 % der Teilnehmer die MTX-Therapie fort, wobei 39,9 % (95% KI 32,5–47,6) die gleiche Dosierung und Applikationsart beibehielten, bei 43,3 % kam es zu Änderungen (bei 26 % Dosisreduktion, seltener Umstellung von s.c. auf p.o.). Die Beendigung der MTX-Therapie erfolgte hauptsächlich auf Wunsch der Teilnehmer oder aufgrund von Nebenwirkungen. Zwei Jahre nach b/tsDMARD-Initiierung waren noch 75,2 % der Patienten auf MTX. Nach 24 Monaten betrug die durchschnittliche Veränderung des DAS28-Scores -2,0 und 66,0 % der Teilnehmer erreichten eine Remission. Nach den EULAR-Kri-

terien zeigten 65,2, 19,1 und 15,6 % ein gutes, moderates bzw. unzureichendes Therapieansprechen.

In der STRATEGE2-Studie zeigte sich ärztlicherseits somit eine gute Adhärenz bezüglich der aktuellen Leitlinienempfehlungen, indem MTX als Kombinationspartner nach Beginn einer b/tsDMARD-Therapie zur Behandlung der RA überwiegend fortgeführt wurde. ■

Quelle: Rheumatol Ther 2026; 13(1): 157-177

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Vagusnervstimulation könnte neue Option sein

Bei rheumatoider Arthritis (RA) ist der inflammatorische Reflex, bei dem die Signalübertragung des Vagusnervs die Zytokinproduktion moduliert, dysreguliert. Erste Versuche einer Neuroimmunmodulation mittels Vagusnervstimulation waren ermutigend, aber noch nicht ganz überzeugend. Kürzlich wurde nun in den USA von der FDA ein ca. 2 cm langer Vagusnervstimulator zugelassen, der minimalinvasiv in den Halsbereich implantiert wird. Basis waren erste Daten der randomisierten, Sham-kontrollierten RESET-RA-Studie, die jetzt in Gänze von US-amerikanischen Experten um John Tesser, Avondale, publiziert wurde.



In RESET-RA wurden 242 Patienten mit moderater bis schwerer RA eingeschlossen (86 % Frauen, im Mittel 56 Jahre, Krankheitsdauer 12,4 Jahre, SJC 10, TJC 15, hcCRP 8,2 mg/l, DAS28-CRP 5,4, 53 % RF- und/oder ACPA-positiv), die zuvor auf durchschnittlich 2,6 b- oder tsDMARDs (JAK-Inhibitoren) nicht angesprochen oder diese nicht vertragen hatten (40, 21 bzw. 39 % hatten 1, 2 oder ≥ 3 b/tsDMARDs erhalten). Die Patienten wurden im Verhältnis 1:1 in die Verum- oder Sham-Gruppe randomisiert. In Arm 1 erfolgte eine dreimonatige Stimulationsbehandlung mit sich anschließender offener Stimulation bis Monat 12 (n=122), in Arm 2 bis Monat 3 eine Sham-Therapie mit nachfolgendem Wechsel zur offenen Stimulation (n=120) – b/tsDMARDs wurden zuvor abgesetzt. Die aktive Stimulationsintensität wurde auf ein oberes Komfortniveau eingestellt (max. 2,5 mA) und lieferte automatisch 1x täglich eine 1-minütige Impulsfolge mit 10 Hz an den Vagusnerv (Arm 1: im Mittel 1,8 mA; Arm 2: 0 mA).

Primärer Endpunkt war der Unterschied im ACR20-Ansprechen nach drei Monaten gegenüber dem Ausgangswert zwischen der Stimulations- und Sham-Gruppe. Im Ergebnis fand sich ein ACR20-Ansprechen bei 35,2 % der Patienten in Arm 1 (Stimulation) im Vergleich zu 24,2 % bei jenen in Arm 2 (Sham-Therapie). Die stratifizierungs-adjustierte Differenz im ACR20-Ansprechen zwischen den Gruppen betrug 11,8 % (95% KI 0,6-23,1). In einer vorab festgelegten Subgruppenanalyse von Patienten mit einem RA-Phänotyp, der ein erhöhtes Risiko für erosive Schäden birgt (Arm 1, n=57; Arm 2, n=48), zeigte sich, dass die Progressionsrate der Knochenerosion vom Ausgangswert bis Monat 3 in Arm 1 mit 18,9 % im Vergleich zu Arm 2 mit 37,8 % signifikant geringer ausfiel – dies steht im Einklang mit früheren Befunden, wonach die Vagusnervstimulation zur Re-

duktion der Osteoklastogenese und der osteoklastischen Aktivität führt. Nach drei Monaten zeigten sich bei den sekundären Endpunkten (gutes/moderates EULAR-Ansprechen, DAS28-CRP, HAQ-DI) teils signifikante, teils nur numerische Vorteile. Nach 12 Monaten erreichten in beiden Armen gepoolt (mit offener Stimulation) 57,6 % der Studienteilnehmer ein ACR20-Ansprechen, 77,3 % ein gutes/moderates EULAR-Ansprechen, 44,8 % eine DAS28-CRP niedrige Krankheitsaktivität (LDA)/Remission und 43,9 % eine CDAI LDA/Remission.

Das häufigste unerwünschte Ereignis war eine leichte bis mäßige Heiserkeit, die entweder als Stimmbandparese (4,5 %, n=11) oder Dysphonie (2,9 %, n=7) klassifiziert wurde. Diese unerwünschten Ereignisse klangen im Laufe eines Jahres ab. Insgesamt 6 Patienten unterzogen sich einer elektiven, ambulanten Explantation vor Ablauf von 12 Monaten. Gründe waren ein dysfunktionales Implantat, chronische Schmerzen an der Inzisionsstelle und mutmaßlich mit der Stimulation assoziierte gastrointestinale Beschwerden (je n=1). Bei drei Patienten wurde das Implantat aufgrund vermeintlich unzureichender Wirksamkeit entfernt.

FAZIT

Vor allem bei längerer Anwendungsdauer resultierte die Vagusnervstimulation ohne den Einsatz von b/tsDMARDs somit in einer deutlichen Verbesserung der Krankheitsaktivität sowie der mittels MRT quantifizierten Erosionen. Ob und wann diese nicht-pharmakologische RA-Therapieoption ihren Weg nach Europa findet, bleibt vorerst offen. Ebenfalls stellt sich die Frage, wie die Ergebnisse in Kombination mit b/tsDMARDs aussehen würden, ob sich also zusätzliche Effekte erreichen lassen, denn das initiale Ansprechen nach drei Monaten war doch überschaubar. Auch die Akzeptanz seitens der Patienten bliebe abzuwarten. ■

Quelle: Nat Med 2026; 32(1): 369-378

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Kündigen sich Schübe durch Smartphone-basierte Verhaltensdaten an?

Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) verschlechtern Krankheitsschübe ganz erheblich die Lebensqualität. US-amerikanische Rheumatologen um Kaleb Michaud, Omaha, unternahmen in einer Studie den Versuch, die Häufigkeit und Schwere von Schüben zu charakterisieren, prüften, ob kurzfristige Veränderungen in patientenberichteten Ergebnissen (PROs) auf RA-Schübe hinweisen, und analysierten die Beziehung zwischen passiv erhobenen Smartphone-Daten und selbstberichteten Schüben.

Teilnehmer aus der FORWARD-Datenbank füllten PROs in zwei Phasen aus: einer ersten, „konditionalen“ Phase (Schub-Fragen wurden durch PRO-Änderungen ausgelöst) und zweiten Phase (zweiwöchentliche Schub-Erhebungen). Passiv erhobene Smartphone-Daten, inklusive Mobilitäts- und Kommunikationsmuster, wurden parallel zu PROs und Schüben (binäres Ergebnis: ja/nein) erfasst. Unter Anpassung an demografische und saisonale Störfaktoren wurden Assoziationen zwischen Smartphone-Daten, PROs und Schüben mithilfe logistischer Modelle mit generalisierten Schätzgleichungen, multivariater Analysen und Kappa-Statistiken untersucht.

In die Studie wurden 292 Erwachsene mit RA eingeschlossen. In der konditionalen Phase berichteten 71 % ≥ 1 Schub innerhalb von 441 Tagen (2,9 pro Teilnehmer), während in der zweiten Phase 76 % innerhalb von 172 Tagen Schübe berichteten (3,7 pro Teilnehmer). Schübe waren mit schlechteren PRO-Werten verbunden. Eine erhöhte Mobilität und längere Textnachrichten gingen mit weniger Schüben einher, während langsamere Reaktionszeiten und kürzere Texte mit mehr Schüben assoziiert waren. Schübe traten im Sommer seltener auf. Ein geringerer Mobilitätsradius (Odds Ratio, OR 0,88), jüngeres Alter, Arbeitstage und ein niedrigeres Bildungsniveau waren in der

konditionalen Phase mit Schüben verbunden. Schlechtere globale Patienteneinschätzung (OR 1,25) und Schmerzen (OR 1,30) waren in der zweiten Phase mit Schüben assoziiert.

Die Integration von PROs mit passiven Smartphone-Daten zeigt neue Zusammenhänge mit dem Auftreten von Schüben und hebt das Potenzial für zukünftige prädiktive Modelle hervor – bis zur Nutzung in der Praxis dürfte es aber noch ein weiter Weg sein. ■

Quelle: ACR Open Rheumatol 2026; 8(1): e70162

Kardiovaskuläre Mortalität: Entzündung ist entscheidend

ACPA-Antikörper sind bei Patienten mit rheumatoider Arthritis mit einer erhöhten Mortalität assoziiert. Frühere Daten deuten darauf hin, dass sie auch bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit (KHK) ohne RA mit ungünstigeren Verläufen verbunden sein könnten. Daher untersuchten europäische Experten um Diane van der Woude, Leiden (Niederlande), die Prävalenz von ACPA und deren Assoziation mit der Mortalität bei KHK-Patienten ohne RA. Außerdem wurde bei RA die Rolle der systemischen Entzündung in der Beziehung zwischen ACPA und Mortalität untersucht.

Die Prävalenz von ACPA wurde mittels ELISA bei KHK-Patienten ohne RA in zwei KHK-Kohorten untersucht (LURIC: 2.189 Patienten und 656 Kontrollen; CLARICOR: 959 Patienten). Mithilfe multivariater Cox-proportionaler Hazard-Modelle wurde die Assoziation zwischen ACPA und Gesamtsterblichkeit analysiert.

In zwei RA-Kohorten (EAC und BARFOT mit 764 bzw. 794 Patienten) wurde die Rolle des CRP im Zusammenhang zwischen ACPA und (kardiovaskulärer) Sterblichkeit untersucht. Die durch-

schnittliche Nachbeobachtungszeit in den Kohorten lag zwischen 8,2 und 11,8 Jahren.

In beiden KHK-Kohorten war die ACPA-Prävalenz niedrig (0,9 bzw. 4,6 %) und es wurde keine Assoziation zwischen Seropositivität und Gesamtsterblichkeit festgestellt. Bei den RA-Patienten war der Zusammenhang zwischen ACPA-Positivität und Gesamtsterblichkeit nach Adjustierung auf den CRP-Wert nicht mehr signifikant. Dagegen bestand eine signifikante Assoziation zwischen CRP und Gesamt- sowie kardiovaskulärer

Sterblichkeit bei RA (Hazard Ratio, HR 1,24 in EAC 1,24; 95% KI 1,14–1,34, HR 1,33 in BARFOT; 95% KI 1,24–1,42).

Fazit: Die ACPA-Prävalenz ist bei KHK-Patienten ohne RA nicht erhöht. Bei RA wurde der Zusammenhang zwischen ACPA-Positivität und erhöhter (kardiovaskulärer) Mortalität hauptsächlich durch das CRP erklärt. Dies verdeutlicht den Einfluss chronischer Entzündung auf die kardiovaskulären Ergebnisse bei RA. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; 85(3): 425–434



GICHTARTHRITIS

Treat-to-target-Therapie senkt kardiovaskuläres Risiko

Formal ist bislang nicht bewiesen, dass das Erreichen eines Zielwerts für die Serumharnsäure von ≤ 6 mg/dl durch eine harnsäuresenkende Therapie (ULT) das kardiovaskuläre (CV) Risiko bei Gicht-Patienten senkt. Ziel einer Studie europäischer (primär britischer) Rheumatologen um Abhishek Abhishek, Nottingham, war es, die Assoziation zwischen dem Erreichen eines Serumharnsäure-Zielwerts ≤ 6 mg/dl und CV-Ereignissen bei Gicht-Patienten mit neu verordneter ULT zu untersuchen.

Die „New-User“-Kohortenstudie nutzte einen emulierten Target-Trial-Ansatz mit bis zu 5 Jahren Nachbeobachtung und wurde anhand von Primärversorgungsdaten aus dem Clinical Practice Research Datalink Aurum durchgeführt, die mit Krankenhaus- und Sterberegistern vom 1. Januar 2007 bis 29. März 2021 verknüpft wurden. Die Patienten waren ≥ 18 Jahre, hatten eine Gichtdiagnose, einen Serumharnsäurewert ≥ 6 mg/dl und erhielten neu eine ULT. Patienten wurden der Treat-to-target (T2T) ULT-Gruppe zugewiesen, wenn sie innerhalb von 12 Monaten nach der ersten ULT-Verordnung den Zielwert < 6 mg/dl erreichten, oder der Non-T2T ULT-Gruppe, falls dies nicht gelang. Primärer Endpunkt war das erste schwerwiegende CV-Ereignis (MACE)

innerhalb von 5 Jahren nach ULT-Beginn. Ein Gichtanfall diente als positive, akute Bronchitis, Katarakt und Appendizitis als negative Kontrollvariablen. Geschätzt wurden gewichtete absolute 5-Jahres-Ereignis-freie Überlebensraten sowie gewichtete Hazard Ratios (HR).

Eingeschlossen wurden 109.504 Patienten (im Mittel 62,9 Jahre, 22,2 % weiblich, mittlere Krankheitsdauer 2,5 Jahre, 27,3 % in T2T ULT-Gruppe). Patienten in der T2T ULT-Gruppe wiesen eine höhere 5-Jahres-Überlebensrate (gewichtete Differenz 1,0 %; 95% KI 0,5-1,6 %) und ein geringeres Risiko für MACE (gewichtete HR 0,91; 95% KI 0,89–0,92) auf als die Non-T2T ULT-Gruppe. Die Assoziation war bei Personen mit hohem/

sehr hohem stärker als bei solchen mit moderatem CV-Risiko. Patienten, die einen Serumharnsäure-Zielwert ≤ 5 mg/dl erreichten, hatten eine noch größere Risikoreduktion (gewichtete Überlebensdifferenz 2,6 %, 95% KI 0,9-3,6 %; gewichtete HR 0,77; 95% KI 0,72-0,81). Erwartungsgemäß gab es in der T2T ULT-Gruppe weniger Gichtanfälle.

In dieser Kohortenstudie zeigte sich bei Gicht-Patienten, dass das Erreichen von Serumharnsäurewerten ≤ 6 mg/dl innerhalb von 12 Monaten mit einem geringeren 5-Jahres-Risiko für schwerwiegende CV-Ereignisse verbunden war. ■

Quelle: JAMA Intern Med 2026; 186(3): 332-342

POSTMENOPAUSALE OSTEOPOROSE

Kürzere Romosozumab-Therapie theoretisch denkbar

Bei postmenopausaler Osteoporose erhöht Romosozumab über seine osteoanabole Wirkung sehr effektiv die Knochendichte (BMD). Der osteoanabole Effekt lässt jedoch nach einigen Monaten nach. Die Anwendung ist durch hohe Kosten, den Aufwand monatlicher Injektionen sowie durch das kardiovaskuläre Risikoprofil begrenzt. In der 12-monatigen, prospektiven, offenen, randomisierten, kontrollierten Nicht-Unterlegenheitsstudie LIDA untersuchten US-amerikanische Experten um Benjamin Z. Leder, Boston, ob eine kürzere, 3-monatige Romosozumab-Therapie ebenso wirksam ist wie das 12-Monats-Standardregime.

Insgesamt 50 postmenopausale Frauen mit hohem Frakturrisiko (im Mittel 69,6 Jahre) wurden in einem großen US-Zentrum auf 3 Monate Romosozumab (210 mg s.c., monatlich) gefolgt von 9 Monaten Denosumab (60 mg s.c., alle 6 Monate; 3-Monats-Gruppe) oder 12 Monate Romosozumab (12-Monats-Gruppe) randomisiert (n=24 vs. 26). Primärer Endpunkt war die prozentuale BMD-Veränderung im gesamten Hüftbereich (modifizierte ITT-Analyse). Die durchschnittliche BMD-Veränderung im Hüftbereich nach 12 Monaten lag bei 5,7 vs. 6,0 % in der 3- bzw. 12-Monats-Gruppe, womit die vordefinierte Nicht-Unterlegenheitsgrenze von 2 % erreicht wurde. Nebenwirkungen (Rückenschmerzen, Husten, Fatigue, Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelkrämpfe/-schmerzen, Palpationen,

Parästhesien, Reaktionen an der Injektionsstelle, Rhinorrhö, Hautausschlag und Schwellungen) traten ähnlich häufig auf.

Bei postmenopausalen Frauen mit hohem Frakturrisiko war somit die off-label-Behandlung mit 3 Monaten Romosozumab, gefolgt von 9 Monaten Denosumab, der 12-monatigen Romosozumab-Gabe in Bezug auf die Erhöhung der Knochendichte im Hüftbereich nicht unterlegen. Angesichts der Kosten, Belastung durch Injektionen und potenzieller Nebenwirkungen von Romosozumab könnte das verkürzte Schema womöglich in bestimmten Fällen eine Option sein. ■

Quelle: Lancet Diabetes Endocrinol 2026; 14(3): 216-222

Guselkumab bestätigt Effektivität in weiterer Phase-III-Studie

Für den Interleukin (IL)-23-Inhibitor Guselkumab wurden Wirksamkeit und Sicherheit bei Psoriasis-Arthritis (PsA) bereits in den Phase-III-Studien DISCOVER-1 und -2 nachgewiesen. US-amerikanische Rheumatologen um Alexis Ogdie, Philadelphia, publizierten jetzt mit SOLSTICE die 24-Wochen-Daten einer weiteren, randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Phase-IIIb-Studie, in der Guselkumab bei Patienten mit aktiver PsA und unzureichender Wirksamkeit und/oder Unverträglichkeit auf einen vorherigen TNF-Inhibitor (TNFi-IR) geprüft wurde.

In der SOLSTICE-Studie wurden 451 Erwachsene mit aktiver TNFi-IR PsA (SJC/TJC je ≥ 3 , CRP $\geq 0,3$ mg/dl) randomisiert einer der folgenden Behandlungsgruppen zugeteilt: 100 mg Guselkumab alle 4 Wochen (Q4W; n=150), 100 mg Guselkumab in den Wochen 0 und 4, anschließend Q8W (n=151), oder Placebo (n=150) mit Wechsel auf Guselkumab Q4W ab Woche 24. Primärer Endpunkt war ein ACR20-Ansprechen in Woche 24. Zu den sekundären Endpunkten zählten das ACR50/70-Ansprechen, die globale Beurteilung der Psoriasis durch den Prüfarzt (IGA) von 0/1 mit einer Verbesserung um ≥ 2 Grade, das

PASI 90-Ansprechen und eine minimale Krankheitsaktivität (MDA) in Woche 24 (mit Intention-to-treat-Analyse).

In Woche 24 erreichten signifikant höhere Anteile der mit Guselkumab alle 4 Wochen (Q4W) bzw. alle 8 Wochen (Q8W) behandelten Teilnehmer im Vergleich zur Placebo-Gruppe den primären Endpunkt eines ACR20-Ansprechens (58,6 und 62,2 % vs. 34,8 %), ein ACR50- (31,4 und 32,1 % vs. 12,2 %), ACR70- (17,5 und 17,3 % vs. 2,0 %), ein IGA-0/1- (50,0 und 57,3 % vs. 17,4 %) und PASI 90-Ansprechen (49,4 und 45,5 % vs. 12,0 %) sowie eine MDA (18,8 und 23,9 % vs. 5,4 %) (alle

$p < 0,001$). Bis Woche 24 traten bei 46,7 und 53,6 % versus 48,3 % der Teilnehmer unter Guselkumab Q4W, Q8W bzw. Placebo mindestens ein unerwünschtes Ereignis auf.

Bei TNFi-IR-Patienten mit aktiver PsA wurde mit beiden Guselkumab-Therapien eine vergleichbare, frühere Phase-III-Studien und Real-World-Daten bestätigende Wirksamkeit beobachtet, die Sicherheitsergebnisse entsprachen dem bekannten Profil bei PsA. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70092

Leichte Vorteile einer Anti-TNF/IL-23-Kombinationstherapie

Bei Patienten mit therapierefraktärer PsA erscheint es verlockend, Therapieprinzipien zu kombinieren. Ziel der von einer internationalen Gruppe um Jose U. Scher, New York (USA), vorgelegten 24-wöchigen multizentrischen, randomisierten, doppelblinden Phase-IIa Proof-of-Concept-Studie AFFINITY war es, die Kombination aus Guselkumab und dem TNF-Blocker Golimumab gegenüber Guselkumab allein bei PsA-Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf TNF-Inhibitoren (TNFi-IR) zu untersuchen.

In der Studie wurden Erwachsene mit aktiver TNFi-IR PsA (SJC/TJC ≥ 3) im Verhältnis 2:1 auf s.c. Guselkumab 100 mg und Golimumab 50 mg (n=59) oder eine Guselkumab-Monotherapie (n=32), jeweils alle vier Wochen (Q4W) bis Woche 20, randomisiert. Primärer Endpunkt war das Erreichen einer MDA in Woche 24. Weitere Endpunkte umfassten das ACR20/50/70-Ansprechen, Verbesserungen bei Psoriasis, Daktylitis und Entesitis, HAQ-Veränderungen, sowie den Einfluss des Baseline-CRP auf die MDA bzw. das ACR50-Ansprechen.

Zu Studienbeginn hatten die Teilnehmer im Median einen SJC/TJC von 13 bzw. 8 und eine psoriatische Körperoberfläche von 3 %; 23 % wiesen eine Daktylitis auf. Nach 24 Wochen erreichten 29 vs. 22 % mit der Kombination Guselkumab plus Golimumab bzw. Guselkumab-Monotherapie eine MDA (Odds Ratio, OR 1,4 [90% KI 0,6-3,3; $p=0,557$]) und 44 vs. 22 % ein ACR50-Ansprechen (nominal $p=0,034$). Jene Patienten mit CRP $\geq 0,3$ mg/dl (beabsichtigte Einschlusspopulation) erreich-

ten nach 24 Wochen unter der Kombinationstherapie (n=40; Monotherapie n=22) signifikant häufiger eine MDA (32 vs. 5 %, OR 12,3; nominal $p=0,025$) und den ACR50 (55 vs. 14 %, OR 9,6; nominal $p=0,003$). Die Kombination war auch mit einem höheren ACR20- (66 vs. 44 %) und ACR70-Ansprechen (27 vs. 16 %) sowie größeren Verbesserungen im HAQ verbunden als die Monotherapie. Die Verbesserungen bei Psoriasis, Daktylitis und Entesitis waren vergleichbar. Bis Woche 36 traten keine neuen Sicherheitssignale, Tuberkulose oder opportunistische Infektionen auf.

Trotz verfehltem primären Endpunkt deuten sekundäre Endpunkte und explorative Analysen darauf hin, dass TNFi-IR PsA-Patienten, insbesondere bei erhöhtem CRP, klinisch relevante Vorteile durch die Guselkumab/Golimumab-Kombination erzielen könnten. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70152

PSORIASIS-ARTHRITIS

Lässt sich die Transition der Psoriasis aufhalten?

Bis zu 30 % der Patienten mit Plaque-Psororiasis entwickeln im Krankheitsverlauf zusätzlich eine Psoriasis-Arthritis (PsA). Dem zugrunde liegenden Mechanismus ging eine internationale Studiengruppe unter deutscher Leitung um Andreas Ramming, Erlangen, auf den Grund. Identifiziert wurde nicht nur ein Biomarker, der frühzeitig den Übergang von der Psoriasis zur PsA anzeigen könnte, sondern zugleich – zumindest im Tiermodell – auch ein therapeutischer Angriffspunkt.

In der Studie wurden Mausmodelle der Psoriasis und PsA mit Analysen humaner Haut-, Synovial- und Blutproben kombiniert. Nach Induktion der psoriatischen Hautentzündung wanderte bei Mäusen eine definierte Population myeloider Vorläuferzellen (CD2+MHC-II+CCR2+) aus der Haut in die Gelenke ein, was jedoch allein nicht für die Auslösung einer Arthritis ausreichte, vor allem wenn das lokale Gelenkmilieu nicht passte. Bei arthritisisresistenten Mäusen fanden sich vermehrt Fibroblasten im Synovialgewebe, die über einen CD200-CD200R1

vermittelten Signalweg eine Aktivierung der eingewanderten Zellen verhinderten. In arthritisanfälligen Mausmodellen war die Zahl dieser Fibroblasten geringer. Vergleichbare myeloide Zellpopulationen wurden auch in Haut, Gelenk und Blut von Psoriasis- und PsA-Patienten nachgewiesen.

Durch Eingriffe in den CD200-CD200R1-Signalweg konnte der Krankheitsverlauf im Mausmodell modifiziert werden: Die Inhibition des Glkoyproteins CD200 führte zu vermehrter Gelenkentzündung,

die Aktivierung von dessen Rezeptor, CD200R1, reduzierte diese hingegen. Da die wandernden Myeloid-Vorläuferzellen im Blut nachweisbar sind, bevor die Arthritis beginnt, könnten sie künftig als Frühwarnsignal dienen, um gefährdete Psoriasis-Patienten rechtzeitig zu identifizieren. Zukünftige Therapiestrategien könnten gezielt versuchen, diese Wanderung zu unterbinden und dadurch die Progression von der Psoriasis zur PsA zu verhindern. ■

Quelle: Nat Immunol 2026; 27(1): 35-47

PRO-SPIRIT: Vergleich von b/tsDMARDs im Praxisalltag

Bei Psoriasis-Arthritis wird die Auswahl zwischen verschiedenen b- und tsDMARDs immer schwieriger. In einer 12-Monats-Zwischenanalyse der PRO-SPIRIT-Beobachtungsstudie verglich eine internationale Gruppe um Laura C. Coates, Oxford (Großbritannien), die Wirksamkeit und Persistenz des Interleukin (IL)-17A-Inhibitors Ixekizumab mit anderen b/tsDMARDs bei PsA-Patienten im Praxisalltag.

Die neuen 12-Monats-Daten stammen aus einer multinationalen Kohorte mit 1.192 PsA-Patienten (im Mittel 52 Jahre, 62 % Frauen, Krankheitsdauer 8,1 Jahre, 55 % b/tsDMARD-vorerfahren, 43 % auf csDMARD), die Ixekizumab (n=343) oder andere b/tsDMARDs (Secukinumab, n=164; TNF-Inhibitoren, n=437; IL-12/23- oder IL-23-Inhibitoren, n=34 bzw. 56, JAK-Inhibitoren, n=124) erhielten. Die vergleichende Wirksamkeit zwischen Ixekizumab und anderen b/tsDMARDs wurde mittels „Frequentist Model Averaging“ bewertet, fehlende Daten wurden mehrfach imputiert. Paarweise Vergleiche erfolgten zwischen Ixekizumab und TNF-Inhibitoren (TNFi), Secukinumab, JAKi sowie gepoolt IL-12/23i und IL-23i.

Nach 12 Monaten zeigten mit Ixekizumab behandelte PsA-Patienten Verbesserun-

gen im klinischen Disease Activity in PsA Index (cDAPSA) und der von Psoriasis betroffenen Körperoberfläche (BSA) sowie die höchste Remissionsrate (cDAPSA ≤ 4 ; 18,8 %). Im Vergleich zur gepoolten IL-12/23i- und IL-23i-Gruppe hatten Ixekizumab-Patienten eine höhere Wahrscheinlichkeit, eine cDAPSA-Remission (Odds Ratio, OR 2,0; 95% KI 1,2-6,0) oder sehr niedrige Krankheitsaktivität (VLDA; OR 2,5; 95% KI 1,1-13,6) zu erreichen, mit stärkerer Schmerzlinderung (LSM -7,3; 95% KI -13,2 bis -0,7).

Im Vergleich zu TNFi zeigten Ixekizumab-Patienten eine größere Verbesserung der BSA (LSM -0,9; 95% KI -1,4 bis -0,1). Die Ergebnisse von Ixekizumab und Secukinumab (meistens die 300 mg-Dosis) waren ähnlich. Die Persistenzraten waren in allen Gruppen vergleichbar, wobei die

Gründe für das Absetzen unterschiedlich waren.

Nach 12 Monaten hatten PsA-Patienten auf Ixekizumab signifikant höhere Chancen, eine cDAPSA-Remission und VLDA zu erreichen, sowie eine stärkere Schmerzlinderung im Vergleich zur gepoolten IL-12/23i- und IL-23i-Gruppe, mit signifikanten Verbesserungen der BSA versus TNFi. Aufgrund der relativ geringen Gruppengrößen für IL-12/23i und IL-23i sollten diese Vergleiche aber mit Vorsicht interpretiert werden. Die Therapiepersistenz war bei allen b/tsDMARDs ähnlich. ■

Quelle: RMD Open 2026; 12(1): e006447



Gehäuftes Auftreten vor und nach einer CED-Diagnose

Spondyloarthritis (SpA) und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) zeigen diverse Überschneidungen in klinischen und immunologischen Merkmalen. Da die zeitliche Korrelation von SpA und CED bei individuellen Patienten sowie die jeweiligen Risikofaktoren bislang nicht gut charakterisiert sind, bestimmte eine US-amerikanisch-dänische Arbeitsgruppe um Manasi Agrawal, New York/Kopenhagen, in einer landesweiten, bevölkerungsbasierten Studie die Prävalenz von SpA vor und deren Inzidenz nach der Diagnose einer CED.

Mithilfe verknüpfter Registerdaten wurden dänische Patienten mit CED-Diagnose identifiziert und diesen Personen ohne CED zugeordnet. Mittels logistischer Regression wurde die Odds Ratio (OR) für SpA vor der CED-Diagnose und mithilfe einer Cox-Regression die Hazard Ratio (HR) für das Auftreten einer neuen SpA nach der CED-Diagnose ermittelt.

Von den 102.648 zwischen 1998 und 2022 in die Studie eingeschlossenen Personen wurden 17.108 (16,7 %) mit CED diagnostiziert. Die adjustierte OR für SpA im Zeitraum von 8 Jahren vor der Diagnose von CED, Morbus Crohn (MC) oder Colitis ulcerosa (CU) im Vergleich zu den Kontrollpersonen betrug 1,95 (95% KI 1,78–2,14), 2,84 (95% KI 2,43–3,32) bzw. 1,61 (95% KI 1,43–1,81). Die adjustierte HR für SpA nach der Diagnose von CED, MC und CU im Vergleich zu den Kontrollpersonen be-

trug 2,51 (95% KI 2,34–2,70), 3,17 (95% KI 2,81–3,59) bzw. 2,24 (95% KI 2,05–2,45). Die Prävalenz von SpA zeigte eine zeitliche Variabilität mit einem Anstieg in den Jahren rund um die CED-Diagnose. Die Assoziationen waren dabei ausgeprägter für die axiale SpA sowie bei Frauen und jungen Erwachsenen vor der CED-Diagnose.

In dieser bevölkerungsbasierten Kohorte wurde eine SpA-Diagnose somit sowohl vor als auch nach der CED-Diagnose gehäuft gestellt. Eine CED sollte somit immer Anlass sein, gezielt nach einer SpA zu fahnden (und vice versa natürlich). ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70095

Prävalenz und anatomische Verteilung von MRT-Läsionen

Bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis (axSpA) empfehlen Leitlinien derzeit keine routinemäßigen MRT-Untersuchungen der Wirbelsäule. Ziel einer internationalen ASAS-Studiengruppe um Pedro M. Machado, London (Großbritannien), war es, die Prävalenz und anatomische Verteilung von entzündlichen und strukturellen MRT-Läsionen bei axSpA zu untersuchen und diese zwischen Patienten mit isolierter axialer Beteiligung und solchen mit peripheren Manifestationen zu vergleichen.

Analysiert wurden Daten aus der ASAS-Klassifikationskohorte, dabei wurde eine periphere Beteiligung als aktuelle oder frühere Arthritis, Daktylitis und/oder Enthesitis definiert. MRT-Läsionen der Sakroiliakalgelenke (SIG) und der Wirbelsäule, typisch für axSpA, wurden gemäß ASAS-Definitionen klassifiziert und zentral durch Mehrheitsentscheidung mehrerer Reader beurteilt (Läsion vorhanden, wenn von der Mehrheit erkannt; SIG $\geq 4/7$, Wirbelsäule $\geq 5/9$ Reader). Es wurden Vergleiche zwischen Patienten mit und ohne periphere Manifestationen durchgeführt.

Von 199 axSpA-Patienten mit SIG-MRT war bei 67 zusätzlich eine MRT der Wirbelsäule durchgeführt worden. Ein sub-

chondrales Knochenmarködem (BMO) im SIG wurde bei 49 % beobachtet, dies ohne Quadrantenpräferenz oder Unterschiede zwischen den Subgruppen. Weitere entzündliche SIG-Läsionen bewegten sich zwischen 4 und 18 %. Erosionen (35 %) und Fettläsionen (22 %) waren die häufigsten strukturellen Läsionen. In der Wirbelsäule wurden BMO, Fettläsionen und Syndesmophyten/Ankylosen bei 38, 25 bzw. 5 % festgestellt, mit ähnlichen Häufigkeiten in den Subgruppen.

Von 40 Patienten mit sowohl SIG- als auch kompletter Wirbelsäulen-MRT wurden entzündliche Läsionen an beiden Orten bei 18 %, nur im SIG bei 38 % und nur in der Wirbelsäule bei 20 % beobachtet. Strukturelle Läsionen traten an

beiden Lokalisationen bei 19 %, nur im SIG bei 30 % und nur in der Wirbelsäule bei 5 % auf, ohne Unterschiede zwischen den Subgruppen.

Die Prävalenz und anatomische Verteilung der ASAS-definierten MRT-Läsionen war in den axSpA-Subgruppen ähnlich. Bemerkenswert ist, dass 20 % eine ausschließlich spinale Entzündung zeigten, was auf einen potenziellen zusätzlichen diagnostischen und monitorierenden Wert der Wirbelsäulen-MRT hindeutet und weiter untersucht werden sollte. ■

Quelle: RMD Open 2026; 12(1): e006266



AXIALE SPONDYLOARTHRITIS

Häufigkeit schwieriger Verläufe im RABBIT-SpA-Register

Kürzlich wurden von der ASAS Definitionen für schwer zu behandelnde (D2M) und therapieresistente (TR) axiale Spondyloarthritis (axSpA) vorgeschlagen. Deutsche Rheumatologen um Anne C. Regierer, Berlin, erkundeten anhand von Daten aus dem laufenden, prospektiven, multizentrischen, longitudinalen deutschen RABBIT-SpA-Register, wie viele Patienten die ASAS-Definitionen erfüllen und charakterisierten diese Patientengruppen zum Zeitpunkt der ersten fortgeschrittenen Therapie.

Eingeschlossen wurden zuvor b/tsDMARD-naive axSpA-Patienten, die neu eine Therapie mit einem b/tsDMARD aufnahmen und für die ein Follow-up über ≥ 12 Monate vorlag. Die ASAS-Definitionen wurden angewendet, um Fälle von D2M- und TR-axSpA zu identifizieren.

Von 1.850 axSpA-Patienten waren zu Beginn 881 (48 %) b/tsDMARD-naiv. Insgesamt erfüllten 75 Patienten (9 %) die ASAS-Kriterien für eine D2M-, und 22 (3 %) zusätzlich die Kriterien für eine TR-axSpA. Zu Beginn waren D2M-axSpA-Patienten häufiger weiblich, öfter

HLA-B27-negativ und zeigten häufiger Arthritis und Enthesitis im Vergleich zu nicht-D2M (nD2M)-axSpA-Patienten. Zudem wiesen sie weniger objektive Entzündungsmarker wie erhöhtes CRP oder MRT-Läsionen auf. Der Opioidgebrauch war bei D2M-axSpA-Patienten höher als bei nD2M-axSpA-Patienten. In der TR- war im Vergleich zur D2M/nTR-axSpA-Gruppe der Anteil weiblicher Patienten und von Patienten mit Adipositas geringer. Schon zu Beginn der ersten b/tsDMARD-Therapie zeigten diese Patienten häufiger objektive Entzündungszeichen, einschließlich sakroiliakaler/spinaler MRT-Läsionen und erhöhtem

CRP, während periphere Arthritis seltener auftrat.

Die Anwendung der ASAS-Definitionen in einer großen realen Kohorte identifizierte klinisch relevante Subgruppen mit D2M- und TR-axSpA. Diese Daten bestätigen den klinischen Nutzen und die Notwendigkeit phänotypspezifischer Managementstrategien. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(1): keaf641

Meist normale Schwangerschaftsverläufe zu erwarten

Eine Schwangerschaft bei Spondyloarthritis verläuft bei enger Zusammenarbeit von Rheumatologen und Gynäkologen meist gut. Dies bestätigt auch eine französische, prospektive, multizentrische Kohortenstudie von Anna Molto, Paris, und Kollegen, deren Ziel es war, die Häufigkeit ungünstiger Schwangerschaftsausgänge bei Frauen mit SpA im Vergleich zu Kontrollen aus der französischen Allgemeinbevölkerung zu bestimmen und Faktoren zu identifizieren, die mit diesen ungünstigen Schwangerschaftsausgängen zusammenhängen.

Eingeschlossen wurden Schwangere mit axialer oder peripherer SpA aus dem GR2-Register, die zwischen Ende 2015 und Mitte 2021 rheumatologisch betreut wurden. Es wurden die mütterlichen Merkmale, Krankheitsaktivität, Therapien und Schwangerschaftsausgänge analysiert. Letztere wurden bei Frauen mit SpA mit denen von im Verhältnis 1:4 gematchten Frauen aus der französischen Nationalen Perinatal-Erhebung in den Jahren 2016 und 2021 (ENP) verglichen. Für ungünstige Schwangerschaftsausgänge, die bei Patientinnen mit SpA signifikant häufiger auftraten, wurde eine logistische Regressionsanalyse durch-

geführt, um potenzielle Risikofaktoren zu identifizieren.

Es wurden 135 Schwangerschaften von 124 Frauen mit SpA (im Mittel 32,1 Jahre, mittlere Krankheitsdauer 6,3 Jahre, 50,4 % Nullipara) analysiert: Das häufigste ungünstige Schwangerschaftsergebnis war ein Geburtsgewicht unterhalb des Gestationsalters (SGA; 10. Perzentile), das bei Frauen mit SpA häufiger vorkam als bei den Kontrollen (17,4 vs. 9,8 %, Odds Ratio 1,94; 95% KI 1,09–3,39). Dass es sich um ein seltenes Phänomen handelt, zeigte sich bei Anlegen der 3. Perzentile für SGA (6,6 vs.

2,9 %, Hazard Ratio 2,35; 95% KI 1,02–5,49). Ein Prädiktor für SGA bei Frauen mit SpA konnte nicht identifiziert werden. Andere ungünstige Schwangerschaftsausgänge, einschließlich Frühgeburt und Kaiserschnitt, waren vergleichbar mit der Allgemeinbevölkerung. In dieser aktuellen Kohorte war SpA nur mit einem erhöhten Risiko für SGA verbunden, jedoch nicht mit anderen ungünstigen Schwangerschaftsausgängen, was für die meisten Schwangeren mit SpA eine beruhigende Nachricht ist. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; 85(2): 319–327

JUVENILE IDIOPATHISCHE ARTHRITIS

Charakteristika und Therapiestrategien bei infantilem Beginn

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) bei Säuglingen ist äußerst selten, was die Diagnosestellung besonders erschwert. Eine multizentrische, retrospektive Studie von Timmy Strauss, Dresden, und Kollegen auf Basis der Kinder-Kerndokumentation Rheuma untersuchte die Merkmale der JIA im Säuglingsalter, einschließlich früher Symptome, der Zeit bis zur Diagnosestellung, JIA-Kategorien, Behandlungsansätze und klinische Ergebnisse.

In die Studie wurden Säuglinge mit JIA eingeschlossen, die zwischen 2011 und 2020 in die Datenbank der Kerndokumentation rheumakrankter Kinder und Jugendlicher aufgenommen und prospektiv beobachtet wurden. Die Daten wurden retrospektiv durch ein spezielles Modul für JIA mit frühem Beginn ergänzt. Um Unterschiede in der Krankheitspräsentation zu analysieren, wurde die Säuglingsgruppe mit jenen Patienten verglichen, bei denen sich die JIA „erst“ im Alter von >1 bis <6 Jahren (Kleinkind-Beginn) entwickelte.

Insgesamt wurden 90 Betroffene (62 % weiblich) mit JIA im Säuglingsalter in

18 pädiatrisch-rheumatologischen Zentren in Deutschland identifiziert, mit einem Krankheitsbeginn im mittleren Alter von 9,5 Monaten. Im Vergleich zu den Kleinkindern waren die Säuglinge häufiger von systemischer JIA betroffen. Die Zeit vom Symptombeginn bis zur ersten rheumatologischen Vorstellung war bei Säuglingen signifikant länger als bei Kleinkindern (3,1 vs. 2,3 Monate; $p=0,025$).

Beim Follow-up erhielten 66 % der Patienten mit JIA im Säuglingsalter und 59 % mit JIA im Kleinkindalter DMARDs. Obwohl beide Gruppen initial eine vergleichbare Krankheitsaktivität aufwiesen,

zeigte die Säuglingsgruppe beim Follow-up eine signifikant höhere Krankheitsaktivität (cJADAS10 3,0 vs. 2,1; $p=0,034$). Ein sehr früher JIA-Beginn wird somit häufig spät diagnostiziert, wodurch eine angemessene Behandlung verzögert wird.

Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit, das Bewusstsein und die frühzeitige Erkennung einer nicht-infektiösen Arthritis bei Säuglingen zu verbessern und eine rechtzeitige, effektive Therapie einzuleiten, um potenzielle Langzeitfolgen zu minimieren. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(2): keaf586

Frühzeitiger Beginn einer Biologika-Therapie sinnvoll

Auch bei juveniler idiopathischer Arthritis kann ein möglichst früher Start von Biologika zielführend sein. Niederländische Experten um Jelleke B. de Jonge und Joost F. Swart, Utrecht, untersuchten in der internationalen UCAN CAN-DU Studie den Einfluss des Zeitraums vom Symptombeginn bis zum Start einer Biologika-Therapie auf das Erreichen einer inaktiven Arthritis innerhalb von sechs Monaten in einer prospektiven Kohorte von JIA-Patienten aus Kanada und den Niederlanden.

In die genestete Kohortenstudie wurden Biologika-naive Patienten mit nicht-systemischer JIA zu Beginn der Biologika-Therapie eingeschlossen.

Primärer Endpunkt war das Vorliegen einer inaktiven Arthritis nach sechs Monaten. Demografische Daten, krankheitsbezogene Parameter und das Therapieansprechen wurden mittels (nicht-)parametrischer Tests zwischen den Gruppen mit frühem (Symptombeginn bis Biologika-Start: 0–6 Monate), intermediärem (7–12 Monate) und spätem (13–24 Monate) Therapiebeginn verglichen. Ein logistisches Regressionsmodell analysierte den Einfluss des Zeitpunkts des Biologika-Beginns auf das

Ansprechen nach sechs Monaten, adjustiert auf die Anzahl aktiver Gelenke und die Beurteilung durch die behandelnden Ärzte.

Insgesamt wurden 130 Kinder mit JIA eingeschlossen (früher Beginn $n=35$, intermediär $n=46$, später Beginn $n=49$; 66 % weiblich, medianes Alter bei Symptombeginn 11,0 Jahre). Der Anteil der Patienten, die bei frühem Therapiebeginn eine inaktive Arthritis erreichten (83 %), war signifikant höher als bei spätem Beginn (57 %). Für jeden Monat Verzögerung bis zum Beginn der Biologika-Therapie lag die adjustierte Odds Ratio für das Vorliegen einer aktiven Arthritis nach sechs Monaten bei 1,09 (IQR 1,02–1,17; $p=0,009$).

Ein früher Beginn der Biologika-Therapie bei JIA-Patienten war mit einem höheren Anteil an Patienten verbunden, die innerhalb von sechs Monaten eine inaktive Arthritis erreichten, was (erneut) auf ein „window of opportunity“ zur Kontrolle der Krankheitsaktivität hinweist. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; 78(3): 743-751



HIER STEHT EINE ANZEIGE.

An Gefahr von interstitieller Lungenerkrankung denken

Eine interstitielle Lungenerkrankung (ILD) kann im Kontext mit ANCA-assoziiierter Vaskulitis (AAV-ILD) oder als eigenständige Erkrankung mit positivem ANCA (ANCA-ILD) auftreten. Allerdings sind die Datenlage zu Epidemiologie und Verlauf dieser Erkrankungen bislang begrenzt. Genauere Erkenntnisse lieferte jetzt eine von David Jayne, Cambridge (Großbritannien), und Kollegen publizierte europäische multizentrische, retrospektive Studie zu Patienten mit AAV-ILD oder ANCA-ILD.

Im Rahmen der Studie wurden die Ausgangs- und Verlaufs-Thorax-CTs zentral ausgewertet. Primäre Endpunkte waren der Rückgang der forcierten Vitalkapazität (FVC), respiratorisches Versagen und Sterblichkeit. Eingeschlossen wurden 162 Patienten (85 % mit MPO-ANCA, 76 % mit AAV-ILD und 24 % mit ANCA-ILD). Beim Ausgangsbefund war das Muster der gewöhnlichen interstitiellen Pneumonie (UIP) am häufigsten (57 %), während die Hälfte einen radiologischen Fibrosegrad >10 % aufwies. Eine Nierenbeteiligung bestand bei 73 %, meist in der Berden-fokalen Klasse.

Im Verlauf zeigten UIP- und NSIP-Muster (nicht-spezifische interstitielle

Pneumonie) einen stärkeren jährlichen FVC-Rückgang als andere Muster (UIP: -1,99 %, NSIP: -3,76 %; $p=0,35$, andere: +0,36 %). Ein adjustiertes Mixed-Effects-Modell zeigte, dass Rituximab mit einer durchschnittlichen FVC%-Verbesserung nach 12 Monaten assoziiert war (+6,02 %; $p=0,07$). Eine radiologische Progression trat bei etwa 50 % auf, vor allem bei jüngeren Patienten mit höherem Fibrosegrad. Respiratorisches Versagen (19 %) war assoziiert mit dem Fibrosegrad (Grad 4: Hazard Ratio, HR 4,7; $p=0,029$) und der Ausgangs-FVC% (HR 0,95; $p=0,002$). Nach einem medianen Follow-up von 4,2 Jahren verstarben 48 % der Patienten. Das Alter (HR 1,08; $p=0,04$) und die Ausgangs-FVC% (HR

0,97; $p=0,05$) waren unabhängige Prädiktoren für die Mortalität.

Fazit: Ein zu Beginn höherer Fibrosegrad, UIP-Muster und eine niedrigere FVC waren mit schlechteren Ergebnissen assoziiert. Immunsuppressiva wie Rituximab können dazu beitragen, die Lungenfunktion zu erhalten. Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit einer frühen Erkennung und individualisierten Behandlung bei ILD im Zusammenhang mit AAV oder ANCA. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70078

Risikofaktoren für Rezidive nach Remissionsinduktion

Bei der ANCA-assoziierten Vaskulitis hat sich Rituximab in Leitlinien als präferierte Therapie in der Remissionsinduktion und -erhaltung etabliert. Ziel einer Post-hoc-Analyse der RITAZAREM-Studie von US-amerikanischen Experten um Ellen Romich, Philadelphia, war es, nach erneuter Remissionsinduktion mit Rituximab und anschließender Beendigung der Erhaltungstherapie Risikofaktoren für ein Rezidiv zu bestimmen.

AAV-Patienten ≥ 15 Jahre mit Anti-Proteinase-3 (PR3-) oder Anti-Myeloperoxidase (MPO)-ANCA, die nach erneuter Remissionsinduktion mit Rituximab und Glukokortikoiden eine Remission erreichten, wurden im Monat 4 randomisiert, um entweder weiterhin Rituximab oder Azathioprin zur Erhaltungstherapie für bis zu 24 Monate zu erhalten, gefolgt von einer Beobachtungsphase bis zum Rezidiv oder für maximal 48 Monate.

Mittels logistischer Regression mit allgemeinen Schätzgleichungen wurden für die zwei Studienphasen – Erhaltung (Monate 4-24) und nach Therapieende (Monate 24-48) – Basis- und zeitabhän-

gige Risikofaktoren für ein Rezidiv bis zur nächsten Visite identifiziert.

Bei 170 Patienten (medianes Alter 59 Jahre, Krankheitsdauer 5 Jahre) traten 99 Rezidive auf (46 unter der Erhaltungstherapie). Während der Erhaltung waren eine muskuloskeletale Beteiligung (Odds Ratio, OR 2,8; 95% KI 1,1-7,2; $p=0,03$) und ein höheres globales Patientenergebnis (OR 1,1; 95% KI 1,0-1,2; $p=0,04$) mit einem Rezidiv assoziiert. In der Phase nach Therapieende waren CD19+-B-Zellen (OR 2,5, 95% KI 1,2-5,1; $p=0,01$) und das Wiederauftreten von ANCA (OR 3,2, 95% KI 1,3-7,7; $p=0,01$) mit einem erhöhten Rückfallrisiko verbunden. Eine multivariate

Analyse identifizierte Entzündungsmarker (Veränderungen bei Thrombozyten, weißen Blutkörperchen und Immunglobulin A) als mit einem Rückfall assoziierte Faktoren.

Fazit: Risikofaktoren für ein AAV-Rezidiv variieren abhängig von der Therapiephase. Die Überwachung von Entzündungsmarkern und der Immunrestitution kann helfen, Patienten mit erhöhtem Rückfallrisiko zu identifizieren, insbesondere nach Absetzen von Rituximab. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70025

EOSINOPHILE GRANULOMATOSE MIT POLYANGIITIS

Warnzeichen in europäischer Studie identifiziert

Die Diagnose der eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) ist aufgrund ihrer multisystemischen Beteiligung und vielfältigen klinischen Manifestationen oft schwierig und führt häufig zu verspäteten Diagnosen sowie daraus resultierenden Komplikationen. Das EGPAware-Projekt europäischer Experten um Bernhard Hellmich, Tübingen, und Benjamin Terrier, Paris (Frankreich), hatte zum Ziel, erstmals einen Delphi-Konsens zu Warnzeichen zu etablieren, die auf EGPA hinweisen, um eine frühzeitige Erkennung, Überweisung und Diagnosestellung zu unterstützen.

EGPAware war eine europäische Delphi-Studie, die von einem multidisziplinären Komitee geleitet wurde. Die Umfrage basierte auf Warnzeichen aus einem zuvor veröffentlichten spanischen systematischen Review und konzentrierte sich auf Indikatoren für den klinischen Verdacht. Die Datenauswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik, Konsens wurde als $\geq 70\%$ Übereinstimmung definiert. Aussagen mit $\leq 70\%$ Konsens in der ersten Runde wurden in Runde 2 erneut bewertet. In der zweiten Runde stufte die Teilnehmenden zusätzlich die 10 wichtigsten Warnzeichen nach klinischer Bedeutung und Häufigkeit des Auftretens ein. Eine multidisziplinäre Gruppe von 53 Ärzten mit EGPA-Expertise absolvierte die zweirundige Delphi-Umfrage. Es wurde ein Konsens zu 25 „Red Flags“ erzielt.

Mononeuritis multiplex, Lungeninfiltrate/-noduli, eine Vaskulitis im Biopsiebefund und Myeloperoxidase (MPO)-ANCA-Positi-

vität waren die am höchsten bewerteten Merkmale hinsichtlich klinischer Relevanz, während Lungeninfiltrate/-noduli, Nasenpolypen und Mononeuritis multiplex am häufigsten in der Erfahrung der teilnehmenden Experten beobachtet wurden.

Im Ergebnis liefert die EGPAware-Studie eine hilfreiche Checkliste von Warnzeichen, die in der klinischen Praxis eingesetzt werden kann, um die frühzeitige Identifikation von EGPA-Patienten zu erleichtern. Die Studie unterstützt einen multidisziplinären Ansatz bei Diagnose und Management der EGPA. Weitere Forschung ist erforderlich, um die Diagnostik zu verfeinern und die Ergebnisse zu validieren. ■

Quelle: EULAR Rheumatol Open 2026; 2(1): 9-18

Lassen sich Rezidive und Steroidabhängigkeit vorhersagen?

Die eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis ist eine Vaskulitis der kleinen Gefäße, die durch Eosinophilie, Asthma und HNO-Beteiligung gekennzeichnet ist. Obwohl Glukokortikoide (GK) wirksam zur Symptomkontrolle sind, treten häufig Rezidive auf, zudem ist mit einer GK-Abhängigkeit zu rechnen. Experten der French Vasculitis Study Group und EGPA European Study Group um Benjamin Terrier, Paris, setzten sich zum Ziel, im Rahmen einer multizentrischen europäischen retrospektiven Kohortenstudie prädiktive Modelle für Vaskulitis-Rezidive und GK-abhängiges Asthma und/oder HNO-Symptome zu entwickeln.

Eingeschlossen wurden 809 EGPA-Patienten, die die ACR/EULAR-Kriterien von 2022 erfüllten und über median 72 Monate beobachtet wurden. Mit einem Algorithmus wurden zwei multivariable Vorhersagemodelle entwickelt: eines für ein Rezidiv der Vaskulitis und ein weiteres für GK-abhängiges Asthma und/oder HNO-Symptome nach 2 Jahren.

Ein Rückfall der Vaskulitis trat bei 228 Patienten auf, mit einer kumulativen Inzidenz von 41,2 % nach 12 Jahren (95% KI 36,3-46,8). GK-abhängiges Asthma und/oder HNO-Symp-

tome wurden nach 2 Jahren bei 66,4 % der Teilnehmer beobachtet. Prädiktoren für ein Rezidiv der Vaskulitis waren Alter (nicht linear), GK-abhängiges Asthma vor der EGPA-Diagnose (Hazard Ratio, HR 1,57), Arthralgie (HR 1,27), Myokarditis (HR 1,74), periphere Neuropathie (HR 1,39), MPO-ANCA (HR 1,56) und die Eosinophilenzahl zu Beginn (nicht linear). Prädiktoren für GK-abhängiges Asthma und/oder HNO-Symptome waren höheres Alter (Odds Ratio, OR 0,98 pro Jahr), GK-abhängiges Asthma bei Diagnose (OR 1,50), chronische Sinusitis (OR 1,78) und die Eosinophilenzahl zu Beginn (OR 0,70 pro 10⁹/l). Auf Basis dieser Faktoren wurden Nomogramme für das 5- bzw.

12-Jahres-Rezidivrisiko sowie das 2-Jahres-Risiko für HNO-Beschwerden und GK-Abhängigkeit entwickelt.

In dieser großen EGPA-Kohorte wurden Vorhersagemodelle für einen Rückfall der Vaskulitis sowie für GK-abhängiges Asthma und/oder HNO-Symptome entwickelt, die künftig bei der Therapieentscheidung helfen könnten. Eine prospektive externe Validierung steht zwar noch aus, eine genauere Lektüre der Studie lohnt sich aber schon jetzt. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70072



Update der EULAR-Empfehlungen 2025 publiziert

Erstmals auf dem EULAR 2025 in Barcelona präsentiert, publizierte jetzt eine 29-köpfige, multidisziplinäre Task Force aus 11 Ländern um Gülen Hatemi, Istanbul (Türkei), das Update der EULAR-Empfehlungen zum Behçet-Syndrom (BS) – die alte Fassung stammte aus 2018. Das Ergebnis des nach den EULAR SOPs inklusive einem systematischen Literaturreview und Abstimmungsprozess erstellten Updates sind fünf übergreifende Prinzipien und zwölf spezifische Empfehlungen (eine neue, vier wurden stärker überarbeitet, sieben änderten sich nur minimal im Wording).



Zunächst zu den übergreifenden Prinzipien: Das BS hat einen rezidivierenden/remittierenden Verlauf, der Organ- oder lebensbedrohend sein kann, während Krankheitsmanifestationen sich über die Zeit aber auch verbessern können. Das Ziel ist die Prävention irreversibler Organschäden und Maximierung der Lebensqualität. Eine Organbeteiligung sollte im gesamten Krankheitsverlauf evaluiert und BS-„Mimics“ mit geeigneten Modalitäten ausgeschlossen werden. Die Therapie sollte nach Alter, Geschlecht, Typ und Schwere der Organbeteiligung, Krankheitsdauer und Patientenpräferenz individualisiert werden. Ein multidisziplinärer Ansatz, Patientenschulung, „Shared Decision Making“, Therapieadhärenz und Lebensstilveränderungen sind für eine optimale Versorgung erforderlich.

DIE ZWÖLF EMPFEHLUNGEN IM ÜBERBLICK

MUKOKUTANE BETEILIGUNG: Colchicin sollte die First-line-Therapie für wiederkehrende mukokutane Läsionen sein. Bei refraktären Patienten oder bei Colchicin-Unverträglichkeit sollten (neuen Studien zufolge) Apremilast oder TNF-Inhibitoren (Adalimumab > Infliximab) erwogen werden. Topische Anwendungen wie Glukokortikoide (GK) können zum Management oraler und genitaler Ulzera genutzt werden, systemische GK sollten vermieden werden. **GELENKBETEILIGUNG:** Colchicin sollte die First-line-Therapie bei akuter Arthritis sein, Immunsuppressiva (IS;) sollten in rekurrenden oder chronischen Fällen erwogen werden. **AUGENBETEILIGUNG:** Eine IS-Therapie muss allen BS-Uveitis-Patienten mit dem Ziel der

Induktion und Erhaltung einer klinischen und (das ist neu) angiografischen Remission gegeben werden. Monoklonale Anti-TNF-Antikörper, präferenziell Infliximab (neu), in Kombination mit anderen IS sollten bei Patienten mit visusbedrohender, das posteriore Segment betreffenden Entzündung eingesetzt werden. GK sollten nicht als Monotherapie angewendet werden.

VENÖSE BETEILIGUNG: Für das Management akuter tiefer Venenthrombosen einschließlich der zerebralen Sinusvenenthrombose, sollten GK und IS, präferenziell monoklonale Anti-TNF-Antikörper (neu), erwogen werden. IS sollten zur Erhaltung fortgeführt werden. Antikoagulantien können dazugegeben werden, vorausgesetzt das Blutungsrisiko ist gering und dass Pulmonalarterienaneurysmen zuvor ausgeschlossen wurden. Gänzlich neu ist: Bei zerebraler Sinusvenenthrombose mit visusbedrohender intrakranieller Hypertonie sollte sofort eine chirurgische Intervention (d. h. eine dekompresive Kraniektomie) in Betracht gezogen werden. **ARTERIELLE BETEILIGUNG:** Für das Management von pulmonalen oder peripheren arteriellen Aneurysmen werden Hochdosis-GK und (neu) Infliximab empfohlen, Cyclophosphamid (das abgestuft wurde) kann eine Alternative sein. GK sollten langsam getapert und IS, präferenziell monoklonale Anti-TNF-Antikörper, zur Erhaltung fortgeführt werden (letzteres ist neu). Vaskuläre Eingriffe, falls erforderlich, sollten nach der prompten Initiierung einer medikamentösen Therapie nicht verzögert werden. Bei Patienten mit Pulmonalarterienaneurysmen und hohem Risiko für schwere Blutungen sollte die Embolisierung einer offenen Chirurgie vorgezogen werden.

GASTROINTESTINALE BETEILIGUNG: Die Diagnose, Bestimmung des Schweregrads und das Management einer gastrointestinalen (GI) Beteiligung sollte auf einer Endoskopie basieren. Bei Patienten mit GI-Beteiligung sollten 5-Aminosalicylsäure (ASA) oder Azathioprin mit oder ohne GK eingesetzt werden. In schweren Fällen oder bei refraktären Patienten sollten monoklonale Anti-TNF-Antikörper erwogen werden. **PAR-ENCHYMALE ZNS-BETEILIGUNG:** Bei einer aktiven Beteiligung des parenchymalen ZNS sollten Hochdosis-GK und IS, präferenziell Infliximab (das ist neu), initiiert werden. GK sollten langsam getapert und IS zur Erhaltung fortgeführt werden. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; doi: 10.1016/j.ard.2026.02.009



MORBUS BEHÇET

Risiko für schwere Organbeteiligung bei mukokutanem Krankheitsbeginn

Der Übergang eines Morbus Behçet von einer ausschließlich mukokutan begrenzten Verlaufsform zur Beteiligung wichtiger Organe stellt eine erhebliche Herausforderung dar. Ziel einer Studie internationaler Experten um Luca Cantarini, Siena (Italien), war es, auf Basis des International AutoInflammatory Disease Alliance (AIDA) Network-Registers, Patienten ohne schwere Organbeteiligung zu Erkrankungsbeginn zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko hierfür in späteren Krankheitsstadien haben.

Insgesamt wurden 328 Behçet-Patienten mit ausschließlich mukokutanen Manifestationen zu Krankheitsbeginn eingeschlossen. Davon entwickelten 25 % im gesamten Follow-up eine Progression mit Beteiligung wichtiger Organe. Patienten mit minderer Mundaphthose, aber ohne majore Mundaphthose zeigten ein reduziertes Risiko für die Entwicklung einer schweren Organbeteiligung (Odds Ratio, OR 0,41, 95 % KI 0,22–0,79; $p=0,008$). Im Gegensatz dazu hatten Patienten mit sowohl majorer als auch minderer Mundaphthose ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung ei-

ner schweren Organbeteiligung (OR 12,76, 95% KI 1,44–113; $p=0,02$). Außerdem war diese assoziiert mit majorer Mundaphthose plus Genitalaphthose (OR 2,49, 95 % KI 1,1–5,6; $p=0,03$), majorer Mundaphthose plus Pseudofollikulitis (OR 2,9, 95% KI 1,15–7,4; $p=0,02$) sowie majorer Mundaphthose plus sowohl Genitalaphthose als auch Pseudofollikulitis (OR 3,73, 95 % KI: 1,22–11,4; $p=0,02$). Eine positive Familienanamnese bezüglich Morbus Behçet war ebenfalls mit der Entwicklung einer schweren Organbeteiligung assoziiert (OR 2,85, 95% KI 1,08–7,58; $p=0,03$).

Fazit: Eine positive Familienanamnese und das Vorliegen von majorer Mundaphthose in Kombination mit minderer Mundaphthose, Genitalaphthose oder Pseudofollikulitis sind mit der Entwicklung einer Beteiligung wichtiger Organe bei Patienten mit mukokutanem Morbus Behçet zu Krankheitsbeginn assoziiert. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(2): keaf613

Biologika effektiv und sicher bei pädiatrischen Patienten

Oftmals erkranken schon Kinder an einem Morbus Behçet. Ziel einer internationalen, kollaborativen Studie der PRES Vasculitis Working Party war es, die Gründe für den Einsatz von Biologika durch pädiatrische Rheumatologen bei Morbus Behçet im Kindesalter, sowie deren Wirksamkeit, Sicherheit und Remissionsraten zu untersuchen. Zudem verglich die Gruppe um Nuray Aktay Ayaz, Istanbul (Türkei), demografische und klinische Merkmale der türkischen und europäischen Kohorten.

In dieser multizentrischen, retrospektiven Studie wurden die Daten von 109 pädiatrischen Behçet-Patienten, die vor dem 18. Lebensjahr diagnostiziert wurden, analysiert. Die Daten stammten aus 19 Zentren in sechs Ländern. Von den Betroffenen kamen 64 aus der Türkei und 45 aus Europa.

Die wichtigsten Gründe für den Beginn einer Biologika-Therapie waren eine okuläre (40,4 %), mukokutane (22,9 %) und neurologische Beteiligung (17,4 %). TNF α -Inhibitoren wurden in 90,8 % der Fälle eingesetzt, am häufigsten wurden Adalimumab ($n=59$) und Infliximab ($n=38$) verordnet. Hautmanifestationen traten in der türkischen Kohorte häufiger

auf als in der europäischen ($p<0,01$), während die Beteiligung anderer Organe/Systeme ähnlich war. Das Intervall zwischen Symptombeginn und Diagnose war in der europäischen Gruppe länger. Obwohl nicht signifikant, wurden Biologika in der europäischen Kohorte früher initiiert und über einen längeren Zeitraum angewendet. Die Remissionsraten (normales Ansprechen in akuter Phase, Fehlen konstitutioneller Symptome, Absetzen von Glukokortikoiden oder Reduktion auf <10 mg/Tag, Besserung der betroffenen Systeme sowie ein BD-CAF-Score <1 über ≥ 6 Monate) waren bei Patienten, die Adalimumab oder Infliximab erhielten, ähnlich – jedoch wurde unter Adalimumab im Trend ein schneller

Rückgang der Krankheitsaktivität verzeichnet ($p=0,2$). In der europäischen Kohorte erreichten 4,4, 48,9 bzw. 26,7 % der Kinder eine medikamentenfreie, medikamentöse bzw. partielle Remission, in der Türkei waren es 1,6, 76,6 bzw. 12,5 %. Es wurde nur eine schwere Infektion gemeldet, und es traten keine Fälle von Malignitäten oder Autoimmunerkrankungen auf.

Biologika zeigten bei pädiatrischem Morbus Behçet somit eine starke Wirksamkeit und ein akzeptables Sicherheitsprofil. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(3): keaf404

Einfluss der Aortitis auf das Risiko einer Aortendilatation

Bei Patienten mit Riesenzellarteriitis (RZA) ist recht häufig mit einer Aortitis zu rechnen. Eine multinationale Gruppe um Francesco Muratore, Reggio Emilia (Italien), untersuchte in einer multizentrischen, retrospektiven Bildgebungsstudie die Häufigkeit von Aortitis und Aortendilatation bei der Diagnosestellung, die Entwicklung des Aortendurchmessers über die Zeit und Prädiktoren für das Auftreten einer Aortendilatation bei Patienten mit neu diagnostizierter RZA.

Die Kohortenstudie schloss 157 Patienten mit neu aufgetretener RZA aus zwei europäischen Zentren ein. Alle Patienten erhielten innerhalb von 6 Monaten nach Diagnosestellung eine bildgebende Untersuchung der thorakalen Aorta sowie mindestens eine Folgeuntersuchung ≥ 6 Monate später. Die Ergebnisse umfassten den Ausgangsdurchmesser der Aorta, die Expansion der Aorta (cm^2/Jahr) und das Auftreten einer Aortendilatation. Die multivariablen Regressionsmodelle wurden auf Geschlecht und Alter adjustiert.

Bei 60,4 % der Patienten war zum Ausgangszeitpunkt eine Aortitis vorhanden. Eine initiale Aortendilatation wurde bei 19,6 % der Patienten festgestellt, vorwiegend im mittleren aufsteigenden Abschnitt der Aorta. Aortitis war mit größeren Aortendurchmessern und einer höheren Wahrscheinlichkeit einer Aortendilatation zu Beginn assoziiert (adjustierte Odds Ratio 2,3; 95% KI 1,0–5,1). Im Verlauf des medianen Follow-up von

30 Monaten entwickelte sich bei 9,8 % der RZA-Patienten eine Aortendilatation. Der Ausgangsdurchmesser der Aorta war der stärkste Prädiktor für die Expansion der Aorta ($\beta=0,088$; $p=0,006$) und das Auftreten einer Aortendilatation (adjustierte Hazard Ratio 3,9; 95% KI 2,0–7,3).

Fazit: Eine Aortenbeteiligung ist zum Zeitpunkt der RZA-Diagnose häufig, stärkster Prädiktor für eine spätere Dilatation war der Ausgangsdurchmesser. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer frühzeitigen bildgebenden Untersuchung und einer kontinuierlichen Überwachung der Aortendimensionen bei Patienten mit neu diagnostizierter RZA. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(3): keaf656

Teils deutliche Geschlechtsunterschiede auszumachen

Bei vielen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bestehen zwischen Frauen und Männern Unterschiede im Hinblick auf Krankheitsmerkmale, Outcome und Therapie, so auch bei der Riesenzellarteriitis. Im Rahmen des großen ARTESER-Registers fahndeten spanische Rheumatologen um Ricardo Blanco, Santander, bei RZA-Patienten nach geschlechtsspezifischen Unterschieden in der klinischen Präsentation, dem vaskulären Phänotyp, den diagnostischen Ansätzen, der Behandlung, den Nebenwirkungen und den Therapieergebnissen.

Ausgewertet wurden Daten aller Patienten, bei denen zwischen 2013 und 2019 in 26 spanischen Krankenhäusern eine RZA diagnostiziert wurde. Einschlusskriterien waren ein Alter von ≥ 50 Jahren und eine Diagnose, die durch bildgebende Verfahren, die ACR-Kriterien von 1990 oder eine fachärztliche Beurteilung bestätigt wurde. Insgesamt wurden 1.675 Patienten (70,5 % Frauen) in die Studie eingeschlossen. Der extrakranielle Phänotyp war bei Frauen häufiger (14,8 vs. 9,9 %; $p=0,039$), der gemischte Phänotyp bei Männern (17,7 vs. 11,7 %; $p=0,002$). Der Ultraschall der Arteria temporalis war bei Männern häufiger positiv (73,5 vs. 65,1 %; $p=0,025$).

In puncto Therapie wurden Frauen signifikant häufiger csDMARDs verschrieben (35,3 vs. 28,2 %; $p=0,005$), während sich die Anwendung von Glukokortikoiden und Tocilizumab nicht zwischen den Geschlechtern unterschied. Im Vergleich traten Frakturen (22,4 vs. 10,9 %; $p=0,010$) und Katarakte (6,0 vs. 2,8 %; $p=0,010$) bei Frauen signifikant häufiger auf als bei Männern.

Die Remissionsraten (23,1 vs. 23,8 %) und Häufigkeit von Rezidiven (19,7 vs. 19,3 %) waren zwischen den Geschlechtern vergleichbar. Die Mortalität war bei Männern jedoch signifikant höher (13,8 vs. 6,6 %; $p<0,001$).

Frauen zeigten häufiger den extrakraniellen Phänotyp, benötigten mehr csDMARDs und wiesen eine höhere Frakturrate auf. Männer hingegen präsentierten sich häufiger mit dem gemischten Phänotyp, hatten mehr Katarakte und eine höhere Mortalitätsrate. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Berücksichtigung des Geschlechts als wichtige biologische Variable in der Forschung und im klinischen Management der RZA, um individuellere und effektivere Therapiestrategien zu ermöglichen. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(1): keaf689

RIESENZELLARTERIITIS

Prognose und Verlauf bei stenosierender Großgefäßbeteiligung

Bis zu 70 % der Patienten mit Riesenzellarteriitis (RZA) sind von Großgefäßvaskulitis (LVV) betroffen. Die Rolle von Stenosen bei RZA-LVV ist weitgehend unerforscht. Experten der French Study Group for Large Vessel Vasculitis um David Saadoun, Paris, beurteilten jetzt in einer großen retrospektiven, multizentrischen Studie den Langzeitverlauf und die Prognose von RZA-Patienten mit stenosierender LVV.

In die Studie gingen 3.149 Patienten mit RZA ein, darunter 198 (6,3 %) mit stenosierender LVV. Mittels hierarchischer Clusteranalyse wurden die initialen arteriellen Lokalisationen analysiert und mit vaskulären Komplikationen assoziierte Faktoren mittels logistischer Regression untersucht.

Die stenosierende LVV betraf hauptsächlich die Arteria subclavia (63 %), die Arteria carotis (58 %), die Arteria vertebralis (37 %) und die Arteria axillaris (33 %), gefolgt von der Arteria femoralis (30 %) und den Mesenterialarterien (13 %). Schlaganfall (31 %) war die häufigste Komplikation, gefolgt von Extremitätenischämie (21 %), Myokardinfarkt

(4 %) und Mesenterialischämie (2 %). Die kumulative Inzidenz vaskulärer Komplikationen betrug nach 1 Jahr 13,1 % (95% KI 8,9–18,3 %), nach 5 Jahren 17,3 % (95% KI 12,3–22,9 %) und nach 10 Jahren 19,5 % (95% KI 14,3–25,4 %).

Die hierarchische Clusteranalyse identifizierte drei Cluster, wobei Cluster 1 (n=123; 62 %) ältere Patienten mit häufiger arteriitischer anteriorer ischämischer Optikusneuropathie (p=0,04), Stenose der Arteria vertebralis und einer höheren Mortalitätsrate (p<0,044) umfasste.

In der multivariaten Analyse waren das Alter bei der Diagnosestellung (Hazard Ratio, HR 1,06, 95% KI 1,03–1,10;

p=0,0004) und die Beteiligung der Wirbelsäule (HR 1,87, 95% KI 1,03–3,40; p=0,039) signifikant mit einem höheren Risiko für vaskuläre Komplikationen assoziiert. Stenosierende LVV machen somit weniger als 10 % der RZA-Fälle aus und sind mit einer ungünstigen vaskulären Prognose verbunden. ■

*Quelle: Arthritis Rheumatol 2026;
doi: 10.1002/art.70101*



Subkutanes versus intravenöses Tocilizumab bei Aortitis

Die mit Riesenzellarteriitis assoziierte Aortitis ist eine schwere Manifestation, die potenziell zu Aneurysmen und Aortendissektionen führen kann. Tocilizumab hat sich sowohl bei intravenöser (i.v.) als auch bei subkutaner (s.c.) Verabreichung als wirksam in der RZA-Therapie erwiesen. Allerdings wurde in den maßgeblichen Studien die Aortenbeteiligung nicht speziell untersucht und bislang kein Vergleich zwischen i.v.- und s.c.-Tocilizumab bei Patienten mit RZA-assoziiierter Aortitis durchgeführt. Dies holten jetzt spanische Rheumatologen um Ricardo Blanco, Santander, in einer multizentrischen Beobachtungsstudie nach.

Ziel war es, die Wirksamkeit von Tocilizumab in Abhängigkeit vom Applikationsweg bei Patienten mit RZA-assoziiierter Aortitis unter Alltagsbedingungen zu vergleichen. Die Studie der Giant Cell Arteritis Spanish Collaborative Group schloss 196 Patienten ein (im Mittel 69,8 Jahre, 75,5 % Frauen), bei denen bildgebend eine RZA-assoziierte Aortitis diagnostiziert und mit Tocilizumab behandelt wurde. Diese wurden in eine i.v.- (n=110) und s.c.-Gruppe (n=86) eingeteilt, die klinischen Ausgangsmerkmale und Entzündungsmarker waren vergleichbar. Die RZA-Diagnose erfolgte gemäß den ACR-Kriterien von 1990, durch eine temporale Arterienbiopsie und/oder vaskulä-

re Bildgebung. Die Aortitis wurde mittels 18F-FDG-PET/CT erkannt. Endpunkte waren eine EULAR-Remission, klinische und bildgebende Remission, das Fehlen systemischer Entzündungen sowie der Glukokortikoid (GK)-sparende Effekt.

Nach 24 Monaten wurde eine EULAR-Remission in der s.c.-Gruppe signifikant häufiger erreicht (83,3 vs. 80,6 %; p<0,05), klinisch relevant dürfte dies aber kaum sein. Die Raten der bildgebenden Remission und des Fehlens systemischer Entzündung waren in beiden Behandlungsgruppen vergleichbar, selbiges traf letztlich auch auf die GK-Einsparung zu.

In dieser Real-World-Kohorte von Patienten mit RZA-assoziiierter Aortitis zeigte somit s.c. Tocilizumab eine minimal höhere Wirksamkeit als i.v. Tocilizumab im Hinblick auf eine EULAR-Remission, während keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Applikationswegen in Bezug auf die bildgebende Remission beobachtet wurden. ■

*Quelle: Arthritis Care Res 2026;
doi: 10.1002/acr.80006*

IDIOPATHISCHE ENTZÜNDLICHE MYOSITIS

SCRIM-Score: Eine Option zur Krebsrisiko-Stratifizierung

Patienten mit idiopathischer inflammatorischer Myopathie (IIM) haben ein höheres Krebsrisiko als die Allgemeinbevölkerung, wobei dieses Risiko bei IIM-Patienten je nach klinischen Faktoren wie IIM-Subtyp, klinischen Merkmalen und Autoantikörper-Profilen variiert. Ziel dieser Studie südkoreanischer Experten um Jinhyun Kim und Jun Won Park, Seoul, war die Entwicklung eines Risikostratifizierungs-Scores, um in einem IIM-Kollektiv frühzeitig Hochrisikopatienten für Krebs zu identifizieren.

In die Studie wurden 481 IIM-Patienten aus vier unabhängigen Kohorten in Südkorea eingeschlossen. Primärer Endpunkt war ein Myositis-assoziiertes Karzinom, definiert als ein innerhalb von drei Jahren vor oder nach der IIM-Diagnose auftretender Krebs. Zur Auswahl der Prädiktoren für das multivariate Modell wurde eine logistische LASSO-Regression mit 24 Faktoren angewendet und der SCRIM-Score als Punktesystem einschließlich Cut-off-Werten zur Risikostratifizierung entwickelt. Das Krebsrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wurde anhand des standardisierten Inzidenzverhältnisses (SIR) bewertet, mit der Alters- angepassten Allgemeinbevölkerung Südkoreas aus dem Jahr 2022 als Referenz.

In der Studienpopulation hatten 12,9 % (n=62) ein Myositis-assoziiertes Karzinom. Höheres Alter, männliches Geschlecht, aktueller Nikotinkonsum, Dermatomyositis und Anti-TIF1 γ wurden als Hochrisikofaktoren für Krebs identifiziert, während Anti-

Synthetase-Syndrom, Overlap-Myositis, Arthritis und interstitielle Lungenerkrankung mit einem geringeren Risiko verbunden waren. Der auf diesen Faktoren basierende SCRIM-Score zeigte eine sehr gute Leistung (AUROC 0,852; 95% KI 0,796–0,907). Die Patienten wurden auf Basis des SCRIM-Scores in Niedrig-, Intermediär- und Hochrisikogruppen eingeteilt, die Inzidenz des Myositis-assoziierten Karzinoms stieg in den Gruppen schrittweise signifikant an. Patienten der Niedrigrisikogruppe hatten eine mit der Allgemeinbevölkerung vergleichbare Krebsinzidenz (SIR 0,79), während Patienten der Intermediär- und Hochrisikogruppen (SIR 2,28 bzw. 15,30) eine deutlich erhöhte Krebsinzidenz aufwiesen. Der SCRIM-Score stratifizierte das Risiko für Myositis-assoziierten Krebs bei Patienten mit IIM präzise und kann eine wichtige Grundlage für die Entwicklung einer evidenzbasierten Screeningstrategie sein. ■

Quelle: Arthritis Res Ther 2025; 27(1): 204

Neues Krebscreening-Tool bei Dermatomyositis

Bei Dermatomyositis (DM) tragen Malignitäten maßgeblich zur Sterblichkeit bei. Ein validiertes, assoziationsbasiertes Instrument wird dringend benötigt, um die Krebsfrüherkennung zu optimieren und diagnostische Verzögerungen zu reduzieren. Eine chinesische Gruppe um Hua Cao und Shuang Ye, Shanghai, setzen sich als Ziel, ein praxisnahes Vorhersagemodell für die Krebsassoziation bei erwachsenen DM-Patienten zu entwickeln und validieren.

In eine retrospektive, multizentrische Kohortenstudie wurden zwischen 2015 und 2022 aus der Dermatologischen bzw. Rheumatologischen Abteilung eines Krankenhauses (Trainings- bzw. Validierungskohorte) 546 Erwachsene mit DM oder klinisch amyopathischer DM eingeschlossen (im Mittel 49,8 Jahre, 30,4 % Männer). Für die Entwicklung und Validierung des sog. TIP-CA-Modells kamen multivariate logistische Regression und maschinelles Lernen zum Einsatz. Das primäre Outcome war das Auftreten von Krebs bei DM-Patienten. Die Leistungsfähigkeit des Modells wurde anhand der Fläche unter der Kurve (AUC) zur Bewertung der Vorhersagegenauigkeit beurteilt.

Fünf Faktoren, die signifikant mit Krebserkrankungen bei DM-Patienten assoziiert waren, wurden zur Konstruktion des Modells verwendet: Anti-TIF1- γ -Antikörper (positiv +1, negativ 0), interstitielle Lungenerkrankung (vorhanden -1, nicht vorhanden 0), Poikilodermie (vorhanden +1, nicht vorhanden 0), DM-Subtypen (DM +1, klinisch amyopathische DM 0) und Anämie (vorhanden +1, nicht vorhanden 0). Das TIP-CA-Modell zeigte eine gute Diskriminierungsfähigkeit mit AUC-Werten von 0,809 bzw. 0,808 in der Entwicklungs- und Validierungskohorte. Diese Kohortenstudie zeigte, dass das neue Modell das Krebsrisiko bei DM-Patienten effektiv anhand routinemäßig verfügbarer klinischer Daten stratifiziert.

Durch die Nutzung von Daten aus multidisziplinären Patientenkohorten und die Einbindung von Methoden des maschinellen Lernens wurde der Überweigungsbias minimiert. Das vorgeschlagene Modell könnte dazu beitragen, gezielte Krebsfrüherkennungsstrategien zu entwickeln und die Behandlungsergebnisse für DM-Patienten zu verbessern. ■

Quelle: JAMA Dermatol 2026; 162(2): 176-180



HIER STEHT EINE ANZEIGE.



IDIOPATHISCHE ENTZÜNDLICHE MYOSITIS

Neuer Risikofaktor für kardiale Beteiligung

Kardiale Beteiligungen bei idiopathischen entzündlichen Myopathien (IIM) sind selten, aber potenziell schwerwiegend. Anti-mitochondriale (AMA)-M2-Antikörper wurden mit kardialen Manifestationen in Verbindung gebracht, jedoch ist diese Assoziation bislang wenig erforscht. Chinesische Experten um Zhuang Tian und Qian Wang, Peking, untersuchten jetzt in einer Studie die klinischen, pathologischen und prognostischen Merkmale von AMA-M2-IIM.

Eine historische Kohorte schloss 987 IIM-Patienten (55 AMA-M2-positiv; 6 %) ein, die zwischen 2008 und 2020 im Peking Union Medical College Hospital stationär behandelt wurden. Die Ergebnisse wurden prospektiv über das PROMIS-Register erfasst. Mit Cox-Regressionsmodellen wurden Risikofaktoren für kardiale Beteiligungen und die Sterblichkeit identifiziert.

AMA-M2-positive Patienten wiesen eine höhere Rate an Poly-myositis (56 vs. 23,5 %; $p < 0,001$) sowie erhöhte Ausgangswerte der Gamma-Glutamyltransferase (GGT) (78,0 vs. 35,0; $p < 0,001$) und alkalischen Phosphatase (ALP) (85,0 vs. 64,0; $p < 0,001$) auf. Im Krankheitsverlauf zeigten sie signifikant häufiger kardiale Beteiligungen (60 vs. 12,9 %; $p < 0,001$), darunter Arrhythmien (56 %), Herzinsuffizienz (44 %) und pulmonale Hypertonie (31 %). Einige Muskelbiopsien zeigten Merkmale, die mit einer immunvermittelten nekrotisierenden Myopathie vereinbar

sind, Herzbiopsien wiesen eine strukturelle Degeneration mit minimaler Entzündung auf, und Leberbiopsien bestätigten eine primäre biliäre Cholangitis im Frühstadium. Eine multivariate Cox-Analyse identifizierte AMA-M2-Positivität als unabhängigen Risikofaktor für kardiale Beteiligung (HR 3,156; $p < 0,001$). Trotz häufiger kardialer Manifestationen unterschied sich das Langzeitüberleben zwischen AMA-M2-positiven und -negativen Patienten nicht (103,9 vs. 98,0 Monate; $p = 0,86$).

AMA-M2-Positivität definiert eine IIM-Subgruppe mit signifikanter kardialer Beteiligung und einer immunvermittelten entzündlichen Muskelhistologie, jedoch nicht zwangsläufig mit einem schlechteren Langzeitüberleben. Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit der Früherkennung und individualisierten Behandlung von AMA-M2-positiver IIM. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(1): keaf670

Anifrolumab als Option in therapierefraktären Fällen

Für Patienten mit therapierefraktärer systemischer Dermatomyositis (DM) bedarf es neuer Therapieoptionen. Ein potenzieller Hoffnungsträger ist der Typ-I-Interferon-Rezeptorinhibitor Anifrolumab, dessen Wirksamkeit in der Praxis spanische Experten um Míriam Retuerto-Guerrero, León, in einer multizentrischen und multidisziplinären, retrospektiven Studie untersuchten.

Bei 30 DM-Patienten, die Anifrolumab im Rahmen eines Härtefallprogramms erhielten, wurde die Krankheitsaktivität zu Studienbeginn sowie nach 1, 3, 6 und 12 Monaten anhand des Cutaneous Dermatomyositis Disease Area and Severity Index Activity (CDASI-A)-Scores, Manual Muscle Testing-8 (MMT-8), Gelenk- und Lungenuntersuchungen sowie der Glukokortikoid (GK)-Reduktion bewertet. Eingesetzt wurde es bei therapieresistenten kutanen (73,3 %), kutan-muskulären (13,4 %) und anderen Manifestationen (13,3 %). Bei 50 % der Patienten wurde Anifrolumab ohne begleitende Immunsuppression eingeleitet. Eine Reduktion der Hautsymptome im CDASI-A von 23 auf 6 ($p < 0,001$) wurde ab dem ersten Monat beobachtet, wobei

heliotrope Exantheme und Gottron-Papeln schneller ansprachen als die Alopezie. Nach einem Monat verbesserte sich die Muskelfunktion im MMT-8 von 142,5 auf 146,5 ($p < 0,05$), die Kreatinkinase (CK) normalisierte sich von 332 auf 146 IU/l. Alle drei Patienten mit aktiver Arthritis erreichten eine Remission, bei jenen mit anamnestischer Gelenkbeteiligung traten keine Gelenkschübe auf. Bei den sechs Patienten mit interstitieller Lungenerkrankung zeigte sich in der Lungenfunktionsprüfung und/oder HRCT eine Stabilisierung oder Verbesserung. Die GK-Dosis wurde signifikant reduziert ($p < 0,001$), 50 % der Patienten konnten GK absetzen. Nebenwirkungen traten in meist leichter Ausprägung bei 16,7 % der Betroffenen auf.

Im Ergebnis zeigte Anifrolumab somit eine rasche Wirksamkeit bei therapieresistentem Dermatomyositis mit signifikanter Steroideinsparung und einem günstigen Sicherheitsprofil. (1) Bestätigt werden diese Daten durch eine von italienischen Rheumatologen um Marta Mosca, Pisa, vorgestellte Fallserie mit vier therapierefraktären DM-Patienten. (2) Die Phase-III-Studie JASMINE zu Anifrolumab bei Dermato- und Polymyositis ist angelaufen. ■

Quellen:

- 1 *Rheumatology 2026; 65(2): keaf662*
- 2 *J Rheumatol 2026; 53(2): 180-185*

THERAPIEREFRAKTÄRE AUTOIMMUNERKRANKUNGEN

Neue Fallserien zu zwei BiTE-Antikörpern

Autoimmunvermittelte Kollagenosen wie das Antisynthetase-Syndrom (ASyS) und die systemische Sklerose (SSc) stellen eine große therapeutische Herausforderung dar. In therapierefraktären Fällen wurden positive Erfahrungen mit CAR-T-Zelltherapien, aber auch mit den leichter anwendbaren bispezifischen T-Zell-Engager (BiTE)-Antikörpern gesammelt. Eine große deutsche Expertengruppe um Jörg H. W. Distler, Düsseldorf, berichtete jetzt nach ersten positiven Fallserien über den Einsatz des CD19×CD3-BiTE Blinatumomab bei therapierefraktärem ASyS und des BCMA×CD3-BiTE Teclistamab bei therapierefraktärer SSc.

Eingeschlossen wurden jeweils fünf therapierefraktäre Patienten mit ASyS (drei Frauen; alle Anti-Jo-1-positiv) bzw. SSc (nur Männer, vier Anti-Topoisomerase-I-positiv), die auf mindestens drei unterschiedliche Therapien nicht angesprochen hatten, und nach dem Induktionsschema mit Blinatumomab (ASyS) bzw. Teclistamab (SSc) eine Erhaltungstherapie mit Rituximab erhielten. Blinatumomab führte zu einer schnellen klinischen, serologischen und histologischen Besserung der Myositis sowie zur Stabilisierung der interstitiellen Lungener-

krankung (ILD) bei ASyS-Patienten. Teclistamab verbesserte die Hautfibrose, stabilisierte die ILD und beseitigte das Sehnenreiben bei SSc-Patienten. Die Hemmung der B-Zell-Redifferenzierung durch die Rituximab-Erhaltungstherapie ermöglichte eine längerfristige Krankheitskontrolle – selbst bei Patienten, die zuvor nicht auf Rituximab angesprochen hatten. Die Behandlung war mit einem Zytokinfreisetzungssyndrom bis Grad 3 bei zwei ASyS- und allen SSc-Patienten assoziiert. Ein immunassoziiertes neurotoxisches Syndrom trat nicht auf. Bei

sechs Patienten kam es zu Atemwegsinfektionen, die antibiotisch behandelt wurden.

Als Fazit lässt sich ziehen, dass Blinatumomab und Teclistamab (gefolgt von Rituximab) als Rescue-Therapien für Patienten mit therapierefraktärem ASyS und SSc in Betracht kommen, genauere Aussagen lassen sich aber erst nach Studien mit größeren Fallzahlen treffen. ■

*Quelle: Nat Med 2026;
doi: 10.1038/s41591-026-04238-4*

SYSTEMISCHE SKLEROSE

Blinatumomab: Mehrere Therapiezyklen erforderlich

Bispezifische T-Cell Engager (BiTE)-Antikörper werden in der Rheumatologie derzeit vor allem bei Patienten mit therapierefraktären Kollagenosen exploriert. Französische Rheumatologen um Marc Scherlinger, Straßburg, veröffentlichten jetzt eine explorative Fallserie zum Einsatz des Anti-CD19/ CD3-R-Antikörpers Blinatumomab bei Patienten mit schwerer, therapieresistenter, Antitopoisomerase-I-positiver systemischer Sklerose (SSc), in der die Sicherheit, biologische Aktivität und explorative klinische Effekte der CD19-vermittelten T-Zell-Aktivierung evaluiert wurden.

Insgesamt 5 Patienten mit refraktärer SSc erhielten eine 14-tägige kontinuierliche i.v.-Infusion von Blinatumomab (9 µg/Tag für 7 Tage, gesteigert auf 28 µg/Tag für 7 Tage). Die Sicherheitsbewertung umfasste das Zytokinfreisetzungssyndrom (CRS), Neurotoxizität, Infektionen und die Ig-Serumspiegel. Zu den explorativen Wirksamkeitsparametern gehörten der modifizierte Rodnan Skin Score (mRSS), Lungenfunktionstests und PROs. Immunologische Endpunkte umfassten periphere CD19⁺ B-Zellzahlen, die Phänotypisierung von B-Zell-Subpopulationen und eine 6-Gen-Typ-I-Interferon-Signatur. Das Follow-up der Patienten betrug im Median 8 Monate.

Blinatumomab wurde gut vertragen, nur drei Patienten entwickelten ein niedriggradiges CRS (Grad 1, n=2; Grad 2, n=1), das konservativ behandelt werden konnte. Neurotoxizität oder schwere Infektionen blieben aus. Bei allen Patienten wurde eine rasche periphere CD19⁺ B-Zell-Depletion erreicht. Die B-Zell-Repopulation erfolgte nach einem Monat bei allen bis auf einen Patienten, es dominierten naiven und transitionale Zellsubsets. Nach 3 Monaten zeigten sich moderate klinische Verbesserungen, darunter eine mediane Reduktion des mRSS um -4 Punkte ausgehend von 16 Punkten zu Baseline sowie eine vorübergehende Verbesserung der Lungenfunk-

tion und der PROs. Allerdings erlitten alle Patienten zwischen Monat 3 und 6 ein klinisches Rezidiv, sodass zumeist die immunsuppressive Therapie wieder aufgenommen wurde.

Die CD19-vermittelte T-Zell-Aktivierung durch Blinatumomab führt bei refraktärer SSc zu einer raschen B-Zell-Depletion und kurzfristigen klinischen Verbesserungen, jedoch fehlt nach einem einzelnen Behandlungszyklus die Nachhaltigkeit des Effekts. ■

*Quelle: Ann Rheum Dis 2026;
doi: 10.1016/j.ard.2026.02.002*

ILD: Inzidenz, Risikofaktoren und prognostische Implikationen

Die interstitielle Lungenerkrankung (ILD) birgt bei der systemischen Sklerose (SSc) ein erhebliches Risiko für Morbidität und Mortalität. Ziel einer von Cosimo Bruni, Zürich (Schweiz), und europäischen Kollegen publizierten Analyse einer EUSTAR-Kohortenstudie war es, die Inzidenz von neu auftretender SSc-ILD und die damit verbundenen Risikofaktoren sowie deren Einfluss auf die Prognose zu bestimmen.

Eingeschlossen wurden SSc-Patienten, bei denen zu Studienbeginn keine Zeichen einer ILD in der HRCT vorlagen und die mindestens eine Nachuntersuchung mit verfügbaren HRCT-Daten hatten. Die SSc-ILD-Inzidenz wurde als Rate pro 100 Personenjahre (PJ) berechnet. Prädiktoren für neu auftretende ILD sowie Risikofaktoren für das Fortschreiten der ILD und die Mortalität wurden gemäß Literatur und Expertenmeinung ausgewählt. Die Risikofaktoren für neu auftretende ILD sowie deren prognostische Auswirkungen auf das Fortschreiten der ILD und die Mortalität wurden mittels generalisierten logistischen Schätzglei-

chungen und Cox-Regressionsmodellen untersucht. Unter 5.331 SSc-Patienten mit negativer HRCT zu Studienbeginn lag die Inzidenz für neu auftretende ILD bei 3,83 Fällen pro 100 PJ. Bemerkenswert war die fortlaufende Entdeckung von neu auftretender ILD bis zu 10 Jahre nach Studienbeginn. Risikofaktoren für eine neu auftretende ILD waren unter anderem ein NYHA-Stadium ≥ 2 , Muskelschwäche, erhöhte Entzündungsparameter und SSc-spezifische Autoantikörper, die Erkrankungsdauer jedoch nicht. Trotz eines geringeren Risikos für das Fortschreiten der ILD im Vergleich zu bereits zu Studienbeginn diagnosti-

zierter ILD war das Risiko für Mortalität bei neu aufgetretener ILD weiterhin erhöht und nahezu doppelt so hoch wie bei ILD-negativen Fällen.

Fazit: SSc-Patienten sollten ungeachtet einer negativen HRCT zu Studienbeginn regelmäßig gescreent werden, insbesondere wenn sie Risikofaktoren für das Auftreten einer neuen ILD aufweisen, angesichts deren Inzidenz und prognostischen Bedeutung. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; doi: 10.1016/j.ard.2025.12.008

ILD: Effekte neuer Therapiestrategien auf die Progression

Das therapeutische Spektrum für die mit SSc assoziierte interstitielle Lungenerkrankung (SSc-ILD) hat sich durch die zunehmende Verfügbarkeit von Immunsuppressiva und antifibrotischen Therapien erweitert. Allerdings ist deren Anwendung in der klinischen Praxis variabel. Auf Basis ihrer Datenbank untersuchte die EUSTAR-Studiengruppe um Anna-Maria Hoffmann-Vold, Zürich (Schweiz)/Oslo (Norwegen), die Behandlungstrends sowie die Auswirkungen von Immunsuppressiva und antifibrotischen Therapien auf das Fortschreiten der ILD.

Eingeschlossen wurden SSc-ILD-Patienten, die die 2013er ACR/EULAR-Kriterien erfüllten und eine mittels HRCT bestätigte ILD, Lungenfunktions- sowie Therapiedaten aufwiesen. Die Patientengruppen wurden in vier Zeitperioden eingeteilt (≤ 2006 , 2007–2011, 2012–2016 und ≥ 2017). Analysiert wurden der Beginn, Wechsel und Abbruch von Immunsuppressiva sowie Kombinationstherapien. Als ILD-Progression galt ein Rückgang der %FVC um ≥ 5 % oder der %DLCO um ≥ 10 % über 12 Monate. Bei 1.409 Patienten stieg die Anwendung von Immunsuppressiva bei der Erstuntersuchung signifikant von 13,6 % (≤ 2006) auf 57,4 % (≥ 2017 ; $p < 0,001$). Mycophenolat Mofetil erwies sich als das am häufigsten verschriebene Immunsuppressivum (Anstieg von 7 auf 57 %; $p < 0,001$). Die Kombinationstherapie nahm von 17,9 auf 26,9 % zu ($p < 0,001$), während die Progressionsrate der ILD von 21,3 % (2007–2011) auf 12,1 % (≥ 2017 ; $p < 0,001$) sank. In der Kohorte ≥ 2017 zeigte die logis-

tische Regression, dass eine kürzere Krankheitsdauer (Odds Ratio, OR 0,991, 95% KI 0,987–0,996; $p < 0,001$) und Myositis (OR 9,9, 95% KI 1,94–51,76; $p = 0,006$) mit dem Therapiebeginn assoziiert waren. Ein Therapiewechsel war hingegen häufiger bei Patienten mit einem höheren mRSS (OR 1,03, 95% KI 1,00–1,06; $p = 0,035$) und mit Arthritis (OR 3,03, 95% KI 1,55–5,94; $p = 0,001$). Eine Kombinationstherapie war mit jüngerem Alter, höherer Dyspnoe-Klasse und Arthritis assoziiert.

Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Weiterentwicklung in der klinischen Praxis. Die dennoch fortschreitende Krankheitsprogression der ILD unterstreicht jedoch den Bedarf an effektiveren Therapieansätzen. ■

Quelle. Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70043

SYSTEMISCHE SKLEROSE

Neue Daten zum Risiko hämatologischer Malignome

Bei Patienten mit systemischer Sklerose (SSc) besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung hämatologischer Malignome. Eine schwedische Gruppe um Karin Gunnarsson, Stockholm, verglichen jetzt in einer großen Registerstudie genauer das Risiko für hämatologische Malignome bei SSc-Patienten im Vergleich zu Personen ohne SSc, und untersuchten zudem, wie das Risiko in nach Geschlecht und Alter gruppierten Subgruppen variiert, sowie wann diese Malignome im Verhältnis zur SSc-Diagnose in einem bevölkerungsbasierten Setting auftreten.

Die landesweite Kohortenstudie deckte über die Nutzung hochwertiger administrativer Gesundheitsregister praktisch alle schwedischen Einwohner ab. Alle von 2004–2019 diagnostizierten SSc-Patienten sowie passende Kontrollen aus der Allgemeinbevölkerung wurden eingeschlossen (im Mittel 59 Jahre, 81 % Frauen). Bei allen Studienteilnehmern wurden hämatologische Malignome mithilfe des schwedischen Krebsregisters identifiziert und die Inzidenzraten mittels Poisson-Regression sowie die Hazard Ratios (HR) mit flexiblen parametrischen Modellen geschätzt. Die Auswertung erfolgte nach Geschlecht und Alter, zudem

wurde die Inzidenz über die Zeit seit der SSc-Diagnose untersucht.

Analysiert wurden 1.720 Patienten mit neu aufgetretener SSc und 16.983 Kontrollen mit 11.480 bzw. 131.021 Person Jahren. SSc-Patienten hatten ein höheres Risiko für hämatologische Malignome im Vergleich zu Personen ohne SSc (HR 2,2; 95% KI 1,4–3,1), insbesondere für B-Zell-Malignome (HR 3,0; 95% KI 1,7–4,8). Die Inzidenzrate und die HR waren bei Männern am höchsten (HR 3,1 vs. 1,9 für Frauen). Die Überrepräsentation hämatologischer Malignome bei SSc zeigte sich am deutlichsten bei einer Diagnose

im Alter von 18–49 Jahren. Myeloische Malignome traten etwa zum Zeitpunkt der SSc-Diagnose auf (median 0,1 Jahre nach SSc-Diagnose), während lymphoide Malignome einige Jahre später auftraten (median 3,1 Jahre).

Fazit: SSc-Patienten, vor allem Männer, sind von einem erhöhten Risiko für hämatologische Malignome, insbesondere B-Zell-Malignome, betroffen. Myeloische Malignome treten näher am Zeitpunkt der SSc-Diagnose auf als lymphoide Malignome. ■

Quelle: RMD Open 2025; 11(4): e005873

Begleitende ANCA-assoziierte Vaskulitis hat Konsequenzen

Das gleichzeitige Auftreten von ANCA-assoziierten Vaskulitiden (AAV) bei systemischer Sklerose ist eher selten und wenig charakterisiert, wobei es auch nur begrenzte Daten zu den Auswirkungen von Therapien, insbesondere hochdosierten Glukokortikoiden (GK), auf beide Erkrankungen gibt. Ziel einer multizentrischen, retrospektiven Studie französischer Rheumatologen um Benjamin Terrier, Paris, war es, den klinischen Phänotyp, das Management und die Ergebnisse von Patienten mit überlappender SSc und AAV zu beschreiben.

In die an 18 französischen Zentren durchgeführte Studie wurden 30 Patienten (median 51,5 Jahre, 83 % Frauen) eingeschlossen, die die ACR/EULAR-Kriterien von 2013 für SSc und die ACR/EULAR-Kriterien von 2022 für AAV erfüllten. Es wurden klinische, biologische und radiologische Daten erhoben.

In allen Fällen ging die SSc der AAV voraus: 27 % wiesen eine diffus-kutane SSc, 73 % eine limitiert-kutane SSc auf. Anti-Sc170-Antikörper wurden bei 50 % der Patienten nachgewiesen, eine interstitielle Lungenerkrankung (ILD) war bei 80 % vorhanden, überwiegend mit einem fibrosierenden nicht-spezifischen interstitiellen Pneumonie-Muster (54 %). Bei 90 % der Patienten lag eine mikroskopische Polyangiitis als AAV vor, mit MPO-ANCA-Positivität bei 93 %. Eine Nierenbeteiligung war häufig (76 %), mit einem medianen Serumkreatinin von 170 µmol/l und einer Proteinurie von 2 g/g. Alle Patienten erhielten GK in Kombination mit Cyclophosphamid (50 %) oder

Rituximab (47 %). Es wurden keine Fälle einer sklerodermen renalen Krise beobachtet. SSc-Manifestationen, einschließlich ILD und Hautbeteiligung, blieben während der Beobachtungszeit stabil.

Take-Home-Message: AAV, überwiegend mikroskopische Polyangiitis mit MPO-ANCA, kann bei SSc (selten) auftreten, insbesondere bei Patienten mit fibrosierender ILD und Anti-Sc170. Standardmäßig bei der Vaskulitis eingesetzte Therapien scheinen wirksam zu sein und verschlechtern die Ergebnisse bei SSc nicht. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70032





SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

Obinutuzumab überzeugt in Phase-III-Studie ALLEGORY

Der in der Rheumatologie bereits bei Lupus-Nephritis etablierte Anti-CD20-Antikörper Obinutuzumab dürfte nach Belimumab und Anifrolumab das dritte bei systemischem Lupus erythematodes (SLE) zugelassene Biologikum werden. Zeitgleich auf dem 15. European Lupus Meeting in Lissabon vorgestellt und von einem internationalen Team um Richard A. Furie, New York (USA), publiziert wurde die mit Spannung erwartete randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase-III-Studie ALLEGORY. Von einer baldigen Indikationserweiterung kann wohl sicher ausgegangen werden.

In der ALLEGORY-Studie wurden 303 Patienten mit aktivem SLE (im Mittel 41 Jahre, ca. 90 % Frauen, SLEDAI-2K-Score 13, bei ca. zwei Drittel ≥ 12 Punkte) trotz csDMARDs (zumeist Hydroxychloroquin) und Glukokortikoiden (GK) in stabiler Dosierung für 52 Wochen im Verhältnis 1:1 auf Obinutuzumab (1.000 mg; n=151) oder Placebo (n=152) als Infusion am ersten Tag sowie in den Wochen 2, 24 und 26 randomisiert. Zur Unterdrückung von Infusionsreaktionen wurden bei jeder Applikation Methylprednisolon, Paracetamol und Diphenhydramin verabreicht. Bei den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen vor Woche 40 mussten Teilnehmer, die GK in einer Dosis >5 mg/Tag einnahmen und keine hohe Krankheitsaktivität aufwiesen, versuchen, die Dosis zu reduzieren. In der präspezifizierten Analyse war (wie in den meisten anderen Phase-III-Studien bei SLE) das SLE Responder Index (SRI)-4-Ansprechen nach 52 Wochen als primärer Endpunkt festgelegt worden. Sekundäre Endpunkte waren unter anderem das BICLA (British Isles Lupus Assessment Group-Based Composite Lupus Assessment)-Ansprechen, der Bedarf an Kortikosteroiden, die DORIS-Remission und das Erreichen eines niedrigen Krankheitsaktivitätsstatus (LLDAS).

REMISSION IN EINEM DRITTEL DER FÄLLE ERREICHT

Der primäre und alle sekundären Endpunkte wurden signifikant erreicht: Im Ergebnis erzielten unter Obinutuzumab und Placebo (jeweils plus Standardtherapie) nach einem Jahr 76,7 vs. 53,5 % der Patienten ein SRI-4-Ansprechen (adjustierte Differenz 23,1 %, 95% KI 12,5-33,6; $p < 0,001$) - wurden beim SRI-4-Ansprechen nicht-tödliche interkurrente Ereignisse rausgerechnet, waren es 85,4 vs. 68,5 % (adjustierte Differenz 16,8 %; 95% KI 7,1-26,4). Bei den sekundären Endpunkten zeigte sich eine signifikante Überlegenheit von Obinutuzumab im Vergleich zu Placebo im BICLA-Ansprechen nach 52 Wochen (62,0 vs. 40,1 %; $p < 0,001$), beim Erreichen einer anhaltenden Reduktion der Steroiddosis auf $\leq 7,5$ mg/Tag in Woche 40-52 (80,0 vs. 54,1 %; $p < 0,001$), bei einem anhaltenden SRI-4-Ansprechen in Woche 40-52 (72,0 vs. 46,4 %; $p < 0,001$) und in der medianen Zeit bis zum Krankheitsschub (nicht bestimmbar vs. 52,3 Wochen; $p = 0,002$). Auch bei den strengeren Endpunkten wie dem SRI-6-Ansprechen (68,9 vs. 38,9 %; $p < 0,001$), dem Erreichen

eines LLDAS (57,6 vs. 25,0 %) und einer DORIS-Remission (35,1 vs. 13,8 %) bestätigten sich die Vorteile des Anti-CD20-Antikörpers nach 52 Wochen. Umgekehrt wiesen zwei Drittel der Teilnehmenden aber doch noch Symptome auf und bei etwa 30 % kam es zu einem Schub (Abb.).

Hinsichtlich der Safety zeigten sich keine neuen Sicherheits-signale, im Vergleich kam es unter Obinutuzumab versus Placebo etwas häufiger zu unerwünschten Ereignissen (UE; 88,7 vs. 81,5 %), schwerwiegenden UE (15,9 vs. 11,9 %), Infektionen (68 vs. 54 %) und schweren Infektionen (9 vs. 5 %). Infusionsreaktionen waren zwar selten, traten aber unter Obinutuzumab häufiger auf (12 vs. 3 %), und es kam öfter zu einer Neutropenie (7 vs. 3). In der doppelblinden Phase verstarben 4 Patienten (davon aber 3 unter Placebo).

Fazit: Die Wirksamkeit von Obinutuzumab war bei bekanntem Sicherheitsprofil fraglos sehr gut, einer Zulassung auch bei SLE dürfte nichts im Wege stehen. Quervergleiche zwischen Phase-III-Studien sind schwierig, wo sich Obinutuzumab also im Vergleich zu Belimumab oder Anifrolumab künftig in Leitlinien positioniert, wird abzuwarten bleiben. ■

Quelle: *N Engl J Med* 2026; doi: 10.1056/NEJMoa2516150

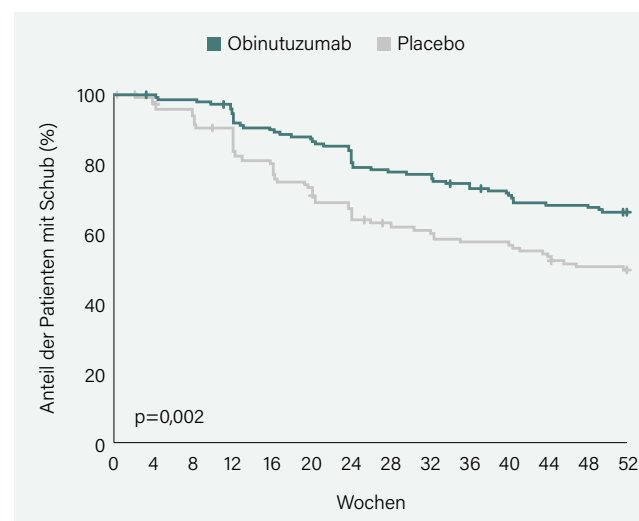


Abb.: Anteil von Schüben (%) über 52 Wochen unter Obinutuzumab und Placebo in der Phase-III-Studie ALLEGORY

SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

Hydroxychloroquin-Dosierung: Abwägung bleibt schwierig

Bei Patienten mit systemischem Lupus erythematodes (SLE) wird im Falle von Hydroxychloroquin (HCQ) eine maximale Dosis in der Erhaltungstherapie von 5 mg/kg/Tag empfohlen, um das langfristige Risiko für Retinopathien zu vermindern. Für die in der Mehrzahl betroffenen Frauen bedeutet dies oft eine Tagesdosis <400 mg. In einer populationsbasierten Beobachtungsstudie verglichen taiwanische Experten um Meng-Yu Weng, Tainan, die Wirksamkeit und Sicherheit von hoch- (≥ 400 mg/Tag) und niedrigdosiertem HCQ (<400 mg/Tag) in einer großen SLE-Kohorte.

In die landesweite, als Target Trial Emulation angelegte Studie wurden im Zeitraum von 2010 bis 2021 insgesamt 23.283 SLE-Patienten >10 Jahre eingeschlossen, die eine HCQ-Therapie begannen und zu Beginn keine weiteren systemischen Autoimmunerkrankungen oder relevante Vorerkrankungen aufwiesen. Die Patienten wurden anhand der Dosierung ihrer ersten HCQ-Verschreibung in zwei Gruppen eingeteilt: hochdosiertes HCQ ≥ 400 mg/Tag (3,77 %) und niedrigdosiertes HCQ <400 mg/Tag (96,22 %) (im Mittel 39 bzw. 43,7 Jahre, 60 kg, >80 % Frauen). Wichtige Endpunkte waren koronare Herzkrankheit (KHK), ischämischer Schlaganfall, venöse Thromboembolie (VTE), terminale Niereninsuffizienz, Malignome und HCQ-Retinopathie.

Nach inverser Wahrscheinlichkeitsgewichtung war die höhere HCQ-Dosis mit einem geringeren Risiko für KHK (Hazard Ratio, HR 0,86; 95% KI 0,80–0,93) und VTE (HR 0,40; 95% KI 0,33–0,49) assoziiert. Es fanden sich keine dosisabhängigen Unterschiede im Risiko für ischämischen Schlaganfall, terminale Niereninsuffizienz, Malignome und HCQ-Retinopathie während einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 6 Jahren, mit Ausnahme der HCQ-Retinopathie

bei SLE-Patienten >45 Jahre (HR 1,87; 95% KI 1,45–2,42).

Bei SLE-Patienten verbessert eine höhere HCQ-Dosis die Wirksamkeit bei gleichzeitig reduziertem Risiko für KHK und VTE. Bei den Teilnehmern <45 Jahre zeigte sich kein dosisabhängiger Unterschied im Risiko einer HCQ-Retinopathie, darüber aber schon. Die Studie unterstreicht die Notwendigkeit, Nutzen und Risiken einer optimalen HCQ-Dosierung sorgfältig abzuwägen. ■

Quelle: *Arthritis Rheumatol* 2026; doi: 10.1002/art.70022

LUPUS-NEPHRITIS

Niedrige dosierte versus keine Glukokortikoide in Erhaltung

Zentrales Ziel in der Erhaltungstherapie der Lupus-Nephritis (LN) ist die Reduktion der Glukokortikoid (GK)-Exposition, um Langzeitnebenwirkungen zu minimieren. Die Dosis wird schrittweise auf eine niedrige Erhaltungsdosis (oft ≤ 5 mg Prednison/Tag) reduziert oder, bei anhaltendem vollständigem Ansprechen, langsam abgesetzt. Chinesische Rheumatologen um Haitao Zhang, Nanjing, verglichen jetzt in einer prospektiven, offenen, randomisiert-kontrollierten Studie die Wirksamkeit und Sicherheit einer GK-freien mit einer niedrig dosierten GK-Erhaltungstherapie bei LN-Patienten in kompletter oder teilweiser Remission.

In der Studie wurden 93 LN-Patienten, die innerhalb eines Jahres vor dem Screening in Remission gelangt waren und eine stabile immunsuppressive Therapie beibehielten, der GK-freien Gruppe (n=47, Ausdosieren von GK über drei Monate) oder der Gruppe mit niedrig dosierten GK (n=46, Prednison-Dosis 2,5–10 mg/Tag) zugeteilt, wobei die Basismedikamente fortgeführt wurden. Primäre Endpunkte waren die gesamte Schubrate und die Zeit bis zum Schub, zu den sekundären Endpunkten zählten renale oder extrarenale Schübe. Insgesamt wurden 91 Patienten ausgewertet. Die Gruppe mit

niedrig dosierten GK zeigte eine numerisch niedrigere Schubrate im Vergleich zur GK-freien Gruppe (4,5 vs. 17,0 %; p=0,065). Bei den Patienten, die einen Schub erlitten, war die mediane Zeit bis zum Schub in der GK-freien Gruppe signifikant kürzer (9,4 Monate) im Vergleich zur Niedrigdosis-Gruppe (39,3 Monate, HR 0,37, 95% KI 0,14–0,99; p=0,044). Die Kaplan-Meier-Analyse zeigte signifikant höhere kumulative Schubraten in der GK-freien Gruppe (p=0,031). Relevant ist, dass die GK-freie Gruppe eine extrarenale Schubrate von 14,9 % aufwies, verglichen mit 0 % in der Niedrigdosis-Gruppe

(absolute Risikodifferenz 14,9 %, 95% KI 3,2–26,6; p=0,017).

In dieser Pilotstudie war die Schubrate numerisch niedriger und die Zeit bis zum Schub signifikant länger in der Niedrigdosis-GK im Vergleich zur GK-freien Gruppe. Diese vorläufigen Ergebnisse deuten auf einen potenziellen Nutzen einer niedrig dosierten GK-Erhaltungstherapie hin, müssten jedoch in größeren Studien bestätigt werden. ■

Quelle: *Clin Rheumatol* 2026; 45(2): 1189–1198



Highlights aus der Rheumatologie

Am 21. Rheumatologie-Update-Seminar vom 13.-14. März 2026 nahmen via Livestream oder in der Rheingoldhalle in Mainz unter der Leitung von Prof. Dr. Andrea Rubbert-Roth, Zürich (Schweiz), Prof. Dr. Bernhard Manger, Erlangen, Prof. Dr. Ulf Müller-Ladner, Bad Nauheim, und Prof. Dr. Bernhard Hellmich, Kirchheim/Teck, wieder zahlreiche Rheumatologinnen und Rheumatologen aus dem deutschsprachigen Raum teil. Neben relevanten Publikationen und Studien aus dem Vorjahr standen mit „Autoinflammation“ und „Zellgerichtete Therapien“ zwei „Hot Topics“ im Mittelpunkt.



Eingangs präsentierte Prof. Müller-Ladner wieder neue Erkenntnisse zur Pathogenese und Immunologie. Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) sei angesichts der Studien zur Intervention bei klinisch suspekter Arthralgie (CSA) und ACPA-Positivität ein Aspekt herausgegriffen: Wahrscheinlich sind doch einige ACPA-negative RA-Patienten positiv, die zugehörigen Antikörper nur noch nicht gefunden. Bei Gelenksbeschwerden sollten steigende ACPA-Titer nicht ignoriert, sondern „Patienten“ regelhaft auf die Manifestation einer RA untersucht werden. Interessant ist die Frage, ob steigende Titer plus steigende Zahl betroffener Gelenke eine Therapie noch vor Erfüllung der RA-Klassifikationskriterien rechtfertigen.

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Wie sich an den Zahlen der Kerndokumentation ablesen lässt, bleiben trotz abnehmender Krankheitslast Komorbiditäten (nicht nur) bei RA ein Problem, berichtete Prof. Dr. Markus Gaubitz, Münster. Letztere tragen auch zur Einstufung als „difficult-to-treat“ oder „difficult-to-manage“ (D2T/D2M)-RA bei. Zum Management der interstitiellen Lungenerkrankung (ILD) bei RA und Kollagenosen wurde eine EULAR/ERS-Leitlinie veröffentlicht, die konkrete Empfehlungen zum HRCT-Screening

gibt – bei RA betrifft dies alle Patienten mit Risikofaktoren (höheres Alter, RF+ und/oder ACPA+, erhöhtes CRP, Männer). Bei RA-ILD wird eine erneute HRCT alle 1-2 Jahre empfohlen. Zudem werden Hinweise zu immunsuppressiven Therapien ausgesprochen sowie – bei progressiver ILD – zum Einsatz von Nintedanib bzw. (bei UIP-Muster) Pirfenidon.

Auch nach einer Analyse des RABBIT-Registers noch nicht abschließend zu beurteilen ist die Frage, ob JAK-Inhibitoren (JAKi) mit einem erhöhten Malignom-Risiko einhergehen. Dies mag in geringem Maße im Vergleich mit TNF-Inhibitoren (TNFi) der Fall sein, wobei letztere womöglich aber auch protektiv wirken. Ein erhöhtes Risiko wurde fast ausschließlich im Alter >65 Jahre mit Raucheranamnese oder -status und bekannter KHK gefunden. Um beim Thema zu bleiben: Einer Analyse der ORAL Surveillance-Studie zufolge sind bei Statin-Einnahme (was in der Studie meist unterblieb!) offenbar keine vermehrten kardiovaskulären (CV) Ereignisse unter JAKi zu beobachten, auch nicht in den Risikogruppen. Heiß diskutiert, aber in der Rheumatologie noch verfrüht wäre der Einsatz von GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA), positive, antientzündliche Effekte jenseits von Adipositas, Diabetes, CV- und Nierenerkrankungen scheinen aber denkbar.

Mit der Diagnostik und Therapie der RA befasste sich Prof. Rubbert-Roth. Für die „Prä-RA“ (oder CSA) wurden EULAR/ACR-Kriterien für die Risikostratifizierung vorgelegt. Die Einstufung erfolgt gemäß Klinik (Morgensteifigkeit, Gelenkschwellung, Faustschluss) und Labor (ACPA/RF, CRP), eine zusätzliche Bildgebung bringt nur wenig. Künftig könnte PAD4 ein interessanter Biomarker bei ACPA+ Prä-RA-Patienten mit Progress sein. Die erst kürzlich publizierten Langzeitergebnisse der APPIPRA (später ALTO)-Studie zur 12-monatigen Frühintervention mit Abatacept bei ACPA+ CSA sorgten für eine gewisse Ernüchterung, da nach 4-6 Jahren kein Benefit mehr in der Verhinderung einer RA bestand.

Positiv für die tägliche Praxis ist, dass Methotrexat (MTX) schwere Infektionen wohl nicht nur nicht erhöht, sondern eher protektiv wirkt. Und gleich noch ein praxisrelevanter Befund aus der SUPERFIBRE-Studie: Kombiniert man MTX mit faserreicher Ernährung (hier in Form von Inulin) führte dies im Gegensatz zu anderen csDMARD zu einem signifikant besseren Ansprechen. Beim Bridging mit Glukokortikoiden (GK) erscheint

im Hinblick auf das spätere Absetzen die parenterale gegenüber der oralen Gabe gewisse Vorteile zu haben. Auch Low-Dose-GK sind im Vergleich zum Absetzen mit mehr Hypertonie und einem erhöhten CV-Risiko assoziiert. TNFi scheinen in Abhängigkeit von Dauer und Dosis einen gewissen Schutz vor Demenz zu bieten. Interessant, aber nicht akut nutzbar, ist die Erkenntnis, dass die in der fMRT ermittelte Schmerzaktivierung im ZNS prädiktiv für ein Ansprechen auf TNFi zu sein scheint. Steht man bei bDMARD-naiven Patienten vor der Wahl zwischen TNFi und Abatacept, sprechen hohe ACPA-Titer und ein hoher HAQ-Score eher für letzteres. Bei RA-ILD fand sich eine gute Sicherheit aller b/tsDMARDs mit einer numerisch verminderten Mortalität unter Abatacept und JAKi.

Hinsichtlich der Einsparung von GK scheinen JAKi effektiver als bDMARDs zu sein. Ein wichtiger Tipp für die Praxis ist, dass, für Baricitinib gezeigt, die abendliche Einnahme von JAKi offenbar deren Wirksamkeit erhöht. Im Langzeitvergleich von JAKi und bDMARDs, hier Upadacitinib versus Adalimumab über 7 Jahre, zeigten sich keine relevanten Unterschiede in Bezug auf schwere CV-Ereignisse, venöse Thromboembolien (VTE) oder Malignitäten (mit Ausnahme von nichtmelanozytärem Hautkrebs), nur Herpes Zoster und erhöhte CK- und Leberwerte fanden sich häufiger unter dem JAKi. Interessant sind zwei neue in Phase-II-Studien untersuchte Therapieansätze: So könnte die kombinierte JAK- und ROCK-Inhibition eine „optimierte“ JAKi-Therapie mit besserer CV-Sicherheit darstellen. Sehr positive Daten generierte in der RENOIR-Studie das PD1+ T-Zellen depletierende Rosnilimab (Abb. 1). Bei therapierefraktärer RA gibt es erste positive Erfahrungen mit der CAR-T-Zelltherapie, was aber nur selektierten Fällen vorbehalten bleibt, auch BiTE-Antikörper könnten eine Option sein. Auf Basis der Phase-III-Studie RESET-RA in den USA bereits zugelassen wurde ein minimal-invasiv implantierbarer Vagusnervstimulator, der bei therapierefraktärer RA durchaus eine gute Wirksamkeit einschließlich Hemmung der radiologischen Progression bot – die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten. Kein Thema war das erst am 2. Update-Tag online publizierte Update der EULAR-

■ Rosnilimab 100 mg Q4W (n=106) ■ Rosnilimab 400 mg Q4W (n=107)
 ■ Rosnilimab 600 mg Q2W (n=105)

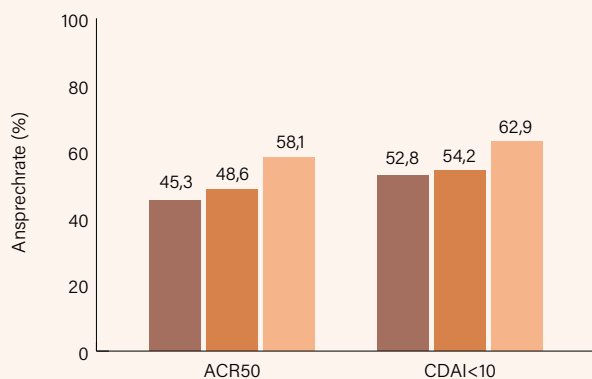


Abb. 1: RENOIR-Studie: ACR50-Ansprechen und CDAI <10 zu Woche 28 unter Rosnilimab

Empfehlungen zur RA, die einzigen Änderungen betreffen die Aufgabe der Risikostratifizierung nach erstem csDMARD-Versagen (nach z. B. MTX sollte direkt ein b/tsDMARD ergänzt werden) und mehr Zurückhaltung beim DMARD-Abbau (Dosisreduktion, aber eher kein komplettes Absetzen).

SPONDYLOARTHITIDEN

Über Neuigkeiten zur axialen Spondyloarthritis (axSpA) und Psoriasis-Arthritis (PsA) berichtete Prof. Dr. Axel Hueber, Erlangen. Auf dem ACR 2025 vorgestellt wurden die revidierten ASAS/SPARTAN-Klassifikationskriterien für axSpA. Zentrales Kriterium sind wieder chronische Rückenschmerzen für ≥ 3 Monate bei Patienten ≥ 45 Jahre zu Beginn. Hinzu kommen dann ein mit axSpA vereinbares MRT der Sakroiliakalgelenke (SIG) plus ≥ 3 Zusatzpunkte, oder radiografische Sakroiliitis plus ≥ 3 Zusatzpunkte oder HLA-B27-Positivität plus ≥ 7 Zusatzpunkte. Hierzu steuern HLA-B27+ 4, entzündlicher Rückenschmerz 3 sowie periphere Arthritis, CED, akute anteriore Uveitis, Entesitis der Ferse, CRP ≥ 5 mg/l und Psoriasis je einen Zusatzpunkt bei. Ausgehend von einem Cut-off-Wert von ≥ 11 Punkten wurde eine Sensitivität von 79,4 % und Spezifität von 90,4 % erreicht (gefordert waren ≥ 75 bzw. ≥ 90 %). Die Bildgebung spielt damit eine künftig noch größere Rolle. Eine 10-Jahres-Langzeitanalyse der deutschen GESPIC-Kohorte lässt darauf schließen, dass NSAR, vor allem Coxibe, in gewissem Umfang auch die radiologische Progression hemmen. Diagnostisch kann es sinnvoll sein, NSAR 1-2 Wochen vor einer geplanten MRT zu pausieren, um die Ergebnisse nicht zu verfälschen. Die französische ROC-SpA-Studie zeigte, dass nach TNFi-Versagen der Wechsel auf einen Interleukin-17A-Inhibitor (IL-17Ai) und ein TNFi-Cycling ähnlich effektiv sind, bei primärem TNFi-Versagen gibt es aber tendenzielle Vorteile für den Wechsel der Therapiekategorie. Umgekehrt erhöht eine IL-17Ai-Vortherapie das Risiko für den Therapieabbruch auf einem zweiten IL-17Ai.

Die Transition von der Psoriasis zur PsA stellt sich einer deutschen Arbeit zufolge als zweistufiger Prozess dar, mit myeloiden Vorläuferzellen als zentralem Treiber, die dann Gelenkresidente Fibroblasten stimulieren. Zwei Strategiestudien beschäftigten sich mit Treat-to-target (T2T)-Ansätzen mit frühem Einsatz des IL-17Ai Secukinumab (die STAMP-Studie) oder des TNFi Golimumab (die GOLMePsA-Studie). Beide zeigten langfristig keine Vorteile gegenüber eines Standard-Step-Up-Schemas, zumindest bezüglich der Arthritis. Bei prominenter Psoriasis könnte ein früherer bDMARD-Einsatz somit doch sinnvoll sein. Auch bei der PsA wird zwischen D2M- und TR-PsA unterschieden, erstere beschreibt eine persistierende Krankheitslast, bedingt durch Entzündung, Komorbiditäten und psychosoziale Faktoren, TR-PsA die Subgruppe mit objektiv nachweisbarer Entzündung trotz mehrerer Therapien. In die D2M-Kategorie fallen sicherlich adipöse PsA-Patienten: Hier zeigt die TOGETHER-PsA-Studie, dass mit der Kombination aus dem IL-17Ai Ixekizumab und GLP1-Analogen Tirzepatid gegenüber Ixekizumab allein häufiger der primäre ▶

Endpunkt ACR50 plus ≥ 10 % Gewichtsreduktion (32 vs. 1 %) und ein ACR50-Ansprechen (33,5 vs. 20,4 %) erreicht wird – die Reaktion der Zulassungsbehörden bleibt abzuwarten. Bei noch bDMARD-naiven Patienten überzeugte der orale TYK-2-Inhibitor (TYK2i) Deucravacitinib in zwei Phase-III-Studien (POETYPK PsA-1/-2; *Abb. 2*) und steht zur Zulassung an. Angesichts einer etwas geringeren Wirksamkeit als bDMARDs (z. B. IL-17/IL-23i) könnte der gut verträgliche TYK2i vor diesen eine Option sein, womöglich auch in Kombination mit bDMARDs. Last but not least: Ein T2T-orientiertes DMARD-Tapering scheint effektiv und sicher zu sein, ein völliges Absetzen gelingt aber selten. Günstige Prädiktoren sind eine niedrige Ausgangsaktivität und kein vorheriger Bedarf an b/tsDMARDs.

PÄDIATRISCHE RHEUMATOLOGIE

Bei der polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis (pJIA) ist nach Prof. Dr. Gerd Horneff, Sankt Augustin, eine klinisch inaktive Erkrankung ein erreichbares Therapieziel, wobei insbesondere mit JAKi gute Erfolge erzielt werden. Zugelassen sind Tofacitinib für pJIA sowie juvenile PsA, Baricitinib zusätzlich auch für Entheitis-assoziierte Arthritis (ERA) – bei pJIA steht die Zulassung für Upadacitinib unmittelbar bevor. Bei JAKi zeigt sich auch nach bDMARD-Versagen eine vergleichbar gute Wirksamkeit, eine Komedikation mit MTX scheint nicht zwingend erforderlich zu sein. Was das Absetzen von Adalimumab bei JIA-Uveitis betrifft, ist mit einer hohen Rezidivrate (Uveitis und Arthritis) zu rechnen. Sowohl bei pJIA als auch systemischer JIA plädierte er für die Nutzung des (s)JADAS zur Erfassung der Krankheitsaktivität. Bei der sJIA bzw. AOSD (heute: Still-Erkrankung) geben die EULAR/PRES-Empfehlungen eine gute Anleitung. Therapieziele sind eine klinisch inaktive Erkrankung (CID) und Remission im sJADAS (=CID für >6 Monate). Die optimale Therapiestrategie basiert auf der frühzeitigen Anwendung von IL-1- oder IL-6i in Verbindung mit einer kurzzeitigen GK-Therapie. Die einzige und durchaus effektive Option bei juvenilem systemischen Lupus erythematodes (jSLE) ist Belimumab (i.v./s.c.), in refraktären Fällen ist eine B-Zell-deletierende Therapie (z. B. Rituximab) zu erwägen – eine Phase-III-Studie zu Anifrolumab läuft derzeit. Sehr effektiv bei juveniler Dermatomyositis sind JAKi, ein Problem bleibt die Kostenübernahme – auf klinische Studien hierzu bleibt zu hoffen.

INFEKTIONEN UND IMPFUNGEN

Über das weite Feld der Infektionen und Impfungen berichtete Prof. Dr. Christian Kneitz, Schwerin. Anlässlich der jetzt erweiterten möglichen Herpes Zoster (RZV)-Impfung sei dieses Thema als Schwerpunkt genauer beleuchtet. Bei SLE weist Anifrolumab im Vergleich zu Belimumab ein höheres Infektionsrisiko auf, was besonders für den Herpes Zoster gilt. SLE-Patienten sollten daher grundsätzlich geimpft werden (der Schutz beträgt ca. 55-70 %) – ist dies nicht möglich, bietet eine Valaciclovir-Prophylaxe eine Chance, wobei Nebenwirkungen zu berücksichtigen sind.

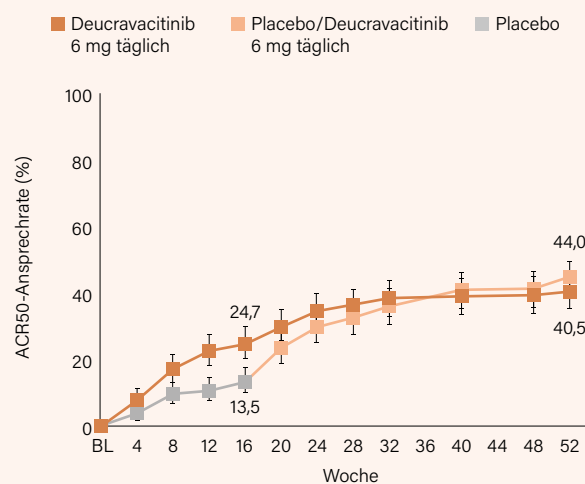


Abb. 2: POETYPK-PsA-1-Studie: ACR50-Ansprechen unter Deucravacitinib bzw. Placebo/Deucravacitinib bis Woche 52

sichtigen sind. Bei Erwachsenen ≥ 50 Jahre mit RA boten 2 RZV-Dosen einen ca. 60%igen Schutz vor Herpes Zoster und fast 90 % gegen postherpetische Neuralgie, ein erhöhtes Risiko für RA-Rezidive innerhalb von 30 Tagen bestand nicht. Die Impfung sollte bei RA möglichst vor Therapie erfolgen, insbesondere gibt dies für JAKi. Aber auch etwa unter Abatacept ist von einem schwächeren Impfansprechen auszugehen. Wichtig: Auch nach früherem Zoster sollten Immunkompromittierte eine RZV-Impfung erhalten. Zuletzt gab es zudem Hinweise, dass die RZV-Impfung das Risiko für Demenz senken könnte.

Noch ein kurzer Exkurs zur PjP-Prophylaxe mit Cotrimoxazol: Bei ANCA-assoziierten Vaskulitiden (AAV) ist diese in der Induktionsphase mit hochdosierten GK plus Rituximab oder Cyclophosphamid (CYC) in den ersten 6 Monaten und bei Risikokonstellationen mit individueller Abwägung indiziert, bei Riesenzellerititis (RZA) und Polymyalgia rheumatica (PMR) scheint sie in der Regel nicht erforderlich zu sein, sichere Daten fehlen aber noch.

OSTEOLOGIE UND RHEUMATOLOGIE

Mit der Osteologie befasste sich Dr. Philipp Klemm, Bad Nauheim. Seit der DVO-Leitlinie 2023 zur Osteoporose ist Abaloparatid als neue osteoanabole Therapie hinzugekommen. Erste Daten zeigen leichte Vorteile versus Teriparatid, echte Aussagekraft hätte aber nur ein randomisierter Vergleich. Generell sollte der Fokus auf einer adäquaten Sequenztherapie liegen. Die Kombination von Denosumab mit Teriparatid oder Romosozumab lieferten zwar gute Daten, kommen aber off-label nur in selektierten Fällen in Frage. Als Risikofaktor für Osteoporose bislang vernachlässigt wurde die systemische Sklerose (SSc). SSc-Patienten, insbesondere Anti-Topoisomerase-I-positive und/oder unter (auch moderater) länger-



fristiger GK-Therapie, sollten frühzeitig DXA-basiert gescreent und konsequent nach Risiko (inklusive Wirbelfrakturssuche) behandelt werden. Dabei sollte auch eine gastrointestinale Beteiligung bedacht werden, die eine orale Osteoporose-Therapie erschweren könnte. Im Zweifel ist eine primär parenterale Strategie (Denosumab, Zoledronat) zu erwägen.

Neues gibt es zur MTX-Osteopathie: Bei Patienten unter (langjährigem) MTX mit neu aufgetretenen Schmerzen der unteren Extremität, insbesondere an Tibia oder Fuß, und bei Verdacht auf Stressfraktur sollten frühzeitig ein MRT und/oder eine Knochenszintigrafie erfolgen, da das Röntgen häufig nicht ausreicht. Wird das typische Muster bestätigt, ist das konsequente Absetzen von MTX erforderlich, um weitere Frakturen zu vermeiden.

GICHT, CPPD UND SELTENE ERKRANKUNGEN

Zum Management der Gicht gibt es laut Prof. Manger nur wenig Neues zu vermelden, einen guten Überblick gibt die deutsche S3-Leitlinie zu deren Diagnostik und Therapie. Treffen Gicht und Diabetes zusammen, weisen mehrere Studien darauf hin, dass die Verordnung von SGLT-2i mit einer Reduktion von Gichtanfällen assoziiert ist – ob sich eine durch GLP-1RA induzierte Gewichtsabnahme auch auf die Gicht positiv auswirken könnte, lässt sich derzeit noch nicht beantworten. Im Hinblick auf die Calciumpyrophosphat (CPPD)-Arthropathie gibt eine Übersichtsarbeit gute Anhaltspunkte zum Management akuter und chronischer Formen. (5) Die Akuttherapie ähnelt jener des akuten Gichtanfalls, ist sie bereits chronifiziert, können (bei geringer Evidenz) auf MTX oder Tocilizumab erwogen werden.

Bereits beim vergangenen Update war Manger auf die IgG4-assoziierten Erkrankungen (IgG4-RD) eingegangen, für die mit dem CD19-Antikörper Inebilizumab erstmals eine „In-label“-Therapie zur Verfügung steht. Ebenfalls an CD19 setzt Obexelimab an, das B-Zellen über den Fc-Rezeptor inaktiviert – nach vielversprechenden Phase-II-Daten ist mit INDIGO bereits eine Phase-III-Studie angelaufen. Darüber hinaus laufen Phase-II-Studien mit den BTK-Inhibitoren Rilzabrutinib und Zanubrutinib, sowie mit den an BLYS/BAFF ansetzenden B-Zell-Therapien Belimumab und Telitacicept. Einen erfolgreichen Versuch bei einem therapierefraktären IgG4-RD-Patienten gab es auch mit dem BiTE-Antikörper Teclistamab.

HOT TOPICS: AUTOINFLAMMATION UND ZELLGERICHTETE THERAPIEN

Das breite Feld der autoinflammatorischen Erkrankungen bearbeitete PD Dr. Martin Krusche, Hamburg. AOSD und hereditäre Fiebersyndrome wie z. B. das familiäre Mittelmeerfieber an dieser Stelle außen vor lassend, sei hier primär auf das noch relativ neue VEXAS-Syndrom eingegangen. Bei klinischem Verdacht auf diese komplexe, oft refraktäre Systemerkrankung



sollte primär eine UBA1-Sanger-Sequenzierung erfolgen. Der SWIM (Skin involvement, Weight loss, Inflammation, Macrocytic anemia)-Score (≥ 2) eignet sich als pragmatisches Instrument zur Testindikation. Eine NGS-Analyse sollte auf Sonderfälle mit hoher klinischer Wahrscheinlichkeit und negativer Sanger-Diagnostik beschränkt bleiben. Es sollte daran gedacht werden, dass sehr selten auch Frauen betroffen sein können. Bei allen VEXAS-Patienten sollte das Infektionsrisiko in das Management integriert werden. PjP- und VZV-Prophylaxe (Cotrimoxazol bzw. Valaciclovir) ist insbesondere bei lymphopenen Patienten, p.Met41Val-Mutation, früheren schweren Infektionen oder unter JAKi, IL-6Ri oder Azacitidin zu erwägen. Impfungen sollten konsequent umgesetzt werden. Hilfreich ist eine neue ACR-Guidance zu Diagnostik und Therapie. Frühzeitig ist eine gezielte Therapie anzustreben, um den GK-Bedarf zu reduzieren. Azacitidin ist insbesondere bei begleitenden Zytopenien oder MDS wirksam, während Tocilizumab eine praktikable antiinflammatorische Option mit akzeptablem Sicherheitsprofil darstellt. Alternativen sind JAKi sowie IL-1i, wobei Canakinumab wohl Vorteile gegenüber Anakinra bietet.

Einen Überblick über die viel diskutierten zellgerichteten Therapien gab Dr. Melanie Hagen, Erlangen. Neben autologen CAR-T-Zelltherapien entwickeln sich allogene CAR-Produkte, in-vivo-CAR-Ansätze sowie BiTEs derzeit mit hoher Dynamik weiter. Diese neuen Therapien haben das Potenzial, die bislang hochspezialisierte, multidisziplinäre Versorgungsstruktur grundlegend zu verändern. Insbesondere BiTE-Antikörper bieten als off-the-shelf verfügbare, dosierbare und zeitlich steuerbare Arzneimittel die Chance, zellgerichtete Immuntherapien künftig als eigenständige rheumatologische Behandlungsoptionen zu etablieren. Noch ist vieles im Fluss, aber mit zunehmender Erfahrung, standardisierten Sicherheitsprotokollen und angepassten Dosierungsschemata könnte die Anwendung dieser Therapien vor allem bei therapierefraktären Kollagenosen oder Vaskulitiden perspektivisch in die Verantwortung der Rheumatologie selbst übergehen. ►

SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

Die deutsche S3-Leitlinie zum Management des SLE stellt einen wichtigen Meilenstein dar, so Dr. Johanna Mucke, Herne. Relevante Änderungen zu den EULAR-Empfehlungen liegen in der Abkehr von Rituximab hin zur B-Zell-depletierenden Therapie für refraktäre und schwere Verläufe sowie in puncto Lupus-Nephritis (LN), Antiphospholipidsyndrom (APS) und Schwangerschaft. Die neue EULAR-Empfehlung zum renalen SLE liefert vier verschiedene Kombinationsmöglichkeiten in der Therapie der aktiven LN. Die Entscheidung, eine solche von Beginn an zu empfehlen, basiert darauf, dass das renale Ansprechen mit Belimumab, Voclosporin und Obinutuzumab plus Standardtherapie (ST) besser war als diese allein und Remissionsraten noch immer niedrig sind. Die ACR-Leitlinie adressiert einzelne SLE-Manifestationen und erleichtert die Therapiewahl – dies aber bei jeweils geringer Evidenz. Zu beachten sind Komorbiditäten, so auch – vor allem bei frühem SLE – das erhöhte Risiko für Präkanzerosen und HPV-assoziierte Malignome – also die Impfung nicht vergessen!

In Sachen Therapie zeigte die PRESS-Studie, dass bei SLE-Patienten in langanhaltender klinischer Remission das Absetzen von GK möglich ist, Hydroxychloroquin (HCQ) sollte zur Schubverhinderung aber an Bord bleiben. Wichtigste Neuerung bei aktiver LN (Klasse III/IV ± V) ist die Zulassung von Obinutuzumab in Kombination mit MMF, folgen dürfte jene bei SLE, nachdem in der Phase-III-Studie ALLEGORY in Woche 52 alle Endpunkte erreicht wurden (plus ST z. B. 77 % SRI-4-Ansprechen, 35 % DORIS-Remission, 58 % LLDAS; *Abb. 3*). Ab April wird beim SLE Anifrolumab auch als s.c.-Applikation verfügbar sein – in der der TULIP SC-Studie hatten plus ST zu Woche 52 29 bzw. 40 % der Patienten eine DORIS-Remission bzw. LLDAS erreicht. Ein weiterer Kandidat ist nach einer ersten Phase-III-Studie (PHOENIX GO) der CD40-Ligand-Inhibitor Dapirolizumab pegol (41 % DORIS-Remission in Woche 52), weitere Phase-III-Studien zu diesem sowie zu Telitacicept und lanalumab sind angelaufen. Bei refraktärem SLE bieten

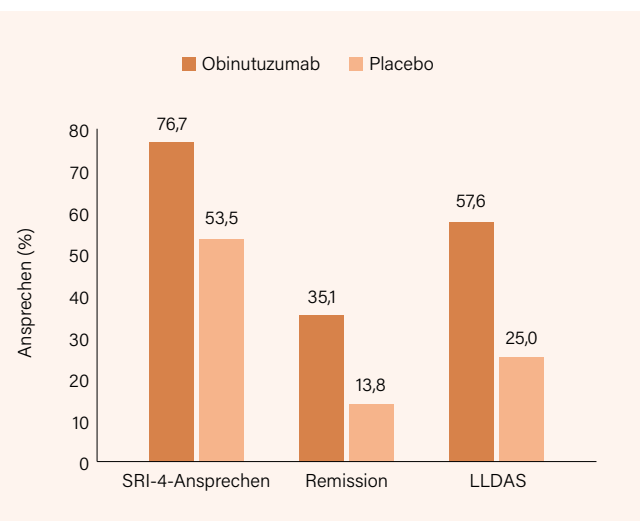


Abb. 3: ALLEGORY-Studie: SRI-4-Ansprechen, DORIS-Remission und LLDAS unter Obinutuzumab versus Placebo

CAR-T-Zelltherapien, etwa in der CASTLE-Studie untersucht, und BiTE-Antikörper ganz neue Möglichkeiten. Bei Frauen mit APS und früheren Schwangerschaftskomplikationen erhöhte Certolizumab pegol in der IMPACT-Studie die Chance für Lebendgeburten, und könnte in therapierefraktären Fällen eine Option sein.

SJÖGREN, MYOSITIS UND SYSTEMISCHE SKLEROSE

Auch bei den anderen Kollagenosen drängen immer neue Therapien in den Blickpunkt, sodass sich Prof. Dr. Gabriela Riemekasten, Lübeck, ganz auf diese konzentrierte. Bei der Sjögren-Erkrankung, wo sich mit STAR ein neuer Komposit-Outcome-Parameter etablieren könnte, machten zuletzt auf dem ACR-Kongress die Phase-III-Studien NEPTUNUS-1 und -2 zu lanalumab (B-Zell-Depletion plus BAFF-Ri) Furore, die zu Woche 52 beide ihren primären (ESSDAI) sowie andere Endpunkte (PGA, verbesserter Speichelfluss bei residualer Funktion) erreichten (*Abb. 4*). Angesichts eines guten Sicherheitsprofils ist von einer Zulassung (die erste für ein DMARD in dieser Indikation!) auszugehen. Ebenfalls eine erfolgreiche Phase-III-Studie mit dosisabhängiger Besserung von ESSDAI und ESSPRI vorzuweisen hat Telitacicept (Anti-BLyS/APRIL), ob eine europäische Zulassung des chinesischen Fusionsproteins angestrebt wird, bleibt abzuwarten. Vielversprechende Phase-II-Daten liefernde Kandidaten bei Sjögren sind überdies die FcRn-Blocker Nipocalimab und Efgartigimod.

Bei der Myositis (und anderen Kollagenosen) hervorzuheben sind die neuen EULAR/ERS-Therapieempfehlungen, mit denen man sich vertraut machen sollte. Bei MDA5-positiver DM-ILD liegen positive Daten für JAKi (Baricitinib, Tofacitinib) vor, Phase-III-Studien fehlen aber. Wie bei Sjögren liegen für Efgartigimod auch bei Myositis ermutigende Ergebnisse aus Phase II vor. Gleiches gilt – als hier neues Therapieprinzip – für den Interferon (IFN)- β -spezifischen Antikörper Dazukibart (bei DM deutliche Verbesserung der Haut), der jetzt in Phase-III geprüft

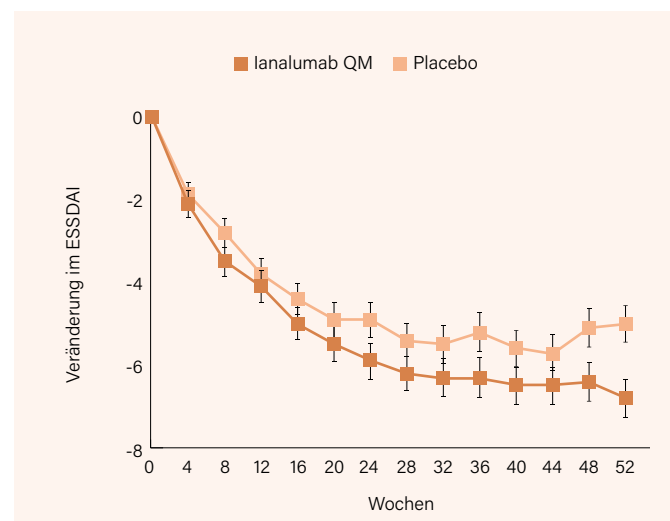


Abb. 4: NEPTUNUS-1-Studie: Verlauf des ESSDAI-Scores bis Woche 52 unter lanalumab und Placebo

wird. Und auch bei hier gibt es aus kleinen Phase-I-Studien positive Erfahrungen zu CD19-gerichteten CAR-T-Zelltherapien.

Bei der SSc sind SGLT2i mit weniger Krankenhausaufenthalten und einer reduzierten Mortalität assoziiert, bei Herzinsuffizienz und reduzierter Nierenfunktion sollten diese an Bord sein. Ein Standardmedikament bei SSc ist MMF, auch die sehr hohen Retentionsraten dokumentieren eine gute Verträglichkeit und Wirksamkeit. Sowohl für Baricitinib (Verbesserung des mRSS) als auch Upadacitinib (Verbesserung von FVC/DLCO) liegen erste positive Daten aus RCTs vor. Bei therapierefraktärer SSc wurden (wenn auch etwas weniger spektakulär als bei SLE) mit CAR-T-Zelltherapien und den BiTE-Antikörpern Teclistamab und Blinatumomab vielversprechende Ergebnisse erzielt. Bei SSc-ILD sollten vor allem Patienten mit niedrigem BMI unter Nintedanib engmaschig betreut werden. Mit Nerandomilast steht allerdings nach positiven Ergebnisse der Phase-III-Studie FIBRONEER-ILD bereits das nächste Antifibrotikum in den Startlöchern, das bei guter Wirksamkeit eine bessere Verträglichkeit verspricht. Bei schweren digitalen Ulzera könnte Selixipag eine sehr gute Alternative mit besserer Wirksamkeit als Iloprost sein, auch Macicentan lieferte erste gute Daten. Beim Raynaud-Phänomen könnte Barnidipin eine effektive, nicht den signifikant Blutdruck senkende Alternative zum Nifedipin sein.

VASKULITIDEN

Ein Update zu den Großgefäßvaskulitiden lieferte Prof. Dr. Jens Thiel, Graz (Österreich). In Bezug auf die Pathogenese wird immer deutlicher, dass somatische Mutationen, klonale Hämatopoese und ein Mosaikverlust des Y-Chromosoms (mLOY) potenzielle Prädiktoren für Rezidive bei RZA und PMR sind. Identische Makrophagen-assoziierte Entzündungsmuster lassen darauf schließen, dass RZA und PMR im Sinne eines Krankheitsspektrums verwandt sind. Wichtig: Spondyloarthritis (i. e. Late-Onset SpA) ist eine wichtige Differenzialdiagnose der PMR. Diagnostisch reicht bei RZA fast immer ein Ultraschall der A. temporalis und A. axillaris aus. Der OGUS-Score bei Diagnose und frühe Verbesserungen, ein eher niedriges Rezidivrisiko anzeigend, sind prognostisch relevant.

Ein Einstieg mit i.v.-Methylprednisolon plus MTX plus Low-Dose-GK-Tapering (Start 20-30 mg/Tag) ist bei RZA ebenso effektiv wie Standard-GK (40-60 mg/Tag), aber mit rascherem GK-Abbau und weniger Nebenwirkungen assoziiert. In der METOGIA-Studie zeigte sich keine Nicht-Unterlegenheit von MTX gegenüber Tocilizumab, sodass letzteres und Upadacitinib, zu dem die 2-Jahres-Daten aus SELECT-GCA präsentiert wurden, die präferierten Therapien zur Steroideinsparung und Remissionsinduktion und -erhalt bleiben. Eine Enttäuschung bot die (noch nicht publizierte) Phase-III-Studie GCAPTAIN zu Secukinumab bei RZA, was umso rätselhafter ist, da in der Phase-III-Studie REPLENISH zur PMR der primäre Endpunkt signifikant erreicht wurde – die Vollpublikationen bleiben abzu-

warten. Den State-of-the-Art bei PMR gibt die deutsche S2e-Leitlinie wieder, die bei Rezidiven unter GK-Reduktion oder Erstdiagnose mit hohem Risiko für GK-Nebenwirkungen IL6-Ri klaren Vorrang gibt. Auch nach der PMR-MODE-Studie unklar bleibt der diesbezügliche Stellenwert von MTX.

Bei den AAV stellt sich laut Prof. Dr. Bernhard Hellmich, Kirchheim/Teck, die Frage, ob im Falle von Granulomatose mit Polyangiitis oder mikroskopischer Polyangiitis (GPA/MPA) mit schwerer Nierenbeteiligung eine aggressivere Therapie mit Rituximab plus CYC, wie sie die britische AAV-Leitlinie vorschlägt, sinnvoll ist. Letztlich klären kann das erst die Phase-III-Studie ENDURRANCE, neue retrospektive Daten zeigten keine Vorteile der Kombination gegenüber RTX allein (jeweils plus GK). In der Induktionsphase kann Avacopan zur GK-Einsparung hilfreich sein, dann sollten GK aber rasch reduziert werden, um dessen Vorteil, die fehlende GK-Toxizität, auszuschöpfen. Trotz des GK-assoziierten Infektionsrisikos sollten diese erst reduziert werden, wenn die AAV-Aktivität zurückgeht, und dann ein Tapering gemäß PEXIVAS-Schema begonnen werden. In der Remissionserhaltung bleibt Rituximab Therapie der ersten Wahl, die optimale Dauer bleibt unklar. Eine Phase-III-Studie mit Abatacept blieb erfolglos, sodass die Suche nach Alternativen, z. B. Obinutuzumab, CD19 CAR-T-Zelltherapien oder BiTE-Antikörper, weitergeht.

Bei der eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) zeigte Rituximab in der Phase-III-Studie REOVAS keine Vorteile im Vergleich zur Standardtherapie in der Remissionsinduktion. Es bleibt damit eine Off-label-Alternative zu CYC, z. B. bei jungen Patienten oder solchen mit Vaskulitis-Rezidiven. In der MAINRITSEG-Studie fand sich auch in Remissionserhaltung keine Überlegenheit von Rituximab gegenüber der Standardtherapie. Perspektivisch könnte eine Sequenztherapie aus Rituximab in der Induktions- und IL-5i in der Erhaltungsphase interessant sein. Weiter positive Daten gibt es zu Mepolizumab und Benralizumab: Auch nach 2 Jahren fanden sich in der Verlängerung der MANDARA-Studie keine Hinweise auf einen Wirkverlust. Jedoch muss bei schwerer EGPA der Stellenwert beide Anti-IL-5-Therapien noch geklärt werden. Auch kommt es unter der IL-5-Blockade bei einem Drittel der Patienten zu Rezidiven, vor allem Asthma und Sinusitis – Therapiealternativen (z. B. IL-4i oder JAKi) sind weiter gefragt. ■

Quelle: 21. Rheumatologie-Update-Seminar, Mainz/Livestream, 13./14. März 2025



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

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

NEU



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

MVZ endokrinologikum in Frankfurt am Main



RHEUMATOLOGE (M/W/D)

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.