

RHEUMA Management

RHK 2026
IN LEIPZIG



**BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
RHEUMATOLOGEN E.V.**

MITTEILUNGSORGAN DES BDRH | AUSGABE SEP/OKT 2026

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

NÄCHSTE AUSGABE

Vorschau



ACR CONVERGENCE 2026

First Look: Neue Studien vom Annual Meeting des American College of Rheumatology in Orlando vom 6.-11. November

Ambulante Versorgung – quo vadis?

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, 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. Michael Rühlmann, Göttingen ·
Dr. Florian Schuch, Erlangen · Dr. Jochen Veigel, Hamburg

JAHRGANG 18 · 5-2026 | 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, S. 3 o., 6 o. – ©AdobeStock,
S. 3 u., 21 – ©Shutterstock, S. 16 – ©Initiative RheumaPreis

FREIE JOURNALISTEN: Dr. Wiebke Kathmann (WK)

Bis auf Weiteres wird in allen Texten 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.

RÜCKBLICK AUF DEN DEUTSCHEN RHEUMATOLOGIEKONGRESS 2026

Patientenversorgung, Leitlinien und neue Therapien im Fokus

Vom 9.-12. September 2026 fanden im Congress Center Leipzig (CCL) der 54. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh), die 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und 36. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) statt. Besonderheiten rheumatischer Erkrankungen im höheren Lebensalter und bei Kindern, neue Entwicklungen im Bereich zellulärer Therapien, Interaktionen zwischen angeborenem und erworbenem Immunsystem und der Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) in der klinischen Praxis waren zentrale Themen. Mit 3.045 Teilnehmern – überwiegend vor Ort, teils online – kann die Tagung als großer Erfolg für die deutsche Rheumatologie verbucht werden.

Der Deutsche Rheumatologiekongress (RhK) 2026 punktete mit einer Vielzahl an wissenschaftlichen Beiträgen (64 Sitzungen), aktuellen Forschungsergebnissen (377 Poster) und praxisrelevanten Diskussionen, die durchweg gut frequentiert waren. Wie schon in den Vorjahren war die Tagung geprägt vom Spannungsfeld zwischen stetig voranschreitenden Fortschritten in der Therapie bei zugleich zunehmendem Mangel an Rheumatologinnen und Rheumatologen – dies noch verstärkt durch die gesundheitspolitischen Entwicklungen mit steigendem Kostendruck (Stichwort: GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz). Ein Ansatz, der Ressourcenknappheit zu begegnen, ist dabei die Delegation ärztlicher Leistungen an die Rheumatologische Fachassistenz (RFA), der Fachverband hielt bereits am Eröffnungstag sein 25. Fortbildungstreffen ab. Obwohl dabei einige Fallstricke zu beachten sind, hat auch die KI erhebliches Potenzial, Behandlern einigen Zeitdruck zu nehmen.

Bereits vor dem RhK wurden zwei wichtige DGRh-Leitlinien publiziert, das Update zur Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) sowie Empfehlungen zum Management von kardiovaskulären Komorbiditäten bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Einen ersten Ausblick gab es auf die kommende S2k-Leitlinie zur juvenilen idiopathischen Arthritis, die erstmals eigene Kapitel und Therapiealgorithmen für die Enthesitis-assoziierte Arthritis und juvenile Psoriasis-Arthritis beinhalten wird. Besondere Highlights waren die Plenarsitzung zur Kongresseröffnung zum Thema Immunalterung und eine weitere zu den Herausforderungen und Besonderheiten rheumatischer Erkrankungen in höherem Lebensalter. Ebenfalls ein Schwerpunkt waren die bei Frauen mit Kinderwunsch zu verzeichnenden Fortschritte mit mehr einsetzbaren Therapien vor, während und nach der Schwangerschaft.

In mehreren Sitzungen, so auch der Great Debate, wurden neue Erkenntnisse zu den primär bei den Kollagenosen, aber auch ANCA-Vaskulitiden und therapierefraktärer RA erprobten CAR-T-Zelltherapien und BiTE-Antikörpern besprochen. Immer klarer wird, dass es kein entweder oder geben wird, sondern die richtige Therapie, auch in sukzessiver Abfolge, für den individuellen Fall gefunden werden muss und Sicherheitsaspekte im Blick



Prof. Dr. Ulf Wagner

zu behalten sind. Auch „konventionelle“ Anti-B-Zell-Therapien mit Rituximab (oder neu Obinutuzumab) zur Erhaltung nach solchen Interventionen werden vermehrt diskutiert. Ebenfalls beleuchtet wurden die Wechselwirkungen zwischen angeborenem und erworbenem Immunsystem. Darüber hinaus förderten interdisziplinäre Sessions den Austausch mit benachbarten Fachgebieten, etwa der Hämato-Onkologie. Zum Abschluss des Kongresses veranstaltete die Deutsche Rheuma-Liga wieder den Patientinnen-/Patiententag. ■

Auf ein
Wiedersehen beim Deutschen
Rheumatologiekongress 2027, der
wieder gemeinsam mit der DGORh
und GKJR vom 8.-11. September im
Estrel Hotel in Berlin abgehalten wird.

Prof. Dr. med. Ulf Wagner

Leiter des Bereichs Rheumatologie der Klinik und Poliklinik
für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie
Universitätsklinikum Leipzig der Universität Leipzig
Liebigstraße 18, 04103 Leipzig

RHEUMA Management



rfa-aktuell.de

FACHZEITSCHRIFT &
ONLINE-PORTAL FÜR
DIE RHEUMATOLOGISCHE
FACHASSISTENZ.

RFA aktuell

Praxisnahe Tipps,
aktuelle, zielgruppen-
relevante Themen und
interprofessioneller
Austausch.

Die Informationsplattform
für Rheumatologen –
in Print und digital

[rheumamanagement-
online.de](https://rheumamanagement-online.de)



JETZT
QR-Code scannen
und informiert
bleiben!



BDRh

Mitteilungen des BDRh

- 14 Ambulante Versorgung:
Primärversorgungssystem, ASV Rheuma
und DMP-RA – wie passt das zusammen?
Dr. Silke Zinke
- 16 Herausgabepflicht des Arztes gegenüber
Patienten – von der Akteneinsicht bis zur
unentgeltlichen Kopie
Rechtsanwalt Christian Koller



Praxismanagement

- 18 GKV-Stabilisierungsgesetz:
Antworten auf die Herausforderungen
Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer
- 19 Wie lange trägt das Modell der
arztzentrierten Praxis noch? Delegation,
Praxisstruktur und Rolle von Ärzten
Rechtsanwalt Hans-Joachim A. Schade
- 21 Transition: Jeder zweite junge
Erwachsene ohne rheumatologischen
Facharzt



RhK 2026 in Leipzig

ab Seite 46

HIER STEHT EINE ANZEIGE.



Aktuelle Publikationen

- 24 Bildgebende Diagnostik
Jaccoud-Arthropathie als Differenzialdiagnose
Prof. Dr. Herbert Kellner
- 25 Rheumatische Autoimmunerkrankungen
- 26 Rheumatoide Arthritis
- 32 Juvenile idiopathische Arthritis
- 33 Psoriasis-Arthritis
- 36 Axiale Spondyloarthritis
- 39 Polymyalgia rheumatica
- 40 Riesenzellerteriitis
- 42 Systemischer Lupus erythematoses
- 44 Systemische Sklerose



Neues aus der Industrie

- 65 IgG4-assoziierte Erkrankung:
Bedeutung und mögliche neue
Therapieansätze



Marktplatz

- 74 Praxisabgabe/Stellenangebote

Ina Kötter aus Hamburg neue Präsidentin

Im Rahmen ihrer Wahlen in der Mitgliederversammlung der DGRh am 10. September 2026 in Leipzig besetzte die Fachgesellschaft turnusgemäß Ämter in Vorstand und Beirat neu. Nach dem RhK 2026 beginnt die zweijährige Amtsperiode von Prof. Dr. Ina Kötter als neue DGRh-Präsidentin. Die Rheumatologin mit Zusatzweiterbildung Immunologie leitet die Sektion Rheumatologie und entzündliche Systemerkrankungen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und ist Direktorin der Klinik für Rheumatologie und Immunologie sowie Ärztliche Leiterin der rheumatologischen Rehabilitation an der Auenlandklinik Bad Bramstedt.

Prof. Kötter studierte Humanmedizin an der Eberhard Karls Universität Tübingen und promovierte dort 1990. Nach der Anerkennung als Fachärztin für Innere Medizin erwarb sie die Schwerpunktbezeichnungen Rheumatologie sowie Hämatologie und Internistische Onkologie. Bis 2012 fungierte sie in Tübingen als leitende Oberärztin. Von 2006 bis 2012 leitete sie zudem das Interdisziplinäre Zentrum für Klinische Immunologie, Rheumatologie und Autoimmunerkrankungen (INDIRA). Mit einer Arbeit zu Pathogenese, Epidemiologie und Therapie des Behçet-Syndroms habilitierte sie sich 2004 und erhielt die Venia legendi für Innere Medizin. Die heute 64-Jährige wurde 2008 zur außerplanmäßigen Professorin an der Universität Tübingen ernannt. Nach Stationen als Leiterin der Rheumatologie am Robert Bosch Krankenhaus in Stuttgart und als Chefärztin für Rheumatologie, Immunologie und Nephrologie an der Asklepios Klinik Altona in Hamburg übernahm sie 2019 die Leitung der Rheumatologie am UKE und in Bad Bramstedt.

Zu ihren wissenschaftlichen Arbeitsbereichen gehören die Immunvaskulitiden und Kollagenosen sowie autoinflammatorische Erkrankungen. Im Mittelpunkt ihrer Forschung stehen insbesondere Biomarker, Fragen der Immuntherapie und Im-



Prof. Dr. Ina Kötter

munsuppression sowie der Einsatz von Stammzelltransplantationen und Zelltherapien bei Autoimmunerkrankungen. In der DGRh ist Kötter seit vielen Jahren aktiv. Von 2009 bis 2022 gehörte sie dem Beirat an. 2023 wurde sie als Kassenführerin in den Vorstand gewählt, bevor sie 2024 das Amt der 1. Vizepräsidentin übernahm.

WEITERE ÄNDERUNGEN IN VORSTAND, AGS UND BEIRAT

Zum neuen 1. Vizepräsidenten wählte die Mitgliederversammlung Prof. Dr. Martin Aringer, Bereichsleiter der Rheumatologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik III und Direktor des UniversitätsCentrums für Autoimmun- und Rheumatische Erkrankungen (UCARE) am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden. Mit Ende seiner zweijährigen Amtszeit als Präsident wird Prof. Dr. Ulf Wagner, Leiter der Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig, 2. Vizepräsident, und folgt auf Prof. Dr. Christof Specker, der turnusgemäß aus dem Vorstand scheidet.

Auch bei den Arbeitsgemeinschaften der DGRh gibt es Veränderungen: Neuer Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren (AGRZ) ist Prof. Dr. Jörg Henes aus Tübingen, der auf Martin Aringer folgt. Eine Doppelspitze führt zukünftig die Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie (AGJR): Dr. Marie-Therese Holzer, Hamburg, und

Dr. Anna Meinecke, Hannover, übernehmen gemeinsam das Sprecherinnenamt und vertreten damit die junge Rheumatologie auch im Vorstand der DGRh. Die Sprecherposition der Arbeitsgemeinschaft Kompetenznetz Rheuma (KNR) bleibt bei Prof. Dr. Torsten Witte, Hannover, als Sprecher. Stellvertreterin ist weiterhin PD Dr. Nina Chevalier aus Freiburg.

Im Beirat der DGRh wurden sechs Positionen nachbesetzt: Wiedergewählt wurden Prof. Dr. Christoph Fiehn, Baden-Baden, Prof. Dr. Uta Kiltz, Herne, Prof. Dr. Martin Rudwaleit, Bielefeld, Dr. Florian Schuch, Erlangen und Prof. Dr. Anja Strangfeld, Berlin. Neu in den Beirat wählte die Mitgliederversammlung Prof. Dr. Nils Venhoff aus Freiburg. ■

Quelle: Pressemitteilung DGRh, 16. September 2026

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

Ambulante Versorgung: Primärversorgungssystem, ASV Rheuma und DMP-RA – wie passt das zusammen?

Die detaillierte Ausgestaltung des Primärversorgungssystems verzögert sich. Obwohl eine strukturierte Patientensteuerung im Koalitionsvertrag verankert ist, der GKV-Spitzenverband im Februar einen digitalen Versorgungspfad festlegte und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein verbindliches Modell vorlegte, fehlt bis heute ein Regierungsentwurf. Über aktuelle Entwicklungen berichtete beim RhK in Leipzig die 1. BDRh-Vorsitzende, Dr. Silke Zinke, Berlin.



Dr. Silke Zinke

Die Dringlichkeit von Behandlungen sollte künftig digital geklärt werden, um Patienten gezielt durch das System zu lotsen. Haus- und Kinderarztpraxen sollen als primäre Anlaufstellen fungieren. Über qualifizierte Überweisungen und priorisierte Facharzttermine soll die Steuerung erfolgen. Für die Rheumatologie bedeutet dies einen qualifizierten Zugang, dessen genaue Umsetzung und Dringlichkeitskriterien jedoch noch unklar sind. Eine wichtige Rolle werden dabei die E-Überweisung und die E-Terminvermittlung spielen.

Aus fachärztlicher Sicht ist eine Ausnahmeregelung für Patienten mit bekannter Diagnose notwendig, um neue Engpässe durch obligatorische Hausarztkontakte zu vermeiden. Zudem muss die Steuerung qualifizierter werden, da die Trefferquoten der Hausärzte stark variieren und jene der Terminservicestellen (TSS) unzureichend sind.

AUSWIRKUNGEN DES GKV-STABILISIERUNGSGESETZES

Das Gesetz wird die ambulante Versorgung im nächsten Jahr massiv prägen. Zwar war der Einsatz zur Labor-Selbsterbringung erfolgreich, jedoch wird das Vergütungswachstum an die GKV-Einnahmen gekoppelt. Dies führt zu Einsparungen von **3 Milliarden Euro im ambulanten System**.

DIE WESENTLICHEN MASSNAHMEN UND FOLGEN:

- **Budgetierung:** Die entbudgetierte Gesamtvergütung (z. B. für ambulantes Operieren) wird in die Regelversorgung überführt.
- **Wegfall von Anreizen:** Die TSVG-Anreize entfallen vollständig. Terminservicestellen, Hausarztvermittlungen und offene Sprechstunden werden nicht mehr extrabudgetär vergütet.
- **Kürzungen:** Die haus- und kinderärztliche Versorgung wird trotz vorheriger Entbudgetierung abgeschmolzen; zudem werden Mindestmengen eingeführt und Zuschläge gestrichen.
- **Honorarverluste:** Der Wegfall der TSS-Vergütungen führt zu Einbußen von bis zu **30.000 Euro pro Facharzt**.

Laut Modellrechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) führt diese Geldkürzung bundesweit zu rund 4,6 Millionen weniger Behandlungsfällen pro Jahr. In der Rheumatologie betrifft dies knapp 300.000 Behandlungsfälle pro Jahr.

Ab 2027 werden in vielen KVen die Budgets neu reguliert. Wenn sich die Abrechnungsroutine, wie von der KBV vorgeschlagen ändert und nicht mehr allein auf den Vorjahreszahlen beruht, sondern eine definierte Leistungsmenge aktuell abrufbar ist, droht ein Rückgang um bis zu 170 Millionen Behandlungsfälle bundesweit im fachärztlichen Bereich.

Für die Rheumatologie entspräche dies einem Wegfall von über 700.000 Fällen. Konkret könnte die Zahl der bezahlten Fälle in der Inneren Medizin/Rheumatologie von knapp 1.000 auf 807 sinken – bei einer geforderten Mindestanzahl von 530 Patienten bei 25 Wochenstunden. In der Praxis bedeutet ein solcher Rückgang um mehr als ein Drittel der Fälle, dass das wirtschaftliche Arbeiten gefährdet ist und hochqualifiziertes Personal entlassen werden muss.

CHANCEN DURCH DIE AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG (ASV)

Die **ASV Rheuma** bietet eine wichtige wirtschaftliche und strukturelle Alternative, da sie **extrabudgetär, zu festen Preisen und ohne Mengengrenzung** vergütet wird. Das Modell

wächst kontinuierlich: Aktuell existieren bundesweit 85 Teams (Vorjahr: 81), die über 230.000 Patienten versorgen.

NEUERUNGEN IN DER ASV:

- **Erweiterung:** Eine Ausweitung der PET-Optionen schließt diagnostische Lücken bei Dermatomyositis und kardialer Sarkoidose.
- **Bürokratieabbau:** Die Qualitätsnachweise für Sonografien wurden vereinheitlicht. Es genügen nun die passende Weiterbildung, eine qualifizierende Tätigkeit oder der Nachweis entsprechender Ultraschallkurse.

Da die ASV die Auswirkungen des GKV-Stabilisierungsgesetzes deutlich abmildern könnte, wird allen noch nicht organisierten Rheumatologen (aktuell rund 30 %) der Beitritt dringend empfohlen.

DAS DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMM (DMP) RHEUMA

Das DMP organisiert die Versorgung verbindlich und koordiniert die Schnittstelle zwischen Haus- und Facharzt über standardisierte Versorgungspfade. Obwohl bereits seit dem 01.10.2021 möglich, hat das Programm erst im Jahr 2025 begonnen. Nach der ersten Aktualisierungsrunde läuft es aktuell in Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe, Nordrhein und Thüringen folgen als Nächstes. In Bayern ist der Start voraussichtlich für den 01.04.2027 geplant. Da die Verträge regional verhandelt werden, entsteht hierbei jedoch ein regulatorischer Flickenteppich. Ein Nachteil bleibt, dass das DMP bislang auf die rheumatoide Arthritis beschränkt ist.

Quelle: Sitzung „Rheumatologische Versorgung in Deutschland: Quo vadis?“, RhK, Leipzig, 11. September 2026

85

Teams Erwachsene
Vorjahresbericht: 81

8

Teams Kinder &
Jugendliche
unverändert

DYNAMIK

+4

Erwachsenenteams

gegenüber dem Vorjahresbericht des G-BA

INANSPRUCHNAHME

~230.000

Patienten in Q4/2025

bundesweiter Stand 8.4.2026 | sektorenverbindende Versorgung seit 2018

FAZIT

Die Berufsverbände und die KBV kritisieren, dass massive Honorarkürzungen und Budgetneuordnungen beschlossen wurden, bevor eine funktionierende Patientensteuerung etabliert wurde. Zudem sorgt die politische Prioritätensetzung für Unverständnis: Während der Apothekenbereich durch neue Aufgaben (z. B. Impfungen) finanziell gestärkt wird, werden Impfungen im ärztlichen Bereich ab dem nächsten Jahr voraussichtlich budgetiert. Die aktuellen Einschränkungen machen die Belastungsgrenzen der ambulanten Medizin sichtbar. Sie sind jedoch auch ein notwendiges Signal an die Politik, um den Dialog mit den Ärztevertretern und Patientenorganisationen (wie der Rheuma-Liga) wieder aufzunehmen. ■

Neuigkeiten zum Vertrag zur Besonderen Versorgung Rheuma mit der BARMER

Zum 1. Oktober 2026 konnte der BARMER „Vertrag zur besonderen Versorgung Rheuma“ bundesweit geöffnet werden. Somit ist auch Rheumatologinnen und Rheumatologen in Bremen, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Westfalen-Lippe eine Vertragsteilnahme möglich. Gerade in Zeiten, in denen durch das Beitragssatzstabilisierungsgesetz Honorarkürzungen umgesetzt werden, sind Selektivverträge ein wichtiger Baustein für eine wirtschaftliche Praxisführung.

Einzelheiten zum Vertrag sind unter <https://www.bdrh.de/versorgungsmodelle/barmar/> zu finden. Einen schnellen Überblick gibt der Vertragssteckbrief. Weiter stellt der BDRh auf seiner Webseite einen Umsatzrechner zur Verfügung, mit dem Ärztinnen und Ärzte mit wenigen Eingaben das Umsatzpotenzial für die Selektivverträge des BDRh abschätzen können.

Neben der bundesweiten Umsetzung wurden kleine Änderungen an den Inhalten der Leistungsziffern vorgenommen, um den Vertrag klar vom DMP Rheumatoide Arthritis abzugrenzen. ■

Herausgabepflicht des Arztes gegenüber Patienten – von der Akteneinsicht bis zur unentgeltlichen Kopie

Jeder Patient hat einen Anspruch darauf, die über ihn geführte Patientenakte einzusehen und sich Kopien aushändigen zu lassen. Die Pflicht des Arztes zur Einsichtsgewährung und Herausgabe von Kopien ist seit dem Patientenrechtegesetz in den §§ 630f, 630g BGB kodifiziert und beruht rechtsdogmatisch auf dem verfassungsrechtlich geschützten informationellen Selbstbestimmungsrecht, aus dem der Bundesgerichtshof (BGH) das Einsichtsrecht schon vor der Kodifikation als vertragliche Nebenpflicht hergeleitet hat.

RECHTSGRUNDLAGEN UND UMFANG

Nach § 630g Abs. 1 S. 1 BGB ist der Patientin auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, sie betreffende Patientenakte zu gewähren. Ein besonderes rechtliches Interesse muss nicht dargelegt werden. Der Anspruch erfasst die gesamte Akte einschließlich der objektiven Befunde, der Behandlungsmaßnahmen, der ein- und ausgehenden Arztbriefe sowie der apparativ gewonnenen Datensätze wie EEG, EKG, CT und MRT. Nach überkommener BGH-Rechtsprechung war das Einsichtsrecht ursprünglich auf objektivierbare Befunde und Behandlungsfakten beschränkt; seit dem Patientenrechtegesetz sind nach der Gesetzesbegründung auch subjektive Eindrücke und Bewertungen des Behandelnden grundsätzlich offenzulegen, weshalb von der Führung „paralleler“ Akten abzuraten ist.

EINSICHT BZW. HERAUSGABE VON KOPIEN UND ORIGINALEN

Wichtig ist die begriffliche Differenzierung: Die Originale stehen im Eigentum des Arztes bzw. des Krankenhausträgers, sodass ein Anspruch auf dauerhafte Herausgabe der Originalunterlagen nicht besteht. Die Einsichtnahme erfolgt nach der Verweigerung auf § 811 BGB grundsätzlich in den Praxisräumen zu den üblichen Öffnungszeiten. Dagegen kann die Patientin nach § 630g Abs. 2 S. 1 BGB jederzeit physische oder elektronische Kopien verlangen. Röntgenaufnahmen, CT- und MRT-Bilder sowie auch histologische Präparate sind, da nicht kopierbar, zumindest vorübergehend zu überlassen. Wichtig ist aber, dass man sich die Herausgabe quittieren lässt. Sollten dem Patienten sodann die Bilder und/oder Präparate abhanden kommen, wäre der Arzt vor Nachteilen in der Beweisführung geschützt.



Rechtsanwalt Christian Koller

GRENZEN

Die Einsicht kann nur verweigert werden, soweit erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen; die Gründe sind der Patientin zu benennen. Bei therapeutischen Bedenken – namentlich in der Psychiatrie – ist die Verweigerung nur bei konkreter Gesundheitsgefährdung zulässig, wobei die Notwendigkeit der Einsicht in die vollständigen Unterlagen auch bei psychiatrisch behandelten Patienten bejaht worden ist. Rechte Dritter, etwa schutzwürdiger Familienangehöriger, rechtfertigen eine partielle Schwärzung. Auch nach Ablauf der zehnjährigen Aufbewahrungsfrist des § 630f Abs. 3 BGB bleiben die Unterlagen insoweit einsichtspflichtig, als sie noch existieren.

UMFANG IM EINZELNEN

Abrechnungsziffern, interne Notizen und Unterlagen über die interne Organisation einer Arztpraxis stellen keine Behandlungsunterlagen dar, auf deren Herausgabe der Patient einen Anspruch hat. Interne Stellungnahmen, die nur internen Abläufen und nicht der Behandlungsdokumentation dienen, fallen ebenfalls nicht unter das Einsichtsrecht. Dies gilt auch für Abrechnungsziffern, die der Honorierung dienen und nicht der

medizinischen Dokumentation. Interne Notizen, To-Do-Einträge und Gesprächsnotizen, die der Arzt für sich selbst anfertigt, stellen ebenfalls keine Behandlungsunterlagen im Sinne von § 630f BGB dar; sie dienen als Gedächtnisstütze und enthalten oft persönliche Aufzeichnungen, die nicht für Dritte bestimmt sind. Auch explizit interne Notizen nach unangenehmen Kontakten mit Patienten unterliegen nicht der Herausgabepflicht, solange sie nicht Teil der medizinischen Dokumentation sind; die Rechtsprechung erkennt hier schutzwürdige Persönlichkeitsrechte des Arztes an. Maßgeblich ist damit die Zuordnung zur Patientenakte: Nur die aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Inhalte unterliegen der Dokumentations- und Offenlegungspflicht, reine Vermerke der internen Praxisorganisation bleiben dagegen einsichtsfrei.

KOSTEN DER EINSICHTNAHME UND KOPIEN

Für die Einsichtnahme in die Originalakte in den Praxisräumen darf der Arzt kein Entgelt verlangen; nur den Ort und die Zeit kann er nach § 630g Abs. 1 S. 3 BGB i.V.m. § 811 BGB bestimmen. Für Kopien sieht § 630g Abs. 2 S. 2 BGB zwar eine Kostenerstattungspflicht des Patienten vor, diese Regelung ist jedoch in ihrem Kern durch den Europäischen Gerichtshof (EuGH) überholt: Nach dem Urteil vom 26. Oktober 2023 in der Rechtssache C-307/22 muss der Arzt dem Patienten eine erste Kopie seiner personenbezogenen Daten unentgeltlich zur Verfügung stellen, und zwar unabhängig davon, ob die Kopie zur Kontrolle der Datenverarbeitung oder etwa zur Vorbereitung einer Arzthaftungsklage begehrt wird.

Kostenerstattung verlangen darf der Arzt danach nur noch in zwei Konstellationen: erstens für alle weiteren Kopien über die Erstkopie hinaus (Art. 15 Abs. 3 S. 2 DSGVO), zweitens bei offenkundig unbegründeten oder – etwa wegen häufiger Wiederholung – exzessiven Anträgen (Art. 12 Abs. 5 S. 2 DSGVO), wobei ihn die Darlegungs- und Beweislast für den Missbräuchlichkeitscharakter trifft. Der Umfang des Entgelts bemisst sich nach den Verwaltungskosten und dem materiellen Aufwand; ersatzfähig sind insbesondere Kopier- und Datenträgerkosten (etwa für CDs mit bildgebender Diagnostik) sowie Versand- und Verpackungskosten, nicht dagegen Honorarbestandteile oder allgemeine Praxiskosten – üblich sind etwa 0,20-0,50 EUR pro Seite.

BERECHTIGTE EMPFÄNGER DER PATIENTENDOKUMENTATION

Wem gegenüber der Arzt die Dokumentation herausgeben darf, bestimmt sich zunächst nach der ärztlichen Schweigepflicht aus § 203 StGB und der berufsrechtlichen Verschwiegenheitspflicht (§ 9 MBO-Ä): Ohne Einwilligung des Patienten bzw. eine Schweigepflichtentbindungserklärung darf der Arzt Krankheitsdaten Dritten nicht zugänglich machen. Primär berechtigt ist der Patient selbst; für ihn kann das Einsichtsverlan-

gen der gesetzliche Vertreter (etwa die Personensorgeberechtigten eines nicht einsichtsfähigen Minderjährigen oder ein Betreuer) oder ein Bevollmächtigter geltend machen, wobei die Bevollmächtigung und die beizufügende Schweigepflichtentbindung aktuell, konkret und anlassbezogen sein müssen. Einer bevollmächtigten Vertrauensperson, namentlich einem Rechtsanwalt, können die Unterlagen auch zur Einsichtnahme übersandt werden. Eine Weitergabe an nachbehandelnde Ärzte ist im Rahmen der weiteren Behandlung zulässig; bei Röntgenaufnahmen folgt dies zudem aus dem Rechtsgedanken des § 28 Abs. 8 RÖV, wonach die Aufzeichnungen und Röntgenbilder dem später untersuchenden Arzt vorübergehend zu überlassen sind.

Nach dem Tod des Patienten stehen die Rechte aus § 630g Abs. 1 und 2 BGB den Erben zur Wahrnehmung vermögensrechtlicher Interessen (etwa Schadensersatzansprüche) und den nächsten Angehörigen zur Geltendmachung immaterieller Interessen zu, soweit dem nicht der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Verstorbenen entgegensteht. Zu beachten ist, dass weder Erben noch Angehörige den Arzt wirksam von der Schweigepflicht entbinden können, da diese Befugnis höchstpersönlich und nicht vererblich ist; der Arzt ist insoweit gewissermaßen die letzte Instanz und muss den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen gewissenhaft ermitteln. Schließlich kann das Einsichtsrecht kraft *cessio legis* auf die gesetzliche Krankenversicherung übergegangen sein (§ 116 Abs. 1 S. 1 SGB X i.V.m. §§ 401, 412 BGB), wenn sie übergegangene Schadensersatzansprüche des Patienten prüft. Gegenüber privaten Versicherern oder Abrechnungsstellen ist die Übermittlung nur mit einer aktuellen, auf den konkreten Anlass bezogenen Schweigepflichtentbindung des Patienten zulässig.

DURCHSETZUNG UND SANKTIONEN

Kommt der Arzt seinem Verlangen nicht nach, kann der Patient seinen Anspruch als Leistungsklage gerichtlich geltend machen. Weigert sich der Behandler, hat das erhebliche prozessuale Folgen: Die Verweigerung der Einsicht oder Herausgabe der Dokumentation kann als Beweiserschwerung oder -vereitelung gewertet werden und zur Umkehr der Beweislast führen; flankierend greift die Beweisvermutung des § 630h Abs. 3 BGB bei unterlassener Dokumentation.

Letztendlich sind Herausgabeverlangen von Patienten immer ernst zu nehmen und möglichst umgehend zu erfüllen, um unnötige Herausgabeklagen zu vermeiden. ■

Rechtsanwalt Christian Koller
TACKE KOLLER Rechtsanwalts-gesellschaft
mbH & Co KG
Rindermarkt 16, 80331 München
koller@tacke-koller.de

BDRh



Antworten auf die Herausforderungen

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (GKV-BStabG) ist als Spargesetz für alle Akteure im Gesundheitssektor eine Herausforderung. Schließlich sollen nach Meinung der Regierung alle zur Stabilisierung der GKV-Ausgaben beitragen. Alle heißt, sowohl die Krankenkassen ebenso wie die verschiedenen Leistungserbringer, aber auch die Versicherten und Patienten. Für die Leistungserbringer bedeutet dies in erster Linie eine Kürzung der erwarteten Vergütungen bzw. Erlöse und damit eine Verschärfung der ökonomischen Lage der Praxen, der Krankenhäuser und weiteren Gesundheitsbetriebe. Doch soll die Kürzung der Entgelte nicht mit einer Einschränkung der Leistungen beantwortet werden, was die ökonomische Lage stabilisieren könnte.

Ist nun vom neuen Gesundheitsminister Linnemann eine Änderung der Reformagenda zu erwarten? Ganz bestimmt nicht! Im Wesentlichen wird sich der neue Gesundheitsminister auf die Umsetzung des Beschlossenen konzentrieren. Vor allem die Leitmaxime der geplanten Reform, nämlich eine „einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ umzusetzen, lässt keinen Strategiewechsel erwarten. Und dies obwohl mit einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ eine Rationierung in der Gesundheitsversorgung unvermeidlich wird.

Das Ziel ist es, die Arbeitsplätze in Deutschland wettbewerbsfähiger zu machen und zugleich die Arbeitnehmer nicht zu sehr durch Sozialabgaben zu belasten. Doch lassen sich diese Ziele nicht auch anders erreichen? Eine grundlegende Reform der GKV ebenso wie der gesamten Sozialversicherung ist geboten, bedingt durch die Alterung der Bevölkerung und die Intensivierung des internationalen Wettbewerbs.

Beide Megatrends verbieten eine Finanzierung der GKV, die eng an die wirtschaftliche Entwicklung, genauer an die Entwicklung der Arbeitskosten, gebunden ist bzw. danach ausgerichtet wird. Im Hintergrund steht die hohe Abgabenlast für Unternehmen und auch für Arbeitnehmer am Standort Deutschland. Diese trägt dazu bei, dass derzeit nahezu täglich aus Deutschland Arbeitsplätze abwandern. Dabei gibt es keinen sachlichen Zusammenhang zwischen einer steigenden Krankheitslast, bedingt durch die demografische Alterung der Bevölkerung und einer stagnierenden Arbeitsproduktivität, die von einer schrumpfenden Zahl an Nettozahlern der GKV begleitet wird. Der vorgegebene Grundsatz einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“ gleicht dem Beispiel, bei dem die Kuh, von deren Milch man lebt, geschlachtet wird. Dies löst das Problem bekanntlich nur kurzfristig.

Erforderlich ist es, die Sozialabgaben grundsätzlich von den Arbeitskosten abzulösen. Das Bismarck'sche System einer paritätischen Finanzierung der Sozialversicherung kann bei dem sich verschärfenden globalisierten Wettbewerb der Arbeitsplätze nicht mehr beibehalten werden, will man den Wohlstand des Landes nicht insgesamt aufs Spiel setzen.

Bis aber Deutschland aus parteipolitischen Gründen eine nachhaltige Reform der Sozialversicherung, wenn auch nur



Univ.-Prof. Dr. Günter Neubauer

schrittweise umsetzen kann, müssen sich die Akteure im Gesundheitswesen entsprechend wappnen, um die anstehenden Spar-Reformen ökonomisch zu überstehen. Es gilt Kosten zu senken, sei es durch Leistungskürzung oder durch neue, wirtschaftlichere Betriebsprozesse, damit der Arztberuf auch unter verengten ökonomischen Bedingungen, weiterhin für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv bleibt. Ein dritter Weg, indirekt die Erlöse zu erhöhen, durch vermehrte Selbstzahler, steht nur begrenzt offen. Insbesondere für eine Tätigkeit in der ambulanten Versorgung muss für die zunehmende Zahl an Ärztinnen die Attraktivität gesteigert werden, zumal, demografisch bedingt, das Nachwuchspotenzial auch für den Arztberuf schrumpft.

KONSEQUENZEN FÜR DIE ÄRZTLICHE VERSORGUNGSSTRUKTUR

Zunächst ist es wichtig, zu erkennen, dass die inhabergeführte Arztpraxis, ähnlich wie in anderen Berufsbereichen auch, nicht länger als Ein-Personenbetrieb ökonomisch zukunftsfähig ist! Ebenso wie in anderen Dienstleistungsberufen, etwa den Rechtsanwälten, Notaren oder auch Einzelhandelsbetrieben, ist der Zusammenschluss zu größeren Betriebseinheiten geboten. Das bedeutet nicht, dass Praxis-Inhaber, nahe der Altersgrenze, jetzt diesen Schritt noch tun sollten, jedoch spätestens bei einer Praxisübergabe an jüngere Kolleginnen oder Kollegen wird ein solcher Schritt unabdingbar sein. Nach einer Befragung des ZEW Mannheim wurden im Jahr 2025 ca. 5.500

Praxen geschlossen. Wichtigster Grund war, dass keine Nachfolger gefunden wurden.

Was sind die Vorteile der verschiedenen Arten von Großpraxen? Größere Betriebseinheiten bringen dadurch betriebswirtschaftliche Kostenvorteile, weil u. a. der Einkauf von Praxiseinrichtungen, inklusive Software, vorteilhafter gestaltet werden kann. Aber auch die gruppeninterne Spezialisierung bringt Vorteile. Insgesamt kann das unterstützende Personal produktiver eingesetzt werden. Hinzu kommt: Die Einstellung der jüngeren Generation zur Arbeitszeit ist heute eine andere. Insbesondere für Frauen, die eine Familienphase planen, ist eine Teilzeittätigkeit Bedingung für Ihre Erwerbstätigkeit. Und es zeichnet sich ab, dass alle Arztberufe nicht mehr ohne Frauen auskommen. Daher muss eine Praxis so groß sein, dass einzelne Ärztinnen, aber auch Ärzte, eine Teilzeittätigkeit wählen können, ohne dass der Praxisbetrieb eingeschränkt werden muss.

Derzeit sind in der vertragsärztlichen Versorgung MVZs eine beliebte und wachsende Versorgungsform. Sie erschließen vor allem Wirtschaftlichkeitspotenziale, die durch eine Re-Organisation des Praxisbetriebs generiert werden. Will die Ärzteschaft nicht für investorengetragenen Betriebstypen die Tore öffnen, muss sie von diesen lernen, ohne ihre eigene Identität aufzugeben. Es gilt also Praxisgemeinschaften, Praxisverbünde oder auch Gemeinschaftspraxen entsprechend zu stützen und zu fördern. Zugleich können von Ärztinnen und Ärzten getragene Großpraxen bestimmte Nachteile der investorengetragenen MVZs vermeiden, indem sie z. B. Konzepte entwickeln, wie die vernachlässigte ländliche Patientenversorgung langfristig sichergestellt werden kann. Kreativität ist gefordert!

Für die ärztlichen Institutionen wie wissenschaftliche Gesellschaften oder Berufsverbände ist es nicht zielführend, MVZs, die von Investoren getragen werden, als sogenannte Feinde anzusehen*. Zu empfehlen ist vielmehr, die dort tätigen Ärz-

tinnen und Ärzte als willkommene Kollegenschaft und als Mitglieder zu kooptieren. Schließlich sind es oft diese MVZs, die Praxen von Ärzten übernehmen, die in den Ruhestand treten. Nicht selten werden die abgebenden Ärzte noch eine Zeit lang als Angestellte in ihrer früheren Praxis beschäftigt. Dies sollte nicht Anlass sein, ihre Mitgliedschaft im Berufsverband zu stornieren. Dies gilt auch, wenn MVZs weiterverkauft werden. Hier wechselt zwar der Eigentümer, nicht aber die angestellten Ärztinnen und Ärzte!

Schließlich zeichnet sich auch als neue Versorgungsform ein integrierter regionaler Versorgungsverbund ab, der ein gemeinsames Budget von den Krankenkassen erhält und dafür die volle medizinische Versorgung für die Versicherten der teilnehmenden Kassen in dieser Region gewährleistet. Welche Rolle in einem solchen Versorgungsverbund niedergelassene Rheumatologen übernehmen, hängt von ihrem Organisationsgrad ab. Nur als regionaler Fachverband können sie für sich eine entsprechende Rolle behaupten. Dass dabei die digitale Ausstattung beziehungsweise Kommunikationsfähigkeit der Mitglieder eine eigene elementare Voraussetzung ist, versteht sich von selbst.

Generell wird die ökonomische Unterstützungsfunktion der Berufsverbände für ihre Mitglieder an Bedeutung gewinnen, vorausgesetzt, sie können die Vorteilhaftigkeit einer Mitgliedschaft überzeugend darstellen. ■

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer

Institut für Gesundheitsökonomik

Frau-Holle-Straße 43, 81739 München

*Aufgrund der politischen Diskussion gibt es aktuell keine Lösung, investorbetriebene MVZs nicht zuzulassen. Dass MVZs von Ärzten und Krankenhäusern gegründet und betrieben werden können, zeigt eine vdek-Grafik. Es erscheint momentan mehr zielführend, den Aufbau von MVZs durch nichtärztliche Investoren zu forcieren, statt deren Verbot zu reklamieren! Nebenbei: Eine Reihe von Klinikträgern sind, wie z. B. Helios, unabhängige Konzerne, wie der Gesundheitskonzern Fresenius SE.

ARZTPRAXIS IM WANDEL

Wie lange trägt das Modell der arztzentrierten Praxis noch? Delegation, Praxisstruktur und Rolle von Ärzten

Viele Ärztinnen und Ärzte, die sich eine Niederlassung vorstellen können – oder bereits niedergelassen sind – stehen vor der Frage: Wie lässt sich die eigene Praxis so organisieren, dass sie unter veränderten Bedingungen tragfähig bleibt – und zugleich zur eigenen beruflichen Situation passt? Der Medizinanwalt Hans-Joachim Schade, Wiesbaden, äußert sich zu Delegation, zur Struktur von Praxen und der zukünftigen Rolle von Ärzten.

Die meisten ambulanten Praxen – hausärztlich wie fachärztlich – funktionieren bis heute nach einem einfachen Prinzip: Der Arzt arbeitet – daraus entsteht der Umsatz. Dieses Modell war über viele Jahre stabil, gerät derzeit aber unter Druck. Nicht,

weil sich die ärztliche Tätigkeit grundlegend verändert hätte, sondern weil sich die Rahmenbedingungen verschieben. Versorgungsbedarf, Arbeitszeitmodelle und wirtschaftliche Parameter entwickeln sich auseinander. ►

Die Diskussion um Delegation – derzeit vor allem im hausärztlichen Bereich geführt – ist vor diesem Hintergrund weniger eine Frage der Entlastung, sondern Ausdruck einer strukturellen Veränderung.

„RUND 65 % DER ÄRZTLICHEN ARBEITSZEIT IST RECHTSSICHER DELEGIERBAR“

Die im März 2026 veröffentlichte Studie der Bertelsmann-Stiftung „Delegation im Praxisteam: Ein starker Hebel für die Sicherung der Versorgung“ wird in der Ärzteschaft kaum einheitlich aufgenommen werden. Politik und Krankenkassen werden in ihr eine Bestätigung sehen, dass Versorgung auch unter veränderten Rahmenbedingungen gesichert werden kann. In den Praxen selbst berührt sie jedoch einen empfindlichen Kern: das Selbstverständnis ärztlicher Tätigkeit und die Frage, wie wirtschaftliche Stabilität künftig erreicht werden kann. Die zentrale Aussage der Studie ist eindeutig: „Bereits heute sind rund 65 % der ärztlichen Arbeitszeit rechtssicher delegierbar.“ Daraus ergibt sich rechnerisch eine erhebliche Ausweitung der Versorgungskapazität. Eine durchschnittliche Praxis könnte sich von bislang etwa 900 bis 1.100 Fällen pro Quartal auf 1.800 bis 2.000 Fälle entwickeln.

Damit tritt eine Entwicklung deutlicher hervor, die sich seit Jahren abzeichnet: Wirtschaftliche Stabilität wird künftig weniger über die Verhandlungsmacht im KV-System entstehen, sondern über die Organisation der eigenen Praxis. Hinzu kommt ein weiterer Faktor, der diese Entwicklung beschleunigen könnte. Sollten – wie derzeit diskutiert – Einnahmebestandteile aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ganz oder teilweise entfallen, würde sich der wirtschaftliche Druck auf viele Praxen spürbar erhöhen. Ein Modell, das bislang auf stabilen, verlässlichen Einnahmen aus wiederkehrenden Arztkontakten beruhte, gerät damit ins Wanken.

ROLLE VON ÄRZTEN ÄNDERT SICH

In dieser Situation gewinnt die in der Studie beschriebene Struktur eine neue Bedeutung. Delegation und organisatorische Neuausrichtung wären dann nicht mehr nur ein mögliches Entwicklungsmodell, sondern in vielen Fällen eine wirtschaftliche Notwendigkeit. Die rechtlichen Voraussetzungen dafür sind längst geschaffen. Mit der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä, Stand 2023) wird erstmals ein klarer Rahmen für den Einsatz qualifizierter Praxisassistenten beschrieben. Delegation ist damit kein Zukunftsmodell mehr, sondern bereits Teil der gegenwärtigen Versorgungsrealität.

Die eigentliche Veränderung liegt jedoch nicht in Zahlen oder Strukturen, sondern in der Rolle des Arztes. Aus dem unmittelbar behandelnden Arzt wird zunehmend der verantwortliche Koordinator einer arbeitsteilig organisierten Praxis. Ein erheblicher Teil der Tätigkeit verlagert sich von der persönlichen Pati-



Rechtsanwalt Hans-Joachim A. Schade

entenbehandlung hin zu Führung, Abstimmung und Organisation. Damit entsteht ein Spannungsfeld, das in der Studie selbst nur am Rande sichtbar wird. Die traditionelle ärztliche Tätigkeit war geprägt durch unmittelbare Begegnung, persönliche Verantwortung und die Erfahrung, helfen zu können. Die neue Praxislogik folgt stärker den Prinzipien von Effizienz, Delegation und Steuerung.

Technisch und organisatorisch ist diese Entwicklung möglich. Ihre Umsetzung wird jedoch nicht allein durch politische Vorgaben bestimmt, sondern durch die Bereitschaft der Ärzte, ihre eigene Rolle neu zu definieren – und durch die Frage, ob Patienten diese Veränderung annehmen. Die kommenden Jahre werden daher weniger durch technische Innovationen geprägt sein als durch Entscheidungen über die Struktur der Praxis und das Selbstverständnis des Arztberufs unter veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. ■

Hans-Joachim A. Schade

Fachanwalt für Medizinrecht

Broglie, Schade & Partner GbR

Richard-Wagner-Str. 81

65193 Wiesbaden

Dieser Artikel ist im Original erschienen auf Coliquio.de.

Wissen & Austausch für bessere Medizin – coliquio ist die größte Medizin-Community im deutschsprachigen Raum und Teil des Medscape Ökosystems. Hier treffen sich über 277.300 approbierte Ärztinnen und Ärzte im DACH-Raum, um sich fachlich auszutauschen, Fälle zu diskutieren und auf Fortbildungsangebote zuzugreifen – kostenlos und im geschützten Fachkreis. Mehr unter: coliquio.de



TRANSITION BEI RHEUMA

Jeder zweite junge Erwachsene ohne rheumatologischen Facharzt

Trotz teils erheblicher Krankheitslast ist etwa die Hälfte der jungen Erwachsenen mit einer juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) nicht rheumatologisch angebunden – so die Schlussfolgerung des Ergebnisberichts des vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geförderten „InfoTrans“-Projekts, das unter Federführung von Experten des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin (DRFZ) um Kirsten Minden durchgeführt wurde.

Die Untersuchung stützte sich auf zwei Datenbasen: Zum einen befragte das Projektteam 853 Barmer-Versicherte mit chronischer Arthritis im Alter von 16 bis 25 Jahren, wobei in 723 Fällen Angaben zusätzlich mit Routinedaten der Krankenkasse verknüpft werden konnten. Zum anderen wurden Daten aus der Kinder-Kerndokumentation rheumakrankter Kinder und Jugendlicher (Kinder-KD) ausgewertet. Die Querschnittanalyse umfasste 1.745 Jugendliche mit JIA ≥ 16 Jahre, die 2022 in 40 kinderrheumatologischen Einrichtungen erfasst worden waren. Für 1.021 von ihnen lagen ein Jahr später erneut Daten vor, so dass auch eine Längsschnittanalyse möglich war.

Zum Erhebungszeitpunkt waren 44,4 % der Befragten nicht fachspezifisch rheumatologisch versorgt. Gleichzeitig berichteten 83 % gesundheitliche Beeinträchtigungen; je 71 % klagten über Schmerzen oder Fatigue. Besonders deutlich waren die Versorgungslücken bei den 269 mindestens 20 Jahre alten Befragten, die zuvor kinderrheumatologisch betreut worden waren: Nur 45 % hatten in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens einen rheumatologischen Facharztkontakt. Von den anderen 147 nicht fachspezifisch Versorgten nannten 68 % Beschwerdefreiheit als Grund für die fehlende Inanspruchnahme, 19 % Zugangsprobleme und 17 % Zeitmangel. Zugleich wiesen diese Patienten im Durchschnitt laut ihren Angaben sechs schmerzhafteste und drei geschwollene Gelenke auf. 85 % berichteten über gesundheitliche Beeinträchtigungen und 69 % über Schmerzen.

Auch bei jungen Erwachsenen mit gelungenem Übergang in die internistisch-rheumatologische Versorgung zeigten sich Defizite. Zwischen der letzten Vorstellung in der Kinderrheumatologie und dem ersten Termin in der internistischen Rheumatologie vergingen durchschnittlich 9,9 Monate. 35 % hatte keinen zusammenfassenden Arztbericht aus der Kinderrheumatologie erhalten, nur 13 % verfügten über den vom Arbeitskreis Transition herausgegebenen Transitionspass. Mehr als 40 % waren mit der Vorbereitung auf den Betreuungswechsel mehr oder weniger unzufrieden, 20 % bewerteten den Zeitpunkt des Wechsels als unpassend. Über 50 % zeigten sich zudem unzufrieden mit der Unterstützung bei der Suche nach weiterbehandelnden internistischen Rheumatologen. Überdies zeigten sich erhebliche Wissenslücken, so z. B. zur Assoziation zwischen Erkrankung und Familienplanung, im Hinblick auf



den langfristigen Krankheitsverlauf und die Wirkweise von Medikamenten.

Es wurde ein digitaler Befundbericht entwickelt, der wichtige Informationen zu Diagnose, Krankheitsverlauf und Therapie bündeln und den Übergang in die Erwachsenenversorgung unterstützen sollte. Ein positiver Effekt des Befundabrufs auf Kompetenz, Krankheitswissen, Selbstmanagement oder Versorgungszufriedenheit war nicht nachweisbar – dies jedoch bei einer mit 218 erstellten Befundberichten geringen Fallzahl in diesem Projektteil, zudem wurden bis Ende 2024 nur sieben Berichte von internistischen Rheumatologen heruntergeladen.

FAZIT

Die Expertengruppe empfiehlt auf Basis ihrer Ergebnisse, bestehende Informations- und Unterstützungsangebote stärker in den Versorgungsalltag zu integrieren, junge Betroffene gezielter einzubeziehen und Transitionsleistungen verbindlicher zu verankern. ■

Quelle: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/1215/2026-08-21_InfoTrans_Ergebnisbericht.pdf

Rheuma Arbeit geben – Die Chancen nutzen

Die Initiative RheumaPreis hat im Rahmen des RhK 2026 in Leipzig Martin Abramowski, Erfurt, und Vanessa Kleinsteuber, Ebstorf, mit dem RheumaPreis 2026 ausgezeichnet. Ausgezeichnet wurden auch ihre Arbeitgeber. Der Preisträger zeigen, wie berufliche Teilhabe gelingen kann – zum Nutzen beider Seiten: Menschen mit Rheuma bringen Erfahrung, Expertise und Engagement ein, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber schaffen gemeinsam mit ihnen passende Rahmenbedingungen. Abramowski und Kleinsteuber erhielten jeweils ein Preisgeld von 3000 Euro.

Martin Abramowski, 51, arbeitet als Projektmitarbeiter bei Zukunftsfähiges Thüringen e. V. Er lebt mit systemischer Sklerose. Zeitweise war sein Zustand lebensbedrohlich. Er musste dialysiert werden. Nach einer erneuten Verschlechterung fiel er ins Wachkoma. 2022 kehrte Abramowski an seinen Arbeitsplatz zurück. Zunächst arbeitete er im Rahmen einer Wiedereingliederung nur wenige Stunden am Tag. Inzwischen arbeitet er wieder mit einem wöchentlichen Pensum von 50 %. Flexible Arbeitszeitgestaltung, Homeoffice sowie Verständnis für Arzttermine und Krankenhausaufenthalte ermöglichen ihm, seine langjährige Erfahrung und sein Netzwerk weiterhin einzubringen. Auch sein Arbeitgeber profitiert davon, einen erfahrenen Mitarbeiter im Team zu halten.

Vanessa Kleinsteuber, 26, ist Justizsekretärin bei der Staatsanwaltschaft Lüne-



Martin Abramowski, Vanessa Kleinsteuber

burg. Mit 21 Jahren erhielt sie die Diagnose seropositive rheumatoide Arthritis. Hinzu kam als weitere Diagnose eine Sjögren-Erkrankung. Zunächst fürchtete sie um ihre berufliche Zukunft. Ihr Arbeitgeber gab ihr jedoch früh Sicherheit. Die beiden Erkrankungen sollten weder ihren Arbeitsplatz noch ihre berufliche Perspektive gefährden. Heute helfen Kleinsteuber ein höhenverstellbarer

Schreibtisch, ein Stehstuhl, ein Laufband am Arbeitsplatz und ein Rollwagen für schwere Akten. So kann sie ihren Arbeitsalltag an ihre Bedürfnisse anpassen. Arzttermine verbindet sie bei Bedarf mit Homeoffice. ■

Quelle: Pressemitteilung Initiative RheumaPreis, 12. September 2026

RHELA

Neuer Leitlinien-Chatbot der DGRh online

Ab sofort steht mit „RHELA“, der Rheumatologischen Evidenz- und Leitlinien-Assistenz, ein neuer KI-basierter Chatbot auf der DGRh-Website. RHELA unterstützt bei inhaltlichen Fragen zu den Leitlinien und Therapieinformationsbögen der DGRh. Ziel der DGRh ist es, eine schnelle, gezielte Recherche im klinischen Alltag zu ermöglichen.

RHELA greift auf DGRh- Leitlinien und -Therapieinformationsbögen zurück. Bei einer Anfrage sucht der Chatbot nach relevanten Inhalten und stellt diese in einer verständlichen Antwort mit Angabe der Quellen zusammen.

Technische Grundlage ist die Chatbot-Plattform Buddy der Firma ZTM Bad Kissingen GmbH. Entwickelt wurde RHELA

von einer Gruppe von DGRh-Mitgliedern um PD Dr. Johannes Knitza, Marburg. Diese bringen die Expertise aus den Kommissionen „Leitlinien“, „Digitale Rheumatologie“, „Qualitätsstandards“ und „Ethik-Kodex“ der DGRh in RHELA ein. Gleichzeitig liegt für den Chatbot besonderes Augenmerk auf dem Datenschutz. Patientendaten dürfen nicht eingegeben werden.

Mit dem Chatbot sorgt die DGRh für eine noch breitere Implementierung ihrer Leitlinien, um deren Einsatz in Klinik und Praxis zu fördern. RHELA entwickelt sich kontinuierlich weiter – auch durch die Fragen und das Feedback von Nutzern. Die Fachgesellschaft lädt Rheumatologinnen und Rheumatologen ausdrücklich dazu ein, den Chatbot zu testen und die Antworten zu bewerten. ■



HIER STEHT EINE ANZEIGE.

Jaccoud-Arthropathie als Differenzialdiagnose

ANAMNESE: Der 79-jährige Patient stellte sich 9/2026 zur Einholung einer rheumatologischen Zweitmeinung vor. 2007 wurde bei ihm eine axiale Spondyloarthritis (axSpA) diagnostiziert sowie bei schmerzfreien Gelenkschwellungen v. a. im Handbereich eine rheumatoide Arthritis (RA) als weitere Diagnose vermutet. Es erfolgten Basistherapien sowie eine Therapie mit Adalimumab über Jahre. Diese konnten die sich entwickelnden, fast schmerzfreien Deformierungen differenzialtherapeutisch kaum beeinflussen. Unter der Annahme, dass es zur Remission der vermuteten peripheren Arthritiden (Entzündungsparameter im Normbereich, Rheumafaktor und CCP-Antikörper negativ) gekommen war, wurde Adalimumab vor ca. 3 Jahren beendet. Die Therapie der axSpA erfolgt mit Secukinumab 150 mg s.c. 1x monatlich.

KLINISCHER BEFUND: 182 cm, 65 kg, RR 122/82 mmHg, Puls 66/min., Gelenkstatus: Ulnardeviation im Bereich beider Hände sowie Schwanenhalsdeformität bds., Faustschluss bds. endgradig eingeschränkt. Krallenzehnen im Vorfußbereich bds., Hallux valgus-Fehlstellung links ausgeprägter als rechts. Z.n. bds. Hallux valgus-OP. Wirbelsäulenstatus: HWS - Rotation 10-0-20°, Tragus-Wandabstand 19 cm. BWS Thoraxumfang Inspiration/Expiration 2 cm, LWS - Schober lumbal 10/12 cm, FBA 0 cm, kein Druckschmerz im Bereich der ISG.

LABOR: Hb 13,3 g/dl, CRP 2,9 mg/l (neg.), BSG 10/h, Leukozyten 8.700/μl, Harnsäure 4,6 mg/dl, RF neg., ANA 1:1000.

BILDGEBENDE DIAGNOSTIK: Röntgen (s. u.)

DIAGNOSE: JACCOUD-ARTHROPATHIE

Die Jaccoud-Arthropathie ist eine chronische, nicht-erosive, deformierende Gelenkerkrankung, die v. a. die Hände betrifft und durch typische Fehlstellungen wie Ulnardeviation, Schwanenhals-, Boutonniere- und Z-Daumen-Deformitäten gekennzeichnet ist. Am häufigsten tritt sie im Rahmen eines SLE auf; daneben wurde sie z. B. bei systemischer Sklerose, Sjögren-Erkrankung, Vaskulitiden, Psoriasis-Arthritis, Sarkoidose und

selten auch ohne Grunderkrankung beobachtet. Diagnostisch steht die klinische Untersuchung im Vordergrund: Die Deformitäten sind charakteristischerweise passiv korrigierbar („reduzibel“) und oft wenig schmerzhaft, wobei sie im Spätstadium fixieren können.

BILDGEBENDE VERFAHREN: Röntgen: Handskelett, p. a. und ggf. schräg/lateral: Zeigt typischerweise deutliche ulnare Subluxation/Deviation an den MCP-Gelenken. Das Fehlen klassischer Erosionen ist ein Kernmerkmal; gelegentlich können „Hook-Erosionen“ vorkommen. **Hochauflösender Ultraschall (US):** Kann Synovitis, Tenosynovitis und Weichteilveränderungen darstellen; in Einzelfällen auch kleine Erosionen nachweisen, die im Röntgen unsichtbar bleiben. **MRT:** Sensitiv für frühe entzündliche Veränderungen, Knochenmarködeme und kleine Erosionen; hilft, RA oder andere erosive Arthritiden besser abzugrenzen, wenn die Klinik unklar ist.

In der Praxis ist das konventionelle Röntgen der wichtigste erste Schritt, um das nicht-erosive Muster zu dokumentieren; MRT/US kommen bei unklaren Fällen oder zum Ausschluss anderer Ursachen zum Einsatz. Das **Röntgen** zeigt typischerweise deutliche ulnare Subluxationen an den MCP-Gelenken ohne klassische RA-typische Erosionen; gelegentlich finden sich kleine „Hook“-Erosionen. **Ultraschall und MRT** können bei unklaren Fällen zusätzliche entzündliche Veränderungen oder kleine, röntgenokkulte Erosionen nachweisen und helfen, andere Ursachen abzugrenzen. Die wichtigste Differenzialdiagnose (DD) ist die **RA**, die ähnliche Deformitäten verursacht, aber meist erosiv und stärker entzündlich verläuft. Weitere DD umfassen andere entzündliche Arthritiden, Hypermobilitätssyndrome sowie neurologisch bedingte Fehlstellungen. Ein prägnantes Merkmal der Jaccoud-Arthropathie bleibt damit: „deform wie RA, aber nicht erosiv und oft korrigierbar“. ■

Prof. Dr. med. Herbert Kellner

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



Abb. 1



Abb. 2a



Abb. 2b

KLINISCH: Abb. 1: Klinik: Schwanenhalsdeformitäten, Subluxationsstellungen, Ulnardeviation

RÖNTGEN: Abb. 2a: Hände bds. dv, **Abb. 2b:** Hände schräg seitlich

RHEUMATISCHE AUTOIMMUNERKRANKUNGEN

Diagnosen vor und nach COVID-19-Pandemie im Vergleich

Im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie wurde ein Rückgang der Diagnoseraten für verschiedene rheumatische Autoimmunerkrankungen (AIRD) verzeichnet. Es war unklar, ob diese seither wieder das Niveau von vor der Pandemie erreicht haben. Daher untersuchten britische Experten um Mark D. Russell, London, in einer bevölkerungsbasierten Kohortenstudie auf Basis der OpenSAFELY-Plattform die Diagnoseraten für AIRD vor und nach der Pandemie und stellten Vergleiche hinsichtlich Erkrankung, Altersgruppe, Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit und sozioökonomischem Status an.

Mithilfe des NHS wurden Daten aus der Primärversorgung und von Krankenhaus-aufnahmen von allen bei Hausarztpraxen registrierten englischen Erwachsenen ≥ 18 Jahre verwendet. Untersucht wurden die Neudiagnosen für zehn AIRD im Zeitraum 2016 bis 2025. Die nach Pandemiebeginn (März 2020) zu erwartenden Diagnoseraten wurden mithilfe der Zeitreihenprognose „Prophet“ modelliert und mit den tatsächlichen Raten verglichen.

Für die Analyse standen Referenzdaten von 23.353.040 Erwachsenen zur Verfügung (im Mittel 46,2 Jahre, 50,4 % Frau-

en). Im ersten Pandemiejahr gingen die Diagnoseraten bei allen AIRD – mit Ausnahme der Vaskulitis der kleinen Gefäße – stark zurück. Bis März 2025 zeigten sich weiterhin kumulative Rückgänge bei den Diagnosen von Psoriasis-Arthritis (PsA; -24,9 %), rheumatoider Arthritis (RA; -9,8 %) und Riesenzellarteriitis (RZA; -15,2 %). Im Gegensatz dazu stiegen die Diagnosen der axialen Spondyloarthritis (axSpA) über das Niveau vor der Pandemie an (+8,9 %), wobei die Diagnoseraten bei Frauen ab 2023 höher lagen als bei Männern. Auf anfängliche Defizite bei der Diagnose von Kollagenosen folgten

kompensatorische Anstiege in der Erholungsphase nach der Pandemie.

Auch fünf Jahre nach Pandemiebeginn sind bei PsA, RA und RZA weiterhin Rückgänge der Diagnosen festzustellen; demgegenüber steht ein Anstieg bei axSpA, insbesondere bei Frauen. Ein datengestütztes Monitoring könnte helfen, die Ursachen dieser Veränderungen zu identifizieren und die langfristigen Auswirkungen verzögerter Diagnosen anzugehen. ■

Quelle: Lancet Rheumatol 2026; 8(9): e714-e726

Nebenwirkungen: DMARDs wohl nicht das Hauptproblem

Polypharmazie ist bei rheumatischen Autoimmunerkrankungen weit verbreitet und erhöht das Risiko für unerwünschte Ereignisse (UE). Vergleichende Daten über verschiedene AIRD hinweg fehlen zumeist. US-amerikanische Experten um Ashley Adanna Lewis, Stanford, und Cho-Yi Huang, Jacksonville, setzten sich zum Ziel, in einer retrospektiven Kohortenstudie die Belastung durch UE zu quantifizieren und damit assoziierte Medikamente bei sechs verschiedenen AIRDs zu identifizieren.

An einem Zentrum der Maximalversorgung wurden von 2010-2024 Erwachsene mit axSpA, PsA, RA, Sjögren-Erkrankung (SjE), systemischem Lupus erythematoses (SLE) und systemischer Sklerose (SSc) identifiziert. Die Medikamente wurden den ATC-Klassen zugeordnet; als aktive Exposition galt eine Einnahme innerhalb von 30 Tagen vor dem Indexdatum. Polypharmazie wurde als gleichzeitige Anwendung von ≥ 5 Medikamenten definiert (geringgradig: 5-10; ausgeprägt: >10). Innerhalb jeder AIRD-Gruppe wurden genestete Fall-Kontroll-Analysen mit Matching nach Versorgungsart (1:4) durchgeführt und adjustierte Odds Ratios (aOR) mittels bedingter logistischer Regression geschätzt.

Von 10.578 Patienten hatten 29,8 % ≥ 1 UE. Die UE-Belastung variierte je nach AIRD mit der höchsten Prävalenz bei SSc (35,9 %). Polypharmazie war verbreitet (57,3 % geringgradig, 39,4 % ausgeprägt), und die Medikamentenlast war bei Patienten mit UE durchgehend höher (z. B. SLE: median 12 vs. 6 bei ambulanten und 20 vs. 10 bei stationären Patienten; 17 vs. 8 in der Notaufnahme). Über die sechs AIRD hinweg zeigten sich die stärksten Assoziationen mit UE bei supportiven und symptomorientierten Therapien (vor allem PPI, Analgetika und Sedativa/Hypnotika/Psychopharmaka), für DMARDs waren diese schwächer. Zu den krankheitsspezifischen Mustern gehörten gastrointestinale Medikamente bei SSc (Metoclopramid aOR 12,32)

sowie Antibiotika und Asthmamittel bei axSpA (Ciprofloxacin aOR 13,71, Fluticason aOR 8,88).

Unerwünschte Ereignisse betreffen fast ein Drittel der AIRD-Patienten und nehmen mit dem Grad der Polypharmazie noch zu. Das Risiko konzentriert sich eher auf unterstützende und symptomorientierte Therapien als auf DMARDs. Eine optimierte Ordnungspraxis vor allem in Bezug auf Analgetika und beim Einsatz von Kortikosteroiden ist daher essenziell. ■

Quelle: medRxiv 2026; doi 10.64898/2026.05.19.26352957





RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Prä-Synovitis mit klinischer Arthritis assoziiert

Nur ein Teil der ACPA-positiven Personen mit muskuloskelettalen Symptomen entwickelt eine klinische Arthritis, was den Bedarf an einer verbesserten Risikostratifizierung unterstreicht. Schwedische Rheumatologen um Lars Klareskog, Stockholm, untersuchten in einer prospektiven Kohortenstudie, ob eine mittels Ultraschall detektierte „Prä-Synovitis“, die einer aktiven Synovitis im Powe-Doppler vorausgeht, mit dem Fortschreiten zur klinischen Arthritis bzw. rheumatoiden Arthritis (RA) bei ACPA-positiven Personen mit Arthralgie assoziiert ist.

In die Studie wurden 309 ACPA-positive Personen mit Arthralgie, jedoch ohne klinische Arthritis oder Doppler-aktive Synovitis, aus der Karolinska Risk-RA-Kohorte aufgenommen. Mittels Ultraschall wurden minimale Befunde erfasst, darunter Synovialisverdickungen, Sehnenscheidenbeteiligung, Bursitisbedingte Ergüsse sowie Unregelmäßigkeiten der kortikalen Knochenoberfläche, und die individuellen Verläufe dieser Ultraschallbefunde über die Zeit analysiert. Bei Studienbeginn wurden Antikörper gegen Anti-CCP2-IgG sowie IgM-RF bestimmt. Primärer Endpunkt war eine klinische Arthritis innerhalb von 3 Jahren. Die Assoziationen wurden mittels Cox-Regression und logistischer Regression analysiert.

Während eines medianen Follow-up von 13 Monaten entwickelten 38 % der Teilnehmer eine klinische Arthritis; davon erfüllten 83 % die ACR/EULAR-Klassifikationskriterien für RA aus 2010. Jeglicher Ultraschallbefund zu Studienbeginn war mit ei-

nem dreifach erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Arthritis assoziiert (Hazard Ratio, HR] 3,3; 95% KI 2,3-4,8). Dabei zeigte die Sehnenscheidenbeteiligung die stärkste Assoziation (HR 3,6; 95% KI 2,4-5,4), insbesondere im Verbund mit IgM-RF-Positivität (HR 4,2; 95% KI 2,7-6,4). Verlaufsanalysen zeigten eine zunehmende Häufung von Ultraschallbefunden vor Arthritis-Beginn, während diese bei Personen ohne Progression selten blieben. Sehnenbeteiligungen gingen den Synovialisveränderungen häufig voraus. Minimale sonografische Befunde, die einer Doppler-positiven Synovitis vorausgingen – insbesondere eine Sehnenbeteiligung – waren somit bei ACPA-positiven Personen stark mit dem Fortschreiten zu einer klinischen Arthritis assoziiert; sie stützen das Konzept einer sonografisch identifizierbaren „Prä-Synovitis“-Phase in der Entwicklung der RA sowie eine frühe Risikostratifizierung. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; doi: 10.1016/j.ard.2026.06.022

Mehr Feinstaub: Höhere Krankheitsaktivität und Schubrate

Epidemiologische Studien haben eine Assoziation zwischen Luftverschmutzung und einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer RA gezeigt. Die Auswirkungen der Luftverschmutzung auf die Krankheitsaktivität und Schübe bei Patienten mit RA sind jedoch unklar. Ziel einer prospektiven Kohortenstudie südkoreanischer Experten um Eun Bong Lee, Seoul, war es, den Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und der Krankheitsaktivität sowie der Schubrate bei RA-Patienten zu untersuchen.

In die Studie wurden zwischen 2021 und 2024 in einem Rheumazentrum behandelte RA-Patienten eingeschlossen und die Luftschadstoff-Exposition anhand der monatlichen Durchschnittskonzentrationen von sechs Schadstoffen (Schwefeldioxid, Stickstoffdioxid, Ozon, Kohlenmonoxid, Feinstaub [PM]10 und PM2,5) abgeschätzt. Krankheitsaktivität und Schübe wurden im Verlauf bei jedem ambulanten Besuch erfasst. Assoziationen zwischen Luftverschmutzung und RA-Krankheitsaktivität oder Schüben wurden mittels generalisierter Schätzgleichungen (GEE) analysiert, wobei demografische Merkmale, serologischer Status, Medikation, sozioökonomische

Faktoren und meteorologische Variablen einbezogen wurden.

Insgesamt wurden 12.583 ambulante Besuche von 1.070 Patienten analysiert. Von den sechs untersuchten Schadstoffen war PM2,5 (jeder 6 µg/m³-Anstieg) signifikant mit einem um 11 % erhöhten Schubrisiko (adjustierte Odds Ratio, OR 1,113; 95% KI 1,017-1,218) sowie einem höheren DAS28-CRP, CDAI und mehr betroffenen Gelenken (SJC/TJC-28) assoziiert. Zudem war die Assoziation zwischen PM2,5 und dem DAS28-CRP bei Frauen und Nichtrauchern stärker ausgeprägt. In einer Case-Crossover-Analyse war eine länger anhaltende kumu-

lativ Exposition gegenüber PM2,5 (>2 Wochen) mit einem erhöhten Risiko für RA-Schübe verbunden. Ähnliche, aber nicht signifikante Trends zeigten sich für andere Schadstoffe.

Diese Studie liefert Evidenz aus der klinischen Praxis, dass Luftverschmutzung – vor allem durch PM2,5, das sich als Treiber herauskristallisierte – mit einer Verschlechterung der RA-Krankheitsaktivität und mehr Schüben assoziiert sein kann. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; 85(10): 1911-1919

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

Bei Adipositas auch schlechteres Ansprechen auf JAK-Hemmer

Adipositas ist bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) weit verbreitet und mit einem schlechteren Krankheitsverlauf verbunden. Ziel einer Metaanalyse britischer Experten um Katie Bechman, London, war es, die Assoziation zwischen dem BMI und dem klinischen Ansprechen auf JAK-Inhibitoren (JAKi) bei RA-Patienten zu untersuchen, wofür individuelle Patientendaten aus randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs) verwendet wurden.

Die Datenbank ClinicalTrials.gov wurde bis zum 13. Januar 2025 nach Phase-III-RCTs zu JAKi bei erwachsenen RA-Patienten mit einem Vergleich gegen Placebo oder einen aktiven Komparator durchsucht. Primäre Endpunkte waren das ACR20-Ansprechen und der DAS28-CRP zum jeweiligen Zeitpunkt der primären Wirksamkeitsbewertung. Der BMI wurde sowohl als kontinuierliche als auch als kategoriale Variable analysiert und durch eine zweistufige Metaanalyse validiert.

In die Analyse flossen 16 Studien mit 11.883 Patienten ein (80,7 % Frauen, im Mittel 52,9 Jahre, medianer BMI 26,8 kg/m², 30,9 % mit Adipositas), 7.765 er-

hielten Tofacitinib, Upadacitinib oder Baricitinib. Ein höherer BMI war in allen Endpunkten mit einer verringerten Wirksamkeit von JAKi assoziiert. Im Vergleich zu Patienten mit Normalgewicht betrug das adjustierte relative Risiko (RR) für ein ACR20-Ansprechen 0,94 (95% KI 0,91-0,98) bei Patienten mit Übergewicht (25 bis <30 kg/m²), 0,92 (95% KI 0,89-0,96) bei Adipositas Grad 1 (30 bis <35 kg/m²), 0,88 (95% KI 0,81-0,96) bei Adipositas Grad 2 (35 bis <40 kg/m²) und 0,78 (95% KI 0,71-0,85) bei Adipositas Grad 3 (≥40 kg/m²). Beim DAS28-CRP betrugen die adjustierten RRs im Vergleich zu Normalgewichtigen 0,14 (95% KI 0,06-0,22) bei Übergewicht, 0,21 (95% KI 0,12-

0,31) bei Adipositas Grad 1, 0,30 (95% KI 0,16-0,44) bei Adipositas Grad 2 und 0,54 (95% KI 0,37-0,70) bei Adipositas Grad 3. In der Placebogruppe wurde kein entsprechender BMI-Gradient beobachtet.

Ein höherer BMI war mit einem schlechteren Ansprechen von JAK-Inhibitoren verbunden, wobei Adipositas als Effektmodifikator fungierte. Diese Ergebnisse sprechen für die Integration von Gewichtsmanagement in die Routineversorgung bei RA sowie für eine stärkere Berücksichtigung des BMI in künftigen Studien. ■

Quelle: Lancet Rheumatol 2026; 8(9): e691-e703

Zoster-Impfung unter JAK-Inhibitor wohl möglich

Zwar kann der rekombinante Zoster-Impfstoff auch unter einem JAK-Inhibitor verabreicht werden, doch die Abwägung zwischen einer potenziell geringeren Immunogenität und besserer Krankheitskontrolle bleibt unklar. Die Entscheidung, mit der JAKi-Therapie zu warten, hängt vom Schweregrad der RA und dem Zoster-Risiko ab. Japanische Experten um Yuko Kaneko, Tokio, adressierten diese Problematik jetzt in einer explorativen randomisierten Studie.

In die multizentrische, offene STOP-HZ-Studie gingen RA-Patienten ≥50 Jahre ein, die eine Therapie mit Tofacitinib begannen und den rekombinanten Zoster-Impfstoff an Tag 1 und in Woche 8 erhielten; 29 Teilnehmer wurden randomisiert der Gruppe zugeteilt, die Tofacitinib an Tag 1 begann (im Mittel 66,8 Jahre, 75,9 % Frauen), während 30 Personen der Gruppe zugeteilt wurden, die es in Woche 8 begann (im Mittel 66,2 Jahre, 73,3 % Frauen). In beiden Gruppen wiesen 27,6 bzw. 20 % eine Vorgeschichte von Herpes Zoster auf.

In Woche 12 stiegen die Varizella-Zoster-Virus (VZV)-spezifischen Antikörpertiter sowohl bei Patienten an, die Tofacitinib nach der ersten Impfdosis an Tag 1 begannen (geometrischer Mittelwert des Anstiegs [GMFR]: 2,66), als auch bei jenen, die den JAK-Inhibitor erst nach der zweiten Impfdosis in Woche 8 starteten (GMFR: 2,91) (relative Differenz 1,10; 95% KI 0,73-1,64), vergleichbare Immunantworten anzeigend. Der Anteil der Patienten, die in Woche 4 einen ≥1,5-fachen Anstieg der Antikör-

pertiter erreichten, war bei Tofacitinib-Beginn an Tag 1 geringer; in Woche 12 waren die Anteile jedoch vergleichbar. Die VZV-spezifische T-Zell-Antwort veränderte sich in keiner der beiden Gruppen. Somit scheinen JAKi die impfbedingte Immunität zwar zu verzögern, aber wohl nicht zu verhindern.

Die Patienten der ersten Gruppe erlebte in den Wochen 4 und 8 eine frühere Besserung der RA als die zweite Gruppe, jedoch glichen sich die CDAI-Werte bis Woche 12 an (5,2 vs. 7,4). Ein früher Beginn von Tofacitinib war mit weniger RA-Schüben (6,9 vs. 13,3 %), aber mehr unerwünschten Ereignissen verbunden (58,6 vs. 23,3 %; Infektionen bei 24,1 vs. 6,7 %). Trotz der interessanten Befunde war die Studie für genauere Aussagen zu klein und das Follow-up zu kurz, klinische Herpes Zoster-Fälle blieben aus. ■

Quelle: Ann Intern Med 2026; doi: 10.7326/ANNALS-25-05493



RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Therapieresistenz mit niedrig dosiertem BiTE-Antikörper durchbrechen

Beim Einsatz bispezifischer T-Zell-Engager (BiTE)-Antikörper könnten niedrig dosierte Protokolle, die nicht auf eine maximale B-Zell-Depletion abzielen, die Sicherheit erhöhen. Deutsche Experten um Ricardo Grieshaber-Bouyer, Erlangen, untersuchten jetzt die Sicherheit und Wirksamkeit des niedrig dosierten CD3xCD19-BiTE-Antikörpers Blinatumomab bei Patienten mit multirefraktärer rheumatoider Arthritis (RA).

Geprüft wurde Blinatumomab im Rahmen einer Fallserie bei 15 Patienten (median 55 Jahre) mit multirefraktärer RA (DAS28-CRP 5,0, CDAI 28). Überwacht wurden Sicherheitsparameter (Zytokin-Freisetzungssyndrom [CRS], ICANS [Immune Effector Cell-Associated Neurotoxicity Syndrome]), klinische Scores sowie Gewebeentzündungen mittels Ultraschall und FAPI-PET/CT. Die B-Zell-Depletion wurde in Blut, Synovialgewebe und Lymphknoten quantifiziert.

Bei drei Patienten trat ein CRS (Grad 1) auf; es wurden keine Fälle von ICANS beobachtet. Ein Patient entwickelte eine Hypogammaglobulinämie. Nach einem Jahr kam es zu einem tödlichen kardiovaskulären Ereignis; dieses wurde als nicht ursächlich mit der Therapie zusammenhängend eingestuft. Bis zur 12. Woche nahm die Krankheitsaktivität ab. Neun bzw. drei Patienten erreichten eine CDAI niedrige Krankheitsaktivität respektive Remission. Eine Depletion synovialer B-Zellen wurde nachgewiesen (in 4 von 5 Biopsien), nicht jedoch in den

Lymphknoten. Die FAPI-PET/CT zeigte nach Blinatumomab eine verringerte Tracer-Aufnahme in den betroffenen Gelenken. Obwohl es bei 14 Patienten zu Schüben kam, blieb die Krankheitsaktivität insgesamt niedriger; zudem zeigten sieben ein Ansprechen (Dauer >3 Monate) auf DMARDs, unter denen zuvor kein Therapieerfolg erzielt worden war (Abatacept, JAK- und TNF-Inhibitoren).

Drei Monate nach der Blinatumomab-Therapie zeigten sich eine kurzfristige Kontrolle der RA-Krankheitsaktivität, Depletion synovialer B-Zellen und verringerte Fibroblastenaktivierung im FAPI-PET. Im Anschluss auftretende RA-Schübe sprachen bei einigen Patienten auf zuvor unwirksame DMARDs an. Eine niedrig dosierte BiTE-Therapie könnte somit einen alternativen Weg zur Krankheitskontrolle bei multirefraktärer RA darstellen. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; 85(9): 1704-1715

CAR-T-Zelltherapie erfolgreich eingesetzt

Die CAR-T-Zell-vermittelte B-Zell-Depletion ist auch bei therapierefraktärer RA eine Option. Jetzt berichten deutsche Experten um David Simon und Gerhard Krönke, Berlin, über klinische und molekulare Daten aus dem nicht-randomisierten Teil der Phase 1 der Phase-I/II COMPARE-Studie, in der Sicherheit und Wirksamkeit von Mivocabtagene-Autoleucel (miv-cel) – einer autologen, vollständig humanen CD19-CAR-T-Zelltherapie – bei therapieresistenter RA untersucht wurden.

Sechs Patienten (50 % Frauen, median 51,5 Jahre) mit schwerer, therapierefraktärer, ACPA-positiver RA (medianer DAS28-CRP 5,5) erhielten nach Absetzen aller DMARDs und Lymphodepletion eine einmalige Infusion von miv-cel. Das Follow-up erstreckte sich über 36-52 Wochen. Primäre Endpunkte waren die Inzidenz und der Schweregrad von Nebenwirkungen (CRS, ICANS) und unerwünschter Ereignisse (UE) in den ersten vier Wochen nach der Behandlung.

Bei allen Patienten trat ein CRS auf, jedoch nur mit Schweregrad 1 und 2. Es

traten weder ICANS noch schwerwiegende UE auf, eine dosislimitierende Toxizität (Transaminasen-Erhöhung Grad 3) klang ohne Folgeschäden ab. Der primäre Endpunkt wurde bei akzeptablem Sicherheitsprofil erreicht, was den Übergang in die Phase 2 ermöglichte (mit Vergleich gegen Rituximab). Die CAR-T-Zelltherapie führte zu einer Depletion von CD19+-B-Zellen sowohl im Blut als auch im Gewebe, einhergehend mit einem kontinuierlichen Rückgang von Autoantikörpern, bei vier bzw. fünf Patienten wurde eine Serokonversion von ACPAs gegen mutiertes citrulliniertes Vimentin

bzw. von Rheumafaktor-IgM beobachtet. Trotz des Absetzens immunsuppressiver Therapien besserte sich die Krankheitsaktivität bei allen Patienten (medianer Rückgang des DAS28-CRP um 34 % beim letzten Follow-up; 66 bzw. 50 % mit DAS28-CRP-Remission und ACR70-Ansprechen). Die CD19-CAR-T-Zellen zeigten bei Patienten mit therapierefraktärer RA somit eine akzeptable Kurzzeitverträglichkeit. ■

*Quelle: Nat Med 2026;
doi:10.1038/s41591-026-04603-3*



Prädiktoren für inakzeptable Schmerzen trotz DMARDs

Anhaltende, inakzeptable Schmerzen trotz erreichter Entzündungskontrolle führen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) über lange Zeit zu erhöhtem Leidensdruck sowie Einschränkungen im Alltag und werden mit einer erhöhten Morbidität in Verbindung gebracht. Schwedische Rheumatologen um Anna Eberhard, Malmö, fahndeten jetzt nach Prädiktoren für inakzeptable Schmerzen insbesondere bei geringer Entzündungsaktivität sowie für den Schmerzverlauf bei Patienten mit früher RA.

Analysiert wurden primär Daten aus dem Swedish Rheumatology Quality (SRQ)-Register zu 10.297 Patienten, bei denen zwischen 2012 und 2020 eine RA diagnostiziert wurde. Die Schmerzintensität wurde mittels VAS (0-100 mm) erfasst. Als „inakzeptabler Schmerz“ galt ein VAS-Wert >40 mm, als „geringe Entzündung“ ein CRP <10 mg/l. Baseline-Prädiktoren für inakzeptable Schmerzen wurden mittels logistischer Regression analysiert, Prädiktoren für den Schmerzverlauf über zwei Jahre mithilfe linearer gemischter Modelle.

Zu Studienbeginn wurden 9.506 Arztvisiten erfasst, nach einem und zwei Jahren

5.200 bzw. 3.743. Von den Teilnehmern mit 2-Jahres-Daten erhielten 74 % Methotrexat und 30 % ein bDMARD. Nach einem Jahr wiesen 1.478 von 4.799 Patienten (30,8 %) inakzeptable Schmerzen auf. Nach zwei Jahren waren es 1.140 von 3.427 (33,3 %); bei 808 (26 %) lagen diese bei gleichzeitig geringer Entzündung vor. Weibliches Geschlecht, schlechtere PROs, niedrige Entzündungswerte sowie mehr druckschmerzhafte als geschwollene Gelenke erwiesen sich als Ausgangsprädiktoren für inakzeptable Schmerzen insgesamt als auch bei geringer Entzündung nach einem und zwei Jahren sowie für ein höheres Schmerzniveau im Verlauf. Auch z. B. Rauchen so-

wie psychiatrische oder schmerzbedingte Komorbiditäten waren mit stärkeren Schmerzen im Verlauf assoziiert.

Ein Screening von Patienten (und vor allem Frauen), die bei der RA-Diagnose Diskrepanzen zwischen der Anzahl betroffener Gelenke sowie hohe PRO-Werte bei gleichzeitig niedrigen Entzündungsparametern aufweisen, könnte dazu beitragen, solche mit einem Risiko für die Entwicklung chronischer Schmerzen zu identifizieren und eine angemessene Behandlung zu unterstützen. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; 85(10): 1931-1941

STILL-ERKRANKUNG

Frühe Interleukin-1-Inhibition mit klaren Vorteilen

Bei der Still-Erkrankung wird gemäß den EULAR(PReS-Empfehlungen zum Erreichen von klinischer Inaktivität und Remission die optimale Therapiestrategie im frühen Einsatz von Interleukin (IL)-1 bzw. IL-6-(Rezeptor-)Inhibitoren plus Glukokortikoiden (GK) gesehen. Im Rahmen des internationalen AIDA-Registers untersuchten Experten um Antonio Vitale und Luca Cantarina, Siena (Italien), ob bei Still-Patienten eine frühe Canakinumab-Therapie in der klinischen Praxis Vorteile bietet.

Insgesamt 190 mit dem IL-1 β -Inhibitor Canakinumab behandelte Still-Patienten aus dem AIDA-Netzwerkregister wurden in die Analyse eingeschlossen und anhand des Zeitraums zwischen Krankheitsbeginn und Therapiebeginn gruppiert (≤ 3 Monate vs. >3 Monate). So erhielten 35 Teilnehmer (19 %) Canakinumab innerhalb von drei Monaten nach Krankheitsbeginn, während bei 155 (82 %) die Therapie später begann.

Im Ergebnis sank der GK-Verbrauch bei Patienten, die Canakinumab binnen 3 Monaten nach Krankheitsbeginn erhielten, schneller als bei später behandelten

Patienten: Die Reduktion betrug im dritten Monat 50 vs. 6 % ($p=0,0001$) und im sechsten Monat 75 vs. 32 % ($p=0,004$). In der logistischen Regressionsanalyse war der Beginn der Canakinumab-Therapie innerhalb von 3 Monaten nach Krankheitsbeginn signifikant mit einem Absetzen der Behandlung aufgrund langfristiger Remission assoziiert (Odds Ratio, OR 4,83; $p=0,04$). Ein monozyklischer Verlauf trat bei 49 vs. 8 % der Patienten mit Therapiebeginn innerhalb von ≤ 3 gegenüber >3 Monaten auf ($p<0,0001$). Der Beginn der Canakinumab-Therapie innerhalb von 3 Monaten war signifikant mit einem monozyklischen Krankheits-

verlauf assoziiert – im Vergleich sowohl zum chronisch-artikulären Verlauf (relative Risikorate, RRR 4,43; $p=0,034$) als auch zum polyzyklischen Verlauf (RRR 8,97; $p=0,03$).

Fazit: Ein früher Beginn der Canakinumab-Therapie ist mit einem Absetzen aufgrund einer langfristigen Remission assoziiert und scheint mit einer höheren Häufigkeit monozyklischer Krankheitsverläufe einherzugehen – gleichsam die Leitlinien bestätigend. ■

Quelle: Semin Arthritis Rheum 2026; 80: 153030

HIER STEHT EINE ANZEIGE.

Etwa zweifach erhöhtes Risiko für Malignome ermittelt

Erwachsene mit entzündlicher Arthritis weisen ein um 10 % erhöhtes Risiko für Malignome auf. Daten aus nordischen Ländern beziffern die Malignomraten bei juveniler idiopathischer Arthritis (JIA) auf 3-5 pro 10.000 Personenjahre, wobei die Befunde zum relativen Risiko widersprüchlich sind. Britische Experten um Lianne Kearsley-Fleet, Manchester, ermittelten in ihrer Studie die Malignomraten bei JIA-Patienten in England im Vergleich zu gematchten Kontrollen und Schätzwerten für die Allgemeinbevölkerung.

Unter Verwendung von Daten aus der britischen Primärversorgung (CPRD Aurum) wurden JIA-Patienten (Diagnose vor dem 16. Lebensjahr) in einer retrospektiven Kohortenstudie im Verhältnis 1:4 nach Geburtsjahr, Geschlecht und Praxisstandort mit Kontrollen ohne JIA gematcht. Malignome wurden anhand von mit dem NHS verknüpften Krankenhausdaten und CPRD-Read-Codes identifiziert. Das Follow-up begann mit dem Datum des ersten JIA-Codes (bzw. dem entsprechenden Datum bei Kontrollen), dem 1. Januar 2000 oder dem Datum der Aufnahme in die CPRD-Datenbank – je nachdem, welcher Zeitpunkt am spätesten lag. Die Nachbeobachtung endete mit dem frühesten der folgenden Ereignisse:

Ende der Nachbeobachtung des gematchten JIA-Patienten (bei Kontrollen), Ende der CPRD-Nachbeobachtung, 31. Dezember 2018, Auftreten eines Malignoms oder Tod. Zum Vergleich der Malignomraten wurden Cox-proportionale Hazard-Modelle verwendet. Zudem wurden standardisierte Inzidenzraten (SIRs) im Vergleich zu den Schätzwerten für die Allgemeinbevölkerung berechnet, stratifiziert nach Kalenderjahr, Alter und Geschlecht.

Insgesamt wurden 3.714 JIA-Patienten und 10.858 gematchte Kontrollpersonen identifiziert; die demografischen Merkmale waren vergleichbar. Die Malignomraten lagen bei 6,8 pro 10.000 Personen-

jahre (PJ; 95% KI 4,4-10,7) in der JIA- und 3,1 pro 10.000 PJ (95% KI 2,0-4,6) in der Kontrollgruppe, entsprechend einer Hazard Ratio (HR) von 2,2 (95% KI 1,2-4,1). In beiden Kohorten zeigten sich erhöhte SIRs im Vergleich zu den Schätzwerten für die Allgemeinbevölkerung. Die Studie ergab somit, dass JIA-Patienten im Vergleich zur gematchten Kontrollgruppe ein doppelt so hohes Risiko für Malignome aufwiesen. Es ist jedoch zu beachten, dass Malignome in dieser JIA-Patientenpopulation äußerst selten sind und das absolute Risiko sehr niedrig bleibt. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(6): keag291

Eher positive Effekte von Tofacitinib auf das Wachstum

Wachstumsstörungen sind eine bekannte Komplikation bei Kindern und Jugendlichen mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen, dies vor allem aufgrund mangelnder Krankheitskontrolle, systemischer Entzündung und langfristiger Glukokortikoid-Einnahme. Eine Post-hoc-Analyse von Phase-I und III-Daten durch eine internationale Gruppe um Hermine I. Brunner, Cincinnati (USA), untersuchte die Effekte des primär bei polyartikulärer JIA eingesetzten JAK-Inhibitors Tofacitinib auf das Wachstum sowie Biomarker der Wachstumshormon (GH)-Funktion und des Knochenstoffwechsels.

Die Analyse umfasste 225 Patienten mit vorwiegend pJIA, die Tofacitinib über ein medianes Follow-up von 3,6 Jahren erhielten. Es wurden die Wachstumsgeschwindigkeit (cm/Jahr) und Z-Scores der Körpergröße (basierend auf alters- und geschlechtsspezifischen Referenzdaten) berechnet. Die Biomarker wurden im Serum von 137 JIA-Patienten bestimmt, die eine 18-wöchige offene Behandlung mit Tofacitinib abgeschlossen hatten. Die untersuchte JIA-Patientenpopulation wies zu Beginn der Studie eine Verteilung der Körpergröße auf, die der der Allgemeinbevölkerung ähnelte. Unter Tofacitinib zeigten die Patienten Wachstumsgeschwindigkeiten, die im Vergleich zu den altersentsprechenden Referenzwerten höher (bei Patienten ≤12 Jahre) oder erwartungsgemäß (bei Patienten >12 Jahre) waren. Die Z-Scores der Körpergröße blieben unter Tofacitinib weitgehend stabil. Bei Patienten in der

Pubertät, die zu Beginn einen Z-Score der Körpergröße < -1,0 aufwiesen, wurde nach 24 Monaten ein Anstieg des Z-Scores ($p < 0,05$) festgestellt. Tofacitinib hatte in der Gesamtpopulation keinen Einfluss auf die Spiegel von Insulin-like Growth Factor (IGF)-1, IGF-bindendem Protein 3 und Osteocalcin; bei Patienten im Alter von 6 bis 12 Jahren stiegen die IGF-1-Spiegel unter Tofacitinib jedoch vom Ausgangswert bis zur 18. Woche an.

Die Ergebnisse belegen unter der Langzeitbehandlung mit Tofacitinib somit eine normale oder sogar überdurchschnittliche Wachstumsgeschwindigkeit, einschließlich eines Aufholwachstums während der Pubertät, sowie insgesamt keine bedenklichen Veränderungen bei den Biomarkern der GH-Signalübertragung. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; 85(9): 1854-1865



PSORIASIS-ARTHRITIS

Rheumafaktor scheint klinisches Ergebnis zu beeinflussen

Die klinische und immunologische Relevanz von Rheumafaktoren (RF) bei Psoriasis-Arthritis (PsA) ist nach wie vor unklar. Eine kanadische Studiengruppe um Denis Poddubnyy, Toronto, untersuchte jetzt in einer großen Kohortenstudie die Häufigkeit und die Auswirkungen einer RF-Positivität auf die klinischen Ergebnisse sowie auf das Absetzen von bDMARDs bei PsA-Patienten.

In die Studie wurden Patienten einer großen PsA-Kohorte aufgenommen, deren Einschluss nach 1996 erfolgte. Der RF-Status wurde jährlich bestimmt, wobei zwischen einer „jemals positiven“ und „neu positiven“ RF-Konstellation unterschieden wurde (Patienten, die bereits bei Studienbeginn positiv waren, waren bei Letzterem ausgeschlossen). Der Zusammenhang zwischen RF-Status und klinischen Ergebnissen wie dem Erreichen einer minimalen Krankheitsaktivität (MDA), deren Komponenten sowie dem Absetzen von bDMARDs wurde mittels uni- und multivariater verallgemeinerter Schätzgleichungen analysiert.

Von insgesamt 1.074 Patienten wiesen 16,1 % eine RF-Positivität auf, bei 5,1 %

war dies bereits zu Studienbeginn der Fall. Eine RF-Positivität war in der multivariaten Analyse signifikant mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für das Erreichen einer MDA assoziiert (Odds Ratio, OR 0,53; 95% KI 0,37-0,77), was insbesondere in der bDMARD-Subgruppe auf eine stärkere Schmerzbelastung, eine schlechtere globale Patientenbeurteilung sowie eine eingeschränkte körperliche Funktionsfähigkeit zurückzuführen war. Diese Assoziationen blieben in der bDMARD-Subgruppe auch dann bestehen, wenn die Analyse auf eine neu aufgetretene RF-Positivität beschränkt wurde. Zudem war in der multivariaten Analyse sowohl eine „jemals“ als auch eine „neu“ aufgetretene RF-Positivität unabhängig von der Krankheitsaktivität

an Gelenken und Haut mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Absetzen von bDMARDs verbunden (OR 2,65; 95% KI 1,34-5,24 bzw. OR 2,78; 95% KI 1,57-4,92).

In dieser großen Kohorte wurde somit bei >15 % der Patienten jemals eine RF-Positivität nachgewiesen, bei 5 % war diese bereits eingangs gegeben. Klinisch war eine RF-Positivität mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für das Erreichen einer MDA sowie mit dem Absetzen von bDMARDs assoziiert.

Quelle: Rheumatology 2026; 65(5): keag240

HLA-B27 nimmt deutlich Einfluss auf Krankheitsausprägung

Die PsA ist eine heterogene Erkrankung aus dem Spektrum der Spondyloarthritis (SpA), die genetische und klinische Merkmale mit anderen Subtypen teilt. Während HLA-B27 ein etabliertes genetisches Risikoallel für die axiale SpA darstellt, ist dessen Rolle bei der PsA weniger eindeutig. Ziel einer Studie spanischer Rheumatologen um Cristina Macia-Villa, Madrid, war es, die Assoziation zwischen HLA-B27 und den klinischen, laborchemischen sowie therapeutischen Merkmalen einer PsA-Kohorte aus der klinischen Praxis zu untersuchen.

In die retrospektive Analyse flossen 333 PsA-Patienten ein, die die CASPAR-Kriterien erfüllten und bei denen der HLA-B27-Status dokumentiert war. Demografische, klinische, laborchemische und behandlungsbezogene Daten wurden aus den Krankenakten erhoben und die Patienten anhand ihres HLA-B27-Status (positiv vs. negativ) verglichen.

Bei 11,7 % der Patienten wurde HLA-B27 nachgewiesen. Im Vergleich zu HLA-B27-negativen Personen zeigten HLA-B27-positive Patienten einen signifikant früheren Krankheitsbeginn (42,8 vs. 49,1 Jahre; $p=0,003$), eine häufigere axiale

Beteiligung (46,2 vs. 24,5 %; $p=0,004$) sowie eine höhere Prävalenz von Entesitis (33,3 vs. 18,4 %; $p=0,028$). Auch die CRP-Werte waren bei HLA-B27-positiven Patienten höher (median 5,5 vs. 3,2 mg/l; $p=0,015$). Hinsichtlich Geschlecht, Daktylitis, Uveitis, Therapieansprechen, Komorbiditäten sowie der Häufigkeit schwer zu behandelnder oder therapieresistenter Krankheitsverläufe zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Interessant ist, dass HLA-B27-Negativität mit höheren FIB-4-Scores ($p=0,034$), einem aus vier Werten berechneten Marker für Leberfibrose, assoziiert war.

Im Ergebnis ist HLA-B27 bei der PsA mit einem spezifischen klinischen Phänotyp assoziiert, der durch einen früheren Krankheitsbeginn, axiale Beteiligung, Entesitis und eine erhöhte systemische Entzündungsaktivität charakterisiert ist. Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz von HLA-B27 für die Stratifizierung der PsA und stützen dessen Rolle bei der Identifizierung von Krankheitsprofilen.

Quelle: Clin Rheumatol 2026; 45(6): 3399-3404

PSORIASIS-ARTHRITIS

Mit axialer SpA vergleichbare Enthesitis-Last, aber auch Unterschiede

Die Enthesitis ist charakteristisch für das gesamte Spektrum der Spondyloarthritis, die meisten Erkenntnisse zu ihrer Prävalenz, ihrem anatomischen Verteilungsmuster und den assoziierten Faktoren stammen jedoch aus klinischen Studien oder kleinen Kohorten und nicht aus der Routineversorgung. Zudem sind direkte Vergleiche zwischen Psoriasis-Arthritis (PsA) und axialer Spondyloarthritis (axSpA) bislang nur begrenzt verfügbar. Schweizer Rheumatologen um Raphael Micheroli, Zürich, liefern hierzu jetzt Real-Word-Daten aus einer Querschnittsanalyse des SCQM-Registers.

Eingeschlossen wurden Patienten mit PsA oder axSpA, die zwischen 2018 und 2024 registriert wurden und bei denen zum Zeitpunkt der ersten Visite im Studienzeitraum ein MASES-Wert vorlag. Eine Enthesitis wurde als MASES >0 definiert. Die anatomische Verteilung bei axialer PsA (axPsA) wurde deskriptiv analysiert. Zur Modellierung der Enthesitis-Last wurde eine multivariate negative Binomialregression durchgeführt, wobei nach Alter, Geschlecht, BMI, CRP, Symptombdauer sowie der aktuellen Anwendung von Biologika oder tsDMARDs adjustiert wurde. Insgesamt wurden 3.885 Patienten (1.473 mit PsA, 2.412 mit axSpA) eingeschlossen.

Die Prävalenz der Enthesitis betrug 56,6 % bei PsA und 64,9 % bei axSpA. Bei Patienten mit nachgewiesener Enthesitis lag der mittlere MASES-Wert bei 2,8 (PsA) bzw. 3,0 (axSpA). Die am häufigsten betroffenen Lokalisationen waren die Spina iliaca posterior superior und der Dornfortsatz des fünften Lendenwirbels (L5). Eine Beteiligung der Achillessehne trat häufiger bei PsA und axPsA auf, costochondrale Lokalisationen waren häufiger bei axSpA. Weibliches Geschlecht, erhöhtes CRP, ein hoher BMI und aktuelles Rauchen waren konsistent mit einer höheren Enthesitis-Last assoziiert. Eine längere Symptombdauer sowie Biologika waren mit einer geringeren

Last verbunden. Es wurden keine unterschiedlichen Auswirkungen von BMI oder Rauchen in Abhängigkeit von Diagnose oder Geschlecht festgestellt.

Enthesitis tritt bei PsA und axSpA ähnlich häufig auf. Trotz unterschiedlicher anatomische Muster sind die damit verbundenen Faktoren weitgehend identisch. Neben der Therapie könnten Adipositas und Rauchen modifizierbare Ansatzpunkte darstellen, wenngleich Längsschnittstudien erforderlich sind, um diese Assoziationen zu bestätigen. ■

Quelle: EULAR Rheumatol Open 2026; doi: 10.1016/j.ero.2026.100218

Apremilast reduziert periphere und axiale Entzündung

Bei PsA ist der orale PDE-4-Inhibitor Apremilast eine hierzulande eher selten genutzte Therapieoption, die zudem durch die TYK-2-Inhibitor starke (und gut verträgliche) Konkurrenz erhält. Ein internationales Team um Mikkel Østergaard, Kopenhagen (Dänemark), untersuchte in der einarmigen Open-Label-Phase-IV-Studie MOSAIC die Wirkung von Apremilast auf periphere und axiale Manifestationen der PsA mittels Ganzkörper-MRT, so die Effekte auf Entzündungen in allen peripheren Gelenken und Enthesen, der Wirbelsäule und Iliosakralgelenken, den Hüft- und Kniegelenken sowie den Fersenenthesen.

Insgesamt 122 PsA-Patienten erhielten Apremilast 2x 30 mg/Tag mit oder ohne begleitende stabile Methotrexat-Therapie über 48 Wochen. MRT-Untersuchungen der klinisch am stärksten betroffenen Hand sowie des gesamten Körpers wurden zu Baseline sowie nach 24 und 48 Wochen durchgeführt. Berichtet wurden jetzt sekundäre und Post-hoc-Ergebnisse zu den Veränderungen der axialen oder peripheren Entzündung auf Basis der Ganzkörper-MRT vom Ausgangswert bis Woche 24 und 48. Zu diesen Zeitpunkten wurden im Vergleich zu Baseline signifikante Abnahmen der Gesamtentzündung (peripher und axial) (-3,6 und -3,9), der gesamten periphere Entzündung (-3,5 und -4,1), der Entzündung peripherer Gelenke gemäß OMERACT MRI-WIPE-Scoring (-3,4 und -3,6) sowie entzündlichen Läsionen der Wirbelsäule gemäß dem CANDEN-Score

(-2,6 und -2,1) festgestellt. Post-hoc-Analysen zeigten, dass die Rückgänge der Entzündung im MRT bei Patienten mit zu Studienbeginn moderater Krankheitsaktivität ausgeprägter waren als bei solchen mit hoher.

Im Ergebnis reduzierte Apremilast sowohl periphere als auch axiale Entzündungen bei Patienten mit PsA. Interessanter ist aber der Nachweis des Nutzens von Ganzkörper-MRT und MRT zur objektiven Bestimmung auch früher entzündlicher Veränderungen bei PsA in allen muskuloskelettalen Strukturen. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; 85(7): 1277-1289



PSORIASIS-ARTHRITIS

Erfolgreiche Phase-III-Studien zu Deucravacitinib publiziert

Während der orale Tyrosinkinase-2 (TYK-2)-Inhibitor in Europa bereits auch für Psoriasis-Arthritis (PsA) zugelassen wurde, hinkten die Veröffentlichungen der bislang nur auf den ACR- und EULAR-Tagungen vorgestellten Phase-III-Studien ein wenig hinterher. Jetzt publizierten Philip J. Mease, Seattle (USA), und internationale Kollegen die Ergebnisse der randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten, jeweils 52-wöchigen Phase-III-Studien POETIK PsA-1 und -2.

Zunächst zu POETIK PsA-1, worin 670 bDMARD-naive Patienten (im Mittel 52 Jahre, ca. 50 % Frauen, 70 % auf csDMARDs) mit PsA-Diagnose vor ≥ 3 Monaten, SJC/TJC ≥ 3 , aktiver oder dokumentierter Psoriasis, hsCRP ≥ 3 mg/l und ≥ 1 PsA-bezogenen Gelenkerosion im Röntgen (Hand/Füße; also erhöhtem Risiko für strukturelle Schäden) im Verhältnis 1:1 auf Deucravacitinib 6 mg/Tag (n=336) oder Placebo (n=334) randomisiert wurden. Ab Woche 16 blieben die Patienten bis Woche 52 auf Deucravacitinib oder wechselten von Placebo darauf. Primärer Endpunkt war das ACR20-Ansprechen in Woche 16.

ÜBER 52 WOCHEN GUTE EFFEKTIVITÄT UND SICHERHEIT

Der primäre Endpunkt wurde unter Deucravacitinib signifikant häufiger erreicht (54,2 vs. 34,1 %; $p < 0,0001$). In Woche 16 war auch das ACR50/70-Ansprechen (24,7 vs. 13,5 %; $p = 0,0002$ bzw. 11,6 vs. 5,4 %; $p = 0,0039$) höher, zudem zeigten sich signifikante Vorteile in puncto PASI 75 (51,9 vs. 7,1 %; $p < 0,0001$), minimaler Krankheitsaktivität (MDA) (19,0 vs. 10,2 %; $p = 0,0012$), HAQ-DI und Lebensqualität (SF-36 PCS). Nominal signifikante Vorteile zeigten sich für Fatigue, Daktylitis, Enthesitis und DAS28-CRP sowie die Hemmung der radiografischen Progression (mod. van-der-Heijde-Sharp-Score). Die Ansprechraten nahmen bis Woche 52 noch zu und waren ähnlich bei kontinuierlicher oder

ab Woche 16 erfolgter Einnahme von Deucravacitinib. In Woche 16 waren die Raten schwerer unerwünschter Ereignissen (UE) (1,8 vs. 2,4 %) sowie UE-bedingter Therapieabbrüche (2,4 vs. 1,8 %) niedrig und blieben bis Woche 52 auf diesem Niveau; es gab keine Signale hinsichtlich schwerer kardiovaskulärer Ereignisse (MACE), Thromboembolien (VTE), Malignome oder opportunistischer Infektionen. (1)

In POETIK PsA-2 wurden 729 Patienten mit vor ≥ 3 Monaten diagnostizierter aktiver PsA (SJC/TJC ≥ 3 , hsCRP ≥ 3 mg/l), aktiver oder dokumentierter Psoriasis, die bDMARD- bzw. TNF-Inhibitor (TNFi)-naiv waren oder ≤ 2 TNFi nicht vertragen hatten (im Mittel 49 Jahre, ca. 51 % Frauen, ca. 13 % TNFi-Vorthherapie, cs. 62 % auf csDMARDs) im Verhältnis 3:3:1 für 16 Wochen auf Deucravacitinib 6 mg/Tag (n=312), Placebo (n=312) oder Apremilast 2x 30 mg/Tag (n=105; als Sicherheits-Referenzarm) randomisiert. Ab Woche 16 setzten die Deucravacitinib- und Apremilast-Gruppen die Therapie bis Woche 52 fort, die Placebo-Patienten wechselten auf Deucravacitinib. Primärer Endpunkt war das ACR20-Ansprechen in Woche 16.

Letzterer wurde mit Deucravacitinib signifikant gegenüber Placebo erreicht (54,2 vs. 39,4%; $p = 0,0002$) mit ähnlichen Trends bei ACR50/70 (28,8 vs. 16,3 % bzw. 10,6 vs. 5,4 %). Bis Woche 52 stiegen die Ansprechraten sowohl mit fortgeführter oder ab Woche 16 erfolgter Deucravacitinib-Therapie deutlich an (ACR20/50/70: 62,2/67,3 %, 40,7/43,0 %, 26,0/27,6 %) (Abb.). Zu Woche 52 erreichten überdies 53,9/59,7 % der Teilnehmer ein PASI 75-Ansprechen und 41,7/36,9 % eine MDA. Anhaltende Verbesserungen zeigten sich auch im DAS28-CRP, HAQ-DI, SF-36 PCS und im FACIT-Fatigue. Schwere UE waren bis Woche 16 sehr selten (1,0, 1,9 bzw. 3,8 % unter Placebo, Deucravacitinib und Apremilast), bis Woche 52 kam es dazu bei 4,5 (Placebo/Deucravacitinib), 5,8 (Deucravacitinib) und 9,5 % (Apremilast) der Patienten. Es wurden erneut keine relevanten Signale in puncto MACE, VTE, Malignitäten oder opportunistischen Infektionen verzeichnet. (2) Vor allem bei Patienten mit nicht zu stark ausgeprägter, früher PsA dürfte der TYK-2-Hemmer eine gute Option sein. ■

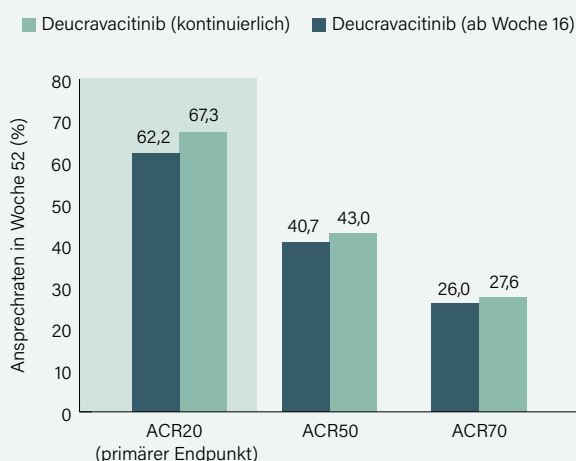


Abb. 2: ACR20/50/70-Ansprechen auf Deucravacitinib 6 mg/Tag nach 52 Wochen in POETIK PsA-2-Studie (2)

Quellen:

- 1 Ann Rheum Dis 2026; 85(9): 1729-1742
- 2 Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70280



Finale Ergebnisse aus dem IMPROVE-axSpA-Projekt

Die IMPROVE-axSpA-Initiative untersuchte in einem prospektiven multizentrischen Telemedizinprojekt in Deutschland und Österreich, wie gut die lokale diagnostische Einschätzung bei Verdacht auf axiale Spondyloarthritis (axSpA) mit einer zentralen Bild- und Fallbewertung übereinstimmt. Die finalen Ergebnisse publizierten kürzlich Denis Poddubnyy, Toronto/Berlin, und Kollegen.

Insgesamt wurden 969 Patienten mit Verdacht auf axSpA eingeschlossen. Lokale Rheumatologen oder Orthopäden dokumentierten ihre diagnostische Einschätzung und luden klinische Daten, Laborbefunde sowie verfügbare Röntgen- und MRT-Bilder auf eine gesicherte Onlineplattform hoch. Die zentrale Bewertung durch Experten erfolgte anhand der gesamten klinischen, laborchemischen und bildgebenden Information mit finaler Einordnung als axSpA, keine axSpA oder unklarer Befund

Lokal wurde bei 264 Patienten (27,3 %) eine axSpA diagnostiziert, bei 319 (32,9 %) ausgeschlossen und bei 386 (39,8 %) als unklar bewertet. In der Fall-

bewertung wurde eine axSpA bei 238 Patienten (24,6 %) bestätigt, bei 641 (66,2 %) ausgeschlossen, während 90 Fälle (9,3 %) unklar blieben. Von den lokal als axSpA diagnostizierten Patienten wurden nur 142 von 264 (53,8 %) zentral bestätigt; 89 (33,7 %) wurden als keine axSpA reklassifiziert. Umgekehrt wurde bei lokal ausgeschlossener axSpA nur in 27 von 319 Fällen (8,5 %) zentral doch eine axSpA festgestellt. Die diagnostischen Diskrepanzen waren vor allem durch die Interpretation der Bildgebung bedingt. Patienten mit lokaler axSpA-Diagnose, die zentral nicht bestätigt wurde, hatten vor allem unspezifische MRT-Veränderungen, einschließlich Knochenmarködem an den Sakroiliakalgelenken,

nicht aber hinreichende axSpA-typische aktive oder strukturelle Läsionen.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass im klinischen Alltag bei Verdacht auf axSpA häufiger eine Über- als eine Unterdiagnose vorkommt. Besonders relevant ist dies, da eine nicht zutreffende axSpA-Diagnose zu unnötigen und potenziell belastenden Therapien führen kann. Kritisch bleibt, dass auch die zentrale Bewertung kein absoluter Goldstandard ist und die Bildgebung nicht nach einem einheitlichen Studienprotokoll erfolgte. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; 85(10): 1956-1966

Distinkter Phänotyp bei gleichzeitiger Hidradenitis suppurativa?

Spondyloarthritis (SpA) und Hidradenitis suppurativa (HS) können gemeinsam auftreten, mit HS als potenzieller extra-muskulöskelettaler Manifestation (EMM). Spanische Rheumatologen um Joan Calvet, Barcelona, untersuchten jetzt den klinischen Phänotyp und die Krankheitslast bei Patienten mit gleichzeitiger SpA und HS oder mit alleiniger SpA.

Zu diesem Zwecke wurde eine multizentrische, retrospektive Fall-Kontroll-Studie mit gematchten Gruppen durchgeführt, wobei als Fälle Erwachsene mit SpA und dermatologisch bestätigter HS dienten, während die Kontrollgruppe aus SpA-Patienten ohne HS bestand. Die Daten der vorangegangenen drei Jahre wurden aus elektronischen Patientenakten extrahiert. Insgesamt wurden 39 Fälle und 111 Kontrollpersonen eingeschlossen.

Unter den Fällen wiesen 64 % eine axiale SpA (axSpA) und 36 % eine periphere SpA (pSpA) auf. Im Vergleich zur Kontrollgruppe waren Patienten mit axSpA und HS seltener HLA-B27-positiv (46 vs. 79 %; $p=0,002$) und wiesen seltener eine radiografische Sakroiliitis (60 vs. 86 %;

$p=0,007$), jedoch häufiger eine Arthritis auf (40 vs. 23 %; $p=0,081$). Bei axSpA-Patienten mit HS häufiger auftretende Komorbiditäten waren aktives Rauchen (68 vs. 35 %; $p=0,006$), arterielle Hypertonie (44 vs. 17 %; $p=0,011$) sowie Angst- und Depressionsstörungen (36 vs. 16 %; $p=0,046$). Hinsichtlich der EMMs war eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung bei Patienten mit axSpA und HS häufiger zu beobachten als in der Kontrollgruppe (20 vs. 3 %; $p=0,020$). Patienten mit axSpA und HS wiesen zudem eine höhere Krankheitsaktivität auf (ASDAS-CRP: 3,0 vs. 2,1; $p=0,003$; CRP: 11,3 vs. 3,3 mg/l; $p=0,001$), hatten eine größere Anzahl verschiedener Biologika erhalten ($p=0,028$), zeigten eine häufigere Anwendung von csDMARDs (52 vs.

28 %; $p=0,018$) und verzeichneten mehr rheumatologische Arztbesuche (median 9,0 vs. 7,0; $p=0,050$).

Das gleichzeitige Vorliegen von SpA und HS scheint mit einem spezifischen klinischen Phänotyp und einer höheren Krankheitslast einherzugehen, was sich in einer größeren therapeutischen Komplexität und stärkeren Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung niederschlägt. Diese Ergebnisse stützen die Hypothese, dass die HS Teil des breiteren Spektrums immunvermittelter Manifestationen im Zusammenhang mit SpA sein könnte. ■

Quelle: Semin Arthritis Rheum 2026; 80: 153062

AXIALE SPONDYLOARTHRITIS

Echte Therapieresistenz in klinischer Praxis sehr selten

Die Prävalenz der schwer zu behandelnden axialen Spondyloarthritis (D2M-axSpA) in der klinischen Praxis sowie die damit verbundenen klinischen Merkmale sind bislang noch nicht ausreichend charakterisiert. Ziel einer Studie italienischer Rheumatologen um Francesco Ciccia, Neapel, war es, die Prävalenz von D2M- und therapierefraktärer (TR)-axSpA in der Routineversorgung zu ermitteln, Faktoren zu identifizieren, die mit D2M assoziiert sind, und die Konsistenz ausgewählter D2M-assoziierter Merkmale über verschiedene Kohorten hinweg zu bewerten.

In der Querschnittsstudie mit 252 axSpA-Patienten aus zwei italienischen Zentren der Maximalversorgung wurden D2M- und TR-axSpA-Fälle auf Basis der ASAS-Definitionen aus 2024 identifiziert und klinische, laborchemische und bildgebende Merkmale zwischen D2M- und Nicht-D2M-Patienten verglichen. Unabhängig mit D2M assoziierte Faktoren wurden mittels multivariater logistischer Regression analysiert.

Um die Konsistenz über verschiedene Populationen hinweg zu untersuchen, wurde eine explorative Metaanalyse unter Verwendung harmonisierter Daten der argentinischen „Reuma-Check“-Kohorte durchgeführt.

Lediglich 6,3 % der Teilnehmer erfüllten die Definition einer D2M- und 3,2 % jene einer TR-axSpA. Patienten mit D2M wiesen eine höhere Krankheitsaktivität (ASDAS 2,50 vs. 1,24; $p < 0,001$), stärkere axiale Schmerzen (2,50 vs. 0,80; $p = 0,017$) und eine schlechtere globale Einschätzung (PGA: 3,20 vs. 1,16; $p < 0,001$) auf. In der multivariaten Analyse zeigten sich Fibromyalgie (Odds Ratio, OR 5,5; 95% KI 1,2–25,6) und eine Uveitis in der Vorgeschichte (OR 3,3; 95% KI 1,0–11,1) als unabhängig mit dem D2M-Status assoziiert. Auch die aktuelle Einnahme von NSAR (OR 3,8; 95% KI 1,2–11,9) war mit D2M assoziiert, was wohl eher eine höhere Symptomlast als einen kausalen Zusammenhang widerspiegelt.

Die nachfolgende Metaanalyse identifizierte Psoriasis (Risikoverhältnis, RR 2,17; $p = 0,008$), Rauchen (RR 1,53; $p = 0,045$), Uveitis (RR 2,45; $p = 0,044$) und radiografische strukturelle Schäden (RR 1,84; $p = 0,004$) als konsistente Merkmale, die mit D2M-axSpA assoziiert sind.

Sowohl D2M- als auch TR-axSpA waren im klinischen Alltag relativ selten. Fibromyalgie, NSAR und Uveitis waren unabhängig mit dem D2M-Phänotyp assoziiert, zusätzlich wurden Assoziationen mit Psoriasis, Rauchen und strukturellen Schäden aufgezeigt.

Quelle: Ther Adv Musculoskelet Dis 2026; 18: 1759720X261434275

Anteriore Uveitis geht häufig der Diagnose voran

Die nicht-granulomatöse akute anteriore Uveitis (AAU) kann ein Warnsignal für eine bislang nicht diagnostizierte axiale SpA (axSpA) sein. Angesichts der bekannten Verzögerung bei der Diagnose der axSpA zielte einer monozentrische Studie italienischer Experten um Alessandra Rai, Reggio Emilia, darauf ab, die Prävalenz einer zuvor nicht diagnostizierten axSpA bei Patienten mit AAU zu ermitteln und die klinischen Merkmale der durch die Uveitis identifizierten axSpA zu charakterisieren.

Die Querschnittsstudie umfasste konsekutive AAU-Patienten, die zwischen 2024 und 2025 an ein ophthalmologisches Zentrum überwiesen und einer umfassenden rheumatologischen Untersuchung (inklusive HLA-B27, MRT der Iliosakralgelenke, Ultraschall der Enthesen und symptomatischen Gelenke) unterzogen wurden. Die Diagnose einer SpA wurde durch Experten auf Basis klinischer, laborchemischer und bildgebender Befunde gestellt. Von 68 AAU-Patienten wurden 38 ohne vorangegangene rheumatologische Diagnose in die Studie einbezogen. Bei 16 Patienten (43,2 %) wurde eine axSpA neu diagnostiziert. Eine HLA-B27-Positivität trat bei Patienten mit axSpA häufiger auf als bei Patienten ohne SpA (56 vs. 33 %). Alle Patienten mit axSpA berichteten über frühere Episoden von Rückenschmerzen, wenngleich zum Zeitpunkt der Untersuchung nur bei 56,3 % entzündliche Rückenschmerzen vorlagen. Die mittleren BASDAI-Werte sowie die Symptombdauer

waren bei Patienten mit axSpA signifikant höher ($p = 0,005$ bzw. $p = 0,041$). Die MRT zeigte bei 62,5 % der neu diagnostizierten axSpA-Patienten eine aktive Sakroiliitis und bei 75 % Erosionen. Nur 68,7 % der neuen axSpA-Fälle erfüllten die „alten“ ASAS-Klassifikationskriterien für axSpA aus dem Jahr 2009.

Fast die Hälfte der AAU-Patienten wies eine zuvor nicht erkannte axSpA auf, die sich häufig mit milden oder atypischen axialen Symptomen manifestierte. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung einer integrierten ophthalmologischen und rheumatologischen Beurteilung, um eine frühere Diagnose der axSpA zu ermöglichen.

Quelle: Ther Adv Musculoskelet Dis 2026; 18: 1759720X261449924

JAK-Inhibitor überzeugt in Phase-III-Studie

Die zuvor auf dem EULAR-Kongress vorgestellte Phase-III-Studie OLINGUITO zum Einsatz des präferenziellen Januskinase (JAK)-1-Inhibitor Filgotinib bei Patienten mit röntgenologischer und nicht-röntgenologischer (r/nr) axialer Spondyloarthritis (ax-SpA) wurde von der internationalen Studiengruppe um Xenofon Baraliakos, Herne/Bochum, inzwischen publiziert und dürfte für Filgotinib den Weg zur Zulassung auch in dieser Indikation gebahnt haben.

Bei OLINGUITO handelt es sich um zwei randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Studien mit Patienten mit gesicherter r-/nr-axSpA (Studie A bzw. B) und unzureichendem Ansprechen (IR) oder Unverträglichkeit gegenüber NSAR. 258 bzw. 237 Patienten wurden im Verhältnis 1:1 bis Woche 16 auf Filgotinib 200 mg 1x täglich oder Placebo randomisiert, stratifiziert nach bDMARD-Status (naiv/nicht-IR vs. IR) und hsCRP-Spiegel (im Mittel 77,5 bzw. 50,6 % Männer, 42,8 bzw. 40,9 Jahre, 28 bzw. 20 % ≥ 65 Jahre). Nach Woche 16 erhielten alle Patienten bis Woche 52 offen Filgotinib 200 mg, mit Ausnahme jener ≥ 65 Jahre und/oder mit Risikofaktoren; diese erhielten die niedrigste wirksame Dosis (Responder: 100 mg; Non-Responder: 200 mg bis zum Ansprechen, danach 100 mg). Primärer Endpunkt war jeweils ein ASAS40-Ansprechen in Woche 16. Sekundäre Endpunkte waren die Veränderungen von Baseline (CFB) bis Woche 16 bei ASDAS, SPARCC-MRT-Scores des Iliosakralgelenks (ISG), BASFI, BASMI und ASQoL. Die Sicherheit wurde bis Woche 52 beurteilt.

FILGOTINIB EFFEKTIV ÜBER GESAMTES AXSPA-SPEKTRUM

In beiden Studien wurde der primäre Endpunkt erreicht: Ein signifikant größerer Anteil der Patienten erzielte unter Filgotinib ein ASAS40-Ansprechen in Woche 16, dies sowohl in der r-axSpA- (39,5 vs. 20,9 %; $p=0,001$) als auch in der nr-axSpA-Studie (34,5 vs. 17,8 %; $p=0,003$) (Abb.). Das ASAS40-Anspre-

chen unter Filgotinib trat früh ein (ab Woche 1) und verbesserte sich bis Woche 52 weiter (r-axSpA: 64,3 bzw. 69,0 %; nr-axSpA: 59,7 bzw. 58,5 %) (Abb.). 84,6 bzw. 78,0 % der Patienten mit r-/nr-axSpA, die in Woche 16 ein ASAS40-Ansprechen mit Filgotinib erreicht hatten, behielten dieses bis Woche 52 bei. Bei bDMARD-naiven Patienten bzw. solchen ohne unzureichendes Ansprechen auf bDMARDs (non-IR) betrug das ASAS40-Ansprechen in Woche 16 36,7 vs. 22,8 % bei r-axSpA und 35,5 vs. 23,1 % bei nr-axSpA. Bei bDMARD-IR-Patienten lagen die ASAS40-Ansprechraten in Woche 16 bei 48,4 vs. 14,3 % (r-axSpA) bzw. 30,8 vs. 0 % (nr-axSpA).

In den sekundären Endpunkten zeigten sich bei r-axSpA-Patienten bis Woche 16 signifikant stärkere Verbesserungen bei ASDAS (-1,34 vs. -0,63), SPARCC MRT ISG (-2,69 vs. -0,62), BASFI (-1,89 vs. -1,06) (je $p<0,001$) und ASQoL (-4,12 vs. -2,82; $p=0,007$), beim BASMI nur numerische ($p=0,056$). Bei nr-axSpA-Patienten zeigten sich signifikant stärkere Verbesserungen bei ASDAS (-1,32 vs. -0,69) und SPARCC MRT ISG (-1,88 vs. +1,39) (je $p<0,001$), bei BASFI, BASMI und ASQoL waren die Differenzen numerisch größer. In beiden Studien blieben die Verbesserungen bei ASDAS, SPARCC MRT ISG, BASFI, BASMI und ASQoL bis Woche 52 entweder erhalten oder verbesserten sich weiter. Bis Woche 16 traten unter Filgotinib zwei schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (UE) auf, aber keine Fälle von Herpes Zoster, MACE, Nicht-Melanom-Hautkrebs oder Thrombosen. Während der Open-label-Phase wurden zwei Malignome gemeldet: ein behandlungsbedingtes Prostatakarzinom sowie ein Lymphom, das nicht therapieassoziiert eingestuft wurde. Zudem wurden ein akuter Myokardinfarkt und drei Fälle von Herpes Zoster gemeldet.

In OLINGUITO zeigten Patienten mit r-axSpA und nr-axSpA, die bis Woche 52 mit Filgotinib 200 mg behandelt wurden, somit unabhängig von einer bDMARD-Vortherapie frühe und signifikante Verbesserungen (ASAS40, ASDAS und entzündliche Läsionen im MRT) bei bekanntem Sicherheitsprofil – von einer Zulassung bei Patienten mit aktiver r-axSpA und nr-axSpA ist relativ sicher auszugehen. ■

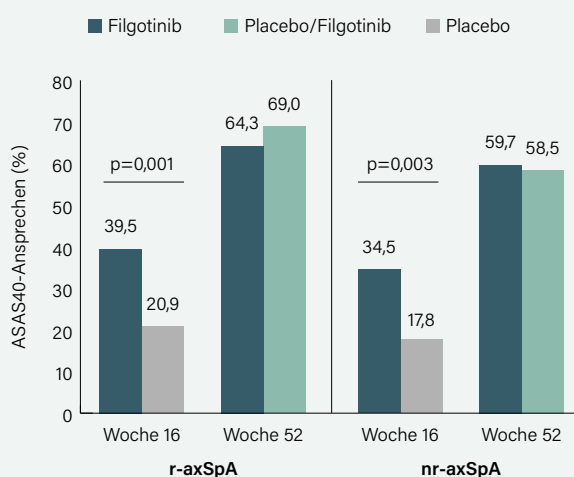


Abb.: OLINGUITO-Studien; Signifikante Überlegenheit von Filgotinib im ASAS40-Ansprechen zu Woche 16

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; doi: 10.1016/j.ard.2026.06.024

POLYMYALGIA RHEUMATICA

IL-6-Inhibition wirksamer als csDMARDs im klinischen Alltag

Viele Patienten mit Polymyalgia rheumatica (PMR) erleiden unter oder nach Absetzen von Glukokortikoiden (GK) Rezidive oder vertragen diese nicht. Dann werden häufig csDMARDs, vor allem Methotrexat (MTX), als GK-sparende Therapien eingesetzt – trotz limitierter Evidenz für deren Wirksamkeit. Interleukin-6-Rezeptor-Inhibitoren (IL-6Ri) waren in randomisierten, kontrollierten Studien bei PMR effektiv, Sarilumab ist für PMR zugelassen. US-amerikanische Rheumatologen um Jeffrey R. Curtis, Birmingham, verglichen jetzt IL-6Ri und csDMARDs bei GK-refraktären PMR-Patienten in der bislang größten Real-World-Studie.

Untersucht wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von IL-6Ri anhand einer retrospektiven Vergleichskohorte auf Basis von Medicare-Abrechnungsdaten. Identifiziert wurden PMR-Patienten unter GK, die zuvor keine IL-6Ri erhalten hatten und eine Therapie mit einem IL-6Ri oder csDMARD begannen. Diese wurden Kohorten für csDMARD-naive und -erfahrene Patienten zugeordnet und mittels direkter Methoden sowie Propensity-Score-Matching verglichen. Primäre Endpunkte waren die Zeit bis zum Absetzen der GK sowie die Zeit bis zur Reduktion auf eine minimale GK-Dosis (≤ 2 mg/Tag oder Absetzen) innerhalb des ersten Jahres. Für Patienten, die einen IL-6Ri oder csDMARD starteten, wurden

über zwei Jahre die Inzidenzraten (IR) für unerwünschte Ereignisse von besonderem Interesse (AESI) erfasst.

In die Analyse gingen 415 gematchte Behandlungspaare ein (187 csDMARD-naiv, 228 csDMARD-erfahren). Patienten, die eine IL-6Ri-Therapie begannen, setzten GK mit höherer Wahrscheinlichkeit ab (adjustierte Hazard Ratio [aHR] 1,28; $p=0,031$) oder erreichten eine minimale GK-Dosis (aHR 1,28; $p=0,025$) innerhalb des ersten Jahres, verglichen mit solchen, die ein csDMARD starteten. Nach einem Jahr war die IR pro 100 Patientenjahre für primäre, stationär behandelte Infektionen bei Patienten, die eine IL-6Ri-Therapie begannen, höher als bei jenen,

die ein csDMARD starteten (12,2 vs. 5,7); im zweiten Jahr waren die Werte jedoch vergleichbar (5,8 vs. 6,4). Hinsichtlich anderer relevanter Ereignisse waren die Inzidenzraten in beiden Gruppen niedrig und vergleichbar.

Bei PMR erwiesen sich IL-6Ri somit als wirksamer zur Steroideinsparung als csDMARDs, ohne dass neue Sicherheitsbedenken auftraten. Daher sollten im Einklang mit neueren Leitlinien primär IL-6Ri bei GK-refraktären PMR-Patienten in Betracht gezogen werden.

Quelle: RMD Open 2026; 12(3): e006850

Frühe Anzeichen für schwerere Verläufe identifiziert

Die Mehrzahl der PMR-Patienten erreicht innerhalb der ersten vier Wochen eine vollständige Remission; allerdings zeigen 15–30 % der mit GK behandelten Patienten einen therapieresistenteren Verlauf, der eine Dosiserhöhung zum Erreichen einer frühen Remission erforderlich machen kann. In etwa 40 % der Fälle kann es während der GK-Dosisreduktion zu einem Rückfall kommen, was eine Therapieintensivierung erzwingt. Zudem werden nach einem, zwei und fünf Jahren ca. 75, 50 bzw. 25 % der Patienten weiter mit GK behandelt. Dänische Experten um Tobias B. Kokholm, Aarhus, suchten in einer prospektiven Kohortenstudie nach Prädiktoren für frühzeitige GK-Dosiserhöhungen, Rezidive sowie eine mehr als einjährige GK-Therapie.

In der Kohorte von 60 Patienten mit neu diagnostizierter, bestätigter PMR wurden klinische und biochemische Parameter analysiert. Als Zielgrößen dienten die Notwendigkeit einer GK-Dosiserhöhung zur Remissionserreichung zwischen der 2. und 4. Woche, ein Rezidiv zwischen Woche 10 und 52 sowie eine danach fortbestehende Prednisolon-Behandlung.

Der CRP-Wert erwies sich über alle Endpunkte hinweg als der konsistenteste Prädiktor. Die CRP-Schwellenwerte für eine frühzeitige Prednisolon-Dosiserhö-

hung lagen bei 41,5 mg/l zu Studienbeginn und 22,5 mg/l in der ersten Woche, mit einer Sensitivität bzw. Spezifität von 78 %/73 % bzw. 88 %/94 %, für die Prädiktion eines Rezidivs lagen diese bei 49,5 mg/l und 7,5 mg/l mit einer Sensitivität bzw. Spezifität von 65 %/86 % bzw. 100 %/68 %. Hinsichtlich einer fortbestehenden Prednisolon-Therapie nach mehr als einem Jahr zeigten sich ähnliche Ergebnisse. Eine Therapieresistenz innerhalb von vier Wochen erhöhte das Risiko für ein späteres Rezidiv signifikant (Odds Ratio, OR 3,7; 95% KI 1,01-10,58), ebenso

wie eine fortgesetzte Prednisolon-Behandlung zum Zeitpunkt des 1-Jahres-Follow-up (OR 4,84; 95% KI 1,51-15,5).

Die Überwachung des Therapieansprechens in der ersten Woche (CRP!) nach Diagnosestellung kann somit helfen, PMR-Patienten zu identifizieren, die eine frühzeitige GK-Dosissteigerung benötigen oder bei denen ein Risiko für einen schwereren Krankheitsverlauf besteht. ■

Quelle: Semin Arthritis Rheum 2026; 80: 153039

Verzögerte Diagnosestellung bleibt in Deutschland ein Problem

Eine verzögerte Diagnosestellung ist bei Riesenzell- und Takayasu-Arteriitis (RZA bzw. TAK) nicht selten und steht im Zusammenhang mit dem Krankheitssubtyp, klinischen Erscheinungsbild sowie einem mangelnden Bewusstsein für das Krankheitsbild. Späte Diagnosen sind mit erhöhter Morbidität, Organschäden und einer höheren kumulativen Belastung durch immunsuppressive Therapien assoziiert. Deutsche Experten um Anna Kernder, Bochum, untersuchten kürzlich in einer retrospektiven Studie im Rheumazentrum Ruhrgebiet den diagnostischen Verlauf bei RZA/TAK-Patienten und fahndeten nach Faktoren, die mit der Zeit bis zur Diagnose assoziiert sind.

In die Studie wurden 501 Patienten aufgenommen, bei denen zwischen Januar 2014 und Mai 2025 eine RZA (n=488) oder TAK (n=13) diagnostiziert wurde. Klinische Daten, Laborwerte und Informationen zu Überweisungen wurden aus den Krankenakten erhoben. Die Zeit bis zur Diagnose wurde als der Zeitraum zwischen Auftreten der ersten Symptome und der gesicherten Diagnose definiert. Faktoren, die mit einer diagnostischen Verzögerung assoziiert waren, wurden mittels multivariater Cox-Regression analysiert. Zeitdifferenzen wurden anhand von Kaplan-Meier-Kurven visualisiert.

Im Vergleich zur RZA (89 Tage; IQR 31–184) war die mediane Zeit bis zur Diagnose bei der TAK länger (245 Tage; IQR 31–1.308). Das Auftreten typischer kranialer Symptome war mit einem kürzeren Diagnoseintervall verbunden (Hazard Ratio, HR 1,27; p=0,022), während eine Beteiligung der Aorta und ihrer Hauptäste mit einer längeren Verzögerung einherging (HR 0,64; p<0,001). Entsprechend waren vorherige Konsultationen bei Rheumatologen mit einer längeren diagnostischen Verzögerung assoziiert (HR 0,73; p=0,004), Überweisungen durch Augenärzte (HR 2,40; p=0,001) und Kardiologen (HR 3,81; p=0,008) hin-

gegen mit einer früheren Diagnose. Die diagnostische Verzögerung variiert somit je nach Subtyp und klinischem Erscheinungsbild. Die Zeit bis zur Diagnose war bei TAK länger als bei RZA, wobei typische kraniale Symptome eine frühere Diagnose begünstigen, während eine Aorten-Beteiligung diese verzögert.

Ein gesteigertes Bewusstsein für das Krankheitsbild ist entscheidend, um künftig die diagnostische Verzögerung zu minimieren und Organschäden zu verhindern. ■

Quelle: RMD Open 2026;12(3): e006782

Ultraschall hilfreich bei Prädiktion klinischer Rezidive

Bei RZA stellen Rezidive trotz verfügbarer neuerer Therapien wie Tocilizumab und Upadacitinib weiter ein Problem dar. Eine europäische Studiengruppe um Juan Molina Collada, Madrid (Spanien), setzte sich zum Ziel, im Rahmen des „Monitoring Activity of GCA through UltraSound“ (MAGiCUS)-Projekts, einer multizentrischen, prospektiven Beobachtungsstudie mit Patienten, bei denen neu eine RZA diagnostiziert wurde, den prognostischen Wert der ultraschallbasierten Quantifizierung der Gefäßentzündung für die Vorhersage von Rezidiven zu bewerten.

In der internationalen Studie wurden Ultraschalluntersuchungen der Arteria temporalis und der Axillararterien zu Studienbeginn sowie nach 1, 3, 6 und 12 Monaten durchgeführt, wobei die Gefäßentzündung mithilfe des OMERACT-GCA-Ultraschall-Scores (OGUS) quantifiziert wurde. Primärer Endpunkt war das Auftreten des ersten klinischen Rezidivs im Zeitraum zwischen 6 und 12 Monaten.

Von den 156 in MAGiCUS eingeschlossenen RZA-Patienten aus 19 Zentren erlitten 31 (19,9 %) ein Rezidiv. Bei Patienten ohne Rezidiv war der OGUS bei allen Nachuntersuchungen signifikant niedri-

ger als zu Studienbeginn (-0,15 bis -0,35). Bei Patienten mit Rezidiv war der OGUS zu Studienbeginn signifikant höher (1,58 vs. 1,16; p<0,001). In einer multivariaten Analyse war ein Anstieg des OGUS zu Studienbeginn um 0,1 Einheiten mit einem Rezidiv assoziiert (Odds Ratio, OR 1,19; 95% KI 1,08–1,34). Diese Assoziation blieb auch bei einem Anstieg des OGUS um 0,1 Einheiten nach einem Monat (OR 1,37; 95% KI 1,17–1,66) und nach drei Monaten (OR 1,51; 95% KI 1,20–1,98) signifikant. Die Fläche unter der ROC-Kurve (AUC) für die Vorhersage eines Rezidivs betrug 0,70 (95% KI 0,58–0,80) für den OGUS zu Studienbeginn, 0,74 (95% KI

0,60–0,85) nach einem Monat und 0,67 (95% KI 0,56–0,78) nach drei Monaten.

Die ultraschallbasierte Quantifizierung der Gefäßentzündung besitzt somit einen prognostischen Wert für die Vorhersage von Rezidiven im Verlauf einer RZA. Höhere OGUS-Werte zu Studienbeginn sowie nach einem und drei Monaten sind mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für einen klinischen Rückfall assoziiert. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(7): keag341



RIESENZELLARTERITIIS

Upadacitinib nach erreichter Remission fortführen

Bei der Riesenzellarteriitis (RZA) besteht ein großer Bedarf an Glukokortikoid (GK)-sparenden Therapieoptionen. Während der ersten 52 Wochen der Phase-III-Studie SELECT-GCA erreichten RZA-Patienten, die den Januskinase (JAK)-1-Inhibitor Upadacitinib (15 mg/Tag) mit einem 26-wöchigen Ausschleichen der GK erhielten, häufiger eine anhaltende Remission sowie eine geringere kumulative GK-Exposition als unter Placebo mit 52-wöchigem GK-Ausschleichen. Wolfgang A. Schmidt, Berlin, und Kollegen publizierten jetzt die 2-Jahres-Ergebnisse mit dem Vergleich einer Fortsetzung oder Beendigung von Upadacitinib.

In Phase 1 von SELECT-GCA wurden RZA-Patienten ≥ 50 Jahre im Verhältnis 2:1:1 auf Upadacitinib 15 oder 7,5 mg mit einem 26-wöchigen oder Placebo mit einem 52-wöchigen GK-Ausschleichschema randomisiert. In Phase 2 wurden Patienten, die bis Woche 52 eine kontinuierliche Remission von ≥ 24 Wochen erreicht hatten, verblindet 2:1 auf die Fortsetzung von Upadacitinib oder einen Wechsel auf Placebo re-randomisiert. Die Wirksamkeit wurde zwischen Woche 52 und 104 bewertet, die Sicherheit über zwei Jahre hinweg.

Von den 103 Patienten, die Upadacitinib 15 mg erhielten, eine anhaltende Remission von ≥ 24 Wochen erreichten und in Phase 2 re-randomisiert wurden, setzten 68 die Therapie fort, während 35 in Woche 52 auf Placebo wechselten. Im Zeitraum von Woche 52 bis 104 kam es bei Patienten, die auf Upadacitinib 15 mg blieben, signifikant seltener zu Krankheitsschüben

(7,4 vs. 59,5 %; $p \leq 0,0001$); zudem blieb die GK-freie Remission häufiger erhalten (71,7 vs. 31,4 %; $p \leq 0,0001$), und die GK-Exposition war geringer (median 0 vs. 1.048 mg; $p \leq 0,0001$). Das Sicherheitsprofil war unter Upadacitinib und Placebo weitgehend vergleichbar. Es wurden unter Upadacitinib keine neuen klinisch relevanten Sicherheitsrisiken festgestellt.

Insgesamt untermauern die 2-Jahres-Daten das günstige Nutzen-Risiko-Verhältnis einer verlängerten Upadacitinib-Anwendung bei RZA. Nur ein geringer Anteil der RZA-Patienten, die nach 52 Wochen eine anhaltende Remission erreichten, konnte Upadacitinib ohne Rezidiv absetzen; dies spricht dafür, dass in der klinischen Praxis die Fortführung von Upadacitinib dem Absetzen in den meisten Fällen vorzuziehen sein dürfte. ■

Quelle: Ann Rheum Dis 2026; doi: 10.1016/j.ard.2026.06.029

In klinischer Praxis immer noch hohe Glukokortikoid-Exposition

Das Management der RZA zielt zunehmend darauf ab, den Einsatz von GK zu reduzieren. Französische Experten um Florence Tubach, Paris, untersuchten in einer retrospektiven Studie die zeitlichen Veränderungen der Behandlungsmuster im Alltag und analysierten den Zusammenhang zwischen kumulativer GK-Exposition und unerwünschten klinischen Ereignissen.

Die Studie basierte auf der Datenbank der französischen Krankenversicherung und umfasste 18.301 neu diagnostizierte RZA-Fälle (im Mittel 75 Jahre, 2/3 Frauen) im Zeitraum von 2010 bis 2022. Mittels „Latent Class Growth Modeling“ wurden verschiedene Verläufe der GK-Anwendung identifiziert. Analysiert wurden die kumulative Dosis und der Einsatz GK-sparender Therapien. Mit multivariaten Überlebenszeitmodellen wurden Faktoren identifiziert, die mit einer anhaltenden GK-freien Remission verbunden sind, sowie die Assoziation zwischen kumulativer GK-Exposition und Mortalität, schweren Infektionen, schweren kardiovaskulären Ereignissen (MACE) und osteoporotischen Frakturen untersucht. Es wurden vier Verläufe der GK-Anwendung

identifiziert. Zwei Verläufe mit hoher Dosierung nahmen im Zeitverlauf ab. Bei 73 % wurden GK nach fünf Jahren komplett gestoppt, nach zwei Jahren gelang dies nur bei 34 %. Die mittlere kumulative GK-Dosis blieb über zwei Jahre hoch und betrug bei bis 2022 diagnostizierten Patienten im Mittel 7,6 g (5,6–18,3 g). Der Methotrexat (MTX)-Einsatz nahm bis 2020 zu und stagnierte dann, während jener von Tocilizumab anstieg und 2022 einen Anteil >25 % erreichte. Männliches Geschlecht sowie die Anwendung von MTX oder Tocilizumab zu Therapiebeginn waren mit einer schnelleren GK-Reduktion assoziiert, während ein Alter >75 Jahre, Hypertonie und Nieren- sowie neurodegenerative Erkrankungen mit einer langsameren Reduktion einhergingen.

Jedes Gramm GK war mit einer erhöhten Mortalität assoziiert (Hazard Ratio, HR pro Gramm 1,024; 95% KI 1,021–1,027), aber auch mit schweren Infektionen (HR 1,050), MACE (HR 1,015) und schweren osteoporotischen Frakturen (HR 1,013). Eine jährliche kumulative Exposition bei Dosen von ≤ 5 mg/Tag war mit einem erhöhten Risiko für Infektionen (HR 1,13; 95% KI 1,00–1,29) und MACE (HR 1,04; 95% KI 1,01–1,08) verbunden.

Trotz sukzessiver Verringerung bleibt die kumulative GK-Exposition bei RZA somit erheblich und ist – selbst bei niedrigsten Dosen – mit unerwünschten klinischen Ereignissen assoziiert. ■

Quelle: RMD Open 2026; 12(3): e006866

SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

Frühe Risikostratifizierung bei Lupusnephritis sinnvoll

Bei Patienten mit aktiver Lupusnephritis (LN) und ungünstiger Prognose empfiehlt die aktuelle EULAR-Leitlinie 2025 zusätzlich zu Glukokortikoiden (GK) eine Kombination aus Mycophenolat Mofetil (MMF) oder niedrig-dosiertem Cyclophosphamid mit Belimumab oder MMF mit einem Calcineurin-Hemmer (CNI) oder Obinutuzumab. Dass ein solches Vorgehen bei entsprechend hohem Ausgangsrisiko entsprechend den von der EULAR definierten Prognosefaktoren sinnvoll ist, bestätigen neue Daten einer japanischen Arbeitsgruppe um Hironari Hanaoka, Kawagoe.

Eingeschlossen wurden 170 Patienten mit biopsiebestätigter LN der Klassen III, IV oder V (81,7 % Frauen, im Mittel 39,4 Jahre, mittlere Krankheitsdauer 74,3 Monate). 37,6 % erhielten eine Dreifach-, 62,4 % eine Zweifachtherapie. Die 8 EULAR-Prognosefaktoren, die als negative Prädiktoren für eine vollständige renale Remission (CRR), definiert als Urinprotein-Kreatinin-Verhältnis (UPCR) $\leq 0,5$ g/g bei gleichzeitig stabiler eGFR von ≥ 80 % des Ausgangswerts, gelten, sind Proteinurie im nephrotischen Bereich, früherer LN-Schub, Baseline-eGFR < 60 ml/min/1,73 m², männliches Geschlecht, Hypertonie, Chronizitätsindex > 3 , histologische Halbmonde sowie schwere tubulointerstitielle Entzündung.

Eine multivariate logistische Regressionsanalyse ergab, dass eine Proteinurie im nephrotischen Bereich (Odds Ratio, OR 0,25; 95% KI 0,11-0,55) und ein früherer LN-Schub (OR 0,29; 95% KI 0,12-0,65) die stärksten negativen Prädiktoren für eine CRR waren. Diese wurden somit als Hauptrisikofaktoren bewertet und die Patienten in Gruppen mit niedrigem, mittlerem und hohem Risiko eingestuft.

Niedrigrisiko-Teilnehmer ohne Haupt- oder ≤ 1 Nebenrisikofaktor (n=67) wiesen vergleichbare kumulative CRR-Raten auf (91,8 bzw. 94,5 %), bei jenen mit mittlerem Risiko, also ≥ 1 Haupt- oder 2 Nebenrisikofaktoren (n=32), betrug die CRR-Rate 79,2 % und in der Hochrisiko-

gruppe (n=71) mit ≥ 1 Hauptrisikofaktor sowie ≥ 2 weiteren Prognosefaktoren nur noch 43,7 %. Die Wahrscheinlichkeit für eine CRR war in der Niedrigrisiko- gegenüber der Hochrisikogruppe signifikant höher (Hazard Ratio, HR, 22,8; 95% KI 8,27-81,24), ebenso in der Gruppe mit mittlerem Risiko (HR 3,7; 95% KI 1,53-9,52). In den Gruppen mit niedrigem und mittlerem Risiko waren die kumulativen CRR-Raten unter Zwei- und Dreifachtherapie ähnlich (95,7 vs. 97,5 %), während letztere bei hohem Risiko mit einer höheren kumulativen CRR-Rate verbunden war (56,7 vs. 27,1 %). ■

Quelle: *Arthritis Res Ther* 2026; 28(1): 158

Anti-dsDNA- und C3-Spiegel wichtigste Marker für Schubrisiko

Etwa 10-25 % der Patienten befinden sich im Zustand eines serologisch aktiven, aber klinisch ruhigen (kurz: SACQ) systemischen Lupus erythematoses (SLE). Angesichts einer meist unvollständigen Symptomkontrolle ist das Schubrisiko erhöht und die Suche nach Prädiktoren hierfür relevant. Britische Rheumatologen um David Alan Isenberg, London, untersuchten, ob Schwankungen der Anti-dsDNA- und der C3-Spiegel Schübe sowie eine anhaltende Krankheitsaktivität bei Patienten mit länger anhaltendem SACQ-SLE vorhersagen können und fahndeten nach weiteren Risikofaktoren für Schübe.

Für die Längsschnittanalyse wurden Daten von SLE-Patienten aus der Lupus-Kohorte des University College London Hospital (2020–2025) erhoben. Ein anhaltender SACQ-Zustand wurde definiert als ≥ 6 Monate mit erhöhten Anti-dsDNA- (> 10 IU/ml) und/oder niedrigen C3-Spiegeln ($< 0,9$ g/l) bei nur minimaler klinischer Aktivität (BILAG-Index D/E in allen Domänen).

Von 60 Patienten (531 Visiten) erlitten während eines mittleren Follow-up von 3,3 Jahren 63,3 % nach im Mittel 17 Monaten ≥ 1 Schub (n=117; definiert

als BILAG A/B/C in beliebiger Domäne). Die Ausgangsmerkmale waren bei Patienten mit und ohne Schüben vergleichbar, mit Ausnahme einer höheren Prävalenz von Anti-Ro-Positivität (58 vs. 23 %; $p=0,018$) bei Patienten mit Schub. Höhere Anti-dsDNA- und niedrigere C3-Spiegel waren unabhängige Prädiktoren für Schübe und anhaltende Krankheitsaktivität. Jeder Anstieg des Anti-dsDNA-Spiegels um 10 Einheiten erhöhte das Risiko für einen Schub um 4 % (Odds Ratio, OR 1,04; 95% KI 1,01–1,08), und jede Abnahme des C3-Spiegels um 0,1 Einheiten um 26 % (OR 1,26;

95% KI 1,11–1,43), jenes für anhaltende Krankheitsaktivität stieg um 8 bzw. 23 %.

Die meisten Patienten mit anhaltendem SACQ-SLE entwickelten klinische Schübe, wobei Veränderungen der Anti-dsDNA- und C3-Spiegel starke Prädiktoren für Schübe sind. Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer engmaschigen klinischen Überwachung und verdeutlicht die Relevanz serologischer Trends auch bei längerer klinischer Inaktivität. ■

Quelle: *Rheumatology* 2026; 65(8): keag382

SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES

Schwangerschaften nach CAR-T-Zelltherapie bislang sicher

Bei Autoimmunerkrankungen wie dem systemischen Lupus erythematoses (SLE) wird die in dieser Indikation erstmals in Deutschland erprobte CAR-T-Zelltherapie seitdem häufiger und mit gutem Erfolg angewendet. Jedoch sind bei SLE häufig Frauen im gebärfähigen Alter betroffen, sodass die Befürchtung besteht, dass in puncto Fertilität, Schwangerschaft und bei Neugeborenen eine vorherige Zelltherapie Probleme bereiten könnte. Georg Schett, Erlangen, und Kollegen berichten jetzt über das Ergebnis von 14 solcher Schwangerschaften bei 13 Patientinnen.

Unter den 13 untersuchten Patientinnen litten acht an SLE, zwei an systemischer Sklerose (SSc) und je eine an idiopathischer entzündlicher Myositis, einem Antiphospholipid-Syndrom sowie einen „Overlap-Syndrom“ (SSc mit rheumatoider Arthritis). Die 14 Schwangerschaften traten im Zeitraum von einem bis 42 Monaten nach Abschluss der CAR-T-Zelltherapie ein. Bislang wurden acht gesunde Kinder geboren, zum Cut-off-Zeitpunkt standen noch fünf Schwangerschaften aus.

Eine Schwangerschaft endete in der 7. Schwangerschaftswoche mit einem Abbruch aus Gründen, die nicht mit der

Grunderkrankung zusammenhingen. Bei keinem der lebend geborenen Kinder handelte es sich um eine Frühgeburt; Geburtsgewicht, Körperlänge und Kopfumfang lagen jeweils im Normbereich. Bei Nachbeobachtungen von bis zu 18 Monaten wurden keine Entwicklungsanomalien festgestellt. Auch Untersuchungen der Immunfunktion bei den Neugeborenen ergaben keine Auffälligkeiten. Keines der Kinder wies CAR-T-Zellen auf; die B-Zell-Zahlen und IgG-Spiegel entsprachen den für Säuglinge üblichen Werten. Die Immunfunktion der Säuglinge entsprach der allgemeinen Neugeborenenpopulation. Auch der Verlauf bei den Müttern war unauffällig.

Bei keiner der Frauen kam es zu Schüben, und die meisten benötigten keine zusätzlichen DMARDs – mit Ausnahme von vier Patientinnen, die Hydroxychloroquin erhielten. Auch die noch laufenden Schwangerschaften verliefen bislang normal. Natürlich ist dies bei geringer Fallzahl nur eine Momentaufnahme, weshalb die Autoren zur Einrichtung entsprechender Register und endokrinologischer Studien zu den Effekten der Lymphodepletion und der CAR-T-Zellen auf die Fertilität raten. ■

Quelle: *N Engl J Med* 2026; 395(8): 821-824

Neuropsychiatrische Symptome lindern

Neuropsychologische Symptome sind stark beeinträchtigende Erscheinungsformen des SLE, die trotz einer DMARD-Therapie fortbestehen können. US-amerikanische Experten um Jillian P. Rhoads, Nashville, untersuchten in der randomisierten, placebo-kontrollierten ClearMEMory-Studie, ob der N-Methyl-D-Aspartat-Rezeptor (NMDAR)-Antagonist Memantin die kognitive Funktion bei SLE-Patienten mit neuropsychologischer Dysfunktion verbessert.

In der multizentrischen, klinischen, 12-wöchigen Studie wurde Memantin bei Erwachsenen mit SLE und objektiver neuropsychologischer Dysfunktion bis zu einer Dosis von 40 mg/Tag titriert. Primärer Endpunkt war die Veränderung des Gesamtwerts der „Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status“ (RBANS) vom Ausgangswert bis zur Woche 12. Zu den weiteren Endpunkten gehörten eine Veränderung des RBANS-Gesamtwerts oberhalb eines klinisch bedeutsamen Schwellenwerts (Punktanstieg ≥ 8) sowie der globale Eindruck der Veränderung durch die Patienten (PGI-C).

Von 56 randomisierten Patienten schlossen 43 die Bewertung des primären Endpunkts ab und wurden in die Analyse einbezogen (18 in der Memantin- und 25 in der Placebo-Gruppe). Die Verbesserung des RBANS-Gesamtwerts von Baseline bis Woche 12 war unter Memantin stärker ausgeprägt als unter Placebo (mediane Veränderung +8 vs. +5; $p=0,032$); 66,7

vs. 36,0 % der Teilnehmer zeigten einen Anstieg des RBANS-Gesamtwerts um ≥ 8 Punkte ($p=0,047$), entsprechend einer Number Needed to Treat von 3,3. Basierend auf dem PGI-C berichteten 61 vs. 36 % der Teilnehmer unter Memantin bzw. Placebo eine Verbesserung ($p=0,19$). Ein Studienabbruch aufgrund unerwünschter Ereignisse erfolgte bei 19 respektive 17 % der Teilnehmer unter Memantin bzw. Placebo. Im Ergebnis verbesserte eine 12-wöchige Therapie mit Memantin bei Patienten mit SLE-assoziiert neuropsychologischer Dysfunktion somit die objektive neuropsychologische Funktion – weitere Daten bleiben hier abzuwarten. ■

Quelle: *Ann Rheum Dis* 2026; doi: 10.1016/j.ard.2026.07.015





Therapiemanagement im Wandel: Daten aus Deutschland

Das Therapiemanagement bei systemischer Sklerose (SSc) hat sich in den letzten Jahren erheblich weiterentwickelt. Dennoch sind die aktuellen Behandlungsmuster und die Faktoren, die die Verschreibungspraxis bestimmen, bislang nur unzureichend charakterisiert. Deutsche Experten um Andrea-Hermina Györfi und Jörg H. W. Distler, Düsseldorf, beschrieben jetzt aktuelle Entwicklungen anhand von Daten aus dem Deutschen Netzwerk für Systemische Sklerose (DNSS).

Bei 6.583 SSc-Patienten wurden Trends bei vasoaktiven, immunmodulatorischen und antifibrotischen Therapien über 25 Jahre hinweg erfasst, Unterschiede zwischen Zentren und Fachrichtungen bewertet, Muster der Kombinationsbehandlung dargestellt und klinische Prädiktoren für die Therapie identifiziert.

Der Einsatz von Endothelin-Rezeptor-Antagonisten sowie Prostanoiden bzw. Prostazyklin-Rezeptor-Agonisten stieg von 3,0 % im Jahr 2005 auf 28,4 % im Jahr 2025 an, während die Verschreibung von Calciumantagonisten und PDE-5-Hemmern stabil blieb. Bei der immunmodulatorischen Therapie verla-

gerte sich der Schwerpunkt von Cyclophosphamid (CYC) hin zu Mycophenolat Mofetil (MMF), Rituximab und Nintedanib, begleitet von einem deutlichen Rückgang des Glukokortikoid-Einsatzes von 50,0 % im Jahr 2000 auf 18,1 % im Jahr 2025. Universitätskliniken und Rheumazentren verschrieben häufiger Immunmodulatoren und Antifibrotika als nicht-universitäre Einrichtungen oder dermatologische Zentren. Im Hinblick auf Kombinationstherapien zeigten sich häufiger Schemata mit Tocilizumab oder Rituximab in Verbindung mit Methotrexat (MTX). Nintedanib wurde oft mit MMF verabreicht, aber auch mit CYC oder MTX kombiniert. Rituximab wurde

am häufigsten mit MMF kombiniert, Tocilizumab mit MTX. Multivariate Modelle identifizierten den modifizierten Rodnan-Skin-Score, eine ILD, Herzbeteiligung sowie die Behandlung an einer Universitätsklinik (insbesondere in einem rheumatologischen Zentrum) als wesentliche Faktoren für den Einsatz immunmodulatorischer und antifibrotischer Therapien.

Das SSc-Management hat sich deutlich gewandelt, wobei die Verschreibungspraxis zunehmend Evidenz und Leitlinienempfehlungen widerspiegelt. ■

Quelle: *Arthritis Res Ther* 2026; 28(1): 140

HRCT-Analyse prädiziert ILD-Progression und Mortalität

Die automatisierte Auswertung von HRCT-Thoraxscans ermöglicht eine objektive Quantifizierung von interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD). Schweizer Experten um Cosimo Bruni, Zürich, untersuchten jetzt, inwieweit radiomische Merkmale die Gesamtmortalität sowie die ILD-Progression bei Patienten mit SSc-ILD vorhersagen können.

Analysiert wurden HRCT-Aufnahmen (Baseline und Verlauf) von SSc-ILD-Patienten mittels Lungen-Texturanalyse. Veränderungen des Lungenparenchyms (Honeycombing, Milchglastrübung, retikuläre Veränderungen, Hyperluzenz) sowie das Volumen der Lungengefäße (PVV) wurden als Prozentsatz des jeweiligen Lungenvolumens quantifiziert – sowohl für die gesamte Lunge als auch für die oberen, mittleren und unteren Lungenzonen. Zur Identifizierung radiomischer Prädiktoren für die Gesamtmortalität und ILD-Progression wurden uni- und multivariate Cox-Regressionsmodelle sowie verallgemeinerte Schätzgleichungen (GEE) angewandt.

267 SSc-ILD-Patienten wurden in die Mortalitätsanalyse einbezogen, 160 in jene zur ILD-Progression. Im Verlauf von 42 (IQR 27-110) Monaten verstarben 65 Patienten (24 %). Im Vergleich zu den Überlebenden wiesen diese Patienten ein größeres Ausmaß an PVV (%) und Parenchymveränderungen in allen Lungenzonen auf. Die PVV% erwies sich als unabhängiger Prädiktor für die Mortalität (adjustierte Hazard Ratio, HR 1,21;

95% KI 1,09-1,35), insbesondere in den oberen Lungenzonen (adj. HR 1,28; 95% KI 1,11-1,46). Bei den 261 jährlichen Nachuntersuchungen von 160 SSc-ILD-Patienten zeigte sich in 50,6 % der Fälle ≥ 1 Episode einer ILD-Progression (99 Episoden, 37,7 %). Bei Patienten mit und ohne Progression waren die radiomischen Ausgangsmerkmale vergleichbar. Das Ausmaß von Honeycombing in der gesamten Lunge war der einzige unabhängige radiomische Prädiktor für eine ILD-Progression (adj. Odds Ratio, OR 1,53; 95% KI 1,17-2,01).

Fazit: Der PVV-Wert und das Ausmaß der Wabenbildung sind unabhängige Prädiktoren für die Mortalität bzw. das Fortschreiten der ILD. Zusätzlich zu funktionellen und klinischen Parametern könnten diese radiomischen Merkmale die Risikostratifizierung von SSc-ILD-Patienten unterstützen. ■

Quelle: *Rheumatology* 2026; 65(9): keag463

SYSTEMISCHE SKLEROSE

EUSTAR-Register: Neue Daten zu Krebserkrankungen

Maligntäten stellen eine wesentliche Todesursache bei systemischer Sklerose (SSc) dar. Bekannte Risikofaktoren beschränken sich auf spezifische Subgruppen – insbesondere auf die frühe diffuse Form mit Anti-RNA-Polymerase-III-Antikörpern. Europäische SSc-Experten um Francesca Motta, Mailand (Italien), gingen dem in einer eingebetteten Fall-Kontroll-Studie im Rahmen des EUSTAR-Registers auf den Grund.

Als Fälle dienten SSc-Patienten, bei denen zu irgendeinem Zeitpunkt eine Krebserkrankung auftrat; als Kontrollen krebsfreie SSc-Patienten, die hinsichtlich Alter und Krankheitsdauer gematcht wurden. Malignome wurden klassifiziert als synchron zum SSc-Beginn (± 3 Jahre), nachfolgend (>3 Jahre danach) oder vorangegangen (>3 Jahre davor). Analysiert wurden klinische und serologische Assoziationen, Behandlungsdaten sowie das Überleben.

Es wurden 454 SSc-Patienten mit Malignomen (29 % synchron, 51 % nachfolgend, 20 % vorangegangen) und 454 Kontrollpersonen identifiziert (im Mittel 55 Jahre, Krankheitsdauer 5 Jahre, 88 % Frauen, 27,5 % diffuse SSc, 30,5 % interstitielle Lungenerkrankung [ILD], 32 %

hatten Anti-Topoisomerase- und 10 % Anti-RNA-Polymerase-III-Antikörper). Synchrone Malignitäten waren mit Anti-RNA-Polymerase-III (Odds Ratio, OR 2,06; 95% KI 1,13-3,69), U1RNP (OR 3,56; 95% KI 1,03-12,3) und Rauchen (OR 1,57; 95% KI 1,01-2,44) assoziiert, jedoch negativ mit digitalen Ulzera (OR 0,55; 95% KI 0,31-0,93). Kalzinose war invers mit nachfolgenden Malignitäten assoziiert (OR 0,42; 95% KI 0,17-0,93). Brustkrebs zeigte zeitabhängige Assoziationen mit Anti-RNA-Polymerase-III und Anti-PM/ScI; Lungenkrebs trat zumeist nachfolgend auf und war mit ILD (OR 2,00; 1,12-3,54), Anti-Topoisomerase (OR 2,61; 95% KI 1,38-5,04) sowie Rauchen assoziiert. Malignome traten häufiger bei mit Cyclophosphamid behandelten Patienten auf. Krebserkrankungen verschlechter-

ten das Gesamtüberleben, insbesondere wenn sie nachfolgend auftraten. Eine Strahlentherapie hatte keinen Einfluss auf die Mortalität oder das Neuauftreten einer ILD.

Fazit: Zeitpunkt und Lokalisation der Krebserkrankung identifizieren bei SSc spezifische klinisch-serologische Assoziationen mit unterschiedlicher prognostischer Relevanz. Da während des Follow-up diagnostizierte Krebserkrankungen wesentliche Treiber der Mortalität waren, liefern die Ergebnisse wichtige Erkenntnisse für die Implementierung eines stratifizierten Monitoring bei SSc. ■

Quelle: Arthritis Rheumatol 2026; doi: 10.1002/art.70303

Frühe GI-Beteiligung prädiktiv für Progression und Mortalität

Gastrointestinale (GI) Komplikationen sind bei SSc häufig, inwieweit Frühsymptome als Prädiktoren für das Fortschreiten der SSc fungieren, ist bislang nur unzureichend geklärt. US-amerikanische Rheumatologen um Zsuzsanna H. McMahan, Houston, untersuchten jetzt, ob bei früher SSc vorliegende GI-Symptome das Fortschreiten zu einer signifikanten GI-Beteiligung vorhersagen.

Eingeschlossen wurden 450 Teilnehmer der GENISOS-Kohorte (im Mittel 47,7 Jahre, 84 % Frauen) mit früher SSc (≤ 5 Jahre seit erstem Nicht-Raynaud-Symptom). Zu Baseline wurden demografische Daten und klinische Variablen inklusive einzelner GI-Symptome (GERD, Dysphagie, Blähungen, Obstipation, Diarrhö, peptisches Ulkus) erfasst. Eine signifikante GI-Beteiligung wurde anhand eines Medsger-GI-Schweregrad-Scores von ≥ 2 definiert. Mithilfe von Cox-Regressionsmodellen wurden Assoziationen zwischen Baseline-Symptomen und dem Fortschreiten zu einer signifikanten GI-Erkrankung sowie der Gesamtmor-

talität analysiert. GI-Symptome zu Studienbeginn waren häufig, insbesondere GERD (76 %) und Dysphagie (41 %). Bei 13 % der Patienten lag eine signifikante GI-Beteiligung vor, wobei 4 % bereits zu Studienbeginn eine signifikante GI-Erkrankung aufwiesen.

GERD (Hazard Ratio, HR 4,15; $p=0,019$) und Diarrhö (HR 2,25; $p=0,021$) zu Baseline erwiesen sich als starke Prädiktoren für das Fortschreiten der GI-Erkrankung. Bei der Analyse der Symptomlast erhöhte jedes zusätzliche GI-Symptom zu Baseline das Risiko für ein Fortschreiten der GI-Erkrankung um 53 % ($p=0,003$).

Zudem waren ein peptisches Ulkus (HR 2,21; $p=0,007$) und Diarrhö (HR 1,48; $p=0,045$) Prädiktoren für eine höhere Mortalität, wobei jedes zusätzliche Symptom das Mortalitätsrisiko um 29 % erhöhte ($p<0,001$).

Frühe GI-Symptome und die Symptomlast sagen bei SSc somit das Fortschreiten der GI-Erkrankung sowie die Mortalität voraus – dies sollte bei der klinischen Risikostratifizierung der Patienten früh bedacht werden. ■

Quelle: Rheumatology 2026; 65(6): keag257



RhK 2026 in Leipzig

- 47 Update Rheumatoide Arthritis und aktualisierte Leitlinie
- 50 Juvenile Idiopathische Arthritis: Neue Leitlinie ante portas
- 51 Psoriasis-Arthritis up-to-date
- 52 Axiale Spondyloarthritis: Neues zu Diagnostik und Therapie
- 53 Osteoporose: Sequenztherapie im Fokus
- 54 Kardiovaskuläres Risikomanagement in der Praxis
- 55 Kollagenosen: Neue Entwicklungen auf breiter Front
- 58 Vaskulitiden: Neue EULAR-Leitlinie und Therapien
- 61 Diagnostische Herausforderungen im höheren Lebensalter
- 62 Rheuma und Schwangerschaft



RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Update zu Behandlungsstrategien und neuen Therapien

Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) lieferte das vergangene Jahr neue Erkenntnisse in Sachen Prävention, seitens EULAR und DGRh die Empfehlung nach einem Versagen auf Methotrexat (MTX) bzw. csDMARDs generell schneller bDMARDs zu ergänzen und im Stadium der anhaltenden Remission DMARDs nicht gänzlich abzusetzen. Neue Targets sind, wie Prof. Dr. Gerhard Krönke, Berlin, darlegte, die Vagusnervstimulation und medikamentös der an PD-1 ansetzende Antikörper Rosnilimab. Vermehrt werden bei therapierefraktärer RA mit gutem Erfolg BiTE-Antikörper, CAR-T-Zell- und CAR-Treg-Therapien erprobt – vieles ist hier aber derzeit noch im Fluss.

Zunächst zu den Versuchen, bei Hochrisikopatienten für RA mit Arthralgien und ACPA/RF-Seropositivität, deren Manifestation zu verhindern. In der STOP-RA-Studie zeigte sich, dass dies mit Hydroxychloroquin (HCQ) nicht funktioniert. Deutlich erfolgreicher war in den Langzeitnachsbeobachtungen der beiden Studien ARIAA und ALTO (APIPPRA) eine 6 bzw. 12-monatige Intervention mit Abatacept, jedoch wurde jeweils „nur“ eine Verzögerung des Krankheitsbeginns um ca. 4-5 Jahre erreicht, nicht aber eine dauerhafte Prävention. Prinzipiell bestätigt werden diese Daten durch eine Studie mit Patienten mit palindromem Rheumatismus, also bereits ersten Schüben, in der Abatacept versus HCQ über zwei Jahre häufiger eine Progression zur RA verhinderte.

Die aktuelle EULAR-Leitlinie zum Therapiemanagement der RA empfiehlt weiter MTX plus kurzfristig (!) Glukokortikoide als Erststrategie, bei Verfehlen des Therapieziels nach 3-6 Monaten soll auf ein bDMARD oder nach Risikoabwägung einen JAK-Inhibitor eskaliert werden. Die frühere Trennung nach ungünstigen Prognosefaktoren entfiel. Ähnlich sieht es die neue DGRh-Leitlinie, wobei die Option bei fehlender schlechten Prognose ein zweites csDMARD zu ergänzen, beibehalten wurde und stärker vor der Eskalation auf bDMARDs die Optimierung

von MTX (Dosis, s.c. vs. oral) betont wird. Interessante Daten in puncto Therapiestrategie lieferte das 7-Jahres-Follow-up der SELECT COMPARE-Studie, in dem sich für Upadacitinib (versus Adalimumab) auch langfristig ein akzeptables Risiko/Nutzen-Profil zeigte. Nicht bestätigt haben sich frühere Daten der AMPLE-Studie: So war in der Phase-III-Studie AMPLIFIED bei ACPA/RF- und Shared Epitop-positiven RA-Patienten keine Überlegenheit von Abatacept gegenüber Adalimumab erkennbar. Die französische BCD-Studie ergab wiederum, dass eine ultraschallgestützte Therapieanpassung im Vergleich zur rein klinischen Untersuchung nach 12 Monaten die radiologische Progression nicht effektiver verlangsamt – womöglich war hierfür das Follow-up aber auch zu kurz. In der ARCTIC REWIND-Studie führte das vollständige Absetzen von TNF-Inhibitoren in Remission über drei Jahre häufig zu Schüben und entlarvt somit eine persistierende Krankheitsaktivität.

NEUE THERAPIEALTERNATIVEN IM ÜBERBLICK

Durchaus vielversprechend scheint die auf Basis der RESET RA-Studie in den USA zugelassene Vagusnervstimulation bei therapierefraktärer RA zu sein, die nach Versagen auf bDMARDs/JAK-Inhibitoren vor allem nach 6-12 Monaten positive Effekte brachte. In Phase-II-Studien gescheitert sind der BTK-Inhibitor Branebrutinib (fehlende Wirksamkeit) und der PD-1-Agonist Peresolimab (ungünstiges Risiko/Nutzen-Profil). In Phase-III wird hingegen das ebenfalls an PD-1 ansetzende Rosnilimab, mit dem jedoch eine selektive Depletion von PD-1^{high} T-Zellen verfolgt wird. Ein neuer, in der Regulate-RA-Studie bei therapierefraktärer RA erprobter Ansatz sind autologe CAR-Tregs, noch fehlt es hier an Daten. Vielversprechend erscheinen hier BiTE-Antikörper: Mit Low-Dose Blnatumomab wird zwar kein „Immunreset“ erreicht (nach Absetzen fast durchweg Flares), jedoch häufig das Ansprechen auf DMARDs wiederhergestellt. Kürzlich publiziert wurden erste Daten der deutschen COMPARE-Studie zur CD19 CAR-T-Zelltherapie bei schwerer RA, die zwar einen deutlichen Rückgang der Krankheitsaktivität belegen (Abb.), aber nicht in allen Fällen eine Remission. ■

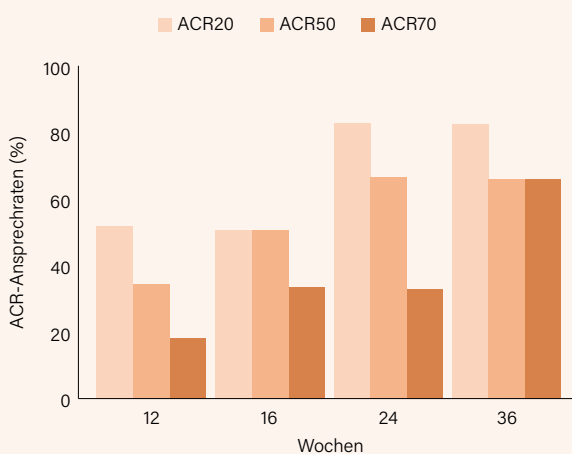


Abb.: COMPARE-Studie: In erster Phase gutes ACR20/50/70-Ansprechen auf CAR-T-Zelltherapie

Quelle: WIN-Session „RA, PsA und axSpA“, 12. September 2026

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Update der deutschen S3-Leitlinie erschienen

Bereits kurz vor dem RhK 2026 in Leipzig erschien die neue S3-Leitlinie zur „Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten“, die federführend die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh), mit Prof. Dr. Torsten Witte, Hannover, und Prof. Dr. Jan Leipe, Kiel, als Leitlinienkoordinatoren, gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Immunologie (DGfI), Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutschen Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT) und dem Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband entwickelt hat.

Bei der vorliegenden Leitlinie der Klassifikation S3 handelt es sich um ein Update der „alten“ DGRh S2e-Leitlinie zur Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) mit DMARDs aus dem Jahr 2018. Hintergrund des Updates sind die seitdem erweiterte Therapielandschaft, neue Sicherheits- und Versorgungsdaten sowie der Anspruch, zentrale Therapieentscheidungen (Treat-to-Target-, Eskalations- und Switching-Strategien sowie Deeskalation) umzusetzen und Glukokortikoid (GK)-Exposition (Dauer und kumulative Dosis) zu minimieren. Die meisten der zehn Empfehlungen lehnen sich relativ eng an die EULAR-Empfehlungen an, jedoch gibt es auch einige Extras.

DIE WICHTIGSTEN EMPFEHLUNGEN
AUF EINEN BLICK

Die erste Empfehlung zielt auf einen frühen DMARD-Einstieg ab: Eine DMARD-Therapie soll begonnen werden, sobald die Diagnose RA gestellt ist. Zweitens soll das Therapieziel definiert und konsequent verfolgt werden: Das Ziel der Behandlung soll bei allen Patienten eine anhaltende Remission oder, falls dies nicht möglich ist, zumindest eine geringe Krankheitsaktivität sein. Drittens wird auf engmaschige Kontrollen abgezielt: Bei aktiver Erkrankung sollen engmaschige rheumatologische Kontrollen erfolgen (alle 1 bis 3 Monate); wenn spätestens 3 Monate nach Behandlungsbeginn keine Besserung eingetreten oder eine Remission nach 6 Monaten noch nicht erreicht ist, soll die Therapie angepasst werden. Wenn das Therapieziel (anhaltende Remission) erreicht wurde, können die Kontrollintervalle verlängert werden.

Festgehalten wird in Empfehlung 4 an Methotrexat (MTX) als Erststrategie: MTX soll Teil der ersten DMARD-Strategie sein. Bei Kontraindikation gegen MTX oder frühzeitiger Unverträglichkeit sollen Leflunomid oder Sulfasalazin als Bestandteil der ersten Behandlung angewendet werden. In Empfehlung 5 wird eine nur kurzfristige GK-Einnahme betont: Die kurzzeitige Gabe von GK sollte bei Beginn und ggf. auch bei der Umstellung von csDMARDs begleitend erfolgen. Empfehlenswert ist eine Startdosis bis ≤ 30 mg Prednisolonäquivalent/Tag mit Reduktion auf eine niedrige Dosis („low-dose“) innerhalb von acht Wochen. Die GK-Therapie soll so schnell wie möglich nach klinischem Verlauf reduziert und beendet und auf 3 Monate be-

schränkt werden. Sechstens geht es um die Eskalation nach Versagen des ersten csDMARD: Wird das Behandlungsziel mit der ersten optimierten csDMARD-Strategie nicht erreicht, soll eine Therapieintensivierung mit einem bDMARD oder unter individueller Risikoabwägung mit einem JAK-Inhibitor erfolgen. Bei fehlenden weiteren, über das fehlende Ansprechen auf die erste Therapiestrategie hinaus bestehenden ungünstigen Prognosefaktoren kann der Einsatz/die Ergänzung eines anderen csDMARD erwogen werden. Siebtens wird die Bedeutung der Kombination mit MTX hervorgehoben: bDMARDs (TNF-Inhibitoren, Rituximab und Abatacept) und JAK-Inhibitoren sollen mit MTX kombiniert werden; wenn eine Kombination mit MTX nicht möglich ist (Kontraindikation oder Unverträglichkeit) sollten Monotherapien mit IL-6-Rezeptorinhibitoren oder JAK-Inhibitoren bevorzugt werden.

Empfehlung 8 behandelt das Switching zielgerichteter Therapien: Wenn ein bDMARD oder ein JAK-Inhibitor versagt hat, sollte eine Behandlung mit einem anderen bDMARD oder JAK-Inhibitor angeboten werden; wenn eine Therapie mit einem TNF- oder IL-6-Rezeptorinhibitor versagt hat, kann der Einsatz eines Wirkstoffes mit einem anderen Wirkprinzip oder ein zweiter TNF- oder IL-6-Rezeptorinhibitor erwogen werden. Neuntens soll eine Deeskalation nur unter klaren Voraussetzungen angegangen werden: Nach Absetzen von GK und bei anhaltender Remission kann eine schrittweise DMARD-Dosis-Reduktion oder eine Intervallverlängerung erwogen werden; die DMARD-Therapie soll nicht vollständig abgesetzt werden. Erstmals explizit aufgegriffen wurde in Empfehlung 10 die interstitielle Lungenerkrankung (ILD): Antifibrotika sollten bei der progredienten RA-assoziierten ILD in Kombination mit einer anti-entzündlichen Therapie frühzeitig eingesetzt werden.

WAS GIBT ES NEUES ZUR VORVERSION?

In puncto Zielsetzung und Treat-to-Target wird verdeutlicht, dass das Therapieziel die anhaltende Remission (oder, falls nicht erreichbar, geringe Krankheitsaktivität) ist. Noch stärker wird die Optimierung vor Eskalation betont: Vor einem Therapiewechsel bzw. einer Therapieerweiterung auf ein bDMARD oder einen JAK-Inhibitor wird die konsequente Optimierung der initialen Strategie mit csDMARD (insbesondere MTX-

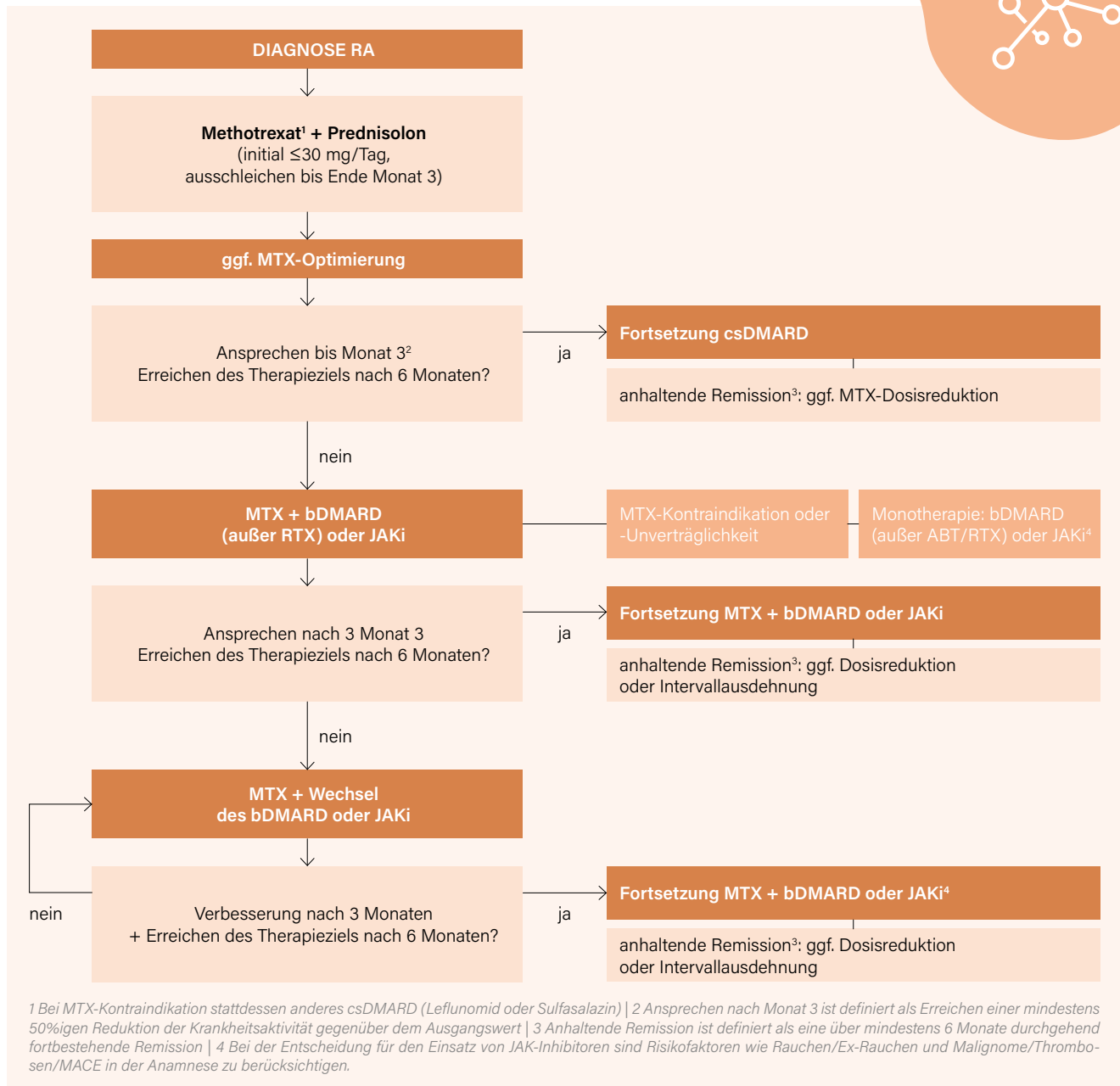


Abb.: Therapiealgorithmus zur RA der S3 DGRh-Leitlinie

Dosierung/Applikation, Adhärenz, Monitoring und Treat-to-Target-Steuerung) deutlicher als Umsetzungsschritt hervorgehoben; ergänzend wurden neuere Daten zur Applikationsform von MTX (subkutan vs. oral) berücksichtigt. Nach Versagen der optimierten ersten csDMARD-Strategie wird die Intensivierung mit einem bDMARD als Standardweg klarer gefasst; JAK-Inhibitoren werden risikoadaptiert als Alternative empfohlen (u. a. im Lichte neuer Sicherheitsdaten).

Im Hinblick auf das Switching nach bDMARD/tsDMARD-Versagen wird alternativ zum Wechsel des Wirkprinzips nach Versagen eines TNF- oder IL-6-Rezeptorinhibitors auch ein zweiter TNF-/IL-6-Rezeptorinhibitor explizit als Option empfohlen. Deeskalation wird erstmals als eigene Empfehlung operationalisiert; ein vollständiges Absetzen der DMARD-Therapie wird nicht empfohlen. Neuere Evidenz aus dem systematischen

Literaturreview ergänzt die Datenlage zum MTX- sowie zum bDMARD-Ausschleichen (bzw. einer Applikationsintervallverlängerung) und stützt ein schrittweises, eng kontrolliertes Vorgehen.

Das Kapitel zu Komorbiditäten und besonderen Konstellationen wurde deutlich erweitert, so z. B. um die RA-ILD mit interdisziplinärem Vorgehen (inklusive Empfehlung zu Antifibrotika), sowie um praxisnahe Hinweise zu Osteoporose, metabolischem Risiko/Diabetes, Fatigue, Untersuchung auf Hepatitis-E-Virus (HEV) bei Transaminasenerhöhung, Rauchen und Interpretation von Registerdaten. ■

Quelle: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-004>

Ein erster Blick auf die neuen Leitlinienempfehlungen

Das federführend von den pädiatrischen Fachgesellschaften (GKJR und DGKJ) erarbeitete Update der 2k-Leitlinie zur Therapie der Juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA) steht kurz vor der Veröffentlichung, einen ersten Ausblick auf die gegenüber 2019 vorgenommenen Änderungen gab Dr. Normi Brück, Dresden. Im Anschluss erörterte Prof. Dr. Tilmann Kallinich, Berlin, wichtige Studien für die pädiatrische Rheumatologie auch jenseits der JIA.



Während es – mit Änderungen – im Vergleich zur Vorversion bei 12 übergreifenden Prinzipien bleibt, stieg die Anzahl der spezifischen Empfehlungen von 14 auf 31. Die frühe Versorgung wurde konkretisiert: So „soll“ eine kinder-/jugendrheumatische Vorstellung innerhalb von 6 Wochen nach Symptombeginn erfolgen, eine augenärztliche Vorstellung innerhalb von 2 Wochen nach der Diagnosestellung. Die wohl wichtigste Anpassung der neuen Leitlinie ist, der Heterogenität der JIA Rechnung tragend, das Entitäten-spezifische Vorgehen mit eigenständigen Therapiepfaden und Kapiteln für die systemische JIA und erstmals auch für Enthesitis-assoziierte Arthritis (EAA) und juvenile Psoriasis-Arthritis (jPsA). Neu sind Empfehlungen für eine strukturierte Deeskalation bei stabiler Remission unter Berücksichtigung von Risikofaktoren und im Rahmen partizipativer Entscheidungsfindung. Neu aufgenommen wurden JAK-Inhibitoren (zugelassen sind Tofacitinib, Baricitinib, und jetzt auch Upadacitinib), die nach unzureichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit von csDMARDs (z. B. MTX) und/oder bDMARDs bei aktiven polyartikulären Verläufen eingesetzt werden „können“ – aufgrund geringerer Langzeiterfahrungen im Vergleich zu TNF-Inhibitoren handelt es sich bewusst nicht um eine „Soll“-Empfehlung.

Beim aktivem Still (sJIA) werden IL-1- (Anakinra, Canakinumab) oder IL-6-Inhibitoren (Tocilizumab) mit zeitlich begrenzten Glukokortikoiden (GK) empfohlen, mit JAK-Inhibitoren als Alternative nach deren Versagen bzw. bei Unverträglichkeit. Bei inaktiver Erkrankung ohne GK kann nach 3-6 Monaten eine Deeskalation von DMARDs erwogen werden. Bei EAA wird bei klinischen Hinweisen auf eine SIG-Beteiligung neu eine MRT empfohlen. Je nach Phänotyp werden bei peripherer Oligo-/Polyarthritis zunächst NSAR und ggf. i.a.-GK, danach MTX bzw. Sulfasalazin, bei axialer Beteiligung NSAR für 4 Wochen empfohlen. Bei unzureichendem Ansprechen werden primär bDMARDs (TNF-

oder IL-17-Inhibitoren) empfohlen – dies auch generell bei hoher Krankheitsaktivität und dem Risiko für Gelenkschäden, auch JAK-Inhibitoren sind eine Option. Bei zugleich vorliegender Uveitis und CED sollten monoklonale Anti-TNF-Antikörper (bei CED auch IL-12/23-Hemmer) präferiert werden. Fast identisch ist das Vorgehen bei jPsA (peripher nur MTX), bei ungünstiger Prognose (hohe Krankheitsaktivität, Hüftgelenksbeteiligung, Daktylitis oder Enthesitis) sind bDMARDs bereits initial möglich. Bei Hautbefall können neben TNF- und IL-17- auch IL-12/23, IL-23- und PDE-4-Inhibitoren erwogen werden, bei Uveitis und CED präferenziell monoklonale Anti-TNF-Antikörper bzw. bei CED auch die IL-12/23-Inhibition.

RÜCKBLICK AUF WICHTIGE STUDIEN

Eine wichtige retrospektive Studie auf Basis der Kinder-Kern-dokumentation zeigte, dass sich 0,7 % aller JIA-Fälle im 1. Lebensjahr manifestieren, oft ist eine verspätete Diagnosestellung nach >3 Monaten zu konstatieren. Eine populationsbasierte Analyse aus Norwegen weist bei Kindern mit JIA auf pathogenetische Überlappungen zu weiteren Autoimmunerkrankungen hin, so ist das Risiko für Hepatitis (Hazard Ratio, HR 12,9), CED (HR 7,7), Thyreoiditis (HR 4,3), Zöliakie und Diabetes mellitus (HR je ca. 2,5) deutlich erhöht. Bei polyartikulärer und erweiterter oligoartikulärer JIA (ab 2 Jahren) zugelassen wurde Sarilumab, die Wirksamkeit in einer Phase-IIb-Studie (nach 48 Wochen 60,9 % inaktive Erkrankung, 51,6 % klinische Remission) war gut bei akzeptabler Verträglichkeit. Nach Secukinumab wurde auf Basis der COSPIRIT-JIA-Studie (JIA-ACR 30 je ca. 90 %) nun auch Ixekizumab bei EAA und jPsA (ab 6 Jahren) zugelassen. Den Stellenwert von First line-Canakinumab bei sJIA unterstreicht eine Phase-II-Studie, in der (ohne Steroide!) nach 52 Wochen ca. 90 % der Betroffenen eine JADAS-Remission erreichten. Bei juveniler Dermatomyositis ruht die Hoffnung auf dem TYK-2/JAK-1-Inhibitor Brepocitinib (gut wirksam und verträglich in der Phase-III-Studie VALOR bei Erwachsenen), bei therapierefraktärem juvenilen SLE, SSc und DM wurden erste positive Daten (oft Remission, relativ sicher) einer CD19 CAR-T-Zelltherapie berichtet. Beim Kawasaki-Syndrom fand sich kein Nutzen von Add-on-Prednisolon bezüglich des Risikos für Koronaraneurysmen, aber eine kürzere Fieberdauer und geringerer Bedarf für eine 2. IVIG. ■

Quelle: Session „Year in Review: klinische und experimentelle Rheumatologie“, 10. September 2026



PSORIASIS-ARTHRITIS

Strategiestudien und neue Therapiekandidaten im Fokus

Aktuelle Erkenntnisse zum Übergang von der Psoriasis vulgaris zur Psoriasis-Arthritis (PsA), zur potenziellen Rolle der Bildgebung in der Risikostratifizierung, zur Definition schwer behandelbarer PsA, zu Strategien und potenziellen neuen Therapieoptionen sowie Adipositas als Behandlungsansatz stellte Prof. Dr. David Simon, Berlin, vor.

Mittels molekularer Bildgebung, der aber nur begrenzt verfügbaren FAPI-PET/CT, können Psoriasis-Patienten mit erhöhtem PsA-Risiko vor der Manifestation einer klinischen Arthritis identifiziert werden. Risikomodelle mit Schmerz, HLA-B27 und systemischer Entzündung als Hauptfaktoren können Psoriasis-Patienten für Überweisung und Monitoring stratifizieren, für präventive Therapien fehlt es jedoch an Evidenz. Jedoch zeichnet sich aus retrospektiven Daten ab, dass die IL-23- gegenüber der IL-17A-Inhibition bei Psoriasis mit einem reduzierten 5-Jahres-Risiko für die Entwicklung einer PsA assoziiert ist (11,7 vs. 19,9 %; Hazard Ratio 0,48).

Zu unterscheiden sind die Difficult-to-manage (D2M)- und therapierefraktäre (TR)-PsA. Bei ersterer wird das Versagen auf ≥ 2 b/tsDMARDs im Verbund mit z. B. Komorbiditäten, aktiven EMMs und Arzt-/Patientenurteil gefordert, bei der zweiten muss zwingend auch ein objektiver Entzündungsnachweis vorliegen. Hierbei lässt sich mittels Ultraschall eine persistierende entzündliche Aktivität von nicht-inflammatorischer Krankheitslast differenzieren (PIPsA vs. NIPsA). Erstere ist eher durch Schwellungen, Daktylitis und Nagelpsoriasis, letztere stärker durch Druckempfindlichkeit, Enthesitis und Fibromyalgie gekennzeichnet. Beim Ultraschall von Interesse sind die neuen italienischen UPsA-Scores zur Trennung von sonografischer Aktivität und strukturellen Schäden, wobei in den Aktivitätsscore Synovitis, Tenosynovitis, Paratenonitis und Enthesitis eingehen, in den Damage-Score Erosionen, Knochenneubildung und Enthesenläsionen.

UPDATE ZU NEUEN THERAPIEANSÄTZEN

Eine wichtige Strategiestudie war STAMP, in der im Rahmen von Tight Control und Treat-to-target (T2T) bei de-novo PsA eine frühe intensivierte Therapie (First-line Secukinumab plus MTX 15 mg) gegenüber einer Standardtherapie (MTX 25 mg) – jeweils plus 1x 80 mg Methylprednisolon – verglichen wurde. Zwar waren die Ergebnisse mit nachfolgenden Therapieanpassungen nach 12 Monaten vergleichbar, jedoch kam die Secukinumab-Gruppe früher ans Ziel (z. B. ACR50- und PASI 90-Ansprechen, minimale Krankheitsaktivität [MDA]) und es war seltener eine Therapieeskalation erforderlich. Fazit: Das (frühe) bDMARD ist nicht immer überlegen, wenn eine konsequente T2T-Strategie verfolgt wird. Inzwischen bei PsA zugelassen ist der orale TYK-2-Inhibitor Deucravacitinib, der in den

Phase-III-Studien POETYK PsA-1 und -2 den primären Endpunkt erreichte und vor allem bei moderater Krankheitsaktivität eine gute Option sein dürfte. Der nächste Therapiekandidat ist der derzeit in Phase-III geprüfte Anti-IL-17A/F-Nanokörper Sonelokimab, der in Phase-II mit einer robusten Wirksamkeit auf Haut sowie Gelenke aufwartete, und eine breitere Effektivität durch eine verbesserte Gewebspenetration verspricht. In diesem Kontext kurz erwähnt sei die Head-to-head-Studie BE BOLD, die ein besseres Gelenkansprechen der IL-17A/F-(Bimekizumab) gegenüber der IL-17A-Hemmung (Risankizumab) aufzeigte. Ferner zeigte eine Proof-of-concept-Studie, dass eine Anti-IL-23/-TNF-Kombination aus Guselkumab und Golimumab – trotz verpassten Endpunkts – das Ansprechen steigerte, ohne die Sicherheit zu gefährden.

Bei PsA-Patienten mit Adipositas zeigten Real-World-Studien mit GLP-1-Rezeptoragonisten neben der Gewichtsreduktion auch eine Verbesserung der systemischen Entzündung, Schmerzen und kardiometabolischer Marker. In der TOGETHER-PsA-Studie kam es unter Ixekizumab plus Tirzepatid zu einem besseren Ansprechen der Gelenke (ACR50), im MDA (Abb.) und DAPSA sowie der Haut (PASI) und Enthesitis – jenseits von Kostenaspekten stehen aber kontrollierte Langzeitdaten noch aus. ■

Quelle: WIN-Session „RA, PsA und axSpA“, 12. September 2026

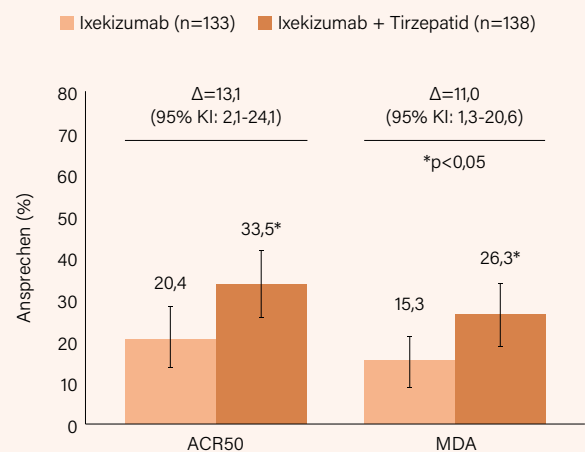


Abb.: TOGETHER-PsA-Studie: Besseres ACR50- und MDA-Ansprechen unter Ixekizumab plus Tirzepatid in Woche 36

Rückblick auf die wichtigsten Neuerungen

Wichtigster Themenblock bei der axialen Spondyloarthritis (axSpA) waren die neuen ASAS/SPARTAN-Klassifikationskriterien, auch Fallstricke in der Diagnostik wurden von Prof. Dr. Martin Rudwaleit, Bielefeld, in seinem Update beleuchtet. Auch wenn der Weg zu gänzlich neuen Therapieprinzipien bei der axSpA noch steinig sein dürfte, steht bald die Zulassung des JAK-1-Inhibitors Filgotinib bevor und auch erste Daten zu dem Anti-IL-17A/F-Nanokörper Sonelokimab stimmen hoffnungsvoll.

Eine deutsche Studie zeigte mittels tiefer Immunphänotypisierung, dass axSpA und Psoriasis-Arthritis sich überschneidende, aber doch unterscheidbare Signaturen aufweisen. So ist die axSpA durch eine Anreicherung von Merkmalen des angeborenen Immunsystems sowie breit aktivierten Immunmerkmalen gekennzeichnet, während die PsA durch adaptive und gedächtnisassoziierte Immunantworten geprägt ist. Diese Ergebnisse könnten künftig eine biomarkergestützte Stratifizierung innerhalb des SpA-Spektrums unterstützen.

NEUE KLASSIFIKATIONSKRITERIEN UND DIAGNOSTISCHE FALLSTRICKE

Aus dem Improve-axSpA-Projekt mit lokaler und zentraler MRT-Beurteilung durch Experten geht als Ergebnis hervor, dass hierzulande bei Rückenschmerz eher eine Überdiagnostik der axSpA in der täglichen Praxis zu konstatieren ist. Ein Grund ist, wie sich aus der NAKO-Gesundheitsstudie ablesen lässt, dass Knochenmarködeme (BME) in der Bevölkerung im MRT der Sakroiliakalgelenke mit ca. 30 % weit verbreitet und mit weiblichem Geschlecht, Alter, BMI und körperlicher Aktivität, aber nur bedingt mit Rückenschmerz assoziiert sind – Fehlinterpretationen von durch mechanischem Stress verursachten BME in MRT-Scans sind leicht möglich. Beachtet werden sollten hierbei auch die bei V. a. axSpA seitens der ASAS empfohlenen MRT-Sequenzen.

Jenseits der Bildgebung liegen Fehldiagnosen auch darin begründet, dass die alten ASAS-Klassifikationskriterien mit einer Spezifität von „nur“ 84,4 % oft zur Diagnose „missbraucht“ wurden und dann mit HLA-B27, entzündlichem Rückenschmerz und NSAR-Ansprechen drei Parameter für die „Diagnose“ ausreichten. Neu in den revidierten ASAS/SPARTAN-Kriterien ist, dass eine klinische axSpA-Diagnose vor deren Anwendung gestellt sein muss. Nicht mehr enthalten sind eine positive axSpA-Familienanamnese, gutes NSAR-Ansprechen und Daktylitis, im MRT sind jetzt aktive entzündliche und strukturelle Läsionen gefordert. Bei negativer Bildgebung müssen HLA-B27, entzündlicher Rückenschmerz und mindestens vier weitere klinische Parameter vorhanden sein. Bei etwas geringerer Sensitivität wurde das Ziel einer Spezifität von >90 % erreicht. Aufgrund der Aufwertung der MRT-Bildgebung wird deren korrekte Interpretation entscheidend für die Anwendung der Kriterien sein, so wie natürlich auch – wie zuvor beschrieben – für die Diagnosestellung.

In Bälde wird auf Basis der Phase-III-Studie OLINGUITO die Zulassung von Filgotinib bei röntgenologischer und nicht-röntgenologischer (r-/nr-)axSpA erfolgen. Nach 16 Wochen war in beiden Kohorten (r- bzw. nr-axSpA) jeweils signifikant der primäre Endpunkt eines ASAS40-Ansprechens erreicht worden, bis Woche 52 stiegen die Ansprechraten auf 64-69 % bei r-axSpA und nicht ganz 60 % bei nr-axSpA (Abb.). Recht spektakuläre, aber noch sehr frühe Phase-II-Daten wurden ebenfalls auf dem EULAR zu Sonelokimab präsentiert – mit einem ASAS40-Ansprechen von gut 80 % nach nur 12 Wochen, die gute Wirksamkeit der IL-17A/F-Inhibition bei SpA unterstreichend – weitere Daten bleiben aber zunächst abzuwarten. Derzeit in Phase-IIb geprüft wird mit Tulisokibart ein gänzlich neuer, auch bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen getesteter Antikörper, der an TL1A (TNF-ähnlicher Ligand 1A), das für Fibrose und Inflammation relevant ist, ansetzt und die TL1A-CD3-Interaktion hemmt. Eine eher theoretische Option wäre das in Russland zugelassene, gegen TRBV9 CD8+-T-Zellen gerichtete Seniprutug. Die ASAS20/40-Response war bei jedoch häufigen Infusionsreaktion relativ gut, weltweite Zulassungsstudien sind aber sehr unwahrscheinlich. ■

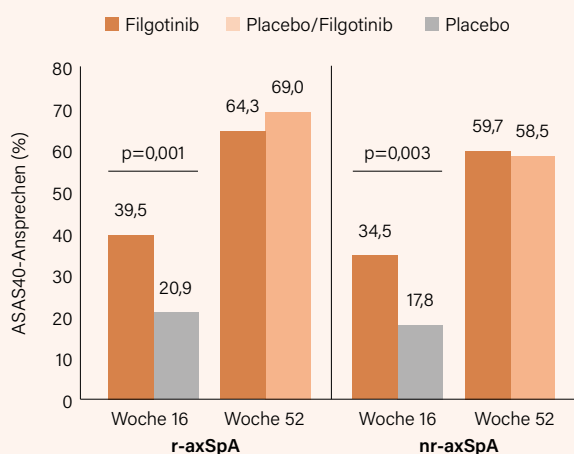


Abb.: OLINGUITO-Studie: Signifikante Überlegenheit von Filgotinib im ASAS40-Ansprechen zu Woche 16

Quelle: WIN-Session „RA, PsA und axSpA“, 12. September 2026



OSTEOPOROSE

Praktische Tipps zur Sequenztherapie

Dass die Unterscheidung zwischen Osteopenie und Osteoporose problematisch ist und einer rechtzeitigen adäquaten Therapie im Wege stehen kann, verdeutlichte PD Dr. Philip Klemm, Bad Nauheim. Im Anschluss berichtete PD Dr. Paula Hoff, Berlin, über neue Erkenntnisse zur und praxisrelevante Aspekte der Therapie der Osteoporose.

Unglücklicherweise suggeriert das Label „Osteopenie“, dass noch keine Frakturgefahr besteht, was aber nicht stimmt und weshalb sich die Experten einig waren, dass der Begriff überholt ist „und weg sollte“. Unbedingt sei zu beachten, bei Osteopenie nicht die Diagnose- mit der Therapieschwelle zu verwechseln. Denn völlig ungeachtet des T-Scores bedeutet eine Osteopenie mit stattgehabter schwerer osteoporotischer Fraktur, dass man es mit einer in der Regel therapiebedürftigen Osteoporose zu tun hat, ebenso wie bei Osteopenie in Kombination mit einschlägigen Risikofaktoren. Selbst bei „Knochengesunden“ wurde kürzlich in einer randomisierten, kontrollierten Studie eine Frakturprävention durch Zoledronat nachgewiesen, erläuterte Dr. Klemm.

WELCHE THERAPIEABFOLGEN ZU BEACHTEN SIND

Die Definition der Osteoporose berücksichtigt eben nicht Knochenstruktur und -qualität sowie Frakturrisikofaktoren und setzt dieselbe Schwelle in unterschiedlichen Altersgruppen an, was zu einer Unterschätzung des Frakturrisikos bei Älteren >75 Jahre und Überschätzung bei Jüngeren (50-65 Jahre) führt. Zwar trägt die Knochendichte zum Frakturrisiko bei, dennoch ist die Osteoporose als multifaktorielle Erkrankung zu betrachten. Dass ein DXA manchmal überflüssig ist, verdeutlichte Dr. Hoff am Beispiel einer 74-Jährigen mit langjähriger Polymyalgia rheumatica und Asthma bronchiale, Glukokortikoid (GK)-Therapie (Dosis nie <10 mg/Tag) seit 6 Jahren und frischen Kompressionsfrakturen, die bislang (kurzfristig orales Bisphosphonat, nicht vertragen) ohne Osteoporose-Therapie war. Im konkreten Fall wurden die GK reduziert, eine antientzündliche Basistherapie – der Einsatz von bDMARDs oder JAK-Inhibitoren ist bereits eine Maßnahme zur Senkung des Frakturrisikos – etabliert und osteoanabole Therapie (Teriparatid, da auch für GK-induzierte Osteoporose zugelassen) begonnen.

Betont wurde, den Betroffenen bereits bei der Erstverordnung klarzumachen, dass eine Sequenztherapie erforderlich sein wird und diese zumindest vorläufig zu skizzieren. Nach Teriparatid oder Romosozumab sollte jeweils auf ein Bisphosphonat oder Denosumab umgestellt werden. Auf Bisphosphonate sollten entweder Osteoanabolika (Teriparatid, Romosozumab; neu Abaloparatid) oder Denosumab folgen. Aufgrund des Rebound-Phänomens muss sich nach Denosumab zwingend entweder eine Therapie mit einem Bisphosphonat oder Romosozumab (aber nicht mit Teriparatid) anschließen.



Ein zweiter Fall drehte sich um eine 60-jährige Frau mit seropositiver RA, auf GK, mit zahlreichen Vorthapien, gerade gewechselt bDMARD, Z. n. Brustkrebs mit OP und Radiatio, mit zahlreichen Wirbelkörper- und peripheren Frakturen, zuvor auf diversen Bisphosphonaten, nunmehr seit mehreren Jahren auf Denosumab, bei der sich bei bekannter GK-induzierter Osteoporose die Frage nach einer Therapieoptimierung stellte. Vorgeschlagen (da Teriparatid hier keine Option war) wurde Romosozumab, welches die Frau aber aufgrund zwischenzeitlicher Herzrhythmusstörungen (mit Vorstellung beim Kardiologen) aus Angst vor „kardiovaskulärem Risiko“ nicht startete und zunächst auf Denosumab blieb. Eine Argumentationshilfe war, dass nur in der ARCH-, aber nicht der FRAME-Studie CV-Ereignisse unter Romosozumab numerisch häufiger waren.

Mehr Klarheit schaffte eine Propensity-Score gemachte retrospektive Kohortenstudie mit jeweils 5.610 Osteoporose-Patienten >40 Jahre ohne vorheriges akutes CV-Ereignis, die Romosozumab oder ein PTH-Analogon erhalten hatten: MACE (Myokardischämie, zerebrovaskuläre Ereignisse, Mortalität) waren unter Romosozumab signifikant seltener (n=158 vs. 211; p=0,003) – dies auch bei Frauen alleine. Gegenüber PTH-Analoga erscheint Romosozumab mindestens gleich sicher, das ARCH-Signal wurde vermutlich durch ein höheres Ausgangs-CV-Risiko, den Vergleich mit Alendronat und Zufallseffekte beeinflusst. ■

Quelle: WIN-Session „Osteologie: Neues zur Diagnostik und Therapie“, 10. September 2026

Welche Aufgaben sollten Rheumatologen übernehmen?



Mit der Veröffentlichung der S3-Leitlinie zum Management kardiovaskulärer (CV) Komorbiditäten entzündlich-rheumatischer Erkrankungen (ERE) poppt unweigerlich die Frage auf, wer – auch angesichts der bestehenden Ressourcenknappheit in der Rheumatologie – welche Aufgaben in puncto Screening, Risikoerfassung und Therapie übernehmen kann oder sollte. An Antworten versuchten sich Prof. Dr. Jan Leipe, Kiel, Prof. Dr. Elisabeth Märker-Hermann, Wiesbaden, und Dr. Vanessa Bartsch, Nürnberg.



Eindeutige Aufgabe der Rheumatologen ist die Aufklärung der Patienten über das bei ERE erhöhte CV-Risiko, die optimale Kontrolle der Krankheitsaktivität und eine möglichst kurze und niedrig dosierte Verordnung von NSAR und Glukokortikoiden (GK), betonte eingangs Prof. Leipe. Eher positive Effekte werden MTX und vor allem Biologika (TNF-, IL-6-Hemmer, Abatacept: Reduktion des CV-Risikos) zugewillt, die bekannte Vorsicht ist beim Einsatz von JAK-Inhibitoren zu beachten.

Vorwiegend rheumatologische Aufgabe ist eine CV-Risikoabschätzung alle 5 Jahre, bei Hochrisiko-ERE-Patienten jährlich – diese kann durch Multiplikatoren (z. B. x1,5 bei RA bei herkömmlichen Scores), eine ergänzende Diagnostik (z. B. Sonografie der A. carotis oder A. femoralis bzw. Koronarkalkmessung) und spezielle Tools (z. B. QRISK3, gAPSS-CD) verbessert werden. Bei ERE-Patienten sollte ein regelmäßiges Monitoring des Blutdrucks und des Lipidprofils durchgeführt werden, die antihypertensive Therapie entspricht jener in der Allgemeinbevölkerung, eine lipidsenkende Therapie sollte unter Berücksichtigung des erhöhten CV-Gesamtrisikos erfolgen. Bei Betroffenen mit Übergewicht bzw. Adipositas sollte auch zur Senkung des CV-Risikos eine Gewichtsreduktion angestrebt werden. Dasselbe gilt für eine gesunde Ernährung entsprechend den allgemeinen Empfehlungen. Jenseits eines Rauchstopps sollte zur Reduktion des CV-Risikos eine regelmäßige körperliche

Aktivität mit ≥ 150 Minuten moderatem oder ≥ 75 Minuten intensivem Training angestrebt werden.

Natürlich ist auch auf kardiale Manifestationen der ERE selbst zu achten, so Prof. Märker-Hermann. Laut Leitlinie soll bei V. a. eine kardiale/vaskuläre Beteiligung eine Basisdiagnostik (Anamnese, körperliche Untersuchung, EKG, transthorakale Echokardiografie sowie Labor mit NT-proBNP und Troponin) erfolgen. Bei V. a. eine Myokardbeteiligung wird eine nicht-invasive Bildgebung mittels kardialer MRT empfohlen, eine Endomyokardbiopsie nur in selektierten Fällen. Bei V. a. Aortitis sollte eine weiterführende Diagnostik mittels MR- bzw. CT-Angiografie oder 18F-FDG-PET erfolgen. Bei V. a. myokardiale Ischämien wird eine Diagnostik und Therapie wie in der Allgemeinbevölkerung unter Berücksichtigung des erhöhten CV-Risikos durch ERE empfohlen. Bei V. a. PAH sollen Diagnostik und Therapie der gültigen Leitlinie folgen.

VORSCHLAG FÜR EIN PRAXISNAHES SCREENING

Aus nachvollziehbaren Gründen gibt die Leitlinie keine klare Aufgabenverteilung vor. Für die Praxis empfahl Dr. Bartsch eine realistische Screening-Strategie mit Abfrage manifester atherosklerotischer Erkrankungen (KHK, Herzinfarkt, TIA, pAVK?), relevanter Vorerkrankungen (Typ-2-Diabetes, Niereninsuffizienz, familiäre Hypercholesterinämie?), Rauchen (früher, aktuell?), Familienanamnese (vorzeitiger – Männer < 55 , Frauen < 60 Jahre – Herzinfarkt/Schlaganfall bei Verwandten 1. Grades?), Gewicht (BMI?) und körperlicher Aktivität (erfragen), Blutdruck (standardisiert messen), Lipidprofil (messen, einordnen), Glukose/HbA1c (dokumentieren, wenn unklar screenen) und der ERE sowie deren Medikation (Krankheitsaktivität, Schübe, GK und NSAR erfassen). Zumindest auf die CV-Risikofaktoren – auch mithilfe von RFAs – sollte gescreent, diese dokumentiert, kommuniziert (mittels Arztbrief hausärztlich/internistisch adressieren) und Konsequenzen angestoßen werden. Die Zuständigkeiten sind je nach Setting mit Hausarzt- bzw. kardiologischen Praxen abzuklären. ■

Quelle: Session „Rheumatologie: Herzensangelegenheit“, 10. September 2026

KOLLAGENOSEN

Neue Entwicklungen auch jenseits der Zelltherapien

Ein großes Highlight des RhK 2026 in Leipzig war sicherlich die WIN-Session zu den Kollagenosen, wo derzeit durch CAR-T-Zellen, BiTE-Antikörper aber auch andere neue Therapieoptionen viel in Bewegung geraten ist. Vor allem beim systemischen Lupus erythematoses (SLE) und der Sjögren-Erkrankung (SjD) sind große Fortschritte zu verzeichnen, noch etwas verhaltener ist der Ausblick bei entzündlichen Myositiden (IIM) und vor allem bei der systemischen Sklerose (SSc).

Den Auftakt machte Prof. Dr. Martin Aringer, Dresden, mit dem SLE und verwies auf die an die EULAR angelehnte (aber aktuellere) SLE-Leitlinie der DGRh mit den Therapiezielen einer möglichst steroidfreien Remission oder niedrigen Krankheitsaktivität. Auch wenn etwa die Real-World-Daten der SPOCS-Studie ein anderes Bild suggerieren, sind doch mit den heute verfügbaren Therapien hohe, mit der seropositiven RA vergleichbare Remissionsraten erreichbar und jüngste Daten aus der Kerndokumentation 2024 zeigen, dass 60 % der SLE-Patienten keine und nur ca. 21 % Glukokortikoide in einer Dosis ≥ 5 mg/Tag erhielten.

SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES UND LUPUSNEPHRITIS

Jenseits von Belimumab liegen inzwischen auch überaus positive Langzeitdaten zu Anifrolumab vor und mit dem Anti-CD20-Antikörper Obinutuzumab, der eine stärkere B-Zell-Depletion als Rituximab ermöglicht, steht nach den positiven Daten der Phase-III-Studie ALLEGORY (Abb. 1) ein weiteres Biologikum vor der Zulassung (Woche 52: SRI-4-Ansprechen 76,7 %, DO-RIS-Remission 35,1 %, LLDAS 57,6 %). Ein weiterer Kandidat ist der Anti-40CD-Ligand-Antikörper Dapirolizumab pegol, eine erste Phase-III-Studie (PHOENYCS GO) war bereits erfolgreich, eine zweite läuft derzeit noch. Bei SjD bereits erfolgreich in Phase-III-Studien geprüft, weisen Phase-II-Daten auf eine gute Wirksamkeit von Ianalumab, einem B-Zell-depletierenden BAFF-Rezeptorantagonisten, auch bei SLE hin (SRI-4-Ansprechen plus GK-Dosis $\leq 7,5$ mg/Tag ab Woche 28 ca. 60 %). Ein starkes SRI-4-Ansprechen von ca. 70 % wurde in einer chinesischen Phase-III-Studie auch für den BLyS/APRIL-Inhibitor Telitacicept demonstriert, bei allerdings in 15 % der Fälle deutlich abfallenden Ig-Spiegeln – weitere Erkenntnisse wird eine weltweite Phase-III-Studie liefern. Vor allem bei kutanem Lupus könnte auch der TLR7/8-Inhibitor Enpatoran künftig relevant werden. Eine weitere Erkenntnis ist, dass Hydroxychloroquin (HCQ) den Ausbruch eines SLE nicht verhindern kann.

Die kürzlich neu vorgestellte EULAR-Leitlinie zur Lupusnephritis (LN) stärkt Kombinationen von Mycophenolat Mofetil (MMF) bzw. Cyclophosphamid (CYC) mit Belimumab, sowie MMF mit Obinutuzumab oder Calcineurin-Inhibitoren (CNI), nur bei leichter Ausprägung wird noch eine „Monotherapie“ mit MMF oder CYC (plus GK) erwogen. RAAS-Blocker werden bei persistierender Proteinurie oder Hypertonie, SGLT-2-

Hemmer bei persistierender Proteinurie, eGFR < 60 ml/min/m² oder anderen Risikofaktoren einer renalen Progression sowie Statine bei kardiovaskulärem Risiko und/oder osteoprotektive Substanzen empfohlen. Interessante Aspekte steuert auch die neue ACR-Leitlinie zur LN bei, die in der Kombination zwischen Belimumab (extra-renale Manifestationen und eGFR < 45 ml/min/m²) und CNI (Proteinurie > 3 g/Tag, eGFR > 45 ml/min/m² und Blutdruck $< 165/105$ mmHg) differenziert. Für Belimumab wurden inzwischen auch positive Effekte auf die eGFR nachgewiesen. Nicht weiter verfolgt wird bei LN der Anti-CD40-Antikörper Iscalimab (zugunsten von Ianalumab) sowie aufgrund von Unwirksamkeit der IL-17A-Inhibitor Secukinumab. Bei schweren Fällen liegen die meisten Hoffnungen auf der CD19 CAR-T-Zelltherapie, die in der deutschen CASTLE-Studie überzeugte und vielfach eine langfristige (über 3-5 Jahre) medikamentenfreie Remission ermöglicht – zumindest bei nicht zu weit fortgeschrittener Nierenschädigung.

SJÖGREN-ERKRANKUNG

Über die SjD referierte Prof. Dr. Torsten Witte, Hannover. Als treibendes Zytokin wurde Interferon (IFN) α identifiziert, das schon Jahre vor Krankheitsbeginn erhöht ist und mit Anti-Ro52 assoziiert ist. Mit dem bei SjD erhöhten Lymphomrisiko scheint wiederum eine genetische Variante von BAFF assoziiert zu sein, das ebenfalls in dessen Pathogenese involviert ist. Pathogenetisch wurden u. a. auch Viren immer wieder mit SjD in ▶

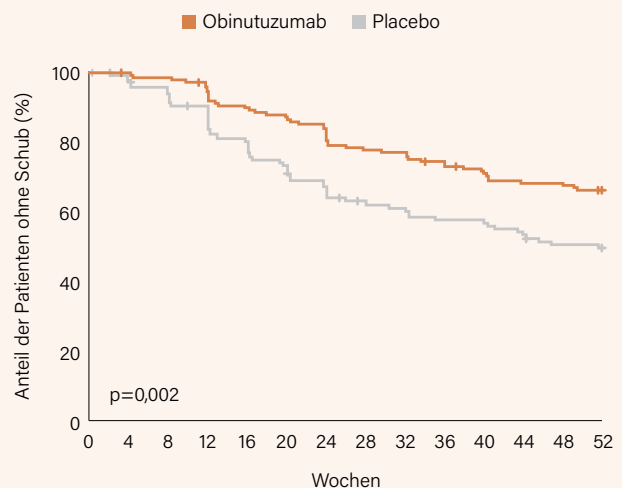


Abb. 1: ALLEGORY-Studie: Geringerer Anteil von SLE-Schüben über 52 Wochen unter Obinutuzumab versus Placebo

Verbindung gebracht, ein neuer Kandidat sind sog. Vientiviren. Mitochondriale Schäden könnten bei der SjD ebenfalls eine Rolle spielen, interessant ist, dass sich diese zumindest im Tiermodell durch Tofacitinib beheben ließen. Auch Autoantikörper gegen muscarinerge Rezeptoren tragen zur Pathophysiologie bei – offensichtlich besteht hier noch viel Forschungsbedarf.

Greifbarer sind die Fortschritte bei der Therapie: So bestätigten sich positive Effekte einer Kombination aus HCQ und Leflunomid in der RepurpSS-II-Studie, Speichel- und Tränenfluss sowie Fatigue wurden jedoch nicht verbessert. Das Problem, dass es bei systemischer SjD bislang keine zugelassenen Therapien gibt, dürfte sich nach den beiden positiven Phase-III-Studien NEPTUNUS-1 und -2 zu Ianalumab bald ändern. Bei recht guter Verträglichkeit zeigte sich in einer gepoolten Analyse über beide Studien unter Ianalumab s.c. 300 mg 1x/Monat ein gutes ESSDAI-Ansprechen nach 52 Wochen (*Abb. 2*), bei Patienten mit noch residualem Speichelfluss verbesserte sich auch die Speicheldrüsenfunktion – dabei scheint sich gemäß einer Post-hoc-Analyse ein Schwellwert einer stimulierten Speichelflussrate $\leq 0,4$ ml/min. abzuzeichnen, ab der wohl kaum noch eine Besserung erreichbar ist. Weitere Therapiekandidaten sind am neonatale Fc-Rezeptor (FcRn) ansetzende Substanzen: Nipocalimab wird nach positiven Resultaten der Phase-II DAHLIAS-Studie jetzt in der Phase-III-Studie DAF-FODIL geprüft, Efgartigimod, das in der Phase-II-Studie RHO ebenfalls vielversprechende Daten lieferte, wird derzeit in der Phase-III-Studie UNITY untersucht.

ENTZÜNDLICHE MYOSITIDEN

Viele neue Entwicklungen gibt es auch bei den IIM, die Dr. Marie-Therese Holzer, Hamburg, besprach. Wohl keine Zukunft mehr hat der Begriff Polymyositis (PM), betreffende Patienten dürften künftig als Antisynthetase-Syndrom (ASys) oder Overlap-Myositis klassifiziert werden. Bei der Unterscheidung der verschiedenen IIM-Formen spielen Myositis-spezifische Antikörper ebenso eine große Rolle wie für das von den IMACS-

Experten vorgeschlagene Tumor-Screening, das vor allem bei Hochrisikopatienten mit Dermatomyositis (DM; z. B. Anti-TIF γ , Anti-NPX2) hochrelevant ist. In einer chinesischen Validierungskohorte zeigte sich erstens, dass Anti-SAE-Antikörper ebenfalls das Krebsrisiko stark erhöhen, während es bei interstitieller Lungenerkrankung (ILD) geringer ist, und zweitens, dass Frauen, ASys und „PM“ sowie Gewichtsverlust mit einem „Unterscreening“ auf Krebs assoziiert sind. In Bezug auf die ILD bei IIM gibt die ERS/EULAR-Leitlinie wertvolle Empfehlungen zu Screening und Therapie. So soll bei vorliegenden Risikofaktoren (Ferritin, CRP, BSG $\uparrow$; Anti-MDA5-, ASys-, Ro52-Antikörper; Ulzerationen/Mechanikerhände; Arthritis/Arthralgie; Ausprägung ILD im HRCT) z. B. eine HRCT initial alle 3-6 Monate, danach jedes Jahr erfolgen. Bei IIM-ILD mit hohem Progressionsrisiko oder schwerer Organbeteiligung wird zu einer Kombination aus Hochdosis-GK und CYC oder Rituximab mit CNI und/oder IVIG geraten, bei sehr rascher Progression auch inklusive JAK-Inhibitoren und Plasmapherese. Im Fall einer progressiven Lungenfibrose sollte auch Nintedanib (oder künftig Nerandomilast) an Bord sein.

Auch bei IIM herrscht keine Mangel an neuen Therapiekandidaten. Zu nennen ist hier primär der erfolgreich in der Phase-III-Studie VALOR geprüfte TYK-2/JAK-1-Inhibitor Brepocitinib, mit dem signifikant mehr DM-Patienten eine Verbesserung im TIS-Kompositscore und eine GK-Reduktion nach 52 Wochen erreichten (*Abb. 3*), unter der 30 mg-Dosis erzielten 68 bzw. 46 % eine moderates oder gutes TIS-Ansprechen (≥ 40 bzw. 60). Bei 62 % kam es zudem zu einer deutlichen Verbesserung der Haut (CDASI-A). Die Verträglichkeit war insgesamt gut, obwohl es gehäuft zu schweren Infektionen kam (10 vs. 1 %). In den USA wurde Brepocitinib bereits zugelassen, über europäische Pläne ist noch nichts bekannt. Wie bei anderen Kollagenosen ist der IFN-Signalweg pathophysiologisch relevant, dies unterstreicht auch eine positive Phase-II-Studie zu dem IFN β -spezifischen Antikörper Dazukibart bei DM-Patienten, eine Phase-III-Studie ist angelaufen. Ebenfalls positive Daten generierte das zuvor erwähnte Efgartigimod in der Phase-II-Studie ALKIVIA, mit

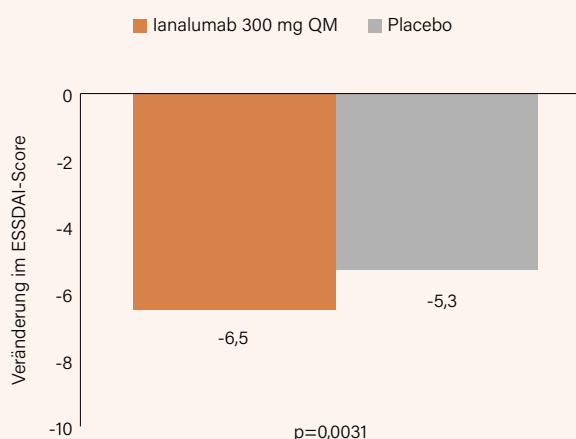


Abb. 2: NEPTUNUS-1 und 2-Studie: Gepoolte ESSDAI-Reduktion unter Ianalumab 300 mg QM versus Placebo in Woche 48/52

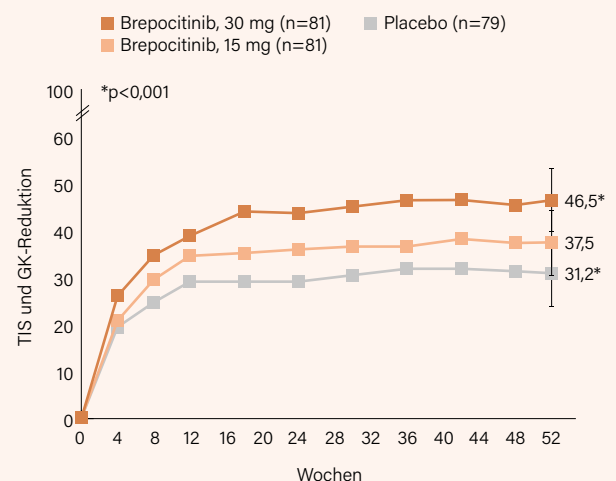


Abb. 3: VALOR-Studie: Verlauf des TIS-Ansprechens mit GK-Reduktion unter Brepocitinib 30 oder 15 mg/Tag versus Placebo

ersten Phase-III-Ergebnissen aus der gleichnamigen Studie ist in Bälde zu rechnen. Mit Nipocalimab wird (wie bei SjD) auch der zweite FcRn-Inhibitor bei IIM in Studien untersucht, ist aber noch nicht ganz so weit. Bei der Einschlusskörpermyositis (IBM) verfehlte der an KLRG1+ T-Zellen und NK-Zellen ansetzende Antikörper Ulviprubart in einer Phase-II/III-Studie zwar den primären Endpunkt, eine bessere Wirksamkeit wurde bei Patienten in frühen IBM-Stadien gesehen. Gleichsam nur einen Teilerfolg verbuchte Abatacept in einer Phase-III-Studie bei IIM: Der primäre Endpunkt (TIS) wurde verpasst, jedoch waren signifikante Vorteile bei nicht-DM-Patienten („PM“ und immunvermittelte nekrotisierende Myositis [IMNM]) erkennbar.

Auch bei Patienten mit schweren IIM-Verläufen, oft solchen mit ILD, werden CD19 CAR-T-Zelltherapien erprobt. In der CASTLE-Studie erreichten 80 % der 5 IIM-Patienten ein Ansprechen, im RESET-Trial alle mit DM oder ASyS (je n=3), aber nur die Hälfte mit IMNM (n=4). In der Breakfree-1-Studie wurde bei 10 von 11 Teilnehmern ein (Teil-)Ansprechen erzielt, die Ergebnisse sind durchaus ermutigend. Nur Fallberichte liegen bislang zu BiTE-Antikörpern vor, mit positiven Daten zu Blinatumomab (CD19/CD3) bei 5 Jo1-ASyS-Patienten (mit nachfolgender Rituximab-Erhaltungstherapie), während bei DM unter Teclistamab (BCMA/CD3) in einem Fall (Anti-MDA5+) eine Vollremission erreicht wurde, kam es im zweiten (Anti-Mi2+) nicht zu einem suffizienten Ansprechen.

SYSTEMISCHE SKLEROSE

Schwerpunkt des Rückblicks von Prof. Dr. Jörg Henes, Tübingen, zur SSc war insbesondere die assoziierte ILD. Gute Anhaltspunkte zu Screening, Monitoring und Therapie der SSc-ILD bietet die erwähnte ERS/EULAR-Praxisleitlinie, die betont, dass ein HRCT-Screening nicht durch Lungenfunktionsprüfung oder Lungenultraschall ersetzt werden kann. Alle SSc-Patienten mit ILD-Risikofaktoren sollten gescreent und eine HRCT bei SSc-ILD nach 1-2 Jahren regelmäßig wiederholt werden. Kürzlich wurde zudem der RESIST-Score zur Einschätzung der frühen Mortalität (männlich, Alter >55 Jahre, diffuse SSc, CRP ↑, DLCO <60 %, LVEF <60 %, digitale Ulzera) entwickelt. Ein Score =0 zeigt ein 5-Jahres-Überleben von ca. 99 % an, einer von 1-22 eines von ca. 96 %, während bei einem hohen Score >22 dies nur noch bei etwa 82 % der Patienten zu erwarten ist.

An aktuellen Leitlinien herrscht kein Mangel, so lohnt ein Blick auf sowohl die EULAR-, DGRh- und neuen britischen Empfehlungen zur SSc(-ILD). Allen gemeinsam ist, dass MMF (insbesondere bei ILD) als Standardtherapie gesehen wird, mit (bei variabler Datenlage) CYC und Rituximab als Alternativen – sowie bei früher entzündlicher diffus-kutaner SSc (mit/ohne ILD) auch Tocilizumab. Im Fall einer schlechten Prognose und/oder schweren Organbeteiligung sollten auch Kombinationstherapien zum Zug kommen; bei ILD, vor allem progressiver Fibrose, sollte auch eine antifibrotische Therapie mit Nintedanib oder dem neueren PDE-4B-Inhibitor Nerandomilast eingesetzt werden. Keine Alternative in diesem Setting ist Pirfenidon, das in der

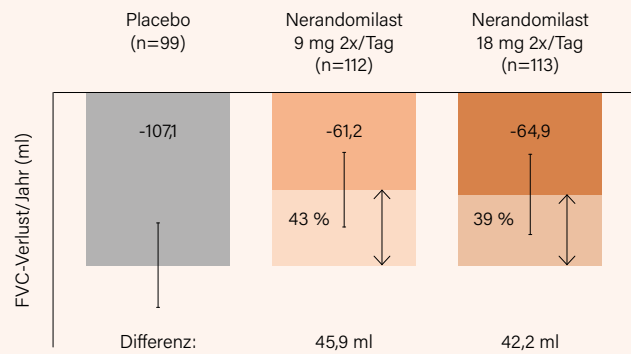


Abb. 4: FIBRONEER-Studie: Geringere FVC-Reduktion unter Nerandomilast versus Placebo in Subgruppe mit autoimmunen ILD

SLS-III-Studie keinen Zusatznutzen in Kombination mit MMF hatte. Sehr gute Daten lieferte hingegen Nerandomilast in der Phase-III-Studie FIBRONEER auch in der Subgruppe mit autoimmunen ILDs mit einer Reduktion der FVC-Abnahme nach 52 Wochen um ca. 40 % (teils zusätzlich zu Nintedanib) (Abb. 4). Besonders stark fiel der Effekt bei den SSc-ILD-Patienten mit einer Reduktion um 57,7 % (9 mg) bzw. 100,5 % (18 mg) aus – die Gruppe war jedoch klein, eine eigenständige Phase-III-Studie (VERANDA-SSc) zur SSc-ILD läuft aber bereits.

Bei ausgewählten SSc-Patienten mit raschem Progress und hoher Mortalität (z. B. RESIST-Score >22) ist die HSCT eine etablierte Therapieoption, zu der nunmehr aus der an europäischen Zentren durchgeführten prospektiven NISSc1-Studie auch 5- und 10-Jahres-Daten vorliegen. Das Gesamtüberleben von 86 bzw. 71 % und progressionsfreie Überleben von 72,1 bzw. 60,2 % der 80 Teilnehmer nach 5 respektive 10 Jahren ist durchaus positiv zu bewerten, 42,5 % erreichten eine anhaltende Remission ohne Immunsuppressiva. Diese Daten sind künftig eine Benchmark auch für die in der CASTLE-Studie bei 9 SSc-Patienten eingesetzte CD19 CAR-T-Zelltherapie. Es zeigte sich in 8 Fällen ein teils gutes Ansprechen mit Verbesserung der Lungenfunktion, kam aber auch zu einem Rezidiv mit nachfolgender HSCT und einem Todesfall (schwere Infektion, MAS). Auch angesichts von aufgrund mehrerer Todesfälle oder Nebenwirkungen zumindest temporär gestoppter Studien mit CAR-T-Zell-Konstrukten ist dies ein Hinweis darauf, dass auch diese Intervention mit Bedacht einzusetzen ist. Weitere CAR-T-Zellstudien (auch bei SSc) laufen derzeit, mit Ergebnissen ist wohl in 2027 zu rechnen. Eine gute und günstigere Alternative könnten BiTE-Antikörper sein, zu Teclistamab wurden recht positive Daten einer deutschen Fallserie mit 10 SSc-Patienten vorgestellt. Demnächst ist auch mit den Ergebnissen aus Phase-II/III-Studien mit Anifrolumab (SSc; DAISY) und Belimumab (SSc-ILD; BLISSc-ILD) zu rechnen. ■

Quelle: WIN-Session „Kollagenosen“,
11. September 2026





VASKULITIDEN

Neue EULAR-Leitlinien und Therapieoptionen

Im Rahmen einer Vaskulitis-Sitzung bot Prof. Dr. Nils Venhoff, Freiburg, eine Übersicht zu neuen Entwicklungen bei der Riesenzellarteriitis (RZA), aber auch der Polymyalgia rheumatica (PMR) und Takayasu-Arteriitis (TAK) – erst kürzlich wurden seitens der EULAR hierzu neue Empfehlungen veröffentlicht. In allen Indikationen geht es darum, Steroide zu reduzieren, bei RZA und PMR lieferte Secukinumab in Phase-III-Studien diskrepante Ergebnisse. Neues gab es bei der RZA auch zum Einsatz von Upadacitinib und Methotrexat (MTX). Über die neuesten Studien zur eosinophilen Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) berichtete Prof. Dr. Bernhard Hellmich, Kirchheim/Teck, über die ANCA-Vaskulitiden (AAV) informierte Prof. Dr. Julia Holle, Neumünster.

Bei RZA und PMR belegen kürzlich publizierte deutsche Krankenversicherungsdaten eine deutlich höhere Prävalenz (146 bzw. 937/100.000) als zuvor angenommen wurde. Die Diagnose wurde nur zu 11-13 % bei Rheumatologen gestellt, Glukokortikoid (GK)-sparende Therapien wurden eher selten eingesetzt, so bei PMR zu 20 % Methotrexat (MTX), bei RZA erhielten 27 % eine Kombination mit MTX und 14 % mit Tocilizumab.

RIESENZELLARTERITIS, PMR UND TAK

Bei der RZA bieten Ultraschall und MRT eine hohe diagnostische Genauigkeit, dies noch mal stärker bei konkordanten Befunden. Eine bilaterale Gefäßbeteiligung ermöglicht eine zuverlässige differenzialdiagnostische Unterscheidung zwischen RZA und Nicht-RZA. In der MAGiCUS-Studie wurde nachgewiesen, dass die im Ultraschall quantifizierte Entzündung bei RZA prognostisch relevant ist und Schübe prädiziert. Mittels PET-CT lässt sich frühzeitig ein erhöhtes Risiko für Aortenkomplikationen ermitteln. Eine stenotische Großgefäßbeteiligung (bei <10 % der RZA-Patienten identifiziert) war signifikant mit dem Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen assoziiert. Ein orbitales MRT kann bei der raschen Abgrenzung zwischen arteriitischer und nicht-arteriitischer AION helfen, bei A-AION

zeigten sich in 57 % pathologische Veränderungen der kontralateralen Orbita. Mögliche Biomarker zur Identifizierung von PMR-Patienten mit subklinischer RZA (die ein weiteres Work-up benötigen) sind erhöhte Angiopoietin-1-, IL-17-, Osteopontin- und CXCL-9-Spiegel. Bei der Differenzierung im PMR-RZA-Spektrum kann auch der Nachweis eines Mosaikverlusts des Y-Chromosoms helfen – dieser ist bei isolierter RZA und RZA mit PMR weitaus häufiger als bei reiner PMR (median 17,5 bzw. 18,1 vs. 3,3 %).

Die neuen EULAR-Empfehlungen sehen weiter GK als Standardtherapie sowohl bei Erstmanifestation als auch im Rezidiv vor: Bei PMR werden zu Beginn 15-25 mg/Tag, nach 1-2 Monaten 10 mg/Tag und eine Dauer von 12 Monaten empfohlen, bei RZA und TAK 40-60 mg/Tag (i.v.-Empfehlung bei RZA abgeschwächt), nach 2-3 Monaten Reduktion auf 15-20 mg/Tag mit einer anzustrebenden Dauer von jeweils 12-18 Monaten. Französische Real-World-Daten zur RZA zeigen jedoch, dass die GK-Anwendung oft über 2 oder mehr Jahre erfolgt (seltener bei Kombination mit MTX oder Tocilizumab) – dies ausgerechnet vor allem bei den vulnerabelsten Patienten (>75 Jahre, Hypertonie, Nierenerkrankungen). Jedes Gramm mehr kumulative GK war mit erhöhter Mortalität, Infektionen und MACE assoziiert. Zur GK-Einsparung empfiehlt die EULAR bei PMR für selektierte Patienten Tocilizumab bei Erstmanifestation, im Rezidiv und wenn refraktär IL-6R-Inhibitoren (primär Sarilumab) mit MTX als Alternative – bei IL-6R-Inhibitoren GK dann nur für 3-4, unter MTX 12 Monate. Bei RZA werden insbesondere bei Rezidiven, refraktärer Erkrankung und hohem GK-Risiko Tocilizumab oder Upadacitinib empfohlen (GK-Dauer dann 6 Monate), alternativ MTX. Bei TAK werden bei allen Patienten csDMARDs empfohlen, bei Rezidiven oder refraktärer TAK Tocilizumab oder TNF-Inhibitoren.

Unter IL-6R-Hemmern bleibt bei das Problem, dass CRP und BSG zu wenig aussagekräftig sind, auch Calprotectin und SAA (etwa besser) sind keine verlässlichen Alternativen. Bei RZA zeigen die 2-Jahres-Daten der SELECT-GCA-Studie eine weitere gute Wirksamkeit von Upadacitinib, ein Absetzen im 2. Jahr resultierte aber häufiger in einem Remissionsverlust als dessen Fortführung (68,6 vs. 28,6 %). Die deutsche METEORITICS-Studie prüfte nach Tocilizumab eine MTX-Erhaltungstherapie. Trotz verpasstem primären Endpunkt zeigten sich weniger Re-

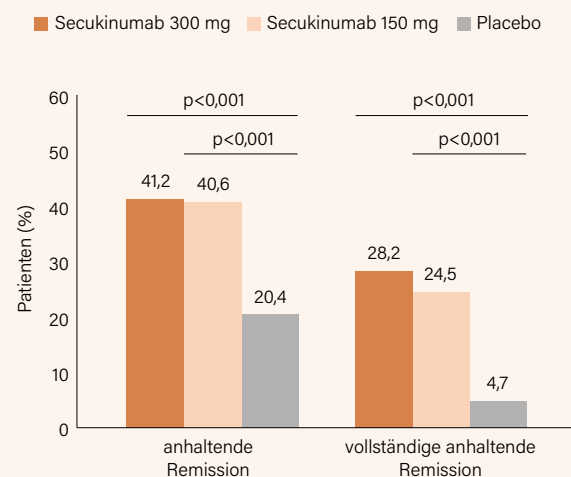


Abb.: REPLENISH-Studie: Bei PMR Überlegenheit von Secukinumab versus Placebo in puncto anhaltende (primärer Endpunkt) und vollständige anhaltende Remission in Woche 52

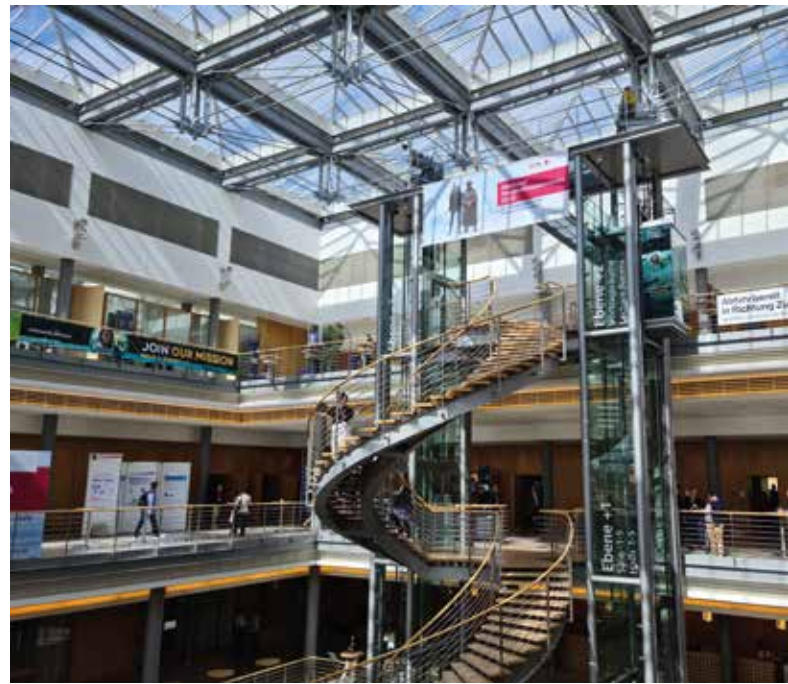
zidive und eine niedrigere kumulative GK-Dosis ohne schwere Nebenwirkungen – im Gegensatz zur METOGIA-Studie (mehr PjP-Infektionen), in der Tocilizumab im direkten Vergleich mit MTX insgesamt besser abschnitt. Bei RZA gescheitert ist in einer Phase-II-Studie der IL-23-Inhibitor Guselkumab. Dasselbe gilt (nach noch guten Phase-II-Daten) für den IL-17A-Inhibitor Secukinumab, der bei RZA in der Phase-III-Studie GCaptAIN nicht den primären Endpunkt erreichte – dies ganz im Gegensatz zur Phase-III-Studie REPLENISH bei PMR (Abb.) – eine Zulassung bei PMR steht kurz bevor. Mögliche Ursachen für diese widersprüchlichen Ergebnisse könnten die Dauer des GK-Taperings (26 vs. 52 Wochen), die Verblindung von CRP/BSG und Definition des primären Endpunkts in GCaptAIN (CRP/BSG-Normalisierung!) und ein hoher Frauenanteil sein, da diese per se ein höheres Rezidivrisiko aufweisen. Weitere Erkenntnisse zu Secukinumab bei RZA wird in Bälde die deutsche Phase-IIIb-Studie GigAINTt liefern.

EOSINOPHILE GRANULOMATOSE MIT POLYANGIITIS

Nur kurz gestreift sei die EGPA, zu der (im Verbund mit AAV) vergangenes Jahr eine deutsche S3-Leitlinie vorgelegt wurde. Bei der Remissionsinduktion erweist sich Rituximab nach den Ergebnissen der REOVAS-Studie bei schwerer EGPA in puncto Wirksamkeit (Remission, Rezidive, GK-Exposition) und Sicherheit als Alternative zu Cyclophosphamid (CYC), genauere Aussagen lassen sich aufgrund des Studiendesigns aber nicht treffen. Der Einsatz von IL-5(R)-Inhibitoren wird jetzt auch in früheren Krankheitsstadien geprüft, eine Beobachtungsstudie wies nach 2 Jahren auf weniger Damage und ein häufiger mögliches komplettes GK-Absetzen hin. Bei schwerer EGPA können sie als Add-on die Chancen auf Remission und GK-Reduktion erhöhen. Wie die Langzeitextension der MANDARA-Studie (Benralizumab vs. Mepolizumab) zeigt, ist in der Remissionserhaltung die IL-5(R)-Blockade sicher und wirksam, eine GK-Reduktion auf ≤ 4 mg/Tag ist oft möglich, aber (leichte) Rezidive kommen vor. Leichte Vorteile in der Remissionserhaltung plus GK-Reduktion zeigten sich für Rituximab versus Azathioprin. Zu Anti-IL-5-Therapien laufen derzeit Phase-III-Studien, so E-merge zu Mepolizumab bei akuter Vaskulitis und zu Depemokimab (Q6M) versus Mepolizumab.

ANCA-ASSOZIIERTE VASKULITIDEN

Nach wie vor ist bei AAV – Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) und mikroskopischer Polyangiitis (MPA) – die Sterblichkeit und die Rate schwerer kardiovaskulärer Ereignisse (MACE) erhöht – eine konsequente Einstellung von CV-Risikofaktoren ist daher essenziell. Auch mit Malignomen ist bei AAV-Patienten häufiger zu rechnen, obwohl der Unterschied nur für nicht-melanozytären Hautkrebs signifikant ist. Problematisch bleibt die Entwicklung einer terminalen Niereninsuffizienz, nach einem Jahr betrifft dies 14 %, nach 10 Jahren fast 25 % der Be-



troffenen (auf initiale eGFR und diese nach 6 Monaten achten!) – ein erhöhtes CRP in der Induktionsphase (auch ohne renale Beteiligung) erhöht das Risiko.

Bei den AAV gibt es keine endgültige Klärung hinsichtlich einer möglichen Überlegenheit von Rituximab (das primär eingesetzt und empfohlen wird) oder CYC in der Remissionsinduktion. Im Rezidiv ist Rituximab (vs. CYC p.o.) effektiver und bietet möglicherweise höhere Langzeit-Überlebens- und Remissionsraten (REVEAL-Kohortenstudie), während CYC womöglich effektiver in der Remissionsinduktion bei schwerer Nierenbeteiligung ist. Die Zulassung für Avacopan bei GPA/MPA zur Steroideinsparung in der Remissionsinduktion in Kombination mit Rituximab bzw. CYC wurde widerrufen – infolge von Vorwürfen der Datenmanipulation, obwohl retrospektive Studien durchaus eine Effektivität suggerieren, aber auch wegen der berichteten Hepatotoxizität, wobei Daten zur absoluten Frequenz fehlen. Besonders scheinen asiatische Patienten, Frauen und solche >65 Jahre gefährdet zu sein. Vor dem Hintergrund, das Avacopan vorrangig GK einsparen sollte, des heute kritischen Umgangs mit GK auf Basis der PEXIVAS- und LoVAS-Studien, der Effektivität der Remissionsinduktion mit Rituximab oder CYC, der potenziell tödlichen Nebenwirkungen und hohen Therapiekosten ist die EMA- (und FDA)-Entscheidung durchaus verständlich.

In der Remissionserhaltung ist (nur!) unter Rituximab ein Ausschleichen von GK bei GPA sicher möglich, wie die TAPIR-Studie gezeigt hat, bei MPA ist dies – auf Basis retrospektiver Daten – wahrscheinlich auch möglich. Last but not least: In der kleinen COMBIVAS-Studie wurde mit gutem Erfolg eine sequenzielle Kombination aus Rituximab und Belimumab bei PR3+-ANCA AAV erprobt. ■

Quelle: Klinische Session „Update Vaskulitiden“, 10. September 2026

Ultraschall als nächste Stufe in der Delegation?

Die Probleme in der rheumatologischen Versorgung werden sich in den nächsten Jahren noch verschärfen, sodass bei wachsendem Bedarf an Behandlungskapazitäten die Delegation ärztlicher Aufgaben an die Rheumatologischen Fachassistenten (RFA) künftig noch mehr an Bedeutung gewinnen wird. Nachdem sich bereits bei Dermatologen und Medizinstudierenden in zwei Studien gute Lernerfolge eingestellt hatten, erscheint bei entsprechender qualifizierter curricularer Ausbildung auch die muskuloskelettale Ultraschalluntersuchung (MSUS) grundsätzlich delegierbar.



In vielen Ländern der MSUS bereits erfolgreich an geschulte nicht-ärztliche Fachkräfte (z. B. RFAs) delegiert. Nachdem das MUDE-Kurscurriculum in Bonn bereits mit gutem Erfolg bei Dermatologen zur Früherkennung der Psoriasis-Arthritis sowie bei Medizinstudierenden etabliert wurde, untersuchten jetzt Bonner Rheumatologen um Dr. Claus-Jürgen Bauer und Prof. Dr. Valentin Schäfer in der RFA-MSUS-Studie erstmals die Anwendbarkeit des MUDE-Kurscurriculums zur qualifizierten Ausbildung von RFAs im muskuloskelettalen Ultraschall. Die erst kurz vor dem RhK ausgewerteten Daten wurden als Poster sowie im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung des RFA-Fachverbands vorgestellt.

RFA-MSUS-STUDIE: UMSETZBARKEIT KONNTE DEMONSTRIERT WERDEN

In der vom Fachverband Rheumatologische Fachassistenten e.V. unterstützten Studie wurde verteilt auf drei Kursmodulveranstaltungen im Abstand von jeweils 2-3 Monaten 20 RFAs der Gelenk- und Muskulatur von Finger-, Hand-, Ellenbogen-, Schulter-, Hüft-, Knie-, Sprung- und Zehengelenken vermittelt. Dabei konzentrierte sich das MUDE-Kurskonzept auf eine komprimierte Auswahl der aussagekräftigsten Ultraschall-Schnittebenen.

Für die Zeitintervalle zwischen den Kursmodulen erhielten die RFAs portable Ultraschallsysteme zur selbständigen Übung zwischen den Kursveranstaltungen. Mittels „Objective structured clinical examination“ (OSCE)-Prüfung wurde der Kenntnisstand vor und nach Abschluss des Kurses evaluiert. Die Qualität der durch die RFAs im Rahmen der OSCE-Prüfungen aufgenommenen Bilddokumentation wurde mittels „Adapted B-QUIET-Protocol“ ausgewertet. Dem schließt sich eine Nachverfolgung des Wissenserhalts über das Kursende hinaus an.

Die MSUS-Ausbildung der RFAs nach Vorbild des MUDE-Protokolls startete am 20. Februar 2026. 60 % der Teilnehmerinnen berichteten über praktische Vorerfahrung im Ultraschall, zugleich lag die mediane praktische Ultraschallvorerfahrung lediglich bei 1-2 Stunden. 75 % der RFAs schätzten ihre eigenen Ultraschallkenntnisse als „nicht vorhanden“ oder „gering“ ein. Demgegenüber zeigten sich die Teilnehmerinnen dem Wissenserwerb gegenüber hochinteressiert, hochmotiviert und schätzten in 90 % der Fälle die Fähigkeit, in Zukunft MSUS selbstständig durchzuführen zu können als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ ein. Auch wenn zwei Teilnehmerinnen den letzten Prüfungstermin (am 22. August 2026) aufgrund von Terminkonflikten noch nachholen müssen, liegt die Zwischenauswertung bereits vor. Demnach steigerten sich die per OSCE-Prüfung ermittelten praktischen MSUS-Fähigkeiten der RFAs signifikant von zu Beginn 20,3 % (n=20) auf 90,7 % (n=18) beim Abschlusstermin ($p < 0,001$).

Fazit: Durch das im Training von Dermatologen und Medizinstudierenden bereits bewährte MUDE-Kurskonzept ergibt sich künftig ein großes Potenzial zur qualifizierten Ausbildung auch von RFAs in der muskuloskelettalen Ultraschallbildung. Sowohl für die Einbindung ambitionierter RFAs in ärztliche Aufgaben im Sinne der Delegation als auch die Versorgung rheumatologischer Patienten eröffnen sich hiermit große Chancen. Obwohl sich die Ergebnisse der drei Ultraschall-Trainingsstudien MUDE (Dermatologen), TERMUS (Medizinstudierende) und RFA-MSUS nicht eins zu eins miteinander vergleichen lassen, kommentierte Dr. Bauer, dass die RFAs „hier durchaus in derselben Liga mitspielen.“ ■

Quelle: RhK 2026, Poster DI.01



ENTZÜNDLICH-RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN

Diagnostische Herausforderungen beim Erstauftreten im höheren Lebensalter

Schon die Diagnose entzündlich-rheumatischer Erkrankungen mit Erstmanifestation im hohen Lebensalter kann eine erhebliche Herausforderung darstellen, ebenso die Differenzialdiagnose, konstatierte PD Dr. Björn Bühring, Wuppertal, beim RhK 2026. Denn es sind nicht nur die Prävalenz- und Inzidenzraten im Alter anders, sondern auch die Zahl der relevanten rheumatologischen Differenzialdiagnosen größer.

Als Kernprobleme bezeichnete er, dass diagnostische Test bei älteren Menschen nicht so aussagekräftig seien, wie bei jüngeren und die häufig bestehenden Komorbiditäten das Bild verschleiern können, was Zweifel an der gestellten Diagnose aufkommen lasse. Auch die Aussagekraft von bildgebenden Verfahren, wie der MRT nehme bei älteren Menschen ab; so könne es zu falsch-positiven Befunden bei symptomfreien Patienten kommen. Zum anderen könnten Symptome verschiedener Erkrankungen überlappende Beschwerden hervorrufen bzw. die Symptome bei Älteren nicht den von Jüngeren bekannten „klassischen“ Symptomen entsprechen. Ob die diagnostizierten Erkrankungen tatsächlich für die vom Patienten berichteten Symptome verantwortlich sind, bleibe dann unklar.

Bei im höheren Lebensalter erstmalig auftretenden Gelenkschmerzen und -schwellungen der Finger kann eine bunte Vielfalt an Erkrankungen dahinterstecken – von einer rheumatischen Arthritis im Alter (LORA), über eine Fingerpolyarthrose oder Pfropf-Polyarthritiden und Kristallarthropathien (CPPD-Arthritis, Gicht) bis hin zur Polymyalgia rheumatica (PMR) oder einer Spondyloarthritis mit peripherer Beteiligung (SpA/PsA). Aber auch eine Kollagenose, postinfektiöse Arthritis, Neoplasien, Osteomalazie oder Medikamentenebenwirkung (z. B. Checkpoint-Inhibitoren) können die Ursache sein. Angesichts der Vielzahl an möglichen Diagnosen ist ein Wissen um die Inzidenzraten der unterschiedlichen Erkrankungen hilfreich. So steige beispielsweise die Inzidenz von PMR, CPPD, Fingerpolyarthrose und Chondrokalzinose im Alter an, während die der axSpA und PsA sinke, so Bühring.

DIFFERENZIALDIAGNOSE DER NEU AUFGETRETENEN POLYARTHROSE/-ARTHRITIS

Grundsätzlich plädierte Bühring für eine Arthrosonografie, die schon im frühen Stadium eine gute Methode sei, um zwischen den Erkrankungen zu differenzieren (Abb.).

RA ODER CPPD? Grundsätzlich ist das Auftreten der RA symmetrischer und schleicher. Um nach Kristallen zu suchen, eignet sich laut Bühring der Ultraschall besser als die Kristallsuche im Punktat. Differenzierend seien zudem die bei der RA auftretenden Erosionen im Röntgen. Auch die EULAR/ACR-

Klassifikationskriterien für die CPPD-Arthritis von 2023 seien hilfreich. Zu bedenken sei, dass RA und CPPD auch gemeinsam auftreten können; dies sei nach neueren Daten eher bei einer seronegativen RA der Fall.

RA ODER PMR? Für die Differenzialdiagnose zwischen einer PMR mit peripherer Beteiligung und RA mit polymyalgiformem Beginn sind die PMR-Klassifikationskriterien nur bedingt hilfreich, da sie zum einen die Abwesenheit des Rheumafaktors fordern, der aber im Alter ohne entsprechende Klinik häufig positiv ist, zum anderen das Fehlen anderer Gelenkbeteiligungen, die aber in einer Studie zu Sarilumab bei 20 % vorlag. Auch bei der PMR können also der Rheumafaktor positiv und periphere Gelenke betroffen sein, so Bühring. Hier kann die MRT hilfreich sein. Bühring riet dazu, den Radiologen die Publikationen der Herner Kollegen um Martin Fruth (Rheumatology 2020; 59: 2864-2871 und RMD Open 2026; 12(2): e006838) zur Kontrastmittel-verstärkten MRT „in den Briefkasten zu legen.“ Denn beide Publikationen hätten klare pathognomonische Veränderungen im Becken und Schultergürtel bzw. Hand gefunden: Das Gelenkmuster bei der PMR sei peritendinitisch bzw. perikapsulär, während bei der RA eine Synovitis im Gelenk nachweisbar sei. (WK) ■

Quelle: Sitzung „Herausforderungen und Besonderheiten rheumatischer Erkrankungen im höheren Lebensalter“, 11. September 2026

Parameter	RA	PMR	CPPD	SpA/PsoA	Polyarthrose
Anamnese	++	++	++	++	++
Untersuchung	++	++	++	++	++
CRP	++	++	++	+	-
Antikörper	+++	-	-	-	-
HLA-B27	-	-	-	++	-
Punktion/Mikroskopie	++	-/+	+++	++	-
Röntgen/CT	++	-	+++	++	+++
Ultraschall	+++	+++	+++	++	++
MRT	++	+++	++	+++	++

+++ sehr typisch, ++ typisch, + auffällig/manchmal auffällig, - unauffällig

Abb.: Diagnostik von Polyarthralgien bzw. Polyarthritiden bei älteren Menschen

Neue Studiendaten verbessern die Risikokontrolle

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen (ERE) können Frauen in einer Lebensphase treffen, in der Familienplanung und Elternschaft eine wichtige Rolle spielen. Eine sichere Schwangerschaft ist heute in vielen Fällen möglich – dank intensiver Forschung, die in den letzten Jahren zu neuen Möglichkeiten der Behandlung und der interdisziplinären medizinischen Überwachung geführt hat. Was es bei ERE und Kinderwunsch zu beachten gilt, welche Risiken bestehen und wie sie minimiert werden können, erläuterte Dr. Isabell Haase, Hamburg, im Rahmen einer Vorab-Online-Pressekonferenz der DGRh, weiter vertieft wurde das Thema in einer Sitzung auf dem RhK in Leipzig.

Viele Schwangere möchten zum Schutz ihres Kindes möglichst wenige Medikamente einnehmen, jedoch kann eine aktive rheumatische Erkrankung die Schwangere und ihr ungeborenes Kind genauso gefährden wie Medikamente, die für die jeweilige Schwangerschaftsphase nicht geeignet sind. Entscheidend sei deshalb, individuelle Risiken frühzeitig zu erkennen und die Therapie und Überwachung darauf abzustimmen.

HOCHRISIKO-SCHWANGERSCHAFTEN: IMPACT UND STOP-BLOQ

Wie eine solche risikoadaptierte Behandlung aussehen könnte, zeigen neue Daten zum Antiphospholipid-Syndrom (APS), bei dem Autoantikörper das Risiko für Fehl- und Totgeburten sowie weitere Schwangerschaftskomplikationen erhöhen. Die Standardtherapie des geburtshilflichen APS besteht aus niedrig dosiertem ASS und Heparin. Bei besonders gefährdeten Schwangeren mit dauerhaft nachweisbarem Lupus-Antikoagulus kommt es jedoch trotz dieser Behandlung in Studien in 40 bis 64 % der Fälle zu einem ungünstigen Schwangerschaftsausgang. In der IMPACT-Studie erhielten 51 Schwangere mit Hochrisiko-APS und schweren Komplikationen in der Vorgeschichte zusätzlich zur Standardtherapie Certolizumab pegol. Schwere APS-bedingte Schwangerschaftskomplikationen traten „nur“ bei 20 % auf, 93 % der Neugeborenen überlebten bis

zur Entlassung aus dem Krankenhaus. Aufgrund der geringen Studiengröße und des Fehlens einer randomisierten Kontrollgruppe sind die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren. Certolizumab pegol ist zudem nicht zur Behandlung des geburtshilflichen APS zugelassen. Dennoch zeigt die Studie eine konkrete zusätzliche Therapieperspektive für einzelne Hochrisikopatientinnen auf, bei denen die Standardtherapie nicht ausreicht.

Nicht nur bei der Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, sondern auch bei ihrer Früherkennung gibt es neue Ansätze. Bei Schwangeren mit Anti-SSA/Ro-Antikörpern – vor allem solchen mit Sjögren-Erkrankung oder systemischem Lupus erythematoses, entwickelt das ungeborene Kind in ca. 1-2 % der Fälle einen angeborenen AV-Block. Ein höhergradiger AV-Block kann innerhalb weniger Stunden entstehen und damit zwischen zwei Ultraschallterminen unentdeckt bleiben. Die laufende STOP-BLOQ-Studie untersucht deshalb ein häusliches Monitoring: Schwangere mit hohen Antikörperwerten kontrollieren dreimal täglich den Herzrhythmus ihres Kindes. In der bisherigen Auswertung von 413 Schwangerschaften trat ein AV-Block ausschließlich bei hohen Antikörperwerten auf und wurde zuverlässig durch das Selbstmonitoring erkannt. Ob durch die frühere Erkennung auch ein dauerhafter vollständiger Herzblock verhindert werden kann, ist noch offen.

Die aktualisierten EULAR-Empfehlungen zeigen, dass viele antirheumatische Therapien, insbesondere Biologika, v. a. TNF-Inhibitoren, auch während Zeugung, Schwangerschaft und Stillzeit eingesetzt werden können. Fachinformationen und Beipackzettel – so etwa zum TNF-Inhibitor Adalimumab – bleiben jedoch häufig zurückhaltender oder widersprechen den Empfehlungen. In der internationalen PRAISE-Umfrage unter 414 Angehörigen von Gesundheitsberufen berichteten 58 %, dass solche Widersprüche zu Unsicherheit oder Spannungen im ärztlichen Beratungsgespräch führen; fast 20 % der Frauen würden deshalb eine laufende Behandlung wahrscheinlich absetzen. Daher gilt es, Fachinformationen und Beipackzettel künftig schneller an die Leitlinien anzupassen. ■

Quellen: Sitzung „Gemeinsam für zwei: Interdisziplinäre Betreuung rheumakrankter Schwangerer und ihrer Kinder“, 10. September 2026 und Vorab-Online-PK, 2. September





PREISVERLEIHUNGEN

Ehrungen für wissenschaftliche Arbeiten und besondere Verdienste

Mit dem mit 10.000 Euro dotierten, geteilten **RUDOLF SCHOEN-PREIS** ehrt die Stiftung der DGRh herausragende wissenschaftliche Arbeiten aus der Rheumatologie. Für neue Erkenntnisse zur Regeneration vernarbten Gewebes bei systemischer Sklerose (SSc), die für den Einsatz von CAR-T-Zelltherapien relevant sind, wurde **PD Dr. Christina Bergmann** vom Universitätsklinikum Erlangen ausgezeichnet, für den Nachweis des therapeutischen Nutzens der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Axia bei axialer Spondyloarthritis **PD Dr. Patrick-Pascal Strunz** vom Universitätsklinikum Würzburg.



PD Dr. Christina Bergmann



PD Dr. Patrick-Pascal Strunz

PREISVERLEIHUNGEN DER DGRH

Mit der **EHRENMITGLIEDSCHAFT** würdigte die DGRh die langjährigen Verdienste von **Prof. Dr. Elisabeth Märker-Hermann**, Wiesbaden, um die Rheumatologie und die Fachgesellschaft. Besonders prägend war ihre Amtszeit als erste Präsidentin der DGRh von 2005 bis 2006. Darüber hinaus gehörte sie von 1996 bis 2024 dem wissenschaftlichen Beirat an. Von 2002 bis 2023 leitete sie die Klinik für Innere Medizin IV mit den Schwerpunkten Rheumatologie, Klinische Immunologie und Nephrologie an den Dr. Horst Schmidt Kliniken in Wiesbaden.

Die **KUSSMAUL-MEDAILLE 2026** erhielt **Prof. Dr. Bernhard Manger**, Erlangen, für seine Verdienste um die rheumatologische Arbeit und Fortbildung. Seine medizinische und akademische Laufbahn war eng mit der FAU Erlangen verbunden. Seit 1990 engagiert er sich in der DGRh, u. a. als Vorsitzender der Kommission Pharmakotherapie und langjährig im Beirat.

Dr. Anna-Lena Schäfer, Freiburg, wurde mit dem **JOACHIM KALDEN-PROMOTIONS-PREIS 2026** ihre Arbeit zu einem Lupus-Mausmodell ausgezeichnet, in dem sie eine autoreaktive und proinflammatorische Zellpopulation identifizierte, die mit der Krankheitsaktivität verbunden ist. Die Ergebnisse liefern neue Einblicke in die Entstehung pathogener Immunantworten und mögliche Ansatzpunkte für gezieltere Therapien. Der **HANS-HENCH-PREIS 2026** ging an **Carlo A. G. Veltri**, DRFZ Berlin. Ausgezeichnet wird seine Studie zur beruflichen Teilhabe von Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Die Analyse zeigt einen deutlichen Anstieg der Erwerbstätigkeit, aber weiterhin Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung.

Die **WISSENSCHAFTSPREISE** für die besten Poster gingen an Anne Pankow, Berlin, für Der besondere Fall (FA.08) zum Ansprechen auf MAS825 beim refraktärem MAS, an Simon M. Petzina, Bonn, für Diagnostik & Bildgebung (DI.14) zur Ex-vivo-Immunphänotypisierung zur Prädiktion des Ansprechens auf Adalimumab bei PsA, an Maria Polyzou, Herne, für Digitale Rheumatologie (DR.17) zur KI-Beratung bei Schwan-

gerschaft und Kinderwunsch, an Didzis Gailis, München, für Epidemiologie & Versorgungsforschung (EV.39) zu rheumatischen irAEs im ERIN-Register, an Sophia Schreiber, Freiburg, für Experimentelle & Translationale Rheumatologie (ET.28) zu mesenchymalen Stromazellen in einem Lupus-Mausmodell, an Niklas Wiemers, Leipzig, für Kinder-rheumatologie (KI.08) zur Multiplex-Zytokin-Analyse zur Differenzierung von oligoartikulärer und seronegativer pJIA, an Anna-Lena Wolff, Bad Nauheim, für Osteologie (OS.08) zur CT-basierten Abschätzung der Knochendichte bei SSc, an Amelie Möbius, Schwerin, für Rheumatoide Arthritis (RA.12) zur Rolle des Arg16 β_2 -Adrenoceptor Polymorphismus, an Carina Zinngrebe, Ahnatal, für Rheuma-Orthopädie (RO.16) zur endoprothetischen Versorgung der Rhizarthrose bei Rheuma, an David Kiefer, Herne, für Spondyloarthritis (SpA.40) zur Rolle des oralen Mikrobioms, an Elpidia Phitak, Berlin, für Vaskulitiden & Kollagenosen (VK.3) zu Teclistamab-induzierter Kolitis und Psoriasis bei SSc und Nadine Al-Azem, Münster, für Verschiedenes (VS.07) zur Effektivität und Verträglichkeit des 2023/2024er-Grippe-Impfstoffs bei Rheuma-Patienten. ■

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



FACHARZT INNERE MEDIZIN RHEUMATOLOGIE (M/W/D)

NEU

Medical Center Baden-Baden



RHEUMATOLOGE, AUCH IN WEITERBILDUNG (M/W/D)

NEU

MVZ in Dresden



OBERARZT (M/W/D)

Klinik für Rheumatologie und Klinische
Immunologie in den Knappschaft Kliniken Kamen



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



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.