

Vorab-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2026 (online)

54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)

Termin: Mittwoch, 2. September 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: online

Link zur Anmeldung: [hier](#)

Themen und Referierende

Adipositas, Immunzellen und Rheuma: neue Erkenntnisse aus der Stoffwechselforschung

*Professor Dr. med. Ulf Wagner, Kongresspräsident der DGRh, Leiter des Bereichs
Rheumatologie der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie am
Universitätsklinikum Leipzig*

Rheumatherapie und Schwangerschaft: was für eine sichere Versorgung notwendig ist

*Dr. med. Isabell Haase, Oberärztin in der III. Medizinischen Klinik und Poliklinik, Sektion
Rheumatologie und entzündliche Systemerkrankungen, am Universitätsklinikum Hamburg-
Eppendorf, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie*

Autoimmunerkrankungen verhindern, bevor sie entstehen: neue Erkenntnisse zur Prävention am Beispiel der rheumatoiden Arthritis

*Professor Dr. med. Jürgen Rech, Oberarzt für Rheumatologie und Immunologie am
Universitätsklinikum Erlangen*

Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten: Was empfiehlt die neue DGRh-Leitlinie?

*Professor Dr. med. Torsten Witte, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie,
Medizinische Hochschule Hannover, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Kompetenznetz
Rheuma der DGRh*

Rheuma wartet nicht – warum der frühe Zugang zur internistischen Rheumatologie entscheidend ist

*Professor Dr. med. Ulf Wagner, Kongresspräsident der DGRh, und
Corinna Elling-Audersch, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn*

Moderation: Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Katrin Hammer, Heike Schöffmann
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und
Klinische Immunologie e.V. (DGRh)
Pressestelle
Telefon: 0711 8931-330599/-442
hammer@medizin kommunikation.org
schoeffmann@medizin kommunikation.org
www.rhkongress.de

Deutscher Rheumatologiekongress 2026 vom 09. bis 12. September im Congress Center Leipzig

Deutscher Rheumatologiekongress 2026 stellt Lebensalter, Immuntherapien und KI in den Mittelpunkt

Leipzig/Berlin, 2. September 2026 – Wie verändert sich die Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen (ERE) im höheren Lebensalter? Welche Perspektiven eröffnen zelluläre Therapien bei Autoimmunerkrankungen? Und wie können Instrumente der Künstlichen Intelligenz den klinischen Alltag sinnvoll unterstützen? Diese und weitere Fragen stehen im Zentrum des Deutschen Rheumatologiekongresses (RhK) 2026, der vom 9. bis 12. September im Congress Center Leipzig stattfindet. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) lädt zu ihrem 54. Jahreskongress Rheumatologinnen und Rheumatologen sowie Fachärztinnen und Fachärzte angrenzender Disziplinen herzlich ein.

„Rheumatologie ist ein komplexes Fachgebiet, das einen hohen Grad an Expertise und Interdisziplinarität erfordert. Wir müssen systemische Erkrankungen, welche den gesamten Körper betreffen, über Lebensphasen hinweg verstehen“, sagt Professor Dr. Ulf Wagner, Kongresspräsident und Präsident der DGRh. „Der Kongress soll zeigen, welche wissenschaftlichen Erkenntnisse schon heute die Versorgung maßgeblich prägen, und wo wir noch Antworten suchen“

Lebensalter als entscheidender Faktor in Diagnostik und Therapie

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen zeigen bei Kindern häufig andere Verläufe als bei Erwachsenen; bei älteren Patientinnen und Patienten kommen Multimorbidität, Infektionsrisiken oder funktionelle Einschränkungen hinzu. Der Kongress greift diese Unterschiede in mehreren Programmpunkten auf, unter anderem in einer Plenarsitzung zu entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im höheren Lebensalter sowie im Rahmen der Kongress-Pressekonferenz am 10. September.

Neue Behandlungsoptionen bei Autoimmunerkrankungen

Ein weiterer Schwerpunkt sind neue Entwicklungen im Bereich der zellulären Therapien bei Autoimmunerkrankungen. Diese Verfahren zielen darauf, fehlgesteuerte Immunreaktionen nicht nur zu dämpfen, sondern gezielt zu beeinflussen. „Damit ist die Frage verbunden, ob und bei welchen schwer behandelbaren Krankheitsverläufen derartige Ansätze künftig eine

Rolle spielen können. Wir diskutieren auf dem RhK 2026 daher nicht nur therapeutische Chancen, sondern auch Aspekte der Sicherheit, Langzeitwirkung, Patientenauswahl und die Frage, unter welchen Voraussetzungen sich solche Behandlungen verantwortungsvoll in die Versorgung integrieren lassen“, so Wagner, Leiter des Bereichs Rheumatologie der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig.

Immunmechanismen und KI in der klinischen Praxis

Ebenfalls beleuchtet werden die Wechselwirkungen zwischen dem angeborenem und erworbenem Immunsystem – Mechanismen, die Entzündungen auslösen, aufrechterhalten oder chronifizieren können. Zugleich diskutiert der Kongress Einsatzbereiche Künstlicher Intelligenz in der Klinik, beispielsweise zur Entscheidungsunterstützung. „KI kann helfen, Komplexität besser zu beherrschen – vorausgesetzt, wir prüfen Nutzen, Grenzen, Datenqualität und Verantwortung genauso sorgfältig wie bei jeder anderen medizinischen Innovation“, betont Kongresspräsident Wagner.

Fachübergreifender Dialog als Voraussetzung guter Versorgung

Der Deutsche Rheumatologiekongress 2026 versteht sich als Forum für den fachübergreifenden Austausch. Leipzig bietet dafür einen Rahmen, der wissenschaftliche Diskussion, Fortbildung und persönliche Vernetzung verbindet.

Weitere Informationen und das ausführliche Hauptprogramm finden Interessierte unter:

[Home](#)

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

PRESSEMITTEILUNG

Deutscher Rheumatologiekongress 2026 vom 9. bis 12. September im Congress Center Leipzig

Rheuma und Schwangerschaft: Neue Daten verbessern Risikokontrolle

Leipzig/Berlin, 2. September 2026 – Entzündlich-rheumatische Erkrankungen können Frauen in einer Lebensphase treffen, in der Familienplanung und Elternschaft eine wichtige Rolle spielen. Eine sichere Schwangerschaft ist heute jedoch in den meisten Fällen möglich – dank intensiver Forschung, die in den letzten Jahren zu neuen Möglichkeiten der Behandlung und der medizinischen Überwachung geführt hat. Was es bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Kinderwunsch zu beachten gilt, welche Risiken bestehen und wie sie minimiert werden können, wird ein Thema der heutigen Vorab-Online-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2026 sein, der vom 9. bis 12. September in Leipzig stattfindet.

Viele Schwangere möchten zum Schutz ihres Kindes möglichst wenige Medikamente einnehmen – bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kann ein Absetzen der Therapie jedoch riskant sein. „Eine aktive rheumatische Erkrankung kann die Schwangere und ihr ungeborenes Kind genauso gefährden wie ein Medikament, das für die jeweilige Schwangerschaftsphase nicht geeignet ist“, sagt Dr. med. Isabell Haase, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Entscheidend sei deshalb, individuelle Risiken frühzeitig zu erkennen und Therapie und Überwachung darauf abzustimmen.

Hochrisiko-Schwangerschaften: Neue Studie macht vorsichtig Hoffnung

Wie eine solche risikoadaptierte Behandlung aussehen könnte, zeigen neue Daten zum Antiphospholipid-Syndrom (APS), bei dem bestimmte Autoantikörper das Risiko für Fehl- und Totgeburten sowie weitere Schwangerschaftskomplikationen erhöhen. Die Standardbehandlung des geburtshilflichen APS besteht aus niedrig dosierter Acetylsalicylsäure und Heparin. Bei besonders gefährdeten Schwangeren mit dauerhaft nachweisbarem Lupus-Antikoagulans kommt es jedoch trotz dieser Behandlung in Studien bei 40 bis 64 Prozent 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 bei 20 Prozent auf, 93 Prozent der Neugeborenen überlebten bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus. Aufgrund der geringen Studiengröße und des Fehlens einer randomisierten Kontrollgruppe seien die Ergebnisse vorsichtig zu interpretieren, betont Haase. Certolizumab ist zudem nicht zur Behandlung des geburtshilflichen APS zugelassen. „Dennoch zeigt die Studie eine konkrete zusätzliche Therapieperspektive für einzelne Hochrisikopatientinnen auf, bei denen die Standardbehandlung nicht ausreicht.“

Risiken früher erkennen und engmaschiger überwachen

Nicht nur bei der Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen, sondern auch bei ihrer Früherkennung gibt es neue Ansätze. Bei Schwangeren mit Anti-SSA/Ro-Antikörpern entwickelt das ungeborene Kind in etwa ein bis zwei Prozent der Fälle einen angeborenen AV-Block, eine Störung der elektrischen Reizleitung im Herzen. 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.

Sichere Therapie braucht verlässliche Informationen

Neben neuen Behandlungs- und Überwachungsansätzen von Schwangerschaftskomplikationen bleibt die Kontrolle der rheumatischen Grunderkrankung entscheidend. Die aktualisierten EULAR-Empfehlungen zeigen, dass zahlreiche antirheumatische Therapien auch während Zeugung, Schwangerschaft und Stillzeit eingesetzt werden können. Fachinformationen und Beipackzettel bleiben jedoch häufig zurückhaltender oder widersprechen den wissenschaftlichen Empfehlungen.

In der internationalen PRAISE-Umfrage unter 414 Angehörigen von Gesundheitsberufen berichteten 58 Prozent, dass solche Widersprüche zu Unsicherheit oder Spannungen im ärztlichen Beratungsgespräch führen; fast 20 Prozent würden deshalb eine laufende Behandlung wahrscheinlich absetzen. „Nun gilt es, Fachinformationen und Beipackzettel schneller an die wissenschaftlichen Leitlinien anzupassen“, betont Haase abschließend.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Aktuelle Zahlen zu Rheuma und Schwangerschaft:

- Statistisches Bundesamt (Destatis). Geburten in Deutschland. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh). Daten und Fakten. Rheuma in Zahlen. Verfügbar unter: <https://www.dgrh.de/finden/presse/daten-und-fakten/>

Quellen:

- Braun J, Albrecht K, Callhoff J, et al; Kommission Versorgung der DGRh. Rheumatologische Versorgung in Deutschland: Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie 2024. Z Rheumatol. 2024;83(suppl 2):249-284. doi:10.1007/s00393-024-01539-2
- Gebhart J, Posch F, Koder S, et al. High risk of adverse pregnancy outcomes in women with a persistent lupus anticoagulant. Blood Adv. 2019;3(5):769-776. doi:10.1182/bloodadvances.2018026948
- Lockshin MD, Kim M, Laskin CA, et al. Prediction of adverse pregnancy outcome by the presence of lupus anticoagulant, but not anticardiolipin antibody, in patients with antiphospholipid antibodies. Arthritis Rheum. 2012;64(7):2311-2318. doi:10.1002/art.34402
- Branch DW, Kim MY, Guerra MM, et al. Certolizumab pegol to prevent adverse pregnancy outcomes in patients with antiphospholipid syndrome and lupus anticoagulant (IMPACT): results of a prospective, single-arm, open-label, phase 2 trial. Ann Rheum Dis. 2025;84(6):1011-1022. doi:10.1016/j.ard.2025.02.012
- Wallmeier P, Haase I. Sjögren-Erkrankung und Schwangerschaft [Sjögren's disease and pregnancy]. Z Rheumatol. Published online April 13, 2026. doi:10.1007/s00393-026-01813-5
- Buyon JP, Masson M, Izmirly CG, et al. Prospective evaluation of high-titer autoantibodies and fetal home monitoring in the detection of atrioventricular block among anti-SSA/Ro pregnancies. Arthritis Rheumatol. 2024;76(3):411-420. doi:10.1002/art.42733
- Rüeegg L, Pluma A, Hamroun S, et al. EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update. Ann Rheum Dis. 2025;84(6):910-926. doi:10.1016/j.ard.2025.02.023
- Schreiber K, Graversgaard C, Parodis I, et al. Impact of conflicting information on the use of antirheumatic drugs in pregnancy and breastfeeding: perspectives of healthcare providers from the global PRAISE survey. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2025;17:1759720X251350087. Published 2025 Jul 16. doi:10.1177/1759720X251350087
- Schreiber K, Clark A, Andreoli L. Announcing The Lancet Rheumatology Commission on reproductive health and family planning in immune-mediated long-term conditions: empowering special reproductive journeys. Lancet Rheumatol. 2026;8:e497-e500

Deutscher Rheumatologiekongress 2026 vom 09. bis 12. September im Congress Center Leipzig

Rheumatoide Arthritis: Prävention beginnt mit dem Lebensstil

Leipzig/Berlin, 2. September 2026 – Entzündlich-rheumatische Erkrankungen betreffen in Deutschland aktuellen Zahlen zufolge rund 1,8 Millionen Menschen. Für viele Betroffene wirken erste Beschwerden zunächst plötzlich und unvorhersehbar. Wissenschaftliche Studien zeigen jedoch, dass sich insbesondere das klassische Gelenkrheuma – die rheumatoide Arthritis (RA), von der etwa 0,8 bis 1,2 Prozent der Erwachsenen in Deutschland betroffen sind – bereits Monate bis Jahre zuvor ankündigt. Damit eröffnet sich ein Zeitfenster für Prävention: Lebensstilfaktoren können das Erkrankungsrisiko beeinflussen, und bei besonders gefährdeten Menschen lässt sich der Ausbruch möglicherweise hinauszögern. Professor Dr. med. Jürgen Rech vom Universitätsklinikum Erlangen erläutert auf der heutigen Online-Vorab-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2026 die Hintergründe.

Zu den bekanntesten Symptomen der RA zählen schmerzhafteste Gelenke, die sich besonders morgens nach dem Aufstehen steif anfühlen können. Darunter leiden mehr als 90 Prozent der Betroffenen. Doch die Erkrankung macht sich nicht nur an den Gelenken bemerkbar: Starke Erschöpfung und Abgeschlagenheit treten bereits in frühen Stadien auf und werden bei 40 bis 80 Prozent der Patientinnen und Patienten mit früher RA beschrieben. Studien zeigen, dass sich immunologische Veränderungen und erste Beschwerden oft schon Monate bis Jahre vor der sichtbar ausgeprägten Erkrankung entwickeln. Dennoch vergeht weiterhin relevante Zeit zwischen den ersten Symptomen und der rheumatologischen Diagnosestellung. „Damit verschenken wir wertvolle Zeit“, sagt Professor Dr. med. Jürgen Rech, Oberarzt für Rheumatologie und Immunologie am Universitätsklinikum Erlangen. „Dass es schneller gehen kann, zeigt die deutsche Rheuma-VOR-Studie: Durch eine strukturierte Frühdiagnostik ließ sich die Zeit vom Symptombeginn bis zur Diagnosestellung deutlich verkürzen – auf etwa 0,55 Jahre, also rund 6,6 Monate, gegenüber 2,31 Jahren in der Standardversorgung.“

Rauchen und Übergewicht erhöhen das Erkrankungsrisiko

Da viele Frühsymptome unspezifisch oder in der hausärztlichen Praxis nicht immer leicht zu erkennen sind, sind sie nur bedingt geeignet, Menschen mit einem erhöhten RA-Risiko frühzeitig zu identifizieren. „Wir kennen aber auch Risikofaktoren wie Rauchen und Übergewicht, die die Entstehung von Gelenkrheuma fördern“, sagt Rech. Hier kann Prävention bereits ansetzen, bevor eindeutige Krankheitszeichen auftreten. Nicht zuletzt gebe es auch eine genetische Komponente, sodass ein genauerer diagnostischer Blick sich auch bei Menschen lohnt, bei denen entzündlich-rheumatische Erkrankungen familiär gehäuft auftreten.

Neue Risikokriterien helfen bei der Therapieentscheidung

Um das RA-Risiko genauer einschätzen zu können, wird zunächst das Blut auf bestimmte Antikörper und Entzündungsmarker hin untersucht. Als spezifisch für die RA gelten vor allem so genannte Anti-Citrullinierte-Protein-Antikörper (ACPA). „Solange sie beschwerdefrei sind, brauchen Patientinnen und Patienten, bei denen diese Antikörper nachgewiesen wurden, keine Medikation,“ relativiert Rech die Bedeutung des Befundes. Dann helfe die Bestimmung weiterer Risikofaktoren bei der Therapieentscheidung.

Sollte eine „präventive“ Medikation notwendig erscheinen, stehen mittlerweile mehrere Wirkstoffe zur Verfügung, die den Ausbruch der Erkrankung hinauszögern können. Dabei bleibt entscheidend, Nutzen sowie mögliche Grenzen einer solchen Strategie individuell abzuwägen. „Wichtig bleibt: Prävention beginnt schon lange vor einer möglichen medikamentösen Therapie“, betont Rech abschließend. „Wer nicht raucht, Übergewicht vermeidet und bei familiärer Vorbelastung mögliche Warnzeichen ernst nimmt, kann selbst dazu beitragen, sein Erkrankungsrisiko zu senken.“

Weitere Hintergründe zur Prävention und Therapie der rheumatoiden Arthritis erläutern Experten auf der Online-Vorab-Pressekonferenz am 2. September.

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

Quellen:

- Albrecht K, Binder S, Minden K, et al. Systematisches Review zur Schätzung der Prävalenz entzündlich rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 2023. doi:10.1007/s00393-022-01305-2. Online ahead of print.
- Jahns K, Dreher M, Lorenz J, et al. Rheumatoide Arthritis: verbesserte Früherkennung am Beispiel ADAPThera/Rheuma-VOR. *Arthritis und Rheuma*. 2025;45(3):153–160.
- Rech, J. Prävention der rheumatoiden Arthritis. *Z Rheumatol* 85, 440–449 (2026). <https://doi.org/10.1007/s00393-026-01844-y>

Deutscher Rheumatologiekongress 2026 vom 09. bis 12. September im Congress Center Leipzig

Neue Leitlinie zur rheumatoiden Arthritis: Früh behandeln, Therapie eng steuern, Risiken abwägen

Berlin, 2. September 2026 – Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) veröffentlicht eine neue S3-Leitlinie zur „Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten“. Die Therapie soll unmittelbar nach gesicherter Diagnose beginnen – mit dem Ziel der Remission – sprich: die Krankheit dauerhaft zurückzudrängen. Ist dies nicht erreichbar, wird zumindest eine geringe Krankheitsaktivität angestrebt. Neu geregelt sind vor allem die weiteren Behandlungsschritte bei unzureichendem Therapieerfolg, individuellen Risiken, ein kurzer Einsatz von Kortisonpräparaten und die kontrollierte Verringerung der Therapie bei anhaltender Remission. Die DGRh dankt allen Beteiligten sehr für ihre aktive Mitarbeit an diesem wichtigen Projekt.

„Die Leitlinie macht Therapieziele und Entscheidungspunkte im Behandlungsverlauf sehr konkret“, sagt Leitlinienkoordinator Prof. Dr. Torsten Witte, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie an der Medizinischen Hochschule Hannover und Vorstandsmitglied der DGRh. Entscheidend sei, die erste Behandlung konsequent zu optimieren und sie bei ausbleibendem Erfolg rechtzeitig anzupassen. Bei aktiver Erkrankung sollen Kontrollen alle ein bis drei Monate erfolgen. Zeigt sich nach drei Monaten keine ausreichende Besserung oder ist das Therapieziel nach sechs Monaten nicht erreicht, soll die Rheumatologin oder der Rheumatologe die Behandlung ändern. Bei anhaltender Remission, wenn also die Krankheit erfolgreich zurückgedrängt ist, können sich die Abstände der Kontrollen verlängern.

„Medikamente wie Biologika und JAK-Inhibitoren, letztere als Alternative, nachdem die individuellen Risiken sorgfältig abgewogen wurden, werden klarer als regelhafter nächster Behandlungsschritt eingeordnet.“, erläutert Leitlinienkoordinator Prof. Dr. Jan Leipe, Leiter der Sektion Rheumatologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel, und Beiratsmitglied der DGRh. Kortisonpräparate sollen rasch reduziert und in der Regel innerhalb

von drei Monaten beendet werden. Nach dem Absetzen dieser Medikamente kann bei anhaltender Remission auch die krankheitsmodifizierende Therapie schrittweise verringert werden. Ein vollständiges Absetzen wird jedoch nicht empfohlen.

Erstmals enthält die Leitlinie zudem eine eigene Empfehlung zu einer rheumabedingten Erkrankung des Lungengewebes, der RA-assoziierten interstitiellen Lungenerkrankung. Insbesondere bei fortschreitendem Verlauf sollen sich Rheumatologie und Pneumologie über Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle eng abstimmen. „Die Leitlinie verbindet wissenschaftliche Evidenz mit klaren, praxistauglichen Behandlungspfaden“, sagt Prof. Dr. Ulf Wagner, Präsident der DGRh und Leiter des Bereichs Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig. „Sie stärkt eine zielgerichtete, sichere und patientenzentrierte Versorgung – von der frühen Therapie bis zur sorgfältig abgewogenen Therapieanpassung und kontrollierten Verringerung.“

Rheumatoide Arthritis ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung. Sie kann die Gelenke der Betroffenen dauerhaft schädigen und deren Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe erheblich einschränken. In Deutschland leben rund 700.000 Erwachsene mit rheumatoider Arthritis. Insgesamt sind etwa 1,8 Millionen Erwachsene von einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung betroffen.

Diese neue S3-Leitlinie löst die Fassung von 2018 ab. Sie wurde unter Federführung der DGRh erarbeitet und von Prof. Dr. Torsten Witte und Prof. Dr. Jan Leipe koordiniert. Beteiligt waren Fachgesellschaften aus Immunologie, Geriatrie, Innerer Medizin sowie Pharmakologie und Toxikologie. Die Deutsche Rheuma-Liga brachte die Patientenperspektive ein. Methodisch beruht die Leitlinien auf einer systematischen Literaturrecherche, einer strukturierten Bewertung der wissenschaftlichen Erkenntnisse und einem formalen Konsensverfahren. Die DGRh dankt allen beteiligten Autorinnen und Autoren, Fachgesellschaften und Organisationen sehr für ihre ehrenamtliche Mitarbeit. Auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ist die Leitlinie zu finden und wird in Kürze auch von der DGRh in der Zeitschrift für Rheumatologie veröffentlicht.

Vielen Dank an die mitwirkenden Organisationen:

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM),

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG),

Deutsche Gesellschaft für Immunologie e.V. (DGfI),

Deutsche Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie e.V.
(DGPT),

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Literatur: S3-Leitlinie „Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten“, AWMF-Register Nr. 060-004: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-004>

Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.

STATEMENT

Adipositas, Immunzellen und Rheuma: neue Erkenntnisse aus der Stoffwechselforschung

Professor Dr. med. Ulf Wagner

Kongresspräsident der DGRh, Leiter des Bereichs Rheumatologie der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig

Wenn wir über Adipositas und Rheuma sprechen, geht es meist um Mechanik: um belastete Gelenke, um Gewicht. Ich möchte Ihnen heute etwas anderes zeigen – dass beide Erkrankungen dieselbe Immunzelle betreffen, und zwar dieselbe Untergruppe derselben Immunzelle.

Es geht um Monozyten, die Vorläufer der Fresszellen des Gewebes. Sie sind keine einheitliche Population. Man unterscheidet drei Hauptgruppen, und eine davon – die sogenannten intermediären Monozyten – ist besonders entzündungsfreudig. Wir konnten vor einigen Jahren zeigen, dass genau diese Untergruppe im Blut von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis vermehrt ist. Und wir konnten zeigen, was sie tut: Sie treibt im Reagenzglas sehr wirksam die Vermehrung von Th17-Zellen an, einer T-Zell-Population, die für die Gelenkentzündung und den Knochenabbau zentral ist. Je mehr dieser Monozyten ein Patient im Blut hatte, desto mehr Th17-Zellen fanden wir – der Zusammenhang war eng. Wir hatten damit ein Bindeglied zwischen dem angeborenen und dem erworbenen Immunsystem in der Hand.

Der zweite Teil der Geschichte kommt aus der Adipositasforschung, in enger Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen der Endokrinologie und der Adipositaschirurgie hier in Leipzig. Wir haben das Monozytenkompartiment bei über hundert Menschen mit und ohne Adipositas vermessen. Das Ergebnis: Bei Adipositas ist nicht einfach die Gesamtzahl der Monozyten erhöht, sondern das gesamte Gefüge verschoben – und zwar genau zugunsten jener entzündungsfreudigen intermediären Zellen, die wir aus der rheumatoiden Arthritis kennen. Diese Verschiebung korrelierte mit dem Body-Mass-Index, dem Körperfettanteil, dem Bauchumfang, den Blutfetten und dem Langzeitblutzucker. Erhöht war zusätzlich eine Population mit immunsuppressiven Eigenschaften, die man aus der Tumorummunologie kennt – ein möglicher Beitrag zum erhöhten Krebsrisiko bei Adipositas.

Damit stellte sich für uns die entscheidende Frage: Ist das ein Dauerzustand oder ist es umkehrbar? Wir haben deshalb 111 Patientinnen und Patienten vor und nach einer bariatrischen Operation über zwölf Monate begleitet. Der mittlere Gewichtsverlust lag bei rund 45 Kilogramm. Und tatsächlich: Die Monozytose bildete sich zurück, und zwar nicht nur

zahlenmäßig. Auch die Oberflächenmerkmale der Zellen veränderten sich – der Entzündungsmarker CD16 nahm über alle Untergruppen hinweg ab. Die Zellen kehrten also gewissermaßen in ihren Ruhezustand zurück. Parallel sanken CRP, Langzeitblutzucker und Blutfette.

Bemerkenswert ist der Vergleich mit einer niederländischen Studie: Dort führte ein anderthalbjähriges Lebensstilprogramm zwar zu einer moderaten Gewichtsabnahme, aber zu keiner Normalisierung der Monozyten. Es scheint also ein erheblicher Fettverlust nötig zu sein, um die überschießende Blutzellbildung im Knochenmark tatsächlich zu bremsen. Was das für die neuen Abnehmmedikamente bedeutet, ist eine offene und aus meiner Sicht sehr spannende Frage.

Ich möchte drei Einschränkungen nennen: Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie an einem Zentrum, wir hatten einen erheblichen Verlust an Nachuntersuchungen – die Pandemie hat hier deutliche Spuren hinterlassen –, und wir haben nicht gezeigt, dass die Normalisierung der Monozyten tatsächlich Folgeerkrankungen verhindert. Das bleibt zu prüfen.

Damit stellt sich zwangsläufig die umgekehrte Frage: Wenn Gewichtsverlust die Entzündung dämpft – funktioniert der Weg auch andersherum? Verbessert eine entzündungshemmende Therapie den Stoffwechsel? Genau das wollen wir in Leipzig prüfen. Im Rahmen des Exzellenzclusters „Leipzig Center of Metabolism“ bereiten wir eine randomisierte, doppelblinde und placebokontrollierte Studie vor – an insgesamt 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Adipositas und Insulinresistenz – in zwei parallelen Gruppen, mit und ohne rheumatoide Arthritis. Behandelt wird zunächst mit Colchicin, einem sehr alten und sehr kostengünstigen Entzündungshemmer aus der Gichttherapie; wer darauf nicht ausreichend anspricht, kann auf eine gezielte Blockade des Botenstoffs Interleukin-1 umgestellt werden.

Entscheidend ist der Hauptzielparameter: Er misst nicht die Entzündung, sondern den Stoffwechsel – die Insulinempfindlichkeit im Zuckerbelastungstest. Daneben erfassen wir Entzündungswerte, Adipokine, die Fettleber und, wenig überraschend, die Monozyten-Untergruppen, von denen ich eben gesprochen habe. Die Studie hat noch nicht begonnen; sie steht unter dem Vorbehalt der behördlichen und ethischen Genehmigung sowie der Finanzierung. Sollte sich die Hypothese bestätigen, wäre die Konsequenz aber bemerkenswert: Die Metaflammation wäre dann nicht bloß eine Begleiterscheinung der Adipositas, sondern ein eigenständiges Behandlungsziel – und die Rheumatologie hätte dem Stoffwechsel etwas anzubieten.

Die Botschaft ist trotzdem klar: Die entzündliche Prägung des Immunsystems bei Adipositas ist kein irreversibler Schaden. Sie lässt sich zurückdrehen. Und da es dieselbe Zellpopulation ist, die bei der rheumatoiden Arthritis vermehrt vorliegt – wo sie übrigens unter wirksamer Therapie ebenfalls abnimmt –, liegt hier möglicherweise eine gemeinsame Stellschraube.

Kernbotschaften

- Bei rheumatoider Arthritis ist eine bestimmte, besonders entzündungsfreudige Monozyten-Untergruppe im Blut vermehrt; sie treibt die Vermehrung krankheitsrelevanter Th17-Zellen an.
- Dieselbe Untergruppe ist auch bei Adipositas vermehrt. Das Immunsystem von Menschen mit Adipositas ist damit in Richtung Entzündung verschoben – messbar im Blut, lange bevor Beschwerden auftreten.
- Nach bariatrischer Operation und deutlichem Gewichtsverlust normalisiert sich dieses Muster weitgehend. Moderate Lebensstilinterventionen erreichen das in einer Vergleichsstudie nicht.
- Eine von uns vorbereitete randomisierte Studie prüft nun die Gegenprobe: ob eine entzündungshemmende Therapie mit Colchicin beziehungsweise Interleukin-1-Blockade die Insulinempfindlichkeit bei Adipositas verbessert – bei Betroffenen mit und ohne rheumatoide Arthritis.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Leipzig, September 2026

STATEMENT

Rheumatherapie und Schwangerschaft: was für eine sichere Versorgung notwendig ist

Dr. med. Isabell Haase

Oberärztin in der III. Medizinischen Klinik und Poliklinik, Sektion Rheumatologie und entzündliche Systemerkrankungen, am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie

In Deutschland leben rund 1,8 Millionen Erwachsene mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung (1). Viele befinden sich bei Erkrankungsbeginn in einer Lebensphase, in der Familienplanung und Elternschaft eine wichtige Rolle spielen. Eine sichere Schwangerschaft ist heute in den meisten Fällen möglich. Voraussetzung sind eine stabile Krankheitskontrolle, eine geeignete Therapie und die frühzeitige Zusammenarbeit von Rheumatologie und Geburtshilfe. Die Forschung zu Rheuma und Schwangerschaft hat sich in den vergangenen Jahren erheblich weiterentwickelt. Neue Studien eröffnen Behandlungsmöglichkeiten für besonders gefährdete Schwangerschaften und zeigen Wege zu einer besseren Überwachung auf.

Eine solche Hochrisikosituation ist das Antiphospholipid-Syndrom, kurz APS. Bestimmte Autoantikörper erhöhen dabei das Risiko für Fehl- und Totgeburten, eine schwere Präeklampsie, eine unzureichende Versorgung des Kindes durch die Plazenta und dadurch auftretende Frühgeburten. Das APS kann unter anderem gemeinsam mit einem systemischen Lupus erythematoses auftreten.

Die Standardbehandlung besteht derzeit aus niedrig dosierter Acetylsalicylsäure und Heparin. Bei besonders gefährdeten Schwangeren mit dauerhaft nachweisbarem Lupus-Antikoagulans kommt es jedoch trotz dieser Behandlung in Studien bei rund 40 bis 64 Prozent zu einem ungünstigen Schwangerschaftsausgang (2, 3).

Einen neuen Ansatz untersuchte die IMPACT-Studie bei 51 Schwangeren mit einem solchen Hochrisiko-APS. Zusätzlich zur Standardtherapie erhielten diese in der Schwangerschaft Certolizumab pegol, einen in der Rheumatologie seit Langem eingesetzten TNF-Blocker (4). Schwere APS-bedingte Schwangerschaftskomplikationen traten bei 20 Prozent auf; 93 Prozent der Neugeborenen überlebten bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus. Neue relevante Sicherheitssignale wurden nicht beobachtet.

Die Ergebnisse eröffnen erstmals eine konkrete zusätzliche Therapieperspektive für Patientinnen, bei denen die bisherige Standardbehandlung nicht ausreicht.

Diese Ergebnisse sind ermutigend, müssen jedoch vorsichtig interpretiert werden: IMPACT

war eine kleine, einarmige Phase-2-Studie ohne randomisierte Kontrollgruppe. Certolizumab ist zudem nicht zur Behandlung des geburtshilflichen APS zugelassen. Bevor daraus eine allgemein gültige Therapieempfehlung abgeleitet werden kann, sind größere kontrollierte Studien erforderlich. Für einzelne Hochrisikopatientinnen, bei denen die Standardbehandlung nicht ausreicht, eröffnet die Studie dennoch eine wichtige neue Perspektive.

Eine zweite wichtige Entwicklung betrifft Schwangere mit Anti-SSA/Ro-Antikörpern, die insbesondere bei der Sjögren-Erkrankung und beim systemischen Lupus erythematodes vorkommen. Bei etwa 1 bis 2 Prozent dieser Schwangerschaften entwickelt das ungeborene Kind einen kongenitalen AV-Block, wodurch das Herz des Kindes zu langsam schlägt. Derzeit werden zwischen etwa der 16. und 26. Schwangerschaftswoche regelmäßig spezialisierte Ultraschalluntersuchungen des kindlichen Herzens durchgeführt (5). Das Problem: Der Ultraschall ist nur eine Momentaufnahme. Ein höhergradiger AV-Block kann sich innerhalb weniger Stunden und damit zwischen zwei Untersuchungsterminen entwickeln. Die noch laufende STOP-BLOQ-Studie untersucht deshalb einen neuen Versorgungsweg (6). Zunächst wird das individuelle Risiko anhand der Höhe der Anti-SSA/Ro-Antikörper in einem veränderten Testsystem genauer eingeschätzt. Schwangere mit hohen Antikörperwerten kontrollieren zusätzlich dreimal täglich zu Hause mit einem Dopplergerät den Herzrhythmus des Kindes. Bei Auffälligkeiten erfolgt kurzfristig eine spezialisierte Untersuchung.

In der bisher veröffentlichten Auswertung von 413 Schwangerschaften trat ein AV-Block ausschließlich bei hohen Antikörperwerten auf. Das häusliche Monitoring konnte auffällige Herzrhythmen erkennen, die anschließend zeitnah in der Klinik bestätigt wurden. Noch offen ist die entscheidende Therapiefrage: Kann ein gerade entstehender AV-Block so früh erkannt und behandelt werden, dass ein dauerhafter vollständiger Herzblock verhindert wird? Dieser Teil der Studie läuft noch. STOP BLOQ könnte künftig dennoch zwei Dinge verändern: Schwangerschaften mit besonders hohem Risiko gezielter identifizieren und die zeitliche Lücke zwischen Ultraschallterminen schließen.

Eine weiterhin große Herausforderung betrifft nahezu alle Menschen mit rheumatischer Erkrankung und Kinderwunsch: Für viele Medikamente fehlen auch Jahre nach der Zulassung belastbare Daten zu Zeugung, Schwangerschaft und Stillzeit. Zwar zeigen die aktualisierten EULAR-Empfehlungen, dass zahlreiche antirheumatische Therapien in diesen Lebensphasen eingesetzt werden können (7). Fachinformationen und Beipackzettel bleiben jedoch häufig deutlich zurückhaltender oder widersprechen den wissenschaftlichen Empfehlungen. Die

Folge ist ein vermeidbares Dilemma: Notwendige Therapien werden aus Sorge abgesetzt, obwohl auch die unbehandelte Erkrankung Mutter und Kind gefährden kann.

In der internationalen PRAISE-Umfrage unter 414 Angehörigen von Gesundheitsberufen berichteten 58 Prozent, dass solche Widersprüche zu Unsicherheit oder Spannungen im Beratungsgespräch führen. Fast 20 Prozent würden deshalb eine laufende Behandlung wahrscheinlich absetzen (8). Das kann jedoch ebenfalls gefährlich sein: Eine aktive rheumatische Erkrankung kann die schwangere Person und das ungeborene Kind ebenso gefährden wie ein ungeeignetes Medikament. Nach wie vor sind also Patient*innen und Behandler*innen zum Teil gezwungen, komplexe Therapie-Entscheidungen ohne solide Datengrundlage oder unter widersprüchlichen Informationen zu treffen.

Die aktuellen Entwicklungen markieren deshalb einen wichtigen Wandel:

Schwangerschaftsrisiken werden zunehmend nicht mehr nur allgemein beschrieben, sondern genauer vorhergesagt, engmaschiger überwacht und möglicherweise gezielter behandelt.

Entscheidend ist nun, die neuen Ansätze in größeren Studien zu bestätigen und bei nachgewiesenem Nutzen rasch in die Versorgung zu übertragen.

Gleichzeitig müssen Fachinformationen schneller an wissenschaftliche Leitlinien angepasst und Schwangerschaftsregister wie das Rhekiss-Register als wichtige Evidenzquelle langfristig finanziert werden. Die 2026 ins Leben gerufene Lancet Rheumatology Commission on Reproductive Health and Family Planning in Immune-Mediated Long-Term Conditions soll dazu beitragen, bestehende Datenlücken zu schließen und neue Erkenntnisse besser in Regulierung und klinische Praxis zu überführen (9).

Die zentrale Botschaft lautet: Eine sichere Schwangerschaft bei Rheuma erfordert nicht weniger Behandlung, sondern eine mit mehr Evidenz gestützte, individuell abgestimmte Behandlung.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Hamburg, September 2026

Zahlen, Daten, Fakten:

Bei besonders gefährdeten Schwangeren mit Antiphospholipid-Syndrom kommt es trotz der Standardbehandlung mit Acetylsalicylsäure und Heparin in Studien bei **40 bis 64 Prozent** zu einem ungünstigen Schwangerschaftsausgang. In der IMPACT-Studie erhielten **51**

Schwangere mit Hochrisiko-APS zusätzlich Certolizumab pegol. Schwere APS-bedingte Komplikationen traten bei lediglich **20 Prozent** auf; **93 Prozent** der Neugeborenen überlebten bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus.

- Bei etwa **1 bis 2 Prozent** der Schwangerschaften mit Anti-SSA/Ro-Antikörpern entwickelt das ungeborene Kind zwischen der 16. und 26. Schwangerschaftswoche einen kongenitalen AV-Block. In der STOP-BLOQ-Studie kontrollieren Schwangere mit hohen Antikörperwerten den Herzrhythmus ihres Kindes dreimal täglich zu Hause. In der bisherigen Auswertung von **413 Schwangerschaften** traten AV-Blöcke ausschließlich bei hohen Antikörperwerten auf und wurden zuverlässig durch die Heim-Messung erkannt.
- An der internationalen PRAISE-Umfrage nahmen **414 Angehörige von Gesundheitsberufen** teil, die rheumatologische Patientinnen im Kontext einer Schwangerschaft behandeln. **58 Prozent** berichteten, dass widersprüchliche Angaben in Leitlinien und Fachinformationen zu Unsicherheit oder Spannungen im Beratungsgespräch führen. Fast **20 Prozent** der Befragten würden aufgrund solcher widersprüchlichen Informationen eine laufende antirheumatische Behandlung wahrscheinlich absetzen.

Literatur:

- (1) Braun J, Albrecht K, Callhoff J, et al; Kommission Versorgung der DGRh. Rheumatologische Versorgung in Deutschland: Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie 2024. *Z Rheumatol.* 2024;83(suppl 2):249-284. doi:10.1007/s00393-024-01539-2
- (2) Gebhart J, Posch F, Koder S, et al. High risk of adverse pregnancy outcomes in women with a persistent lupus anticoagulant. *Blood Adv.* 2019;3(5):769-776. doi:10.1182/bloodadvances.2018026948
- (3) Lockshin MD, Kim M, Laskin CA, et al. Prediction of adverse pregnancy outcome by the presence of lupus anticoagulant, but not anticardiolipin antibody, in patients with antiphospholipid antibodies. *Arthritis Rheum.* 2012;64(7):2311-2318. doi:10.1002/art.34402
- (4) Branch DW, Kim MY, Guerra MM, et al. Certolizumab pegol to prevent adverse pregnancy outcomes in patients with antiphospholipid syndrome and lupus anticoagulant (IMPACT): results of a prospective, single-arm, open-label, phase 2 trial. *Ann Rheum Dis.* 2025;84(6):1011-1022. doi:10.1016/j.ard.2025.02.012
- (5) Wallmeier P, Haase I. Sjögren-Erkrankung und Schwangerschaft [Sjögren's disease and pregnancy]. *Z Rheumatol.* Published online April 13, 2026. doi:10.1007/s00393-026-01813-5
- (6) Buyon JP, Masson M, Izmirly CG, et al. Prospective evaluation of high-titer autoantibodies and fetal home monitoring in the detection of atrioventricular block among anti-SSA/Ro pregnancies. *Arthritis Rheumatol.* 2024;76(3):411-420. doi:10.1002/art.42733

- (7) Rüegg L, Pluma A, Hamroun S, et al. EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update. *Ann Rheum Dis*. 2025;84(6):910-926. doi:10.1016/j.ard.2025.02.023
- (8) Schreiber K, Graversgaard C, Parodis I, et al. Impact of conflicting information on the use of antirheumatic drugs in pregnancy and breastfeeding: perspectives of healthcare providers from the global PRAISE survey. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2025;17:1759720X251350087. Published 2025 Jul 16. doi:10.1177/1759720X251350087
- (9) Schreiber K, Clark A, Andreoli L. Announcing The Lancet Rheumatology Commission on reproductive health and family planning in immune-mediated long-term conditions: empowering special reproductive journeys. *Lancet Rheumatol*. 2026;8:e497-e500

STATEMENT

Autoimmunerkrankungen verhindern, bevor sie entstehen: neue Erkenntnisse zur Prävention am Beispiel der rheumatoiden Arthritis

Professor Dr. med. Jürgen Rech

Oberarzt für Rheumatologie und Immunologie am Universitätsklinikum Erlangen

Die rheumatoide Arthritis (RA) beginnt meist jahrelang unbehandelt an den Schleimhäuten (Lunge, Mundraum) – lange bevor Gelenke schmerzen. Das gibt uns eine Chance: Wir müssen nicht warten, bis Schäden entstehen, sondern können präventiv eingreifen. Da Umweltfaktoren rund 40 Prozent des Risikos ausmachen, ist Prävention kein Nebenschauplatz mehr.

1. Was bringt die Lebensstiländerung?

- **Rauchen aufhören:** der mit Abstand wichtigste Hebel. Rauchen erklärt bis zu 35 Prozent der ACPA-positiven Fälle (Antikörper gegen citrullinierte Protein-Antigene). Wer genetisch vorbelastet ist und raucht, trägt ein 21-fach höheres Risiko.
- **Zähne, Gewicht & Ernährung:** Auch die Sanierung einer Parodontitis, Gewichtsverlust und mediterrane Kost senken das Ausbruchsrisko messbar.

2. Früherkennung: Wer muss wirklich behandelt werden? Nicht jeder beschwerdefreie Antikörper-Träger braucht Medikamente. Die neuen EULAR/ACR-Risikokriterien helfen bei der Entscheidung:

- **MRT:** zeigt eine Tenosynovitis (Sehnenscheidenentzündung) frühzeitig an.
- **IgA-ACPA:** Patienten mit diesem Biomarker haben ein besonders hohes Risiko für einen baldigen Ausbruch – sie sprechen aber auch am besten auf präventive Immuntherapien an.

3. Welche Medikamente helfen präklinisch?

- **Hydroxychloroquin** brachte in Studien (STOP-RA) **keinen Nutzen**.
- **Methotrexat** (TREAT EARLIER) verhinderte die RA zwar nicht dauerhaft, **linderte aber Symptome**.
- **Rituximab** (PRAIRI) **verzögerte** den Ausbruch einmalig um etwa 12 Monate.
- **Abatacept** (APIPPRA / ARIAA): derzeit der **stärkste Ansatz**. Eine 6–12-monatige Therapie verzögert die Erkrankung um bis zu 4–5 Jahre. IgA-ACPA-positive Patienten

gewannen im Schnitt 3,5 beschwerdefreie Jahre.

Fazit: RA-Prävention funktioniert heute in der Praxis. Die **Herausforderung** liegt nun darin, **Risikopersonen frühzeitig in der Regelversorgung zu erfassen**. Ob neuartige Ansätze wie CAR-T-Zellen den Ausbruch sogar dauerhaft verhindern können, müssen künftige Studien zeigen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Erlangen, September 2026

Literatur:

1. **Schäfer C, Keyßer G.** Lifestyle Factors and Their Influence on Rheumatoid Arthritis: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2022.
2. **STOP-RA:** Deane KD, et al. Hydroxychloroquine for the Prevention of Rheumatoid Arthritis (STOP-RA): A Randomized Trial. *Arthritis & Rheumatology*. 2025.
3. **TREAT EARLIER:** Krijbolder DI, et al. Intervention with methotrexate in patients with arthralgia at risk of RA: a randomised trial. *Lancet*. 2022.
4. **PRAIRI:** Gerlag DM, et al. Effects of B-cell directed therapy on the preclinical stage of rheumatoid arthritis: the PRAIRI study. *Ann Rheum Dis*. 2019.
5. **APIPPRA:** Cope AP, et al. Abatacept in individuals at high risk of rheumatoid arthritis (APIPPRA): a randomised trial. *Lancet*. 2024.
6. **ARIAA:** Rech J, et al. Abatacept inhibits inflammation and onset of rheumatoid arthritis in individuals at high risk (ARIAA). *Lancet*. 2024.
7. **ALTO (APIPPRA Long-term):** Cope AP, et al. Arthritis-free survival 4 years after a 1-year course of abatacept in citizens at risk of RA. *Lancet Rheumatology*. 2026.
8. **ARIAA Long-term:** Harre U, et al. Long-term follow-up of ARIA: IgA-ACPA status predicts RA-free time after abatacept. *Lancet Rheumatology*. 2026.

STATEMENT

Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten: Was empfiehlt die neue DGRh-S3-Leitlinie?

Professor Dr. med. Torsten Witte

Direktor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie der Medizinischen Hochschule
Hannover, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Kompetenznetz Rheuma der DGRh

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste chronische entzündlich-rheumatische Erkrankung und betrifft circa 1 Prozent der Bevölkerung. Sie ist bei Frauen circa 2- bis 3-mal häufiger als bei Männern und tritt im Mittel mit circa 50 Jahren auf, kann aber in jedem Lebensalter beginnen. Die Erkrankung führt unbehandelt zu einer Zerstörung der Gelenke und damit zu schweren Behinderungen der Patienten. Mittlerweile gibt es viele sehr wirksame Medikamente, die die Entzündung bei den meisten Patienten völlig unterdrücken oder zumindest auf ein geringes Ausmaß reduzieren. Es ist wichtig, die Erkrankung früh zu erkennen und zu behandeln, um zu vermeiden, dass durch die Entzündung Schäden an den Gelenken und anderen Organsystemen entstehen. Die genaue Behandlung wird in der neuen S3-Leitlinie, die auf die S2e-Leitlinie von 2018 aufbaut, geregelt.

Wesentliche Punkte der Leitlinie:

1. Betreuung der Patienten im Team

Die Betreuung der RA erfordert ein erhebliches Spezialwissen. Die antientzündliche Therapie wird daher durch Rheumatologen festgelegt. Die Behandlung ist aber immer multidisziplinär. So werden die Hausärzte benötigt, zum Beispiel für die Kontrollen möglicher Nebenwirkungen der Therapien oder für die Einstellung kardiovaskulärer Risikofaktoren, und je nach Komorbidität Pneumologen, Kardiologen et cetera. Zudem sind Physiotherapeuten und Ergotherapeuten Teil des Teams, das vom Rheumatologen geleitet wird.

2. Früher Behandlungsbeginn und Therapieziel Remission

Die Therapie sollte unmittelbar nach der Diagnosestellung beginnen. Das Ziel der Therapie ist es, eine Remission zu erreichen, sodass keine Krankheitsaktivität mehr nachweisbar ist.

3. Dauer der Glucocorticoid-Behandlung auf ein Minimum begrenzen

Glucocorticoide sind wegen des sehr schnellen Wirkeintritts zu Beginn der Therapie indiziert, sollten aber nicht länger als drei Monate verordnet werden.

4. Beginn der DMARD-Therapie in der Regel mit Methotrexat

Zu diesem Medikament liegen sehr gute Wirksamkeitsdaten vor und es ist gut verträglich. Sofern keine Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten vorliegen, sollte die DMARD-Therapie mit diesem Medikament begonnen werden.

5. Bereits 4 bis 6 Wochen nach Therapiebeginn Kontrolluntersuchung

Diese frühe Untersuchung ist sinnvoll, um Nebenwirkungen abzuklären und um gegebenenfalls eine Dosissteigerung des Methotrexats zu veranlassen.

6. Beginn der Behandlung mit Biologika (bDMARDs) oder mit JAK-Inhibitoren direkt nach dem unzureichenden Ansprechen auf Methotrexat

Das ist eine der wesentlichen Änderungen gegenüber der Leitlinie von 2018. Seinerzeit wurde noch die Behandlung mit anderen konventionellen DMARDs (zum Beispiel Leflunomid oder Sulfasalazin) empfohlen. Wegen der besseren Daten für die fortgeschrittenen Therapien sollen diese aber früher im Therapiealgorithmus eingesetzt werden.

7. Bei Erreichen einer anhaltenden Remission von mindestens 6 Monaten Dauer kann eine Deeskalation der Behandlung erfolgen.

Wenn es gelungen ist, eine anhaltende Remission zu erreichen und zudem die Glucocorticoide abgesetzt werden konnten, ist eine Dosisreduktion beziehungsweise eine allmähliche Intervallverlängerung der Biologika/JAK-Inhibitoren möglich. Diese Empfehlung ist neu, sie wurde aber zurückhaltend formuliert. In den entsprechenden Studien traten bei einem Teil der Patienten nach Dosisreduktion wieder Erkrankungsschübe auf, während es nicht zu einer Reduktion von ohnehin seltenen Nebenwirkungen kam.

8. Erstmals Empfehlung zur RA-ILD

Die interstitielle Lungenerkrankung (englisch: Interstitial lung disease, ILD) ist eine schwere Komplikation der RA, die zu schwerer Lungenfibrose führen kann und die Lebenserwartung der Betroffenen reduziert. In der Leitlinie wird diese Komplikation erstmals erwähnt, um die Awareness dafür zu erhöhen und den frühzeitigen Einsatz von Antifibrotika zu ermöglichen, die die Progression der Lungenfibrose verlangsamen oder sogar aufhalten können.

STATEMENT

Rheuma wartet nicht – warum der frühe Zugang zur internistischen Rheumatologie entscheidend ist

*Professor Dr. med. Ulf Wagner, Kongresspräsident der DGRh, und
Corinna Elling-Audersch, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn*

„Wer Rheuma hat und wartet, verliert wertvolle Zeit – manchmal unwiederbringlich.“

So lässt sich das zentrale Problem auf den Punkt bringen. Denn entzündlich-rheumatische Erkrankungen machen keine Pause. Während Betroffene auf eine Diagnose oder einen Termin bei einer Rheumatologin oder einem Rheumatologen warten, können Gelenke und Organe dauerhaft geschädigt werden. Schmerzen nehmen zu, die Beweglichkeit geht verloren und viele Menschen geraten beruflich wie privat zunehmend unter Druck.

Dabei verfügt die Rheumatologie heute über hervorragende Behandlungsmöglichkeiten. Wird eine entzündlich-rheumatische Erkrankung früh erkannt und konsequent behandelt, können viele Patientinnen und Patienten ein nahezu normales Leben führen. Nicht die Medizin ist heute das Problem, sondern der rechtzeitige Zugang zur Versorgung.

Als Deutsche Rheuma-Liga erleben wir jeden Tag, was diese Versorgungslücke für die Betroffenen bedeutet. Hinter langen Wartezeiten steht immer ein Mensch, der Schmerzen hat, dessen Alltag eingeschränkt ist und der Angst vor seiner Zukunft hat.

„Rheuma wartet nicht. Unser Gesundheitssystem aber schon.“

Genau darin liegt der Widerspruch. Obwohl bekannt ist, dass die ersten Wochen und Monate nach Beginn einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung entscheidend für den weiteren Verlauf sind, warten viele Patientinnen und Patienten monatelang auf einen rheumatologischen Facharzttermin. Diese Wartezeit lässt sich später nicht mehr zurückholen. Die Folgen tragen die Betroffenen: Sie verlieren Beweglichkeit, Lebensqualität und häufig auch ihre berufliche Perspektive. Familien werden belastet, soziale Kontakte gehen verloren und psychische Belastungen nehmen zu. Rheuma betrifft eben nicht nur Gelenke, Rheuma verändert Leben. Dabei wäre vieles vermeidbar. Eine frühe Diagnose verhindert bleibende Schäden. Eine früh begonnene Therapie erhält Mobilität, Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe. Jeder vermiedene Gelenkschaden bedeutet für die Betroffenen mehr Lebensqualität und gleichzeitig weniger Folgekosten für das Gesundheitssystem.

Deshalb reicht es nicht aus, immer bessere Medikamente zu entwickeln. Diese Medikamente müssen die Menschen auch rechtzeitig erreichen. Die Deutsche Rheuma-Liga sieht deshalb dringenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Wir brauchen mehr Rheumatologinnen und Rheumatologen, mehr Weiterbildungsplätze und eine langfristige Sicherung des Fachgebiets. Wir brauchen flächendeckende Früh-Sprechstunden und klare Zuweisungswege,

damit Menschen mit einem begründeten Rheumaverdacht innerhalb weniger Wochen und nicht erst nach Monaten fachärztlich untersucht werden. Ebenso brauchen wir multiprofessionelle Versorgungsteams, die Ärztinnen und Ärzte entlasten und Patientinnen und Patienten wohnortnah begleiten. Versorgung darf kein Wohnort-Lotto sein. Wer in einer ländlichen Region lebt, darf nicht schlechtere Chancen auf eine rechtzeitige Behandlung haben als jemand in einer Großstadt.

Was bedeutet das für Patientinnen und Patienten?

Unser wichtigster Rat lautet: Nehmen Sie Warnzeichen ernst! Geschwollene Gelenke, ausgeprägte Morgensteifigkeit oder entzündliche Rückenschmerzen sind keine normalen Alterserscheinungen. Wer solche Beschwerden über mehrere Wochen bemerkt, sollte frühzeitig ärztliche Hilfe suchen und auf eine rheumatologische Abklärung bestehen. Ebenso wichtig ist es, sich zu informieren und Unterstützung anzunehmen. Die Deutsche Rheuma-Liga begleitet Betroffene seit vielen Jahrzehnten mit Beratung, Bewegung, Selbsthilfe und Information. Gut informierte Patientinnen und Patienten können gemeinsam mit ihren Ärztinnen und Ärzten bessere Entscheidungen treffen und ihre Erkrankung aktiver bewältigen.

Fazit

Die Rheumatologie gehört zu den großen Erfolgsgeschichten der modernen Medizin. Noch nie konnten entzündlich-rheumatische Erkrankungen so wirksam behandelt werden wie heute. Doch dieser Fortschritt kommt nur dann bei den Menschen an, wenn sie ihn auch rechtzeitig erreichen. Deshalb richten wir einen klaren Appell an die Politik: **„Es reicht nicht, über innovative Therapien zu sprechen. Wir müssen dafür sorgen, dass Patientinnen und Patienten sie rechtzeitig erhalten.“** Jeder Monat, den wir bei der Diagnosestellung gewinnen, verhindert Leid. Jede vermiedene Behinderung erhält Lebensqualität. Jede rechtzeitig behandelte Patientin und jeder rechtzeitig behandelte Patient bleibt länger selbstständig, berufstätig und gesellschaftlich aktiv. **„Rheuma wartet nicht. Die Versorgung der Betroffenen darf deshalb ebenfalls nicht länger warten.“**

Gesundheitspolitische Forderungen

- Ausbau der rheumatologischen Facharztweiterbildung und universitärer Lehrstühle
- Flächendeckende Frühdiagnostik- und Früharthritis-Sprechstunden
- Schnellere Zuweisung von Verdachtsfällen in die rheumatologische Fachversorgung
- Stärkung multiprofessioneller Versorgungsteams einschließlich rheumatologischer Fachassistenzen
- Verlässliche und wohnortnahe Versorgung in allen Regionen Deutschlands

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Bonn, September 2026

Zahlen – Daten – Fakten:

- Bundesweit haben rund 17 Millionen Menschen eine rheumatische Erkrankung, dazu gehören rund fünf Millionen Arthrose-Erkrankte. Rund 1,8 Millionen Menschen leben mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung.
- Für eine bedarfsgerechte Versorgung werden bundesweit rund 1.400 internistische Rheumatologinnen und Rheumatologen benötigt. Derzeit fehlt etwa die Hälfte davon in der ambulanten Versorgung.
- Der frühe Therapiebeginn innerhalb des sogenannten „window of opportunity“ (3 Monate) verbessert nachweislich die Chancen auf Remission und verhindert bleibende Gelenkschäden.

Literatur (Auswahl):

Smolen JS et al. *EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: 2025 update*. Ann Rheum Dis. 2026.

Albrecht K et al. *Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie zur rheumatologischen Versorgung in Deutschland*. Z Rheumatol. 2024.

Putrik P et al. *Delay in diagnosis and treatment in inflammatory rheumatic diseases and its impact on outcomes*. Ann Rheum Dis (Übersichtsarbeit mit aktueller Evidenz zum „window of opportunity“).

Über die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) ist mit mehr als 1850 Mitgliedern die deutsche medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Rheumatologie. Sie fördert seit 99 Jahren rheumatologische Wissenschaft und Forschung und deren Entwicklung in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein arbeitet die DGRh unabhängig und zum Nutzen der Allgemeinheit, ohne dabei wirtschaftliche Ziele zu verfolgen.

Aufgaben und Ziele

Zentrale Anliegen der Fachgesellschaft sind die Erforschung rheumatischer Erkrankungen sowie der fachliche Austausch über wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen. Die DGRh fördert wissenschaftliche Konzepte der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Angehörigen medizinischer Assistenzberufe und Patientenschulung. Sie sorgt auf diese Weise dafür, wissenschaftliche Erkenntnisse in angewandte Heilkunde zu übertragen. Die Information ihrer Mitglieder, der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit über die Entwicklungen in der Rheumatologie ist wesentlicher Auftrag der DGRh.

Struktur und Gremien

Aufgaben und Ziele der DGRh legt der Vorstand mit Unterstützung des wissenschaftlichen Beirats fest, Arbeitsgemeinschaften, Kommissionen und Arbeitskreise setzen diese um. Die Geschäftsstelle unterstützt und koordiniert deren Arbeit. In den Gremien der DGRh werden wissenschaftliche Konzepte erarbeitet sowie Leitlinien und Berichtwerke erstellt. Sie geben damit Impulse für die inhaltliche Ausrichtung der DGRh. Auf den jährlichen Tagungen werden wissenschaftliche Entwicklungen dargestellt und diskutiert. Die Förderung wissenschaftlicher Studien auf dem Gebiet der Rheumaforschung durch Preise und Stipendien sowie die Zusammenarbeit mit anderen Fachorganisationen sind weitere Maßnahmen, mit denen die DGRh ihre Forschungs- und Austauscharbeit verwirklicht.

Eine Besonderheit stellen die drei Arbeitsgemeinschaften der DGRh dar. Ursprünglich eigenständige, von der Bundesregierung geförderte Verbünde, sind die Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren (AGRZ) seit 1996 und das Kompetenznetz Rheuma (KNR) seit 2004 unter dem Dach der DGRh angesiedelt. In der AGRZ sind die regionalen Verbünde von Kliniken, niedergelassenen Rheumatologen und anderen an der Versorgung rheumakrankter Menschen beteiligten Berufsgruppen organisiert. Das KNR vereint alle in der Rheumaforschung aktiven Ärzte und Wissenschaftler aus verschiedenen Institutionen und Fachrichtungen. Dieses Zusammenspiel von Forschung, Wissenschaft und Praxis unter dem Dach der DGRh sichert die nachhaltige Entwicklung in der Rheumatologie und den Transfer in die Patientenversorgung. Im Jahr 2019 setzte darüber hinaus die DGRh die Arbeitsgemeinschaft

Junge Rheumatologie (AGJR) – rheumadocs ein. Die AGJR will angehende Ärztinnen und Ärzte für die Rheumatologie begeistern, sie in ihren Bedürfnissen unterstützen und das Fach für den Nachwuchs noch attraktiver gestalten. Sie steht für kontinuierliche Innovation in der Rheumatologie – sowohl fachlich als auch strukturell und personell.

Kooperationen

Um die rheumatologische Fort- und Weiterbildung auch praktisch zu unterstützen, gründete die DGRh gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh) im Jahr 2004 die Rheumatologische Fortbildungsakademie. Zu deren Gesellschaftern gehören heute auch der Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA), die Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und der Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga (DRL). Die Akademie setzt im Auftrag ihrer Gesellschafter die Konzepte der Weiter- und Fortbildung für Ärzte und medizinische Assistenzberufe um. Im November 2008 unterzeichneten die DGRh und die Selbsthilfeorganisation Deutsche Rheuma-Liga die Gründungsurkunde für die Rheumastiftung. Mit der Stiftung setzen sich beide Organisationen für Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der Rheumatologie und eine bessere Lebenssituation rheumakranker Menschen ein.

Mitglieder

Mitglieder der DGRh sind Ärzte und andere, an der Rheumatologie interessierte Akademiker wie Psychologen, Natur- und Sozialwissenschaftler. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Behandlung von Menschen mit Rheuma zu verbessern. Daneben können auch andere Personen, Verbände, Institutionen oder Organisationen korporative und fördernde Mitglieder werden, sofern sie die Zielsetzung der DGRh unterstützen. Als Angehörige eines DGRh-Gremiums sind die Mitglieder ehrenamtlich tätig.

Berlin, Stand September 2026

Kongress-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2026 (hybrid)

54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh)

40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)

36. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Donnerstag, 10. September 2026, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Congress Center Leipzig, Vortragsraum 9

Zur Onlineteilnahme melden Sie sich [hier](#) an.

Themen und Referierende

Wenn Entzündung chronisch wird: neue Erkenntnisse zur Entstehung von Rheuma

Professor Dr. med. Ulf Wagner, Kongresspräsident der DGRh, Leiter des Bereichs Rheumatologie der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig

Kombination von Biologika bei schwerem Kinderrheuma: wenn ein gezielter Wirkstoff nicht ausreicht

Professor Dr. med. Christian Klemann, Kongresspräsident der GKJR, Leiter der Klinik für Kinder und Jugendmedizin am Klinikum Lippe sowie Leiter der Pädiatrischen Immunologie, Kinderrheumatologie und Infektiologie am Universitätsklinikum Leipzig

Von der Immunsuppression zum Immun-Reset: neue Entwicklungen bei zellbasierten Therapien

Professor Dr. med. Ina Kötter, 1. Vizepräsidentin der DGRh, Fachärztin für Innere Medizin, Rheumatologie und Hämatologie/Onkologie; Direktorin der Klinik für Rheumatologie und Immunologie an der Auenlandklinik Bad Bramstedt und Leiterin der Sektion Rheumatologie und Entzündliche Systemerkrankungen (in der Abteilung III. Medizin) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Rheumatische Erkrankungen im höheren Lebensalter: Herausforderungen und Besonderheiten für Diagnostik, Therapie und Versorgung

Professor Dr. med. Jan Leipe, Leiter der Sektion Rheumatologie und des Exzellenzzentrums Entzündungsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Ein weiteres Thema aus der orthopädischen Rheumatologie wird in Kürze bekanntgegeben.

Moderation: Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Katrin Hammer, Heike Schöffmann
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und
Klinische Immunologie e.V. (DGRh)
Pressestelle
Telefon: 0711 8931-330599/-442
hammer@medizin kommunikation.org
schoeffmann@medizin kommunikation.org
www.rhkongress.de