

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, Präsident der DGRh, Leiter des Bereichs Rheumatologie der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie 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

Still-Erkrankung über Altersgrenzen hinweg: Wenn eine einzige zielgerichtete Therapie nicht ausreicht

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

Wenn die Operation erforderlich wird – Besonderheiten bei rheumatischen Erkrankungen

Dr. med. Roger Scholz, Kongresspräsident der DGORh, Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädische Rheumatologie, spezielle Orthopädische Chirurgie an der Collm Klinik Oschatz

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

PRESSEMITTEILUNG

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

Neue Immuntherapien eröffnen Perspektiven bei schweren entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Leipzig/Berlin, 10. September 2026 – CAR-T-Zellen und sogenannte T-Zell-Engager könnten die Behandlung schwerer Autoimmunerkrankungen erweitern. Diese Therapieformen stammen aus der Behandlung bestimmter Blut- und Lymphdrüsenkrebserkrankungen (B-Zell-Lymphome, Plasmozytom). Sie werden inzwischen auch bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen untersucht. Erste klinische Studien zeigen: Bei Erkrankungen, die trotz bisheriger Therapien weiter aktiv bleiben, können diese Ansätze die Krankheit länger zurückdrängen – teils ohne fortlaufende Medikamente. Beobachtet wurde dies unter anderem bei systemischem Lupus erythematodes, systemischer Sklerose und idiopathischen entzündlichen Myopathien. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) sieht darin eine wichtige Entwicklung, warnt aber vor vorschnellen Erwartungen. Über Chancen und Grenzen sprach Professor Dr. med. Ina Kötter, 1. Vizepräsidentin der DGRh, heute auf der Kongress-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2026 in Leipzig.

Neue Optionen für schwere Verläufe

Viele Rheumatherapien zielen bislang darauf, chronische Entzündungen zu bremsen, Organschäden zu verhindern und die Lebensqualität zu erhalten. Moderne Medikamente haben die Versorgung deutlich verbessert. Dennoch gibt es Patientinnen und Patienten, deren Erkrankung trotz leitliniengerechter Therapie aktiv bleibt oder lebenswichtige Organe bedroht.

Bei der CAR-T-Zell-Therapie werden körpereigene T-Zellen außerhalb des Körpers im Labor so verändert, dass sie bestimmte Immunzellen gezielt erkennen und ausschalten. In der Rheumatologie richtet sich das Interesse vor allem auf B-Zellen. Diese Immunzellen spielen bei vielen Autoimmunerkrankungen eine wichtige Rolle, weil sie fehlgeleitete Immunreaktionen mit antreiben können. Ein zentraler Angriffspunkt ist das Oberflächenprotein CD19.

Immunreset statt pauschaler Immunsuppression

„Bemerkenswert ist, dass das Immunsystem sich nach dem gezielten B-Zell-Verlust im Rahmen der Therapie häufig wieder aufbaut, ohne dass die Autoimmunität wiederkehrt“, sagt Kötter, Leiterin der Sektion Rheumatologie und Entzündliche Systemerkrankungen am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg und Direktorin der Klinik für Rheumatologie und Immunologie an der Auenlandklinik Bad Bramstedt. Die wichtige Fähigkeit zur Infektabwehr bleibe dagegen weitgehend erhalten.

Die Expertin und die DGRh sprechen in diesem Zusammenhang von einem möglichen „Immunreset“. Gemeint ist, dass für die Grunderkrankung essenzielle Immunzellen entfernt werden und sich das Immunsystem anschließend neu organisiert. „Das ist fachlich etwas anderes als der Nachweis einer dauerhaften Heilung“, ordnet Kötter ein. Die bisherigen Daten stammen vor allem aus frühen klinischen Studien, Fallserien und Phase-1/2-Untersuchungen, darunter Studien zu CD19-gerichteten CAR-T-Zellen bei refraktärem systemischem Lupus erythematodes und weiteren schwer behandelbaren Autoimmunerkrankungen.

Frühe Daten, offene Fragen

„Die Ergebnisse sind medizinisch hoch relevant, müssen aber nüchtern eingeordnet werden“, sagt die Rheumatologin. „Wir sehen anhaltende Remissionen bei schwer vorbehandelten Patientinnen und Patienten. Für die breite Routineversorgung brauchen wir jedoch belastbare Langzeitdaten, klare Auswahlkriterien und eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung.“ Remission bedeutet, dass Krankheitszeichen deutlich zurückgehen oder zeitweise nicht mehr nachweisbar sind.

Neben CAR-T-Zellen werden auch T-Zell-Engager untersucht. Diese Antikörper-basierten Wirkstoffe bringen T-Zellen gezielt mit krankheitsrelevanten Immunzellen in Kontakt. Erste Daten liegen unter anderem bei schwer behandelbarer rheumatoider Arthritis vor. Ob diese Verfahren vergleichbar anhaltende Effekte erzielen und für welche Patientengruppen sie geeignet sind, müssen weitere Studien zeigen.

Einsatz nur in erfahrenen Zentren

Dazu zählen akute Entzündungsreaktionen wie das Zytokin-Freisetzungssyndrom: Dabei setzen aktivierte Immunzellen große Mengen entzündungsfördernder Botenstoffe frei.

Mögliche Folgen sind Fieber, Kreislaufprobleme oder Atembeschwerden. Auch neurologische Komplikationen und Infektionsrisiken können auftreten. Außerdem gibt es offene Fragen zur langfristigen Sicherheit. Auch Kosten und Versorgungsstrukturen spielen

eine Rolle. „Diese Therapien gehören zunächst in erfahrene Zentren und in strukturierte Studienprogramme“, betont Kötter. „Nur so lässt sich verlässlich prüfen, bei wem der Nutzen die Risiken und den Aufwand rechtfertigt – und vor allem auch eine engmaschige Kontrolle der behandelten Patientinnen und Patienten gewährleisten.“

Aus Sicht der DGRh kommt es nun darauf an, die neuen Verfahren wissenschaftlich weiter zu prüfen und geeignete Versorgungsstrukturen zu definieren. Für Menschen mit schweren, bislang unzureichend behandelbaren Autoimmunerkrankungen könnten CAR-T-Zellen und T-Zell-Engager eine wichtige Perspektive eröffnen – vorausgesetzt, Wirksamkeit, Sicherheit und Anwendungsvoraussetzungen werden belastbar belegt.

Bei Abdruck Beleg erbeten.

Literatur:

a) Landmark-Studien zu CAR-T-Zellen

1. [Anti-Cd19 CAR T Cell Therapy for Refractory Systemic Lupus Erythematosus](#). Mackensen A, Müller F, Mougiakakos D, et al. Nature Medicine. 2022;28(10):2124-2132. doi:10.1038/s41591-022-02017-5.
2. [CD19 CAR T-Cell Therapy in Autoimmune Disease — A Case Series with Follow-up](#). Müller F, Taubmann J, Bucci L, et al. The New England Journal of Medicine. 2024;390(8):687-700. doi:10.1056/NEJMoa2308917.
3. [CD19 CAR-T Cells for Treatment-Refractory Autoimmune Diseases: The Phase 1/2 CASTLE Basket Trial](#). Müller F, Hagen M, Wirsching A, et al. Nature Medicine. 2026;32(3):1142-1151. doi:10.1038/s41591-025-04185-6.

b) Landmark-Studien zu T-Cell Engagern

1. [Bispecific T Cell Engager Therapy for Refractory Rheumatoid Arthritis](#). Bucci L, Hagen M, Rothe T, et al. Nature Medicine. 2024;30(6):1593-1601. doi:10.1038/s41591-024-02964-1.
2. [Bispecific T Cell Engagers for Treatment-Refractory Autoimmune Connective Tissue Diseases](#). Düsing C, Györfi AH, Stütz AN, et al. Nature Medicine. 2026;32(4):1530-1542. doi:10.1038/s41591-026-04238-4.
3. [Evolution and Trajectory of B-Cell Targeted Therapies in Rheumatic Diseases](#). Carter LM, Ehrenstein MR, Vital EM. The Lancet. Rheumatology. 2025;7(5):e355-e367. doi:10.1016/S2665-9913(24)00338-2.
4. [Teclistamab-Induced Remission in Refractory Systemic Lupus Erythematosus](#). Alexander T, Krönke J, Cheng Q, Keller U, Krönke G. The New England Journal of Medicine. 2024;391(9):864-866. doi:10.1056/NEJMc2407150.

5. [Teclistamab for Treatment-Refractory Autoimmune Diseases: A Multicentre Case Series](#). Albach FN, Phithak E, Biesen R, et al. Annals of the Rheumatic Diseases. 2026;S0003-4967(26)00300-6. doi:10.1016/j.ard.2026.05.021.
6. [Teclistamab Induces Rapid Clinical Response and Deep Tissue Depletion in Refractory Systemic Sclerosis-a Case Series](#). Siegert E, Phithak E, Albach FN, et al. Annals of the Rheumatic Diseases. 2026;:S0003-4967(26)00301-8. doi:10.1016/j.ard.2026.05.023.

STATEMENT

Wenn Entzündung chronisch wird: neue Erkenntnisse zur Entstehung von Rheuma

Professor Dr. med. Ulf Wagner

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

Die entscheidende Frage bei der rheumatoiden Arthritis ist nicht, warum eine Entzündung beginnt. Die entscheidende Frage ist, warum sie nicht wieder aufhört. Eine normale Entzündung ist ein zeitlich begrenzter Vorgang mit einem eingebauten Ende. Bei rheumatischen Erkrankungen fehlt dieses Ende.

Ein Teil der Antwort liegt in den Bedingungen, die im entzündeten Gelenk selbst herrschen. Die entzündete Gelenkinnenhaut ist ein außerordentlich unwirtlicher Ort: Die Durchblutung reicht nicht aus, es herrscht Sauerstoffmangel, die eingewanderten Immunzellen verbrauchen den verfügbaren Zucker, und der Gewebe-pH-Wert sinkt. Wir haben untersucht, was dieser doppelte Mangel an Sauerstoff und Glukose mit Fresszellen des Immunsystems macht.

Das Ergebnis war zunächst kontraintuitiv. Man würde erwarten, dass Zellen unter Mangelbedingungen ihre Aktivität herunterfahren. Das Gegenteil trat ein: Sie schütteten große Mengen Interleukin-1 β aus, den zentralen Entzündungsbotenstoff. Der Grund liegt in einem Stoffwechselweg, der eigentlich für die Cholesterinbildung bekannt ist – dem Mevalonatweg. Unter Mangelbedingungen wird er gedrosselt. Damit fehlt der Zelle ein Baustein namens Geranylgeranyl-Pyrophosphat, der für eine Art molekulare Adressetikettierung von Eiweißen gebraucht wird. Ohne dieses Etikett findet das Signalprotein Rac1 seinen Platz an der Zellmembran nicht mehr, bleibt im Zellinneren liegen und löst dort – zusammen mit dem Gerüstprotein IQGAP1 – die Inflammasom-Aktivierung aus. Ein Mangelzustand wird so in ein Entzündungssignal übersetzt.

Unsere neueren, noch unpublizierten Arbeiten zeigen, worin dieses Signal besteht. Es ist das Zellskelett. Das Aktin-Zytoskelett ist keine starre Struktur, sondern wird permanent auf- und abgebaut; diese Dynamik braucht die Zelle für Transportvorgänge und Reparatur. Unter Sauerstoff- und Glukosemangel kommt dieser Umbau zum Erliegen – wir sprechen von „eingefrorenem Aktin“. Bemerkenswert ist: Vier pharmakologisch völlig unterschiedliche Substanzen, die alle die Aktindynamik stören, lösen dieselbe Reaktion aus. Nicht ein bestimmter Zustand des Zellskeletts ist das Problem, sondern der Stillstand an sich. Offenbar wertet die Zelle diesen Stillstand als Gefahrensignal.

Daraus ergeben sich konkrete Ansatzpunkte. Wir konnten die Entzündungsreaktion im Labor an mehreren Stellen dieser Kette unterbrechen – über Rac1 selbst, über die nachgeschalteten Kinasen PAK1 und ROCK1 und über die Calcium-Calmodulin-Signalgebung. Für einige dieser Zielstrukturen existieren bereits Substanzen. Bemerkenswert ist auch, dass ein seit Jahrzehnten in der Rheumatologie eingesetztes Medikament, das Azathioprin, genau dieses Rac1 hemmt – damals ohne, dass man den Mechanismus kannte. Der eigentliche Reiz dieses Ansatzes liegt darin, dass er nicht auf die Blockade eines einzelnen Botenstoffs setzt, sondern auf die Wiederherstellung einer gestörten Zellfunktion. Das könnte gerade jenen Patientinnen und Patienten helfen, die auf die verfügbaren Therapien nicht ausreichend ansprechen.

Ein Punkt ist mir wichtig, weil er leicht missverstanden wird: Statine hemmen denselben Mevalonatweg. Das ist ein wertvoller experimenteller Hebel und wirft wissenschaftliche Fragen auf, die wir derzeit untersuchen. Es ist ausdrücklich kein Anlass, eine kardiovaskulär indizierte Statintherapie abzusetzen – deren Nutzen ist gerade bei rheumatischen Erkrankungen gut belegt.

Bis zu einer Anwendung am Patienten ist es ein weiter Weg. Was wir zeigen können, ist ein neuer Erklärungsansatz dafür, warum Entzündung im Gelenk chronisch wird – und eine Reihe von Stellschrauben, an denen man drehen kann.

Kernbotschaften

- Im entzündeten Gelenk herrschen Sauerstoff- und Zuckermangel. Dieser Mangel bremst Immunzellen nicht, sondern macht sie aggressiver – ein möglicher Motor der Chronifizierung.
- Ursache ist eine gestörte Adressetikettierung von Signalproteinen, die das Zellskelett zum Stillstand bringt. Diesen Stillstand wertet die Zelle als Gefahr und startet die Entzündungsmaschinerie.
- Der Signalweg lässt sich im Labor an mehreren Stellen unterbrechen. Das eröffnet Therapieansätze jenseits der klassischen Zytokinblockade – interessant vor allem für Patientinnen und Patienten ohne ausreichendes Therapieansprechen.

STATEMENT

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

Professorin 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

Die Entwicklung zellbasierter Immuntherapien gehört zu den bedeutendsten medizinischen Innovationen der vergangenen Jahre. Was zunächst die Therapie hämatologischer Neoplasien revolutionierte, eröffnet inzwischen auch für Patientinnen und Patienten mit schweren Autoimmun- und entzündlich-rheumatischen Erkrankungen völlig neue Perspektiven. Insbesondere die CAR-T-Zell-Therapie sowie T-Cell Engager (TCE) könnten die Behandlung dieser Erkrankungen grundlegend verändern.

Aktuelle klinische Studien zeigen, dass CD19-gerichtete CAR-T-Zellen bei bislang therapierefraktären Erkrankungen wie systemischem Lupus erythematoses, systemischer Sklerose, idiopathischen entzündlichen Myopathien und weiteren Autoimmunerkrankungen lang anhaltende, teilweise medikamentenfreie Remissionen ermöglichen können. Dabei kommt es nicht nur zu einer vorübergehenden Depletion autoreaktiver B-Zellen, sondern offenbar zu einem tiefgreifenden immunologischen „Reset“ mit Wiederherstellung einer normalen Immuntoleranz. Bemerkenswert ist, dass sich die Immunrekonstitution häufig ohne relevantes Wiederauftreten der Autoimmunität vollzieht und die Schutzimmunität gegen Infektionserreger weitgehend erhalten bleibt.

Parallel hierzu entwickelt sich mit T-Cell Engagern eine zweite hochinnovative Plattform. Diese bispezifischen Antikörper bringen körpereigene T-Zellen gezielt mit krankheitsverursachenden Immunzellen in Kontakt und aktivieren dadurch eine hochselektive Eliminierung pathologischer Zellpopulationen. Während T-Cell Engager in der Hämatologie bereits erfolgreich etabliert sind, werden sie zunehmend auch für Autoimmunerkrankungen weiterentwickelt. Ihr wesentlicher Vorteil liegt in der sofortigen Verfügbarkeit ohne patientenspezifische Zellherstellung, einer einfacheren Anwendung sowie der Möglichkeit einer wiederholten Dosierung. Erste präklinische und frühe klinische Daten deuten darauf hin, dass sie zukünftig eine wichtige Ergänzung oder Alternative zur CAR-T-Zell-Therapie darstellen könnten.

Besonders erfreulich ist, dass deutsche Rheumatologinnen und Rheumatologen beim Einsatz beider zellbasierter Therapieansätze für schwere und therapierefraktäre Autoimmunerkrankungen die Vorreiter-Rolle innehaben und weiterhin führend sind.

Trotz aller Euphorie ist eine realistische Einordnung erforderlich. Die CAR-T-Zell-Therapie ist derzeit weiterhin hochkomplex, kostenintensiv und auf spezialisierte Zentren beschränkt. Akute Nebenwirkungen wie Zytokin-Freisetzungssyndrom oder neurologische Komplikationen sind heute durch verbesserte Protokolle deutlich besser beherrschbar, erfordern jedoch weiterhin erhebliche Erfahrung. Gleichzeitig arbeiten zahlreiche Forschungsgruppen an der Entwicklung präziserer CAR-Konstrukte, alternativer Zielantigene, regulatorischer CAR-T-Zellen sowie an Produkten „von der Stange“, also universell verwendbaren CAR-T Zellen, die in vitro so verändert wurden, dass sie nicht als fremd erkannt werden, und daher die Herstellung und Verfügbarkeit erheblich verbessern könnten.

Die Dynamik der wissenschaftlichen Entwicklung ist außergewöhnlich. Innerhalb weniger Jahre hat sich die CAR-T-Zell-Therapie von einer experimentellen Option zu einem vielversprechenden Therapieansatz entwickelt, der das Potenzial besitzt, den natürlichen Verlauf schwerer Autoimmunerkrankungen grundlegend zu verändern. Gemeinsam mit T-Cell Engagern zeichnet sich ein neues Kapitel der Präzisionsimmuntherapie ab – mit dem Ziel, nicht mehr lediglich Entzündungen zu kontrollieren, sondern krankheitsauslösende Immunmechanismen gezielt und dauerhaft zu beseitigen.

Die kommenden Jahre werden zeigen, bei welchen Erkrankungen diese innovativen Immuntherapien den Weg in die klinische Routine finden. Die bisherigen wissenschaftlichen Ergebnisse lassen jedoch bereits heute erkennen, dass CAR-T-Zellen und T-Cell Engager zu den vielversprechendsten Entwicklungen der modernen Rheumatologie und klinischen Immunologie zählen.

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

Literatur:

a) Landmark-Studien zu CAR-T-Zellen

1. [Anti-Cd19 CAR T Cell Therapy for Refractory Systemic Lupus Erythematosus](#). Mackensen A, Müller F, Mougiakakos D, et al. Nature Medicine. 2022;28(10):2124-2132. doi:10.1038/s41591-022-02017-5.
2. [CD19 CAR T-Cell Therapy in Autoimmune Disease — A Case Series with Follow-up](#). Müller F, Taubmann J, Bucci L, et al. The New England Journal of Medicine. 2024;390(8):687-700. doi:10.1056/NEJMoa2308917.
3. [CD19 CAR-T Cells for Treatment-Refractory Autoimmune Diseases: The Phase 1/2 CASTLE Basket Trial](#). Müller F, Hagen M, Wirsching A, et al. Nature Medicine. 2026;32(3):1142-1151. doi:10.1038/s41591-025-04185-6.

b) Landmark-Studien zu T-Cell Engagern

1. [Bispecific T Cell Engager Therapy for Refractory Rheumatoid Arthritis](#). Bucci L, Hagen M, Rothe T, et al. Nature Medicine. 2024;30(6):1593-1601. doi:10.1038/s41591-024-02964-1.
2. [Bispecific T Cell Engagers for Treatment-Refractory Autoimmune Connective Tissue Diseases](#). Düsing C, Györfi AH, Stütz AN, et al. Nature Medicine. 2026;32(4):1530-1542. doi:10.1038/s41591-026-04238-4.
3. [Evolution and Trajectory of B-Cell Targeted Therapies in Rheumatic Diseases](#). Carter LM, Ehrenstein MR, Vital EM. The Lancet. Rheumatology. 2025;7(5):e355-e367. doi:10.1016/S2665-9913(24)00338-2.
4. [Teclistamab-Induced Remission in Refractory Systemic Lupus Erythematosus](#). Alexander T, Krönke J, Cheng Q, Keller U, Krönke G. The New England Journal of Medicine. 2024;391(9):864-866. doi:10.1056/NEJMc2407150.
5. [Teclistamab for Treatment-Refractory Autoimmune Diseases: A Multicentre Case Series](#). Albach FN, Phithak E, Biesen R, et al. Annals of the Rheumatic Diseases. 2026;S0003-4967(26)00300-6. doi:10.1016/j.ard.2026.05.021.
6. [Teclistamab Induces Rapid Clinical Response and Deep Tissue Depletion in Refractory Systemic Sclerosis-a Case Series](#). Siegert E, Phithak E, Albach FN, et al. Annals of the Rheumatic Diseases. 2026;S0003-4967(26)00301-8. doi:10.1016/j.ard.2026.05.023.

STATEMENT

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

Die Rheumatologie wird älter. Einerseits erreichen Menschen mit früh begonnenen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen dank moderner Therapien heute häufiger ein hohes Lebensalter. Andererseits treten Erkrankungen wie Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis nahezu ausschließlich im höheren Lebensalter auf und werden mit der demografischen Entwicklung häufiger. Alter ist dabei nicht nur eine Begleitvariable. Die Immunalterung verändert Toleranzmechanismen, Infektabwehr, Impfantwort, Gewebereparatur und die Art, wie eine chronische Entzündung verläuft. Für Diagnostik und Therapie zählt deshalb nicht allein das Geburtsdatum, sondern das Zusammenspiel aus Krankheitsaktivität, biologischem Alter, Organfunktion, Gebrechlichkeit (Frailty), Komorbiditäten und bisheriger Immunsuppression [1].

Immunalterung ist keine einfache Immunschwäche. Mit dem Alter nehmen Zahl und Vielfalt naiver T- und B-Zellen ab; zugleich entsteht ein chronisch niedriggradig proinflammatorisches Milieu, das sogenannte „inflammaging“. Entzündliche Resolution und Gewebereparatur werden weniger robust. Klassische Autoimmunerkrankungen wie rheumatoide Arthritis und systemischer Lupus erythematodes können Merkmale einer vorzeitigen Immunalterung zeigen, während Riesenzellarteriitis und Polymyalgia rheumatica beispielhaft für altersgebundene Entzündungskrankheiten stehen. Klinisch führt dies zu einem engeren Sicherheitsfenster: Infektionen können schwerer verlaufen, Impfantworten schwächer ausfallen und Nebenwirkungen immunsuppressiver Therapien stärker ins Gewicht fallen [1]. Diagnostisch droht eine doppelte Fehlbewertung: Entzündliche Beschwerden werden als „normale Alterserscheinung“ abgetan, während degenerative Veränderungen vorschnell als aktive rheumatische Erkrankung interpretiert werden können. Entscheidend sind deshalb eine strukturierte Erfassung von Gelenkschwellungen, Morgensteifigkeit, systemischen Symptomen und Organmanifestationen sowie die gleichzeitige Beurteilung von Funktionsniveau, Sturzrisiko, Nieren- und Leberfunktion, Infektionsvorgeschichte, Impfstatus und Polypharmazie. Neue Kopfschmerzen, Kauschmerzen oder Sehstörungen im höheren Lebensalter müssen wegen des Verdachts auf eine Riesenzellarteriitis unverzüglich abgeklärt werden.

Therapeutisch gilt: Hohes Alter allein ist kein Grund für Unterbehandlung. Unkontrollierte Entzündung verursacht Organschäden, fördert Sarkopenie und Frailty, bedroht Selbstständigkeit und erhöht das kardiovaskuläre Risiko. Bei rheumatoider Arthritis liegt das Risiko schwerer kardiovaskulärer Ereignisse in Metaanalysen etwa 55 Prozent über dem der Allgemeinbevölkerung; während Krankheitsschüben kann es nochmals deutlich ansteigen, während Remission mit wesentlich günstigeren Verläufen verbunden ist [2, 4]. Die richtige Konsequenz ist daher nicht „weniger Therapie“, sondern eine präzisere Therapie: rasche und konsequente Entzündungskontrolle, frühzeitige glukokortikoidsparende Strategien und eine Auswahl der Medikamente nach individuellem Risiko. Glukokortikoide und nichtsteroidale Antirheumatika sollten in der niedrigsten wirksamen Dosis und so kurz wie möglich eingesetzt werden. Bei zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren oder vorausgegangenen Ereignissen erfordern JAK-Inhibitoren eine besonders sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung [2].

Impf- und Infektionsprävention gehören von Beginn an in die Therapieplanung. Der Impfstatus sollte regelmäßig überprüft und Impfungen – soweit möglich – vor einer intensiveren Immunsuppression durchgeführt werden. Besonders relevant sind Influenza, Pneumokokken und Herpes zoster. Ebenso wichtig sind eine frühe Reaktion auf Infektzeichen, die Vermeidung unnötig hoher kumulativer Glukokortikoiddosen und regelmäßige Medikamentenchecks bei Polypharmazie [1].

Mit der 2026 veröffentlichten S3-Leitlinie zum Management kardiovaskulärer Komorbiditäten entzündlich-rheumatischer Erkrankungen wird Prävention ausdrücklich Teil der rheumatologischen Kernversorgung. Blutdruck und Lipidprofil sollen regelmäßig kontrolliert werden. Eine strukturierte kardiovaskuläre Risikoabschätzung sollte mindestens alle fünf Jahre, bei Hochrisikopatientinnen und -patienten jährlich erfolgen. Empfohlen werden außerdem Gewichtsreduktion bei Übergewicht, gesunde Ernährung und mindestens 150 Minuten moderate oder 75 Minuten intensive körperliche Aktivität pro Woche. Da allgemeine Risiko-Scores das Risiko bei rheumatischen Erkrankungen unterschätzen können, sind bei ausgewählten Patientinnen und Patienten krankheitsspezifische Anpassungen oder ergänzende Diagnostik sinnvoll [2].

Was Patientinnen und Patienten konkret tun können

- Neue, anhaltende Gelenkschwellungen, ausgeprägte Morgensteifigkeit oder Allgemeinsymptome nicht dem Alter zuschreiben, sondern ärztlich abklären lassen.
- Impfpass, Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker und Rauchstatus regelmäßig ansprechen.
- Bewegung an Leistungsfähigkeit und Erkrankung anpassen, aber Schonung nicht zum Dauerzustand werden lassen.
- Medikamente nicht eigenständig absetzen; bei Infekten, Nebenwirkungen oder häufigem Kortisonbedarf frühzeitig das Behandlungsteam kontaktieren.

Fazit

Eine gute Rheumatherapie im höheren Lebensalter ist weder therapeutischer Nihilismus noch maximale Immunsuppression. Sie verbindet wirksame Entzündungskontrolle mit vorausschauender Prävention, regelmäßiger Risikobewertung und gemeinsamer Entscheidungsfindung. Gesundheitspolitisch brauchen wir dafür verlässliche, sektorenübergreifende Strukturen zwischen Rheumatologie, Hausarztmedizin, Kardiologie, Geriatrie, Physiotherapie und Impfversorgung. Risikostratifizierung, Impfberatung, Medikamentenreview und Bewegungsangebote müssen im Versorgungsalltag zeitlich und finanziell abgebildet werden. Zugleich müssen ältere und gebrechliche Menschen stärker in klinische Studien eingeschlossen werden. Biomarker des immunologischen Alters könnten künftig helfen, Therapieentscheidungen stärker am biologischen als am chronologischen Alter auszurichten; für den Routineeinsatz müssen sie jedoch noch prospektiv validiert werden [1].

Zahlen, Daten, Fakten

- Rheumatoide Arthritis: Risiko schwerer kardiovaskulärer Ereignisse etwa 55 Prozent erhöht.
- Systemischer Lupus erythematodes: Risiko schwerer kardiovaskulärer Ereignisse annähernd verdoppelt.
- Kardiovaskuläre Risikoabschätzung: mindestens alle fünf Jahre, bei Hochrisiko jährlich.
- Bewegungsziel: mindestens 150 Minuten moderat oder 75 Minuten intensiv pro Woche.

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

Literatur und Grundlagen:

1. Leipe J, Schirmer JH, Mojtaheed-Poor S. Autoimmunität und Alter: Wie Immunalterung Krankheitsbild, Infektionsrisiko und Therapiesicherheit rheumatischer Erkrankungen prägt [Autoimmunity and ageing: How immune ageing shapes disease phenotype, infection risk and treatment safety in rheumatic diseases]. *Z Rheumatol.* 2026 Jul 10. German. doi: 10.1007/s00393-026-01852-y. Epub ahead of print. PMID: 42429930.
2. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. et al. S3-Leitlinie: Management kardiovaskulärer Komorbiditäten entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. Version 1.0, 12.03.2026. AWMF-Register 060-010; verfügbar im AWMF-Leitlinienregister.

Ausgewählte Originalarbeiten:

3. Boers M et al. Low dose, add-on prednisolone in patients with rheumatoid arthritis aged 65+: the GLORIA trial. *Ann Rheum Dis.* 2022;81:925-936.
4. Myasoedova E et al. The role of rheumatoid arthritis (RA) flare and cumulative burden of RA severity in the risk of cardiovascular disease. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(3):560-565.
5. Ohtsuki S et al. Deficiency of the CD155-CD96 immune checkpoint controls IL-9 production in giant cell arteritis. *Cell Rep Med.* 2023;4(4):101012.

STATEMENT

Still-Erkrankung über Altersgrenzen hinweg: Wenn eine einzige zielgerichtete Therapie nicht ausreicht

Prof. Dr. med. Christian Klemann

Kongresspräsident der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR), Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Lippe in Detmold sowie Leiter der Pädiatrischen Immunologie, Kinderreumatologie und Infektiologie am Universitätsklinikum Leipzig

Die Still-Erkrankung zeigt besonders deutlich, wie wichtig die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Erwachsenenmedizin ist. Was bei Kindern bislang als systemische juvenile idiopathische Arthritis, kurz sJIA, und bei Erwachsenen als Adult Onset Still's Disease, kurz AOSD, bezeichnet wurde, wird nach den gemeinsamen Empfehlungen von EULAR und PReS heute als eine Erkrankung über die gesamte Lebensspanne verstanden und unter dem gemeinsamen Begriff Still-Erkrankung zusammengefasst.

Das ist mehr als eine sprachliche Änderung. Die bisherige Trennung beruhte vor allem auf Altersgrenzen und Versorgungsstrukturen. Die zugrunde liegende Erkrankungsbiologie endet jedoch nicht mit dem Wechsel von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin. Diagnostik, Therapie, Forschung und Transition sollten deshalb gemeinsam gedacht werden.

Die Behandlung der Still-Erkrankung hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Zielgerichtete Medikamente, insbesondere die Hemmung der Interleukin-1- und Interleukin-6-Achse, ermöglichen es bei vielen Betroffenen, die Entzündung rasch zu kontrollieren und den Einsatz von Glukokortikoiden deutlich zu reduzieren. Die aktuellen Empfehlungen stellen diese Therapien deshalb in den Mittelpunkt der Behandlung.

Bei den meisten Patientinnen und Patienten reicht eine einzelne zielgerichtete Therapie aus. Es gibt jedoch eine kleine Gruppe mit besonders schwerem oder therapieresistentem Verlauf. Trotz mehrerer Behandlungsversuche bleibt die Erkrankung aktiv. Teilweise treten lebensbedrohliche Komplikationen wie ein Makrophagenaktivierungssyndrom auf. Gleichzeitig verursacht eine längerfristige Glukokortikoidtherapie erhebliche gesundheitliche Folgeschäden.

In solchen Ausnahmesituationen stellt sich die Frage, ob mehrere Entzündungswege gleichzeitig gehemmt werden können. Dabei kann es sich um die Kombination zweier Biologika oder um ein Biologikum zusammen mit einem zielgerichteten synthetischen Medikament, beispielsweise einem Januskinase-Inhibitor, handeln. Fachlich sprechen wir von der Kombination mehrerer zielgerichteter Therapien, international auch von multiple targeted therapy.

Linda Opitz aus meiner Gruppe hat die bisher veröffentlichten Erfahrungen systematisch ausgewertet und wir haben dies durch zwei eigene pädiatrische Fälle ergänzt. Insgesamt konnten wir Daten zu 25 Patientinnen und Patienten mit Still-Erkrankung und Multipler Targeted Therapy zusammenführen. Bei 16 Betroffenen hatte die Erkrankung im Kindesalter und bei neun im Erwachsenenalter begonnen. Im Median waren zuvor bereits vier unterschiedliche Therapielinien eingesetzt worden.

Bei 17 der 25 Patientinnen und Patienten wurde unter der Kombination eine klinische Besserung beschrieben. Bei 22 Betroffenen konnte die Glukokortikoiddosis reduziert werden. Zehn Patientinnen und Patienten benötigten bei der letzten dokumentierten Kontrolle keine regelmäßige systemische Glukokortikoidtherapie mehr.

Diese Ergebnisse sind ermutigend, dürfen aber nicht überinterpretiert werden. Es handelt sich überwiegend um Einzelfallberichte und kleine Fallserien. Kontrollierte Studien fehlen. Die gleichzeitige Hemmung mehrerer Teile des Immunsystems kann insbesondere das Risiko schwerer Infektionen erhöhen. In den ausgewerteten Fällen zeigte sich zwar kein eindeutiges Sicherheitssignal, die geringe Fallzahl, die unterschiedliche Dokumentationsqualität, Reporting Bias und die begrenzte Nachbeobachtung erlauben jedoch keine verlässliche Bewertung seltener Risiken.

Eine solche Kombinationstherapie ist deshalb keine Standardtherapie. Sie kommt derzeit allenfalls als individuelle Behandlung für schwerstbetroffene Patientinnen und Patienten infrage. Voraussetzung sind ein erfahrenes interdisziplinäres Zentrum, eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken, definierte Therapieziele und ein engmaschiges Sicherheitsmonitoring.

Der dahinterstehende Gedanke erinnert mich, bei aller gebotenen Vorsicht, an eine wichtige Entwicklung in der pädiatrischen Onkologie. Bei der akuten lymphoblastischen Leukämie konnten einzelne Medikamente bereits in den 1940er-Jahren Remissionen auslösen. Diese waren jedoch meist nur vorübergehend. Erst die planvolle Kombination verschiedener Wirkstoffe, ihre zeitlich strukturierte Anwendung und die fortlaufende Prüfung in Therapieprotokollen machten dauerhafte Heilungen möglich.

Natürlich lassen sich eine Leukämie und eine autoinflammatorische Erkrankung biologisch nicht gleichsetzen. Entartete Leukämiezellen und dysregulierte Immunzellen folgen nicht denselben Regeln. Übertragbar ist aber ein therapeutisches Prinzip: Wenn mehrere Krankheitsmechanismen gleichzeitig aktiv sind, kann die rationale Kombination komplementärer Therapien wirksamer sein als der wiederholte Austausch einzelner Wirkstoffe. Für die Still-Erkrankung ist dies bislang eine Hypothese. Der nächste Schritt darf deshalb nicht in einer unkontrollierten Ergänzung immer weiterer Medikamente bestehen. Wir

brauchen strukturierte Protokolle, gemeinsame Register und langfristige Sicherheitsdaten. Die bis hierhin skizzierte Brücke zwischen Kinder- und Erwachsenenrheumatologie wird auch im Hauptprogramm dieses Kongresses sichtbar. Die GKJR gestaltet fünf eigene Sessions sowie zwei Educationals. Erfreulich ist aber vor allem, dass die pädiatrische Expertise nicht auf diese eigenen Formate beschränkt bleibt.

Pädiaterinnen und Pädiater wirken in sechs weiteren Sessions des Hauptprogramms mit. Dazu gehören die Sessions zur genetischen Diagnostik bei Immundefizienz und Autoinflammation, zu Kombinationstherapien mit bDMARDs und tsDMARDs, zu Autoinflammation, zur Betreuung rheumakrankter Schwangerer und ihrer Kinder, zur juvenilen und adulten Spondyloarthritis sowie zu rheumatischen Erkrankungen bei angeborenen Störungen des Immunsystems.

Damit ist die pädiatrische Expertise in 13 der 67 nummerierten wissenschaftlichen Formate vertreten, das sind knapp 20 Prozent beziehungsweise nahezu in jedem fünften Format. Die eigene pädiatrische Abstract Session und die Posterwalks sind dabei noch nicht mitgerechnet. Für uns als vergleichsweise kleines Fach ist diese Sichtbarkeit im Hauptprogramm der deutlich (!) größeren Erwachsenenrheumatologie keineswegs selbstverständlich. Wir verstehen sie als Einladung, Ergänzung und als Gewinn für beide Seiten. Die Pädiatrie bringt insbesondere den Blick auf frühe Krankheitsphasen, genetische Ursachen und die Transition ein. Die Erwachsenenrheumatologie verfügt über große Kollektive und langjährige Verlaufserfahrungen. Wenn beides zusammenkommt, profitieren vor allem unsere Patientinnen und Patienten. Für diese Einbindung danke ich der DGRh, der Programmkommission und allen beteiligten Kolleginnen und Kollegen ausdrücklich.

Am Ende geht es nicht darum, möglichst viele Medikamente zu kombinieren.

Es geht darum, für die wenigen schwerstbetroffenen Patientinnen und Patienten eine bessere Antwort zu finden, wenn eine einzelne Therapie nicht ausreicht.

Wir brauchen dabei beides: den Mut, rationale Kombinationen zu prüfen, und die Disziplin, Hoffnung nicht mit Evidenz zu verwechseln. Aus einzelnen Therapieentscheidungen muss belastbares Wissen werden. Das gelingt nur, wenn Kinder- und Erwachsenenrheumatologie ihre Daten und Erfahrungen gemeinsam auswerten.

Die Still-Erkrankung kennt keine Altersgrenze. Sie braucht deshalb auch eine Rheumatologie über die gesamte Lebensspanne.

Vielen Dank.

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

Literatur

1. Fautrel B et al. EULAR/PReS recommendations for the diagnosis and management of Still's disease, comprising systemic juvenile idiopathic arthritis and adult onset Still's disease. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2024;83:1614 bis 1627. [doi:10.1136/ard-2024-225851](https://doi.org/10.1136/ard-2024-225851)
2. Gillard L et al. JAK inhibitors in difficult to treat systemic juvenile idiopathic arthritis and adult onset Still's disease. *Rheumatology*. 2023;62:1614 bis 1627. [doi:10.1093/rheumatology/keac440](https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac440)
3. Clinical outcomes, safety, and glucocorticoid use of concurrent targeted therapy in 25 patients with Still's disease: two pediatric cases and a systematic review. Zur Begutachtung eingereicht, 2026.
4. Farber S et al. Temporary remissions in acute leukemia in children produced by folic acid antagonist, 4-aminopteroyl-glutamic acid. *New England Journal of Medicine*. 1948;238:787 bis 793. [doi:10.1056/NEJM194806032382301](https://doi.org/10.1056/NEJM194806032382301)
5. Pinkel D. Five-Year Follow-Up of Total Therapy of Childhood Lymphocytic Leukemia. *JAMA*. 1971;216:648 bis 652. [doi:10.1001/jama.1971.03180300032007](https://doi.org/10.1001/jama.1971.03180300032007)

STATEMENT

Wenn die Operation erforderlich wird – Besonderheiten bei rheumatischen Erkrankungen

Dr. med. Roger Scholz

Kongresspräsident der DGORh, Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie,
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädische Rheumatologie, spezielle
Orthopädische Chirurgie an der Collm Klinik Oschatz

Auch operative Behandlungen rheumatischer Manifestationen haben in den letzten Jahren einen deutlichen Wandel erlebt. Wesentlich verbesserte medikamentöse Therapieoptionen können die Entzündung limitieren, den Schädigungsprozess am Bewegungsapparat damit deutlich verzögern, aber nicht vollständig verhindern. Darüber hinaus gibt es immer noch eine ganze Reihe auch durch moderne Medikamente lokal nicht ausreichend gut zu beherrschender arthritischer und später sekundärarthrotischer Manifestationen am Bewegungsapparat.

Mit dem Ziel durch gemeinsame Anstrengungen eine der Heilung nahekommende Situation (sogenannte Remission) sowohl am Gesamtorganismus als auch lokal an einzelnen Manifestationsorten zu erzielen, nimmt auch die operative Therapie einen wichtigen Platz ein. So können einerseits lokale, der Systemtherapie nicht ausreichend zugängliche inflammatorische Prozesse durch Beseitigung der entzündeten Strukturen (zum Beispiel Gelenk- und Sehnenschleimhaut) helfen, die destruktive Wirkung der Erkrankung zu minimieren, Strukturen zu schützen, Schmerzen zu lindern und Funktion zu erhalten. Späterhin sind bei fortschreitender Gelenkdestruktion unterschiedliche operative Therapieoptionen vorhanden. Bei gut supprimierter Entzündung können heute operative Eingriffe zum Teil, ähnlich denen beim Nicht-Rheumakranken, durchgeführt werden.

Wie häufig im Leben hat man auch in der Rheumatologie bisweilen die Qual der Wahl die für den jeweiligen Patienten in der konkreten Situation dafür geeignetste Maßnahme auszuwählen. So kann es von Vorteil sein bei einem orthopädischen Rheumatologen, der einerseits die Gesamterkrankung mit all ihren Besonderheiten und differenten Manifestationen im Blick hat, sowohl die konservative Therapie (Medikation, Heil- und Hilfsmittel) als auch die Entscheidung zu bisweilen notwendigen und sinnvollen Operationen zum richtigen Zeitpunkt zu erhalten.

Die aktuelle Situation in der deutschen Medizin fokussiert immer mehr auf den Organspezialisten und drängt die sogenannten Generalisten in den Hintergrund. Dieses Prinzip findet sich auch in der Chirurgie des Bewegungsapparates wieder. So sind entsprechende Aufteilungen in Körperregionen (zum Beispiel Hand, Fuß, Schulter-Ellenbogen, Knie et cetera) entstanden. So gut auch der einzelne Spezialist operativ-technisch sein mag, für den Patienten mit einer chronischen, aktuell leider noch nicht heilbaren Systemerkrankung spielt die Gesamtbetrachtung des Individuums und die jeweils angepasste Auswahl entsprechender Therapiemodalitäten eine ganz entscheidende Rolle. Insofern ist es sehr wichtig, dass auch im Falle notwendig werdender operativer Eingriffe diese zum richtigen Zeitpunkt erkannt und unter Berücksichtigung des individuellen Gesamtbehandlungsplanes indiziert sowie schließlich durchgeführt werden. Ein solches integratives Vorgehen ist für den Rheumapatienten vielfach wesentlich hilfreicher als sogenannte reine operative Auftragsleistungen beim Organspezialisten.

Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass im Falle notwendig werdender Operationen der Operateur selbst auch über die Besonderheiten der zugrunde liegenden rheumatischen Erkrankung, den individuellen Krankheitsverlauf und zudem über die laufende antirheumatische Medikation umfangreiche Kenntnisse besitzt. Das sich Beschränken chirurgisch tätiger Kollegen auf rein operationstechnische Prozesse genügt dem häufig nicht. Um den Herausforderungen der perioperativen Medizin für diese Klientel umfangreich gerecht zu werden, hat eine interdisziplinäre Expertengruppe der Fachgesellschaft entsprechende Empfehlungen zum perioperativen Umgang mit der Medikation erstmals 2014 publiziert. Im Laufe der Jahre wurde diese um aktuelle Entwicklungen und auf den derzeitigen Stand des Wissens angeglichen. Deren Umsetzung im Alltag ist nicht immer unproblematisch. Die tägliche Praxis zeigt heute, dass das präoperative Pausieren bestimmter Therapeutika für die elektive Chirurgie schon recht gut etabliert ist. Die Patienten leiden aber vielfach darunter, dass sich im weiteren Behandlungsverlauf oftmals viel zu lange Pausen bis zum Wiederbeginn der sogenannten Basistherapie ergeben. Letztere beruhen vor allem auf Unsicherheiten der Kollegen, die die Weiterbehandlung vornehmen. Auch in diesem Zusammenhang ist es meist vorteilhaft, wenn die Weiterbehandlung nach erfolgter Operation möglichst in einer Hand (günstigstenfalls beim orthopädischen Rheumatologen) liegt. Dieser sollte auch den frühestmöglichen Wiederbeginn der DMARD – und / oder Biologikatherapie im Auge haben.

Eine besondere Brisanz ergibt sich in diesem Zusammenhang auch aus der gesundheitspolitischen Situation in Deutschland, die zu immer kürzeren stationären

Behandlungen führt. Viele der notwendigen Weiterbehandlungsmaßnahmen sind zwar ambulant möglich, die Erreichbarkeit einer zeitnahen ambulanten Versorgung ist aber noch nicht regelmäßig gegeben. Dies trifft sicher regional unterschiedlich auch nicht nur die ärztlichen, sondern auch insbesondere ergo- und physiotherapeutischen Leistungen. Letztlich müssen alle am Behandlungsprozess beteiligten Disziplinen und auch die Gesundheitspolitik erkennen, dass nur das Gesamtkonzept zu einem optimalen Ergebnis für die Betroffenen führen kann.

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

Referenzen:

Albrecht, K., Puddopnyy, D, Leipe, J, Sewerin, P, Iking-Konert, C., Scholz, R., Krüger, K.
Perioperative Behandlung von Patienten mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen:
Aktualisierte Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Z Rheumatol 2023

Rheuma und rheumatologische Versorgung in Zahlen

Betroffene Menschen in Deutschland

Muskuloskelettale Erkrankungen sind die wichtigste Ursache von anhaltenden Schmerzzuständen und Funktionseinschränkungen. Sie betreffen rund 25 Prozent der erwachsenen europäischen Bevölkerung. Etwa 17 Millionen Menschen in Deutschland leiden unter schmerzhaften Erkrankungen des Bewegungsapparates¹.

Hiervon haben etwa 1,8 Millionen Menschen eine entzündlich-rheumatische Erkrankung (circa 2,6 Prozent der erwachsenen Bevölkerung)². Die häufigsten Formen sind rheumatoide Arthritis (entzündliche Gelenkerkrankung) und Spondyloarthritis (entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen). Diese umfassen neben der ankylosierenden Spondylitis (früher: Morbus Bechterew) auch undifferenzierte beziehungsweise nicht röntgenologisch sichtbare Formen und die Psoriasis (Schuppenflechten)-Arthritis. Seltener sind Kollagenosen und Vaskulitiden.

Die geschätzte Anzahl Erwachsener von ausgewählten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen²:

- Rheumatoide Arthritis: circa 700.000 (etwa 1 Prozent der erwachsenen Bevölkerung)
- Spondyloarthritis: circa 700.000
 - Ankylosierende Spondylitis: circa 210.000
 - Psoriasis Arthritis: circa 210.000
 - Periphere Spondyloarthritis: circa 280.000
- Polymyalgia rheumatica: circa 220.000
- Kollagenosen: circa 136.000
 - Primäre Sjögren Erkrankung: circa 49.000
 - Systemischer Lupus erythematodes: circa 39.000
 - Systemische Sklerose: circa 24.000
 - Idiopathische entzündliche Myopathien: circa 12.000
 - Mischkollagenosen: circa 12.000
- Vaskulitiden: circa 79.000
 - ANCA-assoziierte Vaskulitis: circa 18.000
 - Riesenzellarteriitis: circa 55.000
 - Behçet Erkrankung: circa 3.300
 - Andere Vaskulitis Formen: circa 2.800

Etwa 20.000 Kinder und Jugendliche haben eine chronische entzündlich-rheumatische Erkrankung. Die häufigste Form ist die juvenile idiopathische Arthritis mit circa 14.000 Kindern und Jugendlichen (circa 0,1 Prozent der Minderjährigen).³

Weitaus häufiger sind degenerative und stoffwechselbedingte Erkrankungen sowie Schmerzsyndrome der Bewegungsorgane.¹

Die geschätzte Anzahl Betroffener ausgewählter Erkrankungen:

- Schwere, zu Behinderung führende chronische Rückenschmerzen: circa 6 Millionen Erwachsene
- Symptomatische Arthrosen: mindestens 5 Millionen Erwachsene
- Symptomatische Osteoporose: mindestens 4 Millionen Erwachsene
- Gicht: circa 950.000 Erwachsene
- Fibromyalgie: circa 1,5 Millionen Erwachsene

Quellen:

[1] Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? Zeitschrift für Rheumatologie 2016;75(4):346-53. <https://doi.org/10.1007/s00393-016-0094-2>

[2] Albrecht K, Veltri C, Strangfeld A, Callhoff J. The epidemiology of inflammatory rheumatic diseases in Germany in a European context: a systematic review to support workforce planning. EULAR Rheumatology Open (2026) <https://doi.org/10.1016/j.ero.2026.100208>

[3] Albrecht K, Binder S, Minden K et al. Systematisches Review zur Schätzung der Prävalenz entzündlich rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. Z Rheumatol. 2023 Nov;82(9):727-738. doi: 10.1007/s00393-022-01305-2. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00393-022-01305-2>

Berlin, Stand September 2026

Fachärzt:innen (FÄ) für Rheumatologie in Deutschland

Circa 1,8 Millionen Erwachsene leben in Deutschland mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.¹ Diese Bevölkerungsgruppe benötigt eine kontinuierliche Betreuung durch Fachärzt:innen (FÄ) für Rheumatologie.

Dem gegenüber sind derzeit 725 vertragsärztliche tätige FÄ für Rheumatologie in der ambulanten Versorgung tätig, dies entspricht etwa einer/m FA/FÄ für Rheumatologie pro 100.000 erwachsene Einwohner.² Der Anteil variiert in den Bundesländern, von 0,8 pro 100.000 im Saarland bis 1,6 pro 100.000 erwachsene Einwohner in Brandenburg und Hamburg (Personen, nicht Vollzeitkräfte).

Nach einer Bedarfsermittlung der DGRh werden für die ambulante Versorgung mindestens zwei FÄ für Rheumatologie pro 100.000 erwachsene Einwohner für eine Minimalversorgung benötigt, dies entspräche 1.400 FÄ. Um die rheumatologische Versorgung verbessern, um Wartezeiten zu verkürzen und um unerwünschten Konsequenzen wie einer Berufsunfähigkeit vorzubeugen, ist

eine mittelfristige, deutliche Steigerung auf 3 FÄ pro 100.000 erwachsene Einwohner notwendig. Damit fehlen aktuell mindestens 700 FÄ für Rheumatologie.⁴

Verschärft wird der Versorgungsengpass durch die steigende Anzahl angestellter FÄ in der vertragsärztlichen Versorgung, diese ist von 30 Prozent in 2020 auf 42 Prozent in 2024 gestiegen. Die Anzahl an FÄ für Rheumatologie mit einer Zulassung ist im gleichen Zeitraum von 392 (57 Prozent) auf 365 (50 Prozent) gesunken.²

Im stationären Bereich ist die Anzahl an FÄ für Rheumatologie in Krankenhäusern von 360 in 2018 auf 386 in 2023 gestiegen. Die Anzahl stationärer Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ist im gleichen Zeitraum von 340 auf 312 gesunken. Die Teilzeitbeschäftigung stieg von 25 Prozent auf 39 Prozent.²

Für die ambulante und stationäre Versorgung waren Ende 2024 insgesamt etwa 1.160 FÄ für Rheumatologie tätig. Davon waren 386 (33 Prozent) 60 Jahre und älter. Die Anzahl berufstätiger FÄ unter 60 Jahre ist von 806 in 2020 auf 775 in 2024 gesunken.

Von 2020 bis 2024 wurden insgesamt 303 neue FÄ für Rheumatologie anerkannt. Dies entspricht einer Weiterbildungsquote von durchschnittlich 61 FÄ pro Jahr für den Zeitraum 2020-2024.

Quelle:

1 Albrecht K, Binder S, Minden K et al. Systematisches Review zur Schätzung der Prävalenz entzündlich rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. Zeitschrift für Rheumatologie 2023. <https://doi.org/10.1007/s00393-022-01305-2>, online ahead of print

2 Albrecht K, Strangfeld A, Callhoff J. Quo vadis rheumatologische Versorgung in Deutschland. Z Rheumatol 2025, online ahead of print 05 September 2025 <https://doi.org/10.1007/s00393-025-01720-1>

3 Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? Zeitschrift für Rheumatologie 2016;75(4):346-53. <https://doi.org/10.1007/s00393-016-0094-2>

4 Braun J, Albrecht K, Callhoff J et al. (2024) Rheumatologische Versorgung in Deutschland : Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie 2024. . Z Rheumatol 83 (Suppl 2):249–284. doi:10.1007/s00393-024-01539-2

Stand: 10/2025

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 rheumakranker 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