COVID-19-Impfbooster bei Autoimmunerkrankungen: nicht alle DMARDs müssen pausiert werden

Bei einer Auffrischimpfung gegen COVID-19 können biologische DMARDs und Kinaseinhibitoren kontinuierlich weitergegeben werden, das schmälert die Wirksamkeit der Vakzine nicht. Anders ist es bei Methotrexat.

07. Oktober 2026

https://www.univadis.de/viewarticle/covid-19-impfbooster-autoimmunerkrankungen-nicht-alle-2026a10011jb?uuid=77cafe18-ca46-4491-af56-6241fe1a647b

Kernbotschaften

Patienten mit inflammatorischen Autoimmunerkrankungen wir rheumatoider Arthritis (RA) können eine Behandlung mit biologischen Substanzen oder mit Kinaseinhibitoren bei einer Boosterimpfung gegen COVID-19 kontinuierlich fortsetzen. Eine zeitweise Unterbrechung der immunsuppressiven Therapie, um den Impferfolg nicht zu schmälern, ist unnötig. Die humorale Immunantwort auf SARS-CoV-2 entwickelt sich bei durchgehender immunmodulatorischer Therapie mit Biologika oder mit „small molecules“ vergleichbar gut wie bei einer 2-wöchigen Unterbrechung dieser Substanzen direkt nach dem Boostern. Das ergibt eine große, randomisierte Studie aus den USA, in der beide Ansätze verglichen wurden (10.1001/jamainternmed.2026.4894). In der Studiengruppe mit Kurzzeit-Unterbrechung von bDMARDs oder Tyrosinkinaseinhibitoren flammten bei einem Teil der Patienten Symptome wieder auf, die Antikörperbildung gegen SARS-CoV-2 war dagegen nicht stärker. Fazit der Forscher: Eine immunmodulatorische Therapie mit Biologika oder Kinasehemmern kann und sollte bei einer Boosterimpfung gegen COVID-19 fortgeführt werden. Methotrexat dagegen kann laut früheren Studien die Impfantwort vermindern.

COVID-19-Impfung bei Immunsuppression

Patientinnen und Patienten, die als Grundkondition ein geschwächtes Immunsystem haben oder Immunsuppressiva erhalten, haben ein höheres Risiko für schwere Verläufe von Infektionen, auch von saisonalen Infekten wie Influenza oder COVID-19. Dieser Personengruppe werden unter anderem jährliche Grippe- und COVID-19-Impfungen empfohlen. Immunsuppressiva schwächen bei vielen Vakzinierungen allerdings die Immunantworten ab – je nach Ursache für die immunsuppressive Therapie und nach Art der Substanzen unterschiedlich stark. So verbessert ein zweiwöchiges Aussetzen von Methotrexat zum Beispiel bei Patienten mit RA die Immunogenität von saisonalen Influenzaimpfstoffen, und dies ohne klinische Nachteile für die Patienten (1). Die Frage, ob bei einer COVID-19-Boosterimpfung ein kurzzeitiges Aussetzen so genannter „targeted therapies“, also biologischer krankheitsmodifizierender Substanzen (bDMARDs) und Tyrosinkinasehemmern, (TKI) ebenfalls sinnvoll sein könnte, wurde in einer großen, randomisierten Studie aus den USA untersucht (2).

Wesentlich für Impfeffekt: die ersten 14 Tage

840 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit RA, Psoriasis-Arthritis oder Spondyloarthritis, für die eine COVID-19-Boosterimpfung anstand, wurden in der COVER-Studie in 2 Gruppen randomisiert: in einer Gruppe wurden bDMARDs (TNFi wie Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Golimumab sowie IL-17-Hemmer) oder TKI wie Baricitinib oder Tofacitinib unmittelbar nach der Boosterimpfung für 2 Wochen ausgesetzt. Die ersten 14 Tage nach Impfung sind die kritische „Priming“-

Phase der Immunreaktion. Die 2. Studiengruppe erhielt durchgehend ihre immunsuppressive Behandlung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren durchschnittlich 60 Jahre alt. Primärer Endpunkt war die Änderung der IgG-Titer mit Spezifität für das SARS-CoV-2-Spikeprotein 6 Wochen nach Impfung. Zu den sekundären Endpunkten gehörten Änderungen in der Symptomatik im entsprechenden Zeitraum.

Therapiepause ohne Vorteil für die Impfeffektivität

Die COVID-spezifischen Antikörpertiter waren nach 6 Wochen in der Gruppe mit Therapieunterbrechung um den Faktor 4,69 angestiegen und in der Gruppe mit kontinuierlicher immunsuppressiver Behandlung um den Faktor 4,86. Die humorale Immunantwort in den beiden Studiengruppen war damit praktisch gleich. Ein Wiederaufflammen der Grunderkrankung trat dagegen bei Patienten mit 14-tägiger Unterbrechung der Behandlung häufiger auf als in der Gruppe mit kontinuierlicher Therapie, nämlich um den Faktor 2,27. Besonders ausgeprägt war der Unterschied bei Anwendern von JAK-Inhibitoren (Faktor 3,65 bei Unterbrechung der Therapie vs. Nicht-Unterbrechung).

Fazit aus der COVER-Studie

Das Studienteam folgert aus den Daten, dass eine generelle Unterbrechung von bDMARDs oder TKI bei einer COVID-19-Boosterimpfung von Patienten mit inflammatorischen Autoimmunerkrankungen nicht erforderlich und auch nicht sinnvoll sei. Die potenziellen Nachteile überwiegen die potenziellen Vorteile (2). Im Kommentar wird dagegen auf frühere Daten zu Methotrexat. Bei dieser Substanz könne eine Unterbrechung erwogen werden (3). Der Unterschied bei den DMARDs lasse sich möglicherweise dadurch erklären, dass Methotrexat die Proliferation aktivierter Lymphozyten breit über eine Hemmung der de-novo-Nukleotidsynthese inhibiere, während zielgerichtete Substanzen mit spezifischeren Signalwegen interferierten und es möglicherweise mehr funktionale Redundanzen gebe. Die Saison für COVID- und Influenzaimpfungen beginnt im Oktober.