

02/25

# RFA aktuell

ZEITSCHRIFT FÜR DIE  
RHEUMATOLOGISCHE  
FACHASSISTENZ



... ver-hundert-fachen  
und durchboxen!

# Rheuma verstehen

und im Umgang mit der  
Erkrankung stärken

**AbbVie Care steht Ihren  
Patient\*innen zur Seite!**



Hilfreiches Rheuma-Wissen, praktische Tipps  
für einen rheumagerechten Lebensstil sowie  
individuelle Begleitung bei der Therapie

[www.abbvie-care.de/rheuma](http://www.abbvie-care.de/rheuma)

abbvie  
**care**   
with you

# VER-HUNDERT-FACHT EUCH! – EINE VISION FÜR DIE RFA VON MORGEN



DR. RUBEN  
SENGEWEIN

VORWORT

Als ich vor über fünf Jahren Humeo gründete, war ich auf der Suche nach einer Lösung für ein Problem, das mir in der täglichen Praxis immer deutlicher wurde: Der Bedarf an rheumatologischer Versorgung steigt – doch die Zahl der Fachärztinnen und Fachärzte wächst nicht im gleichen Tempo. Es war nicht nur ein organisatorisches, sondern strukturelles Problem. Und mir wurde schnell klar: Die Antwort darauf kann nur im Team liegen – und das bedeutet, den Medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften in der Rheumatologie eine zentrale Rolle zu geben. Besonders prägend war für mich die erste Begegnung mit Frau Erstling und Frau Steffens-Korbanka, den beiden Vorsitzenden des Fachverbands Rheumatologische Fachassistenz. Im Gespräch mit den beiden wurde mir klar: Hier spricht nicht nur berufspolitisches Engagement, sondern echte Leidenschaft für eine Berufsgruppe, die oft unterschätzt wird – aber eine tragende Säule der rheumatologischen Versorgung bildet. Aus dieser Begegnung entstand damals die Idee zu **RFA DigiMed** – einem digitalen Lernnetzwerk auf Humeo, maßgeschneidert für Pflege und MFA, und entwickelt in enger Kooperation mit dem Fachverband.

Die Rheumatologie ist ein hochdynamisches Fach. Neue Leitlinien – etwa zur AOSD, ANCA-assoziierten Vaskulitiden, SLE oder Gicht – verändern laufend unsere Behandlungsstrategien. Damit RFAs hier auf Augenhöhe agieren können, braucht es ein kontinuierliches, praxisnahes und interaktives Lernangebot. Genau dazu möchten wir mit Humeo einen Teil beitragen: **tägliches Lernen, spielerisch vermittelt, aktuell und evidenzbasiert** – vom Einsteigerprogramm „**RFA Newcomer**“ bis hin zu Inhalten für den Aufbaukurs. Wir glauben an Delegation – nicht als Verlagerung von Aufgaben, sondern als gemeinsame Verantwortung. Studien wie **ERFASS** oder **StärkeR** belegen längst, was viele Praxen täglich erleben: Eine gut ausgebildete RFA trägt entscheidend zur Versorgungsqualität bei. Ich danke dem Fachverband – besonders Frau Erstling und Frau Steffens-Korbanka – für das Vertrauen, die Offenheit und die partnerschaftliche Zusammenarbeit. Gemeinsam wollen wir die Sichtbarkeit und Bedeutung der RFA weiter stärken – auch durch Formate wie „**Aus dem Leben der RFA**“, in denen der Berufsalltag, die Herausforderungen und Erfolgsgeschichten dieser zentralen Berufsgruppe sichtbar werden.

**LASST UNS DEN WERT DER RFA GEMEINSAM VER-HUNDERT-FACHEN** – mit Wissen, Vertrauen und echten Entwicklungsmöglichkeiten. Die Zukunft der Rheumatologie ist digital, interdisziplinär und teambasiert. Und sie beginnt genau hier.

**DR. MED. RUBEN  
SENGEWEIN**  
Rheumatologe &  
Gründer von Humeo



MEIN RHEUMA KOMPASS

# Diagnose Rheuma – und jetzt?

## **Orientierung:**

Wissenswertes rund um die Erkrankung

## **Wegweiser:**

Das Leben mit Rheuma aktiv gestalten

## **Netzwerk:**

Anlaufstellen und Erfahrungsaustausch finden



Aus dem  
Leben: Mit  
persönlichen  
Geschichten



*Mein Rheuma Kompass* unterstützt Patient\*innen bei der Navigation zu einem selbstbestimmten Weg mit der rheumatischen Erkrankung.

[www.mein-rheuma-kompass.de](http://www.mein-rheuma-kompass.de)





# Inhalt

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>03 VORWORT</b><br/>                 VER-HUNDERT-FACHT EUCH! -<br/>                 EINE VISION FÜR DIE RFA VON MORGEN<br/> <i>DR. RUBEN SENGEWEIN</i></p> <p><b>06 MUTIG VORANGEHEN</b><br/>                 VON DER MFA ZUR RFA UND<br/>                 PRAXISMANAGERIN<br/> <i>ROYA QUDRATI-NAVABI</i></p> <p><b>08 RHEUMATOLOGISCHE<br/>                 FACHASSISTENZ</b><br/>                 14. FORTBILDUNGSVERANSTALTUNG<br/>                 BEIM BDRH-KONGRESS<br/> <i>ULRIKE ERSTLING &amp;<br/>                 PATRICIA STEFFENS-KORBANKA</i></p> <p><b>12 RHEDAT WIRD UM EINE SCHNITT-<br/>                 STELLE ZU DIRHIS ERWEITERT</b></p> <p><b>16 RHEDAT</b><br/>                 ERFAHRUNGEN MIT DER EINFÜHRUNG<br/>                 IM KRANKENHAUS<br/> <i>DR. CAY-BENEDICT VON DER DECKEN &amp;<br/>                 KERSTIN HEIMRICH-BOLZ</i></p> | <p><b>18 NEUE LEITLINIEN</b><br/>                 SYSTEMISCHER LUPUS ERYTHEMATODES<br/>                 UND POLYMYALGIA RHEUMATICA</p> <p><b>21 EIN BLICK ÜBER DEN TELLERRAND</b><br/>                 DIE ROLLE DER PFLEGE IN DER ARTHRITIS-<br/>                 VERSORGUNG IN DÄNEMARK<br/> <i>KENDRA ROHLEDER, M. SC.</i></p> <p><b>24 NEUE IMPFPERSPEKTIVEN</b><br/>                 WISSENSWERTES ZU RSV, HERPES ZOSTER<br/>                 UND PNEUMOKOKKEN<br/> <i>BEATE MANNWEILER</i></p> <p><b>26 JOURNAL-CLUB</b><br/>                 NEUE STUDIEN KURZ UND KOMPAKT<br/> <i>PROF. DR. KLAUS KRÜGER</i></p> <p><b>28 ERNÄHRUNG UND RHEUMATOLOGIE</b><br/>                 ANTIINFLAMMATORISCHE ERNÄHRUNG<br/>                 BEI RHEUMA<br/> <i>PROF. DR. MONIKA REUSS-BORST</i></p> <p><b>34 BLICKDIAGNOSE - RATEN SIE MIT!</b><br/>                 RHEUMAQUIZ VON PROF. KLAUS KRÜGER</p> |
|--|---|

## HERZLICHEN GLÜCKWUNSCH

ZUM GEWINN DER BEIDEN BÜCHER „IMMUN“ UND „ACHTSAM MORDEN“.

Franziska Pareis  
 Wittgendorfer Str. 75  
 09114 Chemnitz

Heike Schöneberg  
 Rheumapraxis Düren -  
 Dott. Valentina De Angelis  
 Renkerstr. 45  
 52355 Düren

Astrid Weidle  
 Knappschaftsklinik  
 Püttlingen-Rheumatologie  
 Dr. U. Prothmann  
 In der Humes 35  
 66346 Püttlingen

Gewinner

## VON DER MFA ZUR RFA UND PRAXISMANAGERIN

Mein beruflicher Weg begann 2002 mit der Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) bei einem Kinderarzt in Lübeck. Mit einer Verkürzung um ein halbes Jahr schloss ich die Ausbildung 2004 erfolgreich ab – im selben Jahr heiratete ich, später bekam ich drei Kinder. Trotz der Familienpause ließ mich der Wunsch, mich weiterzuentwickeln, nie los. 2011 holte ich mein Abitur nach und kehrte anschließend mit neuer Energie in meinen Beruf zurück.

So begann ich dann in einer Hausarztpraxis in Hannover, ergriff nach drei Jahren die Chance eines Wechsels in die Fachrichtung Rheumatologie und Osteologie nach Hildesheim – zunächst als Schwangerschaftsvertretung für ein Jahr. Doch schon bald erkannte man mein Potenzial: Ich übernahm mehr Verantwortung in der Anmeldung und leitete wenig später die gesamte Abteilung.

2018 entschied sich die Praxis, erstmals Rheumatologische Fachassistentinnen (RFA) einzusetzen. Ich gehörte zu den ersten Mitarbeiterinnen, die diese Weiterbildung absolvierten – mit großer Motivation, denn ich wollte medizinisch tiefer einsteigen und aktiv an der Diagnostik und Patientenversorgung mitwirken.

Kurz darauf kam es zu einer Zäsur: Unser damaliger Praxisleiter Dr. Winfried Demary, der das RFA-Konzept eingeführt hatte, verstarb unerwartet. Gerade hatte ich meine



Am 11. Juni 2022 wurde in Köln erstmals der RFA Award sowie zwei Sonderpreise verliehen. Unser damals noch „junges“ Team „Praxis für Rheumatologie und Osteologie, Hildesheim“ wurde für sein Engagement mit einem der beiden Sonderpreise gewürdigt, den ich gemeinsam mit meinen Kolleginnen entgegennehmen durfte.

# Mutig vorangehen

RFA-Prüfung bestanden und konnte nur vier Wochen lang von ihm eingearbeitet werden. Trotz dieser emotional herausfordernden Zeit zeigte sich: Die Einführung der RFA-Sprechstunden entpuppte sich als voller Erfolg. Die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten blieb gesichert, und bald darauf wurden vier weitere Kolleginnen zur RFA weitergebildet.

Heute bin ich als Praxismanagerin tätig – verantwortlich für die Organisation, Struktur und strategische Weiterentwicklung unserer Praxis. Ein besonderer Fokus liegt auf dem Management und der kontinuierlichen Optimierung der RFA-Sprechstunden. Neben klassischen Verwaltungsaufgaben sehe ich mich als Brücke zwischen unserem Ärzteteam und dem Team meiner Kolleginnen – für einen reibungslosen Ablauf im Praxistag.

Was uns dabei besonders auszeichnet: Wir sind eine sehr strukturierte Praxis. Regelmäßige Teambesprechungen, Mitarbeitergespräche und ein offenes Ohr für Anliegen aller Kolleginnen und Kollegen gehören für uns zum Selbstverständnis. Meine Tür steht für alle immer offen – auch für unsere RFAs. In regelmäßigen Gesprächen analysieren wir gemeinsam die Abläufe und entwickeln stetig Sprechstundeninhalte, Patientenzufriedenheit und Zusammenarbeit weiter.

## MEIN APPELL AN ALLE MFAS

Die RFA-Weiterbildung ist weit mehr als ein Karriereschritt – sie ist eine echte Chance, die eigene Rolle im Team aktiv mitzugestalten. Sie bringt nicht nur fachliches Know-how, sondern auch neue Perspektiven und Verantwortung mit sich – und eröffnet berufliche Wege, die über das klassische MFA-Profil weit hinausgehen.



### **ROYA QUDRATI-NAVABI**

MFA/RFA, Praxismanagerin und Leiterin des Sprechstundenbereichs  
Praxis für Rheumatologie und Osteologie  
Bahnhofsplatz 5  
31134 Hildesheim



# Rheumatologische Fachassistenz



## 14. FORTBILDUNGS- VERANSTALTUNG BEIM BDRH-KONGRESS

In diesem Jahr feierte der Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V. (BDRh) ein Jubiläum. Vom 25. bis 26. April 2025 fand der zwanzigste berufspolitischer Kongress statt und der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz veranstaltete seine 14. Fortbildungsveranstaltung für rheumatologische Fachkräfte. Ein bunt gefülltes Programm mit spannenden und praxisrelevanten Themen bot allen, unter aktiver Einbeziehung der knapp 60 MFAs/RFAs, einen kurzweiligen Freitag-nachmittag.

Zu Beginn begrüßte Prof. Dr. Eugen Feist, 2. Vorsitzender BDRh, die Teilnehmerinnen und war mit dem Blick auf den vollbesetzten Tagungsraum sehr erfreut über das Interesse und die rege Teilnahme.

### DIGITALISIERUNG: VON RHEUMADOK ZU RHEDAT

Die Digitalisierung bestimmt zunehmend unser Leben, sei es privat oder im Berufs-

alltag, und das in ganz unterschiedlicher Weise. Seit sicherlich über 30 Jahren ist die Nutzung einer Praxisverwaltungssoftware (PVS) Standard und vereinfacht die Verwaltungs- und Dokumentationsarbeiten unter Beachtung der Qualitäts- und Datensicherheit und DSGVO. Die Rheumatologinnen und Rheumatologen sind digital affin und hatten bereits 2004 mit „RheumaDok“ eine eigene Computer-gestützte standardisierte Dokumentation der Krankheitsgeschichte inklusive Scores und der Kerndokumentation als Unterstützung für den Einsatz in der täglichen Arbeit. Rheumatologe Dr. Rüdiger de la Camp aus Erlangen war der Initiator, agierte im Auftrag des BDRh, Nils Körber und Joachim Elgas G.b.R. realisierten die Programmierungen bis 2020. Da „RheumaDok“ aus technischen und regulatorischen Gründen nicht weiterentwickelt werden konnte, kam es zum Wechsel.

RheMit, basierend auf der Software EMIL, wurde eingeführt und bot u. a. eine besse-



re Anbindung an unterschiedliche Praxisverwaltungssysteme und erhebliches Entwicklungspotenzial. Des Weiteren kam es noch zu einer Umbenennung in RheDAT, da ein ähnlicher Name mit Markenschutz bereits von einer anderen Firma in der Rheumatologie existierte. **PD DR. MARTIN FEUCHTENBERGER**, Burghausen, demonstrierte während seines Vortrags, dass durch RheDAT, die IT-Plattform der deutschen Rheumatologie, Praxisabläufe optimiert werden können. Die digitale standardisierte Dokumentation kann vielfach ohne Mehrfacheingaben verwendet werden, ist daher zeitsparend, minimiert mögliche fehlerhafte Eingaben und man erhält einen guten Überblick über die Eintragungen. Hilfreich sind beispielsweise auch die Funktion der Wiedervorlage, Arztbrieferstellung und Versand, offene Schnittstellen für die eigene IT-„Landschaft“, die Teilnahme an Versorgungsverträgen und Studien. Die notwendige Verwaltungstätigkeit kann somit effektiver und nutzbringend erledigt werden.

#### BILDGEBUNG IN DER RHEUMATOLOGISCHEN DIAGNOSTIK

Der Vortrag von **PROF. DR. KAY-GEERT HERMANN**, Berlin, über „Bildgebung in der Rheumadiagnostik – Was macht Sinn?“ zeigte auf, dass KI und Digitalisierung in der Aufnahmetechnik einen großen Nutzen bringen. Zur Einführung gab er an, dass die Voraussetzung für die richtige Wahl der bildgebenden Verfahren und einer guten Befundung, Erfahrung und eine gute Kenntnis über die Pathophysiologie ist. Diese beschäftigt sich mit den Veränderungen der Körperfunktionen, die durch Krankheiten hervorgerufen werden, und untersucht, wie diese Veränderungen entstehen und sich im Verlauf entwickeln. Das hilft, die Abläufe im Körper bei Krankheiten besser zu verstehen, was wiederum wichtig für die Diagnosestellung und die daraus resultierende Behandlung ist. Sehr anschaulich erläuterte er Röntgen-, Sonographie-, MRT- und CT-Bilder zu verschiedenen Krankheitsbildern. Dazu merkte er





an, dass das Röntgen essenziell für die Differenzialdiagnose ist und einen guten Überblick im Verlauf darstellt. Sonographie bietet eine schnelle Beurteilung einer Entzündungsaktivität, zeigt Echtzeitbilder von beweglichen Strukturen und kann direkt während des Sprechstundentermins beim Rheumatologen, schmerzfrei und ohne Strahlenbelastung durchgeführt werden.

Zum Schluss konnten die Teilnehmerinnen per App übermittelte Röntgenbilder mitbeurteilen und sich so selbst einschätzen, inwieweit sie mit dem Krankheitsbild vertraut sind und Röntgenbilder „lesen“ können. Wer selbstständig mehr die Symptome, Klinik, Labor und bildgebende Diagnostik von rheumatoider Arthritis (RA) verstehen möchte, kann die „Lern-App RA Tutor“ für Studierende, MFAs, MTRAs, Ärztinnen und Ärzte nutzen.

#### WENN BEI RHEUMA DIE LUNGE BETROFFEN IST

Das Thema „Lungenbeteiligung entdecken und dann? – Praktische Tipps“ erläuterte **DR. JUTTA WEINERTH**, Berlin. Sie nannte verschiedene Formen der Lungenerkrankungen, allem voran die interstitielle Lungenerkrankung (ILD), die mit rheumatischen Erkrankungen wie RA oder systemischer Sklerose (SSc) vergesellschaftet sind, wies auf Risiken hin, zeigte Wege der Diagnosestellung und Therapiemöglichkeiten auf sowie Prognosen von Krankheitsverläufen und deren möglichen Ausgang. Sie verdeutlichte, wie wichtig es ist, sensibel auf Vorboten

dieser Begleit- und Folgeerkrankungen zu achten und dass hier die MFA/RFA auch ein wichtiger Player ist. Ein vorgestelltes Fallbeispiel verdeutlichte die medizinischen Ausführungen und worauf besonders zu achten ist, denn eine Lungenbeteiligung verläuft zu Beginn meist stumm. Eine Dyspnoe erklären sich Patienten etwa gerne mit Übergewicht, fehlendem Training und eingeschränkter Beweglichkeit. Ist dann beispielsweise eine ILD diagnostiziert, ist es u. a. wichtig, Infektionen vorzubeugen und auf einen guten Impfschutz zu achten.

#### SCHWIERIGE FÄLLE RICHTIG DEUTEN

Spannend ging es weiter mit **DR. THOMAS MORGENSTERN**, Osnabrück – seine beiden Fallbeispiele, die sich mit seltenen Erkrankungen in der Rheumatologie befassen, zogen alle Zuhörer in seinen Bann und luden ein, mitzuanalysieren, worum es sich handeln könnte und welche Diagnostik und therapeutischen Möglichkeiten anzuwenden sind. Der erste Fall behandelte einen Patienten mit Immunglobulin (Ig)G4-assoziiierter Erkrankung mit Pachymeningitis, im zweiten Fall lag letztere im Verbund mit einer MPO-positiven ANCA-assoziierten Vaskulitis vor.

Der Weg zur Diagnose war in beiden Fällen steinig und bezog mehrere Fachdisziplinen ein. Die Pachymeningitis stellt in rheumatologischer Perspektive eine seltene Manifestation einer entzündlich-rheumatischen Systemerkrankung dar, kann auch als einzige Manifestation einer



rheumatischen Erkrankung auftreten – die ANCA-Vaskulitis und IgG4-assoziierte Erkrankung sind wichtige Differenzialdiagnosen.

#### DEM BURNOUT RECHTZEITIG VORBEUGEN

Nach einem Arbeitstag mit anschließender Fortbildung hatte der letzte Vortrag etwas für die Teilnehmerinnen selbst im Gepäck. Über Burnout-Prävention und Wege zur Achtsamkeit informierte **INES MARIA BAEBLICH**, Berlin, von Hause aus Krankenschwester und Studynurse in der Dermatologie, und seit diesem Jahr außerdem

zertifizierte Health-Coach/Burnout Prävention mit staatlicher Zulassung (Homepage: [www.inesmariabaeblich.de](http://www.inesmariabaeblich.de)).

Einprägsame Geschichten aus dem Leben, unterhaltsame und zugleich ernst gemeinte Aspekte vermittelte Sie den Zuhörerinnen, die durch die berufliche Verbundenheit das Gesagte sehr gut nachvollziehen konnten und die eine oder andere sich sicherlich wieder erkannt hat. Sie definierte, dass Burnout ein Zustand der körperlichen, emotionalen und geistigen Erschöpfung ist, der durch chronischen Stress beruflicher oder auch persönlicher Natur entsteht. Des Weiteren, dass man vier Phasen unterscheidet: Enthusiasmus und Überengagement, Stagnation und Unzufriedenheit, Frustration und Rückzug, Apathie und Erschöpfung.

Als präventive Strategien nannte Sie Selbstfürsorge, Stressmanagement, sich selber Grenzen setzen und soziale Unterstützung aufbauen. Da es allgemein einen Anstieg an beruflichem Stress gibt, sollten auch Arbeitgeber dafür Sorge tragen, Krankenstände zu minimieren. Jeder hat es selbst in der Hand, achtsam mit sich umzugehen. Der Einstieg können bewusste Pausen sein, Atemübungen und Qigong.

Nach der Veranstaltung ist vor der Veranstaltung, bitte jetzt schon vormerken: Ortswechsel! Die 15. Fortbildungsveranstaltung für rheumatologische Fachkräfte im Rahmen des 21. BDRh-Kongresses findet am 24. April 2026 in Berlin im Estrel Congress Center (ECC) statt. Achten Sie auf Sich, seien Sie weiterhin neugierig, was in der Rheumatologie passiert und bleiben Sie gesund.

**ULRIKE ERSTLING**, 1. Vorsitzende  
**PATRICIA STEFFENS-KORBANKA**, 2. Vorsitzende

Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V.  
 Geschäftsstelle: c/o Ulrike Erstling  
 Dombach-Sander-Str. 87a  
 51465 Bergisch Gladbach  
[info@forum-rheumanum.de](mailto:info@forum-rheumanum.de)  
[www.forum-rheumanum.de](http://www.forum-rheumanum.de)



# RheDAT wird um eine Schnittstelle zu DiRhIS erweitert

## RheDAT

Die Aufklärung von Patientinnen und Patienten sowie die Bereitstellung fundierter Informationen sind essenzielle Bestandteile der rheumatologischen Versorgung. Sie fördern die Adhärenz und das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten, stellen jedoch auch einen erheblichen Zeitaufwand für das medizinische Personal dar. Mit DiRhIS (Digitales Rheumatologisches Informationssystem) wird dieser Prozess erheblich vereinfacht. Rheumatologinnen, Rheumatologen, RFA und MFA können mit wenigen Klicks relevante Informationen zu Krankheit, Therapie und Lebensstil digital teilen. Diese Funktion wird zukünftig um die Möglichkeit erweitert, die versendeten Inhalte in der Patientenakte des Dokumentationssystems RheDAT automatisch zu dokumentieren.



### DIGITALE UNTERSTÜTZUNG IN DER PATIENTENEDUKATION

Seit seinem erfolgreichen Start hat sich DiRhIS bundesweit in Kliniken, MVZ und Praxen etabliert. Entwickelt von dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen und medicstream in Zusammenarbeit mit Organisationen der rheumatologischen Versorgungsgemeinschaft, verfolgt DiRhIS das Ziel, die Patientenversorgung durch digitale Edukation zu optimieren.

Die Inhalte werden von einem achtköpfigen Prüfungsgremium validiert und ermöglichen einen aufwandsarmen digitalen Versand. Dafür kann aus über 120 versorgungsrelevanten Themen zu den Indikationen RA, axSpA, PsA und SLE gewählt werden. Indem die vorhandene Information patientenindividuell und digital zusammengestellt werden, können Betroffene die Inhalte ortsunabhängig und beliebig oft abrufen. Zusätzlich wurde die Arztversion der Therapieinformationsbögen der DGRh in das System integriert. Dies ermöglicht eine bessere Einbindung von Zuweisern in den Informationsprozess.

Mit deutlich geringerem Zeitaufwand, dafür aber generisch gestaltet, können Nutzer von DiRhIS vorgefertigte oder individuell konfigurierte Infobasispakete versenden. Das

System unterstützt den Informationsprozess gezielt und kann sowohl vor, während als auch nach dem Patientenkontakt, oder in der Kommunikation mit Angehörigen, eingesetzt werden.

### RHEDAT INTEGRIERT DIRHIS

Mit der Anbindung von DiRhIS an RheDAT wird erstmals eine automatisierte Dokumentation der versendeten Patienteninformationen ermöglicht. In der RheDAT-Patientenmaske können Anwenderinnen und Anwender nach einem initialen Single-Login (Einmalanmeldung) direkt auf DiRhIS zugreifen. Die versendeten Informationen werden anschließend in der Patientenakte dokumentiert. Darunter fällt zum einen die Aufstellung der bereitgestellten Informationen des Infozept (siehe Abb.), das Versanddatum und der Link zum Infozept. Einmal erstellt bleiben die Links aktiv, sodass die „Infozepte“ jederzeit wieder abrufbar sind.

### DATENSCHUTZ UND ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN

In einem ersten Schritt wurde ein einseitiger Datenaustausch von DiRhIS zu RheDAT umgesetzt. Die Übermittlung personenbezogener Daten wie Name oder E-Mail erfordert eine gesonderte Einwilligungserklärung der Patientinnen und Patienten. Da dieser Prozess derzeit mit hohem administrativem Aufwand verbunden ist, wird zunächst darauf verzichtet. Perspektivisch ist ein bidirektionaler Datenaustausch geplant. Sobald ein rechtskonformer und effizienter digitaler Prozess zur Einholung der Patienteneinwilligung vorliegt, wird diese Funktionalität erweitert. In Zukunft denkbar ist dann unter anderem die Übermittlung des ICD-Codes zur automatisierten Erstellung individueller Infozepte oder die direkte Weitergabe von Kontaktdaten für einen schnelleren Versand.

### NEUE MÖGLICHKEITEN FÜR DIE VERSORGUNGSFORSCHUNG UND SELEKTIVVERTRÄGE

Neben der Kerndokumentation ermöglicht RheDAT auch die Durchführung von Studien und Versorgungsforschungsprojekten. Dabei bietet es umfassende Auswertungsmöglichkeiten und unterstützt die verpflichtende Dokumentationen im Rahmen von Versorgungsverträgen

## Was ist das Infozept?

= Das ist die Informationseinheit, die Ärzt:innen mit ihren Patient:innen digital teilen können.

*Die richtigen Informationen zur richtigen Zeit - von vertrauenswürdigen medizinischen Fachleuten - jederzeit und überall verfügbar.*

### Funktionalität

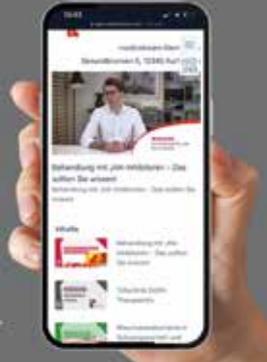
Es können personalisierte oder allgemeine Infozepte bestehend aus Videos, PDFs, Texten und Podcasts versendet werden:

Versand per:

- Link,
- QR-Code und
- Mail

Es kann auf jedem internetfähigen Gerät geöffnet werden.

Dazu gehören Mobiltelefone, Laptops und Tablets.







und Innovationsfonds-Projekten. Durch die Anbindung von DiRhIS können Patientinnen und Patienten künftig gezielt digital, platzsparend mit begleitenden Informationen zu laufenden Studien und Versorgungsverträgen versorgt werden.

Ein weiteres Feature wird die Integration von Patientenbefragungen sein. Damit können Links zu Feedbackformularen direkt mit den versorgungsrelevanten Informationen versendet werden.



#### VORTEILE DER INTEGRATION IM ALLTAG

Mit der Integration von DiRhIS in RheDAT wird ein entscheidender Schritt hin zu einer effizienteren und strukturierteren Patientenversorgung gemacht. Für Rheumatologinnen, Rheumatologen und medizinisches Fachpersonal bedeutet die automatische Dokumentation vor allem eine spürbare Entlastung. Die Zeiten, in denen Informationsmaterial manuell zusammengestellt, gedruckt und archiviert werden musste, gehören der Vergangenheit an. Stattdessen können mit wenigen Klicks relevante Inhalte digital versendet und direkt in der Patientenakte transparent und nachvollziehbar dokumentiert werden.

Zudem ist die Nutzung von DiRhIS in RheDAT bewusst niedrigschwellig gestaltet. Eine einmalige Anmeldung genügt, um direkt auf die Funktionen zuzugreifen. Die geplante Weiterentwicklung hin zu einem bidirektionalen Datenaustausch eröffnet weitere Möglichkeiten, den Informationsfluss zu optimieren. Insgesamt bietet die Integration von DiRhIS in RheDAT also nicht nur eine erhebliche Zeitersparnis, sondern auch mehr Transparenz und bessere Versorgungsqualität.



#### ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN: ERWEITERUNG AUF WEITERE SYSTEME?

Aktuell ist die Integration von DiRhIS ausschließlich in RheDAT vorgesehen. Die vorhandene Schnittstelle ermöglicht jedoch grundsätzlich eine Anbindung an andere Dokumentationssysteme. Falls eine Integration in ein spezifisches Informationssystem gewünscht ist, können Interessierte eine Anfrage per E-Mail mit dem Namen des Systems senden.

#### INTERESSE, RHEDAT UND DIRHIS NÄHER KENNENZULERNEN?

Möchten Sie mehr über DiRhIS, RheDAT oder die Integration beider Systeme in Ihren Praxisalltag erfahren? Weitere Informationen finden Sie hier:

RheDAT: <https://rhedat.de/>

DiRhIS: <https://www.bdrh-service.de/projekte/dirhis/>

# DIE IT-PLATTFORM DER DEUTSCHEN RHEUMATOLOGIE

# RheDAT für RFAs

Die Rheumatologische Fachassistenz (RFA) ist aus der modernen Versorgung von Patientinnen und Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in Deutschland nicht mehr wegzudenken. Es war daher folgerichtig, dass Privatdozent Dr. Martin Feuchtenberger, Burghausen, im Rahmen der 14. Fortbildungsveranstaltung am 25. April 2025 beim BDRh-Kongress in Berlin den RFAs die nationale IT-Plattform RheDAT/RheDAT Plus vorstellte.

Ein Großteil des Auditoriums kannte RheDAT bereits, einige nutzten es auch aktiv im Praxisalltag. Zu Beginn spannte Dr. Feuchtenberger einen historischen Bogen: Die Idee einer IT-gestützten Dokumentationsplattform in der Rheumatologie reicht zurück bis zu RheumaDOK – einem Vorgängerprojekt, das aufgrund technischer Weiterentwicklungen im Jahr 2018 durch RheDAT abgelöst wurde.

RheDAT ist eine digitale Patientenakte, entwickelt von Rheumatologinnen und Rheumatologen für die Rheumatologie – getragen von der DGRh, dem BDRh, dem VRA und dem DRFZ. In seinem Vortrag demonstrierte Dr. Feuchtenberger die moderne, anwenderfreundliche Oberfläche und die intuitive Bedienung von RheDAT/RheDAT Plus. Besonders hervorgehoben wurden:

- der **automatisierte Datenexport zur Abrechnung** im Rahmen von Selektivverträgen (z. B. in den Helmsauer Care Manager),
- die **Dashboard-Ansicht mit digitaler Posteingangsmappe**,
- ein Ticketsystem zur praxisinternen Kommunikation (inkl. E-Mail- und Chat-Funktionen),

- die **automatische Erstellung und der Versand von Arztbriefen** auf Basis der Routinedaten über die Telematik-Infrastruktur (TI),
- sowie **standardisierte Datenbankabfragen** für klinische Studien und wissenschaftliche Projekte.

Die zentrale Idee hinter RheDAT – nämlich eine Plattform für die Routinedokumentation zu schaffen, die zugleich eine Anbindung an andere Systeme wie die Kerndokumentation (perspektivisch auch die Rabbit-Register des DRFZ) und Selektivverträge ohne Medienbrüche oder Doppeldokumentationen beinhaltet – überzeugte das Publikum nachhaltig.

Das große Interesse zeigte sich nicht zuletzt durch zahlreiche Fragen im Anschluss an den Vortrag. Zum Abschluss betonte Dr. Feuchtenberger, wie wichtig es ihm war, die RFAs persönlich über RheDAT zu informieren – und sie damit auch aktiv in die Weiterentwicklung von RheDAT/RheDAT Plus einzubeziehen. Hierzu sei jeder aufgerufen!





Seit ca. 15 Jahren beschäftige ich mich schon mit digitalen Lösungen zur Verbesserung der Versorgung unserer Rheumapatienten. Über viele Jahre hatten wir in der Ambulanz im Krankenhaus, aber auch im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) bereits in RheumaDok dokumentiert, hier bereits die Patientenfragebögen per Tablet digital erfasst und auch die Labordaten eingelesen.

Nach der Ankündigung des Berufsverbands Deutscher Rheumatologen (BDRh), die Dokumentationssoftware von RheumaDok auf RheDAT (damals noch RheMIT) umzustellen, habe ich mit Nachdruck daran gearbeitet, dass die entsprechende IT-Struktur sowohl im Krankenhaus als auch im MVZ implementiert wird, gleichzeitig mit RheDAT musste auch die RheCORD-Umgebung inklusive neuer Tablets installiert werden. Hierbei bin ich insbesondere im Krankenhaus auf einige Widerstände gestoßen. Aber nach etwa einem Jahr Beharrlichkeit war es geschafft, sodass wir im Herbst 2022 auf RheDAT umsteigen konnten. Die Daten aus RheumaDok konnten prob-

lemlos in RheDAT übertragen werden, sodass wir auch die Altdaten zum größten Teil in RheDAT vorliegen hatten.

In der Anfangsphase gab es noch einige „Kinderkrankheiten“, die inzwischen zum größten Teil behoben sind, hierbei war der sehr gute, regelmäßige Kontakt zu Herrn Schumann von itc-ms äußerst hilfreich. Inzwischen arbeiten wir ganz selbstverständlich mit RheDAT, jeder Patient wird hier dokumentiert, die Patientenfragebögen werden über RheCORD (entweder via Tablet oder via Smartphone-App) erhoben, die Validierung der Scores erfolgt ebenfalls über RheCORD. Seit einiger Zeit darf ich zudem als Mitglied der Arbeitsgemeinschaft (AG) IT des BDRh meine Ideen weiter einbringen, auch der Digital-Gipfel im vergangenen Jahr hat viele gute Ideen hervorgebracht, von denen einige noch in der Umsetzung sind.

Ein großer Vorteil des Systems ist, dass eine strukturierte Datenerhebung möglich ist, dies nutzen wir innerhalb unseres RHADAR (RheumaDatenRheport)-Netzwerkes



**DR. MED. CAY-BENEDICT VON DER DECKEN**

Oberarzt der Klinik für Internistische Rheumatologie  
Rhein-Maas Klinikum GmbH  
Mauerfeldchen 25, 52146 Würselen

Medizinisches Versorgungszentrum Stolberg (MVZ Stolberg GbR)  
Kaiserplatz 9, 52222 Stolberg

# ERFAHRUNGEN MIT DER EINFÜHRUNG IM KRANKENHAUS

unter anderem für Versorgungsforschung. Außerdem können beliebige Studien und Versorgungsverträge in RheDAT hinterlegt werden, sodass für alle Anforderungen nur einmal dokumentiert werden muss. Bei der Dokumentation ist es sehr hilfreich, dass das Programm sehr übersichtlich ist und noch zu dokumentierende Punkte farblich markiert sind. Der (üblicherweise quartalsweise) Datenexport ist denkbar einfach und mit wenigen Mausklicks zu erledigen.

Erwähnen möchte ich noch, dass so gut wie alle unserer Patienten die Fragebögen via Tablet oder Smartphone beantworten, hiermit kann enorm viel Zeit eingespart werden. Natürlich gibt es bei manchen älteren oder nicht digital affinen Patienten anfangs Hemmungen. Mit Unterstützung unseres Teams – auch manchmal mit etwas Nachdruck – kann dieses scheinbare Problem nahezu immer gelöst werden.

Ich arbeite nun seit 12 Jahren in der Rheumatologie in Würselen als RFA. Anfangs haben die Patienten die Fragebögen in Papierform ausgefüllt und wir mussten diese dann händisch in das Programm übertragen. Dann kamen endlich die Tablets und reduzierten den Aufwand ungemein. Mittlerweile haben viele unserer Patienten die RheCORD-App auf dem Smartphone und können die Fragebögen bequem von zu Hause ausfüllen.

In der RFA-Sprechstunde ist die Dokumentation in RheDAT nicht wegzudenken und eine große Erleichterung. Man hat einfach alles im Blick: Scores, Medikamente und Laborwerte. Ich freue mich auf die weitere digitale Entwicklung und die daraus resultierenden Arbeitserleichterungen.



Illustration  
Martin Fengel



**KERSTIN  
HEIMRICH-BOLZ**  
Sekretariat Klinik  
für Internistische  
Rheumatologie  
Rhein-Maas Klinikum  
GmbH

## NEUE EMPFEHLUNGEN ZU SYSTEMISCHEM LUPUS ERYTHEMATODES UND POLYMYALGIA RHEUMATICA VERÖFFENTLICHT

Erstmals auf dem Jahreskongress 2024 in Düsseldorf präsentiert, wurden kürzlich zwei neue, unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und klinische Immunologie (DGRh) erstellte Leitlinien veröffentlicht, so als Novum eine S3-Leitlinie zum systemischen Lupus erythematodes (SLE) und – als Update der früheren S3-Version – eine S2e-Leitlinie zur Polymyalgia rheumatica (PMR).

Auch wenn die insgesamt 53 (!) zum SLE inklusive Lupusnephritis, Antiphospholipid-syndrom sowie rund um Kinderwunsch und Schwangerschaft ausgesprochenen Empfehlungen zum größten Teil auf bestehenden Leitlinien internationaler Fachgesellschaften (vor allem EULAR und KDIGO) fußen, stellte die von den Koordinatoren um Dr. Johanna Mucke und Prof. Dr. Matthias Schneider, Düsseldorf, sowie dem Autorenteam 15 weiterer Fachgesellschaften und Patientenorganisationen erarbeitete Leitlinie eine große Herausforderung dar. Sie betont die Bedeutung einer frühen Diagnose und einer individuellen, patientenzentrierten Therapie. Ziel ist es, die Krankheitsaktivität zu kontrollieren, Organschäden zu verhindern und die Lebensqualität der Betroffenen





NEU!

# WISSEN, DAS IN DER PRAXIS ZÄHLT.

## RFA-aktuell.de



DAS NEUE ONLINE-PORTAL FÜR RHEUMATOLOGISCHES FACHWISSEN, PRAXISNAHE TIPPS UND INTERPROFESSIONELLEN AUSTAUSCH.





zu verbessern. An dieser Stelle seien nur einige der wichtigsten Punkte hervorgehoben.

#### SLE: DIE WICHTIGSTEN EMPFEHLUNGEN

Die Krankheitsaktivität sollte bei jeder Visite systematisch erfasst werden, um frühzeitig auf Veränderungen reagieren zu können. Die Glukokortikoid (GK)-Dosis sollte schnellstmöglich auf maximal 5 mg/Tag Prednisolon-Äquivalent verringert und idealerweise ganz abgesetzt werden. Hydroxychloroquin (HCQ) wird für alle Patientinnen ab Diagnosestellung mit einer Zieldosis von 5 mg/kg Körpergewicht empfohlen. Gelingt hierunter keine ausreichende Krankheitskontrolle bedarf es einer immunsuppressiven Therapie. Gleichrangig können Azathioprin, Methotrexat (MTX), Mycophenolat oder auch direkt Biologika wie Anifrolumab oder Belimumab eingesetzt werden.

Bei der aktiven **Lupusnephritis** (LN) wird eine initiale Therapie mit Cyclophosphamid (CYC) oder Mycophenolat in Kombination mit GK empfohlen. Eine Kombinationstherapie mit Belimumab oder Calcineurin-Inhibitoren kann erwogen werden. In refraktären SLE- und/oder LN-Fällen kann eine B-Zell-depletierende Therapie (also neueren Daten Rechnung tragend auch jensetis von Rituximab) erfolgen. Wichtigste Botschaft beim **Antiphospholipid-Syndrom** (APS): Direkte orale Antikoagulanzen sind bei Patientinnen mit thromboembolischem APS zu

vermeiden. Stattdessen empfiehlt die Leitlinie Vitamin-K-Antagonisten.

Eine **Schwangerschaft** sollte in einer stabilen Krankheitsphase geplant werden. Medikamente wie HCQ, Azathioprin, Ciclosporin und Tacrolimus können während der Schwangerschaft eingesetzt werden. Mycophenolat, CYC und MTX sollten vermieden werden. (1)

#### PMR: IL-6-Inhibition hält Einzug

Deutlich übersichtlicher ist mit sieben Empfehlungen die S2e-Leitlinie zur PMR, die von Prof. Dr. Frank Buttgerit, Berlin, als Hauptautor für die DGRh publiziert und von der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR), Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) sowie weiteren Fachgesellschaften und Organisationen getragen wird. Im Vergleich zur 2018er-Leitlinie wurden die Empfehlungen überarbeitet und auch neu geordnet. Erstmals formuliert die Leitlinie das übergeordnete Prinzip, Patienten mit Verdacht auf PMR unverzüglich an einen Rheumatologen zu überweisen, um die Diagnosesicherheit zu erhöhen und frühzeitig eine individualisierte Therapie zu ermöglichen.

Die wichtigste neue Empfehlung ist, Interleukin (IL)-6 Rezeptorinhibitoren zusätzlich zu GK einzusetzen – diese können bei Patienten mit rezidivierendem Verlauf angewandt werden, aber auch bei ausgewählten Patienten mit neu aufgetretener Erkrankung und hohem Risiko für GK-induzierte Nebenwirkungen erwogen werden (mögliche Alternativen sind MTX oder Rituximab). In Bezug auf GK als unveränderter Standardtherapie ist neu, dass die Dauer und Dosierung differenzierter beschrieben werden – angepasst an individuelle Therapieverläufe. Initial sollte eine GK-Dosis zwischen 15 und 25 mg/Tag Prednisolon-Äquivalent gewählt werden, mit nachfolgend (je nach Krankheitsaktivität, Labor und Nebenwirkungen) individueller Dosisreduktion. Die Dauer der GK-Therapie sollte bei einer Monotherapie höchstens ein Jahr bzw. in Kombination mit Biologika höchstens 16 Wochen betragen – bei einer Kombination mit MTX sollte eine individuelle Verkürzung auf 6–8 Monate angestrebt werden. Besonders wird die Notwendigkeit betont, den Einsatz von GK regelmäßig zu überprüfen und ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis sicherzustellen. (2)

1 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-008>

2 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-006>

# DIE ROLLE DER PFLEGE IN DER ARTHRITIS-VERSORGUNG IN DÄNEMARK

## Ein Blick über den Tellerrand

Im Rahmen des Educational Visit Grant for Health Professionals in Rheumatology der EULAR durfte ich im März 2025 eine einwöchige Hospitation im Copenhagen Center for Arthritis Research (COPECARE) im Rigshospitalet in Dänemark absolvieren. Ziel des EULAR-Programmes ist es, Mitarbeitenden in Gesundheitsberufen im Bereich der Rheumatologie einen internationalen fachlichen Austausch zu ermöglichen. Genau das ist mir gelungen.

Als Pflegefachperson im Bereich der akutstationären Rheumatologie habe ich neben dem Abschluss als Rheumatologische Fachassistenz (RFA) auch ein Masterstudium absolviert. Seit 2024 bin ich als Advanced Practice Nurse (APN) für Menschen mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) tätig. Dort begleite und berate ich insbesondere Patientinnen und Patienten mit seltenen rheumatischen Erkrankungen und hochkomplexen Versorgungssituationen.

Während meiner Hospitation im Rigshospitalet und COPECARE konnte ich die dortige Forschung und ambulante Patientenversorgung kennenlernen, die sich auf Menschen mit Arthritis (Rheumatoide Arthritis, Psoriasis-Arthritis, Spondyloarthritis) konzentriert. Das Tätigkeitsfeld unterscheidet sich teilweise von meinem aktuellen Arbeitsbereich, da diese Erkrankungen im stationären Kontext nur noch selten präsent sind. Dennoch



Abb. 1: Abschied vom COPECARE-Team (von links nach rechts: Kasper Yde Jensen, Tanja Thomsen, Prof. Bente Appel Espensen, Kendra Rohleder, Luise Holberg Lindgren, Signe Abild)





Abb. 2: Rigshospitalet, Glostrup, Dänemark

war es enorm bereichernd zu sehen, wie Theorie/Praxis-Transfer wirkungsvoll gelebt werden kann. In der Abteilung gibt es vier Professorinnen und Professoren, darunter eine pflegewissenschaftliche Professorin, die weiterhin in der direkten Patientenversorgung arbeiten. Mir wurden die bei COPECARE laufenden Forschungsprojekte vorgestellt, die insbesondere auf das Assessment und die Förderung von Selbstmanagementkompetenzen abzielen. Durch ein hohes Maß der Digitalisierung sowie die enge Vernetzung von Forschungszentrum und der Outpatient Clinic („Klinik-Ambulanz“) wird nicht nur der Forschungsprozess erleichtert, sondern auch die rheumatologische Versorgung unmittelbar positiv beeinflusst.

Aufgrund des sehr klinischen Fokus meiner eigenen Tätigkeit, interessierte mich neben dem Austausch über Forschung auch die tatsächliche Patientenversorgung. Das Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten ist in Dänemark nicht bekannt. In der Outpatient Clinic waren ausschließlich Pflegefachpersonen – häufig mit abge-

schlossenem Studium – tätig. Durch die Akademisierung der Pflegeausbildung in Dänemark vor einigen Jahren entstanden neue Positionen. So sind dort auch sogenannte Clinical Nurse Specialists mit Masterabschluss in der Patientenversorgung involviert. In den Behandlungspfaden zu den verschiedenen Erkrankungen waren die konkreten Aufgaben der Pflegepersonen festgelegt. Nach Diagnose einer rheumatoiden Arthritis sind beispielsweise feste Termine mit den Pflegenden vorgesehen. In diesen Terminen geht es neben der Information über Therapie und Nebenwirkungen auch um Selbstmanagementkompetenzen wie den Umgang mit der digitalen Patientenakte oder der Symptombeobachtung.

Nicht nur ich konnte während meines Auslandsaufenthalts viel lernen – auch die Mitarbeitenden in Kopenhagen profitierten von meinem Besuch. Erweiterte Rollen der Pflege in der akutstationären Versorgung sind auch in Dänemark bisher selten. Der Austausch über die Selbstmanagementförderung in den verschiedenen Versorgungsbereichen und die Diskussion über die Möglichkeiten und Grenzen von Assessments, waren für alle Beteiligten aufschlussreich.

Angesichts des zunehmenden Mangels an Fachpersonal und Rheumatologinnen und Rheumatologen in Dänemark wie auch in Deutschland wird deutlich, wie wichtig neue Versorgungsprozesse sind, die das Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten stärken. Die Hospitation hat gezeigt, welches Potenzial in erweiterten Handlungsfeldern für Health Professionals liegt – Potenzial, das wir dringend nutzen sollten.

#### **KENDRA ROHLEDER, M. SC.**

Advanced Practice  
Nurse (APN)  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover

# Bewerben Sie sich!

Alle zwei Jahre wird der RFA-Award vergeben, der die Arbeit der Rheumatologischen Fachassistenz besonders hervorhebt. Die RFA ist das Bindeglied zwischen Arzt, Patient und den Angehörigen. Sie gestaltet mit an der Basis für Therapietreue, Behandlungserfolg und verbesserter Lebensqualität der Patienten. Sagen Sie uns, wie Sie arbeiten. Geben Sie uns einen Einblick in Ihre Alltag!

## **Bewerben - womit denn?**

Sie sind ein eingespieltes Team? Sie werden in die Patientenversorgung integriert? Ihre optimierten Aufgaben, Arbeitsweisen und Strukturen sind es, die wir kennen lernen möchten. Stellen Sie uns Ihr Engagement exemplarisch für eine zukunftsorientierte Verbesserung der Patientenversorgung im Team mit den Rheumatologen vor. Reichen Sie Ihre Bewerbung ein. Wir sind gespannt!

## **Bewerbung als Team**

Es spielt keine Rolle, wie groß oder klein Ihre Institution ist: Ein Team besteht bereits aus Arzt und einer rheumatologischen Fachkraft.

# Machen Sie mit!



Mehr Informationen  
erhalten Sie hier:  
[www.rfa-award.de](http://www.rfa-award.de)

**Einsendeschluss Ihrer Bewerbung:**  
**28.11.2025**





## WISSENSWERTES ZU RSV, HERPES ZOSTER UND PNEUMOKOKKEN

Impfen ist gerade für ältere und chronisch kranke Menschen ein zentraler Baustein der Gesundheitsvorsorge. Wer z. B. eine rheumatische Erkrankung hat oder Medikamente einnimmt, die das Immunsystem dämpfen, ist anfälliger für Infektionen – und diese verlaufen dann oft schwerer. Die gute Nachricht: Es gibt neue Impfstoffe, die gezielt gegen gefährliche Erreger wie das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV), Herpes Zoster und Pneumokokken schützen. Was sich hier zuletzt getan hat, fasse ich im Folgenden zusammen.

### RSV

Seit 2023 sind erstmals in Europa RSV-Impfstoffe für ältere Erwachsene zugelassen – konkret Arexvy und Abrysvo. Beide richten sich an Menschen ab 60 Jahren, also genau die Gruppe, bei der RSV-Infektionen besonders schwere Verläufe nehmen können, vor allem bei Vorerkrankungen wie COPD, Herzschwäche oder bei Immunsuppression. In großen Studien konnten beide Impfstoffe das Risiko für schwere Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte deutlich senken. Die STIKO empfiehlt die Impfung seit 2024 für alle Patientinnen und Patienten ab 60 Jahren sowie bei jüngeren Risikopatientinnen und -Patienten nach individueller Einschätzung. Auch bei Rheumapatientinnen und -patienten sollte geprüft werden, ob eine RSV-Impfung sinnvoll ist, besonders bei geplanter oder laufender immunsuppressiver Therapie.

### HERPES ZOSTER

Die Gürtelrose ist mehr als nur ein unangenehmer Hautausschlag: Vor allem die Post-Zoster-Neuralgie (PZN) kann das Leben nachhaltig beeinträchtigen. Mit Shingrix

# Neue Impfperspektiven für ältere Erwachsene

steht ein wirksamer Totimpfstoff zur Verfügung, der zuverlässig schützt – auch bei Menschen mit geschwächtem Immunsystem. Die STIKO empfiehlt ihn ab 60 Jahren für alle, ab 50 bei bestimmten Grunderkrankungen. Der Impfstoff ist gut wirksam, auch wenn man Medikamente wie Kortison oder Biologika nimmt. Lokale Impfreaktionen wie Schmerzen an der Einstichstelle sind häufig, aber meist harmlos. Idealerweise wird vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie geimpft, aber auch danach ist es grundsätzlich möglich.

## PNEUMOKOKKEN

Pneumokokken sind eine der Hauptursachen für Lungenentzündungen bei älteren Menschen. Die STIKO hat ihre Empfehlungen in diesem Bereich zuletzt aktualisiert: Der 20-valente Konjugatimpfstoff PCV20 (Prevenar 20) soll künftig sowohl für Menschen ab 60 Jahren als Standardimpfung als auch für chronisch Kranke ab 18 Jahren eingesetzt werden. Auch wer früher bereits geimpft wurde (z. B. mit PCV13 oder PPSV23), kann nun, je nach Vorimpfung, eine Auffrischung mit PCV20 erhalten. Der empfohlene Abstand beträgt je nach Konstellation ein bis sechs Jahre. PCV20 deckt die wichtigsten Serotypen ab, die vor allem bei älteren Erwachsenen problematisch sind.

## FAZIT

Die Welt der Impfstoffe hat sich weiterentwickelt und gerade für ältere oder immungeschwächte Menschen eröffnen sich neue Möglichkeiten, sich wirksam vor gefährlichen Infektionen zu schützen. Für die rheumatologische Praxis bedeutet das: Impfberatung gehört mehr denn je zur täglichen Arbeit. Wir als RFAs können hier eine zentrale Rolle übernehmen bei Aufklärung, Organisation und Dokumentation. So wird aus einer Spritze ein echtes Plus für die Gesundheit. Daher absolviere ich viele, sehr gehalt- und wertvolle Fortbildungen bei der Impfakademie, die ich allen sehr ans Herz legen kann. Bei der Impfakademie gibt es ein großes Portfolio an Online-Fortbildungen rund ums Impfen. Außerdem gibt es einen großen Fundus zum Nachschlagen, informieren, Infomaterial für die Praxis u. v. m., schaut einfach mal rein und meldet euch an, es wird euch bestimmt gefallen.

Wer sich informieren möchte: <https://www.impfakademie.de/>.



## BEATE MANNWEILER

Rheumatologische  
Fachassistentin

Dr. med. Michael  
Schürmann  
Privatpraxis für  
Innere Medizin und  
Rheumatologie  
Düsseldorfer Str. 98  
45481 Mülheim-Saarn

## NEUE STUDIEN KURZ & KOMPAKT

Die Vorzüge einer Nurse-betreuten Versorgung sind im Grunde in allen rheumatologischen Indikationen nachweisbar, so kürzlich etwa bei Gicht. Systematische Reviews im Verbund mit Metaanalysen bestätigen diesen Zusatznutzen zur ärztlichen Betreuung bei rheumatoider Arthritis (RA) und Kollagenosen.

### 1

#### BESSERE MEDIKAMENTENTREUE BEI GICHT ERREICHBAR

Patienten mit Gicht zeichnen sich unter anderem durch Unzuverlässigkeit bezüglich der Handhabung von Risikofaktoren und Lebensgestaltung, insbesondere auch im Hinblick auf die Einnahme ihrer Medikamente aus. Je besser die Beratung und Betreuung, desto besser dürfte es auch gelingen, diese Probleme zu minimieren.

Eine dänische Untersuchung verglich bei 286 Gicht-Patienten die Auswirkungen einer Nurse-basierten Betreuung mit einer Standardversorgung (sogenanntem „Usual Care, UC“). (1) Die Auswirkungen und Unterschiede waren gravierend. So erreichten 83 % der Patienten unter Nurse-basierter Betreuung anhaltend den Harnsäure-Zielwert von 6 mg/dl, aber nur 44 % in der UC-Gruppe. Sensationelle 98 % der Patienten in der Nurse-Gruppe nahmen nach zwei Jahren ihre Medikamente noch zuverlässig ein, hingegen nur 73 % in der UC-Gruppe. 4 % im Vergleich zu 23 % starben innerhalb des zweijährigen Beobachtungszeitraums.

Allerdings war die Nurse-basierte Betreuung erwartungsgemäß arbeitsintensiver, es fanden jährlich zwei zusätzliche Visiten und drei Telefon-Kontakte statt.

# Journal-Club

## RA: REDUZIERTE KRANKHEITSAKTIVITÄT, BESSERE SELBSTWIRKSAMKEIT



Systematische Reviews mit Metaanalyse werten die Ergebnisse mehrerer (oft sehr vieler) Einzelstudien mit hoher Qualität zusammen, dadurch soll eine höhere Datenbreite und Aussagekraft der Ergebnisse entstehen. Eine kürzlich publizierte derartige Auswertung mit 14 zusammengefassten Studien und 3.369 erfassten Patienten wertete die Effektivität der Nurse-basierten Betreuung im Vergleich zum "Standard of Care" bei RA aus. (2)

Sowohl die Krankheitsaktivität als auch die Selbstwirksamkeit ("Self Efficacy") besserten sich in der Nurse-Gruppe signifikant stärker, in allen weiteren untersuchten Parametern war die Nurse-basierte Betreuung zumindest nicht unterlegen. Die Arbeitsbelastung der Rheumatologen wurde durch diese intensivierete Betreuung verringert.

## KOLLAGENOSEN: EKLATANTER ZUGEWINN BEI GESUNDHEITSTATUS



Ein weiterer systematischer Review mit Metaanalyse hatte das gleiche Thema, jedoch bei Patienten mit systemischem Lupus erythematoses (SLE; vier Studien ausgewählt) und systemischer Sklerose (SSc; eine Studie), mehr als 600 Patienten hatten an den Studien teilgenommen. (3) In diesem Krankengut war der Effekt der Nurse-basierten Betreuung besonders ausgeprägt. Sämtliche untersuchten Patient-Reported Outcome (PRO)-Parameter besserten sich darunter signifikant mehr, ebenso der Gesundheitsstatus im SF-36 und beim SLE auch Parameter der Krankheitsaktivität sowie Fatigue und Schlafqualität, bei der SSc der mituntersuchte Score für Depression und Angst (GHQ-12).

### PROF. DR. MED. KLAUS KRÜGER

Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie  
Praxiszentrum St. Bonifatius  
St.-Bonifatius-Str. 5, 81541 München

1 Rasmussen C et al., RMD Open 2024; 10(2): e004179

2 Yang L et al., BMJ Open Qual 2025; 14(1): e003037

3 Wojcick RK et al., BMC Nurs 2023; 22(1): 232



## ANTI- INFLAMMATO- RISCHE ERNÄHRUNG BEI RHEUMA

Viele Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen haben die Erfahrung gemacht, dass die Ernährungsform bzw. der Verzehr bestimmter Lebensmittel wie Fleisch die Krankheitsaktivität und Schubfrequenz beeinflusst. In den letzten Jahren rückte der Stellenwert einer geeigneten Ernährungsform zunehmend in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses.

Experimentelle Modelle liefern Hinweise für den Einfluss der Ernährung oder einzelner Makro- und Mikronährstoffe auf eine Vielzahl von Pathomechanismen der rheumatoiden Arthritis (RA) und weiterer entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. (1) Die Zahl klinischer kontrollierter und randomisierter Studien zur Ernährungsmodifikation bei rheumatischen Erkrankungen ist allerdings noch immer gering, was u. a. auch auf die Schwierigkeiten beim Studiendesign und der Finanzierung zurückzuführen ist. Bislang stammen daher die meisten Empfehlungen aus prospektiven oder retrospektiven Beobachtungs- bzw. Kohortenstudien, in denen bestimmte Ernährungsmuster unter nicht-kontrollierten Bedingungen untersucht wurden. Die vorhandenen Studien genügen somit meist nicht den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin, sodass die klinische Evidenz für den rheumatischen Formenkreis deutlich schwächer im Vergleich zu kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen ist und sich mit wenigen Ausnahmen nur auf die häufigste rheumatische Systemerkrankung, die RA bezieht. (2) Großes Interesse findet derzeit in der Laienpresse die sog. antientzündliche

Ernährung, wie die Anzahl von Publikationen und/oder Beiträgen zu diesem Thema im Internet zeigt.

### WARUM ANTIINFLAMMATORISCHE ERNÄHRUNG BEI RHEUMA?

Rheumatischen Systemerkrankungen liegt eine chronische Entzündung zugrunde. Auch häufige Komorbiditäten wie z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus und Adipositas sind Folge einer chronischen (meist stillen) Entzündung. Eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Entzündungsprozesse scheinen Lebensstilfaktoren wie eine ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel und/oder Umwelttoxine zu spielen. Diese verursachen u. a. eine erhöhte Darmpermeabilität, triggern im Darm entzündliche Prozesse und lösen im weiteren Verlauf über die Darm-Gelenk-Achse proentzündliche Veränderungen in den Gelenken aus. (3) Diesen Entzündungsprozessen kann – so die Hypothese – durch antientzündliche Lebensmittel gegengesteuert werden.

### PRO-/ANTIENZÜNDLICHE MAKRONÄHRSTOFFE

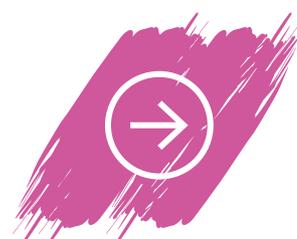
Anhand von Tiermodellen und aufgrund der vorliegenden klinischen Studien besteht heute weitgehender Konsens über folgende Einordnungen der Makronährstoffe Fett und Kohlenhydrate. Tierisches Fett, v. a. verarbeitetes Schweinefleisch und Wurst, enthalten viel Arachidon-

säure bzw. Präkursoren, die in vitro und im Tiermodell proinflammatorisch wirken und deshalb reduziert werden sollten. Das gilt auch für gesättigte Fettsäuren und einzelne Metabolite wie Trimethyl-Aminoxyd (TMAO), ein Abbauprodukt aus dem Phospholipid Cholin, das vor allem in Fleisch und Milchprodukten enthalten ist. Seit längerem bekannt ist die antientzündliche Wirkung von Omega-3-Fettsäuren (Eicosapentaensäure [EPA], Docosahexaensäure [DHA] und alpha-Linolensäure), mehrfach ungesättigten Fettsäuren mariner und pflanzlicher Herkunft. Ein Ersatz gesättigter Fettsäuren durch vermehrten Verzehr von Omega-3-Fettsäuren enthaltenden Ölen (z. B. Leinöl, Rapsöl), Gemüse, Nüssen, Algen und fettem Fisch wie Lachs, Forelle, Makrele, Thunfisch scheint im Rahmen einer gesundheitsorientierten Ernährung empfehlenswert. Konkrete Dosisempfehlungen existieren nicht, zumal die Resorption der Omega-3-Fettsäuren interindividuell stark unterschiedlich ist. Außerdem kann ihre Bioverfügbarkeit z. B. durch eine fettreiche Mahlzeit gesteigert werden. Im Gegensatz dazu wirken Omega-6-Fettsäuren, mehrfach ungesättigte Fettsäuren wie Linolsäure (in Sonnenblumen- und Distelöl) oder Arachidonsäure (meist tierischen Ursprungs: Fleisch, Eier, Milchprodukte) entzündungsfördernd. Sie sind Vorstufen von Prostaglandinen und Leukotrienen und sollten daher nur in geringer Menge konsumiert werden. Das ideale Omega-3-/6-Fettsäuren-Verhältnis sollte bei  $\geq 3:1$  liegen.

Eine interessante Gruppe gesättigter Fettsäuren sind die mittelkettigen Fettsäuren (MCT), die z. B. in der Kokosnuss reichlich enthalten sind. MCT-Fette enthalten zwischen 8 und 12-C-Atomen (z. B. Capryl-/Caprinsäure) und haben das Potenzial, das Darmmikrobiom zu modulieren. Sie werden bereits seit den 1960er-Jahren bei gastroenterologischen Erkrankungen wie dem Kurzdarm-Syndrom, primär biliärer Zirrhose und chronischer Pankreatitis therapeutisch eingesetzt. Im Gegensatz zu langkettigen Fettsäuren werden sie direkt durch das Dünndarmepithel aus dem Darm resorbiert und in der Leber primär zu Ketonkörpern wie z. B.  $\beta$ -Hydroxybutyrat verstoffwechselt. Letzteres wirkt durch Hemmung des NALP3-Inflammasoms antientzündlich (4) und dient dem Gehirn als wichtige Energiequelle. Ketonkörper wie  $\beta$ -Hydroxybutyrat, Aceton und Acetoacetat entstehen auch beim (Heil)fasten. Dessen therapeutische Wirkung wird auch den Ketonkörpern zugeschrieben. Eine prospektive, randomisierte Studie (MIKARA) belegte erstmals positive Effekte eines Supplements aus mittelkettigen Fettsäuren (30 g/Tag) und Ballaststoffen (30 g/Tag) auf die Krankheitsaktivität (SDAI) sowie einen signifikanten  $\beta$ -Hydroxybutyrat-Anstieg unter MCT-Fetten bei RA-Patienten. (5)

## KOHLLENHYDRATE

Für raffinierte Zucker sind ungünstige kardiovaskuläre, adipogene sowie leicht proinflammatorische Wirkungen belegt. Spezifische Studiendaten bei rheumatischen Erkrankungen fehlen aber. Für Gluten werden experimentell proinflammatorische Wirkungen, auch ohne Bestehen einer Zöliakie beschrieben, allerdings fehlen konsistente Studiendaten für den Nutzen einer glutenfreien Diät. Ebenfalls zu den Kohlenhydraten gehören sog. Kohlenhydratpolymere, die für den Menschen überwiegend unverdaulich sind. Hierbei handelt es sich auch um Ballaststoffe, die vorwiegend in pflanzlichen Lebensmitteln vorkommen. Sie haben eine Vielzahl gesundheitsförderlicher Wirkungen u. a. auch auf das Darmmikrobiom und können von Bakterien (nicht jedoch vom Menschen) verstoffwechselt werden. Dabei entstehen v. a. kurzkettige Fettsäuren wie Acetat, Propionat und Butyrat. Kurzkettige Fettsäuren haben im Darm eine immunmodulatorische Wirkung (vermehrte IgA-Produktion, Zunahme entzündungshemmender Treg-Zellen sowie Interleukin-18, Hemmung



des NALP3-Inflammsoms) und wirken einer Dysbiose entgegen. Systemische Wirkungen sind nicht nur auf das Immunsystem, sondern auch auf den Glukosehaushalt und den Lipidstoffwechsel belegt. (6)

## SEKUNDÄRE PFLANZENSTOFFE UND ANTIOXIDANTIEN

Antioxidantien wie Flavonoide und Polyphenole (Quercetin), Tocopherol oder Vitamin C sowie die Spurenelemente Selen, Zink, Mangan und Kupfer sind ebenfalls eher antientzündlich wirksam wie auch Probiotika (Lactobazillen, Bifidobakterien). Auch Gewürze wie Ingwer, Zimtpulver, Safran und Kurkuma sowie Probiotika (Lactobazillen, Bifidobakterien) scheinen antientzündlich zu wirken, zumindest sprechen einige präklinische Daten und kleinere Studien (jedoch meist geringer) Qualität dafür.

## ANTIINFLAMMATORISCHE ERNÄHRUNG

Eine antiinflammatorisch wirksame Ernährung beschreibt damit im wesentlichen traditionelle Ernährungsgewohnheiten des Mittelmeerraumes und wird deshalb oft als mediterrane Ernährung bezeichnet. Diese weist abhängig von Ländern und Regionen eine hohe Variabilität auf, hat jedoch wichtige Elemente gemeinsam. Dazu gehören

- ein hoher Anteil pflanzenbasierter ballaststoff-reicher Nahrung: Früchte, Gemüse, Hülsenfrüchte, Nüsse, Brot, Cerealien
- Olivenöl als wichtigste Quelle von Fetten, und ein niedriger Anteil gesättigter tierischer Fette (z. B. Butter und Schmalz)
- Milchprodukte in Form von Käse, Joghurt und Kefir
- Fisch und Geflügel bei einem deutlich reduzierten Anteil von „rotem“ Fleisch
- Ein deutlich reduzierter Anteil von Haushaltszucker und Glukose-Fruktose-Sirup (enthalten z. B. in Softdrinks), frittierten Speisen und vor allem hochverarbeiteten Lebensmitteln
- Fakultativ: Weinkonsum in geringen Mengen ( $\leq 10$  g Alkohol/Tag) zu den Mahlzeiten, die idealerweise immer frisch zubereitet werden und in Gesellschaft eingenommen werden sollten. (7)

## KLINISCHE STUDIEN ZUR ANTIINFLAMMATORISCHEN ERNÄHRUNG BEI RA

Leider ist die klinische Studienlage zur antiinflammatorischen (mediterranen) Ernährung (noch immer) nicht gut.

In einem systematischen Review wurden drei randomisierte, kontrollierte Studien zu den Auswirkungen eines distinkten Ernährungsmusters (mediterrane Ernährung, vegane Rohkost, entzündungshemmende mediterrane Ernährung) auf den DAS28 identifiziert, davon eine Cross-Over Studie. Alle Studien wurden in Skandinavien von unterschiedlichen Forschungsgruppen durchgeführt. Eine Studie (8) zu den Auswirkungen der antientzündlichen (mediterranen) Ernährung auf die Krankheitsaktivität über zwölf Wochen führte zu einer kleinen, aber signifikanten DAS28-Verbesserung sowie von zwei Dimensionen des SF-36 in der Interventionsgruppe (n=25) im Vergleich zur Kontrolldiät (gewohnte Ernährung). Die Wirkung korrelierte mit der Aufnahme von Omega-3-Fettsäuren und war nicht abhängig von der Gewichtsreduktion, die unter dieser Therapie ebenfalls beobachtet wurde. In einer Cross-Over Studie (ADIRA) wurde die Wirkung einer antientzündlichen Ernährung, die reich an Hülsenfrüchten, Früchten und Fisch war und durch Probiotika ergänzt wurde (n=26), im Vergleich zur Kontrollgruppe (n=24) untersucht. Der primäre Endpunkt wurde nicht erreicht, was wahrscheinlich auf eine zu geringe statistische Power der Studie zurückzuführen ist. In der unbereinigten Analyse verbesserte sich der DAS28 in der Interventionsgruppe nach 10-wöchiger Intervention signifikant. (9) Im Gegensatz zu diesen Studien fand eine andere (10) keinen Effekt einer veganen Rohkostdiät auf den DAS28 nach einer 12-wöchigen Intervention.

Große Beachtung fand kürzlich die randomisierte, kontrollierte Studie „Plants for Joints“ (PFJ). Hier nahmen in der Interventionsgruppe RA-Patienten an einem 16-wöchigen Lebensstilprogramm teil, das neben einer pflanzlichen Vollwertkost auch körperliche Aktivität und Stressbewältigung umfasste, während die Kontrollgruppe die übliche Therapie erhielt. Von 83 randomisierten Personen schlossen 77 die Studie ab. Nach 16 Wochen hatte sich der DAS28 in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe um durchschnittlich 0,9 Punkte verbessert. Die PFJ-Intervention führte zudem zu einer stärkeren Abnahme des Körpergewichts (Differenz -3,9 kg), der Fettmasse (-2,8 kg), des Taillenumfangs (-3 cm), des HbA1c (-1,3 mmol/mol) und der Low-Density-Lipoproteine (-0,32 mmol/l). (11)

## FAZIT UND EMPFEHLUNGEN

Zusammengefasst ist somit die Evidenz, dass eine antiinflammatorische Ernährung die Krankheitsaktivität bei

6 Chang KH. Cell Mol Immunol 2023; 20(4): 341-350 | 7 Keysser G et al., Z Rheumatol 2023; 82(6): 517-531 | 8 Sköldstam L et al., Ann Rheum Dis 2003; 62(3): 208-214 | 9 Vadell AKE et al., Am J Clin Nutr 2020; 111(6): 1203-1213 | 10 Nenonen MT et al., Br J Rheumatol 1998; 37(3): 274-281 | 11 Wallrabenstein W et al., Rheumatology 2023, 62(8):2683-2691

RA beeinflusst, (noch) als moderat einzuschätzen. Der Haupteinfluss z. B. einer mediterranen Ernährung scheint eher auf der Schmerzreduktion als auf der objektiv messbaren Krankheitsaktivität zu liegen. So zeigte kürzlich eine Metaanalyse eine signifikante Verbesserung der Schmerzen bei RA-Patienten, die eine entzündungshemmende Ernährung im Vergleich zur üblichen Kost erhielten.

Aktuell empfiehlt die DGRh-Kommission Komplementäre Heilverfahren und Ernährung RA-Patienten eine mediterrane Ernährung, d. h. eine Pflanzen-basierte, ballaststoffreiche, Kohlenhydrat-reduzierte Kost mit einem hohen Anteil an Gemüse, Früchten, Cerealien und Olivenöl. (7) In diese Empfehlung fließt ein, dass bei RA häufige Komorbiditäten wie z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes mellitus durch eine mediterrane Kost günstig beeinflusst werden können. Die Evidenz hierfür ist durch prospektive randomisierte Studien wie die spanische PREDIMED-Studie, die unter mediterraner Ernährung eine signifikante Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität sowie auch der Mammakarzinom-Inzidenz gezeigt hat, deutlich besser als bei RA. (12, 13) Ähnlich positive Daten auf das Outcome konnten auch für die mediterrane anti-entzündliche Ernährung bei Diabetes mellitus gezeigt werden. Inwieweit auch anti-entzündlich wirksame Supplemente, zur supportiven Therapie eingesetzt, (additiv) klinische Effekte haben können, sollte in weiteren Studien untersucht werden.

Abschließend ist zu beachten, dass eine anti-entzündliche Ernährung auch mit heimischen Lebensmitteln möglich ist und aus ökologischen Gründen für Patienten eine sinnvolle Alternative sein könnte. Hier können Rapsöl statt Olivenöl, lokales Gemüse wie Wurzelgemüse und Kohl, heimische Beeren und Nüsse und sowie Fische wie Hering und Makrele bevorzugt auf dem Speiseplan stehen.



**PROF. DR. MED. MONIKA REUSS-BORST**

Schwerpunktpraxis für Rheumatologie  
Frankenstr. 36  
97708 Bad Bocklet



## BÜCHERTIPPS



### RHEUMA – WISSEN STATT MYTHEN: RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN VERSTEHEN UND IN DEN GRIFF BEKOMMEN ODER „EIN KOMPASS FÜR MÜNDIGE PATIENTEN“

Bei unseren Patienten kursieren Halbwahrheiten über Rheuma, die bringen uns immer wieder zum Staunen. Dr. Peer Aries gibt dagegen die richtige Lektüre an die Hand: Mit Leichtigkeit stellt er Mythen und Fakten gegenüber und bringt so Licht ins Dunkle der komplexen Fachrichtung des Rheumatismus. Ein Buch nicht nur für RFAs, sondern auch für unsere Patienten.

von Dr. med. Peer Aries, ISBN 978-3-499-01109-2

### CORMORAN STRIKE-REIHE



Wer kennt sie nicht, die Harry Potter-Bücher von J. K. Rowling. Ich habe Sie verschlungen. Aber die Autorin kann nicht nur Fantasy: Unter dem Pseudonym Robert Galbraith schreibt sie seit 2013 eine Kriminalroman-Reihe über den Privatdetektiv Cormoran Strike und seiner Assistentin Robin Ellacott. Die Ermittlungen gehen von Ehebrechern über ungeklärte Morde bis zu Drogendelikten. Auch die politischen Intrigen Londons dürfen nicht fehlen. Natürlich kommt das Privatleben der beiden auch nicht zu kurz.

Und falls die einen oder anderen lieber zuhören – es gibt beide Büchertipps auch als Hörbücher.

**INES JOPPA, RFA**

PRAXISZENTRUM ST. BONIFATIUS

ST.-BONIFATIUS-STR. 5, 81541 MÜNCHEN

# Mikara, mehr als ein gewöhnlicher Shake.

Zum Diätmanagement  
bei rheumatoider Arthritis.  
Von Experten entwickelt.

Scannen Sie den  
QR-Code, um unsere  
Webseite zu besuchen.



Dr'Schär



 **mikara**  
www.mikara.info

# RHEUMAQUIZ VON UND MIT PROF. KLAUS KRÜGER

So ganz allmählich muss der Schweregrad unseres Ratespiels in einer Zeit, wo die Fachassistenz durch ihre ständigen Fortbildungsaktivitäten mit ihrem Wissen so manchen Chef überflügelt, angehoben werden - deshalb fortan keine Alltagsfragen mehr!!

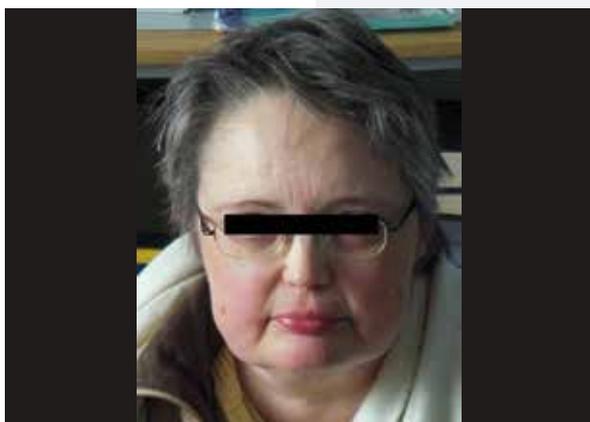
## FALL 1



**Die 63-jährige RA-Patientin bietet neben hoch positivem Rheumafaktor und der gezeigten Sple-nomegalie eine Leukopenie. Wie nennt man das Krankheitsbild?**

- a. Löfgren-Syndrom
- b. Felty-Syndrom
- c. Sjögren-Syndrom
- d. Heerfordt-Syndrom

## FALL 2



**Eine 53-jährige Patientin mit SLE - welches Medikament verursacht am ehesten den veränderten Habitus im Gesicht?**

- a. Mycophenolat Mofetil
- b. Hydroxychloroquin
- c. Prednisolon
- d. Belimumab

# Blickdiagnose – raten Sie mit!

LESEN SIE DIE AUFLÖSUNG AUF SEITE 38

## FALL 3

**Bei dieser 48-jährigen Patientin – Grundkrankheit Granulomatose mit Polyangiitis – entwickelt sich über Nacht diese höchst schmerzhafteste, überwärmte Veränderung – Diagnose?**

- a. Akuter Vaskulitis-Schub
- b. Lupus-Erythem bei Overlap mit SLE
- c. Prellung im Handgelenk mit Einblutung
- d. Erysipel



## FALL 4

**Der junge libanesische Patient klagt über häufige Aphthen im Mund, anamnestisch mehrfach Thrombophlebitiden und „Augenentzündungen“, er ist HLA-B27-positiv. Zu welcher Erkrankung passt das am ehesten?**

- a. Axiale Spondyloarthritis
- b. Familiäres Mittelmeerfieber
- c. Morbus Behçet
- d. Kawasaki-Syndrom





## TERMINE

### **EULAR 2025 IN BARCELONA**

Der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V. ist Mitglied der EULAR HPR (Health Professionals in Rheumatology) und eine Delegation wird auch in diesem Jahr vom 11. bis 14. Juni 2025 teilnehmen, sich international austauschen und Neues erfahren.

### **DER FACHVERBAND LÄDT EIN!**

12. Zoom-Webinar mit Prof. Klaus Krüger und Prof. Christian Kneitz

#### **Hot Topics der Rheumatologie zur Jahresmitte – Was sollte die MFA/RFA wissen?**

DONNERSTAG, 26. JUNI 2025  
18:30 Uhr bis 20:00 Uhr

Mit freundlicher Unterstützung Abbvie

BEI INTERESSE AN DER TEILNAHME:  
info@forum-rheumanum.de

### **DER FACHVERBAND LÄDT EIN!**

#### **Virtuelle MFA/RFA-Fortbildung per Livestream aus dem Studio**

MITTWOCH, 9. JULI 2025, 16:00 Uhr bis 19:00 Uhr

THEMENSCHWERPUNKTE: Ursachen und Management unklares Fieber sowie Überblick, Ursache und Therapiemanagement bei Immundefekten

Mit freundlicher Unterstützung Sobi | CSL Behring

BEI INTERESSE AN DER TEILNAHME:  
info@forum-rheumanum.de

### **DER FACHVERBAND LÄDT EIN!**

#### **24. Fortbildungstreffen der Rheumatologischen Studien- und FachassistentInnen**

MITTWOCH, 17. SEPTEMBER 2025  
14:30 Uhr bis 18:15 Uhr

DONNERSTAG, 18. SEPTEMBER 2025  
08:30 Uhr bis 16:30 Uhr

RheinMain Congress Center,  
Friedrich-Ebert-Allee 1, 65185 Wiesbaden  
Erdgeschoss| Halle Süd | Segment C



### **RFA AWARD 2026**

#### **Verleihung des RFA Award für teambasierte Versorgung**

Die Leistung der RFA sichtbar wertschätzen.  
Jetzt als Team der delegativen Rheuma-Patienten-  
versorgung bis zum 28.11.2025 bewerben!

## Fortbildungstermine der RFA

### Rheumatologie zum Kennenlernen 15. November 2025, virtuell

Mit dieser eintägigen Veranstaltung führt die Rheumaakademie auch Nicht-Mediziner:innen in die Rheumatologie ein. Die Referierenden stellen darin die Grundzüge rheumatologischer Erkrankungen vor und geben einen Überblick über Ursachen und Häufigkeit, Diagnostik und Therapie. Der Kurs richtet sich vor allem an Fachassistent:innen aber auch Studierende der Humanmedizin und Mitarbeitende von Pharmafirmen und andere Interessierte. Die Autor:innen des Curriculums möchten die Teilnehmenden befähigen, Zusammenhänge in der Rheumatologie zu erkennen. Nutzen Sie die Chance zur Weiterentwicklung!



Weitere Infos  
und Hinweise zur  
Anmeldung finden Sie unter:



### Refresh- und Update-Kurs RFA 29. - 30. November 2025, München



Der Refresh- und Updatekurs für Rheumatologische Fachassistenten bietet eine kompakte Wiederholung wichtiger Grundlagen sowie Einblicke in aktuelle Entwicklungen der internistischen Rheumatologie. Neue Therapien, moderne Diagnostik und Erkenntnisse zu Strategien und Sicherheit stehen im Fokus. Interaktive Elemente, praxisnahe Fallbeispiele und vermeidbare Fehler aus dem Berufsalltag fördern den Austausch. Ergänzt wird das Wochenende durch ein begleitendes Skript mit Vorträgen und vertiefenden Informationen.

Seien Sie dabei  
und melden sich  
jetzt an!



### Weitere Veranstaltungen:

#### RFA Grundkurs

13. September bis  
07. Dezember 2025, Fulda

#### TTT-Seminar „StruPI“

24. September /  
01. Oktober 2025, virtuell

#### Aufbaukurs RFAplus – 1. Block

04. - 05. Oktober 2025, Berlin

#### Grundkurs RFA

27. September bis  
14. Dezember 2025, Hamburg

#### TTT-Seminar „StruPI“

22. / 29. Oktober 2025, virtuell

### Rheumatologische Fortbildungsakademie GmbH

Wilhelmine-Gemberg-Weg 6  
Aufgang C

10179 Berlin

Telefon: 030 240 484 - 80

Telefax: 030 240 484 - 89

info@rheumaakademie.de

www.rheumaakademie.de

# Blickdiagnose – raten Sie mit! Auflösung

## MEIN ERGEBNIS

### 4x richtig

Besser geht es nicht – schicken Sie Ihren Chef in die Rente und übernehmen Sie die Praxis!

### 3x richtig

Sie sind auf dem Weg zum rheumatologischen Profi – schon mal überprüfen, wann die nächsten Termine für Facharzt-Prüfung sind.

### 2x richtig

Gar nicht so schlecht – aber fleißig weiter den rheumatologischen Bildatlas studieren kann nicht schaden.

### 1x richtig

Na ja – Wissensstand noch nicht so ganz überzeugend, aber Hoffnung auf Besserung besteht.

### 0x richtig

Eijei ...

## FALL 1

**RICHTIGE LÖSUNG B** – Das heute seltener gewordene Felty-Syndrom ist eine besonders ungünstige Variante der RA mit genetischer Prädisposition und oft auch mit besonderer Infektanfälligkeit verbunden.

## FALL 2

**RICHTIGE LÖSUNG C** – Es handelt sich um ein iatrogenes Cushing-Syndrom. Die Patientin betreibt leider trotz ausreichender Information eine intensive Selbstmedikation – aufkommende Schmerzen führen zur so-fortigen Einnahme von 20-40 mg Prednisolon.

## FALL 3

**RICHTIGE LÖSUNG D** – Bei genauem Hinsehen sieht man auch distal Eitereinlagerung. Mit intensiver Immunsuppression (Rituximab + Azathioprin + Prednisolon) hatte die Patientin ein stark erhöhtes Infektionsrisiko.

## FALL 4

**RICHTIGE LÖSUNG C** – Das HLA-B27 war ein Zufallsbefund und hat mit dem klinischen Geschehen nichts zu tun. Hinter den „Augenentzündungen“ verbarg sich eine rezidivierende Pan-Uveitis. Die Befundkonstellation kommt so nur beim Morbus Behçet vor, hierzu passt die Herkunft aus dem Libanon.



# Vorschau

**EULAR-KONGRESS 2025**  
NEUE STUDIEN UND LEITLINIEN  
AUS BARCELONA

HPR: EIN UPDATE AUS DEM  
BLICKWINKEL DER RFA

**GESUNDHEITSSYSTEM 2024**  
EINEN BLICK IN DIE GLASKUGEL WAGT  
*PROF. DR. FERDINAND M. GERLACH*

**ERNÄHRUNG UND RHEUMATOLOGIE**  
TEIL 2: BALLASTSTOFFE  
*PROF. MONIKA REUSS-BORST*

DIE NÄCHSTE AUSGABE  
ERSCHEINT IM OKTOBER 2025  
(UND VORAB AUF DEM RHEMATOLOGIEKONGRESS IN WIESBADEN)

**JOURNAL CLUB UND RHEUMA QUIZ**  
AKTUELLE STUDIEN UND KNIFFLIGE  
FÄLLE PRÄSENTIERT *PROF. DR. KLAUS  
KRÜGER*

... und vieles mehr

## IMPRESSUM

**VERLEGER:** Sigurd Rudeloff  
**HERAUSGEBER:** Sigurd Rudeloff  
**CHEFREDAKTION:** Dr. Michael Lohmann  
**VERLAG:** WORTREICH Gesellschaft für  
individuelle Kommunikation mbH, Limburg/Lahn  
Tel. 06431/590960, Fax 06431/5909611  
info@wortreich-gik.de

**ISSN** 2941-0428  
**ERSCHEINUNGSTERMIN** Juni 2025

**BILDQUELLEN:** Titelseite, S. 9, 16, 18, 20, 24, 26, 39 –  
©AdobeStock, S. 28, 31 – ©Shutterstock

**NÄCHSTER ERSCHEINUNGSTERMIN** Sept./Okt. 2025

Jahrgang 3 – 2/2025

„RFA aktuell“ ist eine unabhängige Zeitschrift der  
WORTREICH Ges. f. ind. Komm. mbH

# Rheumatherapien, die zu Ihnen passen.

Wir bei der medac Gruppe sind überzeugt, dass die Gesundheit das höchste Gut des Menschen ist. Wir sehen sie darum niemals als selbstverständlich an. Seit 1970 ist es unsere Mission, die Lebensqualität unserer Patient\*innen weltweit zu verbessern, indem wir ihnen die bestmöglichen medizinischen Therapien zur Verfügung stellen.

Erfahren Sie mehr unter [medac.de](https://www.medac.de)

