

Gemeinsam für Patienten

10

Fachverband RFA –
Ein vertiefender Einblick

16

APN – Neu in der
Rheumaversorgung

38

Nicht-ärztliche
Praxisassistenten –
Mehrwert für
Patientenversorgung

03/25

RFA aktuell

ZEITSCHRIFT FÜR DIE
RHEUMATOLOGISCHE
FACHASSISTENZ



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



FRISCHER WIND –

IHNEN SOLL DAS LESEN SPASS MACHEN!!

Liebe Leserinnen und Leser der RFA aktuell,

Sie stutzen, ein ungewohntes Titelbild? Ja, Sie halten gerade nicht nur die neueste Ausgabe Ihrer Fachzeitschrift in der Hand – sondern auch die neue Ausgabe in echtem ‚Make-Over‘, mit einer Veränderung des Erscheinungsbilds. Was ist passiert? Wir haben Ihrer Zeitschrift ein neues, frisches Layout verpasst. Warum?

Auch wir wissen: Ihr Berufsalltag ist vielseitig, anspruchsvoll und oft auch ganz schön vollgepackt. Ihre Zeit zum Lesen ist ebenfalls begrenzt. Da sollten z. B. Fachliteratur, Leitlinien oder andere Beiträge nicht kompliziert sein – sondern klar, ansprechend und auf den Punkt gebracht. Keine Frage, unsere Inhalte bleiben so fundiert, praxisnah und relevant wie immer. Alles ist übersichtlich gegliedert, aber moderner gestaltet. Vielleicht entdecken Sie nun beim Lesen sogar das eine oder andere Thema, das Sie inspiriert, Neues auszuprobieren oder weiterzudenken.

Unser neues Design macht genau das: Es unterstützt Sie dabei, schneller das zu finden, was Sie interessiert oder was Sie wirklich brauchen.

Unbeantwortet ist bis dato, ob Ihnen das neue Design genauso wie uns gefällt. Wandel, Veränderung, Fortschritt entstehen besonders dann, wenn viele Köpfe ihre Ideen einbringen. Wir laden Sie dazu ein! Schreiben Sie uns, Sie dürfen auch kritisieren, was positiv für diese Zeitschrift ist. Diese Einladung richtet sich auch an die Medizinischen Fachangestellten, die Interesse an den Themen haben, die sich vielleicht weiterbilden wollen oder über den Tellerrand schauen möchten.

In diesem Sinne, viel Freude beim Lesen!

**Sigurd Rudeloff, Dr. Michael Lohmann
und Ponderosa Design**



Fortbildungstermine für die Rheumatologische Fachassistenz

Jetzt Trainer:in werden

Sie möchten Patient:innen mit Rheumatoider Arthritis fundiert und wirksam begleiten? Dann ist das Train-the-Trainer-Seminar für Patienteninformation und -schulung genau das Richtige für Sie!

Das vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) anerkannte Schulungskonzept ist fester Bestandteil des Disease Management Programm rheumatoide Arthritis (DMP RA). Im TTT-Seminar lernen Sie, wie Sie die StruPI-Module erfolgreich umsetzen: mit erwachsenengerechter Didaktik, aktivierender Methodik, klarer

Kommunikation und Ihrer persönlichen Trainerkompetenz. Freuen Sie sich auf praktisches Üben, lebendigen Austausch und die Entwicklung Ihrer Präsentations- und Moderationstechniken.

Die Teilnahmezahl ist begrenzt, damit in dem interaktiven Seminar ausreichend Zeit für Fragen bleibt. Bitte beachten Sie, dass das TTT-Seminar KEIN rheumatologisches Fachwissen vermittelt. Rheumatologische Vorkenntnisse setzen wir voraus. Für Fachärzt:innen anderer Gebiete bietet die Rheumaakademie entsprechende Formate an. StruPI ist ein gemeinsames Projekt der DGRh, des BDRh und der Deutschen Rheuma-Liga.

Train-the-Trainer-Seminar Patienteninformation und -schulung 2026

18. / 25. Februar

15. / 22. April

23. / 30. September

04. / 11. November

Weitere Veranstaltungen:

Feb. bis Mai 2026
Grundkurs, München

Feb. bis Mai 2026
Grundkurs, Berlin
(virtuell)

Feb. bis Mai 2026
Aufbaukurs RFaPlus,
Frankfurt

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



INHALT



03 VORWORT: FRISCHER WIND
Ihnen soll Lesen Spaß machen

06 EULAR-KONGRESS 2025
Wichtige neue Erkenntnisse
aus Barcelona

**09 NEUE S2K-LEITLINIE ZU
DIAGNOSTIK UND THERAPIE**
Systemische Sklerose

**10 EIN VERTIEFENDER
EINBLICK**
Fachverband Rheumatologische
Fachassistenz

**16 NEUE WEGE IN DER
RHEUMA-VERSORGUNG**
Die Rolle der Advanced Practice Nurse

19 ERSTER RHEUMATOLOGY SLAM
zu Ehren von Dr. Joachim-Michael Engel

**20 EINE UNGLAUBLICHE
VORSTELLUNG**
Gesundheitssystem 2040

24 BALLASTSTOFFE
Anti-inflammatorisch wirksam bei Rheuma!

26 INTERVIEW MIT
Frau Prof. Dr. Reuß-Borst

30 JOURNAL-CLUB
Neue Studien kurz & kompakt

32 IM GESPRÄCH:
Dr. Florian Schuch

**35 DELEGATIONS-PROJEKT
„DELIVER-CARE“**
vom G-BA für Regelversorgung
ausgewählt

36 BLICKDIAGNOSE – RATEN SIE MIT!
Rheumaquiz von und mit Prof. Klaus Krüger
Auflösung auf Seite 42

**38 MEHRWERT FÜR
DIE PATIENTEN-VERSORGUNG**
RFA und Nicht-ärztliche Praxisassistenz –
eine gewinnbringende Kombination

43 VORSCHAU/IMPRESSUM

WICHTIGE NEUE ERKENNTNISSE AUS BARCELONA

Fixpunkt der europäischen Rheumatologie war wieder der Kongress der European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR), der im Juni in Barcelona abgehalten wurde. In der Fira Gran Via fanden sich über 15.000 Teilnehmer ein und es wurden doch einige recht interessante Studien und neuen Leitlinien geboten.

Fast zum Kongressabschluss wurde als Highlight zur rheumatoiden Arthritis (RA) das Update der EULAR „Recommendations“ präsentiert. Die Anzahl der Empfehlungen wurde weiter auf nur noch neun verschlankt. Relevant sind aber letztlich nur zwei Änderungen: So wird nach Versagen der ersten csDMARD-Strategie direkt eine Eskalation auf ein Biologikum (oder einen JAK-Inhibitor) empfohlen, die Stratifizierung nach ungünstigen Prognosefaktoren wurde aufgehoben. Nach Erreichen einer anhaltenden Remission wird eine Fortsetzung von b/tsDMARDs bzw. csDMARDs in reduzierter oder gleicher Dosierung jetzt stärker betont, ein gänzlichliches Stoppen wird nicht propagiert.

RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Neue Therapien spielen derzeit kaum eine Rolle, am interessantesten war eine Phase-II-Studie zu einem dualen ROCK/JAK-Inhibitor, der eine größere kardiovaskuläre Sicherheit als reine JAK-Hemmer bieten könnten. Die Daten mehrerer Register suggerieren, dass JAK-Inhibitoren nicht zwingend mit einem höheren Malignomrisiko gegenüber anderen

DMARDs assoziiert sind, sondern eher TNF-Hemmer mit einem geringeren. Ein leicht erhöhtes Risiko unter JAK-Inhibitoren zeigte sich jedoch im RABBIT-Register nach einer Beobachtungsdauer von >16 Monaten. Besonders zu achten ist auf Hautkarzinome, wie unter Methotrexat (MTX) und Abatacept empfiehlt sich ein regelmäßiges Hautscreening. Eine sehr gute Wirksamkeit scheinen JAK-Inhibitoren bei RA-assoziiierter interstitieller Lungenerkrankung (ILD) zu entfalten. Bei progressiver RA-ILD (sowie bei Kollagenosen mit ILD) ist recht bald (jenseits von Nintedanib) mit einer Zulassung des PDE-4B-Inhibitors Nerandomilast zu rechnen, zu dem weitere Daten der Phase-III FIBRONEER-ILD-Studie vorgestellt wurden.

SPONDYLOARTHRITIDEN

Das Highlight bei der axialen Spondyloarthritis (axSpA) war die deutsche Bechterew-App (Axia)-Studie, die zusätzlich zur medikamentösen Therapie ein sehr gutes Ansprechen bot. Die womöglich erste DiGA, die spezifisch für die Rheumatologie zugelassen werden könnte, kombiniert



individualisierte Heimübungsprogramme, strukturierte Patientenaufklärung und digitales Krankheitsmanagement mit gamifizierten Elementen zur Adhärenzförderung. Die 10-Jahres-Daten des GESPIC-Registers verdeutlichen erneut die große Bedeutung einer besseren Früherkennung der axSpA. Ebenso wird diskutiert, ob die MRT das Röntgen als erstes Verfahren in der bildgebenden Diagnostik ablösen sollte. Bei der Psoriasis-Arthritis (PsA) scheint nach den beiden erfolgreichen Phase-III-Studien POETIK PsA-1 und -2 der Weg für eine Indikationserweiterung des oralen TYK-2-Inhibitor Deucravacitinib geebnet, vor allem das Sicherheitsprofil sieht bislang recht gut aus. Auch wenn bei PsA die radiografische Progression nur noch selten ein größeres Problem darstellt, ist doch beruhigend, dass in der APEX-Studie mit dem IL-23-Inhibitor Guselkumab deren Hemmung nachgewiesen wurde. Von großem Interesse war ferner die randomisiert-kontrollierte SPEED-Studie: Bei früher PsA und ungünstiger Prognose schnitten initiale Kombinationstherapien (zwei csDMARDs oder MTX plus TNF-Inhibitor) auch längerfristig besser ab als eine Step-up-Strategie.

KOLLAGENOSEN

Für die Diagnostik und Therapie von mit Kollagenosen oder RA assoziierter ILD wurde eine umfangreiche ERS/EULAR-Praxisleitlinie vorgestellt, die in Kürze zur Publikation ansteht. Dasselbe gilt für die neuen EULAR-Empfehlungen zum systemischen Lupus erythematoses (SLE) mit Lupusnephritis, die doch mit einigen Neuerungen aufwarten, so wurde z. B. neu Obinutuzumab aufgenommen, mit dessen Zulassung in nächster Zeit zu rechnen ist. Beim SLE scheint gemäß der Phase-II-Studie WILLOW der TLR7/8-Inhibitor Enpatoran zumindest in Subgruppen effektiv zu sein, ob dieser bei SLE weiterentwickelt wird, bleibt vorerst offen. Besser sieht es für den Anti-CD40L-Antikörper Dapirolizumab Pegol aus, zu dem weitere positive Daten aus der Phase-III-Studie PHOENYCS GO präsentiert wurden.

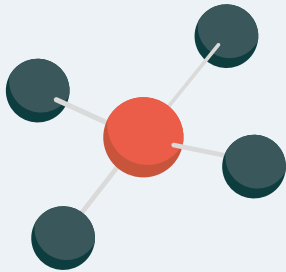
In puncto systemischer Sklerose (SSc) stachen vor allem zahlreiche Analysen des EUSTAR-Registers hervor, die u. a. Hinweise darauf lieferten, dass vasoaktive Substanzen das Risiko für ILD bzw. deren Progression mindern könnten. ►



Erste Anhaltspunkte gibt es aus kleinen Studien dafür, dass das bei digitalen Ulzera (DU) eingesetzte Tadalafil auch positive Effekte auf die Hautfibrose ausübt und das bei pulmonaler Hypertonie angewendete Selexipag neue DU und DU-Rezidive scheinbar stärker reduziert als Iloprost. Ein vielversprechender Antikörper ist der FcRn-Blocker Efgartigimod, der sowohl beim Sjögren-Syndrom (Phase-II, i.v.-Formulierung) als auch Myositis (Phase-II/III, s.c.-Formulierung) sehr vorteilhafte Daten bot und zumindest bei Myositis (Phase-III) und SSc weiter geprüft wird. Wie auf vorherigen Tagungen gab es auch jenseits des SLE zu allen Kollagenosen inklusive SSc wieder viel Neues zu CAR-T-Zellen. Neue Herstellungsformen, Zielantigene, sog. Compound- oder dual-targeting CAR-T-Zellen, oder allogene CAR-T-Zellen könnten den zeitlichen und logistischen Aufwand verringern, die Verfügbarkeit erhöhen und wohl auch Kosten senken. Erhofft wird aber vor allem eine Steigerung der Wirksamkeit mit dual-targeting CD19/BCMA CARs sowie bi- und inzwischen auch tri-spezifischen T-Zell-Engagern.

VASKULITIDEN

Eher keine großen Neuigkeiten gab es zu ANCA-assoziierten Vaskulitiden, interessant war eine kleine Studie, die in der Remissionsinduktion auf eine Wirksamkeit von Tocilizumab auf ähnlichem Niveau wie i.v. Cyclophosphamid hinweist. Noch Zukunftsmusik ist der Einsatz des sog. H2D-1-Inhibitors Clofutriben, mit dem in einer kleinen Pilotstudie bei Polymyalgia rheumatica eine signifikante Reduktion der mit Prednisolon verbundenen unerwünschten Ereignisse sowie positive Beeinflussung der ossären Biomarker gelang, ohne dass sich die Wirksamkeit verringerte. In Barcelona bereits präsentiert, aber noch nicht publiziert wurde das Update der EULAR-Empfehlungen zum Behçet-Syndrom. Während mit Inebilizumab bei der therapierefraktären IgG4-assoziierten Erkrankung demnächst eine erste zugelassene Therapie verfügbar sein wird, lieferte eine Phase-II-Studie zu dem BTK-Inhibitor Rilzabrutinib jetzt ebenfalls recht gute Ergebnisse nach unzureichendem Ansprechen und Kortikosteroide. ■



NEUE S2K-LEITLINIE ZU DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Systemische Sklerose

Gemeinsam mit einer Reihe weiterer Fachgesellschaften hat federführend die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh) eine neue S2k-Leitlinie zur „Diagnostik und Therapie der systemischen Sklerose“ (SSc) entwickelt und veröffentlicht. Mit ihren Handlungsempfehlungen übertrifft und ergänzt sie in einigen Punkten die EULAR-Empfehlungen und stellt einen wichtigen Schritt für die Versorgung betroffener Patientinnen und Patienten dar.

Die acht übergeordnete sowie 63 spezifische Empfehlungen beinhaltende DGRh-Leitlinie legt besonderes Gewicht auf eine frühzeitige Diagnose und raschen Therapiebeginn, um irreversible Organschäden zu vermeiden und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern. Betont wird die Rolle einer strukturierten, regelmäßigen Kontrolle der Krankheitsaktivität mit validierten Instrumenten für eine individuelle, risikooangepasste Therapieplanung. „Mit dieser Leitlinie setzen wir neue Standards in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit systemischer Sklerose“, erläutert Erstautor Prof. Dr. Jörg Henes vom Universitätsklinikum Tübingen. „Insbesondere haben wir Empfehlungen erarbeitet, die bisher so in den europäischen Empfehlungen der EULAR nicht zu finden sind.“ Dazu gehört z. B. die mit hoher Mortalität assoziierte Herzbeteiligung. Von großer Relevanz ist zudem der Zahn-, Mund- und Kieferstatus, wozu ebenfalls Empfehlungen ausgesprochen werden. Die durch SSc bedingte Schleimhauttrockenheit beeinträchtigt auch die Sexualität, weshalb die Rolle von Fruchtbarkeit, Sexualität und Schwangerschaft ausführlich

beschrieben werden. „Behandelnde Ärztinnen und Ärzte müssen Familienplanung, sexuelle Dysfunktionen und Risikoschwangerschaften in der Behandlung unbedingt berücksichtigen“, so Prof. Henes.

Eine zentrale Empfehlung ist die Behandlung in spezialisierten Versorgungszentren durch ein interdisziplinäres Team, das auch die Fachdisziplinen Pulmologie, Kardiologie, Nephrologie und Dermatologie umfassen sollte. „Die multidisziplinäre Zusammenarbeit trägt entscheidend dazu bei, komplexe Verläufe frühzeitig zu erkennen und gezielt zu behandeln“, betont Leitlinienkoordinator Prof. Dr. Norbert Blank, Universitätsklinikum Heidelberg. Auch Patientenschulungen und eine partizipative Entscheidungsfindung zwischen ärztlichem Team und Erkrankten seien unverzichtbare Bestandteile der modernen Versorgung.

Prof. Dr. Ulf Wagner, Präsident der DGRh, unterstreicht die Bedeutung der Neuerungen: „Die neue Leitlinie ist ein Meilenstein in der rheumatologischen Versorgung. Sie bietet nicht nur eine fundierte wissenschaftliche Grundlage für die Diagnostik und Therapie der systemischen Sklerose, sondern auch praxisnahe Handlungsempfehlungen für die tägliche Arbeit in Klinik und Praxis.“ Die vollständige Leitlinie ist unter der Registernummer 060-014 im Leitlinienregister der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und auf der Website der DGRh abrufbar. ■

EIN VERTIEFENDER EINBLICK IN UNSERE VERBANDSARBEIT



Fachverband Rheumatologische Fachassistenz

Die Weiterbildung zur Rheumatologischen Fachassistenz DGRh/BDRh wird seit Herbst 2006 von der Rheumatologischen Fortbildungsakademie GmbH durchgeführt. Ein Team von vorausschauenden Rheumatologinnen und Rheumatologen entwickelten ein Curriculum (60 Stunden), welches immer wieder inhaltlich aktualisiert und bis heute Bestand hat. Schon damals wurden das fachliche Potenzial und das Engagement sich weiterzubilden erkannt und die ärztliche Unterversorgung, die ihren Zenit noch nicht erreicht hat, prophezeit. Mit dem ergänzenden Aufbaukurs RFAPlus (60 Stunden) konnte im April 2021 schließlich die

BÄK-Anerkennung als Spezialisierungsqualifikation „Medizinische Fachangestellte Rheumatologie“ erzielt werden. Mittlerweile wirken bei der Weiterbildungsmaßnahme auch RFAs als Referentinnen und in der Ausarbeitung der Schulungsmaterialien mit.

Für eine zukunftsweisende Verbesserung der Patientenversorgung in der Rheumatologie durch die RFA waren fundierte und juristisch evaluierte Nachweise erforderlich. So wurden G-BA geförderte Studien zu „Neuen Versorgungsformen“ aufgelegt, wie Stärker (Strukturierte Delegation



Links:

Ulrike Erstling

Rechts:

Patricia Steffens-

Korbanka



ärztlicher Leistung bei Patienten mit entzündlichem Rheuma), ERFASS (Effektivität der RFA-Sprechstunde) und Deliver Care (Delegation und Vernetzung von chronisch-entzündlichen Erkrankungen) – bei den beiden letztgenannten war der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz aktiv involviert. Alle drei Studien belegen, dass die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen durch RFAs nicht schlechter abschneidet als die alleinige Behandlung durch Rheumatologinnen und Rheumatologen bzw. geschulte RFAs.

DELEGATION SCHREITET ZUNEHMEND VORAN

Die strukturierte Delegation ärztlicher Leistungen im Rahmen konzeptionsgeregelter Kooperation in der Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma kann in der Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen der Rheumatologie erreichen, dass die Versorgung der betroffenen Patienten nachhaltig optimiert und verbessert wird. Durch die Einbindung qualifizierter RFAs können bestimmte Aufgaben in der Patientenbetreuung effizienter gestaltet werden. Die RFAs übernehmen dabei Aufgaben wie z. B. die standardisierte Erfassung von Krankheitsaktivität, Krankheitsfolgen bis hin zur RFA-Kontakt-Konsultation. Die rheumatologisch fachärztliche Behandlung kann so adäquat vorbereitet werden, effektiv unterstützend sein und in Teilen sogar ersetzt werden. Zudem stehen die RFAs den Patientinnen und Patienten als direkte Ansprechpartner zwischen den Untersuchungsterminen in der Praxis zur Verfügung, um die Kontinuität und Qualität der Betreuung zu sichern.

Nun ist es die Aufgabe, die Delegation zunehmend in den Institutionen zu platzieren, umzusetzen und zu etablieren. Dass dieses kein leichtes Unterfangen ist, zeigen die unterschiedlichen Aktivitäten verschiedener Akteure über bereits viele Jahre. Hierbei geht es nicht nur darum, wie die RFA die Rheumatologinnen und Rheumatologen unterstützen und entlasten können, sondern auch um die Integration in gesellschafts-, wissenschaftlich und gesundheitspolitisch relevante Projekte. Des Weiteren geht es um die Anerkennung und Sichtbarkeit der wertzuschätzenden Arbeitsleistung der RFA.

ZUSAMMENARBEIT MIT DGRH UND BDRH

Der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V. setzt sich seit nunmehr fast 16 Jahren erfolgreich für die Belange der Berufsgruppe ein und trägt auch Sorge dafür, dass der Wissensstand aktuell ist, z. B. durch Webinare, das virtuelle Studio-Livestream-Format, Fortbildungen im Rahmen der deutschen Rheumatologiekongresse und in Kooperation mit den Industriepartnern.

Wichtig ist uns, auch nachfolgende MFAs für die Zusatzqualifikation RFA zu begeistern. Hier kommt unsere Lern-App RFA DigiMed der kooperierenden Humeo GmbH zum Einsatz. Außerdem kann über den Fachverband das Kompendium „1x1 der Rheumatologie (nicht nur) für die Rheumatologische Fachassistenz“ bezogen werden, dass jede RFA als Handwerkszeug ihr Eigen nennen sollte. Des Weiteren pusht auch der BDRh die Delegation. Die Ergebnisse der DGRh-Ad hoc-Kommission Delegation, die das Delegations-



Ampelsystem erarbeitet hat, das einordnet, welche Tätigkeiten ärztlich delegierbar, teils bzw. nicht delegierbar sind, wurden publiziert und der BDRh hat zusammen mit Dr. Kirsten Hoeper das Print-Journal „Ärztliche Leistungen delegieren – Leitfaden zur Einführung in die Rheumatologie“ herausgebracht. Auch hier sind RFAs bezüglich des Inhaltes involviert und der Fachverband RFA hat ein Geleitwort beigetragen sowie den Leitfaden an seine Mitglieder weitergegeben.

Dass die RFA eine zunehmend wichtige Rolle im rheumatologischen Versorgungssystem spielt, zeigt u. a., dass neben der DGRh-Kommission „Delegation ärztlicher Leistungen“ auch die DGRh-Kommission „Fachassistenten“ ins Leben gerufen wurde und die amtierende 1. und 2. Vorsitzende des Fachverbandes RFA Mitglieder sind.

BETEILIGUNG AN AKTUALISierter PMR-S2E-LEITLINIE

2023 wurde der Fachverband RFA in die Arbeitsgruppe für die Überarbeitung der S2e-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica (PMR) eingebunden. Es war sehr interessant, sich einzubringen und mitzuerleben, was alles für ein Update notwendig ist, wie lange verschiedene Prozesse dauern, was alles mit einbezogen und beachtet werden muss, bis so ein Projekt unter Berücksichtigung vieler Regularien als geltende Handlungsempfehlungen publiziert werden kann.

Und hier nun ein kleiner Einblick, warum Leitlinien entwickelt und aktualisiert werden, sowie Angaben zu den Arbeitsschritten: Eine Leitlinie bzw. Update aufgrund neuer wissenschaftlich evaluierter und evidenzbasierter Erkenntnisse, darunter neue Therapieoptionen zu PMR, zu entwickeln, ist ein wichtiger Schritt, um transparent eine einheitliche und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Dieser strukturierte Prozess mit der daraus schließlich resultierenden Konsensfindung aller Beteiligten der Leitlinienarbeitsgruppe zielt darauf ab, klare, handlungsorientierte und überprüfbare Richtlinien für die praxistaugliche Anwendung in der Patientenversorgung im klinischen Alltag sicherzustellen.

”

Dieser strukturierte Prozess zielt darauf ab, klare, handlungsorientierte und überprüfbare Richtlinien für die Patientenversorgung im klinischen Alltag sicherzustellen.

AUCH AUF EUROPÄISCHER EBENE AKTIVE MITGESTALTUNG

Der Fachverband RFA ist interdisziplinär engagiert und vernetzt und wurde 2017 als Mitglied in die EULAR Health Professionals in Rheumatology (EULAR HPR) aufgenommen und ist damit die Organisation, die die rheumatologischen nicht-ärztlichen Fachkräfte für Deutschland vertritt. Es wurden internationale Kontakte geknüpft, geschaut, wie die Versorgung in den Nachbarländern funktioniert und welche Weiterbildungsmöglichkeiten und digitale sowie andere Handwerkszeuge die Arbeit unterstützend verbessern.

Das deutsche Gesundheitssystem und die Ausbildung unterscheiden sich von anderen Nationalitäten, dennoch befindet sich die RFA im Vergleich zur HPR-Nurse auf dem zum größten Teil identischen Wissenslevel und ebenfalls in der Ausführung ärztlich delegierter Tätigkeiten. Beim EULAR HPR-Präsidententreffen vorgestellte internationale Arbeitsweisen und Hospitationsberichte deutscher RFAs belegten dieses und zeigten auf, dass die RFA in puncto Wissensgewinnung breiter aufgestellt ist.

Involviert war der Fachverband RFA 2021 bei den „EULAR-Empfehlungen zur Umsetzung von Selbstmanagementstrategien bei RA-Patienten“ und auch 2022 bei den „EULAR-Empfehlungen für die Umsetzung von Selbstmanagement-Strategien für Menschen mit entzündlichen Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen“. Die „EULAR-Empfehlungen für die Aufklärung von Personen mit einer rheumatischen Erkrankung, die MTX einnehmen“, unter aktiver inhaltlicher Mitwirkung des Fachverbands RFA und der Mitautorschaft, wurde erstmals auf dem EULAR-Kongress 2023 veröffentlicht.

Außerdem nominiert eine renommierte Jury alle zwei Jahre drei RFA-Teams der delegativen Patientenversorgung für besondere Leistungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, den Mut neue Wege zu gehen, Engagement, Innovation sowie Teamgeist und belohnt die herausragende Leistung mit dem RFA Award des Fachverbandes Rheumatologische Fachassistenz e. V. Auch diese Art der Auszeichnung gibt es bisher in keinem anderen Nachbarland.

FAZIT

Der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz stärkt die Position der RFA in der Sichtbarkeit ihrer Leistung und Fachkompetenz, fördert die Fort- und Weiterbildung, engagiert sich in relevanten Projekten auch über die Grenzen Deutschlands hinaus, pflegt den nationalen und internationalen Austausch, trägt Sorge für weiteren RFA-Nachwuchs und setzt sich für die Zunahme der ärztlichen Delegation an die RFA aktiv ein. Des Weiteren ist festzustellen, dass die Ausbildung mit Spezialisierungsqualifikation RFA und RFA-Plus im Anspruch, dem Fachwissen und in der Umsetzung der Patientenversorgung gegenüber der HPR-Nurse der Nachbarländer gleichwertig einzuordnen ist. Wir haben gemeinsam viel bewegt, von der RFA für die RFA und werden uns weiter als spezialisierte nicht-ärztliche Berufsgruppe der Rheumatologie positionieren und Rheumatologinnen und Rheumatologen als Team in der Patientenversorgung tatkräftig unterstützen.

Mehr erreichen und bewegen als Mitglied im Interessensverband, stärken Sie mit uns die Außenwirkung der RFA-Berufsgruppe! ■

Ihre Kolleginnen und Vorsitzenden

ULRIKE ERSTLING UND
PATRICIA STEFFENS-KORBANKA

E-Mail: info@forum-rheumanum.de

www.forum-rheumanum.de

www.rfa-award.de



”

Unser Stellenwert wird immer grösser.

Die Arbeit der RFA gewinnt immer mehr an Bedeutung und wir möchten alle künftigen Kolleginnen ermutigen, den RFA-Grundkurs zu absolvieren, um von der Weiterqualifikation selbst zu profitieren und dadurch zur Gesundheit und vor allem Zufriedenheit unserer Patienten beizutragen. Nicht zu vergessen ist, dass auch unser Chef sich über ein beständiges Team freut und dies auch pflegt, denn RFAs sind als Fachkräfte in der Rheumatologie sehr gefragt und es gibt bundesweit Stellenangebote.“

BRITTA HEINRICH

Medizinische Fachangestellte „Rheumatologie“ (RFA -Plus)

Rheumatologische Schwerpunktpraxis
Dr. med. Michael Müller / Parkstraße 2 / 09599 Freiberg



”

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





Dr. med. D. Schlitthardt,
Janine Räder

Mit Mut zur Veränderung kann man viel bewegen. Durch die RFA-Ausbildung habe ich die Möglichkeit erhalten, mich stetig weiterzuentwickeln, mich neu zu orientieren und zu wachsen. Die Wertschätzung, die ich durch meinen Chef und die Patienten erhalte, ist unglaublich und motiviert mich jeden Tag aufs Neue.“

JANINE RÄDER

Rheumatologische Fachassistentin

RehaKlinikum Bad Säckingen
Rheuma-Ambulanz,
Dr. med. D. Schlitthardt
Bergseestraße 61
79713 Bad Säckingen

”

**Was mich
bewogen hat,
den Weg
als RFA
einzuschlagen:
Einfach mal
machen,
könnte ja
gut werden!**





Kendra Rohleder: Advanced Practice Nurses tragen ihr Fachwissen auch weiter – etwa durch Vorträge auf wissenschaftlichen Kongressen, hier der NP/APN Network Conference des International Council of Nurses in Schottland

NEUE WEGE IN DER RHEUMA- VERSORGUNG

Die Diagnose entzündlich-rheumatischer Erkrankungen hat weitreichende Auswirkungen auf alle Lebensbereiche der Betroffenen. Seit Januar 2024 ist an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) eine Advanced Practice Nurse (APN) tätig, um Menschen mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen bei der Bewältigung krankheitsbedingter Herausforderungen zu unterstützen.

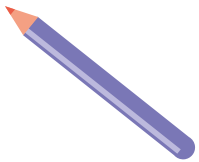
DIE ROLLE DER ADVANCED PRACTICE NURSE

Eine APN ist eine Pflegefachperson mit einem Masterabschluss in Pflegewissenschaft oder einem vergleichbaren Studiengang. Die APN-Tätigkeit spielt sich in hochkomplexen Versorgungssituationen ab, bei denen klinische Kompetenz, fundiertes Fachwissen und Erfahrung erforderlich sind, um die Patientinnen und Patienten bestmöglich zu begleiten und die Behandlung zu optimieren. Die Arbeit der APN lässt sich in vier Säulen einteilen: Neben der klinischen Praxis gehören dazu auch Bildung, Forschung und Führung (National Health Service, 2017). So sind APNs an Forschungsprojekten beteiligt und wirken an der Fortbildung des multiprofessionellen Teams sowie der Weiterentwicklung von Abläufen mit. Der Begriff APN umfasst verschiedene Rollen, insbesondere Nurse Practitioners, die diagnostische und therapeutische Aufgaben übernehmen sowie Clinical Nurse Specialists, die vor allem beratend, schulend und koordinierend tätig sind.

International sind diese Rollen bereits in vielen Ländern in der rheumatologischen Versorgung zu finden – in Deutschland fehlt jedoch bisher eine gesetzliche Regelung und Definition, weshalb die Umsetzung in der Praxis sehr unterschiedlich ist (Seismann-Petersen et al., 2023).



Interview mit Kendra Rohleder >



An der MHH sind APNs seit 2017 implementiert, um spezifische Patientengruppen zu unterstützen und die Versorgungsqualität zu steigern (Heuckeroth & Schmeer, 2018). Dabei werden sowohl das multiprofessionelle Team als auch die Patientinnen und Patienten aktiv in die Entwicklung der Rollen einbezogen. Das Ziel dabei ist, Versorgungslücken zu schließen und die Betreuung verbessern – gerade dort, wo Patientinnen und Patienten bisher nicht ausreichend unterstützt werden.

Im Bereich der chronisch-entzündlichen Erkrankungen liegt ein besonderer Fokus auf der Selbstmanagementunterstützung. Dazu werden die Selbstmanagementfähigkeiten systematisch mittels eines Assessments erfasst und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten Ziele und Maßnahmen für den stationären Aufenthalt und die Zeit danach formuliert. Beispielsweise wird ein Plan zur Steigerung der körperlichen Aktivität erstellt oder nicht-medikamentöse Maßnahmen bei Fatigue erläutert. Bei Bedarf koordiniert die APN weitere Unterstützungsangebote wie Ernährungsberatung oder Physiotherapie. Um die Versorgungskontinuität und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, findet ein enger Austausch mit den Stationsteams statt.

Frau Rohleder, Sie schrieben, dass Sie eine einwöchige Hospitation im Copenhagen Center for Arthritis Research in Dänemark absolviert haben. Wie kommt man zu so einer Gelegenheit?

Gerade im Rahmen der Implementierung von neuen Rollen in der Versorgung erlebe ich den Austausch und das Bilden von Netzwerken als extrem hilfreich. Ich wollte schon länger internationale Erfahrungen sammeln, vor allem, weil erweiterte Rollen in der Pflege international eine wichtige Rolle spielen. Das EULAR Educational Visit Grant richtet sich an Gesundheitsfachpersonen in der Rheumatologie und bietet genau dafür eine großartige Chance. Auf der EULAR-Homepage findet sich eine Liste verschiedener Einrichtungen, die für eine Hospitation zur Verfügung stehen. Voraussetzung für die Bewerbung ist die Mitgliedschaft in einer nationalen Fachgesellschaft für Gesundheitsfachpersonen in der Rheumatologie – hier der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V. Außerdem müssen ein Motivationsschreiben, Lebenslauf und die Zusage des Hospitationsplatzes beigelegt werden.

Worin unterscheiden sich die Tätigkeiten im Bereich der Patientenversorgung?

Die Hospitation im Copenhagen Center for Arthritis Research (COPECARE) fand einerseits in der Forschungsabteilung und andererseits in der rheumatologischen Tagesklinik (Outpatient Clinic) des Rigshospitalet statt. Beide Orte waren für mich mit vielen neuen Eindrücken verbunden, da ich in Hannover ausschließlich in der stationären Versorgung tätig bin, wo vorwiegend Patientinnen und Patienten mit seltenen Erkrankungen und komplexen Krankheitsverläufen behandelt werden.

Der Tagesklinik im Rigshospitalet zugeordnet ist eine spezielle Diagnostikabteilung, wo verschiedene Untersuchungen interdisziplinär durchgeführt werden. Die Aufnahme der medizinischen Anamnese sowie Untersuchungen wie Kapillarmikroskopie oder Saxon- und Schirmer-Test werden von spezialisierten Pflegepersonen durchgeführt.

Die Behandlung der Erkrankungen verläuft wie auch in Deutschland nach Leitlinien, jedoch hat die nicht-medikamentöse Therapie inklusive Patientenschulungen und individueller Beratung durch Pflegepersonen einen ebenso großen Stellenwert wie die medikamentöse Therapie. Ich finde es schade, dass diese Aspekte häufig in den medizinischen Leitlinien nur am Rand erwähnt werden, da sie maßgeblichen Einfluss auf die Krankheitskontrolle ►

haben können. Daher fand ich es hervorragend, dass in den Behandlungspfaden in der Tagesklinik im Rigshospitalet feste Termine mit Pflegepersonen zur Unterstützung im Selbst- und Krankheitsmanagement vorgesehen sind.

Was meinen Sie, was aus dem System, das Sie kennengelernt haben, auf uns übertragen werden könnte?

Ich denke, wir könnten vor allem die intensive Unterstützung der Patientinnen und Patienten übernehmen, die ich dort erlebt habe. Die gezielte Hilfe beim Aufbau von Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit der Erkrankung stärkt das Selbstmanagement und gibt den Menschen mehr Sicherheit im Alltag.

Auch wenn die Ausbildungs- und Qualifikationswege sich von unserem System unterscheiden, denke ich, dass auch in Deutschland Verbesserungspotenzial besteht. In der Weiterbildung zur RFA werden viele von diesen wichtigen Bereichen gelehrt und dennoch wird oft nur ein Bruchteil dieser Kompetenzen genutzt. Oft wird argumentiert, dass dafür im Alltag keine Zeit bleibt, aber langfristig spart diese Art der Unterstützung Zeit und auch Kosten, da Patientinnen und Patienten sicherer mit ihrer Erkrankung umgehen können und Folgeerkrankungen oder Komplikationen vermieden werden.

Was hat Sie in Ihrer Hospitationsphase am meisten beeindruckt?

Das waren einerseits das hohe Maß an Digitalisierung und andererseits die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dänemark hat eine Vorreiterrolle in der Digitalisierung. Alle Kliniken, Praxen und auch die Patientinnen und Patienten selbst können ohne Verzögerung auf alle Berichte und Befunde zugreifen. Das schafft Sicherheit und Transparenz.

Außerdem ist es dort selbstverständlich, dass neben Ärzten und Pflegepersonal auch zum Beispiel Therapeuten und Diätassistenten auf Augenhöhe zusammenarbeiten und forschen. Die Tagesklinik und das Forschungszentrum sind eng verknüpft und der Sinn von Forschungsprojekten ist keine Frage – trotz der dadurch möglicherweise entstehenden Mehrarbeit. Zum Beispiel erzählte mir eine Pflegefachperson, wie großartig es sei, dass nun die Rate bestimmter Immuntherapien gesteigert werden könne, da sich durch eine Studie gezeigt habe, dass dies genauso sicher sei.

Jede Berufsgruppe und Rolle bringt dort das ein, was sie am besten kann. So sind auch für Personen mit Weiterbildung oder Studium spezielle Positionen verfügbar. Wie ich es erlebt habe, trägt dies zu einer hohen Arbeitszufriedenheit und Versorgungsqualität bei. ■



KENDRA ROHLEDER

M.Sc. Pflegewissenschaft

APN für Menschen mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen

Medizinische Hochschule Hannover

rohleder.kendra@mh-hannover.de

Weitere Informationen zu APN:

<https://mhh.de/pflege/pflegewissenschaft/apn>

Quellen:

Heuckeroth, L., & Schmeer, R. Schritt für Schritt: Implementierung einer APN auf Station. Pflegezeitschrift 2018; 71(5), 58–60

National Health Service: Multi-professional framework for advanced clinical practice in England.

London: Health Education Großbritannien, 2017

Seismann-Petersen, S., von der Lühe, V., Inkrot, S., Roos, M., Dichter, M. N., & Köpke, S. Rollenverständnis von Pflegeexpert_innen in der Primär- und Akutversorgung in Deutschland. Pflege 2023; 36(1): 11–19

ERSTER RHEUMATOLOGY SLAM

zu Ehren von Dr. Joachim-Michael Engel



Nach 50 Jahren Rheumatologie verabschiedet sich Dr. Joachim-Michael Engel aus Bad Liebenwerda schrittweise in den wohlverdienten Ruhestand. Anlässlich seines „Ausstands“ veranstaltete die Rheumaakademie im dortigen Kurhaus am 21. Juni den 1. Rheumatology Slam, bei dem hochkarätige Rheumatologinnen und Rheumatologen dem Auditorium wissenschaftliche Erkenntnisse in 10 Minuten auf unterhaltsame und verständliche Weise vermitteln sollten, insgesamt 6.000 Euro wurden für die besten Vorträge ausgelobt.



Insgesamt 100 Weggefährten bzw. Gäste versammelten sich im Kurhaus Bad Liebenwerda, um Dr. Joachim-Michael Engel zu ehren. Das auch von BDRh-Kongressen bestens bekannte rheumatologische, stets farbenfroh gekleidete „Urgestein“, hat von 1993 bis 2004 die Rehakliniken in Bad Liebenwerda – insbesondere die Klinik für Orthopädie und Rheumatologie – aufgebaut und weiterentwickelt. Seit 2004 arbeitet(e) er im Medizinischen Versorgungszentrum Epikur in Bad Liebenwerda. Nachdem er in der brandenburgischen Kurstadt bereits diverse rheumatologische Symposien initiiert hatte, lag es nahe, seinen „Abschied“ mit einem neuen Format der Rheumaakademie, dem Rheumatology Slam, zu verbinden.



Zahlreiche Gästen fanden sich ein, von Prof. Dr. Christof Specker und Anna-Julia Voormann für DGRh und Rheumaakademie, über z. B. Prof. Dr. Klaus Krüger, Prof. Dr. Markus Gaubitz oder PD Dr. Jacqueline Detert bis hin zu Ulrike Erstling vom Fachverband Rheumatologische Fachassistenz – um nur einige zu nennen. Die Veranstaltung war ein voller Erfolg und auch das neue Format hat sich bestens bewährt. Weitere Impressionen vom 1. Rheumatology Slam finden sich auf der Internetseite der Rheumaakademie:

Oben: Dr. Joachim-Michael Engel,
darunter von links nach rechts
Anna-Julia Voormann,
Prof. Christof Specker,
Marlen Huppermann,
Sabrina Petersen,
darunter Prof. Markus Gaubitz
darunter Prof. Klaus Krüger



www.rheumaakademie.de



EINE UNGLAUBLICHE VORSTELLUNG

Gesundheitssystem 2040

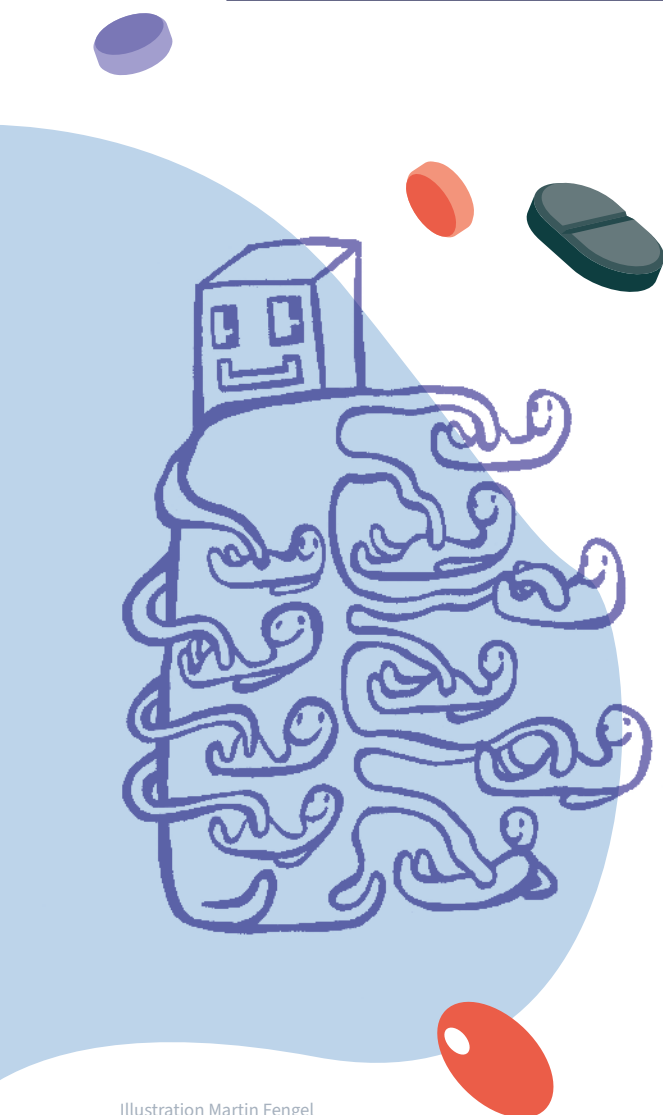


Illustration Martin Fengel

Möge sich jeder dieses Szenario vorstellen, 2040!? Kann man das? Prof. Gerlach führte auf dem BDRh-Kongress dieses Jahres in einer Highlight-Session die Zuhörer in die Sphären der mächtigsten Tech-Konzerne der Welt, um zu zeigen, wie ohnmächtig die Tech-Welt in Europa und Deutschland ist und wer aufgrund des Technologie-Know-hows und Produktangebots dieser Firmen nicht nur die meisten Bereiche modernen Lebens, sondern auch die Gesundheitssysteme bestimmen wird.

Beispiel Amazon: Amazon hat ein umfassendes Knowhow über Produkte, wo sie sind, wer sie wünscht, und wie sie an den Kunden gelangen. „Amazon tut alles, dass die Kunden zufrieden sind“. Wenn der Fokus von Amazon auf der Kundenzufriedenheit liegt (Customer Centricity), warum dann nicht auch auf zufriedenen Patienten?

WAS ERPROBTE AMAZON?

Man stelle sich ein Drei-Säulen-Modell vor:

- **Amazon Care:** 24 Stunden-Sprechstunde, überall verfügbar in verschiedenen Sprachen
- **Amazon Test-Kits:** für zuhause bis hin zur Probenentnahme durch Amazon Mitarbeiter, Transport ins Labor und Ergebnisbekanntgabe am gleichen Tag
- **Amazon Pharmacy:** liefert Medikamente direkt ins Haus



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach

Mit unterschiedlichen Kooperatoren versuchte Amazon dieses Konzept umzusetzen, beendete Ende 2022 Amazon Care, brachte Amazon Clinics auf den Markt, einen digitalen Gesundheitsservice, mit dem Online-Behandlungen über eine zentrale Plattform angeboten wurden, u. a. mit telemedizinischen Anbietern, an denen Amazon finanziell partizipierte. Im Juni 2024 stellte Amazon diese Plattform um in Amazon One Medical – Pay per Visit.

Gerlach pointierte diese Strategieänderungen, in dem er beschrieb, dass das Amazon-Prinzip in „Fail Fast“ besteht. Man probiert etwas aus, bringt es auf den Markt, schaut, wie es funktioniert, und sollte es nicht funktionieren, startet man die nächste Stufe. Diese Strategie steht gegensätzlich zu der hiesigen, die, wenn sie sich als ineffektiv zeigt, auch gegen alle Kritiken weitergeführt wird. Dies ist in einer Welt von Amazon unvorstellbar, in der auf Knopfdruck der Patient am nächsten Tag per Express seine Bedürfnisse befriedigt bekommt.

Weitere neue Angebote in den USA: Mit einer Flatrate von 5 \$ inklusive Lieferkosten erhält der Kunde verordnungsfähige Medikamente, 53 Wirkstoffe für unterschiedliche Indikationen. Heißt: Amazon will in den Gesundheitsmarkt. In den nächsten Jahren umspannt Amazon die Welt mit über 3.000 Satelliten, die eine große Zahl an Plattformen ermöglichen, von der eine mit Drohnen im Regelbetrieb punktgenau Medikamente vor der Haustür abliefern.

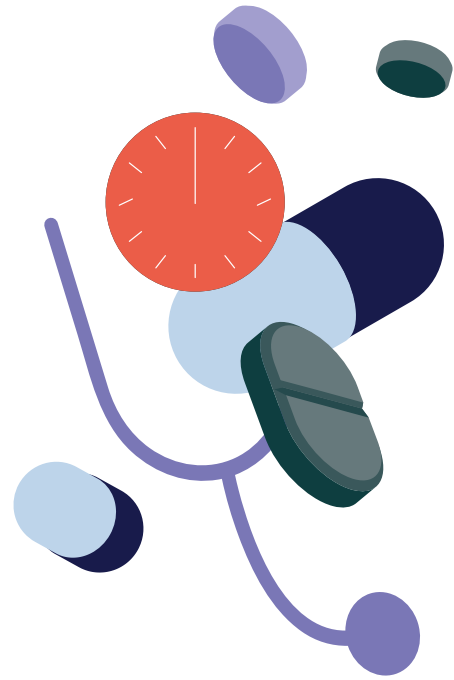
ENTWICKLUNG SCHREITET AUCH IN DEUTSCHLAND VORAN

Auch in Deutschland ist man nicht untätig. Der Telemedizinanbieter Doktor.DE, Tochter des zweitgrößten europäischen Unternehmens für digital-physische Gesundheitsversorgung, dem 2016 in Schweden gegründeten Doktor.SE, kaufte schon 2022 primär Hausarztsitze, mit dem Ziel einer Verzahnung von digitaler Medizin und persönlichem Arzt. Auch dieses Beispiel zeigt auf, wie attraktiv der Gesundheitsmarkt für außerärztliche Unternehmen ist.

Gerlach stellte ein weiteres Modell des Krankenhausanbieters Helios vor: Der 2022 in Leipzig vorgestellte CUBE („Care for you to be“) wurde primär entwickelt für Gebiete im Ausland, in denen Mediziner nicht, oder nicht mehr physisch vertreten sind. Der CUBE führt diagnostische Untersuchungen (z. B. Röntgen, Ultraschall oder Blutdruckmessung) in einer physischen Einheit durch. Als „Walk-in-Lösung“ oder nach dem digitalen Erstkontakt mit einem Telearzt via Videosprechstunde können Patienten medizinische Untersuchungen unter Anleitung von Fachkräften durchführen. Cube ist also ein artzloser Container. Die Ergebnisse werden kooperierenden medizinischen Fachkräften über die curalie-App von Helios zur Verfügung gestellt, sodass direkt im Anschluss in einem CUBE eine weiterführende Therapie begonnen werden kann. Dabei ist der CUBE überall aufstellbar, z. B. in Einkaufszentren oder als alleinstehende Lösung. ►

”

**healthcare,
anywhere at
any time**



IST DIE KLASSISCHE ARZTPRAXIS EIN AUSLAUFMODELL?

Für alle Zuhörer unvorstellbar war eine im November 2023 von der US-Firma Forward Health präsentierte erste KI-Praxis der Welt, völlig ohne Arzt und medizinisches Fachpersonal. Der „CarePod“ soll Patienten vergleichbare Leistungen wie der Hausarzt bieten, vollautomatisch mit einem breiten technischen Leistungsangebot, das Ergebnisse in Echtzeit erstellen kann. Entscheidende Aussage des CEO und Gründers von Forward, Adrian Aoun, war, dass es Arztpraxen überhaupt nicht geben müsse und dass sie eher ein Ding der Vergangenheit wären. Beruhigend ist, dass Forward inzwischen bankrott ist.

Zurück nach Deutschland: Die Otto Group, das zweitgrößte Versandhandelsunternehmen Europas, geht ähnlich wie Amazon auch in den Gesundheitsmarkt und übernahm sowohl Medgate, das digitale Gesundheitsleistungen und telemedizinische Beratung anbietet, als auch die BetterDoc GmbH, die Patienten hilft, passende Ärzte und Kliniken zu finden. Laut Gerlach zeigen alle diese Beispiele einen Trend: ‚healthcare, anywhere at any time‘. Die Gesundheitsversorgung findet nicht nur in Praxen, Kliniken oder Apotheken statt, sondern überall, wo stationäre Aufenthalte ersetzt werden können.

Bereits in einer Metaanalyse aus 2012 – also noch vor Einführung aller digitalen Tools, Devices, Sensoren und Systemen – wurde die Frage untersucht, ob Patienten statt im Krankenhaus auch zu Hause überwacht werden können. Das Ergebnis: „Hospital at home“ ist assoziiert mit einer Reduktion der Mortalität, Wiedereinweisungen und Kosten sowie der Verbesserung der Zufriedenheit der Patienten und Versorgenden. Für Gerlach bedeutet dies, dass das jetzt schon hohe Ambulantisierungspotenzial in Deutschland noch viel höher ist, wenn diese Konzepte von digitalen und virtuellen Systemen oder Hospital at home verfolgt werden. Davon ist man in Deutschland noch extrem weit entfernt. Telemedizin, Monitoring, digitale Devices, KI plus Stärkung ambulanter Strukturen müssen hinzukommen, um die ambulante Versorgung erheblich ausbauen zu können und Krankenhäuser zu entlasten. Die Sicht des Patienten wird sein, dass er aufgrund der Verfügbarkeit von DiGAs und Apps selbst entscheidet, welchen Dienstleister er wann in Anspruch nimmt. ChatGPT und andere KI-Modelle werden den Arzt entlasten, z. B. bei Anamnese, Dokumentation von Befunden sowie der Diagnostik. Die Überprüfung durch den Arzt ist natürlich notwendig.

FAZIT

Haus- und Fachärzte werden teilweise Primärkontakte verlieren, weil Tech-Giganten einen Teil der Primärversorgung und der Patientensteuerung übernehmen werden. Dort ist alles, das hierfür benötigt wird, in Perfektion vorhanden. Sie haben die Cloud, KI-Chatbots, die Telemedizin, die Point of Care-Diagnostik und die Arzneimitteldistribution. Die Ärzteschaft kann flexibler arbeiten. Die plattformökonomischen Modelle erlauben, dass sie quasi überall arbeiten können.

Die Tech-Giganten jedoch entscheiden darüber, wie lange Ärzte gebraucht werden, was sie verdienen, wie viele Aufträge sie bekommen. Inwieweit dies Realität wird, wird sich zeigen, aber man ist nicht weit davon entfernt.

Klinikaufenthalte werden durch Ambulantisierung zur Ausnahme. Kliniken werden Zentren der Maximalversorgung mit höchster Kompetenz. Es wird mehr ambulant-stationäre Gesundheitszentren geben, die auch akute Langzeitpflege mit übernehmen müssen. Diese Primärversorgungszentren sind multiprofessionelle und interdisziplinäre Team-Praxen. Es ist nicht mehr die persönliche Leistungserbringung durch den Vertragsarzt ausschlaggebend, sondern das Team bzw. die Praxis. Die Team-Praxen entwickeln sich aus BAGs, Gemeinschaftspraxen, MVZs und vernetzten Einzelpraxen. Primärversorgungszentren wie auch Maximalversorgungshäuser werden Video-Monitoring, digitale Devices, Hausbesuche, also Leistungen aus digitaler und analoger Welt anbieten. Versorgungsmodelle, wie sie z. B. in der Rheumatologie eingesetzt werden, können in ein derartiges Konstrukt von Primär- und Maximalversorgern eingebaut werden. Sprachbasierte KI-Programme wie ChatGPT unterstützen die Praxisteams und übernehmen Teile der Patientenversorgung.

Eine positive Vision: Empathische Ärzte können mehr Zeit für ihre Patienten erlangen, auch um sie vor zu viel oder falscher Medizin zu schützen, vor allem angesichts zukünftiger kommerzieller Interessen in diesem System. Das zukünftige Prinzip könnte lauten: präventiv, vor „Digital“, vor ambulant, vor stationär. Bedeutet, für „Digital“ bedarf es eines Budgets, einer Bedarfsplanung, die sich nicht an KV-Bezirken orientieren kann.

Wo befindet sich die Rheumatologie auf dem Wege in die digitale Welt? Der BDRh hat die Dokumentationssoftware RheDat und ein Konzept, diese in eine Plattform für alle Projekte zu integrieren. Schaffen die Rheumatologen dies gemeinsam, werden sie eine Chance gegen plattformökonomische Modelle der Tech-Unternehmen haben. Gerlach sprach sehr deutlich eine Handlungsaufforderung an die gesamte Ärzteschaft aus, nicht abzuwarten, denn diese Transformation wird kommen. Die Weichen werden jetzt gestellt, die Player positionieren sich, die Konzepte werden entwickelt.

Wer nicht gestaltet, der wird gestaltet! ■

DIE GRÖSSTEN BIG-TECH-UNTERNEHMEN DER WELT

- **Apple**
- **Microsoft**
- **Alphabet (früher Google)**
- **Meta Platforms (ehemals Facebook)**
- **Amazon**



ZUR PERSON

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/Main; langjähriger Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; vormals Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Der Vortrag in Gänze findet sich in der Mediathek:

https://www.bdrh-service.de/videos/berufspolitische_eroeffnungssession.mp4



BALLASTSTOFFE: ANTI-INFLAMMATORISCH WIRKSAM 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 dabei Lebensstilfaktoren wie eine westliche Ernährung, Bewegungsmangel und/oder Umwelttoxine zu spielen. Diese verursachen u. a. eine erhöhte Darmpermeabilität (sog. „Leaky Gut“), triggern im Darm entzündliche Prozesse und lösen im weiteren Verlauf über die sog. Darm-Gelenk-Achse („Gut-Joint-Axis“) proentzündliche Veränderungen in den Gelenken aus. Diesen Entzündungsprozessen kann – so die Hypothese – durch anti-entzündliche Lebensmittel wie Fisch und pflanzliche Öle, reich an Omega-3-Fettsäuren gegengesteuert werden.

Ein anti-entzündlicher Nahrungsbestandteil, dem viele Jahrzehnte kaum eine Bedeutung beigemessen wurde, was sich auch im Namen treffend widerspiegelt, sind die sog. Ballaststoffe, im Englischen auch als Nahrungsfasern („Fibres“) bezeichnet. Aufgrund ihrer Struktur können sie vom Enzymsystem des Menschen nicht verdaut werden. Man unterscheidet lösliche und unlösliche Ballaststoffe.



Unlösliche Ballaststoffe sind vor allem für die Verdauung (z. B. bessere und länger anhaltende Sättigung, kürzere Darmtransitzeit, verzögerter Blutzuckeranstieg etc.) von Bedeutung. Lösliche Ballaststoffe werden im proximalen Colon von Darmbakterien zu kurzkettigen Fettsäuren verstoffwechselt. Sie werden auch Präbiotika genannt, entfalten zahlreiche Wirkungen auf das enterale Immunsystem und spielen vermutlich bei der Prävention von Autoimmunerkrankungen, aber auch wichtigen Zivilisationserkrankungen wie Krebs und Diabetes mellitus eine wichtige Rolle.

Zu den kurzkettigen Fettsäuren zählen die gesättigten Fettsäuren Acetat (C2), Propionat (C3) und Butyrat (C4). Butyrat dient der Darmschleimhaut als Energie-lieferndes Substrat, während Acetat und Propionat von der Darmschleimhaut direkt (ohne Transporter) resorbiert und mit dem Pfortaderkreislauf abtransportiert werden. Kurzkettige Fettsäuren tragen entscheidend zur Aufrechterhaltung der Darm-Homöostase, d. h. dem Gleichgewicht von Symbionten (z. B. Laktobazillen und Bifidobakterien) und Pathobionten bei, wobei letzteren (z. B. *Cl. difficile*) eine krankheitsauslösende Wirkung zugeschrieben wird. Dadurch wirken sie einer Dysbiose entgegen und steigern die Vielfalt der Darmmikrobiota.

Kurzkettige Fettsäuren fördern außerdem die Mukusbildung durch die Darmepithelien sowie die Regeneration der Darmschleimhaut. Sie steigern die Immunglobulin (Ig) A-Sekretion von B-Lymphozyten und modulieren zahlreiche immunologische Prozesse in der Darmschleim-

haut. Durch Bindung an und Aktivierung von GPRs (G-Protein-gekoppelte Rezeptoren) auf verschiedenen Klassen von Immunzellen regen sie diese zur Bildung antientzündlicher Zytokine an, die wiederum die Bildung toleranzinduzierender regulatorischer T-Zellen (Treg-Zellen) fördern. Das NFB-Kappa-Inflammasom und die Bildung von pro-entzündlichem Interleukin-1 werden gehemmt.

Eine unzureichende Ballaststoffzufuhr ist mit einer Vielzahl nicht übertragbarer (entzündlichen) Erkrankungen wie z. B. Adipositas und Diabetes, aber auch Krebs assoziiert. So zeigt eine ausreichende Ballaststoffzufuhr in Kohortenstudien protektive Effekte auf kardiovaskuläre Erkrankungen sowie Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas, Gesamtcholesterin und LDL-Cholesterinkonzentration, Hypertonie, aber auch häufige Tumorentitäten wie Colon- und Brustkrebs. Auch für die RA gibt es erste Studien, die einen positiven Effekt einer Ballaststoff-Supplementation belegen.

Im Gegensatz zur heute meist präferierten „Western Diet“, die v. a. ballaststoffarm, energiedicht und hochkalorisch (reich an Kohlenhydraten und Fetten) ist, ist die traditionelle mediterrane Ernährung ballaststoffreich und typischerweise auch pflanzenbasiert. Sie besteht aus einem hohen Anteil an Früchten, Gemüse, Hülsenfrüchten, Nüssen, (Vollkorn)Brot und Cerealien und wird auch deshalb von der Kommission für Komplementäre Heilverfahren und Ernährung der DGRh für Patienten mit entzündlichen Erkrankungen und kardiovaskulären/metabolischen Komorbiditäten als Ernährungsform empfohlen. ►

 ”

Ein weiterer Aspekt ist die Beobachtung, dass Patientinnen und Patienten sehr schnell spüren, dass es ihnen nach einer Ernährungsmodifikation besser geht.

FAZIT

Gesunde Erwachsene sollten laut WHO mindestens 30 g Ballaststoffe/Tag zu sich nehmen. Dies ist – wie die Nationale Verzehrstudie Deutschlands (NVZ II) belegt – bei den meisten Deutschen nicht der Fall. So weisen 75 % der Frauen und 68 % der Männer eine Ballaststoffzufuhr von <30 g/Tag auf. In unserem eigenen RA-Kollektiv lag die durchschnittliche Ballaststoffaufnahme bei ca. 15 g/Tag. Dies bestätigt Untersuchungen aus Schweden, die ebenfalls eine zu niedrige Ballaststoff-Aufnahme bei RA-Patienten zeigten.

Ganz anders als es ihr Name suggeriert, sind Ballaststoffe wichtige (überwiegend pflanzliche) und damit auch ökologisch sinnvolle Nahrungsbestandteile, die zahlreiche gesundheitsförderliche, vor allem auch anti-inflammatorische Wirkungen entfalten können. Dies trifft mit großer Wahrscheinlichkeit auch für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und assoziierten Komorbiditäten zu, weshalb ihnen eine pflanzenbasierte, ballaststoffreiche Kohlenhydrat-reduzierte (z. B. mediterrane oder ggf. auch vegetarische) Ernährung mit einem hohen Anteil an Gemüse und Cerealien empfohlen werden sollte.



AUTORIN
PROF. DR. MONIKA REUSS-BORST
Schwerpunktpraxis für Rheumatologie
 Frankenstraße 36
 97708 Bad Bocklet
Email: info@reuss-borst-medizin.de

Interview mit Frau Prof. Dr. Reuß-Borst



Frau Prof. Dr. Reuß-Borst, welche Rolle spielt Ernährung überhaupt in der Behandlung rheumatischer Erkrankungen?

Die Art der Ernährung kann sowohl zur Entstehung rheumatischer Erkrankungen beitragen als auch deren Verlauf beeinflussen. Das erklärt auch die Beobachtung, dass die Prävalenz rheumatischer Erkrankungen weltweit sehr unterschiedlich ist. Exogene Faktoren wie unser Ernährungsstil sind vermutlich auch dafür verantwortlich, dass die Häufigkeit von rheumatischen Erkrankungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat, wie eine aktuelle Analyse des Robert-Koch-Instituts belegt.

Als pathophysiologisch relevant wird vor allem unser westlicher Ernährungsstil (sog. „Western Diet“) diskutiert. Dieser umfasst im Wesentlichen eine hoch-kalorische, fett- und kohlenhydratreiche, ballaststoffarme Ernährung, die überwiegend industriell hergestellt wird.

Die Folgen dieser Ernährungsform sind: 1. Adipositas mit Freisetzung einer Vielzahl pro-inflammatorischer Zytokine aus dem viszeralen Fettgewebe, 2. Veränderungen des Mikrobioms (Dysbiose) und konsekutiv erhöhte Darmpermeabilität (sog. „Leaky Gut-Syndrom“) und 3. daraus resultierend pro-entzündliche immunologische Veränderungen im Darm, die sämtlich als Treiber inflammatorischer Prozesse, auch in den Gelenken gelten.

Es ist daher zu erwarten, dass durch eine anti-inflammatorische Ernährungsmodifikation diese pathophysiologischen Prozesse günstig beeinflusst werden. Bestätigt wird dies durch Studien, in denen eine pflanzenbasierte kohlenhydrat-reduzierte Ernährung (sog. mediterrane Ernährungsform) günstige Effekte bei rheumatischen, aber auch anderen, z. B. kardiovaskulären Erkrankungen gezeigt hat, weshalb diese auch von der Kommission für Komplementäre Heilverfahren und Ernährung der DGRh in einem Positionspapier empfohlen wird.

Welche Vorteile hat ein gezieltes Ernährungsmanagement für die RA-Patienten?

Chronisch kranke Patientinnen und Patienten lernen, mit ihrer Erkrankung zu leben. Daher möchten viele von ihnen auch selbst etwas zu ihrer Gesundheit beitragen und fragen oft schon bei der Diagnose nach geeigneten (ganzheitlichen) Maßnahmen. Psychologen sprechen hier auch von Selbstwirksamkeit, d. h. das Gefühl, die Erkrankung selbst mit beeinflussen zu können.

Ein weiterer Aspekt ist die Beobachtung, dass Patientinnen und Patienten sehr schnell spüren, dass es ihnen nach einer Ernährungsmodifikation besser geht. Sie haben weniger Schmerzen, aber dafür mehr Energie. Mehr als 50 % unserer Patientinnen und Patienten mit Rheuma sind übergewichtig, bis zu 30 % sogar adipös. Eine Ernährungsumstellung unterstützt das Gewichtsmanagement und trägt zur Gewichtsreduktion bei. Dies hat wiederum zahlreiche positive Auswirkungen; so nimmt u. a. auch die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie z. B. mit TNF-Antagonisten zu, wie Studien eindeutig belegen konnten.



Eine Vielzahl häufiger Zivilisationserkrankungen wie z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch Krebserkrankungen und Demenz, sind Folge einer chronischen (oft stillen) Inflammation. Anti-entzündliche Strategien können somit auch mit Blick auf häufige Komorbiditäten bei Rheuma wie z. B. koronarer Herzerkrankung (KHK) präventiv wirken, sodass ein gezieltes Ernährungsmanagement nicht nur für Rheuma, sondern auch assoziierte Komorbiditäten Vorteile bietet.

Welche Bedeutung haben die klinischen Daten der MIKARA-Studie?

Die meisten Ernährungsempfehlungen bei Rheuma leiten sich aus prospektiven Kohorten- oder Beobachtungsstudien ab. Prospektive, randomisierte (doppelblinde) Interventionsstudien, wie sie die evidenz-basierte Medizin fordert, gibt es kaum.

Mit der MIKARA-Studie liegt jetzt erstmals eine prospektive randomisierte doppelblinde Interventionsstudie vor, die die Wirksamkeit von 2 exakt definierten Nahrungsbestandteilen, nämlich mittelkettigen Fettsäuren (MCT) und Ballaststoffen auf Krankheitsaktivität und Lebensqualität von Patienten mit rheumatoider Arthritis bei stabiler Begleitmedikation untersucht hat.

Warum wurden exakt diese beiden Nahrungsbestandteile für die Studie gewählt?

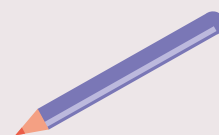
Die WHO empfiehlt eine tägliche Zufuhr von 30 g Ballaststoffen/Tag. Die durchschnittliche Ballaststoffzufuhr beträgt bei unseren Patientinnen und Patienten mit RA allerdings nur 15,3 bzw. 15,6 g/Tag. Es besteht also eine Unterversorgung. Ballaststoffe haben zahlreiche gesundheitsförderliche Wirkungen. Sie werden vom menschlichen Enzymsystem nicht abgebaut, können von Bakterien im Dickdarm jedoch verstoffwechselt werden. Dabei entstehen kurzkettige Fettsäuren (SCFA) wie Butyrat und Propionat, die im Darm anti-inflammatorische Wirkungen haben. Weitere Effekte der SCFA sind u. a. die Regeneration der Darmschleimhaut sowie die Wiederherstellung eines gesunden Mikrobioms.

MCT-Fette werden seit Jahrzehnten zur Therapie bestimmter Erkrankungen (z. B. Kurzdarm-Syndrom) eingesetzt. Sie werden in der Leber überwiegend zu Ketonkörpern verstoffwechselt. Ketonkörper wie z. B. das β -Hydroxybutyrat (BHB) wirken ebenfalls anti-inflammatorisch, indem sie z. B. das NALP-3-Inflammasom hemmen und dienen dem Gehirn auch als wichtige Energiequelle. Ketonkörper entstehen u. a. auch beim Fasten und werden zur Erklärung vieler positiver „Fasten-Effekte“ herangezogen.

In der MIKARA-Studie konnten wir zeigen, dass die Supplementation mit MCT-Fetten und Ballaststoffen zu einer signifikanten Besserung der Krankheitsaktivität und Morgensteifigkeit sowie einem signifikanten Anstieg von BHB im Blut führt. Gleichzeitig besserte sich bei den Patienten auch die Lebensqualität, insbesondere die Vitalität und mentales Befinden. Da Symptome wie Fatigue-Symptomatik und mangelnde Vitalität bislang kaum therapierbar sind, haben wir mit dem MIKARA-Supplement eine innovative, anti-entzündlich wirkende Therapieoption, mit der gleichzeitig auch die empfohlene tägliche Ballaststoffzufuhr bei unseren Patientinnen und Patienten sichergestellt werden kann.

Frau Professor Reuß-Borst,
vielen Dank für dieses Gespräch! ■

Die Rolle der Ballaststoffe bei RA-Patienten ist in der MIKARA-Studie untersucht worden. Deren Ergebnisse werden beim kommenden DGRh-Kongress in Wiesbaden präsentiert.





”

**Eine Vielzahl
häufiger
Zivilisations-
erkrankungen
sind Folge einer
chronischen
Inflammation.**

JOURNAL-CLUB

Neue Studien kurz & kompakt

Der Zusatznutzen einer Nurse-betreuten Versorgung in der Rheumatologie liegt auf der Hand, aktuell zeigte er sich wieder in einem systematischen Review im Verbund mit einer Metaanalyse bei rheumatoider Arthritis (RA). Doch müssen Fachkräfte offenbar auch aufpassen, nicht selbst Opfer einer Überbelastung zu werden. Eine gewisse Entlastung könnten Apps bieten, wie im Rahmen des EULAR-Kongresses deutlich wurde.

NURSE-BETREUTE VERSORGUNG BIETET VORTEILE

Ein zeitlos interessantes Thema ist der Vergleich des Outcome zwischen Betreuung durch den Rheumatologen und die Fachassistenz (Nurse) bei RA-Patienten. Jetzt wurde brandaktuell dazu ein systematisches Review mit Metaanalyse veröffentlicht, immerhin sechs randomisiert-kontrollierte Studien mit 1.093 Patienten konnten ausgewertet werden. Je zwei der Studien stammten aus Schweden und China, je eine aus Großbritannien und Deutschland (Hoepfer K et al., 2021), bei den meisten Studien mit einem einjährigen Verlauf.

Erstaunlicherweise zeigten sich in keinem der ausgewerteten Parameter Vorteile für die Betreuung durch den Rheumatologen. Mit Ausnahme des HAQ (gleiche Ergebnisse) bot die Betreuung durch Nurses zwar nicht signifikante, aber doch numerische Vorteile bei den Parametern VAS Schmerz, Krankheitsaktivität (DAS28), Entzündung (CRP), Fatigue und Morgensteifigkeit. Als Schlussfolgerung kann man zumindest festhalten, dass die Fachassistenz-Sprechstunde sicher keine Nachteile für den Patienten erwarten lässt. (1)

Literatur:

1 Gu W et al., Rev Esc Enferm USP 2025; 59: e20240186

2

RISIKEN FÜR BURN-OUT STÄRKER BEACHTEN

Zusätzlich sind zwei interessante Beiträge zu erwähnen, die kürzlich auf dem EULAR-Kongress in Barcelona präsentiert wurden. Das Burn-out-Risiko für 273 in der Rheumatologie tätige Ärzte und Nurses wurde in einer irischen Studie untersucht, darunter ca. 74 % Frauen. 11 % davon arbeiteten mehr als 50 Stunden in der Woche. Insgesamt 40 % der Teilnehmenden hatten das Gefühl von Burn-out.

Bei Anwendung objektiver Kriterien (MBI-Human Services Survey for Medical Personnel) waren 65 % zumindest in einer der drei Domänen dieses Survey betroffen, 12 % in allen drei Domänen. Insgesamt kann man aus dem Ergebnis dieser ersten derartigen Untersuchung in der Rheumatologie entnehmen, dass Burn-out auch in unserem Fachgebiet ein relevantes Risiko darstellt. (2)

3

APP MIT ZUSATZNUTZEN (NICHT NUR FÜR PATIENTEN)

In Würzburg wurde eine App für Patienten mit axialer Spondyloarthritis (axSpA) entwickelt, die sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie über 12 Wochen als sehr erfolgreich erwies: Bei Anwendung der Axia-App zusätzlich zur laufenden Therapie kam es zu einer signifikanten Besserung u. a. von Krankheitsaktivität (BASDAI), Funktionseinschränkung (BASFI) und Lebensqualität – das Ergebnis war so eindrucksvoll, dass der Beitrag als Late-Breaker noch ins Kongressprogramm aufgenommen wurde.

In dieser vielseitigen App erhalten die Patienten neben vielen anderen nützlichen Bestandteilen Schulung zur Krankheit, Tipps für das Krankheitsmanagement und ein individuell angepasstes Heim-Übungsprogramm. Durchaus vorstellbar, dass diese App den rheumatologischen Praxisalltag erleichtert, indem sie für Zeitersparnis sorgt, weil manches nicht mehr vom Rheumatologen oder der Fachassistenz erklärt werden muss. (3)

Literatur:

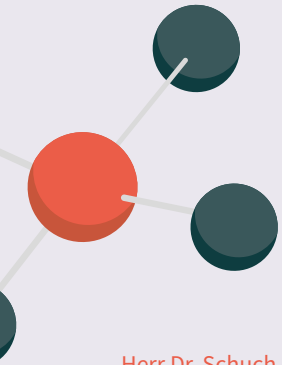
2 Connolly E et al., EULAR 2025 Barcelona, Abstr. POS1183

3 Strunz PP et al., EULAR 2025 Barcelona, Abstr. LB0002

IM GESPRÄCH: DER MENSCH UND ARZT FLORIAN SCHUCH

Neben der Patientenversorgung engagiert sich der Erlanger Rheumatologe Florian Schuch beim BDRh, der DGRh – hier auch als Sprecher der Kommission Fachassistenz – und war viele Jahre im Vorstand der Deutschen Rheumastiftung. In den letzten mehr als 20 Jahren war ihm ein besonderes Anliegen, die Ausbildung und Implementierung der nicht-ärztlichen Assistenzberufe in der Rheumatologie, insbesondere der Rheumatologischen Fachassistenz.





Herr Dr. Schuch, was ist das Besondere in Ihrer Tätigkeit als Arzt?

„Bleib gesund!“ „Ohne Gesundheit ist alles nichts!“ Gesundheit, Krankheit sind existenzielle Teile eines jeden Menschen und werden ganz individuell erlebt. Die große Mehrheit unserer Kolleginnen und Kollegen übt die Verantwortung für Menschen, ihren Beruf mit großem Engagement und hohem ethischem Commitment aus. Die Freude und Begeisterung für die Medizin sind in vielen Gesprächen spürbar und zeigen die Vielfalt und Besonderheit unseres Berufes.

Bekommen Sie das von Patienten widergespiegelt?

Auch in der Bevölkerung gibt es überwiegend Wertschätzung und Dankbarkeit gegenüber Ärztinnen und Ärzten. Doch die Aggressionen in Notfall-Ambulanzen, Praxen gegen Sanitäter, Pflegekräfte und Ärzte haben in den letzten Jahren massiv zugenommen. Das Anspruchsdenken hat sich immer mehr gesteigert, oft befördert durch gesellschaftliche und politische Entwicklungen. Exemplarisch fallen mir spontan ein z. B. das Patientenrechtegesetz, Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, Terminservice- und Versorgungsgesetz. Online-Beschwerdeportale senken die Hürde für Kritik, was den professionellen Umgang mit Beschwerden umso wichtiger macht.

Aber: Unser Beruf ist einzigartig. Für chronisch kranke Menschen, wie es eben Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind, hat er eine lebenslange Bedeutung. Medizin darf nicht von Gewinnmaximierung und wirtschaftlichen Interessen bestimmt werden – sie dient denjenigen, die uns brauchen. Dies bringt eine besondere Verantwortung und ethische Verpflichtung mit sich.

Passt der Arzt in der Form noch in das Versorgungssystem?

In Deutschland werden ca. 500 Milliarden Euro für Gesundheit ausgegeben, eine riesige Summe. Meines Erachtens reicht diese Summe, um eine solidarische Gesundheitsversorgung zu bezahlen. Die Rahmenbedingungen haben sich

in den letzten 20 Jahren jedoch erheblich verändert, zum Teil definitiv verschlechtert. Kapital- und börsennotierte Unternehmen bestimmen zunehmend den Gesundheitsmarkt. Auch hat sich in den letzten zehn Jahren viel in der ambulanten Versorgung verändert. Während 2015 nur knapp 5 % der Ärztinnen und Ärzte angestellt waren, liegt dieser Anteil heute bei fast 40 %. Diese Entwicklungen müssen in zukünftige Planungen einfließen.

Wir verkaufen nichts, wir betreuen keine Kunden und Gesunde brauchen keine „Gesundheitskasse“, sondern kranke Menschen brauchen ein Gesundheitswesen, auf das sie sich verlassen können: zeitlich, inhaltlich, menschlich. Und dazu gehört der Arzt, die Ärztin meines Vertrauens mit der Zeit, der Kompetenz, die ich als kranker Mensch mir wünsche. Also Antwort: Ja! Mehr denn je in diesem Gesundheitsmarkt.

Das heißt?

Unsere Arbeit ist mehr als Zahlen und Kostenfaktoren. Sie basiert auch auf Barmherzigkeit, Empathie und menschlicher Wärme – Werte, die sich nicht in DRG-Pauschalen oder durch Dokumentationskontrollen erfassen lassen. So sollte am Ende auch Zeit für Menschlichkeit bleiben. Das glaube ich, kann man nicht digitalisieren. Doch leider kommt das immer mehr zu kurz, die Verdichtung ist immer fordernder. Das hat verschiedene Folgen: Die Patienten fühlen sich oft nicht adäquat wahrgenommen, wir als Betreuende sollten aufpassen, in diesem Spagat zwischen Mangel an Versorgung auf der einen Seite und wirtschaftlichem Druck auf der anderen Seite nicht zerrissen zu werden. Es ist etwas Besonderes, in der Praxis Zuwendung zu geben und – was ja die niedergelassene Tätigkeit auszeichnet – Zuwendung und Dankbarkeit von unseren Patienten zu erfahren. Deshalb soll diese Erfahrung nachrückenden jungen Ärzten in die Rheumatologie Mut machen, den Schritt in die Praxis zu machen!

Herr Dr. Schuch,
vielen Dank für diese Ausführungen!





JETZT
QR-Code scannen
und informiert
bleiben!

RFA-aktuell.de

Das neue Portal zum Magazin – jetzt online!

Ob Fortbildung, Fachwissen oder aktuelle Informationen – hier finden Rheumatologische Fachassistenzen alles, was sie im Praxisalltag unterstützt. Jetzt entdecken, regelmäßig nutzen und immer auf dem neuesten Stand bleiben.



Das neue Online-Portal für die
Rheumatologische Fachassistentenz,
praxisnahe Tipps und
interprofessionellen Austausch:
www.rfa-aktuell.de



DELEGATIONS- PROJEKT „DELIVER-CARE“



vom G-BA für Regelversorgung ausgewählt

Der Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat für das Projekt DELIVER-CARE eine Empfehlung für die Regelversorgung beschlossen. DELIVER-CARE hat eine „MFA-Sprechstunde“ bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen als neue Form der Patientenversorgung erprobt. Leiterin des Projektes ist DGRh-Mitglied und Sprecherin der „Kommission Delegation“ Dr. Kirsten Hoepfer von der Medizinischen Hochschule Hannover. Dieser Erfolg ist ein wichtiges Signal für die rheumatologische Versorgung in Deutschland.



Betroffene mit chronisch-entzündlichen Erkrankungen wie rheumatoide Arthritis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa oder Psoriasis benötigen eine langfristige, intensive Betreuung. In Klinik und Praxis steht diese Zeit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oft nicht zur Verfügung. Hier setzt DELIVER-CARE an: Geschulte Medizinische Fachassistenz (MFA) übernimmt darin delegierbare ärztliche Tätigkeiten in Form einer eigenen Sprechstunde. In der Studie erhoben die MFA als erste Ansprechperson für die Betroffenen strukturiert die Krankheitsaktivität und kontrollierten den Therapieverlauf.

Das Projekt belegte für die Rheumatologie, Gastroenterologie und Dermatologie, dass diese Versorgungsform der Regelversorgung in puncto gesundheitsbezogene Lebensqualität nicht unterlegen ist. Die MFA-Sprechstunde ermöglichte eine intensivere Patientenbetreuung und kann damit helfen, die Versorgung zu verbessern.

Aufgrund der positiven Ergebnisse spricht sich der G-BA-Innovationsausschuss für eine Überführung in die Regelversorgung aus. Der G-BA leitet diese Erkenntnisse an die Bundesärztekammer, Partner der Bundesmantelverträge (GKV-Spitzenverband und KBV) sowie verschiedene medizinische Fachgesellschaften weiter.

Weitere Details zu den Ergebnissen des DELIVER-CARE-Projektes und den Empfehlungen des Innovationsausschusses finden sich im Beschluss und im Ergebnisbericht*. Der G-BA-Innovationsausschuss hat für drei Projekte Transferempfehlungen beschlossen, zwei davon mit einer zentralen Rolle für MFA. Bemerkenswert ist zudem, dass DELIVER-CARE das erste Projekt der Rheumatologie im Förderbereich „Neue Versorgungsformen“ ist, das eine Transferempfehlung erhalten hat. Insgesamt gab es bislang 109 Beschlüsse, nur 26 Projekte davon haben diese Empfehlung bekommen. ■

* <https://innovationsfonds.g-ba.de/beschluesse/deliver-care.343>

BLICKDIAGNOSE – RATEN SIE MIT!

Rheumaquiz von und mit Prof. Klaus Krüger

Erneut wird der Schweregrad unseres Ratespiels ein wenig erhöht – deshalb fortan keine Alltagsfragen mehr!!



FALL 1

Eine 66-jährige Patientin mit rheumatoider Arthritis (RA) unter einer Tocilizumab-Therapie (Nebendiagnose Diabetes Typ II) entwickelt innerhalb weniger Tage eine hochschmerzhafte strangartige Schwellung mit Rötung im Beugesehenbereich rechts, Druckschmerz zuletzt so stark, dass Berührung kaum noch möglich ist. Was könnte am ehesten dahinterstecken?

- A** Gicht
- B** Septische Tendovaginitis
- C** Akuter Schub der bekannten RA
- D** Borreliose



FALL 2

Eine 58-jährige Patientin mit akuter akraler Durchblutungsstörung – das Bild spricht am ehesten für welche Erkrankung als Ursache?

- A** Granulomatose mit Polyangiitis (M. Wegener)
- B** Thrombangitis obliterans
- C** Gicht
- D** Progressive Systemsklerose (Sklerodermie)



Lesen Sie die Auflösung auf Seite 42

FALL 3

Das vorliegende Bild haben wir bereits in der vorliegenden Ausgabe gesehen, es gehörte zu einem libanesischen Patienten mit Morbus Behçet. Leidensdruck verursachen vor allem schmerzhaftes Schleimhautaphten. Welches Medikament könnte am ehesten helfen?

- | | |
|-------------------|---|
| Secukinumab | A |
| Hydroxychloroquin | B |
| Filgotinib | C |
| Apremilast | D |



FALL 4

Nun noch etwas Leichteres für jene, die durch die bisherigen Fragen zu sehr strapaziert wurden. Welche Veränderungen sehen Sie auf dem vorliegenden Bild (nur eine Kombination ist richtig!)?

- | | |
|--|---|
| Synovitis MCP-Gelenke + Handgelenk | A |
| Synovitis MCP-Gelenke + Handgelenk
+ Atrophie der Mm. interossei | B |
| Synovitis MCP-Gelenke + Handgelenk
+ Atrophie der Mm. interossei + Uhrglasnägel | C |
| Synovitis MCP-Gelenke + Handgelenk
+ Atrophie der Mm. interossei
+ Tenosynovitis der Beugesehnen | D |



MEHRWERT FÜR DIE PATIENTEN- VERSORGUNG



RFA und Nicht-ärztliche Praxisassistenten –
eine gewinnbringende Kombination

In den Zeiten des zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist die Optimierung von Versorgungsstrukturen unumgänglich. Die Zusatzweiterbildungen Nicht-ärztliche Praxisassistenten (NäPa) und RFA ermöglichen uns, delegierbare ärztliche Aufgaben zu übernehmen und schaffen einen echten Mehrwert für Ärzte, Patienten und Personal. Insbesondere für das Flächenland Brandenburg sind Hausbesuche sehr bedeutsam in der Versorgung von chronisch-kranken, teils multimorbiden und in der funktionellen Bewegung eingeschränkten Patienten. Auch nicht zu unterschätzen ist, dass Patienten aufgrund der guten Therapiemöglichkeiten immer älter werden und noch im eigenen Haushalt agieren und somit die Selbstständigkeit so lange wie möglich aufrechterhalten.





WIE BIN ICH ZUR NÄPA GEKOMMEN?

Lange habe ich in einer Gemeinschaftspraxis für Hausarzt/Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie und Rheumatologie gearbeitet. Administrative Dinge, wie z. B. Abrechnung, haben mich noch nie wirklich interessiert. Ich habe mich daher gern in der Funktionsmedizin, wie Belastungs-EKGs und Doppleruntersuchungen aufgehalten. Das weitestgehend eigenständige Arbeiten hat mir bereits hier schon großen Spaß gemacht. Aber ich wollte mehr. Mehr Verantwortung, mehr Eigenständigkeit, mehr medizinisches Wissen und mehr Vertrauen der Ärzte.

Über unsere zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV), bin ich dann auf die Fortbildungsmöglichkeit der NÄPa aufmerksam geworden. Nach Rücksprache mit meinem damaligen Arbeitgeber konnte ich dies dann auch umsetzen.

WAS IST DIE NÄPA UND WAS IST ZU BEACHTEN?

Die NÄPas sind MFAs, die eine spezielle Weiterbildung über die KV absolviert haben, um ärztliche Aufgaben wie Hausbesuche, strukturierte Anamnesen, Wundkontrollen, Impfungen, Medikamentengaben etc. eigenständig durchzuführen. Die MFA absolviert einen 271-stündigen berufsbegleiteten Lehrgang, der sich nach dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer richtet. Inhalte sind z. B.: Grundlagen und Rahmenbedingungen beruflichen Handelns, Berufsbild,

Medizinische Kompetenz, Notfallmanagement und Kommunikation. Die Weiterbildung erfolgt unter der Woche und gilt als Arbeitszeit. Die Teilnahmegebühr beläuft sich auf 13 Euro pro Stunde.

Haus- und Fachärzte müssen vor dem Einsatz bzw. der Abrechnung von NÄPa-Leistungen eine Genehmigung der zuständigen KV einholen, das Formular „Antrag auf Genehmigung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch nicht-ärztliche Praxisassistenten“ gibt es zum Download auf der KV-Homepage. Auch noch wichtig ist, dass sich die Genehmigung nur auf den antragstellenden Arzt und die erwähnte NÄPa bezieht und nicht übertragbar ist, sowie, dass eine Mindestarbeitszeit der NÄPa von 20 Stunden pro Woche zu beachten ist. Des Weiteren muss jährlich eine Erklärung zur Beschäftigung der NÄPa bei der zuständigen KV

eingereicht werden, auch dieses Formular steht online auf der jeweiligen KV-Homepage zur Verfügung. Die jährliche Erklärung dient der Bestätigung, dass eine NÄPa in der Praxis beschäftigt wird und welche Tätigkeiten diese ausübt.

Ein NÄPa-Refresher-Kurs oder auch Notfallmanagement-Refresher ist eine Fortbildung für NÄPas, die alle drei Jahre aufgefrischt werden muss. Dieser Kurs ist vorgeschrieben, um die erworbene Kompetenz in der Betreuung risikorelevanter Patientengruppen und im Notfallmanagement aufrechtzuerhalten. Der Kurs erfolgt ebenfalls berufsbegleitend, die 16 Stunden beinhalten jeweils 8 Stunden Notfallmanagement und Fortbildung zur Weiterentwicklung des Berufsbildes des NÄPas. Die Teilnahmegebühr beläuft sich hier auf 208 Euro. Die Einladung und Erinnerung erfolgt über die zuständige KV. ►

”

**Aber ich wollte mehr.
Mehr Verantwortung,
mehr Eigenständigkeit,
mehr medizinisches
Wissen und mehr
Vertrauen der Ärzte.**



Einzig und allein die Patientenversorgung wird hier verbessert und der Arzt entlastend unterstützt.

MEHRWERT FÜR DEN ARZT?

Zeitintensive und delegierbare Leistungen werden professionell übernommen, wodurch mehr Raum für komplexere medizinische Entscheidungen und Gespräche entsteht. Bereits durch den RFA-Kontakt konnten wir in den Praxen eine große Entlastung für den Arzt schaffen und mehr Patienten versorgen.

MEHRWERT FÜR DEN PATIENTEN?

Da die Patienten mich aus der Praxis im RFA-Kontakt kennen – und man bereits ein sehr gutes Vertrauensverhältnis aufbauen konnte, sind die Besuche in der Häuslichkeit meist noch vertraulicher. Die Patienten sind deutlich entspannter, da sie sich mit dem Stress „Wie komme ich überhaupt in die Praxis?“ oder „Wie lange werde ich heute wieder warten müssen“ nicht auseinandersetzen müssen. Für unsere multimorbiden Patienten mit meist erheblichen Bewegungseinschränkungen ist das eine deutliche Entlastung. Diese sehr persönliche und wohnortnahe Versorgung stärkt das Sicherheitsgefühl, fördert die Therapietreue und erlaubt es, Veränderungen frühzeitig zu erkennen.

WIRTSCHAFTLICHER NUTZEN?

Natürlich „fehlt“ eine RFA in der rheumatologischen Sprechstunde, wenn sie ihre Hausbesuche fährt. Dies muss im Praxisteam und im Praxisalltag gut strukturiert werden.

Die gesetzlichen Grundlagen und Abrechnungsmöglichkeiten sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt, unter anderem über die 38100, 38202 oder 38200 – ca. 19 Euro/Hausbesuch. Die Zuschläge für den Einsatz der NÄPa werden extra-budgetär und damit ohne Mengengrenzung in voller Höhe vergütet, einen weiteren finanziellen Vorteil gibt nicht. Einzig und allein die Patientenversorgung wird hier verbessert und der Arzt entlastend unterstützt. ACHTUNG: Befindet sich der Patient zusätzlich in der ASV, kann die NÄPa-Abrechnung nicht erfolgen.

MEHRWERT FÜR DIE RFA/NÄPA?

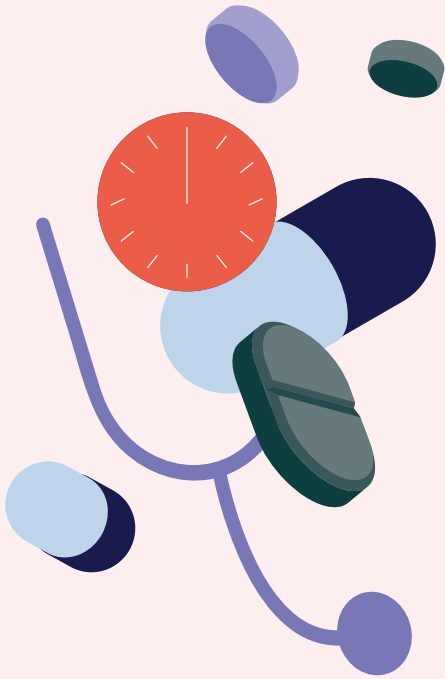
Als Vorteil sehe ich, dass man viel eigenständiger als viele andere MFAs arbeitet. Von ärztlicher Seite werden einem medizinisch anspruchsvollere Aufgaben anvertraut. Das stärkt

sowohl die fachliche Kompetenz als auch das Selbstbewusstsein. Statt nur am Empfang oder im Labor tätig zu sein, kann ich hier meinen Arbeitsalltag viel flexibler und abwechslungsreicher gestalten. Natürlich hat man mit der/den Zusatzqualifikation/en und durch die höhere Verantwortung die Möglichkeit, ein höheres Gehalt zu verlangen. Die NÄPa ist im Gehaltstarifvertrag in der Tätigkeitsstufe IV hinterlegt.

UMSETZUNG IN UNSERER PRAXIS?

Die Termine der Patienten (auch Privat-Patienten) strukturiere ich mit meiner Chefin gemeinsam. Die Route selbst plane ich. Das Intervall der Hausbesuche wird nach der Aktivität der Erkrankung, nach Medikamenteneinstellung oder Laborwerten festgesetzt.

Meine Hausbesuche fahre ich ca. alle 4 Wochen an einem Mittwoch mit meinem privaten PKW. Hierfür nutze ich ein Fahrtenbuch. Um 8 Uhr startet mein Tag bei dem ersten Patienten. Die Tour wurde vorher, je nach Wohnort der Patienten, festgelegt. Die Patienten werden einen Tag vorher erneut über die ungefähre Uhrzeit des Eintreffens



informiert. Vor Ort erfolgt das Einlesen der Chipkarte, eine Laborkontrolle, Erhebung der Assessments und Vitalparameter, Gelenkstatus und eine strukturierte Anamnese. Alles wird zunächst auf einem Blatt handschriftlich dokumentiert. Eine Richtlinie, wie lange ich während eines Hausbesuches zu verweilen habe, gibt es nicht.

Sobald alle Fragen geklärt und alle Punkte abgearbeitet sind, geht es zum nächsten Patienten. Je nach Bedarf absolviere ich an einem Mittwoch bei ca. 6 Patienten den Hausbesuch. Nach Abschluss der Route geht es für mich in die Praxis zurück. Das Labor wird „eingetütet“, die Dokumentation sowie die Abrechnung erfolgen am Rechner. Nachdem alles abgeschlossen ist, wird meine Chefin über alles informiert und die nächsten Hausbesuche oder Termine für die Sprechstunde in der Praxis geplant. ■

Allgemeine Informationen zur Abrechnung: Nichtärztliche Praxisassistenten (näPa):

<https://www.kvbb.de/praxis/praxiswissen/abrechnung-honorar/themen-a-z/nichtaerztliche-praxisassistenten-naepa>

Genehmigungspflichtige/Anzeigepflichtige Leistungen Nicht-ärztliche Praxisassistenten:

<https://www.kvbb.de/praxis/praxiswissen/qualitaetssicherung/genehmigungspflichtige-anzeigepflichtige-leistungen/nicht-aerztliche-praxisassistenten>

Wo kann ich mich anmelden? Hierzu Informationen z. B. über die KV-Brandenburg:

<https://www.laekb.de/mfa/fortbildung-mfa/fortbildung-naepa>

Antrag auf Genehmigung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen durch

nicht-ärztliche Praxisassistenten:

https://www.kvbb.de/fileadmin/user_upload/pdf/Genehmigungspflichtige_Leistungen/Nicht-aerztliche_Praxisassistenten/Antrag_NPA_Stand_11-2024.pdf

Jährliche NäPa- Erklärung:

https://www.kvbb.de/fileadmin/user_upload/pdf/Genehmigungspflichtige_Leistungen/Nicht-aerztliche_Praxisassistenten/jaehrliche_erklaerung_naepa.pdf

Fazit

Die Kombination aus RFA und NäPa ist für mich gerade im ländlichen Bereich ein zukunftsweisendes Modell, das nicht nur die Patientenversorgung deutlich verbessert, sondern zudem auch unsere rare Ressource „Arzt“ schützt und unterstützt. Alles in allem ein echtes Win-Win-Win-Modell.

MICHELE KRETSCHMANN

**Rheumatologische Fachassistentin und
Nicht-ärztliche Praxisassistentin**

Rheumatologie Hoppegarten

Katharina Pagel & Dr. med. Eva Seipelt

BLICKDIAGNOSE – RATEN SIE MIT!

Auflösung

Mein Ergebnis

4 X RICHTIG

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

3 X RICHTIG

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

2 X RICHTIG

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

1 X RICHTIG

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

0 X RICHTIG

Eijei ...

Die korrekte Diagnose

FALL 1

Richtige Antwort: B. Das Infektionsrisiko ist bei der Patientin durch Alter, Grunderkrankung, Therapie und Multimorbidität deutlich erhöht. Die genaue Inspektion zeigte eine Ritzverletzung am Unterarm (Rosendorn). Bei Punktion wurde eitriges Sekret gewonnen, als Erreger *Staphylococcus aureus* identifiziert.

FALL 2

Richtige Antwort: D. Die akute Durchblutungsstörung könnte mehrere Ursachen haben, jedoch sieht man bei genauer Inspektion an der Fingerkuppe zusätzlich durchscheinende weiße Veränderungen. Dabei handelte es sich um Kalkablagerungen (Calcinosis cutis), wie sie für die Systemsklerose typisch sind. Die Patientin hatte solche Ablagerungen auch noch an anderen Stellen.

FALL 3

Richtige Antwort: D. Apremilast ist für die Psoriasis und Psoriasis-Arthritis (PsA) sowie auch für aphthöse Veränderungen bei M. Behçet zugelassen. Im Gegensatz zur eher limitierten Wirkstärke bei PsA ist die Wirksamkeit bei M. Behçet sehr gut, bei unserem Patienten zeigte sich eine drastische Besserung.

FALL 4

Richtige Antwort: B. Das war doch wirklich einfach. Bei dieser 69-jährigen Patientin mit fortgeschrittener seropositiver RA ist die Synovitis ebenso unstrittig wie die Muskelatrophie. Die Beugesehnen sind gar nicht mit dargestellt, an den Nägeln ist kein pathologischer Befund feststellbar.

VORSCHAU

DGRh-Kongress

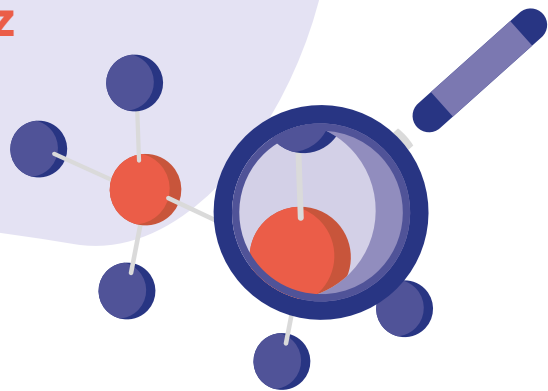
**Fortbildung/
Plenarsitzung Fachverband**

ACR-Kongress

Blickdiagnose/Quiz

... und vieles mehr

**Die nächste
Ausgabe
erscheint
im Februar
2026**



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
www.wortreich-gik.de

GRAFIK/LAYOUT: ponderosa-design.de

DRUCK: AWG Druck GmbH, Ennerich

ISSN 2941-0428

ERSCHEINUNGSTERMIN Oktober 2025

Jahrgang 3 – 3/2025

BILDQUELLEN: Seite 24/25 Adobe Stock,
Seite 29 Adobe Stock

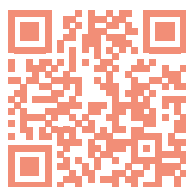
NÄCHSTER ERSCHEINUNGSTERMIN Februar 2026

„RFA aktuell“ ist eine unabhängige Zeitschrift der
WORTREICH Ges. f. ind. Kommunikation mbH, Limburg

www.rfa-aktuell.de

Rheuma verstehen

und im Umgang mit der
Erkrankung stärken



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

www.abbvie-care.de/rheuma

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

abbvie
care 
with you