Gemeinsam für Patienten

06

RFA Award 2026: Drei Praxisteams ausgezeichnet

14

RhK in Leipzig: 25. RFA-Fortbildungstreffen

32

EULAR 2026 in London: Neue Erkenntnisse



03/26

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



medac
improving human health

Die Rheumatologische Fachassistenz

EINE ERFOLGS-GESCHICHTE

Eine Erfolgsgeschichte jagt die andere: Im Sport, in der Ingenieurswissenschaft, in der Technik der Arztpraxis, in der digitalen Welt .... stopp. Ein kritischer Blick auf uns als Team, mich als Arzt und auf Sie als RFA, wir, die Menschen, die die Praxis tragen.





Nehmen wir den Arzt: Als solcher habe ich eine Vorstellung über die Gestaltung und Entwicklung, nicht nur kurzfristig, ich habe Verantwortung und die Praxis sollte gedeihen und die Patienten gesünder und zufrieden machen. Hierbei spielen unternehmerische Überlegungen eine Rolle, damit eine Erfolgsgeschichte entstehen kann. Nehmen wir Sie als MFA und besonders als RFA, die Sie das tragende Assistenzpersonal der medizinischen Einrichtungen in der ambulanten Versorgung sind: Auch Sie tragen Verantwortung, arbeiten mit hohem Engagement, bringen sich ein zur Weiterentwicklung der Institution und Ihres eigenen Arbeitsplatzes! Wie umfangreich Ihr Aufgabengebiet ist, wird mit all den Themen dieser Ausgabe der „RFA aktuell" offenkundig: Medizinisches Fachwissen, Umstellung von der analogen, zum Teil noch papierbasierten, in eine digitale Welt (ePA, KIM, RheDAT, DiRHIS als Beispiele), Patientenbetreuung, Einbringung delegierbarer ärztlicher Leistungen in die tägliche Routine, Kongressbesuche, Fortbildungen und und …!

Unsere Botschaft an Sie: Machen Sie etwas aus diesen Aufgaben, machen Sie etwas aus sich! Egal ob in Einzel-, Gemeinschaftspraxen, MVZs oder Kliniken. Die Rheumatologie entwickelt sich nicht nur in der Therapie weiter, sondern auch in Organisation und Arbeitsteilung. Ein weiterer Schritt mit hohem Stellenwert ist die Entwicklung von digitalen Tools, die die Arbeit von allen in der Praxis Arbeitenden erleichtert, motiviert und Zeit für die menschlichen Kontakte mit Patienten schafft und so zufrieden macht.
Eine Erfolgsgeschichte? Ein klares JA!

Patricia Steffens-Korbanka & Dr. Georg Gauler
rheumapraxis an der hase
Möserstraße 46, 49074 Osnabrück

INHALT



06 RFA AWARD 2026
Drei innovative Delegationsmodelle ausgezeichnet

10 DELEGATION IN DER RHEUMATOLOGIE
Leistungen der RFA aus ärztlicher Sicht / Dr. Martin Welcker

14 FACHVERBAND RFA
25. Fortbildungstreffen beim RhK in Leipzig / Ulrike Erstling & Patricia Steffens-Korbanka

18 RFA-MSUS-STUDIE
Auch Ultraschall ist delegierbar

20 JOURNAL-CLUB
Neue Studien kurz & kompakt / Prof. Dr. Klaus Krüger

22 DELEGATION AN DIE KI
Was der EU AI Act von der rheumatologischen Praxis verlangt / Dr. Kirsten Hoeper & Daniel Kleiboldt

25 RHEUMATOIDE ARTHRITIS
Update der deutschen S3-Leitlinie erschienen

28 ENTZÜNDLICH-RHEUMATISCHE ERKRANKUNGEN
Erste S3-Leitlinie zum Management kardiovaskulärer Risiken

30 BLICKDIAGNOSE – RATEN SIE MIT!
Rheumaquiz von und mit Prof. Dr. Klaus Krüger

32 EULAR-KONGRESS 2026
Neue Erkenntnisse aus London

36 RHEUMATOIDE ARTHRITIS
Potenzial von Methotrexat wird oft nicht voll ausgeschöpft

39 VORSCHAU/IMPRESSUM

RHEUMAAKADEMIE
Rheumatologische Fortbildungsakademie GmbH

Fortbildungstermine für RFA 2027

Jahresprogramm 2027: Gemeinsam Wissen stärken – Rheumatologie weiterdenken

Auch 2027 bietet die Rheumaakademie ein vielseitiges Fortbildungsprogramm für medizinisches Assistenzpersonal: Freuen Sie sich auf praktische Tipps in „RheumaHacks", auf „Rheumatologie zum Kennenlernen" und die Kurse für die Rheumatologische Fachassistenz mit ihrem umfangreichen Curriculum – vom Grundkurs über den darauf aufbauenden „RFAplus-Kurs" bis zum Refresh- und Update-Kurs. Interessant sein dürfte für Sie auch die „Train-the-Trainer: Patienteninformation und -schulung" mit StruPI / Basisschulung Rheumatoide Arthritis. Für Spaß und Fortbildung zugleich sorgt unser „Rheumatology Slam". Entdecken Sie jetzt das Jahresprogramm 2027 der Rheumaakademie und planen Sie Ihre Fortbildungen!

Jetzt informieren:



Weitere Veranstaltungen:

TTT-Seminar: StruPI-RA, virtuell
10. & 17. Februar

Aufbaukurs RFAplus, München / virtuell (Hybrid)
20. Februar – 11. April

RFA Grundkurs, Nürnberg
20. Februar – 23. Mai

RFA Grundkurs, Berlin / virtuell (Hybrid)
27. Februar – 30. Mai

TTT-Seminar: StruPI-RA
14. & 21. April

RFA Refresh- und Updatekurs, Leipzig
19. – 20. Juni

TTT-Seminar: StruPI-RA, virtuell
15. & 22. September

Aufbaukurs RFAplus, Berlin / virtuell (Hybrid)
18. September – 07. November

RFA Grundkurs, Fulda
18. September – 05. Dezember

RFA Grundkurs, Hamburg / virtuell
25. September – 12. Dezember

TTT-Seminar: StruPI-RA, virtuell
03. & 10. November

RFA Refresh- und Updatekurs, München
27. – 28. November

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

RHEUMAAKADEMIE

RhApp – Rheumafachwissen

Die Rheumatologische App für Fachassistenz und Studium. Kostenfrei für Kursteilnehmende und Studierende.

Jetzt Zugang sichern und RhApp freischalten!

Jetzt mit neuen Fragen!



Lade im App Store
JETZT BEI Google Play

RFA AWARD 2026

RFA AWARD 2026

Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e.V.

Zum dritten Mal innovative Delegationsmodelle ausgezeichnet



Mit der Preisverleihung des RFA Awards, der zum 3. Mal am 27. Juni in Köln vergeben wurde, wird die herausragende berufliche Leistung sowie die inspirierenden sowie beispielhaften Umsetzungen von RFA-Delegationsmodellen in den Versorgungsalltag gewürdigt. Denn Exzellenz verdient Sichtbarkeit!

Der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz setzt sich mit großem Engagement und Herzblut für die Weiterentwicklung und Stärkung des Berufsbildes der Rheumatologischen Fachassistenz (RFA) ein. Ein zentrales Anliegen ist dabei die Förderung der Delegation ärztlicher Aufgaben als wichtiger Baustein einer modernen, zukunftsfähigen rheumatologischen Versorgung. Auch ohne akademisches Abschlussprofil leisten RFAs durch qualifizierte Delegation einen wesentlichen Beitrag: Sie ermöglichen den effizienten Einsatz fachlicher Kompetenzen, entlasten Ärztinnen und Ärzte, steigern die Arbeitszufriedenheit in den Teams und tragen dazu bei, Versorgungsengpässe zu reduzieren sowie die Qualität der Patientenversorgung nachhaltig zu verbessern.

> **Auch ohne akademisches Abschluss-profil leisten RFAs durch qualifizierte Delegation einen wesent-lichen Beitrag.**

Wie erfolgreich Delegation in der Praxis umgesetzt werden kann, haben die Bewerberteams des RFA Award 2026 eindrucksvoll gezeigt. Mit ihren Bewerbungsvideos und den ergänzenden Darstellungen ihrer strukturierten Arbeitsabläufe präsentierten sie individuelle, praxisnahe Konzepte, die sich erfolgreich in den Berufsalltag integrieren lassen und als Vorbild für andere Einrichtungen dienen können.

Aus den zahlreichen Bewerbungen wurden drei Teams für den RFA Award 2026 nominiert. Ausgezeichnet wurden ein erster Platz sowie zwei zweite Plätze. Sie haben die Jury überzeugt, ihre erfolgreiche arbeitsteilige Zusammenarbeit fungiert als Vorbild. ▶



1. Platz

Er geht an das Team der delegativen Patientenversorgung

MVZ GESUNDHEITSCAMPUS MONHEIM GMBH

Verantwortliche RFA:
Maike Schweda | Agatha Fieweger, Franziska Quandt
Verantwortliche Ärztin:
Dr. Verena Buschhorn-Milberger

In seiner Laudatio betonte Herr Prof. Dr. Gerd Horneff, Kinderrheumatologe aus St. Augustin, wie überzeugend das Team des MVZ Gesundheitscampus Monheim die RFA-Delegation mit einem jungen Team in kurzer Zeit beispielhaft umgesetzt hat, so mit RFA-Visiten, die parallel zu den Bürozeiten der Ärztin stattfinden. Besonders zukunftsweisend bewertete die Fachjury die geplante wissenschaftliche Studie zur Etablierung von Triage-Zugangswegen mit einem standardisierten Fragebogen zur Überprüfung der diagnostischen Genauigkeit und Effektivität der Priorisierung im Rahmen dieses Versorgungskonzepts. Die wissenschaftliche Evaluation unterstreicht den hohen Innovationsanspruch des Projekts und kann einen wichtigen Beitrag zur weiteren Evidenzbildung delegativer Versorgungskonzepte leisten. Sie könnte zugleich zusätzliche Argumente für die Anerkennung und perspektivische Vergütung delegierter RFA-Leistungen liefern.



2. Platz

RHEUMAPRAXIS KAUFERING

Verantwortliche RFA:
Nicole Görlitz | Traudl Rummelsberger,
Teresa Lüdtke, Josefine Rozman, Jenny Pösl
Verantwortliche Ärztinnen:
Dr. Rahel Gold | Dr. Verena Hupertz

Für dieses Team hielt Herr Prof. Dr. Klaus Krüger, Rheumatologe aus München, die Laudatio. Besonders hervorzuheben ist, wie erfolgreich es dem Team der Rheumapraxis Kaufering gelungen ist, die Delegation ärztlicher Leistungen innerhalb kurzer Zeit mit einem jungen und engagierten Team beispielhaft umzusetzen und eine eigenständige RFA-Kontakt-(Sprechstunde) zu etablieren. Die vertrauensvolle, wertschätzende Zusammenarbeit auf Augenhöhe wird in der Videobotschaft durch den Satz „Ärztinnen unterstützen die RFA“ deutlich. Alle Beteiligten, vor allem die Patientinnen und Patienten, profitieren von den strukturierten und effizienten Arbeitsabläufen.



2. Platz

RHEUMAPRAXIS VIALE RISSOM

Verantwortliche RFA:
Lina Marin-Peterson | Dania Massalema, Yvonne Sterzl
Verantwortlicher Arzt:
Dr. Martin Viale Rissom

In der Laudatio hob Frau Dr. Kirsten Karberg, Rheumatologin aus Berlin, den Enthusiasmus des Teams der Rheumapraxis Viale Rissom hervor, dessen nachhaltige Motivation und optimierte Arbeitsstrukturen die gelebte Delegation seit 2020 maßgeblich geprägt haben und zugleich eine zuverlässige Patientenversorgung auch bei personellen Ausfällen sicherstellen. Die Bewerbung vermittelt eindrucksvoll, dass dieser Beruf für das Team eine Berufung ist – begleitet von Engagement jenseits des Alltags, beispielsweise durch das Ehrenamt-Projekt Rheuma-Engel auf Instagram und die persönliche Stellungnahme im Bewerbungsvideo.

Video-Beiträge der Fortbildung und Preisverleihung RFA-Award finden sich online (www.rfa-award.de) – so Interviews mit den geehrten Teams sowie mit Dr. Claus-Jürgen Bauer, Dr. Kirsten Karberg und Prof. Dr. Klaus Krüger.

Herzlichen Glückwunsch den RFA Award Preisträger-Teams 2026

Ihre Ulrike Erstling (1. Vorsitzende) und Patricia Steffens-Korbanka (2. Vorsitzende)
Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V.
E-Mail: info@forum-rheumanum.de
www.forum-rheumanum.de

LEISTUNGEN DER RHEUMAFACHASSISTENZ AUS ÄRZTLICHER SICHT

Delegation in der Rheumatologie

Die ambulante Betreuung in der Medizin und der Rheumatologie ist naturgemäß so vielfältig und individuell, wie wir als Individuum nun mal sind. Jeder Arzt hat seine eigenen Vorstellungen, Vorlieben und persönlichen Fähigkeiten, welche die Organisationsstrukturen beeinflussen. Daher ist es nur logisch, dass besonders kleinere Einheiten, hier vor allem Einzelpraxen, stark auf die ärztliche Leitung ausgerichtet sind. Einige mögliche plakative Aussagen sollen nun die Vorteile kooperativen Handelns beleuchten.

„ALLES MUSS MAN SELBST MACHEN!“

Ist dies eine Form der Einstellung oder eine Form versteckter Kritik? Möglicherweise wurden im Rahmen früherer Arbeiten negative Erfahrungen gemacht, dass z. B. ein Delegationsauftrag fehlerhaft verlief. Dies mit der persönlichen Konsequenz: „Alles muss man selbst machen!“

Ist dies wirklich die Alternative? Die Annahme eines Patienten, die Terminerstellung, die Erstellung eines Rezeptes nach Vorlage sind doch bereits erste Schritte einer Delegation und werden von allen MFAs ausgeführt. Ein weiteres Beispiel: Die Beantwortung der Frage, ob ein Medikament im Falle eines Infektes eingenommen werden soll oder nicht, ist ebenfalls eine Form der Delegation. Diese kann naturgemäß vom Arzt beantwortet werden. Hat eine MFA aber entsprechende Erfahrung („also meine Erstkraft kann das, aber der Rest…“) kann diese mit Sicherheit eine orientierende Antwort geben. Noch besser kann die Antwort aber gegeben werden, wenn die MFA im Rahmen einer intensiven Schulung bzw. einer Weiterbildung gelernt hat, wie in solchen Fällen die korrekte Antwort zu lauten hat und ab welchem Moment diese Antwort vom Chef, also vom Arzt, gegeben werden muss. Exakt diese Kompetenz hat eine RFA nach Durchlaufen ihres Kurrikulums erworben!

Wenn man also meint, alles selbst machen zu müssen und nicht delegieren kann oder will, lässt man Möglichkeiten der Arbeitserleichterung ablauftechnisch „auf der Straße“ liegen. Zudem wird nicht aktiv die Möglichkeit der Mitarbeitermotivation im Sinne der Weiterbildung und Wertschätzung genutzt.





WIE IST DENN DELEGATION UMZUSETZEN UND WELCHE RISIKEN BESTEHEN?

An dieser Stelle sei erstens der rechtliche Rahmen vereinfacht wie folgt zusammengefasst:

Sofern eine strukturierte Form des Ablaufes (strukturierte Anamnese, strukturierte Gelenkuntersuchung, strukturierte Untersuchungstechnik, etc.) vorliegt, die im optimalen Fall auch noch von der Fachgesellschaft festgelegt oder in einem Kurrikulum vermittel wird (z. B. Ausbildung zur Rheumatologischen Fachassistenz; RFAplus-Weiterbildung) ist diese rechtlich abgesichert.

Als Zweites der organisatorische Rahmen:

Zu bedenken ist, dass Prozesse üblicherweise in kleinen Schritten verändert werden und dass dieses Vorgehen auch zur Einführung der Delegation empfehlenswert ist (einzig bei Neugründung einer Praxis sollte gleich zu Beginn der Ablauf komplett und streng strukturiert festgelegt werden):

Die Erfahrung der Mitarbeiter und MFA/RFAs frühzeitig einbinden, da diese die Eigenheiten von Ärzten, die Organisationsstärken und -schwächen und die Möglichkeiten der Ergänzung und Optimierung meist gut kennen.

Notwendig ist, einen kooperativen Arbeitsstil mit kompetenter Delegation einzuführen, die nicht zwingend ab dem ersten Tag funktioniert. Fehler, Probleme und Rückschläge sollten nicht dazu führen, alles wieder selbst zu machen. Hier eröffnet sich die Chance, die Ursache des Fehlers zu analysieren und den Ablauf an dieser Stelle zu verbessern. Hinweis: Auch wir Ärzte machen „mal“ Fehler, sie werden uns nur oft nicht mitgeteilt.

> **Fehler, Probleme und Rückschläge sollten nicht dazu führen, alles wieder selbst zu machen.**



Schritt für Schritt können somit die unterschiedlichen Funktionen einer RFA-Betreuung (standardisierte Telefonberatung der einfacheren Fragen/Fälle; Erstellen einer vorstrukturierten Anamnese; Erheben eines vorstrukturierten Gelenkstatus; Erheben der Medikamentenanamnese; etc.) eingeführt und für sich angepasst werden.

In einem abschließenden Schritt könnte noch eine RFA-Visite oder ein -Kontakt eingeführt werden, welche den ärztlichen Arbeitsablauf noch mehr erleichtert und die Zufriedenheit der Patienten nach entsprechender Vorinformation (das ist aus meiner Sicht wichtig) deutlich verbessert. Das zeigen die Ergebnisse der ERFASS-Studie! ▶

Als Drittes der finanzielle Rahmen:

Auch wenn die DGRh-Arbeitsgruppe um Kirsten Hoeper an diesem Thema arbeitet, wird eine Abrechnung für RFA-Leistungen kein rasches Ergebnis bringen. Aber, im Rahmen diverser Selektivverträge und der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ist der Einsatz von RFAs in der Betreuung der Patienten bereits mit Sonderhonoraren versehen.

Berechnet man auf der anderen Seite die RFA-assoziierte Verbesserung der Versorgungsqualität (Stichwort: Ruf des Zentrums, etc.) und die Optimierung der Abläufe (mit den Möglichkeiten des Zeitgewinns – also Steigerung der Betreuungs- und Lebensqualität), sieht ein finanzielles Ergebnis positiv aus. Hat der Arzt dieselbe Arbeit in kürzerer Zeit erledigt (Steigerung der Leistung) steht entweder mehr freie Zeit zur Verfügung oder aber in der gleichen Zeit können mehr Patienten mit konsekutiv höherem Umsatz versorgt werden. Dieser Aspekt in der Diskussion um die Einführung der Delegation wird oft nicht ausreichend berücksichtigt.

Fazit: Die weitere Schulung der Mitarbeiter ist zu empfehlen. Das neue Kurrikulum der RFAplus-Ausbildung, die diversen Angebote für RFA-Fortbildungen, der Fachverband Rheumatologischer Fachassistenz seien an dieser Stelle genannt. Hiermit wird das Wissen der Mitarbeiter gefördert, die persönliche Entwicklung gestärkt, Wertschätzung der Ärzte an die Mitarbeiter signalisiert. Alles Maßnahmen der Strukturstärkung eines Unternehmens, welches Praxen, MVZs und andere Ambulanzen letztlich darstellen. Im Wettbewerb der Arbeitgeber um Mitarbeiter auf dem Arbeitsmarkt, der vom Facharbeitermangel gekennzeichnet ist bzw. sein wird, sind dies langfristig wichtige betriebsökonomische Überlegungen, welche den „Wert“ des Einsatzes der Rheumatologischen Fachassistenz widerspiegeln.

Hoffentlich überzeugen diese Argumente der Arbeitsdelegation und Einbindung der Rheumafachassistenz in die Betreuung aller Patienten. Nicht zu vergessen ist, dass die Digitalisierung unserer Arbeitsabläufe großen Einfluss auf den Alltag genommen hat und weiter nehmen wird. Die meisten Rheumatologinnen und Rheumatologen sind in der zweiten Lebenshälfte, also keine „digital natives“. Die Rheumatologische Fachassistenz ist hier eine wertvolle Unterstützung! ■



Dr. Martin Welcker
Privatpraxis Rheumatologie Welcker
Bahnhofstraße 32, 82152 Planegg





Liebe Fachverbandsmitglieder,
Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir laden Sie herzlich zum 14. Webinar ein, präsentiert werden
Hot Topics der Rheumatologie zum Jahresende 2026 — Was sollte die MFA/RFA wissen?
Seien Sie am 26. November 2026 von 17:30 Uhr bis 19:00 Uhr virtuell per Zoom mit dabei.

Die Organisation übernimmt in Zusammenarbeit mit AbbVie der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e.V. Freuen Sie sich auf das Expertenteam Herrn Prof. Krüger und Herrn Prof. Kneitz, die Ihr Wissen mit uns teilen und praxisnah vermitteln.

Seien Sie am 26. November 2026 von 17:30 bis 19:00 Uhr mit dabei.

Zoom-Webinar zum Thema:
Hot Topics der Rheumatologie zum Jahresende — Was sollte die MFA/RFA wissen?

Begrüßung

> **17:30 Uhr – 18:00 Uhr**
Hot Topics der Rheumatologie – Teil 1
Herr Prof. Dr. med. Klaus Krüger, München

> **18:00 Uhr – 18:30 Uhr**
Hot Topics der Rheumatologie – Teil 2
Herr Prof. Dr. med. Christian Kneitz, Schwerin

> **18:30 Uhr – 19:00 Uhr**
Fragerunde und Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmern

Haben wir Ihr Interesse geweckt, dann melden Sie sich bitte bis zum 23. November per E-Mail über: info@forum-rheumanum.de verbindlich an. Sie erhalten ca. 2 Tage vorher die Zoom-Einwahldaten (Link), eine Systeminstallation ist vorab nicht notwendig.

Wir freuen uns auf den regen Austausch, am besten gleich per E-Mail anmelden.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei der Firma AbbVie Deutschland GmbH & Co. KG, die dieses informative Webinar unterstützt.

Viele Grüße
Ulrike Erstling und Patricia Steffens-Korbanka

Mit freundlicher Unterstützung
abbvie



Fotos: © Ulrike Erstling

WISSEN, AUSTAUSCH UND NEUE IMPULSE

25. Fortbildungstreffen der Rheumatologischen Studien- und Fachassistentinnen und Fachassistenten

Am 09. und 10. September 2026 fand im CCL-Messehaus Leipzig das 25. Fortbildungstreffen der Rheumatologischen Studien- und Fachassistentinnen und Fachassistenten, organisiert und durchgeführt vom Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V., statt.

Auf dem Programm des Deutschen Rheumatologiekongresses 2026 standen zwei intensive und abwechslungsreiche Fortbildungstage, von langer Hand geplant und in Vorfreude erwartet. Zum Jubiläum gaben uns Prof. Dr. Peter M. Kern (Schirmherr) am Mittwoch und die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Ulf Wagner (DGRh), Prof. Dr. Christian Klemann (GKJR) und Dr. Roger Scholz (DGORh) am Donnerstagmorgen die Ehre. Ihre Grußworte unterstrichen die Bedeutung der Rheumatologischen Fachassistenz und sie waren sehr beeindruckt von der großen Teilnehmerschaft. Außerdem konnte die Bitte angebracht werden, das traditionelle RFA-Fortbildungstreffen zukünftig räumlich wieder in das Kongressgeschehen zu integrieren.

WISSEN, DAS BEWEGT – IMPULSE FÜR DIE PRAXIS

Fast 170 rheumatologische Fachkräfte und weitere Kongressbesucher kamen zusammen – engagiert, wissbegierig und mit großer Freude am fachlichen Austausch. Das Programm bot eine spannende Mischung aus wissenschaftlichen Beiträgen mit Einblicken in Entwicklungen, die die Rheumatologie von morgen mitgestalten, praxisnahem Workshop sowie konkreten Impulsen für den beruflichen Arbeitsalltag im Team. Thematisiert wurden z. B. neue Wirkstoffe, neue Empfehlungen für bekannte Wirkstoffe und therapeutische Perspektiven, genannt seien an dieser Stelle die TOGETHER-PsA-Studie (Ixekizumab und Tirzepatid) bei Psoriasis-Arthritis und Übergewicht sowie Ianalumab, das in einer Phase-III-Studie zur Sjögren-Erkrankung geprüft wurde und mit Spannung im Hinblick auf eine mögliche Zulassung erwartet wird. Darüber hinaus ging es um besondere klinische Fragestellungen: Stressfrakturen der Wirbelsäule bei jungen Fußballern, Vaskulitiden und Kollagenosen mit einem besonderen Blick auf männliche Patienten sowie die Frage, welche Unterschiede bestehen, wenn Kinder und Jugendliche oder Erwachsene an Lupus erkranken.

KOMPLEXES EINFACH VERMITTELN – SKETCHNOTES IN THERAPIEPLANUNG UND EDUKATION

Wie lassen sich medizinische Zusammenhänge anschaulich und verständlich vermitteln? Einen ganz anderen, kreativen Zugang mit Workshop-Charakter bot der Beitrag „Therapieplanung und Edukation mit Sketchnotes“. Dabei wurde gezeigt, dass es für verständliche Visualisierungen nicht unbedingt künstlerisches Talent braucht. Mit nur fünf einfachen Grundelementen – Strich, Kreis, Viereck, Dreieck und Kurve – lassen sich komplexe Inhalte schnell und einprägsam darstellen. Ob Schmerz, Tablette, Therapieziel, Spritze oder Bewegung: Durch die Kombination einfacher Symbole, ggf. ergänzt mit Schatten, Pfeilen oder Rahmen, können Informationen visualisiert, Gespräche unterstützt und Inhalte gemeinsam mit Patienten erarbeitet werden.

> „engagiert, wissbegierig und mit großer Freude

ACHTSAMKEIT UND PRÄVENTION – DAMIT DER BERUFSALLTAG LANGFRISTIG GELINGT

Zwei weitere Themen rückten die eigene Gesundheit und die persönlichen Ressourcen in den Mittelpunkt. Der Vortrag „Achtsamkeit als Superkraft“ gab Impulse für mehr Selbstfürsorge, Resilienz und einen bewussten Umgang mit den eigenen Kräften.

Ergänzend wurde mit RV Fit ein Präventionsprogramm vorgestellt, das sich nicht ausschließlich an Menschen mit rheumatischen Erkrankungen richtet und dessen Kosten von der Deutschen Rentenversicherung übernommen werden. Das ganzheitliche, sechsmonatige hybride Gesundheitskonzept verbindet Bewegung, Information, Entspannung, Wellness und Austausch und wird durch digitale Angebote wie einer App ergänzt. Damit wurde deutlich: Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Bausteine für alle, die ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden nachhaltig stärken möchten.

SOUVERÄN HANDELN, WENN SITUATIONEN ESKALIEREN

Rheumatologische Fachkräfte verfügen über viel Erfahrung in der empathischen Kommunikation mit Patienten. Dennoch können im Praxisalltag Situationen entstehen, in denen Gespräche eskalieren. Der Vortrag „Deeskalation und Gewaltprävention in der Praxis“ griff diese Herausforderung auf und vermittelte konkrete Verhaltensregeln für den Eskalationsfall. Anhand praxisnaher Beispiele wurde gezeigt, wie schwierige Situationen frühzeitig erkannt, Eskalationen möglichst vermieden und im Ernstfall souverän und sicher gehandelt werden kann. Damit erhielten die TeilnehmerInnen konkrete Handlungsempfehlungen, die unmittelbar in den Praxisalltag übertragen werden können.

DELEGATION – POTENZIALE FÜR DIE RHEUMATOLOGISCHE VERSORGUNG

Ein weiterer Schwerpunkt des Fortbildungstreffens war ein Thema, für das sich der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V. seit vielen Jahren engagiert: die Delegation ärztlicher Leistungen.

Versorgungsstudien wie ERFASS, Deliver Care und StärkeR haben gezeigt, dass die Rheumatologische Fachassistenz für die Durchführung bestimmter delegierter ärztlicher Leistungen qualifiziert werden kann. Orientierung bietet dabei unter anderem die von der DGRh-Ad-hoc-Kommission erarbeitete Delegationsampel, die Tätigkeiten in delegierbare, teilweise delegierbare und nicht delegierbare Aufgaben einteilt. ▶





Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang der muskuloskelettale Ultraschall. Während die sonografische Untersuchung teilweise als delegierbar eingeschätzt wird, vertritt die Bundesärztekammer weiterhin die Auffassung, dass Ultraschalluntersuchungen spezielle ärztliche Kenntnisse erfordern und damit ärztliche Leistungen darstellen. Genau hier setzt die RFA-MSUS-Studie an. Ziel war es, die Machbarkeit einer strukturierten Ausbildung Rheumatologischer Fachassistenz im muskuloskelettalen Ultraschall zu untersuchen und wissenschaftlich zu evaluieren. Die Ergebnisse der mit Unterstützung des Fachverbandes Rheumatologische Fachassistenz durchgeführten Studie zeigen, dass das didaktische Lehrmodell mit dem dreiteiligen MUDE-Kurskonzept umsetzbar ist. Damit eröffnet sich eine interessante Perspektive: Zukünftig könnten speziell qualifizierte RFAs nicht nur die Vorbereitung einer Ultraschalluntersuchung übernehmen, sondern nach strukturierter Schulung und umfangreicher praktischer Erfahrung unter ärztlicher Supervision auch selbst den Schallkopf führen. Eine solche Einbindung könnte dazu beitragen, Kapazitäten zu erweitern, Kompetenzen im Team gezielt einzusetzen und die Qualität der rheumatologischen Versorgung nachhaltig zu sichern.



Von li. nach re. Prof. Dr. Christian Klemann, Patricia Steffens-Korbanka, Dr. Roger Scholz, Ulrike Erstling, Prof. Dr. Ulf Wagner

DELEGATION IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Wie unterschiedlich Delegation organisiert werden kann, zeigte schließlich der internationale Vergleich zwischen den Niederlanden, Deutschland und Großbritannien. Die Rahmenbedingungen und Strukturen unterscheiden sich deutlich, dennoch verbindet alle drei Länder ein gemeinsames Ziel: eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung durch teambasierte und interprofessionelle Zusammenarbeit. Der Blick über die Landesgrenzen machte dabei deutlich, dass die Frage der Delegation nicht allein lautet, wer eine bestimmte Aufgabe übernimmt. Entscheidend ist vielmehr, welche Kompetenz für welche Aufgabe erforderlich ist. Oder, kurz zusammengefasst: Nicht jede Aufgabe benötigt einen Arzt – aber jede Aufgabe erfordert die richtige Kompetenz.

BEGEGNUNG, AUSTAUSCH UND NETWORKING

Neben den fachlichen Impulsen war vor allem eines deutlich spürbar: die Freude an der Begegnung und am persönlichen Austausch. Das 25. Fortbildungstreffen bot vielfältige Möglichkeiten, miteinander ins Gespräch zu kommen, ob beim fachlichen Austausch zwischen den Programmpunkten, beim persönlichen Gespräch oder beim Networking – neue Kontakte wurden geknüpft, bestehende Verbindungen gestärkt und medizinische wie organisatorische Fragestellungen gemeinsam diskutiert. Gerade dieser Austausch unter den Kolleginnen und Kollegen macht eine Fortbildungsveranstaltung zu mehr als der reinen Wissensvermittlung: Es verbindet Menschen, schafft neue Impulse und lässt voneinander lernen.

Unser 25. Fortbildungstreffen hat eindrucksvoll gezeigt, wie vielfältig, engagiert und zukunftsorientiert die Rheumatologische Fachassistenz ist. Das große Interesse und die lebendige Beteiligung machten das Jubiläumstreffen zu einem besonderen Erlebnis.

Unser herzlicher Dank gilt allen Vortragenden, den Kongresspräsidenten, unseren Unterstützern und vor allem den fast 170 rheumatologischen Fachkräften, die mit ihrer Offenheit, ihrem Engagement und ihrer Begeisterung zu zwei inspirierenden, lehrreichen und lebendigen Fortbildungstagen in Leipzig beigetragen haben. Denn eine starke RFA lebt nicht nur von Fachwissen, sondern auch von Zusammenhalt, gegenseitiger Unterstützung und dem gemeinsamen Anspruch, die rheumatologische Versorgung weiterzuentwickeln.

Daher lernen Sie den RFA-Interessensverband näher kennen, stärken Sie mit uns die Außenwirkung der RFA-Berufsgruppe. Mehr erreichen und bewegen als Mitglied im Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V..
Wir freuen uns auf neue Mitglieder, viele weitere Begegnungen, spannende Gespräche und gemeinsame Impulse – und auf den weiteren Weg mit Wissen, Engagement, Austausch und neuen Ideen für die Rheumatologie von morgen! ■



Ihre Kolleginnen und Vorsitzenden
Ulrike Erstling und Patricia Steffens-Korbanka

Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V.
Geschäftsstelle: c/o Ulrike Erstling
Dombach-Sander-Str. 87a
51465 Bergisch Gladbach
E-Mail: info@forum-rheumanum.de
www.forum-rheumanum.de
www.rfa-award.de



RFA-MSUS-STUDIE: AUCH ULTRASCHALL IST DELEGIERBAR

Rheumatologische Fachassistenz

Die Probleme in der rheumatologischen Versorgung werden sich in den nächsten Jahren noch verschärfen, sodass bei wachsendem Bedarf an Behandlungskapazitäten die Delegation ärztlicher Aufgaben an die Rheumatologischen Fachassistenz (RFA) künftig noch mehr an Bedeutung gewinnen wird.



Dr. Claus-Jürgen Bauer

Bei entsprechender qualifizierter curricularer Ausbildung erscheint auch die muskuloskelettale Ultraschalluntersuchung (MSUS) grundsätzlich delegierbar. In vielen Ländern wird der MSUS bereits erfolgreich an geschulte nicht-ärztliche Fachkräfte (z. B. RFAs) delegiert. Nachdem das MUDE-Kurscurriculum u. a. bereits mit gutem Erfolg bei Dermatologinnen und Dermatologen zur Früherkennung der Psoriasis-Arthritis sowie bei Medizinstudierenden etabliert wurde, untersuchten jetzt Rheumatologen des Universitätsklinikums Bonn um Dr. Claus-Jürgen Bauer und Prof. Dr. Valentin Schäfer in der RFA-MSUS-Studie erstmals die Anwendbarkeit des MUDE-Kurscurriculums zur qualifizierten Ausbildung von RFAs in muskuloskelettaler Ultraschallbildgebung. Die Daten wurden nach Kursabschluss am 22. August 2026 unter Hochdruck ausgewertet und bereits zwei Wochen später von Dr. Bauer als Poster (DI.01) sowie im Programm des Fachverbands Rheumatologische Fachassistenz e. V. beim RhK in Leipzig präsentiert.



In der vom Fachverband Rheumatologische Fachassistenz e. V. unterstützten Studie wurde verteilt auf drei Kursmodulveranstaltungen im Abstand von jeweils 2–3 Monaten 20 RFAs der Gelenkultraschall von Finger-, Hand-, Ellenbogen-, Schulter-, Hüft-, Knie-, Sprung- und Zehengelenken vermittelt. Dabei konzentrierte sich das MUDE-Kurskonzept auf eine komprimierte Auswahl der aussagekräftigsten Ultraschall-Schnittebenen. Für die Zeitintervalle zwischen den Kursmodulen erhielten die RFAs portable Ultraschallsysteme zur selbständigen Übung zwischen den Kursveranstaltungen. Mittels „Objective structured clinical examination“ (OSCE)-Prüfung wurde der Kenntnisstand vor und nach Abschluss des Kurses evaluiert. Die Qualität der durch die RFAs im Rahmen der OSCE-Prüfungen aufgenommenen Bilddokumentation wurde mittels „Adapted B-QUIET-Protocol“ ausgewertet. Dem schließt sich eine Nachverfolgung des Wissenserhalts über das Kursende hinaus an.

Die MSUS-Ausbildung der RFAs nach Vorbild des MUDE-Protokolls startete am 20. Februar 2026. Zwar berichteten 60 % der Teilnehmerinnen über praktische Vorerfahrung im Ultraschall, allerdings lag die mediane praktische Ultraschallvorerfahrung zugleich lediglich bei 1–2 Stunden. 75 % der RFAs schätzten ihre eigenen Ultraschallkenntnisse als „nicht vorhanden“ oder „gering“ ein. Demgegenüber zeigten sich die Teilnehmerinnen dem Wissenserwerb gegenüber hochinteressiert, hochmotiviert und schätzten in 90 % der Fälle die Fähigkeit, in Zukunft MSUS selbstständig durchzuführen zu können, als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ ein. Auch wenn zwei Teilnehmerinnen den letzten Prüfungstermin (am 22. August 2026) aufgrund von Terminkonflikten noch nachholen müssen, liegt die Zwischenanalyse bereits vor. Demnach steigerten sich die per OSCE-Prüfung ermittelten praktischen MSUS-Fähigkeiten der RFAs signifikant von zu Beginn 20,3 % (n=20) auf 90,7 % (n=18) beim Abschlusstermin. Die finale Publikation wird zum Jahreswechsel erwartet.

Fazit: Durch das im Training von Dermatologinnen/Dermatologen und Medizinstudierenden bereits bewährte MUDE-Kurskonzept ergibt sich künftig ein großes Potenzial auch zur qualifizierten Ausbildung von RFAs in der muskuloskelettalen Ultraschallbildgebung. Sowohl für die Einbindung begeisterter RFAs in ärztliche Aufgaben als auch die Versorgung rheumatologischer Patientinnen und Patienten eröffnen sich hiermit große Chancen. Auch wenn sich die Ergebnisse der drei in Bonn durchgeführten Ultraschall-Trainingsstudien MUDE (Dermatologinnen/Dermatologen), TELMUS (Medizinstudierende) und RFA-MSUS nicht eins zu eins miteinander vergleichen lassen, kommentierte Dr. Bauer, dass die RFAs „hier durchaus in derselben Liga mitspielen.“ ■

JOURNAL-CLUB

Neue Studien kurz & kompakt

1

NÜTZLICHE RESSOURCE "NURSE-LED-CARE"

Erneut konnte – in einer Längsschnitt-Kohortenstudie mit 415 Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) (1) – gezeigt werden, wie nützlich für die Versorgung der Patienten die Ressource "Nurse-led-Care" sein kann, wenn sie sinnvoll eingesetzt wird (was natürlich auch voraussetzt, dass den Nurses bzw. der Rheumatologischen Fachassistenz die Möglichkeit gegeben wird, diese „Ressource" im Praxisbetrieb einzusetzen!).

In dieser chinesischen Untersuchung wurden Patientinnen und Patienten über ein Jahr mit einem strukturierten Nurse-led-Care-Programm betreut, die Umsetzung des Programmes wurde mit Usual Care und reiner medikamentöser Behandlung nach Standardkriterien verglichen. Die Remissionsrate nach einem Jahr lag bei 41,7 % vs. 28,0 % vs. 17,8 % (entsprechend einer signifikanten Odds Ratio für Nurse-led-Care von 1,66 bzw. 2,85). Als Nebeneffekt ließ sich eine signifikant bessere Compliance für Laborkontrollen und für die Persistenz bezüglich der medikamentösen Therapie nachweisen.

2

GESUNDHEITSKOMPETENZ EIN WICHTIGER FAKTOR

Mit dem Begriff „Health Literacy" wird die Gesundheitskompetenz der Patientinnen bzw. Patienten, also die „Bildung" in Bezug auf die Krankheit bzw. allgemeine Gesundheitsbelange beschrieben. Verschiedene Studien haben in den letzten Jahren untersucht, inwieweit sich eine gute Gesundheitskompetenz positiv auf deren Gesundheitszustand auswirkt. In einer großen britischen Querschnittsstudie wurde dies bei 995 Arthritis-Patientinnen und -Patienten untersucht, angewendet wurde der standardisierte aus neun Domänen bestehende Health Literacy Questionnaire. (2)

Die Ergebnisse korrelierten signifikant mit Krankheitsaktivität und depressiver Verstimmung, weiter mit der Komorbiditäten-Last sowie dem Kortikoid-Verbrauch, aber nicht mit Beschäftigungsstatus. Je besser sich Betroffene bezüglich ihrer Gesundheit auskennen, desto mehr wird sich das also vielfältig auf ihr Befinden auswirken, hier gezeigt bei Arthritis.

Literatur:

1 HanLi Pan HL, Liu Y. Med Sci Monit 2026; 32: e953211

2 Dey M et al., Lancet Rheumatol 2026; 8(8): e625 - e637



3

KI KANN HELFEN, DIE GESUNDHEITS-KOMPETENZ ZU VERBESSERN

Wie kann man aber dafür sorgen, dass die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten verbessert wird? Im Praxisalltag ist dafür alles in allem zu wenig Zeit – und damit kommen zwangsläufig heute moderne Medien in den Blickpunk. Eine spannende, beim EULAR präsentierte indische Untersuchung hilft hier weiter (3): 15 Patienten-relevante Fragen wurden durch die von den Betroffenen meistverwendeten „Large Language Models" (KI-Systeme) beantwortet, die Qualität der Antworten durch drei verblindete Experten überprüft. Die besten Ergebnisse lieferten unter den in deutscher Sprache verfügbaren Systemen Deepseek, Gemini und Chat-GPT. Diese Systeme kann man also Patienten guten Gewissens empfehlen, wenn sie danach fragen, wie und wo sie sich am besten weiterinformieren können.

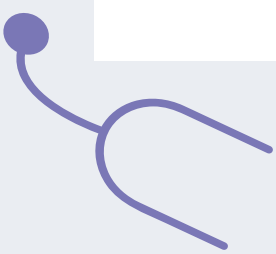


4

PRAKTISCHER TIPP ZUR MTX-VERORDNUNG

Abschließend noch ein für den Versorgungsalltag überaus wichtiger Tipp: Achten Sie bei Ihren Methotrexat (MTX)-Patientinnen und -Patienten – insbesondere den älteren – unbedingt darauf, ob sie zusätzlich Metamizol als Schmerzmedikation einnehmen, das kann tödliche Folgen haben! Oft wird diese unzulässige Ko-Medikation, die durch Wechselwirkung u. a. zur Agranulozytose führen kann, erst bei ganz gezieltem Nachfragen entdeckt. Hausärzte kennen die Wechselwirkung meist nicht und verschreiben relativ großzügig diese Schmerzmedikation, umso mehr als NSAR als Option bei vielen älteren Patientinnen bzw. Patienten z. B. wegen kardialer oder renaler Probleme vermieden werden. In einer ausgezeichneten Untersuchung aus dem RABBIT-Register fanden Johanna Callhoff und Mitarbeiter heraus, dass allein 2024 32 % der MTX-Patientinnen und -Patienten diese Ko-Medikation erhielten. (4)

Bei 407 Betroffenen erfolgte eine Hospitalisierung wegen Agranulozytose, etliche Fälle endeten tödlich. Betroffen waren vorwiegend Patientinnen und Patienten jenseits des 60. Lebensjahres.



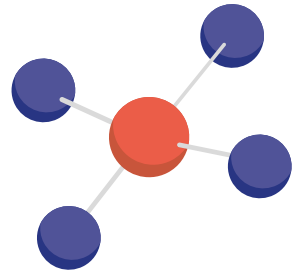
Literatur:

3 Gadekallu SHR et al., Ann Rheum Dis 2026; 85 (Suppl1): s1307 (POS1295)

4 Callhoff J et al., Ann Rheum Dis 2026; 85 (Suppl1): s273 (OP0320)

WAS DER EU AI ACT VON DER RHEUMATOLOGISCHEN PRAXIS VERLANGT

Delegation an die KI



Wer in der Praxis einen KI-gestützten Telefonassistenten freischaltet oder das Arzt-Patienten-Gespräch automatisch verschriftlichen lässt, ist Betreiber eines KI-Systems im Sinne des EU AI Act. Seit Februar 2025 gilt damit die KI-Kompetenzpflicht nach Artikel 4, weitere Pflichten folgen ab 2028. Vielen Praxen ist das nicht bewusst. Der Beitrag ordnet die Rechtslage ein und zeigt, dass die Rheumatologie für diese Aufgabe besser gerüstet ist, als es zunächst scheint. Die Pflichten des AI Act folgen einem vertrauten Muster, der Delegation ärztlicher Leistungen. Im Folgenden sollen wichtige Aspekte, auch für die RFA, dargestellt werden.



KI BEREITS IN DER RHEUMATOLOGIE

Einer nationalen Umfrage zufolge hatten im Jahr 2023 noch 73 % der befragten Rheumatologen KI nie beruflich genutzt, 88 % schätzten ihr Wissen als gering bis mittel ein. [1] Das Bild heute: Im administrativen Bereich werden Telefon- und Abrechnungsassistenten eingesetzt, zunehmend kommen Ambient-Scribing-Systeme zum Einsatz, die das Arzt-Patienten-Gespräch automatisiert transkribieren und strukturiert dokumentieren. [2]

Auch klinisch gewinnt KI an Bedeutung. Das Projekt AutoPiX will Diagnose, Verlaufsbeurteilung und Behandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen durch KI-gestützte Bildgebung verbessern. [3] Bei Large Language Modellen (LLMs) zeigt eine Übersichtsarbeit vier Einsatzfelder: klinische Entscheidungsunterstützung, Patientenedukation, Lehre und wissenschaftliches Arbeiten. Systeme wie OpenEvidence (in der EU und in Großbritannien seit April 2026 gesperrt) und Prof. Valmed werden dabei ebenso vorgestellt wie LupusGPT für die Patientenedukation. [4]
KI ist da und die Frage ist, was deren Anwendung rechtlich bedeutet.

> **Die Verantwortung liegt beim Praxisinhaber und erstreckt sich auf das gesamte Team.**

BETREIBER IM SINNE DES GESETZES

Die großen PVS-Anbieter vermarkten KI als kostenpflichtige Add-ons, die aktiv freigeschaltet werden. Man wird Betreiber also durch eine bewusste Entscheidung. Das Problem ist nicht, dass man nicht weiß, dass man ein KI-Tool aktiviert hat, sondern was dessen Anwendung rechtlich nach sich zieht.

Mit der Verordnung (EU) 2024/1689 hat die Europäische Union den weltweit ersten umfassenden Rechtsrahmen für den Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) geschaffen. [5, 6] Die Verordnung wird stufenweise wirksam. Die KI-Kompetenzpflicht nach Artikel 4 gilt seit dem 2. Februar 2025. Mit dem im Juni 2026 verabschiedeten Digital Omnibus hat der EU-Gesetzgeber die Fristen für Hochrisiko-Systeme neu geordnet. Für KI-Systeme, die über die Medizinprodukteverordnung (MDR) als Hochrisiko-Systeme eingestuft sind, greift der erweiterte Betreiberpflichtenrahmen nach Artikel 26 damit ab dem 2. August 2028.

WAS DIE KI-KOMPETENZPFLICHT KONKRET VERLANGT

Artikel 4 verpflichtet Betreiber sicherzustellen, dass alle Personen, die KI-Systeme nutzen oder beaufsichtigen, über ein ausreichendes Maß an KI-Kompetenz verfügen; seit dem Digital Omnibus ist die Norm ausdrücklich als Bemühungspflicht gefasst. Der Maßstab richtet sich nach Einsatzkontext und Risikopotenzial des jeweiligen Systems. [6]

Die Verantwortung liegt beim Praxisinhaber und erstreckt sich auf das gesamte Team. Die MFA/RFA, die den Telefonassistenten bedient, die Verwaltungskraft, die mit KI-gestützter Abrechnung arbeitet, und die Ärztin, die KI-generierte Befundhinweise interpretiert, unterliegen der Anforderung gleichermaßen. [7]

„KI-Kompetenz“ bedeutet dabei nicht technisches Tiefenwissen, sondern grundlegendes Verständnis, welche Funktionen sie übernehmen, welche Entscheidungen sie unterstützen und wo ihre Grenzen liegen. Entscheidend ist, dass dieses Verständnis dokumentiert nachgewiesen werden kann, denn eine Bemühungspflicht wird über den Nachweis der Bemühung erfüllt. Ohne dokumentierte Schulung entsteht im Schadensfall ein Beweisproblem. [7]

DELEGATION AN DIE KI

Die „neuen“ Pflichten entsprechen einem vertrauten Muster. Beispiel: Die Delegation ärztlicher Leistungen folgt festen Grundsätzen: Wer delegiert, wählt aus, prüft die Eignung, leitet an und überwacht, und die ärztliche Verantwortung bleibt bestehen. Dieselbe Struktur findet sich in den Betreiberpflichten des AI Act wieder. Ein KI-System in der Praxis ist wie ein neuer Mitarbeiter zu betrachten, dessen Eignung geprüft, dessen Einarbeitung dokumentiert und dessen Arbeit überwacht wird.

HOCHRISIKO-KI UND MEDIZINPRODUKTE

Nicht jede KI-Funktion ist gleich reguliert. Entscheidend ist, ob ein System eigenständig Informationen für diagnostische oder therapeutische Entscheidungen liefert. Ein Terminmanagement-Tool tut das nicht. Ein System, das aus dem Arzt-Patienten-Gespräch eigenständig ICD-10-Codes ableitet und zur Bestätigung vorschlägt, schon. Sobald eine Software diagnostisch relevante Informationen liefert, ist sie in der Regel als Medizinprodukt nach der MDR einzustufen, muss CE-zertifiziert sein und gilt nach Artikel 6 Absatz 1 AI Act zugleich als Hochrisiko-KI-System. [5]

In der rheumatologischen Praxis betrifft das perspektivisch vor allem KI-gestützte Bildgebungs- und Scoring-Systeme, aber auch Dokumentationssysteme mit Diagnosevorschlagsfunktion. Für Betreiber solcher Systeme gelten ab August 2028 zusätzliche Pflichten, darunter lückenlose Protokollierung und die dokumentierte Sicherstellung menschlicher Aufsicht über KI-generierte Vorschläge. [5]

HAFTUNG VOR BUSSGELD

Für Verstöße gegen die Kompetenzpflicht sieht der AI Act keine eigene Sanktionsnorm vor. Das eigentliche Risiko liegt im Haftungsrecht. Solange KI-gestützte Verfahren nicht dem etablierten Fachstandard entsprechen, ist ihr Einsatz haftungsrechtlich als Neulandmethode einzuordnen, mit erweiterten Aufklärungspflichten und gesteigerter ärztlicher Sorgfalt. [7] Kommt ein Patient zu Schaden und stellt sich heraus, dass das eingesetzte System nicht ausreichend verstanden oder überwacht wurde, wird die verletzte Kompetenzpflicht unmittelbar zur Frage im Behandlungsfehlerprozess.

WAS JETZT ZU TUN IST

Die Kompetenzpflicht gilt seit Februar 2025, ohne Übergangsfrist und ohne Ausnahme für kleine Praxen. Daraus ergeben sich drei Schritte:

- **eine systematische Bestandsaufnahme aller eingesetzten KI-Systeme, einschließlich gebuchter Zusatzmodule, deren KI-Charakter auf den ersten Blick nicht erkennbar ist**
- **die strukturierte Information des Teams über Funktion, Grenzen und Risiken dieser Systeme**
- **die dokumentierte Schulung als Nachweis der erfüllten Anforderung. In der Logik der Delegation sind das Auswahl und Eignungsprüfung, Anleitung und Nachweis, also Schritte, die jede Praxis von der Einarbeitung neuer Mitarbeitender kennt.**

Ein CME-zertifiziertes Fortbildungsformat für Rheumatologinnen, Rheumatologen und ihre Praxisteams wird derzeit entwickelt und voraussichtlich ab Herbst 2026 über den BDRh angeboten. ■



Dr. Kirsten Hoeper
Klinik für Rheumatologie und Immunologie, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover



Daniel Kleiboldt
Jurist, LL.M., Software Engineer mit Spezialisierung auf Healthcare-KI-Compliance

Dieser Beitrag gibt einen Überblick zur aktuellen Rechtslage und ersetzt keine individuelle rechtliche Beratung.

1 Holzer MT et al.,Ther Adv Musculoskelet Dis 2024; 16:1759720X241275818
2 Knitza J, Aries P. EULAR Rheumatol Open 2026; 2(2): 100101
3 Medizinische Universität Wien. Imaging for Patient Benefit in Arthritis. https://www.autopix-project.eu 2026
4 Knitza J, Hügle T. Z Rheumatol 2026; 85(5): 366-371
5 Europäische Kommission. Gesetz über künstliche Intelligenz (Verordnung (EU) 2024/1689). https://artificialintelligenceact.eu/de/das-gesetz/ 2024; Fassung des Amtsblatts vom 13. Juni 2024. Zugriff: 09.04.2026.
6 van Kolfschooten H, van Oirschot J. Health Policy 2024; 149: 105152
7 Frielitz FS et al., Deutsches Ärzteblatt 2025; 122(1–2): A-22

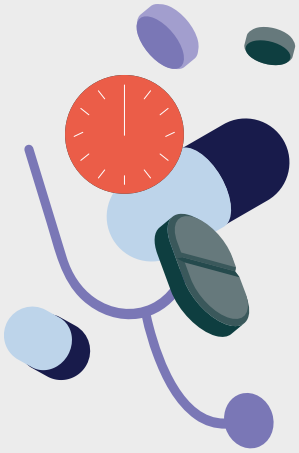
UPDATE DER DEUTSCHEN S3-LEITLINIE ERSCHIENEN

Rheumatoide Arthritis

Bereits kurz vor dem RhK 2026 in Leipzig erschien die neue S3-Leiltinie zur „Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten“, die federführend die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) mit Prof. Dr. Torsten Witte, Hannover, und Prof. Dr. Jan Leipe, Kiel, als Leitlinienkoordinatoren, gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Immunologie (DGfI), Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutschen Gesellschaft für experimentelle und klinische Pharmakologie und Toxikologie (DGPT) und dem Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband entwickelt hat.

Bei der vorliegenden Leitlinie der Klassifikation S3 handelt es sich um ein Update der „alten“ S2e-Leitlinie zur Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) mit DMARDs aus dem Jahr 2018. Hintergrund des Updates sind die seit 2018 erweiterte Therapielandschaft, neue Sicherheits- und Versorgungsdaten sowie der Anspruch, zentrale Therapieentscheidungen (Treat-to-Target-, Eskalations- und Switching-Strategien sowie Deeskalation) umzusetzen und die Glukokortikoid (GK)-Exposition (Dauer und kumulative Dosis) zu minimieren. Die meisten Empfehlungen, insgesamt sind es zehn, lehnen sich relativ eng an die EULAR-Empfehlungen an, jedoch gibt es auch einige Extras. ▶





DIE WICHTIGSTEN EMPFEHLUNGEN AUF EINEN BLICK

Die erste Empfehlung zielt auf einen frühen DMARD-Einstieg ab: Eine DMARD-Therapie soll begonnen werden, sobald die Diagnose RA gestellt ist. Zweitens soll das Therapieziel definiert und konsequent verfolgt werden: Das Ziel der Behandlung soll bei allen Patienten eine anhaltende Remission oder, falls dies nicht möglich ist, zumindest eine geringe Krankheitsaktivität sein. Drittens wird auf engmaschige Kontrollen abgezielt: Bei aktiver Erkrankung sollen engmaschige rheumatologische Kontrollen erfolgen (alle 1 bis 3 Monate); wenn spätestens 3 Monate nach Behandlungsbeginn keine Besserung eingetreten oder eine Remission nach 6 Monaten noch nicht erreicht ist, soll die Therapie angepasst werden. Wenn das Therapieziel (anhaltende Remission) erreicht wurde, können die Kontrollintervalle verlängert werden.

Festgehalten wird in Empfehlung 4 an Methotrexat (MTX) als Erststrategie: MTX soll Teil der ersten DMARD-Strategie sein. Bei Kontraindikation gegen MTX oder frühzeitiger Unverträglichkeit sollen Leflunomid oder Sulfasalazin als Bestandteil der ersten Behandlung angewendet werden. In Empfehlung 5 wird eine nur kurzfristige GK-Einnahme betont: Die kurzzeitige Gabe von GK sollte bei Beginn und ggf. auch bei der Umstellung von csDMARDs begleitend erfolgen. Empfehlenswert ist eine Startdosis bis ≤30 mg Prednisolonäquivalent/Tag mit Reduktion auf eine niedrige Dosis (“low-dose”) innerhalb von acht Wochen. Die GK-Therapie soll so schnell wie möglich nach klinischem Verlauf reduziert und beendet und auf 3 Monate beschränkt werden. Sechstens geht es um die Eskalation nach Versagen des ersten csDMARD: Wird das Behandlungsziel mit der ersten optimierten csDMARD-Strategie nicht erreicht, soll eine Therapieintensivierung mit einem bDMARD oder unter individueller Risikoabwägung mit einem JAK-Inhibitor erfolgen. Bei fehlenden weiteren, über das fehlende Ansprechen auf die erste Therapiestrategie hinaus bestehenden ungünstigen Prognosefaktoren kann der Einsatz/die Ergänzung eines anderen csDMARDs erwogen werden. Siebtens wird die Bedeutung der Kombination mit MTX hervorgehoben: bDMARDs (TNF-Inhibitoren, Rituximab und Abatacept) und JAK-Inhibitoren sollen mit MTX kombiniert werden; wenn eine Kombination mit MTX nicht möglich ist (Kontraindikation oder Unverträglichkeit) sollten Monotherapien mit IL-6-Rezeptorinhibitoren oder JAK-Inhibitoren bevorzugt werden.

Empfehlung 8 behandelt das Switching zielgerichteter Therapien: Wenn ein bDMARD oder ein JAK-Inhibitor versagt hat, sollte eine Behandlung mit einem anderen bDMARD oder JAK-Inhibitor angeboten werden; wenn eine Therapie mit einem TNF-Hemmer oder IL-6-Rezeptorinhibitor versagt hat, kann der Einsatz eines Wirkstoffes mit einem anderen Wirkprinzip oder ein zweiter TNF-Inhibitor oder IL-6-Rezeptorinhibitor erwogen werden.

Neuntens soll eine Deeskalation nur unter klaren Voraussetzungen angegangen werde: Nach Absetzen von GK und bei anhaltender Remission kann eine schrittweise DMARD-Dosisreduktion oder eine Intervallverlängerung erwogen werden; die DMARD-Therapie soll aber nicht vollständig abgesetzt werden.

Erstmals explizit aufgegriffen wurde in Empfehlung 10 die interstitielle Lungenerkrankung (ILD): Antifibrotika sollten bei der progredienten RA-assoziierten ILD in Kombination mit einer antientzündlichen Therapie frühzeitig eingesetzt werden.

Das Ziel der Behandlung soll bei allen Patienten eine anhaltende Remission oder, falls dies nicht möglich ist, zumindest eine geringe Krankheitsaktivität sein.

WAS GIBT ES NEUES ZUR VORVERSION?

In puncto Zielsetzung und Treat-to-Target wird verdeutlicht, dass das Therapieziel die anhaltende Remission (oder, falls nicht erreichbar, geringe Krankheitsaktivität) ist. Noch stärker wird die Optimierung vor Eskalation betont: Vor einem Therapiewechsel bzw. einer Therapieerweiterung auf ein bDMARD oder einen JAK-Inhibitor wird die konsequente Optimierung der initialen Strategie mit csDMARD (insbesondere MTX-Dosierung/Applikation, Adhärenz, Monitoring und Treat-to-Target-Steuerung) deutlicher als Umsetzungsschritt hervorgehoben; ergänzend wurden neuere Daten zur Applikationsform von MTX (oral vs. subkutan) berücksichtigt. Nach Versagen der optimierten ersten csDMARD-Strategie wird die Intensivierung mit einem bDMARD als Standardweg klarer gefasst; JAK-Inhibitoren werden risikoadaptiert als Alternative empfohlen (u. a. im Lichte neuer Sicherheitsdaten).

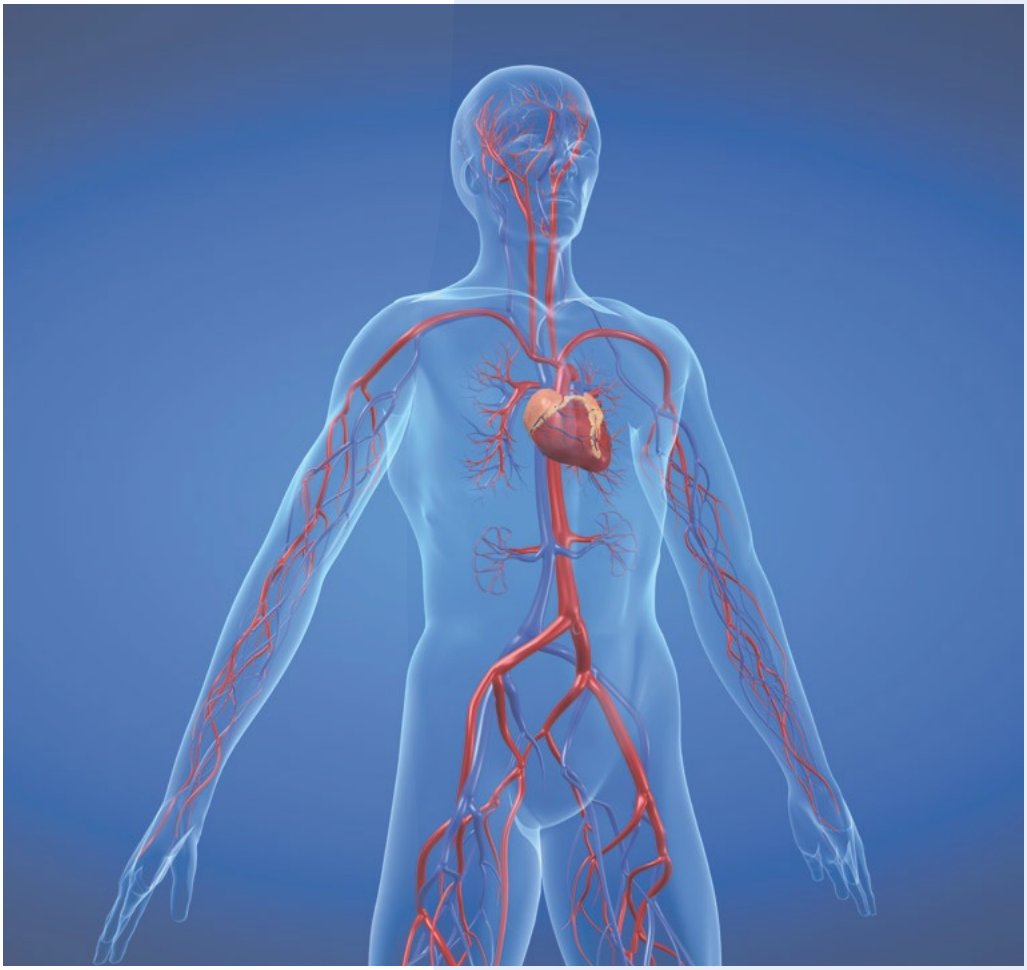
Im Hinblick auf das Switching nach bDMARD/tsDMARD-Versagen wird alternativ zum Wechsel des Wirkprinzips nach Versagen eines TNF-Hemmers oder IL-6-Rezeptorinhibitors auch ein zweiter TNF-Inhibitor bzw. IL-6-Rezeptorinhibitor explizit als Option empfohlen. Deeskalation wird erstmals als eigene Empfehlung operationalisiert; ein vollständiges Absetzen der DMARD-Therapie wird nicht empfohlen. Neuere Evidenz aus dem systematischen Literaturreview ergänzt die Datenlage zum MTX- sowie zum bDMARD-Ausschleichen (bzw. einer Applikationsintervallverlängerung) und stützt ein schrittweises, eng kontrolliertes Vorgehen.

Das Kapitel zu Komorbiditäten und besonderen Konstellationen wurde deutlich erweitert, so z. B. um die RA-ILD mit interdisziplinärem Vorgehen (inklusive Empfehlung zu Antifibrotika), sowie um praxisnahe Hinweise zu Osteoporose, metabolischem Risiko/Diabetes, Fatigue, Untersuchung auf Hepatitis-E-Virus (HEV) bei Transaminasenerhöhung, Rauchen und Register-Interpretation. ■

Quelle: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-004

ERSTE S3-LEITLINIE ZUM MANAGEMENT KARDIOVASKULÄRER RISIKEN

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen



Federführend hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh), vertreten durch Prof. Dr. Jan Leipe, Kiel, und PD Dr. Fabian Proft, Berlin, eine multidisziplinäre S3-Leitlinie zum Management kardiovaskulärer Komorbiditäten Risiken bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (ERE) vorgestellt. Beteiligt waren die Fachgesellschaften für Diabetes (DDG), Angiologie (DGA), Kardiologie (DGK), Lipidologie (DGFL), Hypertonie (DHL) und die Rheuma-Liga.



Die Lektüre der Empfehlungen in Gänze ist unbedingt empfehlenswert, zumal sie sich im Vergleich zu den älteren EULAR-Maßgaben nicht nur auf die entzündlichen Arthritiden beziehen. Betont wird die Notwendigkeit eines interdisziplinären, praxisnahen Vorgehens, um kardiovaskuläre (CV) Risiken früh zu erkennen, Risikofaktoren konsequent zu behandeln und CV-Ereignisse zu verhüten. Im Mittelpunkt stehen die strukturierte Erfassung des CV-Gesamtrisikos, die Kontrolle klassischer Risikofaktoren wie Hypertonie, Dyslipidämie, Typ-2-Diabetes, Rauchen und Übergewicht sowie die optimale Kontrolle der ERE. Thematisiert wird auch die Auswahl antirheumatischer Therapien in Bezug auf mögliche CV-Effekte.

DIE WICHTIGSTEN PUNKTE IM ÜBERBLICK

ERE-Patienten haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes CV-Risiko. Eine hohe Krankheitsaktivität kann dieses im Vergleich zu niedriger Krankheitsaktivität oder Remission zusätzlich erhöhen. Die behandelnden Ärzte sollen sich dessen bewusst sein, ERE-Patienten entsprechend aufklären und die Krankheitsaktivität konsequent und optimal kontrollieren.

Glukokortikoide und NSAR sollten in der niedrigsten wirksamen Dosis und möglichst kurz eingesetzt werden, auch um CV-Risiken zu minimieren. Bei rheumatoider Arthritis (RA) sollten Methotrexat, TNF-Inhibitoren sowie Abatacept oder Interleukin (IL)-6-Rezeptorinhibitoren bei bestehender Indikation auch unter Berücksichtigung des CV-Risikos eingesetzt werden. Bei RA mit zusätzlichen CV-Risikofaktoren und oder stattgehabtem CV-Ereignis sollten Januskinase (JAK)-Inhibitoren nur nach sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung eingesetzt werden. Bei Patienten mit systemischem Lupus erythematodes (SLE) sollte Hydroxychloroquin auch zur Reduktion des CV-Risikos verordnet werden. Bei Gicht können Xanthinoxidase-Inhibitoren auch zur Reduktion des CV-Risikos erwogen werden.

Blutdruck und Lipidprofil sollen regelmäßig überwacht werden. Antihypertensive, lipidsenkende und antithrombotische Therapien sollten nach den aktuellen Leitlinien erfolgen, wobei das im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöhte CV-Risiko der Patienten berücksichtigt werden sollte. Bei klinischem Verdacht auf kardiale und vaskuläre Manifestationen soll eine strukturierte Basisdiagnostik erfolgen, weiterführende bildgebende Verfahren sollen indikationsbezogen eingesetzt werden. Regelmäßig soll eine CV-Risikoabschätzung erfolgen, mindestens alle fünf Jahre, bei Hochrisikopatienten jährlich. Bei nachgewiesener kardialer oder vaskulärer Beteiligung sollen strukturierte Verlaufskontrollen durchgeführt werden. Zur verbesserten Risikoabschätzung können krankheitsspezifische Multiplikatoren sowie ergänzende Verfahren oder spezialisierte Scores eingesetzt werden.

Bei Übergewicht oder Adipositas soll eine Gewichtsreduktion angestrebt werden. Eine gesunde Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität (mit mindestens 150 Minuten moderatem oder 75 Minuten intensivem Training pro Woche) sollen empfohlen werden; spezielle Trainingsformen wie hochintensives Intervalltraining können bei geeigneten Patienten erwogen werden. ■

Quelle: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-010

BLICKDIAGNOSE – RATEN SIE MIT!

Rheumaquiz von und mit Prof. Dr. Klaus Krüger

Nun sind die Leserinnen und Leser dieser Zeitschrift schon längst versierte Profis, was die Rheumatologie in allen ihren Varianten betrifft. Erneut legen wir deshalb „eine Schippe drauf", was die Schwierigkeitsgrade in unserem Quiz betrifft – mit Banalitäten halten wir uns nicht mehr auf! Erneut viel Spaß!!



FALL 1

Diese 47-jährige Rheumapatientin sieht ganz und gar nicht mehr wie früher aus, vor allem im Gesicht hat sie sich nach Auskunft ihrer mit in die Praxis gekommenen Mutter sehr verändert. Was liegt am ehesten vor?

- **A** **Iatrogener Morbus Cushing**
- **B** **Mischkollagenose**
- **C** **Alkoholmissbrauch**
- **D** **Sjögren-Erkrankung**

Zusatzfrage für Streber:
Welches weitere Problem trat bei ihr im gleichen Zusammenhang so ziemlich zeitgleich auf?



FALL 2

Bei diesem 28-jährigen Patienten kam es akut zu Mundschleimhautläsionen, außerdem liegt eine Arthritis im Kniegelenk vor, anamnestisch 1x Thrombophlebitis – welche Krankheit liegt am wahrscheinlichsten vor?

- **A** **VEXAS-Syndrom**
- **B** **Rheumatoide Arthritis, mit Methotrexat behandelt**
- **C** **Morbus Behçet**
- **D** **Sjögren-Syndrom**

Zusatzfrage für Streber:
Welche Nationalität hat der Patient vermutlich?



Lesen Sie die Auflösung auf Seite 38

FALL 3

Also einfacher wird es sicher nicht: Die 55-jährige Patientin bekommt plötzlich hohes Fieber und diese eigenartigen plaqueartigen roten Flecken im Gesicht und an den Armen bzw. Händen, sie fühlt sich elend – welche Verdachtsdiagnose dürfte am ehesten vorliegen?

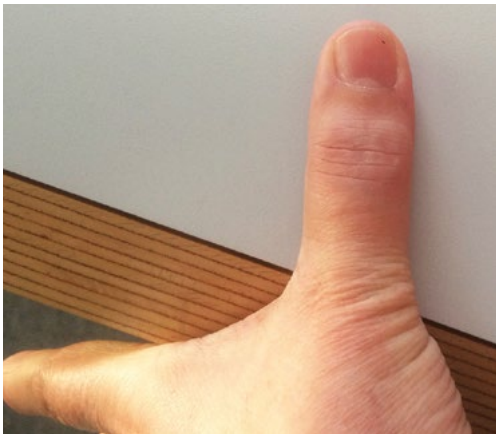


Polychondritis A
Bakterielle Sepsis B
SLE C
Sweet-Syndrom D

Zusatzfrage für Streber:
Müssen wir bei der Patientin zusätzlich eine Tumorsuche veranlassen?

FALL 4

Der 25-jährige Student bekommt hochakut nach dem Urlaub eine massiv schmerzhafte Arthritis im linken Daumen und rechten Sprunggelenk, CRP 6,6 mg/dl, RF/CCP/ANA negativ, HLA-B27 positiv. Welche Serologie könnte hilfreich sein?



Borrelien A
Chlamydien B
Hepatitis C
Serologie verursacht Kosten und führt hier generell nicht weiter D

Zusatzfrage für Streber:
Welche Untersuchung ist noch zusätzlich erforderlich?

NEUE ERKENNTNISSE FÜR KLINIK UND PRAXIS AUS LONDON



Mit fast 15.000 Teilnehmern aus aller Welt war der Kongress der European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) vom 3.–6. Juni 2026, der nach zehn Jahren Pause wieder im ExCeL-Kongresszentrum im Osten Londons – bei typisch britischem Wetter – ausgetragen wurde, der Nabel der rheumatologischen Welt. Angesicht der zahlreichen Scientific Sessions, Abstracts und Poster, HOT- und WIN-Sessions, Debatten, sowie einer Late-Breaking Abstract- und EULAR-Leitlinien-Session, die On-Demand online verfügbar sind, fällt eine Auswahl der Höhepunkte des Kongresses unter der Leitung des EULAR-Präsidenten Prof. Dr. Xenofon Baraliakos, Herne, nicht leicht. Dennoch seien an dieser Stelle einige der wichtigsten Aspekte kurz angerissen.



RHEUMATOIDE ARTHRITIS

Seit der Zulassung der JAK-Inhibitoren gab es bei der rheumatoiden Arthritis (RA) keine weiteren Durchbrüche – abgesehen vom Einsatz von CAR-T-Zellen und bispezifischen T-Cell-Engager (BiTE)-Antikörpern bei therapierefraktärer RA. Insgesamt sind die in London vorgestellten, oft auch deutschen Daten zu diesen zellbasierten Therapien durchaus positiv zu werten, jedoch kommen diese bislang nur für ein sehr selektiertes Patientenkollektiv in Frage. Einen interessanten Ansatz könnte eine allogene, bereits fertig hergestellte Therapie mit AB-101 (natürliche Killerzellen, NK), kombiniert mit Rituximab, darstellen. Deren Vorteile sind jenseits einer guten Wirksamkeit eine Anwendung im ambulanten Setting und das Ausbleiben der mit CAR-T-Zellen assoziierten Nebenwirkungen (CRS, ICANS).
Eine tragfähige Alternative ist auch ein „Immun-Dimming“ mit dem BiTE-Antikörper Blinatumomab in niedriger Dosierung. Zwar kommt es nach dessen Absetzen regelhaft zu Rezidiven, meist aber wieder zu einem Ansprechen auf zuvor eingesetzte b/tsDMARDs.

Bei „herkömmlicheren“ Behandlungsformen ist wohl noch einige Geduld gefragt. Eine Phase-III-Studie zu der Anti-PD (Programmed Cell Death)-1-Therapie Rosnilimab, die zuvor sehr gute Ergebnisse in Phase-II bot, ist gerade erst angelaufen. Damit zurück zu den JAK-Hemmern, wo die ORAL Surveillance-Studie zu Tofacitinib für viel Unruhe gesorgt hatte. In den beiden Studien RA-BRIDGE und RA-BRANCH konnte für Baricitinib bei Patienten mit erhöhtem Risiko für venöse Thromboembolien (VTE) zwar keine Nichtunterlegenheit für VTE gegenüber TNF-Hemmern gezeigt werden, jedoch war (anders als in ORAL Surveillance) kein erhöhtes Risiko für schwere kardiovaskuläre Ereignisse und die Gesamtmortalität erkennbar, auch die Inzidenz von Malignomen war nach zwei Jahren nicht signifikant erhöht.



EULAR Kongress 2026

AXIALE SPONDYLOARTHRITIS UND PSORIASIS-ARTHRITIS

Bei der axialen Spondyloarthritis (axSpA) wurden die Ergebnisse der Phase-III-Doppelstudie OLINGUITO zu dem präferenziellen JAK-1-Inhibitor Filgotinib vorgestellt, die den primären Endpunkt (ASAS40-Ansprechen in Woche 16) sowie fast alle sekundäre Endpunkte sowohl bei Patientinnen und Patienten mit radiografischer als auch nicht-radiografischer (r-/nr-)axSpA erreichte. In Woche 52 erfüllten ca. >65 % bzw. 59 % der Teilnehmer mit r-/nr-axSpA das ASAS40-Kriterium. Einer baldigen Zulassung dürfte nichts im Wege stehen.

Von großer Bedeutung sind die neuen Praxisempfehlungen zur Bildgebung bei axSpA: Wichtigste Neuerung ist, dass die MRT des Iliosakralgelenks (ISG) sowie bei entsprechender Symptomatik zusätzlich der Wirbelsäule an die Stelle des Röntgens als primäres Verfahren zur Diagnose der axSpA tritt. Auf den ASAS/SPARTAN-Klassifikationskriterien aufbauend erfolgte zudem eine Präzisierung, welche MRT-Befunde tatsächlich auf eine axSpA hinweisen.

Bei Psoriasis-Arthritis (PsA) wartet man mit Spannung auf künftige Phase-III-Daten zu dem Anti-IL-17A/F-Nanobody Sonelokimab, der auch bei axSpA ein heißer Kandidat ist, wie die Ergebnisse der kleinen S-OLARIS Proof-of-Concept-Studie andeuten (ASAS40-Ansprechen in Woche 12: 81 %). Das meiste Aufsehen bei der PsA erregte die Phase-IV-Studie BE BOLD, die Vorteile der IL-17A/F-Hemmung mit Bimekizumab gegenüber der IL-23-Hemmung mit Risankizumab im Gelenkansprechen (ACR50 in Woche 16: 49 vs. 38 %) und zumindest numerisch beim Erreichen einer minimalen Krankheitsaktivität (MDA: 43 vs. 40 %) sowie ACR50/PASI100-Ansprechen (33 vs. 24 %) zeigte. Dennoch ist man von Therapieerfolgen wie bei Psoriasis noch ein ganzes Stück weit entfernt, weshalb vermehrt b/tsDMARD-Kombinationen erprobt werden. Ein weiterer Ansatz besteht in einer Gewichtsreduktion der oft übergewichtigen PsA-Patientinnen und -Patienten. Nach der TOGETHER-PsA-Studie (Ixekizumab plus Tirzepatid) verdeutlichten mehrere kontrollierte und Real-World-Studien den Nutzen einer Diät oder von Inkretin-basierten Therapien, um die Krankheitsaktivität und Komorbiditäten zu reduzieren. ▶





KOLLAGENOSEN: SLE, SJÖGREN, SSC UND MYOSITIS

Beim systemischen Lupus erythematodes (SLE) steht (über die Lupus-Nephritis hinaus) wohl noch in diesem Jahr die Zulassung von Obinutuzumab an – dies auf Basis der erfolgreichen Phase-III-Studie ALLEGORY. In London erstmals vorgestellt wurden die Ergebnisse der Phase-II-Studie JASMINE-SLE zu Nipocalimab, einem selektiven Hemmer des neonatalen Fc-Rezeptors (FcRn). In der höheren Dosierung wurde vor allem in einer Subgruppe mit Antikörper-Positivität ein gutes Ansprechen erzielt. Weiter vorteilhafte Daten aus Phase-II gibt es zu dem BAFF-Rezeptor-Antikörper Ianalumab, der inzwischen in Phase-III-Studien bei SLE (SIRIUS-SLE-1 und -2) und Lupus-Nephritis (SIRIUS-LN) geprüft wird. Auch der primär bei kutanem Lupus effektive Toll-like Rezeptor (TLR)7/8-Inhibitor Enpatoran wird in zwei Phase-III-Studien bei SLE mit aktiver Hautmanifestation (ELOWEN-1 und -2) getestet. Zur Sjögren-Erkrankung (SjD) wurden weiter positive Daten einer Langzeitextension der Phase-III-Studien NEPTUNUS-1 und -2 für Ianalumab präsentiert, die erste Zulassung einer Therapie für SjD rückt somit näher. Weitere derzeit in Phase-III befindliche Kandidaten sind das gegen BlyS und APRIL gerichtete Telitacicept und der FcRn-Inhibitor Efgartigimod. Bei schwerer Dermatomyositis ruhen die Hoffnung insbesondere auf dem mit gutem Erfolg in der Phase-III-Studie VALOR untersuchten JAK-1/TYK-2-Inhibitor Brepocitinib.



Der klare Schwerpunkt bei den Kollagenosen lag aber auf CAR-T- bzw. NK-Zell-Therapien, BiTE- sowie neuerdings sogar TriTE-Antikörpern. Deutsche Daten der CASTLE-Studie mit 50 Patienten zeigen, dass in 12 % der Fälle nach CD19 CAR-T-Zelltherapie mit Rezidiven zu rechnen ist – seltener (3,6 %) bei SLE, häufiger bei systemischer Sklerose (14,3 %) und vorallem entzündlicher Myositis (37,5 %). Ein Ausweg ist es dann, zusätzlich am B-Zell-Reifungsantigen (BCMA) anzusetzen, z. B. mit dem BiTE-Antikörper Teclistamab. Bei SLE weiter positive Daten bot der CD19/CD3/CD28 TriTE-Antikörper CC312. Bereits bei der RA erwähnt wurde die Kombination aus AB-101 und Rituximab, die auch bei SjD und SSc bei hoher Sicherheit und erleichterter Anwendung bislang gute Ansprechdaten lieferte.





VASKULITIDEN DER KLEINEN UND GROSSEN GEFÄSSE

Auch bei ANCA-assoziierten Vaskulitiden (AAV) gibt es erste Versuche mit BiTE-Antikörpern. So gelang mit dem gegen CD20/CD3 gerichteten Mosunetuzumab nach einem Jahr bei refraktärer GPA eine komplette klinische und Glukokortikoid (GK)-freie Remission. Bei PR3+ AAV bot die sequenzielle Kombination aus Rituximab und Belimumab einige Vorteile. Im Rahmen einer Rituximab-Erhaltungstherapie sollte möglichst auf GK verzichtet werden, die Nebenwirkungen übersteigen klar den Nutzen. Gelingt bei eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis unter Anti-IL-5-Therapien allein keine ausreichende Besserung von Asthma und HNO-Beschwerden, kann die Kombination mit dem IgG4-Antikörper Dupilumab effektiv sein, auch wenn ein optimales Ansprechen erst nach 6–12 Monaten erreicht wird.

Ein Highlight waren die neuen EULAR-Empfehlungen zum Management von Polymyalgia rheumatica (PMR), Riesenzellarteriitis (RZA) und Takayasu-Arteriitis, die demnächst zur Publikation anstehen. Ein großes Gesprächsthema war natürlich auch die erfolgreiche Phase-III-Studie REPLENISH zu Secukinumab bei PMR. Der primäre Endpunkt einer anhaltenden Remission in Woche 52 wurde erreicht (41 vs. 20 %), ebenso die sekundären Endpunkte, was zu einer Zulassung in dieser Indikation führen dürfte. Noch unbeantwortet bleibt die Frage, warum der IL-17A-Inhibitor bei RZA in der Phase-III-Studie GCAptAIN gescheitert ist. Erneut positive Daten wurden zur JAK-Hemmung präsentiert: In der Phase-III JAK-SPARE-Studie zu Baricitinib bei früher PMR erreichten bei raschem Abbau oraler GK bis zur 11. Woche 65 vs. 17 % der Teilnehmer den primären Endpunkt einer GK-freien Remission in Woche 16 – eine Zulassung wird hier wohl leider nicht angestrebt. Last but not least zur therapierefraktären IgG4-assoziierten Erkrankung. Hier wurden für das zugelassene Inebilizumab überaus positive 3-Jahres-Langzeitdaten präsentiert (nur bei 6 % ein Rezidiv). Eine perspektivische Alternative könnte das s.c. zu verbreichende Obexelimab sein, das mit gutem Erfolg in der Phase-III-Studie INDIGO geprüft wurde.

Nachdem für die meisten RFAs die Reise nach London eine Hürde darstellte, wird es im nächsten Jahr deutlich einfacher, wenn beim deutschen Heimspiel der EULAR-Kongress vom 9. bis 12. Juni 2027 in Berlin ausgerichtet wird. ■

POTENZIAL VON METHOTREXAT WIRD OFT NICHT VOLL AUSGESCHÖPFT

Rheumatoide Arthritis

Unverändert ist Methotrexat (MTX) die Basistherapie bei rheumatoider Arthritis (RA). Gemäß Treat-to-Target (T2T)-Prinzip sollten bei unzureichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit die MTX-Dosis und der Applikationsweg vor einer Eskalation auf b/tsDMARDs optimiert werden. Französische Experten um Louis Chillotti, Lyon, verfolgten in einer großen Beobachtungsstudie RA-Patienten, die MTX starteten und analysierten die MTX-Optimierung vor der Eskalation auf b/tsDMARDs.



Die Studie nutzte Abrechnungsdaten der französischen Krankenversicherungsdatenbank, um RA-Patienten (ICD-10-Codes M05/M06) zu identifizieren, die zwischen 2016 und 2021 eine MTX-Behandlung begonnen hatten. Patienten, die MTX in den Jahren 2016–2017 starteten, wurden bis zum Studienende oder Tod nachbeobachtet. Die MTX-Persistenz und die Eskalation auf b/tsDMARDs wurden mithilfe des Kaplan-Meier-Schätzers analysiert.

Zwischen 2016 und 2021 begannen 52.462 RA-Patienten (im Mittel 60,8 Jahre, 71,0 % Frauen) eine MTX-Therapie, überwiegend oral (79,1 %). Die MTX-Persistenz nach zwei Jahren lag bei 73,7 % und stieg bei einem Wechsel der Darreichungsform um ca. 20 Prozentpunkte an (von 66,8 % auf 83,8 %). Zudem eskalierten 17,5 % der Patienten auf b/tsDMARDs. Von den 3.582 Patienten, bei denen eine Eskalation auf b/tsDMARDs erfolgte, wurden 1.121 (31,3 %) mit oralem MTX behandelt, ohne dass vor der b/tsDMARD-Therapie eine Optimierung auf subkutanes MTX stattgefunden hatte. Im Vergleich zum Jahr vor der Eskalation auf fortgeschrittene Therapien kam es in den 12 Monaten danach zu einem sprunghaften Anstieg der Behandlungskosten um das Doppelte.

Trotz hoher Therapietreue erfolgte somit bei vielen RA-Patienten eine Eskalation auf b/tsDMARDs ohne vorherige vollständige Optimierung. Ein konsequentes Ausschöpfen der MTX-Therapie hinsichtlich Dosierung und Applikationsweg wäre jenseits der Kostenaspekte eine gute Möglichkeit, die Eskalation auf b/tsDMARDs hinauszuzögern und somit künftige Behandlungsoptionen zu bewahren. ■

Quelle: EULAR Rheumatol Open 2026; doi: 10.1016/j.ero.2026.03.003

www.rhkongress.de

RhK 2027

Deutscher Rheumatologiekongress 2027

8. – 11. September 2027
Estrel Berlin



© Rheumaakademie/KI-gestützt generiert

Deutsche Gesellschaft
für Rheumatologie und
Klinische Immunologie e.V.

**100 Jahre –
Erkennen.
Verstehen.
Behandeln.**

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
Eijeijei …

Die korrekte Diagnose

FALL 1
Richtige Antwort A: Die an einem adulten Still-Syndrom leidende Patientin betrieb einen erheblichen Kortikoid-Missbrauch, bei aufkommenden Schmerzen nahm sie zügig und länger anhaltend 20 mg Prednisolon. Es entwickelte sich ein massiver medikamentös verursachter Morbus Cushing. Bei der gleichen Vorstellung wurde eine Wirbelkörperfraktur festgestellt.

FALL 2
Richtige Antwort C: Das ist eine typische Kombination für Morbus Behçet. Der Patient stammte aus der Türkei, genauer aus Ankara.

FALL 3
Richtige Antwort D: Es liegt ein Sweet-Syndrom (akute febrile neutrophile Dermatose) in typischer Form vor, laborchemisch Leukozytose (23.000/µl) mit Vermehrung der neutrophilen Granulozyten. Da dies als Paraneoplasie nicht selten ein Begleitbefund bei Malignomen ist, macht es in der Tat Sinn, eine Tumorsuche einzuleiten.

FALL 4
Richtige Antwort B: Alter, Anamnese und Befunde sprechen stark für eine reaktive Arthritis. Da eine mögliche Chlamydien-Infektion eine weitere Diagnostik (unbedingt PCR aus dem Erststrahlurin) erfordert und möglicherweise eine Antibiose nach sich zieht, ist die Chlamydien-Serologie durchaus sinnvoll – Borrelien und HepC stehen bei dieser Konstellation nicht zur Debatte.

VORSCHAU

20 Jahre RFA-Fortbildung

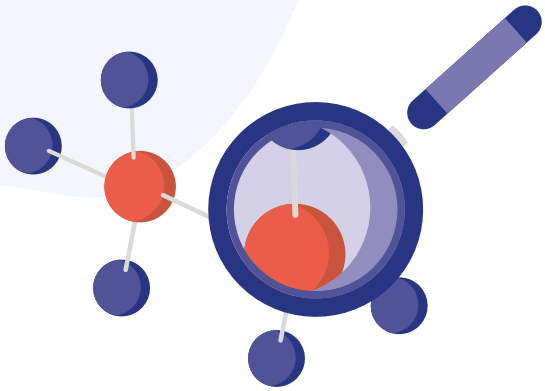
ACR Kongress 2026

Journal-Club

Blickdiagnose/Quiz

… und vieles mehr

Die nächste Ausgabe erscheint im Februar 2027



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
JAHRGANG: 3/2026
BILDQUELLEN: S. 6–9 Benedikt Ziegler, S. 14–17 Ulrike Erstling, S. 18–19 Universitätsklinikum Bonn (UKB)/K. Wislsperger, S. 22 Freepik, S. 28 und S. 32–34 AdobeStock
NÄCHSTER ERSCHEINUNGSTERMIN: Februar 2027

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

BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
RHEUMATOLOGEN E.V.

22. KONGRESS DES **BERUFSVERBANDES DEUTSCHER RHEUMATOLOGEN**

23. BIS 24. APRIL 2027



ESTREL, BERLIN

www.rheumaakademie.de/kongresse