



Kongress-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2024 (hybrid)

52. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh)

38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)

34. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)

Termin: Donnerstag, 19. September 2024, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: Congress Center Düsseldorf, Raum 01 (EG, CCD Süd)

Adresse: Stockumer Kirchstraße 6, 40474 Düsseldorf

online: <https://attendee.gotowebinar.com/register/7039571961019931736>

Themen und Referierende

Weniger Therapieoptionen für Rheuma-Betroffene in Deutschland: Konsequenzen des AMNOG-Verfahrens für die Rheumatologie

Professor Dr. med. Christof Specker, Kongresspräsident der DGRh, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie an den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte

Mehr Angststörungen und Depressionen: Gefahren psychischer Belastung bei Kindern und Jugendlichen mit Rheuma frühzeitig in die Behandlung einbeziehen

Dr. med. Prasad Thomas Oommen, Kongresspräsident der GKJR, Leiter des Bereichs Pädiatrische Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf

Rheumaorthopädische Versorgung des Fußes – wichtig für die Mobilität

Dr. med. Manfred Kemmerling, Kongresspräsident der DGORh, Chefarzt Orthopädisch Traumatologisches Zentrum und Leiter des EndoProthetikZentrums; Ärztlicher Direktor, Helios Klinik Attendorn

Komplementäre Heilverfahren: Arzneipflanzen zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis

Professor Dr. med. Gernot Keyßer, Sprecher der Kommission Komplementäre Heilverfahren und Ernährung, Leitender Oberarzt, Leiter des Arbeitsbereichs Rheumatologie an der Universitätsmedizin Halle

Diagnose, Therapie und Aufklärung: KI in der Rheumatologie

PD Dr. med. Johannes Knitza, Institut für Digitale Medizin am Universitätsklinikum Marburg, Vorstandsmitglied der AGJR (Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V.)

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Katrin Hammer
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und
Klinische Immunologie e.V. (DGRh)
Pressestelle
Telefon: 0711 8931-457/-330599
wetzstein@medizinkommunikation.org
hammer@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

Vor Ort auf dem Kongress:

Mittwoch, 18. September 2024, 16.00 Uhr
bis Freitag, 20. September 2024 15.00 Uhr
Pressebüro (VIP Appartement, CCD Süd)



Rheumatologiekongress vom 18. bis 21. September 2024 im Congress Center Düsseldorf

Brennnessel, Hagebutten, Rosmarin & Co DGRh bescheinigt Heilpflanzen-Präparaten geringen Nutzen bei Rheuma

Düsseldorf, 16. September 2024 – In Deutschland ist der Vertrieb von pflanzlichen Präparaten zur Selbstmedikation ein attraktives Geschäftsfeld. 1,4 Milliarden Euro Umsatz wurden damit im Jahr 2020 erzielt. Viele von Rheuma Betroffene erhoffen sich von pflanzlichen Präparaten Linderung ihrer Symptome. Die Kommission für Komplementäre Heilverfahren und Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) prüfte daher die Wirksamkeit der geläufigsten pflanzlichen Arzneimittel. Das Ergebnis: Trotz der großen Beliebtheit bei Patient:innen überzeugte kaum ein Präparat mit spürbarem Effekt, einige bergen sogar Risiken. Was für Rheumakranke bei pflanzlichen Arzneimitteln zu beachten ist, erläutert ein Experte der DGRh auf der Kongresspressekonferenz anlässlich des Rheumatologiekongresses am 19. September 2024.

Die DGRh hat im Jahr 2021 eine Kommission für Komplementäre Heilverfahren und Ernährung ins Leben gerufen. Diese hat jetzt Empfehlungen zur Anwendung komplementärer Heilverfahren bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises erarbeitet, die in Kürze veröffentlicht werden. „Auch in Zeiten moderner, spezifisch wirkender und gut verträglicher Medikamente für rheumatologische Erkrankungen besteht bei vielen Patient:innen Interesse an alternativen oder ergänzenden pflanzlichen Therapien“, sagt Professor Dr. med. Gernot Keyßer, Sprecher der Kommission und Leiter des Arbeitsbereichs Rheumatologie an der Universitätsmedizin Halle.

Mitglieder der Kommission sichteten dafür die wissenschaftliche Literatur zu ausgewählten frei verkäuflichen und verschreibungspflichtigen Phytotherapeutika und prüften mögliche Anwendungen in der Rheumatologie. Im Fokus die Frage stand, inwieweit Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Borretschöl, Brennnessel- und Cannabis-Präparaten sowie von Zubereitungen mit Rosa canina (Heckenrose), Rosmarin, Safran und Weidenrinde vorliegen. Außerdem untersuchten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die Datenlage zu einem bei Rheuma-Patient:innen beliebten Mischpräparat aus Eschenrinde, Zitterpappelrinde und Echtem Goldrutenkraut.



„Auch wenn für alle untersuchten Pflanzenstoffe Berichte über entzündungshemmende oder immunologische Effekte im Laborversuch am Tiermodell vorliegen, ist ein klinisch nachgewiesener Nutzen sehr spärlich“, resümiert Professor Keyßer die Ergebnisse der Kommission. Keines der untersuchten Präparate habe eine therapeutische Wirksamkeit, die eine Anwendung bei rheumatischen Erkrankungen rechtfertigt. Das gilt insbesondere auch für entzündliche Gelenkerkrankungen. Die zentralen Ergebnisse lauten wie folgt:

- Phytotherapeutika auf der Basis von **Safran und Rosmarin** empfiehlt die Kommission generell nicht.
- **Borretschöl aus Samen** kann bei standardisierter Herstellung im Rahmen einer gesundheitsbewussten Ernährung eingenommen werden. Eine nennenswerte entzündungshemmende Wirkung ist jedoch nicht zu erwarten.
- Von Präparaten auf Basis von **Brennnessel, Weidenrinde oder Rosa canina** müssen Rheumatolog:innen nicht abraten, wenn ansonsten eine sinnvolle Basistherapie eingehalten wird. Gleiches gilt für das untersuchte Mischpräparat.
- Für **medizinisches Cannabis** existiert keine ausreichende Evidenz, die eine Empfehlung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zur Krankheitsmodifikation oder zur symptomatischen Therapie rechtfertigt. In Einzelfällen kann jedoch die Anwendung zur Reduktion von chronischen, insbesondere neuropathischen Schmerzen sowie Schlafstörungen gerechtfertigt sein.

„Die Ergebnisse zeigen: Der Stellenwert der Phytotherapie für das Fachgebiet ist gering und ihre Anwendung nicht als risikofrei anzusehen“, erläutert Professor Dr. med. Christof Specker, Präsident der DGRh aus Essen. Zwar müsste vor einer Zulassung die Wirksamkeit durch klinische Studien bestätigt sein, dafür gebe es aber auch Ausnahmen. Etwa dann, wenn Präparate seit mindestens 30 Jahren medizinisch eingesetzt werden und damit als „traditionell“ gelten. „Es handelt sich zudem um einen weit verbreiteten Irrglauben, dass pflanzliche Medikamente keine Nebenwirkungen mit sich bringen können. Hier sind etwa Magen-Darm-Beschwerden, allergische Reaktionen und Hautprobleme zu nennen“, so Professor Specker. Insofern raten Specker und Keyßer nachdrücklich: „Pflanzliche Heilmittel können eine Basistherapie höchstens ergänzen, aber niemals ersetzen.“ Auch empfehlen sie, die Einnahme frei verkäuflicher Präparate mit den behandelnden Rheumatologen abzustimmen. Die Ergebnisse der Prüfung durch die Kommission diskutieren Expert:innen der Fachgesellschaft auch bei der Pressekonferenz anlässlich des Rheumatologiekongresses, die am 19. September 2024 in Düsseldorf und online stattfindet.



Bei Abdruck Beleg erbeten.

Kontakt für Journalisten:

Janina Wetzstein und Katrin Hammer
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)
Pressestelle
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-457/- 330599
wetzstein@medizinkommunikation.org
hammer@medizinkommunikation.org
www.dgrh-kongress.de

STATEMENT

Weniger Therapieoptionen für Rheuma-Betroffene in Deutschland: Konsequenzen des AMNOG-Verfahrens für die Rheumatologie

Professor Dr. med. Christof Specker

Kongresspräsident der DGRh, Direktor der Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie an den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte

AMNOG steht für „Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz“ und ist ein Verfahren zur Preisregulierung innovativer Arzneimittel (AM) in Deutschland. Es wurde am 1. Januar 2011 eingeführt. Das Verfahren besteht im Wesentlichen aus 2 Schritten: Der **Bewertung des Zusatznutzens** durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der damit meist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt und darauf aufbauend der **Preisverhandlung** des Herstellers mit dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV).

Die Zulassung eines AM erfolgt inzwischen auf EU-Ebene durch die European Medicine Agency (EMA). Bei Vorliegen positiver Studienergebnisse von doppelblinden, randomisierten klinischen Studien (sogenannte Phase-3-Studien) kann das pharmazeutische Unternehmen (PU) einen Antrag auf Zulassung für die in der Studie geprüfte Indikation (Erkrankung) stellen, der dann von der EMA begutachtet wird. Bei positiver Beurteilung wird das Medikament automatisch auch in den einzelnen EU-Ländern zugelassen. Was damit aber noch nicht geregelt ist, ist der Preis, zu dem das Medikament dann auf den Markt kommt. Eigentlich soll das AMNOG-Verfahren nur der Preisfestlegung in Deutschland (als dem führenden AM-Markt in der EU) dienen.

Nun ist die Festlegung, wieviel ein AM im Gesundheitssystem „wert“ ist und damit kosten darf, davon abhängig, ob es schon andere Behandlungen in der jeweiligen Indikation gibt und wenn dies der Fall ist, wie viel besser das neue AM gegenüber den bisherigen Medikamenten wirkt. Diese Differenz wird als „Zusatznutzen“ definiert. Wenn ein PU nach der Zulassung auf EU-Ebene ein neues Arzneimittel auf den deutschen Markt bringt, kann es zunächst den Preis nach eigener Vorstellung festlegen, muss aber für den G-BA dessen Zusatznutzen belegen, nach dem dann innerhalb von 6 bis 12 Monaten der (neue) Preis festgelegt wird.

Wenn nun aber – obwohl das Medikament zugelassen ist – in der Beurteilung kein wesentlicher Zusatznutzen zuerkannt wird, wirkt sich dies auch auf die Preisgestaltung aus. Für die Einschätzung des Zusatznutzens wird vom IQWiG eine sogenannte zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT) herangezogen. Die zVT ist zum Beispiel eine Standardbehandlung für eine bestimmte Erkrankung.

Wenn noch keine zVT verfügbar ist, kann es sich zum Beispiel um eine grundlegende Innovation für die Erkrankung handeln und der Zusatznutzen groß sein. In den

Preisverhandlungen wird man dann dem PU einen entsprechend hohen Preis für ein innovatives AM zugestehen. Wenn es aber schon Standardtherapien für die Behandlung einer Erkrankung gibt, kommt es in dem Beurteilungsverfahren des Zusatznutzens vor, dass das IQWiG nicht die vom PU angeführte zVT heranzieht, sondern eine andere (zum Beispiel billigere) wählt oder aber, dass eine Vergleichstherapie nicht anerkannt wird, weil diese in der jeweiligen Indikation nicht zugelassen ist. So kann es passieren, dass ein neues AM zwar Vorteile für bestimmte Indikationen oder in Kombination mit Standardmedikamenten bietet, was auch zur Zulassung geführt hat, dieser aber aus manchmal nur formalen Gründen (keine zugelassene oder eine andere zVT) kein Zusatznutzen zuerkannt wird. Für die Preisverhandlung werden dann die Kosten für zum Beispiel schon lange verfügbare, preiswerte Medikamente zugrunde gelegt, auch wenn diese nicht so gut oder nicht in der studiengeprüften Situation wirken. Wenn dann der in den Preisverhandlungen in Aussicht gestellte Preis kaum die Produktionskosten des neuen Medikamentes deckt, kann das PU zu der Entscheidung gelangen, das AM vom Markt zu nehmen (zum Beispiel auch um damit ein EU-weites Preisdumping auf Basis der Verhandlungen in Deutschland zu vermeiden).

Ein erstes Beispiel für eine solche Marktrücknahme in der Rheumatologie ist das Medikament Voclosporin (VCS). Dieses steht seit dem 1. Januar 2024 in Deutschland nicht mehr zur Verfügung, obwohl es von der EMA in Kombination mit Mycophenolat für die Behandlung der aktiven Lupusnephritis zugelassen ist. Als zVT wurde vom G-BA eine „patientenindividuelle Therapie“ mit Glukokortikoiden, Azathioprin, Cyclophosphamid, Hydroxychloroquin, Chloroquin und Mycophenolatmofetil bestimmt. Das PU hatte für seine Bewertung Ergebnisse aus einem indirekten Vergleich von Voclosporin mit Belimumab herangezogen. Dieser indirekte Vergleich von Voclosporin mit Belimumab wurde für die Nutzenbewertung aber nicht akzeptiert. Aufgrund dessen erkannte der G-BA keinen Zusatznutzen für Voclosporin an. In den nachfolgenden Preisverhandlungen konnte man sich nicht auf einen für das PU ökonomisch vertretbaren Preis für das AM einigen.

Die DGRh hatte eine Stellungnahme zur Bewertung des IQWiG beim G-BA eingereicht und diese anschließend im öffentlichen Anhörungsverfahren vertreten. Die Fachgesellschaft legte darin detailliert dar, weshalb Voclosporin sehr wohl einen Zusatznutzen bei der Behandlung der Lupusnephritis bietet. In einem Schreiben an den G-BA vom Januar 2024 bat der Vorstand der DGRh darum, das AMNOG-Verfahren gemeinsam zu überprüfen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Essen, September 2024

STATEMENT

Mehr Angststörungen und Depressionen: Gefahren psychischer Belastung bei Kindern und Jugendlichen mit Rheuma frühzeitig in die Behandlung einbeziehen

Dr. med. Prasad Thomas Oommen

Kongresspräsident der GKJR, Leiter des Bereichs Pädiatrische Rheumatologie am Universitätsklinikum Düsseldorf

Die COVID-Pandemie wirkte in vielerlei Hinsicht wie ein Brennglas. Der im Lichte der Virusabwehr anfänglich fehlende Blick für die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen wirkt bis heute nach. So wurde deutlich, dass Schule und gesellschaftliche Teilhabe für die somatische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung sind.

Eine psychologische Betreuung in der pädiatrisch-rheumatologischen Regelversorgung soll bei Bedarf zu einem frühen Zeitpunkt erfolgen, um psychische Prozesse und spezifische Verhaltensauffälligkeiten zu erfassen, aufzufangen und zu behandeln. (AWMF Leitlinie „Therapie der juvenilen idiopathischen Arthritis“, Empfehlung 14)

Die gesellschaftliche Teilhabe an altersgerechten Aktivitäten ist bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen häufig eingeschränkt. So führt eine rheumatisch-entzündliche Erkrankung nicht selten zu Schulausfall und Alltagseinschränkungen. Diese sind – vor dem Hintergrund der steten Verbesserung der Therapien – zwar nicht vergleichbar mit Zeiten, in denen Kinder mit Rheuma unter schweren körperlichen Behinderungen litten. Gleichzeitig bleibt auch bei rascher Remission mithilfe moderner Substanzen das Faktum bestehen, dass die Kinder chronisch erkrankt sind, regelmäßig (zum Teil schmerzhaft) Therapien über sich ergehen lassen müssen und somit Einschränkungen erleben, die, wenngleich von außen häufig nicht sichtbar, subjektiv erhebliche Konsequenzen haben können.

Hier setzt die diesjährige Session „*Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*“ an. Sie blickt zunächst auf Störfaktoren und Herausforderungen für die psychische Gesundheit Heranwachsender (soziale Medien, gesellschaftliche Umbrüche) im Allgemeinen. Im Weiteren werden Daten aus großen Kollektiven gezeigt, in denen gut belegt werden kann, dass selbst somatisch gut behandelte rheumatische Erkrankungen – insbesondere bei älteren Kindern und Jugendlichen – zu einem vermehrten Aufkommen von Depressionen und Angststörungen führen kann. Schließlich werden dann in weiteren Vorträgen Beiträge geliefert, die von essentiellen und leitliniengerechten (siehe Empfehlung der JIA-Leitlinie oben) Behandlungsstrukturen in der Kinder- und Jugendrheumatologie handeln, die diese psychischen Belastungsfaktoren für Kinder, Jugendliche und das familiäre System frühzeitig berücksichtigen. Und schließlich soll abschließend der Fokus auf die

ärztliche Rolle in diesem Zusammenhang gerichtet und über grundlegende Fragen der Kommunikation und Partizipation im Umgang mit Familien rheumakrankter Kinder und Jugendlicher diskutiert werden.

Session 45: Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen

Donnerstag, 19.09., 14:45 – 16:15

PRO-KIND – Für die Verbesserung der Behandlungsqualität für Kinder und Jugendliche mit rheumatischen Erkrankungen

Der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat die Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung als Ziel und fördert entsprechend Forschungsvorhaben, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, ein hohes Verwertungspotenzial für die Versorgungspraxis erkennen lassen und eine besondere Nähe zur praktischen Patientenversorgung aufweisen.

Der GBA hat in diesem Sinne bereits von 2019 bis 2023 das Projekt **PRO-Kind-Rheuma (Handlungs- und Therapieprotokolle in der Kinderrheumatologie)** gefördert. Hier wurden 662 Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen juvenilen rheumatischen Erkrankungen (juvenile idiopathische Arthritis, juveniler systemischer Lupus erythematodes, juvenile Dermatomyositis) eingeschlossen. Ziel war es, anhand von vorab erarbeiteten Behandlungspfaden die Therapiestrategien, die eingesetzt wurden, zu erheben und zu harmonisieren. Es konnte bei fast zwei Drittel der eingeschlossenen Fälle gezeigt werden, dass ein sogenanntes Treat-to-Target-Vorgehen (T2T), das heißt eine gezielte Behandlung mit zeitlich festgelegten Behandlungszielen, eine raschere Remission, das heißt Entzündungsfreiheit erreicht.

Ganz aktuell wurde nun der Folgeantrag **Pro-Kind T2T** ab 2025 bewilligt. Hier soll unter anderem die Frage beantwortet werden, ob das rasche Erreichen einer Remission mithilfe des T2T-Konzepts auch eine medikamentenfreie Remission – ein aus Patientensicht sehr wichtiges Ziel – in Aussicht stellen kann. Die erneute Förderung weist auf die Wertschätzung der Förderer für die bisherige Arbeit hin. Die Daten zeigen bereits jetzt, dass eine Evidenzbasierte Verbesserung in der Versorgung der Patientinnen und Patienten möglich ist, was auch mit den Verlaufsdaten gezeigt werden soll. Die multizentrische Konsortialführung liegt in Aachen, St. Augustin, Berlin und Münster und umfasst neben der Datenerhebung und -auswertung auch die Fortführung des bereits begonnenen Biosamplings, das heißt der parallelen Untersuchung von Blut und Stuhl, um auch möglicherweise messbare Prädiktoren für eine dauerhafte Remission zu identifizieren.

*Kongress-Presskonferenz anlässlich
des 52. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie (DGRh) (hybrid)
der 38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)
der 34. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR)
Donnerstag, 19. September 2024, 12.00 bis 13.00 Uhr*

***Session 43: Die nicht-systemische JIA: 43.03: Klinischer Verlauf: Neue Erkenntnisse
aus der ProKind-Initiative (Kristina Vollbach, Aachen), Freitag, 20.09., 10:15-11:45 Uhr***

***Poster KI.13: Treat-to-Target bei der polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis
– ein Protokoll in der Kinderrheumatologie (PROKIND)-Studie (Gerd Horneff, St.
Augustin)***

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Düsseldorf, September 2024

STATEMENT

Rheumaorthopädische Versorgung des Fußes – wichtig für die Mobilität

Dr. med. Manfred Kemmerling

Kongresspräsident der DGORh, Chefarzt Orthopädisch Traumatologisches Zentrum und
Leiter des EndoProthetikZentrums; Ärztlicher Direktor, Helios Klinik Attendorn

Der Fuß ist eines der tragenden Elemente am menschlichen Skelett. Dabei ist die Anatomie sehr komplex und wird zunächst in Vor-, Mittel-, und Rückfuß unterteilt. Insgesamt besteht der Fuß aus 26 Knochen, die durch Kapsel- und Bandstrukturen fest miteinander verbunden sind und zusammen 33 Gelenke bilden, die wiederum über Sehnen und Muskeln für die Stabilität, Beweglichkeit und Tragfähigkeit des Fußes verantwortlich sind. Mit dieser sehr differenzierten Konstruktion können die Füße nicht nur das volle Körpergewicht tragen, sondern je nach Aktivitäten, wie zum Beispiel beim Laufen, Springen oder Hüpfen, auch das Vielfache des Gewichtes abfedern. Unterstützend wirkt dabei die Fußsohle mit einem elastischen, nicht verformbaren Fettunterbau und einer stabilen Haut (Hornhaut), die zusammen zusätzlich das gesamte Körpergewicht tragen.

Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) kommt es im Krankheitsverlauf dann jedoch bei fast 100 Prozent der Betroffenen zu pathologischen Deformitäten des Fußes. Diese beruhen auf der Schwächung insbesondere von Sehnen, Bändern und Gelenkkapseln des Fußes, die vom entzündlichen rheumatischen Gewebe befallen sind. Es entsteht eine Instabilität des Rückfußes mit Abflachung des Fußgewölbes. In der Folge bilden sich die Fettpolster im Bereich der Fußsohle zurück und es entsteht ein sekundärer Verschleiß der zahlreichen Gelenke im gesamten Fuß. Neben Druckstellen und Hautläsionen ist im Endstadium ein normales Abrollverhalten des Fußes beim Gehen nicht mehr möglich, sodass das Gangbild, die Mobilität und damit auch die Lebensqualität des Rheumatikers sehr stark eingeschränkt sind.

Seit Einführung der Biologika hat sich der Krankheitsverlauf beim Rheumatiker deutlich verändert. Operationen am Rheumafuß sind in den letzten Jahren insgesamt seltener geworden und die orthopädiotechnische Schuhversorgung in den Vordergrund gerückt. Die schuhtechnische Versorgung der instabilen rheumatischen Fußdeformität ist sehr anspruchsvoll, da neben der Fehlstellung auch auf Druckstellen und Hautläsionen sowie auf Nebenerkrankungen wie zum Beispiel ein Diabetes mellitus oder Durchblutungsstörungen zu achten ist. Diese können ansonsten zu einer Infektion des gesamten Fußes führen. Eine Aufrichtung rheumatischer Fußdeformitäten ist durch einen Schuh mechanisch nicht möglich. Es kann lediglich der Progression einer Fehlstellung entgegengewirkt werden. Die stabilisierende Schuhzurichtung besteht aus festen Elementen, wie einer Sohlenversteifung,

einer Carboneinlage oder einem festen knöchelübergreifenden Schaft, wodurch Biege- und Scherkräfte von den Gelenken genommen werden, andererseits aber eine Belastung möglich ist. Die steifen Elemente werden mit weichen bettenden Komponenten kombiniert, um den Druck gleichmäßig zu verteilen und so die empfindliche Haut zu schützen, Druckstellen zu vermeiden und Schmerzen zu lindern. Im Rahmen der gesamten schuhtechnischen Versorgung sollte dennoch der Schuh so leicht wie möglich sein, damit der Patient in seinem Bewegungsradius nicht eingeeignet wird und keine unphysiologische Belastung des benachbarten Knie- und Hüftgelenkes erfährt.

Trotz aller Vorsichtsmaßnahmen können infizierte Druckstellen am Rheumafuß zu erheblichen Problemen führen. Die immunsuppressive medikamentöse Therapie muss in diesem Fall abgesetzt und durch eine Antibiotikatherapie ersetzt werden. Gegebenenfalls ist auch eine chirurgische Sanierung des Infektes notwendig. Dabei gilt das Prinzip Infektberuhigung vor knöcherner Korrektur.

Im Falle fortschreitender knöcherner Deformitäten am Rheumafuß werden dann chirurgische Korrekturen notwendig. Diese erfolgen nach dem Prinzip vom Körperstamm zur Peripherie. Das heißt eine Achsfehlstellung des Kniegelenkes muss vor einer Fehlstellung des Sprunggelenkes und dieses wiederum vor einer Vorfußdeformität versorgt werden, damit langfristig eine achsengerechte, stabile Belastung der unteren Extremitäten sowie die Statik gesichert sind.

Die Therapie rheumatischer Fußdeformitäten beinhaltet ein breites Spektrum konservativer und operativer Behandlungsoptionen, deren Auswahl individuell an die Krankheitsaktivität und die Lebensumstände des Patienten angepasst werden sollte. Der Grat zwischen „zu wenig“ und „zu viel“ Therapie ist sehr schmal und sollte somit nur von sehr erfahrenen orthopädischen Rheumatologen beschritten werden. Bei Beachtung all dieser Kriterien können die Gehfähigkeit und die damit verbundene Mobilität und Lebensqualität bei fast allen Rheumatikern bis ins hohe Alter erhalten werden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Attendorn, September 2024

STATEMENT

Helfen Arzneipflanzen bei rheumatischen Erkrankungen? Aktuelle Empfehlungen der zuständigen DGRh-Kommission zur Phytotherapie

Professor Dr. med. Gernot Keyßer

Sprecher der Kommission Komplementäre Heilverfahren und Ernährung, Leitender Oberarzt,
Leiter des Arbeitsbereichs Rheumatologie an der Universitätsmedizin Halle

Das Interesse an pflanzlichen Präparaten zur Behandlung von rheumatischen Krankheitsbildern und muskuloskelettalen Symptomen ist unter Erkrankten und bei der Ärzteschaft groß. Auch in Zeiten moderner, spezifisch wirkender und gut verträglicher Basistherapien werden wissenschaftliche Untersuchungen zu Phytotherapeutika veröffentlicht. Dies illustriert das Ergebnis einer Literaturrecherche in PubMed zu den Stichworten „herbal medicine“ und „arthritis“. Von den 4 284 identifizierten Literaturstellen wurden über 1 500 in den letzten fünf Jahren veröffentlicht (Stand 5.9.2024).

Traditionell haben Phytotherapeutika unter Betroffenen einen guten Leumund, und in der deutschen Taxonomie weisen viele deutsche und lateinische Pflanzennamen auf ihren Gebrauch als Heilpflanze hin: Neben dem Bergwohlverleih (*arnica montana*) sei exemplarisch der Beinwell (*symphytum officinale*) genannt, der für die Wundbehandlung (griechisch „symphytein“: zusammenwachsen) eingesetzt wurde. Allerdings ist die therapeutische Potenz einer rein pflanzlichen Medizin begrenzt, und der Satz, dass gegen bestimmte Leiden eben „kein Kraut gewachsen“ ist, illustriert die Grenzen der Phytotherapie.

Dennoch ist der Vertrieb von pflanzlichen Präparaten in Deutschland ein attraktives Geschäftsfeld. In Europa ist Deutschland einer der größten Märkte für diese Präparate, mit einem Umsatz von 1,4 Milliarden Euro im Jahr 2020, von denen 92 Prozent für die Selbstmedikation ausgegeben wurden (1). Allerdings ist die Zahl der verkehrsfähigen und zugelassenen Phytopharmaka in den letzten fünf Jahren um über 20 Prozent zurückgegangen. Dennoch waren 2021 noch über 1 300 phytotherapeutische Präparate im Handel (1).

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat im Jahr 2021 eine Kommission für Komplementäre Heilverfahren und Ernährung ins Leben gerufen, welche Empfehlungen zur Anwendung komplementärer Heilverfahren bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises erarbeitet. Mitglieder dieser Kommission haben die wissenschaftliche Literatur zu ausgewählten frei verkäuflichen und verschreibungsfähigen Phytotherapeutika gesichtet und Möglichkeiten für ihre Anwendung in der Rheumatologie geprüft. Dazu wurde in einer Onlinesitzung am 8.2.2023 eine Liste von Phytotherapeutika erstellt, die in der Rheumatologie häufig Anwendung finden (meist als Selbstmedikation). Jedes Mitglied der

Kommission führte daraufhin eine Literaturrecherche zu einem oder zwei pflanzlichen Präparaten durch und fasste die Ergebnisse in einer vorgegebenen Matrix zusammen. Dabei wurde zu Borretschöl, Brennnesselpräparaten, Cannabispräparaten sowie zu Zubereitungen aus Rosa canina, Rosmarin, Safran und Weidenrinde recherchiert. Außerdem wurde die Datenlage zum Mischpräparat Phytodolor® untersucht. Die Ergebnisse wurden im Umlaufverfahren überprüft und in zwei weiteren Onlinesitzungen der Kommission KHE konsentiert.

Auch wenn für alle untersuchten Pflanzenstoffe Berichte über entzündungshemmende oder immunologische Effekte in vitro und/oder im Tiermodell vorliegen, ist die Evidenz für einen klinisch relevanten Nutzen sehr spärlich. Keines der untersuchten Präparate hat eine therapeutische Wirksamkeit, die eine Anwendung bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, insbesondere bei entzündlichen Gelenkerkrankungen, rechtfertigt. Phytotherapeutika auf der Basis von Safran und Rosmarin werden generell nicht empfohlen. Borretschöl aus Samen kann bei standardisierter Herstellung im Rahmen einer gesundheitsbewussten Ernährung eingenommen werden, eine nennenswerte entzündungshemmende Wirkung ist jedoch nicht zu erwarten. Die übrigen Pflanzenteile von Borretsch enthalten Pyrrolizidinalkaloide, die als gentoxisch, karzinogen und lebertoxisch eingestuft sind. Von Phytodolor® sowie von Präparaten auf Basis von Brennnessel, Weidenrinde oder Rosa canina, die bei degenerativen Gelenkerkrankungen auf Patienteninitiative eingenommen werden, müssen Rheumatologen nicht abraten, wenn ansonsten ein sinnvolles Therapiekonzept eingehalten wird. Für medizinisches Cannabis existiert keine ausreichende Evidenz für eine Verordnung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zur Krankheitsmodifikation oder zur symptomatischen Therapie. In Einzelfällen kann jedoch die Anwendung zur Reduktion von chronischen, insbesondere neuropathischen Schmerzen sowie Schlafstörungen und zur Reduktion des Opiatverbrauchs gerechtfertigt sein.

Auch wenn die hier vorgestellten pflanzlichen Präparate für die rheumatologische Praxis differenziert betrachtet werden müssen, ist der Stellenwert der Phytotherapie für das Fachgebiet gering und ihre Anwendung nicht als risikofrei anzusehen.

Literatur:

1. Armbrüster NR-E, R. Fit für die Zukunft! Phytopharmaka müssen attraktiver werden. Zeitschrift für Phytotherapie 2021; 42: 95-99. doi:10.1055/a-1336-6262

STATEMENT

Künstliche Intelligenz und Chancen für die Patientenversorgung in der Rheumatologie

PD Dr. med. Johannes Knitza, MHBA PhD

Institut für Digitale Medizin am Universitätsklinikum Marburg, Vorstandsmitglied der AGJR (Arbeitsgemeinschaft Junge Rheumatologie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V.)

Künstliche Intelligenz (KI) bietet neue Chancen, die Patientenversorgung in der Rheumatologie zu verbessern, und dies auf allen Abschnitten des Patientenpfads inklusive Diagnose, Therapie und Aufklärung. Ein positiver Einfluss von Künstlicher Intelligenz auf den klinischen Alltag wird von Rheumatologen zwar antizipiert, jedoch besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen dieser Erwartung und der aktuellen Nutzung von KI sowie dem mangelnden Wissen über KI.

Verbesserte Diagnosemöglichkeiten: KI-Technologien ermöglichen eine automatisierte Priorisierung der Terminvergabe für Patient:innen mit Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung und können die Zeit bis zu Diagnose verkürzen (1,2). KI-basierte Chatbots ermöglichen auch den Betroffenen eine schnelle erste Abklärung inklusive Verdachtsdiagnosen, jedoch sind diese Empfehlungen aufgrund der subjektiven Eingaben häufig noch fehleranfällig (3,4). Mittels KI können Erkrankte empowered werden, unter Verwendung von Smartphone-Kamera und KI-Algorithmus selbstständig festzustellen, ob eine Arthritis vorliegt (5). Durch eine automatisierte Auswertung der Befunde kann bei der Auswertung von Bildgebung sowie beim essenziellen Ultraschall außerdem Zeit eingespart werden (6).

Therapieoptimierung: Die personalisierte Medizin profitiert besonders von den Möglichkeiten der KI. Durch KI-basierte Entscheidungsunterstützung können Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden, eine evidenzbasierte und leitliniengetreue Therapie umzusetzen. So konnte durch ein Tool die Entscheidungssicherheit von Rheumatolog:innen und deren Therapieübereinstimmung gesteigert werden (7). Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass konventionelle LLM-Systeme auch bei hochkomplexen rheumatischen Erkrankungen sichere und zum Großteil auch Leitlinien-getreue Therapieempfehlungen machen (8)

Aufklärung und Patientenwissen: Die Zeit für eine ernsthafte Patientenaufklärung ist durch den zeitlichen Druck oftmals viel zu knapp und viele Fragen bleiben unbeantwortet. Die Flut von vorhandenen digitalen Informationen zu sichten und deren Glaubwürdigkeit einzuschätzen, überfordert viele Betroffene. Chatbot-basierte KI-Systeme könnten hier Erkrankte bei Fragen rund um die Uhr unterstützen. Die ChatSLE-Studie konnte zeigen, das

Fragen von Lupus-Patient:innen durch ChatGPT empathischer und qualitativ hochwertiger beantwortet wurden als von europäischen Experten (9). Ein Hauptgrund für diesen Unterschied war, dass die Antworten von ChatGPT wesentlich länger waren als die der Experten.

KI bietet große Chancen, jedoch müssen Betroffene und Ärzteschaft durch gezielte Fortbildungen über die neuen Möglichkeiten und Grenzen aufgeklärt werden. Gleichzeitig wird aktuell an trainierten lokalen KI-Lösungen gearbeitet, um die Datensicherheit und Verlässlichkeit zu gewährleisten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Marburg, September 2024

Literatur:

- (1) Krämer S, Flöge A, Handt S, Juzek-Küpper F, Vogt K, Ullmann J, u. a. Priorisierte Terminvergabe bei Neuvorstellungen: Was ist wirklich entscheidend? *Z Rheumatol* (Internet). 16. August 2024 (zitiert 24. August 2024); Verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00393-024-01550-7>.
- (2) Knitza J, Janousek L, Kluge F, von der Decken CB, Kleinert S, Vorbrüggen W, u. a. Machine learning-based improvement of an online rheumatology referral and triage system. *Front Med* (Lausanne). 2022;9:954056.
- (3) Krusche M, Callhoff J, Knitza J, Ruffer N. Diagnostic accuracy of a large language model in rheumatology: comparison of physician and ChatGPT-4. *Rheumatol Int*. 24. September 2023.
- (4) Knitza J, Tascilar K, Fuchs F, Mohn J, Kuhn S, Bohr D, u. a. Diagnostic Accuracy of a Mobile AI-Based Symptom Checker and a Web-Based Self-Referral Tool in Rheumatology: Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 23. Juli 2024;26:e55542.
- (5) Hügle T, Caratsch L, Caorsi M, Maglione J, Dan D, Dumusc A, u. a. Dorsal Finger Fold Recognition by Convolutional Neural Networks for the Detection and Monitoring of Joint Swelling in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Digital Biomarkers*. 8. Juni 2022;6(2):31–5.
- (6) Overgaard BS, Christensen ABH, Terslev L, Savarimuthu TR, Just SA. Artificial intelligence model for segmentation and severity scoring of osteophytes in hand osteoarthritis on ultrasound images. *Front Med* (Lausanne). 2024;11:1297088.
- (7) Labinsky H, Ukalovic D, Hartmann F, Runft V, Wichmann A, Jakubcik J, u. a. An AI-Powered Clinical Decision Support System to Predict Flares in Rheumatoid Arthritis: A Pilot Study. *Diagnostics* (Basel). 1. Januar 2023;13(1):148.
- (8) Hannah L, Lea-Kristin N, Martin K, Sebastian G, Peer A, Anja K, u. a. Vignette-based comparative analysis of ChatGPT and specialist treatment decisions for rheumatic patients: results of the Rheum2Guide study. *Rheumatol Int*. 10. August 2024.
- (9) Haase I, Xiong T, Rissmann A, Knitza J, Greenfield J, Krusche M. ChatSLE: consulting ChatGPT-4 for 100 frequently asked lupus questions. *Lancet Rheumatol*. April 2024;6(4):e196–9.