

Vorab-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2025 (online)

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

Termin: Donnerstag, 11. September 2025, 13.00 bis 14.00 Uhr

Ort: online

Themen und Referierende

„Rheuma-VOR“ für schnelle Diagnosen: koordinierte Kooperation zwischen Primärversorgern und Fachärzt*innen zur Optimierung der Frühdiagnose
Professor Dr. med. Andreas Schwarting, Kongresspräsident der DGRh, Leiter des Schwerpunktes Rheumatologie und klinische Immunologie, Universitätsmedizin Mainz, Ärztlicher Direktor RZ-Rheumazentrum Rheinland-Pfalz, Bad Kreuznach

Gender matters! Aktuelle Datenlage zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Rheumatologie

Dr. med. Katinka Albrecht, Programmreich Epidemiologie und Versorgungsforschung am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

Rheumatologische Versorgungslage aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Rotraut Schmale-Grede, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn

Von der Datenanalyse zur Diagnosesicherheit: KI-Modelle in der Rheumatologie

PD Dr. med. Johannes Knitza, Stellvertretender Leiter, Institut für Digitale Medizin am Universitätsklinikum Marburg, Stellvertretender Sprecher der DGRh-Kommission Digitale Rheumatologie

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Heinke Schöffmann
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und
Klinische Immunologie e.V. (DGRh)
Pressestelle
Telefon: 0711 8931-4571-442
wetzstein@medizinkommunikation.org
schoeffmann@medizinkommunikation.org
www.rhkongress.de

Deutscher Rheumatologiekongress vom 17. bis 20. September 2025 im RheinMain CongressCenter

Rheumatologen thematisieren geschlechtsspezifische Aspekte, personalisierte Medizin und innovative Versorgungskonzepte

Wiesbaden, 11. September 2025 – Mit einer Vielzahl an wissenschaftlichen Beiträgen, aktuellen Forschungsergebnissen und praxisrelevanten Diskussionen findet der Deutsche Rheumatologiekongress 2025 vom 17. bis 20. September im RheinMain CongressCenter Wiesbaden statt. Die Schwerpunkte des Kongresses spiegeln die dynamische Entwicklung des Fachgebiets wider: Gendermedizin und Rheumatologie, innovative Versorgungskonzepte für stationäre, ambulante und hybride Settings, die Integration von personalisierter Medizin und Künstlicher Intelligenz (KI) sowie das breite Spektrum der Autoinflammation und die Bedeutung von Sport bei Rheuma bilden die zentralen Themen. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh) lädt zu ihrem 53. Jahreskongress Rheumatologinnen und Rheumatologen sowie Ärztinnen und Ärzte aller angrenzenden Fachgebiete herzlich ein.

„Die Rheumatologie entwickelt sich derzeit rasant, insbesondere durch die Fortschritte in der personalisierten Medizin und den Einsatz von KI. Diese ermöglichen es uns, künftig noch genauer auf individuelle Bedürfnisse unserer Patientinnen und Patienten einzugehen“, betont Professor Dr. med. Andreas Schwarting, Kongresspräsident der DGRh, Leiter des Schwerpunktes Rheumatologie und klinische Immunologie an der Universitätsmedizin Mainz und Ärztlicher Direktor des RZ-Rheumazentrums Rheinland-Pfalz in Bad Kreuznach. „Neben wissenschaftlichen Innovationen werden wir auch die Versorgungsrealität in Deutschland kritisch beleuchten“. Dazu gehöre untrennbar, Konzepte zu diskutieren, die eine zukunftsfähige rheumatologische Betreuung sichern – beispielsweise unter Einbezug der Hausärztinnen und Hausärzte.

Ein besonderes Highlight ist die Plenarsitzung zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Rheumatologie: Sie beleuchtet Unterschiede in Krankheitsverläufen, Diagnostik und Therapieansprechen zwischen Frauen und Männern und liefert wertvolle Impulse für eine individualisierte Behandlung. Ebenso im Fokus stehen Sitzungen zu aktuellen Entwicklungen bei zellulären Therapien und neuen Wirkstoffen.

Weitere Programmpunkte widmen sich Leitlinien-Updates, der Rolle des Mikrobioms bei Entzündungsprozessen und immunologischen Mechanismen. Darüber hinaus fördern interdisziplinäre Sessions den Austausch mit benachbarten Fachgebieten, etwa der Nephrologie oder Ophthalmologie. „Die Rheumatologie ist ein faszinierendes Fach, das sich immer wieder neuen Herausforderungen stellt. Ich freue mich sehr darauf, mich mit Ihnen beim Kongress hierüber auszutauschen“, so Kongresspräsident Schwarting.

Im Deutschen Rheumatologiekongress 2025 bündelt die DGRh zahlreiche Aktivitäten assoziierter Organisationen in der Rheumatologie: Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) richtet in Wiesbaden ihren 39. Jahrestag aus. Der Fachverband Rheumatologische Fachassistenz ist mit seinem 24. Fortbildungstreffen dabei. Die Deutsche Rheuma-Liga veranstaltet einen Tag für Patientinnen und Patienten. Im „Forum Rheumatologie“ stellen Firmen ihre Produkte vor. Besonders wichtig ist der DGRh auch in diesem Jahr die Förderung des rheumatologischen Nachwuchses: Sie bietet erneut ein – schon jetzt ausgebuchtes – Programm für Studierende an.

Weitere Informationen und das ausführliche Hauptprogramm finden Interessierte unter:
www.dgrh-kongress.de

Terminhinweis:

Kongress-Pressekonferenz (hybrid)

Datum: Donnerstag, 18. September 2025

Uhrzeit: 12:00 bis 13:00 Uhr

Raum: RheinMain CongressCenter Wiesbaden, Forum 2 (2. OG)

Link zur Onlineteilnahme: <https://attendee.gotowebinar.com/register/1501809087057741654>

– Bei Veröffentlichung Beleg erbeten. –

Kontakt für Journalisten:

Janina Wetzstein

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)

Pressestelle

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

wetzstein@medizinkommunikation.org

www.dgrh-kongress.de

Deutscher Rheumatologiekongress vom 17. bis 20. September 2025 im RheinMain CongressCenter

Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Rheumatologie: Frauen später diagnostiziert, Männer schwerer betroffen

Wiesbaden, 11. September 2025 – Zwar haben Frauen häufiger entzündlich-rheumatische Erkrankungen als Männer, dennoch werden die Erkrankungen bei ihnen oft später erkannt. Dass männliche Betroffene die Diagnose früher im Krankheitsverlauf erhalten, liegt allerdings nicht daran, dass sie öfter zum Arzt gehen. Vielmehr machen sich Kollagenosen bei Männern häufiger mit schweren Organbeteiligungen bemerkbar. Das zeigen aktuelle Daten aus Beobachtungsstudien. Über diese und weitere Erkenntnisse zu geschlechtsspezifischen Aspekten in der Rheumatologie diskutieren Expertinnen und Experten auf der heutigen Vorab-Pressekonferenz 2025 anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2025.

Spondyloarthritiden (SpA) sind eine Gruppe von chronisch-entzündlichen rheumatischen Erkrankungen, die vor allem die Wirbelsäule betreffen. Lange Zeit galt diese Erkrankung als überwiegend bei Männern vorkommend. „Dabei zeigen neuere Daten ein relativ ausgewogenes Verhältnis zwischen den Geschlechtern. Frauen mit axialer Spondyloarthritis erhalten ihre Diagnose jedoch im Schnitt mehr als zwei Jahre später als Männer“, berichtet Dr. med. Katinka Albrecht vom Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ). Sie stellt beim Deutschen Rheumatologiekongress Daten aus der Kerndokumentation vor. Albrecht benennt weitere Unterschiede: „Frauen mit Psoriasis-Arthritis haben vermehrt Entzündungen an den Gelenken und den Sehnenansätzen, während bei Männern eine größere Hautfläche betroffen ist. Hingegen manifestiert sich der systemische Lupus erythematoses bei Frauen oft an Haut- und Schleimhäuten, während Männer häufiger eine schwere Nierenbeteiligung, eine Herzbeutelentzündung oder einen Pleuraerguss entwickeln.“

Auch in der Therapie setzen sich die Unterschiede fort: Männer mit Spondyloarthritiden werden häufiger mit TNF-Inhibitoren behandelt, allerdings ist das Ansprechen auf die Therapie bei Frauen geringer. Dies zeigt sich auch bei rheumatoider Arthritis. Ein genauerer Blick auf Komorbiditäten offenbart außerdem, dass Frauen häufiger von Osteoporose, Depressionen oder Schilddrüsenerkrankungen betroffen sind, während Männer vermehrt Begleit-

erkrankungen wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen zeigen. „Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir uns diese Unterschiede bewusst machen, um für die jeweiligen Patientinnen und Patienten die individuell beste Therapie finden zu können“, betont Albrecht.

Geschlechterunterschiede in der Rheumatologie benennen und beachten

Wie das biologische Geschlecht der Patientinnen und Patienten Diagnostik und Behandlung rheumatischer Erkrankungen beeinflusst, ist ein wichtiges medizinisches Faktum, das die Forschung zunehmend in den Mittelpunkt rückt. „Diesen Kurs müssen wir verfolgen und Ergebnisse auch systematisch in die Leitlinienarbeit und Behandlung einfließen lassen“, sagt Professor Dr. med. Andreas Schwarting aus Mainz. „Wir haben genderspezifische Rheumatologie bewusst zum Schwerpunkt des Kongresses gemacht, um die wissenschaftliche Auseinandersetzung und den Dialog zu fördern“, so der Kongresspräsident des Deutschen Rheumatologiekongresses 2025. Das zahle mittelfristig auch auf das schon seit Jahren bestehende Bestreben der DGRh ein, Diagnosewege zu beschleunigen und Patientinnen und Patienten schnellstmöglich notwendige Therapien zugänglich zu machen.

– Bei Veröffentlichung Beleg erbeten. –

Quellen

- Albrecht K, Ohrndorf S, Strangfeld A (2024) Geschlechtersensible Aspekte in der Rheumatologie. Z Rheumatol 83 (9):749–759. doi:10.1007/s00393-024-01527-6
- Thiele K, Albrecht K, Alexander T, Aringer M, Detert J, Eidner T, Feuchtenberger M, Henes J, Karberg K, Kiltz U, Köhler B, Krause A, Richter JG, Späthling-Mestekemper S, Steinmüller M, Zinke S, Callhoff J (2025) Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren - Versorgungstrends 2025. DOI: <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-46216>.
- Albrecht K, Troll W, Callhoff J, Strangfeld A, Ohrndorf S, Mucke J (2025) Sex- and gender-related differences in systemic lupus erythematosus: a scoping review. Rheumatol Int 45 (7):160. doi:10.1007/s00296-025-05910-7

Kontakt für Journalisten:

Janina Wetzstein

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e. V. (DGRh)

Pressestelle

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-457

wetzstein@medizinkommunikation.org

www.dgrh-kongress.de

STATEMENT

„Rheuma-VOR“ für schnelle Diagnosen: koordinierte Kooperation zwischen Primärversorgern und Fachärzt*innen zur Optimierung der Frühdiagnose

Professor Dr. med. Andreas Schwarting, Kongresspräsident der DGRh, Leiter des Schwerpunktes Rheumatologie und klinische Immunologie, Universitätsmedizin Mainz, Ärztlicher Direktor RZ-Rheumazentrum Rheinland-Pfalz, Bad Kreuznach

Hintergrund

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen haben einen zeitkritischen Verlauf: Um irreversible Schäden zu vermeiden, bedarf es einer frühen Diagnose und Therapieeinleitung innerhalb von 6 bis 12 Wochen. Viele Patient*innen warten jedoch noch Monate auf einen Facharzttermin – wertvolle Zeit geht verloren.

Das Projekt „Rheuma-VOR“ und sein Nachfolgeprojekt „TeleRheumaPlus“

- **Ziel:** frühzeitige Erkennung von rheumatischen Erkrankungen durch koordinierte Kooperation zwischen Hausärzten und Rheumatologen
- **Struktur:** Einrichtung von Koordinationsstellen im Rheumazentrum zur Unterstützung regionaler Hausärzte-Netzwerke, um Patient*innen mit Verdacht auf entzündlich-rheumatische Erkrankungen zeitnah in eine **Frühsorge-Sprechstunde** zu überweisen
- **Nutzen:** deutlich verkürzte Wartezeiten auf eine rheumatologische Abklärung, präzisere Diagnosen, schnellerer Therapiebeginn und Vermeidung irreparabler Schäden

Ablauf

1. **Hausarzt-Screening:** Schulung und standardisierte Checklisten zur Erkennung rheumatologischer Warnzeichen
2. **Anmeldung über Koordinationsstelle:** Hier wird der Verdacht auf das Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung überprüft – und bei Verdacht erfolgt ohne Umwege die Anmeldung in der Frühsorge-Sprechstunde.
3. **Interdisziplinäre Versorgung:** Rheumatologen übernehmen die differenzierte Abklärung und starten frühzeitig eine zielgerichtete Therapie.

Vorteile für Patient*innen

- Schneller Zugang zu spezialisierter Diagnostik
- Frühere Behandlung = bessere Chancen auf Krankheitskontrolle und weniger Folgeschäden

- Höhere Lebensqualität durch rechtzeitige Versorgung

Bedeutung für das Gesundheitssystem

- **Effizienz:** Entlastung der Facharztpraxen durch gezielte Vorselektion
- **Prävention:** Vermeidung von Spätfolgen und damit Kostenreduktion
- **Übertragbarkeit:** Modellcharakter für andere Regionen und chronische Erkrankungen

Zusammenfassung:

Im Rahmen des Kongresses werden verschiedene Ansätze zur Optimierung der rheumatologischen Versorgung vorgestellt und diskutiert („Best Practice“). „Rheuma-VOR“ und sein Nachfolgeprojekt „TeleRheumaPlus“ stellen einfach umzusetzende Ansätze für eine verbesserte Frühdiagnose und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen dar – zum Vorteil von Patient*innen und Gesundheitssystem.

(*Es gilt das gesprochene Wort!*)
Mainz, September 2025

STATEMENT

Gender matters! Aktuelle Datenlage zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Rheumatologie

Dr. med. Katinka Albrecht, Programmberich Epidemiologie und Versorgungsforschung am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Berlin

Die geschlechtersensible Forschung hat in den letzten Jahren deutlich an Interesse gewonnen, sowohl unter den Forschenden als auch in der Öffentlichkeit.

Die meisten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern. Das gilt vor allem für die Kollagenosen wie dem systemischen Lupus erythematoses, der Sjögren Erkrankung und der Systemischen Sklerose. Aber auch an der rheumatoide Arthritis erkranken Frauen häufiger als Männer. Einige wenige Erkrankungen sind bei Männern häufiger, hierzu zählt die ankylosierende Spondylitis und die Behcet Erkrankung.

Auch das Erkrankungsalter unterscheidet sich. Männer erkranken im Durchschnitt bis zu 8 Jahre später an Kollagenosen als Frauen, aber deutlich früher an einer axialen Spondyloarthritis.

Wenn Menschen Symptome einer für ihr jeweiliges Geschlecht nicht so typischen Krankheit haben, dann besteht die Gefahr, dass die Diagnose verzögert gestellt wird. Unterschiede sehen wir vor allem bei der axialen Spondyloarthritis. Frauen haben eine um mehr als 2 Jahre längere Beschwerdedauer bis zur Diagnosestellung als Männer. Ein Grund ist, dass bei Männern nach dem Auftreten erster Symptome schneller Veränderungen an der Wirbelsäule in der Bildgebung nachweisbar sind und so die Diagnose gesichert werden kann.

Darüber hinaus gibt es weitere Ausprägungen rheumatischer Erkrankungen, die geschlechtsspezifisch unterschiedlich sind: Wenn Männer an einem systemischen Lupus erythematoses oder an einer systemischen Sklerose erkranken, was eher selten ist, dann häufig mit einer schweren Organbeteiligung, vor allem an Nieren, Herz oder Lunge. Bei Frauen manifestiert sich der systemische Lupus häufiger an der Haut, mit Haarausfall, vermehrter Lichtempfindlichkeit und einem Raynaud Syndrom.

Interessanterweise ist es bei der Psoriasis Arthritis anders. Hier ist bei Männern die Haut oft stärker betroffen, während Frauen tendenziell mehr Entzündungen an den Gelenken und Sehnenansätzen haben.

Obwohl wir bei Frauen mit einer Psoriasis Arthritis häufig eine höhere Entzündungsaktivität an den muskuloskeletalen Strukturen sehen, werden Männer etwas häufiger mit wirksamen Biologika wie TNF-Inhibitoren und Interleukin-17 Inhibitoren behandelt, während Frauen häufiger Schmerzmittel und Opioide erhalten. Noch ausgeprägter ist die ungleiche Versorgung

mit Biologika bei der axialen Spondyloarthritis. Bei der rheumatoide Arthritis sehen wir mittlerweile keine Unterschiede mehr in der Behandlung mit Biologika, obwohl Frauen in den ersten Jahren nach der Zulassung der ersten TNF-Inhibitoren seltener eine Biologika-Therapie verschrieben bekamen als Männer.

Das Therapieansprechen auf TNF-Inhibitoren ist bei der axialen Spondyloarthritis, bei Psoriasis Arthritis und bei der rheumatoide Arthritis bei Frauen geringer als bei Männern. Hierzu gibt es Evidenz aus einigen Studien. Dazu kommt, dass Frauen die Therapie häufiger und früher abbrechen als Männer. Daten aus unserem RABBIT-SpA Register zeigen, dass dies häufiger aufgrund von Nebenwirkungen geschieht als bei Männern. Tatsächlich haben Frauen ein höheres Risiko für unerwünschte Wirkungen als Männer, allerdings haben Männer ein höheres Risiko für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse und schwerer verlaufende Infektionen.

Die Auswahl und die Dosierung der Therapie unter Berücksichtigung des Geschlechts wird in den nächsten Jahren ein wichtiges Forschungsthema sein. Hier sind auch die Durchführenden der klinischen Studien gefragt, Auswertungen für Frauen und Männer getrennt durchzuführen, sowohl zur Wirksamkeit als auch zur Sicherheit von Medikamenten.

Wichtig ist noch, wenn wir über typische Manifestationen und Erkrankungen von Frauen und Männern sprechen, dass für ein Geschlecht „typisch“ nicht heißt, dass das andere Geschlecht diese Erkrankung oder Manifestation nicht aufweist. Dies trifft auch für die Begleiterkrankungen zu. Bei den Komorbiditäten sind Unterschiede oft benannt worden, wie die häufigere Osteoporose und Depression bei Frauen oder kardiovaskuläre Erkrankungen bei Männern. Auch Männer mit rheumatischen Erkrankungen können eine Osteoporose oder eine Depression entwickeln, auch Frauen können an einer Herzinsuffizienz erkranken und wir sollten dies nicht übersehen, nur weil das Risiko geringer ist.

(*Es gilt das gesprochene Wort!*)
Berlin, September 2025

Referenzen:

1. Albrecht K, Ohrndorf S, Strangfeld A (2024). Geschlechtersensible Aspekte in der Rheumatologie. *Z Rheumatol* 83(9):749-759. doi: 10.1007/s00393-024-01527-6
2. Albrecht K, Troll W, Callhoff J, Strangfeld A, Ohrndorf S, Mucke J (2025). Sex- and gender-related differences in systemic lupus erythematosus: a scoping review. *Rheumatol Int* 45(7):160. doi: 10.1007/s00296-025-05910-7

STATEMENT

Rheumatologische Versorgungslage aus Sicht der Patientinnen und Patienten *Rotraut Schmale-Grede, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Bonn*

Rund 17 Millionen Menschen in Deutschland sind von Rheuma betroffen. Davon leben rund 1,8 Millionen der Erwachsenen mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Das ist insgesamt eine sehr große Patientengruppe – und ihre Versorgung ist in Deutschland nicht ausreichend gesichert!

Nur vier von zehn neu an einer rheumatoiden Arthritis Erkrankten kommen innerhalb der ersten drei Monate nach Symptombeginn in die rheumatologische Versorgung. Bei anderen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wie der axialen Spondyloarthritis/Morbus Bechterew oder Psoriasis-Arthritis und vielen der seltenen rheumatischen Erkrankungen dauert es noch länger [1].

Meine sehr geehrten Damen und Herren, als Selbsthilfeverband tut es uns weh, das immer und immer wieder zu sagen: Die Lage ist dramatisch und das schon seit Jahren. Zwar haben sich die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten immer weiter verbessert, aber die Versorgungsstrukturen sind nicht in gleicher Weise mitgewachsen. Für das Leben der Menschen heißt das: mehr Funktionseinschränkungen und noch stärkere Schmerzen.

Unsere Botschaft an die Politik ist deshalb klar: Schließen Sie die Versorgungslücken, jetzt! Sorgen Sie für schnellen Zugang zur richtigen Behandlung, machen Sie Teilhabe für Menschen mit Rheuma möglich!

In Deutschland fehlen für eine bedarfsgerechte Versorgung 700 Rheumatologinnen und Rheumatologen [2]. Das bedeutet natürlich: Wir müssen mehr Rheumatologinnen und Rheumatologen in die Versorgung bekommen. Und Strukturen so verbessern, dass die vorhandenen Ärztinnen und Ärzte möglichst viele Neupatientinnen und -patienten sehen und die Therapie beginnen können.

Um mehr Ärzte für die Rheumatologie zu gewinnen, muss aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga das Fach Rheumatologie an den medizinischen Fakultäten gestärkt werden, indem zusätzliche Lehrstühle eingerichtet werden. Auch die Weiterbildungsmöglichkeiten müssen gesichert und ausgebaut werden. Und was die Versorgungsstrukturen betrifft: Frühsprechstunden können dazu beitragen, dass Betroffene mit einem Verdacht auf eine entzündliche Erkrankung möglichst schnell einen Termin erhalten. Einen weiteren Beitrag können rheumatologische Fachassistentinnen und -assistenten leisten, die Aufgaben übernehmen und die Fachärztinnen und -ärzte damit entlasten.

Auch nicht-medikamentöse Therapien und Reha-Angebote sind mitentscheidend, um Beweglichkeit zu erhalten und Teilhabe zu sichern – sie werden immer noch zu wenig verordnet. Nur 31 Prozent der RA-Patientinnen und Patienten im Jahr 2022 bekamen Krankengymnastik, acht Prozent Ergotherapie, drei Prozent Funktionstraining und vier Prozent eine Patientenschulung [3]. Das Funktionstraining, ein Angebot der Deutschen Rheuma-Liga, ist ebenfalls gefährdet: In den Kommunen – vor allem in strukturschwachen Regionen – stehen immer weniger Bäder, Sportstätten und andere Therapieplätze zur Verfügung. Das muss sich ändern!

Meine Damen und Herren, wir dürfen diese Zustände nicht immer weiter hinnehmen – eine gute rheumatologische Versorgung ist die Grundlage für gesellschaftliche Teilhabe. Jede Verzögerung bei Diagnose und Therapie bedeutet verlorene Lebensqualität, vermeidbare Folgeschäden und steigende Kosten für das Gesundheitssystem. Lassen Sie all unsere Kräfte gemeinsam mobilisieren für eine verbesserte Versorgung und mehr Teilhabe von Menschen mit Rheuma!

(*Es gilt das gesprochene Wort!*)
Bonn, September 2025

Referenzen:

1. K. Thiele et al. Kerndokumentation der regionalen kooperativen Rheumazentren – Versorgungstrends 2024. <https://doi.org/10.17169/refubium-41983>
2. Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie 2024; verfasst von: J. Braun, K. Albrecht, J. Callhoff, I. Haase, A. Krause, H.-J. Lakomek, D. Meyer-Olson, R. Schmale-Grede, U. Wagner, J. Zeidler, S. Zinke, A. Voormann, C. Specker, die Kommission Versorgung der DGRh, Springer Medizin Verlag GmbH, Heidelberg, August 2024
3. K. Albrecht et al. Therapiespektrum älterer Menschen mit rheumatoider Arthritis. Daten aus der Kerndokumentation. *Arthritis + Rheuma* 2022; 42(01): 8-14, DOI: 10.1055/a-1672-2067

STATEMENT

Von der Datenanalyse zur Diagnosesicherheit: KI-Modelle in der Rheumatologie

PD Dr. med. Johannes Knitza, Stellvertretender Leiter, Institut für Digitale Medizin am Universitätsklinikum Marburg,
Stellvertretender Sprecher der DGRh-Kommission Digitale Rheumatologie

KI hat das Potenzial, die Rheumatologie grundlegend zu verändern [3]. Sowohl Rheumatologen [2] als auch rheumatische Patienten versprechen sich die größten Vorteile bei der Diagnosestellung.

Erste Studien zeigen, dass Large Language Models (LLMs) wie ChatGPT bei der Analyse identischer anamnestischer Informationen eine vergleichbare diagnostische Genauigkeit wie erfahrene Rheumatologinnen und Rheumatologen erreichen [5]. Darüber hinaus werden diese Modelle kontinuierlich leistungsfähiger und haben in bestimmten Anwendungsbereichen bereits etablierte, zugelassene Systeme zur Diagnoseunterstützung übertrffen [4]. Große Tech-Unternehmen wie Microsoft sind überzeugt, dass KI-Systeme in naher Zukunft ein nahezu fehlerfreies Niveau erreichen werden [7]. Die zentrale Frage wird daher künftig nicht mehr lauten, ob KI oder Ärztinnen und Ärzte „besser“ diagnostizieren, sondern ob der gezielte Einsatz von KI die Diagnosesicherheit erhöht und den Weg zur richtigen Diagnose beschleunigt. Eindrucksvoll unterstreicht dies eine randomisiert kontrollierte Studie, die belegt, dass Medizinstudierende mithilfe von LLM-Unterstützung signifikant häufiger korrekte Diagnosen rheumatologischer Erkrankungen stellten als ohne KI-Hilfe (<https://preprints.jmir.org/preprint/79716>). Aktuelle Entwicklungen zeigen zudem, dass durch die Zusammenschaltung mehrerer LLMs – eine Art kollektive Intelligenz – die diagnostische Genauigkeit weiter gesteigert werden kann [1].

Etablierte Wissensplattformen wie UpToDate, die lange als Goldstandard für evidenzbasierte Informationen galten, werden im klinischen Alltag zunehmend durch KI-gestützte Lösungen ergänzt. Systeme wie **OpenEvidence** (openevidence.com) bieten nicht nur aktuelle Leitlinieninformationen, sondern generieren patienten- und fallspezifische Empfehlungen in Echtzeit. Zudem gibt es inzwischen erste als Medizinprodukt in Deutschland zugelassene KI-Tools wie **Prof. Valmed**, die automatisierte Evidenzbewertungen für individuelle Therapieentscheidungen ermöglichen. Vor diesem Hintergrund erscheint es vorstellbar, dass der Einsatz von KI in naher Zukunft zu einem verpflichtenden Bestandteil der Versorgung wird. Voraussetzung dafür sind jedoch weitere Studien, klare regulatorische Leitplanken und praktikable Lösungen für eine sichere, transparente und nachvollziehbare Anwendung im klinischen Alltag.

Über die reine Diagnostik hinaus bietet KI prädiktive Möglichkeiten, etwa zur Einschätzung der Krankheitsaktivität, zur Vorhersage von Schüben, zur Bestimmung optimaler Dosierungen und zur Prognose des Therapieansprechens anhand klinischer und serologischer Biomarker [8]. Darüber hinaus kann generative KI administrative Prozesse entlasten und die Qualität von Patienteninformation und -aufklärung deutlich verbessern [6]. KI ist längst nicht mehr nur ein Zukunftsthema, sondern wird von Patientinnen und Patienten zunehmend aktiv genutzt. So greifen viele bereits auf sichere, datenschutzkonforme Chatbots wie „Lupus GPT“ (lupusgpt.org) zurück, um medizinische Fragen zu stellen und schnell fundierte Antworten zu erhalten. Ein weiteres Einsatzfeld sind KI-basierte Scribe-Systeme, die Patientengespräche während der Konsultation aufzeichnen, transkribieren und daraus automatisch strukturierte Entwürfe für Arztbriefe erstellen. Diese Technologie entlastet Ärztinnen und Ärzte erheblich von administrativen Aufgaben und schafft mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung. Zentrale Herausforderungen bleiben die strukturierte, interoperable Datenerfassung in großem Maßstab sowie der Aufbau von KI-Kompetenzen bei Fachpersonal und Patienten.

(*Es gilt das gesprochene Wort!*)
Marburg, September 2025

Referenzen:

1. Barabucci G, Shia V, Chu E et al. (2024). Combining Multiple Large Language Models Improves Diagnostic Accuracy. NEJM AI. <https://doi.org/10.1056/Alcs2400502>
2. Holzer M-T, Meinecke A, Müller F et al. (2024). Artificial intelligence in rheumatology: status quo and quo vadis – results of a national survey among German rheumatologists. Ther Adv Musculoskeletal Dis 16:1759720X241275818. <https://doi.org/10.1177/1759720X241275818>
3. Knitza J, Gupta L, Hügle T (2024). Rheumatology in the digital health era: status quo and quo vadis? Nat Rev Rheumatol 20:747-759. <https://doi.org/10.1038/s41584-024-01177-7>
4. Kremer P, Schiebisch H, Lechner F et al. (2025). Comparative analysis of large language models and traditional diagnostic decision support systems for rare rheumatic disease identification. EULAR Rheumatology Open 1:51-59. <https://doi.org/10.1016/j.ero.2025.04.007>
5. Krusche M, Callhoff J, Knitza J, Ruffer N (2023). Diagnostic accuracy of a large language model in rheumatology: comparison of physician and ChatGPT-4. Rheumatol Internat 44:303-306. <https://doi.org/10.1007/s00296-023-05464-6>
6. Lechner F, Kuhn S, Knitza J (2025). Harnessing Large Language Models for Rheumatic Disease Diagnosis: Advancing Hybrid Care and Task Shifting. Int J Rheum Dis 28:e70124. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.70124>
7. Limb M (2025). Microsoft claims AI tool can outperform doctors in diagnostic accuracy. BMJ 390:r1385. <https://doi.org/10.1136/bmj.r1385>
8. Sequí-Sabater JM, Benavent D (2025). Artificial intelligence in rheumatology research: what is it good for? RMD Open 11:e004309. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2024-004309>



Über die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) ist mit rund 1800 Mitgliedern die deutsche medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft im Bereich der Rheumatologie. Sie fördert seit 98 Jahren rheumatologische Wissenschaft und Forschung und deren Entwicklung in Deutschland. Als gemeinnütziger Verein arbeitet die DGRh unabhängig und zum Nutzen der Allgemeinheit, ohne dabei wirtschaftliche Ziele zu verfolgen.

Aufgaben und Ziele

Zentrale Anliegen der Fachgesellschaft sind die Erforschung rheumatischer Erkrankungen sowie der fachliche Austausch über wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen. Die DGRh fördert wissenschaftliche Konzepte der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten, Angehörigen medizinischer Assistenzberufe und Patientenschulung. Sie sorgt auf diese Weise dafür, wissenschaftliche Erkenntnisse in angewandte Heilkunde zu übertragen. Die Information ihrer Mitglieder, der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit über die Entwicklungen in der Rheumatologie ist wesentlicher Auftrag der DGRh.

Struktur und Gremien

Aufgaben und Ziele der DGRh legt der Vorstand mit Unterstützung des wissenschaftlichen Beirats fest, Arbeitsgemeinschaften, Kommissionen und Arbeitskreise setzen diese um. Die Geschäftsstelle unterstützt und koordiniert deren Arbeit. In den Gremien der DGRh werden wissenschaftliche Konzepte erarbeitet sowie Leitlinien und Berichtswerke erstellt. Sie geben damit Impulse für die inhaltliche Ausrichtung der DGRh. Auf den jährlichen Tagungen werden wissenschaftliche Entwicklungen dargestellt und diskutiert. Die Förderung wissenschaftlicher Studien auf dem Gebiet der Rheumaforschung durch Preise und Stipendien sowie die Zusammenarbeit mit anderen Fachorganisationen sind weitere Maßnahmen, mit denen die DGRh ihre Forschungs- und Austauscharbeit verwirklicht.

Eine Besonderheit stellen die drei Arbeitsgemeinschaften der DGRh dar. Ursprünglich eigenständige, von der Bundesregierung geförderte Verbünde, sind die Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren (AGRZ) seit 1996 und das Kompetenznetz Rheuma (KNR) seit 2004 unter dem Dach der DGRh angesiedelt. In der AGRZ sind die regionalen Verbünde von Kliniken, niedergelassenen Rheumatologen und anderen an der Versorgung rheumakranker Menschen beteiligten Berufsgruppen organisiert. Das KNR vereint alle in der Rheumaforschung aktiven Ärzte und Wissenschaftler aus verschiedenen Institutionen und Fachrichtungen. Dieses Zusammenspiel von Forschung, Wissenschaft und Praxis unter dem Dach der DGRh sichert die nachhaltige Entwicklung in der Rheumatologie und den Transfer in die Patientenversorgung. Im Jahr 2019 setzte darüber hinaus die DGRh die Arbeitsgemeinschaft

Junge Rheumatologie (AGJR) – rheumadocs ein. Die AGJR will angehende Ärztinnen und Ärzte für die Rheumatologie begeistern, sie in ihren Bedürfnissen unterstützen und das Fach für den Nachwuchs noch attraktiver gestalten. Sie steht für kontinuierliche Innovation in der Rheumatologie – sowohl fachlich als auch strukturell und personell.

Kooperationen

Um die rheumatologische Fort- und Weiterbildung auch praktisch zu unterstützen, gründete die DGRh gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh) im Jahr 2004 die Rheumatologische Fortbildungsakademie. Zu deren Gesellschaftern gehören heute auch der Verband Rheumatologischer Akutkliniken (VRA), die Gesellschaft für Kinder.- und Jugendrheumatologie (GKJR), die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und der Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga (DRL). Die Akademie setzt im Auftrag ihrer Gesellschafter die Konzepte der Weiter- und Fortbildung für Ärzte und medizinische Assistenzberufe um. Im November 2008 unterzeichneten die DGRh und die Selbsthilfeorganisation Deutsche Rheuma-Liga die Gründungsurkunde für die Rheumastiftung. Mit der Stiftung setzen sich beide Organisationen für Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der Rheumatologie und eine bessere Lebenssituation rheumakranker Menschen ein.

Mitglieder

Mitglieder der DGRh sind Ärzte und andere, an der Rheumatologie interessierte Akademiker wie Psychologen, Natur- und Sozialwissenschaftler. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, die Behandlung von Menschen mit Rheuma zu verbessern. Daneben können auch andere Personen, Verbände, Institutionen oder Organisationen korporative und fördernde Mitglieder werden, sofern sie die Zielsetzung der DGRh unterstützen. Als Angehörige eines DGRh-Gremiums sind die Mitglieder ehrenamtlich tätig.

Berlin, Stand September 2025



Kongress-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2025 (hybrid)

53. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh)
39. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh)

Termin: Donnerstag, 18. September 2025, 12.00 bis 13.00 Uhr

Ort: RheinMain CongressCenter, Forum 2 (2. OG)

Adresse:

Link zur Onlineteilnahme:

<https://attendee.gotowebinar.com/register/1501809087057741654>

Themen und Referierende

Fatigue bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Die Rolle von Energiestoffwechsel, Autoantikörpern und Neuroinflammation

Professor Dr. med. Andreas Schwarting, Kongresspräsident der DGRh, Leiter des Schwerpunktes Rheumatologie und klinische Immunologie, Universitätsmedizin Mainz, Ärztlicher Direktor RZ-Rheumazentrum Rheinland-Pfalz, Bad Kreuznach

Vom Schonprogramm zum Trainingsplan: Sport und Rheuma

PD Dr. med. Christoph Biehl, Kongresspräsident der DGORh, Leitender Oberarzt Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie – Operative Notaufnahme, Labor für Experimentelle Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg

Personalisierte Medizin bei entzündlich-rheumatischen Krankheiten – können wir Betroffene passgenauer behandeln?

Prof. Dr. med. Reinhard E. Voll, Ärztlicher Direktor, Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie, Universitätsklinikum Freiburg

Zunahme autoinflammatorischer Erkrankungen: Was steckt dahinter?

Dr. med. Martin Krusche, Stellvertretender Leiter der Sektion Rheumatologie und entzündliche Systemerkrankungen, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Zelluläre Therapien bei Rheuma: neue, zukunftsweisende Therapieoptionen

Professor Dr. med. Ulf Wagner, Präsident der DGRh, Leiter des Bereichs Rheumatologie der Klinik und Poliklinik für Endokrinologie, Nephrologie, Rheumatologie am Universitätsklinikum Leipzig

Moderation: Janina Wetzstein, Pressestelle DGRh, Stuttgart

Ihr Kontakt für Rückfragen:

Janina Wetzstein, Heinke Schöffmann
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie e.V. (DGRh)
Pressestelle
Telefon: 0711 8931-457/-442
wetzstein@medizinkommunikation.org
schoeffmann@medizinkommunikation.org
www.rhkongress.de