



# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 26. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-ARL):

Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)

Vom 18. März 2021

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>23</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>23</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>25</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>25</b>
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation</b> .....	<b>31</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien Anforderungen an die Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **Allgemeines:**

Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch an Leitlinientexten orientieren.

Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung sind insbesondere die vom IQWiG vorgelegte „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Rheumatoide Arthritis“ vom 3. März 2016 sowie die aktualisierte „Leitliniensynopse für ein DMP Rheumatoide Arthritis“ (Rapid Report) vom 24. November 2017. Die folgenden Ausführungen erläutern die Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA).

Mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen § 137f Absatz 8 SGB V (neu) hat der Gesetzgeber dem G-BA aufgetragen, bei jeder Erstfassung oder regelmäßigen Überprüfung seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler medizinischer Anwendungen zu prüfen.

Der G-BA hat für die Indikation rheumatoide Arthritis eine systematische Literaturübersicht vom 17. Oktober 2019 zu den in den letzten 10 Jahren in deutscher oder englischer Sprache publizierten Studien, systematischen Reviews und Health-Technology-Berichten durchgeführt. Der G-BA stellt fest, dass bereits einige digitale medizinische Anwendungen evaluiert wurden. Es wurden 30 Publikationen zu 25 Einzelstudien und 6 systematische Reviews gefunden. Knapp die Hälfte der Studien waren randomisiert und kontrolliert durchgeführt worden. In Bezug auf in Deutschland verfügbare digitale medizinische Anwendungen wurde lediglich eine einarmige Beobachtungsstudie [38] in Bezug zum deutschen Versorgungskontext identifiziert. Diese Machbarkeitsstudie berichtet Einschätzungen von digitalen medizinischen Anwendungen durch Patientinnen und Patienten, medizinische Fachangestellte und Ärztinnen und Ärzte und macht keine Aussage über patientenrelevante Endpunkte. Zu in Deutschland verfügbaren Anwendungen konnten keine Publikationen zu Studien ermittelt werden. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens, welches auch die gemäß § 137f Absatz 8 Satz 2 SGB V stellungnahmeberechtigten Spitzenorganisationen der Anbieter digitaler Anwendungen adressierte, wurden keine Vorschläge für digitale Anwendungen genannt.

Vor diesem Hintergrund konnten keine konkreten Empfehlungen zu digitalen medizinischen Anwendungen für das DMP Rheumatoide Arthritis aufgenommen werden.

## **Zu DMP-A-RL Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation):**

Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der laufenden Nummer 10 um die Ausprägung rheumatoide Arthritis wurde infolge der Ergänzung eigenständiger Anforderungen an DMP Rheumatoide Arthritis erforderlich.

### **Zu Nummer 1.1 Definition**

Die Definition der rheumatoiden Arthritis zielt überblicksartig auf die Ätiologie und die wesentlichen klinischen Merkmale der Erkrankung ab. Sie orientiert sich an den Leitlinien der IQWiG-Leitlinienrecherche [14,28,31,33,46,48,50].

### **Zu Nummer 1.2 Diagnostik**

Die Empfehlungen zur Diagnostik der rheumatoiden Arthritis wurden auf Basis der S3-Leitlinie zum Management der frühen rheumatoiden Arthritis erarbeitet [19]. Die Diagnosestellung erfolgt dabei insbesondere durch Anamnese, körperliche Untersuchung, Labordiagnostik und ggf. Bildgebung. Im Rahmen der Diagnosestellung sind die ACR/EULAR-Klassifikationskriterien anzuwenden, wie sie in der Richtlinie dargestellt sind, die eine systematische Einordnung der diagnostischen Kriterien und damit die Diagnosestellung erlauben. Die ACR/EULAR-Klassifikationskriterien wurden entwickelt, um die Erkrankung der Patientin oder des Patienten möglichst verlässlich in einem früheren Stadium der Arthritis als rheumatoide Arthritis klassifizieren zu können, um so eine frühe Therapie zu ermöglichen. Diese Klassifikationskriterien können ausdrücklich auch zur Diagnosestellung einer frühen rheumatoiden Arthritis verwendet werden und finden in den seit 2010 veröffentlichten Leitlinien Berücksichtigung (IQWiG-Bericht). Voraussetzung für die Anwendung der Klassifikationskriterien ist das Vorliegen einer klinisch gesicherten Synovitis, die auf keine andere Ursache zurückzuführen ist [6]. In der S3-Leitlinie [19] bezieht sich die Voraussetzung einer Synovitis ausschließlich auf die Prädilektionsgelenke, d.h. auf die für die rheumatoide Arthritis typischen Gelenke, nämlich die Hand-, Fingergrund-, Fingermittel- und Zehengrundgelenken, außer den Daumensattel- und den Großzehengrundgelenken. Entsprechend der S3-Leitlinie [19] wurden die Voraussetzungen zur Anwendung der Klassifikationskriterien in diesem DMP formuliert.

Bei der Diagnosestellung ist besondere Sorgfalt geboten, um insbesondere die vielfältigen nicht-entzündlich-rheumatischen Ursachen für muskuloskelettale Beschwerden (insbesondere degenerative Gelenkveränderungen) abzugrenzen. Auch bei entzündlichen Gelenkbeschwerden (Arthritiden) ist eine Ursachenanalyse im Sinne der zugrunde liegenden Erkrankung (neben rheumatoider Arthritis beispielsweise Spondyloarthritis oder Psoriasisarthritis) vorzunehmen. Dies ist entscheidend, um den weiteren Verlauf abzuschätzen und die optimale therapeutische Strategie zu wählen.

Folgende ausgewählte diagnostische Aspekte sind von besonderer Relevanz:

- Bei der Beurteilung der Gelenksymptome sind Schmerz, Schwellung und Steifheit von mittleren und großen Gelenken, bei kleinen Gelenken typischerweise Hand-, Fingergrund-, Fingermittel- und/oder Zehengrundgelenken (Prädilektionsgelenke), charakteristisch. Gelenkveränderungen der Fingerendgelenke, Daumensattelgelenke und Großzehengrundgelenke sind meist arthrotisch bedingt.
- Typisch sind ein polytopes sowie symmetrisches (beidseitiges) Befallsmuster und eine Morgensteifigkeit von mindestens 60 Minuten.
- Serologische Entzündungszeichen (erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und erhöhtes C-reaktives Protein (CRP)) sind zwar im Rahmen der Diagnosestellung unspezifisch, aber als Verlaufsparemeter für das therapeutische Ansprechen geeignet. Spezifische Labortests, welche die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis erhärten, sind Untersuchungen auf Antikörper (Ak) gegen citrullinierte Peptide (ACPA) und auf

IgM-Rheumafaktoren. IgM-Rheumafaktoren (RF) sind bei ca. 65 bis 80 % der Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis, aber auch bei anderen rheumatischen Erkrankungen und in bis zu 5 % bei Gesunden zu finden. Die Spezifität von IgM-Rheumafaktoren für eine rheumatoide Arthritis liegt im ELISA-Testverfahren bei ca. 80 %, die Sensitivität bei ca. 70 %. Antikörper gegen cyclisches Citrullin (CCP-Ak) sind für die Diagnose der rheumatoiden Arthritis vergleichbar sensitiv (62 bis 76 %) wie der Rheumafaktor (64 bis 86 %), sie sind aber mit über 95 % deutlich spezifischer als der (IgM-) Rheumafaktor (84 bis 90 %). CCP-Ak sind bei früher rheumatoider Arthritis auch ein Indikator für einen schwereren, insbesondere erosiv-destruierenden Verlauf sowie für eine höhere serologische Entzündungsaktivität.

- Die Röntgenuntersuchung, insbesondere die dorsovolare Aufnahme beider Hände und Füße (gegebenenfalls mit Schrägaufnahmen), ist essentieller Bestandteil der Primärdiagnostik bei rheumatoider Arthritis. Das Vorliegen typischer erosiver Gelenkveränderungen in einem der Prädilektionsgelenke ist schon alleine beweisend für eine rheumatoide Arthritis, aber kein Zeichen der frühen rheumatoiden Arthritis.
- Der Nachweis einer vermehrten Vaskularisierung in der proliferierten Gelenkschleimhaut in der PWD-Sonographie (Pulsed-wave Doppler-Sonographie) und der Nachweis eines gelenknahen Knochenödems in der Magnetresonanztomographie (MRT) gelten als früheste Zeichen noch reversibler struktureller Veränderungen der rheumatoiden Arthritis. Während die MRT auf Grund der geringen Spezifität kein Routineverfahren darstellt, korreliert sowohl der klinische wie auch der sonographische Nachweis einer Synovialitis bei der frühen rheumatoiden Arthritis mit der Entwicklung struktureller Schäden.

### **Zu Nummer 1.3 Einschreibekriterien**

In das DMP Rheumatoide Arthritis können alle Patientinnen und Patienten mit einer gesicherten Diagnose der rheumatoiden Arthritis gemäß 1.2 eingeschrieben werden. Die Einschränkung auf erwachsene Patientinnen und Patienten (ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) ist darin begründet, dass es sich bei juvenilen idiopathischen Arthritis um eine eigene Krankheitsentität handelt, der eine andere Evidenzgrundlage und entsprechende Empfehlungen zugrunde liegen. Die Empfehlung zur Vorstellung bei der Fachärztin oder beim Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie stellt sicher, dass zu einem frühen Zeitpunkt eine Beurteilung der Gesamtsituation durch hierfür spezialisierte Fachärztinnen Fachärzte stattfindet.

### **Zu Nummer 1.4 Therapieziele**

Die Therapieziele des DMP Rheumatoide Arthritis wurden in Anlehnung an nationale und internationale Leitlinien formuliert. Mehrere Leitlinien geben als primäres Therapieziel der Behandlung der rheumatoiden Arthritis das Erreichen einer langanhaltenden Remission oder, falls dies nicht möglich ist, einer niedrigen Krankheitsaktivität für alle Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis an [14,18,50,51,52,57]. Ein weiteres wesentliches Therapieziel der Behandlung der rheumatoiden Arthritis ist der langfristige Erhalt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patientinnen und Patienten durch eine verbesserte Symptomkontrolle und damit einhergehend die Schmerzreduktion durch die Vermeidung von strukturellen Gelenkschäden sowie durch den Erhalt der Funktionalität und Beweglichkeit [50,51,52]. Eine Leitlinie betont zudem die Bedeutung von Komorbiditäten bei der Wahl der Therapiestrategie [18]. Die Krankheitsfolgen der rheumatoiden Arthritis gehen mit einer reduzierten Lebensqualität und immer noch mit einer erhöhten Mortalität einher [46,50]. Dementsprechend ist die Senkung der Mortalität ein weiteres Ziel des DMP Rheumatoide Arthritis.

### **Zu Nummer 1.5.1 Allgemeine Maßnahmen und Schutzimpfungen**

Die Empfehlungen zum Lebensstil beruhen auf aktuellen Leitlinienempfehlungen [21].

Die aufgenommene Empfehlung zu den Impfungen steht im Einklang mit den Empfehlungen der vom IQWiG bewerteten Leitlinien [12,26,28,49] sowie der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des G-BA. Die Empfehlungen zu den Lebendimpfstoffen richtet sich nach der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung aktuellen StIKO-Empfehlung.

Die Empfehlungen zu Sport und regelmäßiger sportlicher Aktivität basieren auf den Empfehlungen der interdisziplinären Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis [19].

### **Zu Nummer 1.5.2 Nichtmedikamentöse Maßnahmen**

Leitlinienempfehlungen betonen mit uneinheitlicher GoR und LoE die positiven Auswirkungen sowohl physikalischer Therapiemaßnahmen als auch allgemein dynamischer Bewegungsübungen sowie Kraft- und Ausdauertraining [31,33,46,48]. Dabei sollen die Übungen entsprechend der körperlichen Belastbarkeit durchgeführt werden [46]. Bei Bedarf empfehlen mehrere Leitlinien bei spezifischen Beschwerden der Hand- und Fußgelenke eine Versorgung mit Hilfsmitteln, wie z. B. Orthesen [31,33,46,48].

Gemäß der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) kann Funktionstraining zum Erhalt und zur Verbesserung von Funktionen sowie zum Hinauszögern von Funktionsverlusten in Betracht kommen. Weitere Ziele sind Schmerzlinderung, eine Bewegungsverbesserung, die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und die Hilfe zur Selbsthilfe. Die Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotentiale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit für seine Gesundheit zu stärken sowie die Patientin und den Patienten zu motivieren langfristig selbständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen.

### **Zu Nummer 1.5.3 Medikamentöse Therapie**

Die allgemeinen Hinweise zur Therapieeinleitung und der bei der Therapieentscheidung zu berücksichtigenden Faktoren erfolgten in Anlehnung an aktuelle Leitlinien [21] [54]. Wie auch schon im Kapitel 1.4 Therapieziele genannt, ist das Ziel der Therapie das Erreichen und das Erhalten einer Remission. Hierfür wird die Krankheitsaktivität in regelmäßigen Abständen bei jeder Patientin und jedem Patienten gemessen und dokumentiert. Dieses Vorgehen ist in klinischen Studien belegt und wird in den Leitlinien empfohlen. Es stehen verschiedene validierte Composite Scores zur Messung der individuellen Krankheitsaktivität zur Verfügung (z.B. Disease Activity Score 28 (DAS-28), Simple Disease Activity Index (SDAI), Clinical Disease Activity Index (CDAI)). In Deutschland wird als Standardinstrument der DAS-28 verwendet. Der Score bzw. DAS-28-Wert wird aus vier Parametern gemäß einer Formel berechnet: (1) der Anzahl von druckschmerzhaften und (2) von geschwollenen Gelenken von 28 definierten, zu beurteilenden Gelenken, weiterhin aus der (3) Einschätzung der Patientin oder des Patienten der Krankheitsaktivität der letzten 7 Tage anhand einer visuellen Analogskala und aus der (4) Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) oder dem C-reaktiven Protein (CRP) als aktuelles serologisches Entzündungszeichen. In diesem DMP wird auf den DAS-28 unter Einbeziehung der BSG Bezug genommen. Die Einteilung der Krankheitsaktivität und die Definition einer Remission anhand des DAS-28-Wertes wird unter Nummer 1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation beschrieben.

#### **Zu Nummer 1.5.3.1 Glukokortikoide**

Durch Glukokortikoide (GK) kommt es unmittelbar zu einer antientzündlichen und sogar die Gelenkerstörung hemmenden Wirkung. Sie werden daher in vielen Leitlinien als Bestandteil der Starttherapie aufgeführt [21,52]. In mehreren Studien haben sich 30 mg Prednisolonäquivalent per os pro Tag als optimal erwiesen [17,59]. Eine fallbezogene Wahl

der Startdosis von 10 bis 30 mg pro Tag ist möglich, da bisher nicht bekannt ist, ob 10 bis 20 mg Prednisolonäquivalent pro Tag nicht entsprechend gut wirken.

Gründe für das rasche Reduzieren der Dosis der GK sind ihre unerwünschten Wirkungen wie Erhöhung des kardiovaskulären Risikos, Infektionen, Osteoporose und gesteigerte Mortalität und andere [56]. Es gibt auch bisher keine robusten Belege dafür, dass eine Langzeit-GK-Gabe bei effektiver DMARD-Therapie einen zusätzlichen Nutzen hätte. Daher ist die GK-gabe auf drei bis sechs Monate zu beschränken, entsprechend der Leitlinienempfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad [19,21].

Die intraartikuläre Gabe von Glukokortikoden ist bei einzelnen Gelenken mit hoher entzündlicher Aktivität als zusätzliche Maßnahme zur DMARD-Therapie in der Praxis hoch akzeptiert und ist mit Evidenz belegt [24].

### **Zu Nummer 1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation**

Die Empfehlungen zur krankheitsmodifizierenden Medikation wurden in enger Anlehnung an die Leitlinien EULAR 2017 und DGRh 2018 formuliert [21,52]. Die Empfehlungen zum unmittelbaren Therapiebeginn nach Diagnosestellung mit einer krankheitsmodifizierenden Therapie, zum Vorgehen in den drei Therapiestufen und zu den Vorgaben, wann die Therapie eskaliert oder angepasst werden soll, entsprechen zumeist Empfehlungen mit hohem Empfehlungsgrad.

In diesem Kapitel werden die Begriffe Remission, ungünstige Prognosefaktoren und die Einteilung der Krankheitsaktivität in den Abstufungen niedrig, moderat und hoch benutzt. Dem GBA ist bewusst, dass die Definition der Begriffe von Experten unterschiedlich diskutiert wird und die zugrundeliegende Evidenz einem steten Wandel unterliegt. Die folgenden Definitionen stimmen mit der aktuellen deutschen Leitlinie überein [19]. Die Remission wird mithilfe von Composite Scores definiert oder nach den ACR-EULAR Boole'schen Kriterien.

Bei dem in diesem DMP in Bezug genommenen DAS-28 (BSG) bedeutet Remission ein Wert kleiner 2,6.

Bei der Nutzung der Booleschen Kriterien fließen genau wie beim DAS-28 die vier Komponenten „Anzahl druckschmerzhafter Gelenke“, „Anzahl geschwollener Gelenke“, „aktuelles serologisches Entzündungszeichen (hier CRP)“ und das „Patientenurteil“ ein. Eine Remission ist hier über einen Wert kleiner oder gleich 1 in jeder der vier Komponenten definiert.

Die Einteilung der Krankheitsaktivität wird ebenfalls mithilfe eines validierten Composite Scores definiert. Beim DAS-28 (BSG) zeigt sich eine niedrige Krankheitsaktivität ab einem Wert von größer gleich 2,6 bis kleiner 3,2 eine moderate Krankheitsaktivität ab einem Wert von größer gleich 3,2 bis kleiner gleich 5,1 und eine hohe Krankheitsaktivität bei einem Wert von größer 5,1 (vgl. auch Tabelle 2 unten). Als ungünstige Prognosefaktoren werden folgende Prädiktoren angesehen: Hohe Akute-Phase-Reaktion, hohe Anzahl geschwollener Gelenke, Nachweis von Autoantikörpern (Rheumafaktoren und/oder Anti-CCP-Antikörper), initial hohe Krankheitsaktivität, Nachweis von frühen Erosionen, versagen von 2 oder mehreren csDMARD's und das Weiterbestehen einer moderaten bis hohen Krankheitsaktivität nach csDMARD Therapie.

Die Leitlinie DGRh 2018 verweist auf eine Publikation [45], nach der die die Methotrexat-Therapie in parenteraler Form (üblicherweise subkutan) bei einer wöchentlichen Dosis oberhalb 15 mg „vorteilhaft erscheint“. Trotzdem kann aufgrund von Nebenwirkungen (Reaktionen an der Injektionsstelle) oder Patientenpräferenzen die Entscheidung gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin für eine orale Gabe fallen.

In der aktuellen Beschlusslage des G-BA (AM-RL-XII zu Sarilumab und zu Baricitinib/ Tragende Gründe) ist bei Fehlen von ungünstigen Prognosefaktoren und moderater Krankheitsaktivität

bei nicht adäquatem Therapieansprechen der Starttherapie ein Wechsel zu einem anderen csDMARD oder eine Kombination mehrerer csDMARDs eine mögliche Therapieeskalation. Dieser Beschlusslage liegt eine Empfehlung aus der europäischen Leitlinie EULAR 2017 [52] zugrunde, die auch im Update 2019 EULAR 2019 [54] weiter zu finden ist.

Gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage I (OTC-Liste) liegt ein Ausnahmetatbestand für Folsäure und Folate bei der Therapie mit Folsäureantagonisten vor. Diese sind damit verordnungsfähig.

### **Zu Nummer 1.5.3.3 Deeskalation der DMARD-Therapie**

Die Empfehlungen zur Deeskalation der DMARD-Therapie sind angelehnt an die Ausführungen zu diesem Kapitel in der Leitlinie der DGRH 2018 [21] und an die Ausführungen der EULAR 2019 [54] zur Dosisreduktion der DMARD's. Bevor eine Deeskalation der DMARD-Therapie erwogen werden sollte, sollte in der Regel die Glukokortikoidtherapie beendet worden sein und die Patientin oder der Patient sich in einer mindestens 6 Monate andauernden Remission befinden. Da der Krankheitsverlauf unter reduzierter Therapie nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden kann, bedeutet die Deeskalation eine Abwägung von potentielltem Nutzen durch Vermeidung einer Exposition von Medikamenten gegenüber dem Risiko eines Schubes. Ein Schub der Krankheitsaktivität wird als „Flare“ bezeichnet und laut Leitlinie DGRH 2018 [21] als Verlust der Remission oder als Verlust niedriger Krankheitsaktivität (gemessen mit einem Composite Score) definiert, der über eine tägliche Variation der Beschwerden hinausgeht. Bei dieser Abwägung ist es wichtig die Patientin oder den Patienten miteinzubeziehen. In der Fachwelt wird aktuell diskutiert, ob die Definition für eine „anhaltende Remission“ als Voraussetzung für eine Deeskalation der DMARD-Therapie nicht mit dem DAS-28 gemessen werden sollte, sondern nach einer strengeren Definition mit dem Composite Score SDAI oder nach den Boole'schen Kriterien. Studiendaten liegen hierzu allerdings noch nicht vor. Aufgrund fehlender Datenlage kann aktuell auch keine generelle Empfehlung gegeben werden, in welcher Reihenfolge DMARD's reduziert werden sollen, wobei grundsätzlich empfohlen wird die Deeskalation in Form einer Dosisreduktion (Tapering) oder in Form einer Verlängerung des Applikationsintervalls (Spacing) durchzuführen. In den hierzu durchgeführten Studien wurde die Medikamentendosis halbiert oder das Applikationsintervall verdoppelt [21]. Ein komplettes Absetzen führte zu hohen Rezidivraten. Ziel der Deeskalation ist die Ermittlung der individuell notwendigen Dosis zum Erhalt einer Remission.

### **Zu Nummer 1.5.3.4 Begleitmedikation**

Es gibt Belege für eine gute Wirksamkeit der NSAR auf Gelenkschmerzen der rheumatoiden Arthritis [19]. Sie verringern ebenfalls die Gelenksteife und verbessern die Mobilität. Eine anhaltende und langfristige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes wird durch NSAR nicht erreicht. Sie können daher ergänzend überbrückend bis zum Wirkeintritt der DMARD Therapie eingesetzt werden. Die unerwünschten Wirkungen können ein wesentlicher limitierender Faktor einer Therapie mit NSAR sein. Die unerwünschten Arzneimittelreaktionen sind bestimmt durch die Dosis, die Halbwertszeit der einzelnen Substanzen, die Therapiedauer und durch bestimmte Risikofaktoren seitens der Patientin oder des Patienten. Hiervon abhängig sollte die Wahl des NSAR gegebenenfalls in Kombination mit einem Protonenpumpeninhibitor getroffen werden [19].

### **Zu Nummer 1.5.3.5 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Mai 2006 beschlossen, sich dem auf allen Ebenen der Versorgung als relevant erachteten Problem der Multimorbidität im Kontext der Systematik bestehender strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) verstärkt zu widmen. Dies erfolgte zuerst durch die Ergänzung des DMP Koronare Herzkrankheit um das Modul „Chronische Herzinsuffizienz“. Darüber hinaus hat der Unterausschuss

Sektorenübergreifende Versorgung am 13. Mai 2009 eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem Auftrag, sich mit der Abbildung von Multimorbidität im Rahmen von DMP zu befassen.

Nach orientierenden Recherchen wurde deutlich, dass es problematisch würde, Leitlinienempfehlungen zum Vorgehen bei konkreten individuellen Krankheitskonstellationen zu identifizieren. Deshalb ist die AG DMP und Multimorbidität übereingekommen, sich dem Problem der Multimorbidität in einem ersten Schritt durch Empfehlungen zu Maßnahmen des strukturierten Medikamentenmanagements bei Patientinnen oder Patienten mit Multimedikation („Polypharmacy“ als internationales Synonym) zu nähern.

Auf chronische Einzelerkrankungen fokussierte Therapieempfehlungen führen häufig zu einer additiven Anwendung medikamentöser Maßnahmen mit einer gegebenenfalls daraus resultierenden Multimedikation. Diese kann wiederum Arzneimittelwechselwirkungen bedingen, die gewünschte Therapieeffekte ggf. verhindern, zum Auftreten bzw. zur Verstärkung von Nebenwirkungen führen, die ihrerseits neue Arzneimittelverordnungen induzieren, und insgesamt negative Folgen für die Therapieadhärenz der Patientinnen und Patienten haben.

Auch im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme werden krankheitsspezifische Therapieempfehlungen gegeben, durch die sich die oben angesprochenen Aspekte einer Multimedikation für die individuelle Patientin oder den individuellen Patienten ergeben können. Dies gilt insbesondere bei Multimorbidität, d. h. bei gleichzeitigem Vorliegen mehr als einer behandlungsbedürftigen, in der Regel chronischen Erkrankung, in einigen Fällen bei entsprechendem Schweregrad selbst bei nur einer Erkrankung.

Deshalb wurde die Multimedikation auch für die DMP als wesentliches Thema erkannt, das über einzelne DMP-Diagnosen hinaus für multimorbide Patientinnen und Patienten bedeutsam ist.

Unbeschadet der geltenden Regelungen der Arzneimittelrichtlinie bezüglich einer individuellen Verordnung von Arzneimitteln, wurde die Entwicklung von Empfehlungen zur besonderen Berücksichtigung von Multimedikation, die DMP-übergreifend anwendbar sein sollen, angestrebt. Diese sollen im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung der Empfehlungen in die einzelnen DMP integriert werden und können, wo fachlich geboten, indikationsspezifisch angepasst werden.

Basierend auf den Erkenntnissen einer systematischen Literaturrecherche im Juli 2017 resultierten neun Quellen als Beratungsgrundlage zu Managementempfehlungen bei Multimedikation [10,11,30,32,34,35,36,39,44].

Bei den extrahierten Referenzen handelt es sich um sieben evidenzbasierte Leitlinien [10,11,30,32,34,35,36] und zwei systematische Übersichtsarbeiten [39,44].

Im ersten Beratungsprozess 2010 wurde aus den ausgewerteten Leitlinien eine Synopse der Kernempfehlungen erstellt. Dies ermöglichte eine Identifizierung von Maßnahmen, die mit einer hohen Konsistenz von verschiedenen Quellen empfohlen wurden und eine Analyse der zugrundeliegenden Evidenz. Bei der Auswahl der für die hier vorliegenden Anforderungen infrage kommenden Empfehlungen wurde insbesondere auf die Übertragbarkeit auf ein nicht-geriatriisches Patientinnen- und Patientenkollektiv und die oben erwähnte Konsistenz der Empfehlung geachtet. Die Gültigkeit dieser Kernempfehlungen wurde im Rahmen der aktuellen Literaturrecherche 2017 überprüft.

Es existiert keine allgemeingültige Definition für Multimedikation [10]. Die Festlegung auf fünf oder mehr Medikamente orientiert sich an der „Hausärztlichen Leitlinie – Multimedikation“ [10].

Die vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements gehen inhaltlich über den bereits in § 31a SGB V geregelten Anspruch auf die Erstellung und



Aushändigung eines Medikationsplanes hinaus. Der sich unmittelbar aus § 31a SGB V ergebende Anspruch der Versicherten besteht zudem unabhängig von den Voraussetzungen für die hier vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements. Vor diesem Hintergrund ist auch das Abstellen auf fünf oder mehr Arzneimittel gegenüber der Regelung in § 31a SGB V (Anwendung von mindestens drei verordneten Arzneimitteln) sachlich gerechtfertigt.

Soweit jedoch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements die Erstellung einer Liste zur Erfassung der verordneten Arzneimittel vorgesehen ist, wird diese aus Gründen der sprachlichen Vereinheitlichung auch als Medikationsplan bezeichnet. Erfolgt die Erstellung eines Medikationsplanes bereits in Erfüllung des Anspruchs aus § 31a SGB V, kann auf diesen Medikationsplan dann selbstverständlich auch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements zurückgegriffen werden.

Die Erfassung der von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommenen Medikamente wird in Leitlinien als Grundvoraussetzung einer Überprüfung der medikamentösen Therapie gewertet [10]. Diese sollte zumindest einmal jährlich oder anlassbezogen (z. B. Änderung der Medikation nach einem stationären Aufenthalt) erfolgen und eine Dokumentation der jeweiligen Indikation für das einzelne Medikament beinhalten [10,11,30]. Mögliche Arzneimittelinteraktionen sollten kritisch evaluiert werden [10].

Die Vertragspartner können Regelungen vereinbaren, die der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt die Erfassung der gesamten verordneten Medikamente erleichtern, z. B. durch entsprechende patientenbezogene Verordnungslisten.

Die Indikationsstellung zur Verordnung von Arzneimitteln erfolgt insbesondere bei Vorliegen einer Multimorbidität in der Regel durch mehrere behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Dies kann ggf. Rücksprachen durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt notwendig machen. Auch kann eine Priorisierung der Behandlungsziele erforderlich sein, welche ggf. auch zu dem Verzicht einer Arzneimittelverordnung führen kann [10,32,36]. Diesbezüglich existieren aufgrund der individuell unterschiedlichen Fallkonstellationen keine generalisierbaren Leitlinienempfehlungen.

Durch den Medikationsplan wird die Therapieadhärenz und die Arzneimitteltherapiesicherheit unterstützt. Der Anspruch auf einen Medikationsplan wird im § 31a SGB V geregelt und im Bundesmantelvertrag konkretisiert.

Die Adhärenz zur medikamentösen Therapie nimmt mit steigender Anzahl eingenommener Medikamente ab. Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen werden 30 bis 50 % der verordneten Medikamente nicht wie empfohlen eingenommen [36]. Neben den bereits genannten Maßnahmen können eine angemessene Einbeziehung der Patientin oder des Patienten in Therapieentscheidungen und eine verständliche Aufklärung über die medikamentöse Therapie generell adhärenzsteigernd wirken [36].

### **Zu Nummer 1.6 Komorbiditäten**

Die rheumatoide Arthritis wird von zahlreichen Komorbiditäten begleitet [27] und die Prognose der Patientinnen und Patienten wird wesentlich durch diese bestimmt [19]. Die Art und Anzahl der Komorbiditäten ist abhängig vom Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten [3]. Sie haben unter anderem Einfluss auf die Therapieauswahl, den Verlauf der Erkrankung, Erwerbsfähigkeit und Mortalität.

Die Ursachen der Komorbiditäten sind komplex: Der Entzündungsprozess bedingt vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch Osteoporose. Andere sind therapiebedingt oder sie bestehen völlig unabhängig von der rheumatoiden Arthritis und werden dann besser als Multimorbidität bezeichnet. Hinweise zum Umgang mit relevanten Komorbiditäten gibt eine

Publikation aus 2016 der europäischen Initiative EULAR [9]. Die Auswahl der Komorbiditäten, auf die in diesem DMP eingegangen wird, ist an diese angelehnt.

Bereits bei der Anamneseerhebung sind die Komorbiditäten zu erfragen. Sie müssen bei der spezifischen Therapie der rheumatoiden Arthritis berücksichtigt werden und sie erfordern im Verlauf der Erkrankung ihre Kontrolle und gegebenenfalls Therapie.

### **Kardiovaskuläre Komorbidität:**

Die kardiovaskuläre Komorbidität gehört bei Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis zu den führenden Todesursachen und es wird eine direkte Beziehung zwischen der entzündlichen Aktivität der rheumatoiden Arthritis und der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität angenommen [37].

Die rheumatoide Arthritis gilt als unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen. Die Risikorate ist mit der durch Diabetes mellitus hervorgerufenen vergleichbar [58]. Eine niedrige Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis ist signifikant mit einem reduzierten Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses assoziiert [7].

In einem systematischen Literatur-Review und einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass das kardiovaskuläre Risiko von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis dosisabhängig erhöht wird bei langem Gebrauch von NSAR (besonders bei Coxiben: RR 1.36; 95 % CI 1.10-1.67; p=0.004) und Glukokortikoiden (RR 1.47; 95 % CI 1.34-1.60; p<0.001) und sich durch Methotrexat- (RR 0.72; 95 % CI 0.57-0.91; p=0.007) und vor allem TNF-Inhibitoren-Gabe (RR 0.70; 95 % CI 0.54-0.90; p=0.005) vermindert [43].

Aktuell existieren Empfehlungen der EULAR für das Management des kardiovaskulären Risikos bei Menschen mit rheumatoider Arthritis [2].

### **Diabetes mellitus:**

In mehreren Kohortenstudien zeigte sich die höhere Inzidenz eines Diabetes mellitus Typ 2 bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis im Vergleich zur Normalbevölkerung. Auch dadurch wird das kardiovaskuläre Risiko dieser Patientinnen und Patienten erhöht. Aus Deutschland stammt eine Studie aus Krankenkassendaten zum Zusammenhang von rheumatoider Arthritis und Diabetes mellitus [5]. 20 % der Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis wiesen einen Diabetes mellitus auf. In einer US-Longitudinalbeobachtungskohorte war die „hazard ratio“ (HR) im Vergleich zur Normalbevölkerung mit 1,37 (95%-CI 1,29-1,45) signifikant erhöht.

Bei systemischer Gabe von Glukokortikoiden ist zu beachten, dass eine diabetische Stoffwechsellage entstehen bzw. sich eine bereits bestehende diabetische Stoffwechsellage verschlechtern kann.

### **Depressionen:**

Depressionen weisen eine höhere Prävalenz bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis auf als in der Normalbevölkerung [9,20,27,29]. Nach den Empfehlungen einer EULAR-Initiative zum Umgang mit Komorbiditäten der rheumatoiden Arthritis sollte die Aufmerksamkeit und Exploration auf depressive Symptome gerichtet werden [9]. Zur schnellen Erfassung einer möglichen depressiven Störung eignet sich z. B. der sogenannte „Zwei-Fragen-Test“, der mit den beiden Fragen „1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?“ und „2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“ ein sensitives und

zeitökonomisches Vorgehen darstellt [13]. Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist eine weitere klinische Abklärung der Diagnosekriterien und ggf. Behandlung indiziert.

### **Malignome:**

Die Aussagen aus der Richtlinie wurden auf Basis der S3 Leitlinie [19] erarbeitet. Seit langem ist bekannt, dass bei einer rheumatoiden Arthritis das Risiko von Malignomen erhöht ist. Dies trifft besonders auf das Non-Hodgkin-Lymphom zu [8]. Das Risiko scheint bereits durch die Erkrankung erhöht und korreliert mit dessen Schweregrad. In den letzten Jahren wurden Metaanalysen veröffentlicht, die keine Erhöhung der Malignomrate unter bDMARD Therapien feststellen, große europäische Register bestätigen dies.

### **Infektionen:**

Ein systemischer Review zum Risiko von Infektionen bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis zeigten erneut ein leicht erhöhtes Risiko, an einer schweren Infektion zu erkranken, auf [40]. Das Risiko korreliert mit der Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis: Rheumatoide Arthritis in Remission 1,03 schwere Infektionen pro 100 Patientenjahre, entsprechend geringe Krankheitsaktivität 1,92 und mäßige bis hohe Krankheitsaktivität 2,51 [1]. Die Angaben entstammen dem amerikanischen CORRONA-Register über die Jahre 2003 bis 2015. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass die Einnahme von  $\geq 5$  mg Prednisolon-Äquivalent pro Tag das Infektionsrisiko signifikant erhöht. Bei der Einschätzung des Infektionsrisikos spielen die verabfolgten DMARDs eine zusätzliche Rolle (siehe spezielle Fachinformationen).

Bei der rheumatoiden Arthritis (und anderen entzündlich rheumatischen Erkrankungen) spielen spezielle Infektionen eine besondere Rolle. Deshalb sind die Empfehlungen der Fachinformationen zu speziellen Risiken zu beachten und den Empfehlungen zu folgen. So wird vor Verabreichung von tsDMARDs und Biologika bei fast allen Substanzen der Ausschluss einer latenten Tuberkulose und einer Hepatitis B Infektion gefordert, da es zu einer Aktivierung bzw Reaktivierung kommen kann. Herpes Zoster-Infektionen treten vermehrt bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis höheren Alters unter DMARDs und Glukokortikoiden auf [42].

Die Prophylaxe von Infektionen bei rheumatoider Arthritis besteht in einer konsequenten Durchführung der Impfempfehlungen.

### **Osteoporose:**

Aufgrund der häufigen Assoziation mit zusätzlichen Risiken wie einer Glukokortikoidexposition empfiehlt die Leitlinie DVO bei allen Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis eine Basisdiagnostik. Die Empfehlungen der DVO werden mit LOE 1a-3b begründet [15]. Daneben finden sich auch in drei der vom IQWiG bewerteten Leitlinien Empfehlungen bei anhaltender Glukokortikoid-Therapie zu einer entsprechenden Osteoporoseprophylaxe bzw. dem Monitoring dieser Komorbidität [31,33,46].

Die Empfehlung des Anforderungstextes berücksichtigt die geltenden Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 10.05.2013 zur Osteodensitometrie.

Die DVO 2017 empfiehlt zur Vorbeugung einer Osteoporose generelle Ernährungs- und Lebensstilmaßnahmen. Die Erstattungsfähigkeit von Kalzium und Vitamin-D-Supplementen ist bei zeitgleicher Steroidtherapie von täglich wenigstens 7,5 mg oraler Prednisolonäquivalente über 6 Monate gemäß Arzneimittel-Richtlinie gegeben. Gemäß DVO 2017 [16] ist bei über 7,5 mg über 3 Monate die Entscheidung für eine Prophylaxe komplex und abhängig von der individuellen Risikokonstellation.

## Zu Nummer 1.7 Verlaufskontrollen

Die Standardinhalte der ärztlichen Verlaufskontrollen im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms wurden im Einklang mit internationalen Empfehlungen (BSR 2017 [26], CRA 2012 bio [12], EULAR 2013 bio [53], DGRh 2011 [46], NCCCC 2009 [31], SIGN 2011 [48], T2T 2010 [50]) sowie in Anlehnung an die Empfehlungen der S3-Leitlinie zum Management der frühen RA [19] formuliert und beruhen auf Expertenkonsens.

Der chronische und individuell unterschiedliche Verlauf einer rheumatoiden Arthritis hat erhebliche Konsequenzen für die Beurteilung der Wirksamkeit einer DMARD-Therapie. Die moderne Therapiestrategie der rheumatoiden Arthritis basiert auf einer regelmäßigen Erfassung und Dokumentation der Krankheitsaktivität und ihres Verlaufes in jedem Einzelfall. Diese Dokumentation ist entscheidend für die Beurteilung, den Vergleich und die Qualitätssicherung der Therapie der rheumatoiden Arthritis. Als Standardinstrument hat sich in der Praxis der Disease Activity Score (DAS-28) bewährt, in den verschiedene Parameter der Krankheitsaktivität eingehen. Der DAS-28 wird in mehreren Leitlinien zur Erfassung und Dokumentation der Krankheitsaktivität empfohlen [31,46,48]. Als Laborwert geht in den DAS-28 entweder die Blutsenkungsgeschwindigkeit (DAS-28 BSG) oder das C-reaktiven Protein (DAS-28 CRP) ein. In diesem DMP wird auf den DAS-28 unter Einbeziehung der BSG Bezug genommen, da die unter anderem auch in Leitlinien genannten Grenzwerte zur Interpretation des DAS-28-Wertes (s. Tabelle 2 unten) mittels des DAS-28 BSG validiert wurden.

Zur Anwendung des DAS-28-Scores, im Folgenden DAS-28-Wertes, müssen in diesem DMP folgende vier Parameter erfasst werden:

- (1) die Anzahl der druckschmerzhaften Gelenke von insgesamt 28 definierten Gelenken
- (2) die Anzahl der geschwollenen Gelenke von insgesamt 28 definierten Gelenken
- (3) Einschätzung der Krankheitsaktivität in den letzten 7 Tagen durch die Patientin oder den Patienten selbst auf einer visuellen Analogskala (VAS, 0 – 100 mm): die Skala wird über eine 10 cm lange horizontale Linie mit den Begrenzungen 0 und 100 dargestellt. Die 0 bedeutet dabei „keine Krankheitsaktivität“ und die 100 „stärkste mögliche Krankheitsaktivität“. Die VAS wird der Patientin oder dem Patienten mit folgender Instruktion vorgelegt: „Bitte geben Sie auf dieser Skala an, wie aktiv Ihre rheumatoide Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen ist.“ Der Wert kann dort, wo die Patientin ihr oder der Patient sein Kreuz setzt, millimetergenau abgelesen werden. Dabei entspricht 1 mm einem Punkt. Kann die Skala der Patientin bzw. dem Patienten nicht vorgelegt werden, kann die Ärztin bzw. der Arzt die Stärke der Krankheitsaktivität auch mündlich erfragen und die Patientin oder der Patient eine Zahl zwischen 0 und 100 nennen.
- (4) die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) in der Einheit mm pro Stunde (mm/h) als aktuelles serologisches Entzündungszeichen

Die unter (1) und (2) durch die Ärztin oder den Arzt zu beurteilenden Gelenke sind jeweils rechts- und linksseitig wie folgt definiert:

1. Schultergelenk
2. Ellenbogengelenk
3. Handgelenk
4. Fingergrundgelenk MCP 1
5. Fingergrundgelenk MCP 2
6. Fingergrundgelenk MCP 3
7. Fingergrundgelenk MCP 4
8. Fingergrundgelenk MCP 5
9. Fingermittelgelenk PIP 1

10. Fingermittelgelenk PIP 2
11. Fingermittelgelenk PIP 3
12. Fingermittelgelenk PIP 4
13. Fingermittelgelenk PIP 5
14. Kniegelenk

Die 14 definierten Gelenke werden sowohl auf der rechten als auch auf der linken Körperseite beurteilt, sodass eine Anzahl von 28 zu beurteilenden Gelenken resultiert. Dabei soll für jedes der 28 Gelenke zum einen angegeben werden, ob es geschwollen ist und zum anderen, ob es druckschmerzhaft ist. Ein von der RA betroffenes Gelenk kann entweder geschwollen und gleichzeitig nicht druckschmerzhaft, druckschmerzhaft und gleichzeitig nicht geschwollen oder gleichzeitig geschwollen und druckschmerzhaft sein. Daher sind die Gelenke separat hinsichtlich der Schwellung und hinsichtlich der Schmerzen zu beurteilen.

Die folgenden schematischen Darstellungen dienen der Erfassung der Anzahl der geschwollenen Gelenke von 28 definierten Gelenken (Abb. 1) sowie der Anzahl der druckschmerzhaften Gelenke von 28 definierten Gelenken (Abb. 2).

### **Geschwollene Gelenke (sw28)**

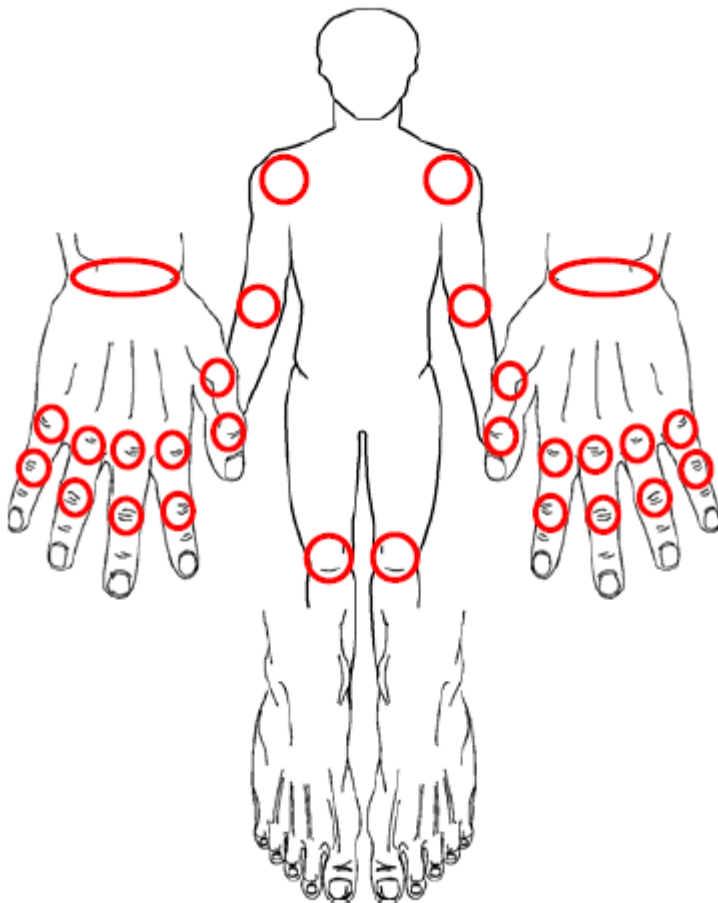


Abbildung 1: Erfassung der Anzahl der geschwollenen Gelenke (sw28)

**Druckschmerzhafte Gelenke (t28)**

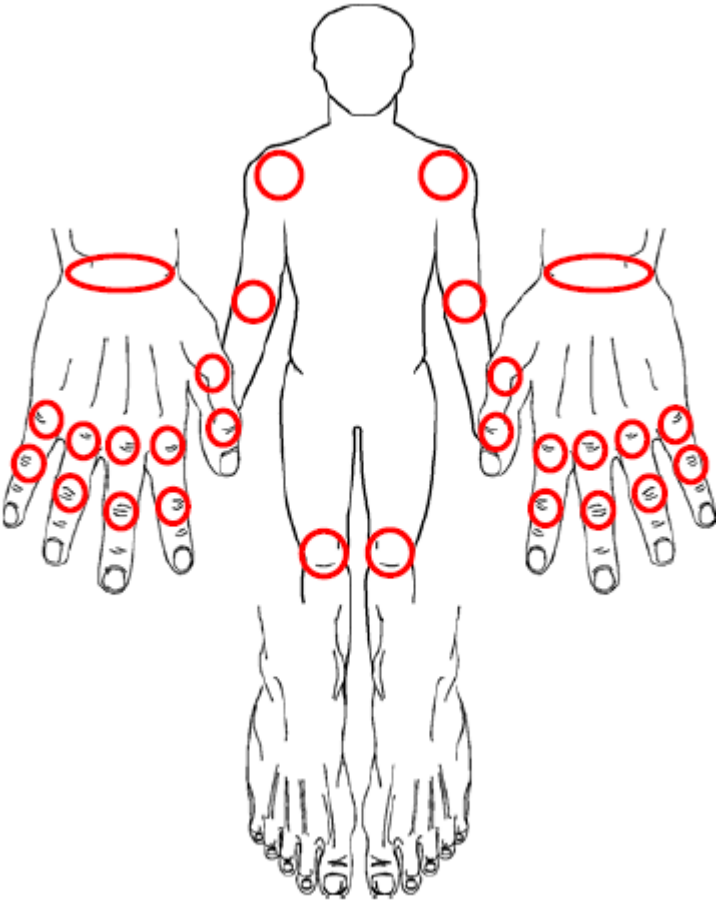


Abbildung 2: Erfassung der Anzahl der druckschmerzhaften Gelenke (t28)

Tabelle 1: Berechnung des DAS-28-Wertes

1.	Anzahl geschwollener Gelenke (sw28) (Wertebereich: 0 – 28)	_____
2.	Anzahl druckschmerzhafter Gelenke (t28) (Wertebereich 0 - 28)	_____
3.	Subjektive Krankheitsaktivität (VAS) (Wertebereich 0 – 100)	_____
4.	Blutsenkung (BSG)	_____ mm/h

Aus den vier Werten wird der DAS-28-Wert anhand der folgenden Formel berechnet:

$$\text{DAS-28-Wert} = 0.56 \cdot \sqrt{t28} + 0.28 \cdot \sqrt{sw28} + 0.70 \cdot \ln(\text{BSG}) + 0.014 \cdot \text{VAS}$$

*Legende:* t28: Anzahl druckschmerzhafter Gelenke; sw28: Anzahl geschwollener Gelenke; Ln(BSG): natürlicher Logarithmus des Wertes der BSG; BSG: Blutsenkungsgeschwindigkeit; VAS: Visuelle Analogskala. Das Zeichen \* ist das mathematische Multiplikationszeichen.

Tabelle 2: Interpretation des DAS-28-Wertes

DAS-28-Wert	Krankheitsaktivität
< 2,6	Remission
≥ 2,6 bis < 3,2	Niedrige Krankheitsaktivität
≥ 3,2 bis ≤ 5,1	Moderate Krankheitsaktivität
> 5,1	Hohe Krankheitsaktivität

### Zu Nummer 1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

DMP verfolgen grundsätzlich einen niedrigschwelligen, bevölkerungsnahen und integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten und des häuslichen und familiären Umfelds. Die Verfügbarkeit von notwendigem medizinischem Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an spezialisierte Fachärztinnen oder Fachärzte sichergestellt. Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab, bezieht gegebenenfalls auch nichtärztliche Hilfen und flankierende Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen, bewertet sie auch mit der Patientin oder dem Patienten zusammen, dokumentiert und bewahrt sie auf.

Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, sowie Ärztinnen und Ärzte nach § 73 (1a) Satz 1 Ziffer 4 und 5 teilnehmen. Entsprechend Satz 2 dieses Absatzes nehmen die übrigen Fachärztinnen und Fachärzte an der fachärztlichen Versorgung teil.

Ähnlich wie in den Anforderungen mehrerer anderer DMP-Programme auch schon vorgesehen, wurde der Kreis der möglichen Leistungserbringer, welche die Funktion der „koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes“ übernehmen können, noch etwas erweitert. Demnach kann eine Patientin oder ein Patient mit rheumatoider Arthritis in Ausnahmefällen auch eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin/einen Facharzt für Innere

Medizin und Rheumatologie, eine internistische Fachärztin/einen internistischen Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie, eine Fachärztin/einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Damit sollen unnötige Brüche in bereits dauerhaft bestehenden vertrauensvollen und bewährten Arzt-Patienten-Beziehungen vermieden werden. Auch kann beispielweise bereits ein solcher Erkrankungsfortschritt vorliegen, der die Übernahme der Funktion der „koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes“ durch eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin/einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, eine internistische Fachärztin/einen internistischen Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder eine qualifizierte Einrichtung als zielführend für die Patientin oder den Patienten erscheinen lässt.

### **Zu Nummer 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung**

Wenn die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis bereits durch die primärversorgende Ärztin oder den primärversorgenden Arzt (in der Regel die Hausärztin oder der Hausarzt) gestellt wurde [19], kann und sollte diese oder dieser, um einen möglichst frühen Therapiebeginn zu ermöglichen, eine erste DMARD-Therapie unter Beachtung von Kontraindikationen und Komorbiditäten einleiten. Dennoch sollte nach Erstdiagnose einer rheumatoiden Arthritis innerhalb der ersten drei Monate eine Vorstellung bei der Fachärztin oder beim Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen. Durch dieses Vorgehen wird das „Window of Opportunity“ gewahrt und damit die Prognose verbessert, zusätzlich kann hierdurch bereits eine Beurteilung des Ansprechens auf die Ersttherapie durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen [21].

Auch wenn nach 24 Wochen noch keine Remission der rheumatoiden Arthritis erreicht wurde oder eine bereits durchgeführte weitere DMARD-Therapie nicht ausreichend wirksam ist oder nicht vertragen wird, soll die Patientin oder der Patient der Fachärztin oder dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie zur Therapieoptimierung zugewiesen werden.

Gemäß nationalen und internationalen Leitlinien ist eine relativ engmaschige „treat to target“-Therapie mit dem Ziel der Remission bzw. alternativ, vor allem bei schon langer bestehender rheumatoider Arthritis, der niedrigen Krankheitsaktivität (LDA) zur Vermeidung irreversibler Krankheitsfolgen anzustreben. Dabei wird im Allgemeinen zwölf Wochen nach Einleitung einer DMARD-Therapie ein gewisses Ansprechen (Response) gefordert und nach 24 Wochen eine Remission bzw. niedrige Krankheitsaktivität (s.o.). Wenn dies nicht der Fall ist, sollte die Therapie weiter optimiert werden.

Wenn nach Absetzen der Glucocorticoide und anhaltender Remission von der Patientin oder von dem Patienten und Hausarzt eine Reduktion der DMARD-Therapie erwogen wird, sollte mit der Frage, inwieweit dies möglich und sinnvoll ist, eine Vorstellung bei der Fachärztin oder beim Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen. Der Grundsatz „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ ist für die Therapie mit Glukokortikoiden sinnvoll, für die DMARD-Therapie der rheumatoiden Arthritis aber nach wie vor unzureichend untersucht, so



dass eine Deeskalation der DMARD-Therapie gut überlegt sein will und vor allem auch nur in enger Absprache mit der Patientin oder dem Patienten erfolgen sollte.

Die Fachärztin oder der Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie wird der Patientin oder dem Patienten das Für und Wider einer DMARD-Deeskalation nach der wissenschaftlichen Datenlage und seiner fachspezifischen Erfahrung erläutern und mit ihr oder ihm gemeinsam gegebenenfalls die Entscheidung hierzu treffen (shared decision). Dies beinhaltet auch die Erläuterung des Vorgehens für den Fall, dass es unter deeskalierter DMARD-Therapie wieder zu einer Aktivitätszunahme der rheumatoiden Arthritis kommt [21].

Die Empfehlungen zur regelmäßigen Verlaufskontrolle stützt sich auf die S3-Leitlinie zum Management der frühen RA [19].

Zur Klärung der Notwendigkeit eines gelenkchirurgischen Eingriffes sollten Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis von der behandelnden Fachärztin oder vom behandelndem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder von der Hausärztin oder vom Hausarzt in Abstimmung mit dieser oder diesem zum Facharzt oder zur Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie überwiesen werden.

Während die Vermeidung von Therapiekomplikationen sowie die Erkennung und Behandlung von Komorbiditäten Aufgabe der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes ist, sollte bei bestimmten Organmanifestationen die jeweilige Fachdisziplin hinzugezogen werden (beispielsweise Nephrologie, Pneumologie, Neurologie usw.). Inwieweit Komorbiditäten eine fachspezifische Betreuung erfordern (z. B. Kardiologie, Diabetologie) sollte von der koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt entschieden werden.

### **Zu Nummer 1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

Die aufgeführte Indikation zur stationären Behandlung entspricht der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016 [61]).

Im Übrigen obliegt die Einweisung dem pflichtgemäßen Ermessen der Ärztin oder des Arztes.

### **Zu Nummer 1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

Die medizinische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt am Alltagsleben teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die rheumatoide Arthritis und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken. Dabei kann die Rehabilitation Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis sein.

### **Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

Die allgemeinen Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 2 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt. Folgende Qualitätsziele und -indikatoren wurden festgelegt:

Die Qualitätsziele 1 bis 3 dienen der Umsetzung der Empfehlungen zu den therapeutischen Maßnahmen. Insbesondere Entscheidungen zur medikamentösen Therapie werden an dem Grad der aktuellen Krankheitsaktivität und der entsprechenden Response oder Remission ausgerichtet. Aufgrund der hohen Bedeutung der Krankheitsaktivität für die Therapieentscheidungen (vgl. Nummer 1.5.3) wird das Ansprechen auf die Therapie mit drei Qualitätszielen erfasst. In den Qualitätszielen 1 und 2 wird das Therapieansprechen in Abhängigkeit von der Erkrankungsdauer dargestellt. Bei Patientinnen und Patienten mit einer

frühen RA mit einer Erkrankungsdauer von bis zu zwei Jahren soll eine Remission angestrebt werden. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankungsdauer von mehr als zwei Jahren soll mindestens eine niedrige Krankheitsaktivität angestrebt werden. Das Qualitätsziel 3 stellt das Therapieansprechen in Abhängigkeit von der individuellen Veränderung und der aktuellen Krankheitsaktivität dar.

Für die Berechnung des ersten Qualitätsziels werden nur diejenigen Patientinnen und Patienten einbezogen, die zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation eine Erkrankungsdauer von weniger als zwei Jahren aufweisen. Bei diesen Patientinnen und Patienten soll eine Remission angestrebt werden, die durch einen DAS-28-Wert von kleiner als 2,6 Punkte gekennzeichnet ist. Das Qualitätsziel einer Remission bei Patienten mit früher RA sollte bei mindestens 35 % der Patientinnen und Patienten erreicht werden [4].

Für die Berechnung des zweiten Qualitätsziels werden nur diejenigen Patientinnen und Patienten einbezogen, die zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation eine Erkrankungsdauer von zwei Jahren oder mehr aufweisen. Bei diesen Patientinnen und Patienten sollte mindestens eine niedrige Krankheitsaktivität angestrebt werden, die durch einen DAS-28-Wert von kleiner als 3,2 Punkte gekennzeichnet ist. Das Qualitätsziel der niedrigen Krankheitsaktivität bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankungsdauer von zwei Jahren oder mehr sollte bei mindestens 50 % der Patientinnen und Patienten erreicht werden.

Im Qualitätsziel 3 wird ein hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Therapieansprechen angestrebt. Dabei wird das Therapieansprechen über eine relevante Verbesserung im DAS-28-Wert, oder eine aktuell vorliegende Remission [19] (DAS-28-Wert kleiner 2,6) operationalisiert. Eine relevante Verbesserung wird wie folgt definiert:

Es wird der Differenzwert zwischen dem DAS-28-Wert der letzten verfügbaren Dokumentation vor der aktuellen Dokumentation und dem DAS-28-Wert der aktuellen Dokumentation gebildet. Als „letzte verfügbare Dokumentation vor der aktuellen Dokumentation“ gilt hier die Dokumentation, die mindestens 12 Wochen vor der aktuellen Dokumentation erstellt wurde. Ist der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation kleiner oder gleich 5,1 Punkte und größer oder gleich 2,6 Punkte, so gilt ein Differenzwert von mehr als 0,6 Punkten als eine ausreichend relevante Verbesserung. Ist der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation größer als 5,1 Punkte, gilt ein Differenzwert von mehr als 1,2 Punkten als eine ausreichend relevante Verbesserung.

Ist der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation kleiner als 2,6 Punkte, liegt aktuell eine Remission vor [19]. Bei der Auswertung des Qualitätsindikators 3 gilt das Ziel in diesem Falle als erreicht, unabhängig von der Höhe der Veränderung zur letzten Dokumentation.

Die Definition einer relevanten Verbesserung ist an die Response-Kriterien nach Fransen und Riel (2009) [22] angelehnt. Das Qualitätsziel 3 sollte bei mindestens 60 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erreicht werden.

Die Qualitätsziele 4 und 5 dienen der Umsetzung der Empfehlungen in Nummer 1.6. Für das Qualitätsziel 4 der jährlichen klinischen Einschätzung des Osteoporose-Risikos ist ein Zielwert von mindestens 90 %, für das Qualitätsziel 5 eines Blutdrucks unter 140/90 mmHg bei bekannter Hypertonie ein Zielwert von mindestens 60 % anzustreben. Die Qualitätsziele 6 und 7 dienen der Umsetzung der empfohlenen medikamentösen Behandlung (vgl. Nummer 1.5.3). Dabei ist für die Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie (Therapiedauer länger als 6 Monate) ein Zielwert von höchstens 50 % anzustreben. Eine DMARD-Therapie sollten mindestens 90 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen keine Kontraindikation gegen DMARDs vorliegt oder die sich aktuell nicht in einer vereinbarten Therapiepause befinden, erhalten. Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme (§137f Absatz 2 Satz 2 SGB V). Das Qualitätsziel 8

zur Teilnahme einer Schulung dient der Umsetzung der in Nummer 4.2 definierten Patientenschulung. Bei der Berechnung des Qualitätsindikators werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung wahrgenommen haben, als „gute Qualität“ gewertet, unabhängig von einer dokumentierten Empfehlung. Diejenigen, die trotz einer dokumentierten Empfehlung keine Schulung wahrgenommen haben, werden als „schlechte Qualität“ gewertet. War eine Schulung aktuell nicht möglich oder wurde diese bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen, werden diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dem Indikator nicht berücksichtigt. Für das Qualitätsziel 8 kann vorerst kein Zielwert festgelegt werden. Die Qualitätsziele 9 und 10 bilden die Empfehlungen der allgemeinen Maßnahmen zum Tabakverzicht und zur körperliche Aktivität ab (vgl. Nummer 1.5.1). Der Gesamtanteil an Racherinnen und Rauchern (Qualitätsziel 9a)) sollte maximal 20 % betragen, der Anteil der Raucherinnen und Raucher bezogen auf die bei Einschreibung rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer maximal 90 % (Qualitätsziel 9b). Das Qualitätsziel 10 sollte bei mindestens 40 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmern erreicht werden.

### **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

Die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind in § 3 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

### **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

Die speziellen Teilnahmevoraussetzungen sind durch die diagnostischen Kriterien und Vorgaben unter Nummer 1.2 und Nummer 1.3 geregelt. Die RA ist eine Erkrankung des Erwachsenenalters mit einem Häufigkeitsgipfel für Neuerkrankungen bei Frauen zwischen dem 55 und 64 Lebensjahr und für Männer zwischen dem 65 und 74 Lebensjahr. Eine andere Krankheitsentität ist die juvenile idiopathische Arthritis für die es eine eigene Leitlinie und Empfehlungen gibt. Diese ist in diesem DMP nicht adressiert. Vor diesem Hintergrund ist das vorliegende DMP auf Patientinnen und Patienten ab dem 18. Lebensjahr beschränkt.

### **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

### **Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten**

Gemäß § 137f SGB V Absatz 2 Satz 2 hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen zu definieren. Die Patientenschulungen sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt. Entsprechend dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme.

Der G-BA geht davon aus, dass auf Grund der Eigenarten der rheumatoiden Arthritis, den Besonderheiten des Verlaufes und der Komplexität der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen der Schulung insbesondere eine wissensvermittelnde Rolle zukommt. Eine unmittelbare Auswirkung auf die unter 1.4. adressierten Therapieziele durch die Schulung wurde nicht erwartet, wenngleich der Befähigungsaspekt mit Blick auf die erforderliche Dauer und Motivation zur Auseinandersetzung mit der Erkrankung bedeutsam ist. Hier interferieren aber schulende mit ggf. erforderlichen eigenständigen therapeutischen Maßnahmen.

Die Schulungen sind inhaltlich so ausgerichtet, dass Sie die Therapieziele nach 1.4 dieser Anlage insbesondere dadurch unterstützen, dass sie durch eine strukturierte Wissensvermittlung Betroffene in die Lage versetzen, die Erkrankung und die komplexen therapeutischen Interventionen zu verstehen. Ein unmittelbarer Bezug zu allen Therapiezielen

oder eine Wiedergabe der Begriffe, die als Therapieziele festgelegt sind, ist nicht Voraussetzung der Schulungen.

Die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen im Zusammenhang mit der rheumatoiden Erkrankung, wie sie in den Patientenschulungen erfolgt, dient unterstützend der Einübung eines Selbstmanagements und kann damit sowohl für die Verbesserung des Gesundheitszustandes als auch bei der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Therapie einen Beitrag leisten [26,54].

Die der Prüfung der Eigenschaften zugrundeliegenden konkreten Schulungen und deren Bewertung sollen im Folgenden benannt werden:

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung lagen dem G-BA für die Rheumatoide Arthritis Evaluationsstudien zu zwei strukturierten Patientenschulungen vor, die evaluiert, zielgruppenspezifisch und publiziert sind. Diese sind die „Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis – StruPI-RA“ [41,47] und die „Basisschulung RA“ [23]. Die Evaluation der „Basisschulung RA“ wurde in einem randomisierten Kontrollgruppendesign (RCT) multizentrisch mit 349 Patientinnen und Patienten im ambulanten Setting durchgeführt und zeigte drei Monate nach Schulungsbeginn signifikante kleine bis mittelgroße Effekte in der Interventionsgruppe im primären Outcome (Gesundheitskompetenz und Krankheitswissen) im Vergleich zur Kontrollgruppe (Routineversorgung). Die StruPI-RA Schulung wurde mit 61 Patientinnen und Patienten in einem multizentrischen kontrollierten Prä-Post-Studien-Design im ambulanten Setting evaluiert. Untersucht wurde der Wissenszuwachs, erfasst durch ein standardisiertes, validiertes rheumatoide Arthritis -spezifisches Instrument. Die Interventionsgruppe erhielt die Schulung, die Kontrollgruppe lediglich schriftliches Informationsmaterial. Beide Gruppen zeigten einen Wissenszuwachs über die Zeit (Wissenszuwachs nach 3 Wochen (unmittelbar nach der Schulung)), dieser fiel in der Interventionsgruppe mit mittelgroßen Effekten signifikant höher aus als in der Kontrollgruppe.

Die Bewertung der Evaluationsstudien im Rahmen der medizinisch-inhaltlichen Prüfung auf Eignung der Eigenschaften der Schulung erfolgte durch den G-BA. Beide Evaluationsstudien weisen ein relevantes Verzerrungspotential auf, was die folgende Abwägung bezüglich der Eignung erforderlich macht: Unter Einbezug der Bewertung der Inhalte der Schulungen, ihrer Passung für die in diesem DMP adressierten Inhalte und der Relevanz von Angeboten zur Wissensvermittlung und der damit angestrebten Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere auch im Hinblick auf die im DMP gewünschte informierte Patientenentscheidung, kommt der G-BA zu dem Ergebnis, dass zum Zeitpunkt der Einführung des DMP Rheumatoide Arthritis beide Schulungen für dieses DMP in ausreichender Weise geeignet sind.

Für die im Rahmen der Richtlinienerstellung normierten Schulungen ist damit verbindlich festgestellt, dass sie die medizinisch-inhaltlichen Anforderungen erfüllen und ihre Ausrichtung an den medizinischen Inhalten dieser Anlage als belegt gilt.

Sofern zu einem späteren Zeitpunkt weitere Schulungen bekannt werden, welche die normierten Eigenschaften in vergleichbarer Weise erfüllen, und auch bezüglich der Qualität der Evaluation ein vergleichbares oder ggf. sogar ein höheres Niveau erreicht wird, können auch diese in die Verträge aufgenommen werden. Der G-BA wird spätestens bei Aktualisierungen der Anforderungen verfügbare Schulungsangebote entsprechend medizinisch-inhaltlich prüfen und berücksichtigen.

## **Zu Nummer 5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**

Gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die Evaluation von DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni 2014 in § 6 DMP-A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende Bestandteile aufbaut:

- eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,
- ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.

Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der G-BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.

Die medizinischen Evaluationsparameter b) bis g) wurden unter Berücksichtigung der Ziele des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu Buchstabe a) sind die administrativen Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu den Buchstaben b) bis g) sind die DMP-Dokumentationsdaten.

Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:

Zu Buchstabe b) bis d) sowie f) und g): Die Auswertung bezieht sich auf Empfehlungen unter Nummer 1.4 sowie 1.5 und orientiert sich an Qualitätszielen zur leitliniengerechte Therapie unter Nummer 2.

Zu Buchstabe b) und c): Auszuwerten sind hier mindestens die Anteile der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit weniger als zwei Jahren Erkrankungsdauer, die eine Remission (DAS-28-Werte < 2,6) erreichen, und der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer Erkrankungsdauer von zwei Jahren oder mehr, die eine niedriger Krankheitsaktivität (DAS-28-Werte < 3,2) erreichen.

Zu Buchstabe d): Auszuwerten ist mindestens der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit moderatem Therapieansprechen, mit gutem Therapieansprechen und derer ohne Therapieansprechen. Zur Berechnung des Therapieansprechens wird der Differenzwert zwischen dem DAS-28-Wert der letzten verfügbaren Dokumentation vor der aktuellen Dokumentation und dem DAS-28-Wert der aktuellen Dokumentation gebildet (entsprechend der Vorgaben unter „Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen“). Je nach Höhe des DAS-28-Wertes in der aktuellen Dokumentation und des Differenzwertes wird die folgende Einteilung vorgenommen:

- **Gutes Therapieansprechen:** Liegt der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation kleiner oder gleich 3,2 Punkten, so gilt ein Differenzwert von mehr als 1,2 Punkten als gutes Therapieansprechen.
- **Moderates Therapieansprechen:** Liegt der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation größer als 3,2 Punkte und kleiner oder gleich 5,1 Punkte, so gilt ein Differenzwert von mehr als 0,6 Punkten als moderates Therapieansprechen. Liegt der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation größer als 5,1 Punkte, gilt ein Differenzwert von mehr als 1,2 Punkten als moderates Therapieansprechen.
- **Kein Therapieansprechen:** Liegt der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation kleiner oder gleich 5,1 Punkten, ist ein Differenzwert von 0,6 Punkten oder weniger als nicht ausreichendes Therapieansprechen definiert. Liegt der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation größer als 5,1 Punkte, ist ein Differenzwert von 1,2 Punkten oder weniger als nicht ausreichendes Therapieansprechen definiert.

Zu Buchstabe e): Auszuwerten sind die Schulungsraten entsprechend der Vorgaben unter „Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen“.

Zu Buchstabe f): Auszuwerten ist mindestens der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bestehender dauerhafter Glukokortikoidtherapie länger als 6 Monate, mit bestehender Glukokortikoidtherapie bis zu 6 Monate lang und ohne Glukokortikoidtherapie.

Zu Buchstabe g): Auszuwerten ist mindestens der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bestehender DMARD-Therapie, der Anteil derer, die sich aktuell in einer Therapiepause befinden, derer, die eine Kontraindikation aufweisen und der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die keine DMARD-Therapie erhalten.

Mit dem vorliegenden Beschluss zur DMP-A-RL wurden erstmalig Evaluationsparameter für ein DMP Rheumatoide Arthritis festgelegt. Die für die Auswertungen erforderlichen Dokumentationsparameter können jedoch erst mit Umsetzung der DMP-Verträge erhoben werden. Um einen ausreichend langen Auswertungszeitraum sicherzustellen, innerhalb dessen aussagefähige Ergebnisse generiert werden können, sieht der G-BA die Notwendigkeit, von den bestehenden Regelungen des § 6 Absatz 3 Nr. 2 DMP-A-RL abzuweichen. Die Möglichkeit von abweichenden Regelungen zum Evaluations- und Bewertungszeitraum bei chronischen Erkrankungen, für die der G-BA erstmalig Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme erlässt, wurde bereits in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 19. Juni 2014 dargestellt.

Daher legt der G-BA für den erstmalig zu erstellenden Bericht einen Evaluationszeitraum von 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1. Tag des Quartals, welches auf die früheste Zulassung eines DMP Rheumatoide Arthritis folgt. Für anschließend zu erstellende Folgeberichte gelten die Bestimmungen des § 6 Absatz 3 Nr. 2 DMP-A-RL.

Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2, das heißt der Vergleich der Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten nicht durchgeführt werden. Folglich wurden keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

## Zu Anlage 22 Dokumentationsbogen

Die Dokumentationsparameter dienen der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten Anforderungen an die Evaluation.

### 3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der Anlage I.

### 4. Verfahrensablauf

Am 16. November 2017 begann die AG mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusssentwurfes. In 24 Sitzungen wurde der Beschlusssentwurf erarbeitet und im Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende **Tabelle**).

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
<b>16. November 2017</b>	AG-Sitzung	Einführung in den Arbeitsauftrag, Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>26. Januar 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>1. Februar 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>20. April 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>24. Mai 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>7. Juni 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>24. Juli 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>12. September 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>10. Oktober 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>22. November 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>6. Dezember 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis

<b>31. Januar 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>21. März 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>16. April 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>17. Mai 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>6. Juni 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>6. August 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>18. Oktober 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>21. November 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>11. Dezember 2019</b>	Unterausschuss DMP	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>13. Mai 2020</b>	Unterausschuss DMP	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>11. August 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>1. September 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>30. September 2020</b>	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
<b>10. November 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>17. November 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>3. Dezember 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>9. Dezember 2020</b>	Unterausschuss DMP	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen, Anhörung, Beschlussempfehlung



*(Tabelle Verfahrensablauf)***Stellungnahmeverfahren**

Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Absatz 8 Satz 2 SGB V wurde den stellungnahmeberechtigten Organisationen (vgl. **Anlage II**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom 30. September 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am 2. Oktober 2020 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage III**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 30. Oktober 2020.

Es wurden 12 Stellungnahmen fristgerecht eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen und Rückmeldungen befinden sich in **Anlage IV**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage V** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in drei Arbeitsgruppensitzung am 10. November 2020, 17. November 2020 und 3. Dezember 2020 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 9. Dezember 2020 durchgeführt (**Anlage V**). Die Anhörung wurde in der Sitzung des Unterausschusses DMP am 9. Dezember 2020 durchgeführt (**Anlage V**). Die stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 2. Oktober 2020 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage V**)

**5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **18. März 2021** beschlossen, die DMP-A-RL zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

**6. Literaturverzeichnis**

1. **Accortt NA, Lesperance T, Liu M, Rebello S, Trivedi M, Li Y, et al.** Impact of Sustained Remission on the Risk of Serious Infection in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2018;70(5):679-684.
2. **Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJ, et al.** EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017;76(1):17-28.
3. **Albrecht K.** Gender-spezifische Unterschiede der Komorbidität bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 2014;73(7):607-614.
4. **Albrecht K, Callhoff J, Edelmann E, Schett G, Schneider M, Zink A.** Klinische Remission bei rheumatoider Arthritis: Daten aus der Früharthritiskohortenstudie CAPEA. *Z Rheumatol* 2016;75(1):90-96.
5. **Albrecht K, Luque Ramos A, Hoffmann F, Redeker I, Zink A.** High prevalence of diabetes in patients with rheumatoid arthritis: results from a questionnaire survey linked to claims data. *Rheumatology (Oxford)* 2018;57(2):329-336.

6. **Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al.** 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010;69(9):1580-1588.
7. **Arts EE, Fransen J, Den Broeder AA, van Riel P, Popa CD.** Low disease activity (DAS28 $\leq$ 3.2) reduces the risk of first cardiovascular event in rheumatoid arthritis: a time-dependent Cox regression analysis in a large cohort study. *Ann Rheum Dis* 2017;76(10):1693-1699.
8. **Baecklund E, Ekbom A, Soren P, Feltelius N, Klareskog L.** Disease activity and risk of lymphoma in patients with rheumatoid arthritis: nested case-control study. *BMJ* 1998;317(7152):180-181.
9. **Baillet A, Gossec L, Carmona L, Wit M, van Eijk-Hustings Y, Bertheussen H, et al.** Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2016;75(6):965-973.
10. **Bergert FW, Braun M, Ehrental K, Feßler J, Gross J, Hüttner U, et al.** Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation; Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten [online]. 16.04.2014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2013. [Zugriff: 12.06.2017]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-043l\\_S2e\\_Multimedikation\\_2014-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf).
11. **Bergman-Evans B.** Improving medication management for older adult clients. Iowa City (USA): University of Iowa College of Nursing; 2012.
12. **Bombardier C, Hazlewood GS, Akhavan P, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et al.** Canadian Rheumatology Association recommendations for the pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: part II safety. *J Rheumatol* 2012;39(8):1583-1602.
13. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression, Langfassung, 2. Auflage, Version 5 [online]. Registernummer nvl-005. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2015. [Zugriff: 04.05.2017]. URL: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>.
14. **Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et al.** Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *J Rheumatol* 2012;39(8):1559-1582.
15. **Dachverband Osteologie (DVO).** Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen: Kurzfassung und Langfassung; Version 1a [online]. Essen (GER): DVO; 2014. [Zugriff: 25.04.2018]. URL: <http://www.dv-osteologie.org/uploads/Leitlinie%202014/DVO->

[Leitlinie%20Osteoporose%202014%20Kurzfassung%20und%20Langfassung%20Version%201a%2012%2001%202016.pdf](#).

16. **Dachverband Osteologie (DVO).** Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern [online]. AWMF-Registernummer 183-001. 31.12.2017. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2017. [Zugriff: 28.11.2018]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/183-001l\\_S3\\_Osteoporose-Prophylaxe-Diagnostik-Therapie\\_2018-04.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/183-001l_S3_Osteoporose-Prophylaxe-Diagnostik-Therapie_2018-04.pdf).
17. **Den Uyl D, ter Wee M, Boers M, Kerstens P, Voskuyl A, Nurmohamed M, et al.** A non-inferiority trial of an attenuated combination strategy ('COBRA-light') compared to the original COBRA strategy: clinical results after 26 weeks. *Ann Rheum Dis* 2014;73(6):1071-1078.
18. **Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie.** Handlungsempfehlungen zur sequenziellen medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis 2012: adaptierte EULAR Empfehlungen und aktualisierter Therapiealgorithmus [online]. 07.2012. Düsseldorf (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [Zugriff: 07.07.2017]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-004l\\_S1\\_Medikamentöse\\_Therapie\\_rheumatoide\\_Arthritis\\_2012-verlaengert\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-004l_S1_Medikamentöse_Therapie_rheumatoide_Arthritis_2012-verlaengert_01.pdf).
19. **Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh).** Interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis [online]. AWMF-Registernummer: 060-002. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2019. [Zugriff: 08.01.2020]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-002l\\_S3\\_Fruehe\\_Rheumatoide-Arthritis-Management\\_2019-12\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002l_S3_Fruehe_Rheumatoide-Arthritis-Management_2019-12_01.pdf).
20. **Englbrecht M, Alten R, Aringer M, Baerwald CG, Burkhardt H, Eby N, et al.** High Prevalence of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis - Data from The Large Cross-Sectional VADERA II Study. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2016;75:479-480.
21. **Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C, Leipe J, Weseloh C, Frerix M, et al.** S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. *Z Rheumatol* 2018;77(Suppl 2):35-53.
22. **Fransen J, van Riel PLCM.** The Disease Activity Score and the EULAR Response Criteria. *Rheum Dis Clin N Am* 2009;35:745-757.
23. **Gerlich C, Andreica I, Kuffner R, Krause D, Lakomek HJ, Reusch A, et al.** Evaluation einer Basisschulung für Patienten mit rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 2020.
24. **Hetland ML, Horslev-Petersen K.** The CIMESTRA study: intra-articular glucocorticosteroids and synthetic DMARDs in a treat-to-target strategy in early rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2012;30(4 Suppl 73):S44-49.
25. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).** Bundesarztregister [online]. Berlin (GER): KBV. [Zugriff: 25.02.2020]. URL: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>.

26. **Ledingham J, Gullick N, Irving K, Gorodkin R, Aris M, Burke J, et al.** BSR and BHPR guideline for the prescription and monitoring of non-biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs. *Rheumatology (Oxford)* 2017;56(6):865-868.
27. **Luque Ramos A, Redeker I, Hoffmann F, Callhoff J, Zink A, Albrecht K.** Comorbidities in Patients with Rheumatoid Arthritis and Their Association with Patient-reported Outcomes: Results of Claims Data Linked to Questionnaire Survey. *J Rheumatol* 2019.
28. **Malaviya AP, Ledingham J, Bloxham J, Bosworth A, Buch M, Choy E, et al.** The 2013 BSR and BHPR guideline for the use of intravenous tocilizumab in the treatment of adult patients with rheumatoid arthritis: Full guideline. *Rheumatology [online]*. 2014;53:1-11. URL: <https://academic.oup.com/rheumatology/article/53/7/1344/1794832>.
29. **Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M.** The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52(12):2136-2148.
30. **Moreno G, Mangione CM, Kimbro L, Vaisberg E.** Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 update. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(11):2020-2026.
31. **National Collaborating Centre for Chronic Conditions.** Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults [online]. London (GBR): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2009. [Zugriff: 29.01.2018]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg79/evidence/full-guideline-pdf-242191265>.
32. **National Guideline Centre, National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Multimorbidity: clinical assessment and management [online]. 09.2016. London (GBR): NICE; 2016. [Zugriff: 11.04.2017]. (NICE guideline; Band 56). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/evidence/full-guideline-2615543103>.
33. **National Health and Medical Research Council.** Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis [online]. South Melbourne (AUS): Royal Australian College of General Practitioners; 2009. [Zugriff: 29.01.2018]. URL: [http://www.racgp.org.au/download/documents/Guidelines/Musculoskeletal/racgp\\_r\\_a\\_guideline.pdf](http://www.racgp.org.au/download/documents/Guidelines/Musculoskeletal/racgp_r_a_guideline.pdf).
34. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Medicines optimisation: The safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes [online]. London (GBR): NICE; 2015. [Zugriff: 21.08.2017]. (NICE Guideline; Band 5). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/evidence/full-guideline-pdf-6775454>.
35. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Type 2 diabetes in adults: management [online]. London (GBR): NICE; 2015. [Zugriff: 15.01.2020]. (Nice Guideline; Band 28). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/evidence/full-guideline-pdf-78671532569>.
36. **Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al.** Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [online]. 03.2015 (11.2016). London (GBR): National Collaborating Centre

- for Primary Care; 2009. [Zugriff: 22.06.2017]. (Clinical guideline; Band 76). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/evidence/full-guideline-pdf-242062957>.
37. **Nurmohamed MT, Heslinga M, Kitas GD.** Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 2015;11(12):693-704.
  38. **Ohrndorf S, Weber M-C, Hermann S, Aupperle K, Follendorf B, Krahl D, et al.** Patient Reported Outcomes (PROs) im rheumatologischen Praxisalltag – App hat sich bewährt. *Aktuelle Rheumatologie* 2018;58(01):52-56.
  39. **Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al.** Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2014(10):Cd008165. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008165.pub3/abstract>.
  40. **Ramiro S, Sepriano A, Chatzidionysiou K, Nam JL, Smolen JS, van der Heijde D, et al.** Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2017;76(6):1101-1136.
  41. **Reusch A, Braun J, Ehlebracht-Konig I, Lind-Albrecht G, Janiche H, Lakomek HJ, et al.** Rahmenkonzept für rheumatologische Patientenschulungen. *Z Rheumatol* 2016;75(10):950-953.
  42. **Robert Koch Institut (RKI).** Wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung einer Impfung mit dem Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff. *Epidemiologisches Bulletin* 2018;50:541-570.
  43. **Roubille C, Richer V, Starnino T, McCourt C, McFarlane A, Fleming P, et al.** The effects of tumour necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2015;74(3):480-489.
  44. **Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Pictor M, et al.** Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2014(4):Cd007768. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007768.pub3/abstract>.
  45. **Schiff MH, Jaffe JS, Freundlich B.** Head-to-head, randomised, crossover study of oral versus subcutaneous methotrexate in patients with rheumatoid arthritis: drug-exposure limitations of oral methotrexate at doses  $\geq 15$  mg may be overcome with subcutaneous administration. *Ann Rheum Dis* 2014;73(8):1549-1551.
  46. **Schneider M, Lelgemann M, Abholz HH, Blumenroth M, Flügge C, Gerken M, et al.** Interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis [online]. Düsseldorf (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2011. [Zugriff: 18.07.2014]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-002l\\_S3\\_Management\\_fruehe\\_rheumatoide\\_Arthritis\\_2011-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002l_S3_Management_fruehe_rheumatoide_Arthritis_2011-10.pdf).
  47. **Schwarze M, Fieguth V, Schuch F, Sandner P, Edelmann E, Handel A, et al.** Krankheitsbezogener Wissenserwerb durch strukturierte Patienteninformation bei

- Rheumatoider Arthritis (StruPI-RA): erste Ergebnisse der StruPI-RA-Studie in Deutschland. *Z Rheumatol* 2020 [Epub ahead of print].
48. **Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)**. Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline [online]. Edinburgh (GBR): SIGN; 2011. [Zugriff: 29.01.2018]. (SIGN Guidelines; Band 123). URL: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign123.pdf>.
  49. **Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al**. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016;68(1):1-26.
  50. **Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al**. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010;69(4):631-637.
  51. **Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al**. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75(1):3-15.
  52. **Smolen JS, Landewe R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al**. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017;76(6):960-977.
  53. **Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al**. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014;73(3):492-509.
  54. **Smolen JS, Landewe RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A, et al**. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020.
  55. **Steffen A, Holstiege J, Goffrier B, Bätzing J**. Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland – eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten [online]. Berlin (GER): Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi); 2017. [Zugriff: 25.02.2020]. (Versorgungsatlas-Bericht; Band 17/08). URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=85>.
  56. **Strehl C, Bijlsma JW, de Wit M, Boers M, Caeyers N, Cutolo M, et al**. Defining conditions where long-term glucocorticoid treatment has an acceptably low level of harm to facilitate implementation of existing recommendations: viewpoints from an EULAR task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75(6):952-957.
  57. **Van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Bostrom C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al**. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2012;71(1):13-19.
  58. **van Halm VP, Peters MJ, Voskuyl AE, Boers M, Lems WF, Visser M, et al**. Rheumatoid arthritis versus diabetes as a risk factor for cardiovascular disease: a cross-sectional study, the CARRE Investigation. *Ann Rheum Dis* 2009;68(9):1395-1400.

59. **Verschueren P, De Cock D, Corluy L, Joos R, Langenaken C, Taelman V, et al.** Methotrexate in combination with other DMARDs is not superior to methotrexate alone for remission induction with moderate-to-high-dose glucocorticoid bridging in early rheumatoid arthritis after 16 weeks of treatment: the CareRA trial. *Ann Rheum Dis* 2015;74(1):27-34.
60. **Westhoff G, Schneider M, Raspe H, Zeidler H, Runge C, Volmer T, et al.** Advance and unmet need of health care for patients with rheumatoid arthritis in the German population--results from the German Rheumatoid Arthritis Population Survey (GRAPS). *Rheumatology (Oxford)* 2009;48(6):650-657.
61. **Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, Krause D, Lakomek HJ, Mau W, et al.** Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. *Z Rheumatol* 2017;76(3):195-207.
62. **Zink A, Manger B, Kaufmann J, Eisterhues C, Krause A, Listing J, et al.** Evaluation of the RABBIT Risk Score for serious infections. *Ann Rheum Dis* 2014;73(9):1673-1676.

## **7. Zusammenfassende Dokumentation**

- Anlage I: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage III: An die stellungnahmeberechtigten Organisationen versandter Beschlussentwurf zur DMP-A-RL sowie versandte Tragende Gründe
- Anlage IV: Stellungnahmen
- Anlage V: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 18. März 2021

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Bürokratiekostenermittlung zum Beschluss über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis - Dokumentation)**

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird eine neue Informationspflicht für Ärztinnen und Ärzte eingeführt. Hierbei handelt es sich um die Erstellung teilnehmerbezogener Dokumentationen im DMP Rheumatoide Arthritis gemäß den Vorgaben in Anlage 22 sowie der indikationsübergreifenden Dokumentation gemäß Anlage 2 DMP-A-RL. Im Folgenden werden die mit der Änderung der DMP-A-RL einhergehenden Bürokratiekosten für Ärztinnen und Ärzte geschätzt.

Die Anzahl der künftig in dem DMP Rheumatoide Arthritis eingeschriebenen Patientinnen und Patienten ist mit großen Unsicherheiten verbunden, weshalb eine Einschätzung der Fallzahl nur eine Annäherung darstellen kann. Die Anzahl der in dem DMP Rheumatoide Arthritis eingeschriebenen Patientinnen und Patienten wird auf etwa 192.500 geschätzt. Wie viele Versicherte sich tatsächlich in den nächsten Jahren einschreiben werden, wird sich erst nach Etablierung des DMP sowie dessen konkreter Ausgestaltung auf regionaler Ebene zeigen.

Es wird davon ausgegangen, dass durch die neue Informationspflicht zum DMP Rheumatoide Arthritis den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten ein einmaliger Einarbeitungsaufwand von 60 Minuten entsteht. Zudem wird die Anzahl der beteiligten Ärzte auf eine Fallzahl von etwa 27.550 Ärztinnen und Ärzten geschätzt. Aufgrund der schwer vorhersehbaren Teilnahmebereitschaft an diesem neuen DMP Rheumatoide Arthritis stellt die Schätzung der beteiligten Ärztinnen und Ärzte einen Annäherungswert dar. Insofern entstehen im Zuge der Einarbeitung einmalige Bürokratiekosten von insgesamt geschätzt 1.468.415 Euro (53,30 Euro x 27.550).

Durch die Einführung der Dokumentation ergeben sich zudem jährlich fortlaufende Bürokratiekosten. In diesem Zusammenhang wird für die Bürokratiekostenermittlung davon ausgegangen, dass im Durchschnitt drei Dokumentationen pro Patienten und Jahr erstellt werden. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass für die Dokumentation eines Parameters 0,5 Minuten erforderlich sind. Dabei wird für die Erstdokumentation stets hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) vorausgesetzt; für die Erstellung der Folgedokumentationen wird ein Mischansatz aus hohem (53,30 Euro/h) und niedrigem (21,00 Euro/h) Qualifikationsniveau im Verhältnis 50:50 zugrunde gelegt, da Teile der DMP-Dokumentation an Praxispersonal delegiert werden können. Damit entstehen für die Dokumentation je Parameter im Rahmen der Erstdokumentation Bürokratiekosten in Höhe von 0,44 Euro sowie für die Dokumentation je Parameter im Rahmen einer Folgedokumentation in Höhe von 0,31 Euro. Es wird davon ausgegangen, dass jährlich geschätzt fünf Prozent der eingeschriebenen Patientinnen und Patienten aus dem DMP ausscheiden und dafür entsprechend Neueinschreibungen erfolgen.



Die Anzahl der zu dokumentierenden Parameter ergibt sich aus Anlage 22 DMP-A-RL (Rheumatoide Arthritis Dokumentation) und Anlage 2 DMP-A-RL (indikationsübergreifende Dokumentation).

Tabelle 1: Anzahl der im DMP Rheumatoide Arthritis zu dokumentierenden Parameter

Anlage	Anzahl Dokumentationsparameter bei Erstdokumentation	Anzahl Dokumentationsparameter bei Folgedokumentation	Geschätzte Bürokratiekosten je Erstdokumentation in Euro	Geschätzte Bürokratiekosten je Folgedokumentation in Euro
Anlage 22	8	8	3,52 Euro	2,48 Euro
Anlage 2 <sup>1</sup>	8	6	3,52 Euro	1,86 Euro
<b>Gesamt</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>7,04</b>	<b>4,34 Euro</b>

Im Jahr der Einschreibung ergeben sich aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten von 15,72 Euro je Patienten. In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr Bürokratiekosten von geschätzt 13,02 Euro je Patienten.

Bei einer geschätzten Fallzahl von 192.500 Patientinnen und Patienten ergeben sich im Jahr der Einschreibung aus einer Erstdokumentation sowie zwei Folgedokumentationen geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 3.026.100 Euro.

In den Folgejahren ergeben sich bei drei Folgedokumentationen pro Jahr geschätzte Bürokratiekosten in Höhe von 2.506.350 Euro.

---

<sup>1</sup> Hinsichtlich Anlage 2 wird davon ausgegangen, dass ein Teil der geforderten administrativen Daten automatisch in der elektronischen Dokumentation hinterlegt wird (DMP-Fallnummer, Name der/des Versicherten, Geburtsdatum der/des Versicherten, Kostenträgername, Kostenträgerkennung, Versicherten-Nummer, Vertragsarzt- bzw. Betriebsstättennummer, Krankenhaus-Institutionskennzeichen, Datum). Die Felder Nr. 10 (Einschreibung wegen) sowie Nr. 12 (Geschlecht) sind einmalig zu dokumentieren. Weitere sechs Felder der indikationsübergreifenden Dokumentation sind regelmäßig zu erheben (Körpergröße, Körpergewicht, Blutdruck, Raucher, Begleiterkrankungen, Dokumentationsintervall). Hieraus ergeben sich für die Erstdokumentation acht Parameter und für die Folgedokumentation sechs Parameter.

**Verteiler für das Stellungnahmeverfahren  
nach § 137f Abs. 2 Satz 5, Abs. 8 Satz 2 SGB V und § 91 Abs. 5 und 5a SGB V  
zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der  
Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der  
Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)**

(Stand: 2. Oktober 2020)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesärztekammer</li> <li>• Bundespsychotherapeutenkammer</li> <li>• Bundeszahnärztekammer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsgemeinschaft Privater Heime Bundesverband e.V.</li> <li>• Bundesverband Ambulante Dienste und Stationäre Einrichtungen e.V.</li> <li>• Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.</li> <li>• Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V.</li> <li>• Deutscher Heilbäderverband e.V.</li> <li>• Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V.</li> <li>• Verband Physikalische Therapie e.V.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutsche Rentenversicherung Bund</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spitzenverband der Heilmittelerbringer (SHV) e.V.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesverband Medizintechnologie e.V.</li> <li>• Bundesverband der Hörgeräte-Industrie e.V.</li> <li>• Bitkom Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V.</li> <li>• VDGH Verband der Diagnostica-Industrie e. V.</li> <li>• SPECTARIS – Deutscher Industrieverband für Optik, Photonik, Analysen- und Medizintechnik e. V.</li> <li>• Bundesinnung der Hörakustiker K.d.ö.R.</li> <li>• Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung e.V.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deutscher Psoriasis Bund e.V.</li> <li>• Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.</li> <li>• Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesamt für Soziale Sicherung</li> </ul>
<p>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (mit der Bitte um entsprechende Weiterleitung)</p>
<p>Non-AWMF-Fachgesellschaften:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)</li> <li>• Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft e.V. (DPhG)</li> <li>• Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)</li> <li>• Europäische Vereinigung für Vitalität und Aktives Altern e.V. (EVAA)</li> <li>• Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland (GAÄD)</li> <li>• GwG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. (vormals: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GWG))</li> <li>• Studiengemeinschaft Orthopädieschuhtechnik e.V.</li> </ul>



# Beschlussentwurf

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über die XX. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Stand: 01.10.2020 nach Sitzung des Unterausschusses DMP

### Legende:

**Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

**Grau hinterlegt:** von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

Unterstreichungen markieren Unterschiede zwischen dissidenten Positionen

**Blaue Schrift:** Ergänzungen im Vergleich zur geltenden Fassung der DMP-A-RL

Vom **Beschlussdatum**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT 26.06.2014 B3, AT 26.08.2014, B2), zuletzt geändert am **T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ V)**, wie folgt zu ändern:

I. Die Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt geändert:

1. Die laufende Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/ Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/ chronischer Rückenschmerz/ Depressionen/ <b>Osteoporose/ rheumatoide Arthritis</b> “

**KBV, DKG, PatV**

**GKV-SV,**

2. Die laufenden Nummern 13, 14 und 17 werden wie folgt gefasst:			[streichen]
Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung	
„13	Körpergröße <sup>5)</sup>	m	
14	Körpergewicht <sup>5)</sup>	Kg	
17	Begleiterkrankungen <sup>5)</sup>	Arterielle Hypertonie / Fettstoffwechselstörung / Diabetes mellitus / KHK / AVK / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen	
<sup>5)</sup> Dieser Dokumentationsparameter ist im DMP Rheumatoide Arthritis nicht auszufüllen.“			

27

28 II. Die Anlagen 21 und 22 der DMP-Anforderungen-Richtlinie werden nach Anlage 20  
29 angefügt:

30 „Anlage 21 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen  
31 und Patienten mit Rheumatoider Arthritis

32 1. **Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter**  
33 **Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten**  
34 **verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen**  
35 **Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

#### 36 1.1 Definition der rheumatoiden Arthritis

37 Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine chronisch entzündliche systemische  
38 Autoimmunerkrankung, die mit Schmerzen, Gelenkschwellungen, Einschränkungen der  
39 Beweglichkeit und fortschreitender Gelenkzerstörung einhergeht und neben Gelenken auch  
40 Sehnen, Bänder, Schleimbeutel und innere Organe befallen und auch zu einer verkürzten  
41 Lebenserwartung führen kann.

#### 42 1.2 Diagnostik

43 Die Diagnosestellung basiert auf der Anamneseerhebung, dem klinischen Befund,  
44 Laboruntersuchungen und, wenn indiziert bildgebenden Verfahren.

45 Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- 46 - Schmerz (Lokalisation, zeitlicher Verlauf, Schmerzqualität),
- 47 - Morgensteife  $\geq$  60 Minuten,
- 48 - allgemeines Krankheitsgefühl bis hin zu subfebrilen Temperaturen.

49 Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von:

- 50 - druckschmerzhafte und geschwollene Gelenke und deren Verteilungsmuster,
- 51 - Bewegungseinschränkung,
- 52 - extraartikuläre Manifestationen (z. B. Rheumaknoten).

53 Die Labordiagnostik der rheumatoiden Arthritis umfasst insbesondere:

- 54 - Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)
- 55 - C-reaktives Protein (CRP)
- 56 - IgM-Rheumafaktor (RF)
- 57 - Antikörper gegen cyclische citrullinierte Peptide (ACPA)
- 58 Zur Primärdiagnostik bei rheumatoider Arthritis gehört eine Röntgenuntersuchung,
- 59 insbesondere die dorsovolare Aufnahme beider Hände und Füße (mit einer zweiten Ebene).
- 60 Das Fehlen entsprechender Röntgenveränderungen schließt das Vorliegen einer frühen
- 61 rheumatoiden Arthritis nicht aus.
- 62 Im Rahmen der Diagnosestellung sind die ACR/EULAR-Klassifikationskriterien anzuwenden.
- 63 Hierfür müssen die folgenden beiden Voraussetzungen erfüllt sein:
- 64 - Eine klinisch gesicherte Synovitis mindestens eines Prädilektionsgelenks und
- 65 - fehlende Hinweise für eine andere Ursache der Synovitis (z. B. Trauma, andere
- 66 entzündliche oder degenerative Gelenkaffektion)
- 67 Prädilektionsgelenke der RA sind die Hand-, Fingergrund- (MCP) und Fingermittelgelenke
- 68 (PIP 1-5) sowie die Zehengrundgelenke (MTP 2-5). Ausgeschlossen sind die
- 69 Daumensattelgelenke (CMC 1), die Großzehengrundgelenke (MTP 1) sowie die Finger- und
- 70 Zehenendgelenke (DIP).
- 71 Verwendete Abkürzungen: ACR: American College of Rheumatology; ACPA: Antikörper gegen zyklisch citrullinierte
- 72 Peptide; BSG: Blutsenkungsgeschwindigkeit; CMC: Carpometacarpalgelenke; CRP: C-reaktives Protein; DIP:
- 73 distale Interphalangealgelenke; EULAR: European League Against Rheumatism; MCP:
- 74 Metacarpophalangealgelenke; MTP: Metatarsophalangealgelenke; PIP: proximale Interphalangealgelenke; RA:
- 75 rheumatoide Arthritis; RF: Rheumafaktor
- 76 Zur Beurteilung der ACR/EULAR-Klassifikationskriterien wird in der I. Kategorie (s. Tabelle 1)
- 77 die Anzahl der geschwellenen oder druckschmerzhaften Gelenke erfasst. Treffen unter der
- 78 Kategorie I mehrere Antworten zu, ist hier nur die Antwort mit dem höchsten Wert anzugeben.
- 79 So gilt z.B. bei der Beteiligung von vier kleinen Gelenken (3 Punkte) und zwei mittelgroßen
- 80 Gelenken (1 Punkt) als höchster Wert 3 Punkte. Der höchste Wert wird in die letzte Zeile
- 81 eingetragen.

82  
83

*Tabelle 1: Anzahl geschwollener und/oder druckschmerzhafter Gelenke*

I. Anzahl geschwollener / druckschmerzhafter Gelenke	Punkte
0-1 (mittel-)großes Gelenk <sup>b</sup>	0
2-10 (mittel-)große Gelenke	1
1-3 kleine Gelenke <sup>c</sup>	2
4-10 kleine Gelenke <sup>c</sup>	3
mehr als 10 Gelenke <sup>d</sup>	5
<b>Höchster Wert Kategorie I:</b>	—

84

85 <sup>a</sup> Für die Bewertung eines Gelenks als betroffenes Gelenk muss nicht für jedes Gelenk die

86 Eingangsdefinition einer definitiven Synovitis erfüllt sein. Es wird jedes geschwollene oder

87 druckschmerzhaftes Gelenk der in der Kategorie I definierten Gelenke gewertet.

88 <sup>b</sup> Definition (mittel-)große Gelenke: Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie-, Sprunggelenke.

89 <sup>c</sup> Definition kleine Gelenke: Fingergrund- (MCP) und Fingermittelgelenke (PIP) 1-5; Zehengrundgelenke

90 (MTP) 2-5, Großzehnmittelgelenke (IP 1) und Handgelenke. Ausgeschlossen von der Bewertung sind:

91 Daumensattelgelenke (CMC 1), Großzehengrundgelenke (MTP 1), Finger- und Zehenendgelenke (DIP).  
 92 Kleine Gelenke werden unabhängig von einer Beteiligung der großen Gelenke erfasst.

93 <sup>d</sup> Mindestens ein beteiligtes Gelenk aus der Kategorie „kleine Gelenke“; ansonsten beliebige Kombination  
 94 von großen und kleinen Gelenken möglich.

95 In der Kategorie II (s. Tabelle 2) werden die rheumaspezifischen Laborparameter RF und  
 96 ACPA erfasst. Treffen unter der Kategorie II mehrere Antworten zu, ist hier nur die Antwort mit  
 97 dem höchsten Wert anzugeben. So gilt z.B. bei niedrig positiven ACPA (2 Punkte) und einem  
 98 hoch positiven RF (3 Punkte) als höchster Wert 3 Punkte. Der höchste Wert wird in die letzte  
 99 Zeile eingetragen.

100

101 *Tabelle 2: Spezifische Laborparameter*

II. Spezifische Laborparameter <sup>e</sup>	Punkte
RF <b>und</b> ACPA negativ	0
RF <b>oder</b> ACPA niedrig positiv	2
RF <b>oder</b> ACPA hoch positiv	3
<b>Höchster Wert Kategorie II:</b>	—

102 <sup>e</sup> RF oder ACPA werden als negativ gewertet, wenn deren Wert unterhalb oder gleich des oberen  
 103 Normwertes liegt, als niedrig positiv, wenn deren Wert über dem oberen Normwert liegt und als hoch-  
 104 positiv, wenn deren Wert über dem 3-fachen des oberen Normwertes liegt. Liegt der RF nur als „positiv“  
 105 oder „negativ“ vor, ist ein positiver Rheumafaktor als niedrig positiv zu werten.

106 In der Kategorie III (s. Tabelle 3) sind die unspezifischen Entzündungsparameter  
 107 Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und C-reaktives Protein angegeben. Der höchste Wert  
 108 wird in die letzte Zeile eingetragen.

109 *Tabelle 3: Unspezifische Entzündungsparameter*

III. Unspezifische Entzündungsparameter <sup>f</sup>	Punkte
CRP <b>und</b> BSG normal	0
CRP <b>oder</b> BSG abnormal	1
<b>Höchster Wert Kategorie III:</b>	—

110 <sup>f</sup> Das Kriterium ist erfüllt, wenn CRP oder BSG erhöht bzw. abnormal sind. Die Festlegung „normal /  
 111 abnormal“ erfolgt standardisiert durch das Labor. Bei der BSG sind physiologisch erhöhte Werte (Alter,  
 112 Geschlecht, Schwangerschaft) zu berücksichtigen und im Zweifelsfalle nicht zu werten.

113 In der IV. Kategorie III (s. Tabelle 4) wird schließlich die Symptombdauer erfasst. Besteht die  
 114 Symptomatik schon länger als 6 Wochen, ist eine 1 anzugeben, anderenfalls eine 0.

115 *Tabelle 4: Dauer der Symptomatik*

IV. Symptombdauer <sup>g</sup>	Punkte
Weniger als 6 Wochen	0
6 Wochen oder mehr	1
<b>Höchster Wert Kategorie IV:</b>	—

116 <sup>g</sup> Definition Symptombdauer: Bezieht sich auf das Gelenk, welches zum Zeitpunkt der Untersuchung nach  
 117 Angabe des Patienten am längsten betroffen ist.

118 Sind alle Angaben erfolgt, so wird die Summe aus dem jeweils höchsten Wert der Kategorien  
 119 I bis IV gebildet (s. Tabelle 5).

120  
 121

Tabelle 5: Bildung des Summenwertes

Höchster Wert Kategorie I	_____
Höchster Wert Kategorie II	+ _____
Höchster Wert Kategorie III	+ _____
Höchster Wert Kategorie IV	+ _____
<b>Summe:</b>	<b>= _____</b>

122 Eine **Summe von  $\geq 6$  Punkten** bedeutet, dass eine **hinreichend gesicherte Diagnose einer**  
 123 **rheumatoiden Arthritis** vorliegt. Maximal können 10 Bewertungspunkte erreicht werden.

124

125 **1.3 Einschreibekriterien**

126 Eingeschrieben werden können Patienten und Patientinnen ab dem vollendeten  
 127 18. Lebensjahr

- 128 - bei Vorliegen einer bereits gesicherten rheumatoiden Arthritis oder
- 129 bei Vorliegen einer klinisch gesicherten Synovitis mindestens eines
- 130 Prädilektionsgelenks (Handgelenke, Fingergrund- und Fingermittelgelenke (außer
- 131 Daumensattelgelenk) und Zehengrundgelenke (außer Großzehengrundgelenk)) sowie
- 132 fehlenden Hinweisen für eine andere Ursache der Synovitis und mindestens 6 Punkten
- 133 (von maximal 10 zu erreichenden Punkten) nach den ACR/EULAR
- 134 Klassifikationskriterien (gemäß Nummer 1.2). Werden 6 Punkte nicht erreicht, kann
- 135 eine Einschreibung nicht erfolgen. Bei weiterhin vorliegendem Verdacht auf
- 136 rheumatoide Arthritis ist eine Vorstellung bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für
- 137 Innere Medizin und Rheumatologie erforderlich.

<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.</p>
---	--

138 Bei allen Patientinnen und Patienten ist nach Erstdiagnose eine Vorstellung bei der Fachärztin  
 139 oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie innerhalb von drei Monaten  
 140 anzustreben. Die bisher im Rahmen der Diagnosestellung erhobenen Befunde (z. B. klinische  
 141 Befunde, Laborbefunde, bildgebende Verfahren) sind zur Verfügung zu stellen.

<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung</p>
---	---

	Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.
--	--

142 Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in  
143 Nummer 1.4 genannten Therapieziele von einer Einschreibung profitieren kann.

#### 144 **1.4 Therapieziele**

145 Es sind folgende Therapieziele anzustreben, die eine selbstbestimmte Lebensführung  
146 unterstützen:

- 147 - Erhalt und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- 148 - Senkung der Mortalität
- 149 - Erreichen einer langanhaltenden Remission oder niedrigen Krankheitsaktivität bei  
150 jedem Patienten
- 151 - Vermeidung struktureller Gelenkschäden
- 152 - Verbesserung der Funktionalität und Beweglichkeit
- 153 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- 154 - Schmerzreduktion

<b>PatV</b>	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>
- Verminderung von Fatigue	<i>[streichen]</i>

#### 155 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

##### 156 **1.5.1 Allgemeine Maßnahmen und Schutzimpfungen**

157 Empfehlungen zum Lebensstil sollen den Nutzen einer gesunden Ernährung, einer  
158 regelmäßigen Bewegung und eines Tabakverzichts betonen. Rauchen ist mit einem  
159 aggressiveren Krankheitsverlauf und einem schlechteren Therapieansprechen assoziiert.

160 Bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis besteht aufgrund der  
161 immunsuppressiven Therapie ein erhöhtes Infektionsrisiko. Deshalb sollte auf einen  
162 ausreichenden Impfschutz nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen  
163 Bundesausschusses (SI-RL) in der jeweils geltenden Fassung geachtet werden. Vermehrte  
164 Impfreaktionen oder Exazerbationen der rheumatoiden Arthritis sind durch Impfungen mit  
165 Totimpfstoffen nicht beobachtet worden. Lebendimpfstoffe sollten während der  
166 immunsuppressiven Therapie grundsätzlich nicht verabreicht werden.

167 Die Ärztin oder der Arzt soll die Patientin oder den Patienten zu regelmäßiger körperlicher  
168 Aktivität und Sport ermutigen. Die positiven Effekte sind im Erhalt und der Verbesserung von  
169 Gelenkführung und Beweglichkeit, in einer ausreichend kräftigen Muskulatur, sowie in der  
170 Wirkung auf den Gesamtorganismus zu sehen. Bei Empfehlungen bezüglich Intensität und  
171 Sportart ist die individuelle Belastbarkeit in jedem Fall zu berücksichtigen. Im akuten Schub  
172 sollten die Aktivitäten schmerzadaptiert angepasst werden, können jedoch häufig  
173 weitergeführt werden.

##### 174 **1.5.2 Nichtmedikamentöse Maßnahmen**

175 Zu den nichtmedikamentösen Maßnahmen gehören insbesondere Heilmitteltherapie,  
176 Hilfsmittelversorgung, Funktionstraining, Patientenschulungen und Leistungen der  
177 medizinischen Rehabilitation. Unabhängig von Schwere und Stadium der Erkrankung soll die  
178 behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt individuell prüfen, ob die Patientin oder der



179 Patient von nichtmedikamentösen Maßnahmen profitieren kann. Diese umfassen  
 180 insbesondere folgende Therapien:

181 Heilmitteltherapie:

182 - Physiotherapeutische Maßnahmen: Insbesondere Patientinnen und Patienten mit  
 183 Schädigungen der Gelenkfunktionen (z. B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität)  
 184 sowie Beeinträchtigungen im Bereich von Muskelkraft, -ausdauer und Koordination,  
 185 häufig verbunden mit Schmerzen, sollen Zugang zu physiotherapeutischen  
 186 Maßnahmen (vorrangig Krankengymnastik, auch im Bewegungsbad, gegebenenfalls  
 187 ergänzt durch weitere physikalische Therapien, z. B. Wärme-/Kältetherapie) erhalten.  
 188 Dabei muss die Therapie immer wieder individuell an die aktuelle Krankheitsaktivität  
 189 angepasst werden.

190 - Ergotherapie: Patienten und Patientinnen mit rheumatisch bedingten  
 191 Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten, insbesondere im Bereich der Mobilität, der  
 192 Selbstversorgung und des häuslichen Lebens, soll eine ergotherapeutische Therapie  
 193 und Beratung angeboten und bei Bedarf eine entsprechende Verordnung ausgestellt  
 194 werden. Im Rahmen der motorisch-funktionellen Behandlung kann auch eine  
 195 Versorgung mit ergotherapeutischen Schienen erfolgen.

**PatV**

Ergänzend zur Physiotherapie und Ergotherapie sollen die Patienten auf das Funktionstraining hingewiesen und bei Bedarf eine entsprechende Verordnung ausgestellt werden.

**GKV-SV,  
DKG, KBV**

*[keine Aufnahme]*

196

**PatV**

- Podologie: Bei Patientinnen oder Patienten mit einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie an den Füßen, ist unter den Voraussetzungen §§ 27 ff Heilmittel-Richtlinie die Verordnung einer podologischen Therapie angezeigt.

**GKV-SV,  
DKG, KBV**

*[keine Aufnahme]*

197 Hilfsmittel:

198 Bei rheumatisch bedingten Gelenkbeschwerden trotz leitliniengerechter Therapien werden  
 199 Patientinnen und Patienten über die Möglichkeiten einer fachgerechten Versorgung mit  
 200 Einlagen, Bandagen, Orthesen und Schuhen gemäß Hilfsmittelverzeichnis informiert und bei  
 201 Bedarf eingeleitet. Ein weiterer Bedarf zur Hilfsmittelversorgung wie z. B. Mobilitätshilfen,  
 202 therapeutische Bewegungsgeräte und Adaptionshilfsmittel zur Adaption von  
 203 Alltagsgegenständen ist zu prüfen. Bei schmerzhaft eingeschränkter Handfunktion ist eine  
 204 orthetische Versorgung der Handgelenke in Erwägung zu ziehen.

205 **1.5.3 Medikamentöse Therapie**

206 Die krankheitsmodifizierende Therapie soll unmittelbar nach Diagnosestellung begonnen  
 207 werden, denn ein früher Behandlungsbeginn hat belegtermaßen einen günstigen Effekt auf  
 208 die radiologische Progression, den Erhalt und die Wiederherstellung der Funktionalität, das  
 209 Erreichen einer anhaltenden Remission und eine Reduktion der erhöhten Mortalität (Window  
 210 of opportunity). Bei der Therapieentscheidung sollen die Krankheitsaktivität, die bestehenden  
 211 strukturellen Schäden, Komorbiditäten und Sicherheitsaspekte berücksichtigt werden.

212 **1.5.3.1 Glukokortikoide**

213 Glukokortikoide sollten zu Beginn der Therapie einer rheumatoiden Arthritis ergänzend zur  
 214 konventionellen synthetischen krankheitsmodifizierenden Medikation (csDMARD) verabfolgt  
 215 werden. Die tägliche Startdosis kann bis 30 mg Prednisolonäquivalent betragen. Eine

216 Reduzierung der Dosis auf  $\leq 5$  mg Prednisolonäquivalent pro Tag innerhalb von acht Wochen  
 217 wird empfohlen. Die Glukokortikoidgabe sollte wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen  
 218 auf drei bis sechs Monate beschränkt werden. Eine Therapie mit Glukokortikoiden über sechs  
 219 Monate hinaus sollte vermieden werden. Bei längerer Gabe der Glukokortikoide über sechs  
 220 Monate hinaus ist die Indikation zur Reduktion bis zum Absetzen regelmäßig zu überprüfen  
 221 und umzusetzen. Patientinnen und Patienten können im Verlauf der rheumatoiden Arthritis bei  
 222 notwendigem DMARD-Wechsel wegen unerwünschter Arzneimittelwirkung oder erhöhter  
 223 entzündlicher Aktivität kurzfristig erneut so niedrig dosiert wie möglich Glukokortikoide  
 224 erhalten, diese sollten jedoch so schnell wie klinisch durchführbar wieder reduziert werden.

225 Die intraartikuläre Gabe von Glukokortikoiden bei einzelnen Gelenken mit hoher entzündlicher  
 226 Aktivität als zusätzliche Maßnahme zur DMARD-Therapie kann sinnvoll sein.

227 **1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation (Disease-modifying anti-rheumatic drugs,**  
 228 **DMARD)**

229 DMARDs werden wie folgt unterschieden:

- 230 - konventionelle synthetische DMARDs (csDMARDs)
- 231 - zielgerichtete synthetische DMARDs (tsDMARDs)
- 232 - biologische DMARDs (bDMARDs)

233 **Therapiestufe 1 (Starttherapie)**

234 Als Mittel der ersten Wahl wird Methotrexat empfohlen, wenn keine Kontraindikationen  
 235 (insbesondere Niereninsuffizienz, zeitnah geplante oder bestehende Schwangerschaft,  
 236 Knochenmarkserkrankung, schwere Leberfunktionsstörung) vorliegen. In der Regel werden  
 237 als Startdosis 15 mg einmal pro Woche empfohlen. Methotrexat kann, auch unter  
 238 Berücksichtigung der Patientenpräferenz, subkutan oder oral verabreicht werden. Bei oraler  
 239 Gabe soll die individuell unterschiedliche Bioverfügbarkeit berücksichtigt werden. Bei einer  
 240 Steigerung der Dosis über 15 mg pro Woche

<b>GKV-SV</b>	<b>DKG, KBV, PatV</b>
kann eine subkutane Gabe vorteilhaft sein.	ist eine subkutane Gabe vorteilhaft.

241 Mit einem Wirkeintritt von Methotrexat ist innerhalb von vier bis sechs Wochen zu rechnen.  
 242 Die Methotrexatdosis sollte in der Regel nicht 25 mg subkutan pro Woche überschreiten.

243 Bei Methotrexat-Gabe soll standardmäßig eine Folsäure-Substitution (einmal 5 [bis 10] mg ca.  
 244 24 Stunden nach der Methotrexat-Gabe) verordnet werden.

245 Falls Methotrexat nicht einsetzbar ist (z. B. wegen Kontraindikationen), soll eine Therapie mit  
 246 Leflunomid (Standarddosis 10 bis 20 mg/Tag je nach Schwere (Aktivität) der Erkrankung) oder  
 247 mit Sulfasalazin (Standarddosis 2000 mg/Tag) begonnen werden.

248 **Therapiestufe 2 (erste Eskalation durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin**  
 249 **und Rheumatologie)**

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>	<b>KBV</b>
<i>[keine Aufnahme]</i>	Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.

250 Wenn nach spätestens 12 Wochen unter der Starttherapie noch kein adäquates  
 251 Therapieansprechen oder wenn spätestens nach 24 Wochen noch keine Remission erreicht  
 252 werden konnte, soll die Therapie eskaliert werden:

- 253 - Bei Fehlen von ungünstigen Prognosefaktoren und moderater Krankheitsaktivität kann

<p><b>GKV-SV, PatV</b>                  ein Wechsel zu einem anderen csDMARD in Monotherapie oder</p>	<p><b>KBV, DKG</b>                  [keine Aufnahme]</p>
---	--

254 eine Kombination mehrerer csDMARDs eingesetzt werden.

- 255 - Bei ungünstigen Prognosefaktoren oder bei hoher Krankheitsaktivität soll die  
 256 Kombination von Methotrexat mit einem bDMARD oder tsDMARD zum Einsatz  
 257 kommen.

258 Nach unzureichendem Ansprechen zweier csDMARD-Therapien sollte eine bDMARD- oder  
 259 tsDMARD-Therapie zum Einsatz kommen. Jede bDMARD- und tsDMARD-Therapie sollte,  
 260 wenn möglich, mit Methotrexat kombiniert werden.

261 **Therapiestufe 3 (zweite Eskalation durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere**  
 262 **Medizin und Rheumatologie)**

<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b>                  [keine Aufnahme]</p>	<p><b>KBV</b>                  Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.</p>
---	--

263 Bei nicht ausreichendem Ansprechen (Verfehlen des Therapieziels) oder Unverträglichkeit der  
 264 ersten bDMARD-Therapie sollte der Wechsel auf ein alternatives bDMARD mit gleichem oder  
 265 anderem Wirkprinzip oder auf ein tsDMARD erfolgen. Ein nochmaliger Wechsel ohne  
 266 Änderung des Wirkprinzips ist nicht sinnvoll. Wird die Therapie nach csDMARDs mit einem  
 267 tsDMARD anstatt einem bDMARD begonnen, so sollte bei Nichtansprechen auf ein bDMARD  
 268 gewechselt werden.

269 **1.5.3.3 Deeskalation der DMARD-Therapie**

270 Wenn nach Ausschleichen der Glukokortikoidmedikation über mindestens 6 Monate eine  
 271 anhaltende Remission („sustained remission“) besteht, kann eine Deeskalation der DMARD-  
 272 Therapie erwogen werden. Diese sollte durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere  
 273 Medizin und Rheumatologie erfolgen. Sie sollte – wie alle Therapieentscheidungen – dem  
 274 Patienten erläutert und gemeinsam mit diesem entschieden werden (partizipative  
 275 Entscheidungsfindung, engl.: „shared decision“).

276

<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b>                  [keine Aufnahme]</p>	<p><b>KBV</b>                  Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.</p>
---	--

277 Es gibt bislang nur wenig Studien zur DMARD-Deeskalation. Diese sollte grundsätzlich, je  
 278 nach DMARD, in Form eines „Taperings“ (Dosisreduktion) oder „Spacings“ (Verlängerung der  
 279 Applikationsintervalle) erfolgen. Ein sofortiges Absetzen einer DMARD-Therapie wird nicht  
 280 empfohlen, zumal eine therapiefreie Remission, d. h. ein vollständiger Verzicht auf eine  
 281 DMARD-Therapie nur äußerst selten bei der rheumatoiden Arthritis erreicht werden kann. Ziel  
 282 ist die Ermittlung der individuell notwendigen Dosis zum Erhalt einer Remission, was eine  
 283 engmaschige rheumatologische Verlaufskontrolle erfordert. Im Falle eines „Flares“ unter  
 284 Deeskalation kann durch Wiederaufnahme der ursprünglich verabreichten Dosis der  
 285 Vortherapie in der Regel eine erneute Remission erreicht werden.

#### 286 **1.5.3.4 Begleitmedikation**

287 Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) haben bei der rheumatoiden Arthritis keinen  
 288 krankheitsmodifizierenden Effekt. Sie können im Bedarfsfall in der niedrigsten wirksamen  
 289 Dosis und so kurz wie möglich aufgrund ihrer schmerzlindernden Wirkung eingesetzt werden.

#### 290 **1.5.3.5 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

291 Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder  
 292 der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder  
 293 mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder  
 294 mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten  
 295 Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

296 Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche vom Patienten  
 297 tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert  
 298 erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um  
 299 Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen  
 300 dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die  
 301 einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung  
 302 Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden.  
 303 Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer  
 304 Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der  
 305 eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

306 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch  
 307 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach  
 308 § 31a SGB V informiert.

### 309 **1.6 Komorbiditäten**

310 Die rheumatoide Arthritis wird von zahlreichen Komorbiditäten begleitet. Diese sollten  
 311 sorgfältig erfasst und behandelt werden. Die Koordination ihrer Behandlung obliegt dem  
 312 koordinierenden Arzt bzw. der koordinierenden Ärztin gemäß Nummer 1.8.1.

#### 313 **Kardiovaskuläre Komorbidität:**

314 Bei Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis sind im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung  
 315 Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkte und plötzliche Herztodesfälle  
 316 häufiger. Die rheumatoide Arthritis ist ein unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre  
 317 Erkrankungen. Die kardiovaskuläre Komorbidität erhöht die Mortalität der rheumatoiden  
 318 Arthritis. Die klassischen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Übergewicht,  
 319 Rauchen, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus oder Immobilität sind bei  
 320 Menschen mit rheumatoider Arthritis häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Daher sollen  
 321 diese Faktoren besonders beachtet und ihre angemessene Behandlung angestrebt werden,  
 322 gegebenenfalls in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt bzw. der behandelnden  
 323 Hausärztin. Eine niedrige Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis führt zu einer  
 324 Verminderung kardiovaskulärer Ereignisse.

#### 325 **Diabetes mellitus:**

326 Der bei Patienten und Patientinnen mit rheumatoider Arthritis als Komorbidität auftretende  
 327 Diabetes mellitus sollte rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden. Dazu gehören  
 328 insbesondere Blutzuckerkontrollen im Rahmen einer systemischen Glukokortikoidtherapie.

### 329 **Depressionen:**

330 Die Depression ist eine relevante und häufige Komorbidität der rheumatoiden Arthritis und  
 331 sollte daher bei Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis besondere  
 332 Beachtung finden.

### 333 **Malignome:**

334 Bei einer rheumatoiden Arthritis ist das Risiko von Malignomen erhöht. Das trifft besonders auf  
 335 das Non-Hodgkin-Lymphom zu. Nach derzeitiger Datenlage kann keine Erhöhung der  
 336 Malignomrate durch die DMARD-Therapie festgestellt werden.

### 337 **Infektionen:**

338 Das Risiko von Infektionen ist bei Patienten mit rheumatoider Arthritis erhöht und korreliert mit  
 339 der Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis. Zusätzlich erhöhen insbesondere  
 340 Glukokortikoide und DMARD-Therapien, vor allen bDMARDs, das Infektionsrisiko. Unter einer  
 341 Immunsuppressiven Therapie können sowohl die klinische Symptomatik als auch die  
 342 laborchemischen Entzündungsparameter maskiert werden. Entsprechend dem eingesetzten  
 343 DMARD sind die Empfehlungen der Fachinformationen zu speziellen Infektionsrisiken und  
 344 zum Vorgehen zu beachten. Beim Auftreten von schweren Infektionen kann eine  
 345 Therapiepause nach Möglichkeit in Absprache mit der Fachärztin oder dem Facharzt für Innere  
 346 Medizin und Rheumatologie, vor allem bei Behandlung mit bDMARDs erforderlich sein.

### 347 **Osteoporose:**

348 Eine rheumatoide Arthritis ist bei Frauen und Männern ein unabhängiger Risikofaktor für  
 349 Frakturen. Daneben erhöhen eine Glukokortikoidtherapie und andere klinischen  
 350 Risikofaktoren das Auftreten einer Osteoporose. Die individuelle Risikokonstellation bezüglich  
 351 des Auftretens einer Osteoporose sollte einmal jährlich bei allen Patientinnen und Patienten  
 352 klinisch abgeschätzt werden. Die Durchführung einer Osteodensitometrie mittels zentraler  
 353 DXA zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung ist zu prüfen, wenn aufgrund  
 354 konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine medikamentöse Therapie der  
 355 Osteoporose beabsichtigt ist. Generelle Empfehlungen zur Vorbeugung einer Osteoporose  
 356 sind insbesondere körperliche Aktivität, ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie  
 357 Verzicht auf Rauchen.

## 358 **1.7 Verlaufskontrollen**

359 Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchung sind:

- 360 - Beurteilung der Krankheitsaktivität:
  - 361 - anamnestisch,
  - 362 - klinisch, anhand des Scores DAS-28 (BSG),
  - 363 - laborchemisch: BSG und CRP,
- 364 - Beurteilung der Verträglichkeit der Medikation:
  - 365 - anamnestisch,
  - 366 - klinisch,
  - 367 - laborchemisch: Blutbild, insbesondere Leber- und Nierenwerte,
- 368 - ggf. Anpassung der Medikation (z. B. Reduktion bzw. Absetzen der Glukokortikoide,  
 369 NSAR),
- 370 - Überprüfung der Notwendigkeit einer Überweisung gemäß Nummer 1.8.2.

371 Es sind jährliche Konsultationen bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin  
 372 und Rheumatologie anzustreben. Längere Intervalle sollen mit der Fachärztin oder mit dem  
 373 Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie abgestimmt werden.

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>	<b>KBV</b>
[keine Aufnahme]	Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.

374 Unabhängig von den individuell erforderlichen regelmäßigen Verlaufskontrollen erfolgt die  
 375 Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie mittels der in Anlage 22 aufgeführten Parameter  
 376 quartalsweise oder jedes zweite Quartal.

377 **1.8 Kooperation der Versorgungssektoren**

378 Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis erfordert die  
 379 Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte  
 380 Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

381 **1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

382 Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen  
 383 des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt

<b>KBV</b>	<b>GKV-SV</b>	<b>DKG</b>	<b>PatV</b>
entweder durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben, durch die Fachärztin bzw. den Facharzt - für Innere Medizin und Rheumatologie, - mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie - mit Teilgebiet Rheumatologie, - mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie oder durch die rheumatologisch fortgebildete Orthopädin bzw. den	grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Rheumatoider Arthritis eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin/einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, eine internistische Fachärztin/einen internistischen Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie	durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. Sie kann auch durch - eine Fachärztin / einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder - eine internistische Fachärztin/einen internistischen Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder - eine Fachärztin / einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder eine	durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch die Fachärztin / den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, die Fachärztin / den Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder die Fachärztin / den Facharzt mit Teilgebiet Rheumatologie oder durch eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f

<p>rheumatologisch fortgebildeten Orthopäden. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt erfolgen.</p>	<p>oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Die Überweisungsregeln in Nummer 1.8.2 sind von der Ärztin, vom Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung</p>	<p>Fachärztin / einen Facharzt für Orthopädie jeweils mit der Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie oder</p> <p>- eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,</p> <p>erfolgen. Dies insbesondere dann, wenn sich die Patientin oder der Patient bereits vor Einschreibung in der Behandlung dieser Fachärzte befunden hat oder die Behandlung bei diesen Fachärzten aufgrund der Schwere der Erkrankung oder bereits eskalierter Therapie (siehe Kapitel 1.5.3.2) notwendig ist</p>	<p>Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p> <p>Die Überweisungsregeln in Nummer 1.8.2 sind von der Ärztin, vom Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.</p>
--	---	---	--

	der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.		
--	---	--	--

384 **1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt**  
 385 **zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder**  
 386 **zur qualifizierten Einrichtung**

387 Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung oder Weiterleitung zur jeweils  
 388 qualifizierten Ärztin oder zum jeweils qualifizierten Arzt oder zur qualifizierten Einrichtung  
 389 erfolgen:

390 Zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie nach Erstdiagnose  
 391 innerhalb von drei Monaten, sofern die Erstdiagnose nicht durch die Fachärztin oder den  
 392 Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gestellt wurde,

- 393 - sofern kein adäquates Therapieansprechen unter der Starttherapie spätestens nach  
 394 zwölf Wochen oder sofern keine Remission nach spätestens 24 Wochen,
- 395 - bei nicht ausreichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit der weiteren  
 396 DMARD-Therapien,
- 397 - zur Prüfung der Frage einer Deeskalation der DMARD-Therapie,
- 398 - zur regelmäßigen Verlaufskontrolle einschließlich der Prüfung der Indikation einer  
 399 radiologischen Kontrolle.

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> [keine Aufnahme]	<b>KBV</b> Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.
--	---

- 400
- 401 Zu jeweils qualifizierten Leistungserbringergruppen
- 402 - zur Klärung der Notwendigkeit eines gelenkchirurgischen Eingriffes vorzugsweise zum  
 403 Facharzt oder zur Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie,
  - 404 - zur Kontrolle von Organmanifestationen,
  - 405 - zur Vermeidung von Therapiekomplikationen,
  - 406 - bei Verdacht oder Auftreten von Komorbiditäten.

407 **1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

408 Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und  
 409 Patienten unter folgenden Bedingungen:

- 410 - zur Therapie von schweren Erkrankungen einschließlich ihrer krankheits- oder  
 411 therapiebedingten Komplikationen,

<b>DKG, PatV</b> - wenn aufgrund der Komplexität oder Schwere der Erkrankung eine multimodale rheumatologische Komplexbehandlung erforderlich ist.	<b>GKV-SV, KBV</b> [streichen]
---	-----------------------------------



412 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine  
413 Einweisung.

#### 414 **1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

415 Die Ärztin oder der Arzt hat individuell zu prüfen, ob Leistungen der medizinischen  
416 Rehabilitation angezeigt sind.

417 Dabei sind die Schwere der Erkrankung, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und  
418 Folgeerkrankungen sowie psychosoziale Belastungen und die daraus resultierenden  
419 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung relevanter  
420 Kontextfaktoren zu beachten.

421 Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die  
422 Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, Behinderungen im Sinne des § 2  
423 SGB IX einschließlich Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder deren  
424 Verschlimmerung zu verhüten.

#### 425 **2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

426 Die allgemeinen Voraussetzungen für die qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser  
427 Richtlinie geregelt.

#### 428 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Erreichen und Erhalten einer Remission	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Erkrankungsdauer von weniger als 2 Jahren seit Diagnosestellung: Angemessener Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert < 2,6
2	Erreichen und Erhalten einer niedrigen Krankheitsaktivität	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Erkrankungsdauer von 2 Jahren oder mehr seit Diagnosestellung: Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert < 3,2
3	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Therapieansprechen	Nur für Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert $\geq 3,2$ bei Einschreibung: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer relevanten Verbesserung im DAS-28
4	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoeinschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer

5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit RR unter 140/90 mmHg bei bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit RR systolisch $\leq 139$ mmHg und diastolisch $\leq 89$ mmHg bei bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit bekannter Hypertonie
6	Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Glukokortikoidtherapie: Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Glukokortikoidtherapie, die länger als sechs Monate dauert
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer DMARD-Therapie	Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne vereinbarte Therapiepause: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer DMARD-Therapie
8	Hoher Anteil an geschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung noch nicht geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung teilgenommen haben
9	Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben
10	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger körperlicher Aktivität	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im Dokumentationszeitraum regelmäßig körperlich aktiv waren, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen dies möglich ist

429

430 **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**  
431 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

432 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der  
433 rheumatoiden Arthritis gemäß Nummer 1.3 gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient

434 im Hinblick auf die in Nummer 1.4 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren  
435 und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

### 436 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

437 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser  
438 Richtlinie geregelt.

### 439 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

440 Versicherte mit rheumatoider Arthritis können ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in das  
441 strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 und  
442 1.3 genannten Kriterien erfüllen.

## 443 **4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2** 444 **Satz 2 Nummer 4 SGB V)**

445 Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der  
446 strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten  
447 Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten  
448 Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die  
449 Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

### 450 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

451 Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie  
452 geregelt.

### 453 **4.2 Schulungen der Versicherten**

454 Jede Patientin und jeder Patient mit Rheumatoider Arthritis soll Zugang zu einem strukturierten

#### **GKV-SV, DKG**

, in der Regel evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten.

Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss. Die Publikation muss spätestens 18 Monate nach Abschluss der Evaluation vorliegen.

Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, sollen nur noch diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen.

Bereits laufende Evaluationsstudien zu anderen in den Verträgen integrierten Schulungen können innerhalb des vorgesehenen Evaluationszeitraumes von vier Jahren zu Ende geführt werden.

#### **KBV, PatV**

, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Es liegen aktuell zwei zielgruppenspezifische und strukturierte Patientenschulungen für Patienten mit RA vor, die im ambulanten Setting evaluiert wurden und positive Effekte gezeigt haben. Diese sind die Patientenschulung „Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis – StruPI-RA“ und die Patientenschulung „Basisschulung RA“. Zu beiden Evaluationsstudien liegen Publikationen vor.

Während dieses Zeitraums können die Verträge hinsichtlich dieser Schulungen unverändert weitergeführt werden.	
---	--

455

456 Die Schulung dient insbesondere der Einübung und Vertiefung eines adäquaten  
457 Selbstmanagements, z. B. durch ein Grundverständnis der Erkrankung und der  
458 therapeutischen Maßnahmen.

459 Im Übrigen gelten die in § 4 genannten Anforderungen. Bei jeder Vorstellung des Patienten  
460 und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung geprüft werden, ob eine  
461 Schulung empfohlen werden soll.

462 **5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**  
463 **(§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

464 Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie sind  
465 mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- 466 a) Tod
- 467 b) Remission
- 468 c) niedrige Krankheitsaktivität
- 469 d) moderates und gutes Therapieansprechen
- 470 e) Schulungen
- 471 f) Dauertherapie mit Glukokortikoide
- 472 g) DMARD-Therapie

473 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 der DMP-Anforderungen-  
474 Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein  
475 DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter  
476 festgelegt.

477 Abweichend von § 6 Absatz 3 Nummer 2 DMP-A-RL endet der Evaluationszeitraum für den  
478 erstmalig zu erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem 1. Tag des der  
479 frühesten Zulassung eines DMP Rheumatoide Arthritis folgenden Quartals.

480

481 **Anlage 22 Rheumatoide Arthritis – Dokumentation**

Rheumatoide Arthritis - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktuelle Krankheitsaktivität - DAS-28-Wert	Zahl (0,0-9,9; Angabe mit einer Nachkommastelle) <sup>1</sup>
2	Erkrankungsdauer der Rheumatoiden Arthritis (zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation)	Weniger als zwei Jahre / Zwei Jahre oder mehr
3	Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt <sup>2</sup>	Ja / Nein
4	<b>DKG, KBV, PatV</b> Begleiterkrankung Hypertonie <b>GKV-SV</b> [streichen]	Ja / Nein
Medikamentöse und sonstige Maßnahmen		
4	Aktuelle Glukokortikoidtherapie wegen Rheumatoider Arthritis	Ja, bis zu 6 Monate lang / Ja, länger als 6 Monate / Nein
5	Aktuelle DMARD-Therapie	Ja / Nein / Kontraindikation / Therapiepause vereinbart
6	Regelmäßige körperliche Aktivität	Ja / Nein / Nicht möglich
Schulung		
7	Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Rheuma-Schulung teilgenommen <sup>3</sup>	Ja / Nein
8	Rheuma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
9	Rheuma- Schulung wahrgenommen <sup>4</sup>	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen“

482 <sup>1</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Es ist der aktuelle DAS-28-Wert einzutragen. Mit der Eingabe des  
483 DAS-28-Wertes bei der aktuellen Dokumentation wird zusätzlich die Differenz zwischen dem aktuellen  
484 DAS-28-Wert und dem DAS-28-Wert der vorherigen Dokumentation angezeigt.

485 <sup>2</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Das Osteoporoserisiko soll mindestens einmal jährlich klinisch  
486 eingeschätzt werden,

487 <sup>3</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angabe ist nur bei der Erstdokumentation auszufüllen.

488 <sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten und allen folgenden  
489 Dokumentationen (Folgedokumentation) zu machen.

490

491 III. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im  
492 Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft.

493 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter  
494 [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

495

496 Berlin, den Beschlussdatum

497

498 Gemeinsamer Bundesausschuss  
499 gemäß § 91 SGB V  
500 Der Vorsitzende

501

502 Prof. Hecken



# 1 Tragende Gründe

## 2 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen 3 Bundesausschusses über die **XX.** Änderung der 4 DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): 5 Änderung der Anlage 2, Ergänzung der 6 Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der 7 Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis – 8 Dokumentation)

9 Stand: 02.10.2020 nach Sitzung des Unterausschusses DMP

### 11 Legende:

12 **Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

13 **Grau hinterlegt:** von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

14 Unterstreichungen markieren Unterschiede zwischen dissidenten Positionen

16 Vom **Beschlussdatum**

### 18 Inhalt

19	1.	Rechtsgrundlage .....	2
20	2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
21	3.	Bürokratiekostenermittlung .....	33
22	4.	Verfahrensablauf .....	34
23	5.	Fazit .....	36
24	6.	Literaturverzeichnis.....	36
25	7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	36

26

## 27 **1. Rechtsgrundlage**

28 Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen  
29 Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember  
30 2011 wurde die Regelungskompetenz für die Inhalte der strukturierten  
31 Behandlungsprogramme vom Bundesministerium für Gesundheit (Rechtsverordnung) auf den  
32 Gemeinsamen Bundesausschuss (Richtlinien) übertragen. Gemäß § 137f Absatz 2 SGB V  
33 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien Anforderungen an die  
34 Ausgestaltung von Strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Absatz 1 SGB V, die  
35 er gemäß § 137f Absatz 2 Satz 6 SGB V regelmäßig zu überprüfen hat.

## 36 **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### 37 **Allgemeines:**

38 Die Anforderungen der DMP-A-RL an die Behandlung von DMP werden nach dem aktuellen  
39 Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien  
40 oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des  
41 jeweiligen Versorgungssektors normiert, vgl. § 137f Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Bei der  
42 Auslegung der DMP-A-RL ist zu beachten, dass sich die Formulierungen der Richtlinie auch  
43 an Leitlinientexten orientieren.

44 Wissenschaftliche Grundlage für die Aktualisierung sind insbesondere die vom IQWiG  
45 vorgelegte „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter  
46 Empfehlungen für ein DMP Rheumatoide Arthritis“ vom 3. März 2016 sowie die aktualisierte  
47 „Leitliniensynopse für ein DMP Rheumatoide Arthritis“ (Rapid Report) vom 24. November  
48 2017. Die folgenden Ausführungen erläutern die Anforderungen an die Behandlung von  
49 Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA).

50 Die verwendeten Weiterbildungsbezeichnungen nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung  
51 der Bundesärztekammer schließen auch die Ärztinnen und Ärzte ein, welche eine  
52 entsprechende Bezeichnung nach altem Recht in den jeweiligen Bundesländern führen.

53 Mit dem am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen § 137f Absatz 8 SGB V (neu) hat der  
54 Gesetzgeber dem G-BA aufgetragen, bei jeder Erstfassung oder regelmäßigen Überprüfung  
55 seiner Richtlinien nach § 137f Absatz 2 SGB V die Aufnahme geeigneter digitaler  
56 medizinischer Anwendungen zu prüfen.

57 Der Unterausschuss DMP hat in seiner Sitzung am 10. Juli 2019 die AG DMP-Richtlinie mit  
58 der indikationsübergreifenden Beratung beauftragt, da er einheitliche Regelungen für alle DMP  
59 hinsichtlich der qualitativen Anforderungen an digitale Anwendungen im DMP anstrebt. Diese  
60 Beratung ist bis zur Beschlussfassung noch nicht abgeschlossen. Insofern hat der G-BA für  
61 die Indikation Rheumatoide Arthritis eine systematische Literaturübersicht vom 17. Oktober  
62 2019 zu den in den letzten 10 Jahren in deutscher oder englischer Sprache publizierten  
63 Studien, systematischen Reviews und Health-Technology-Berichten durchgeführt. Der GBA  
64 stellt fest, dass bereits einige digitale medizinische Anwendungen evaluiert wurden. Es wurden  
65 30 Publikationen zu 25 Einzelstudien und 6 systematische Reviews gefunden. Knapp die  
66 Hälfte der Studien waren randomisiert und kontrolliert durchgeführt worden. In Bezug auf in  
67 Deutschland verfügbare digitale medizinische Anwendungen wurde lediglich eine einarmige  
68 Beobachtungsstudie [45] in Bezug zum deutschen Versorgungskontext identifiziert. Diese  
69 Machbarkeitsstudie berichtet Einschätzungen von digitalen medizinischen Anwendungen  
70 durch Patientinnen und Patienten, medizinische Fachangestellte und Ärztinnen und Ärzte und  
71 macht keine Aussage über patientenrelevante Endpunkte. Zu in Deutschland verfügbaren  
72 Anwendungen konnten keine Publikationen zu Studien ermittelt werden.

73 Vor diesem Hintergrund konnten keine konkreten Empfehlungen zu digitalen medizinischen  
74 Anwendungen für das DMP RA aufgenommen werden.

75

### 76 **Zu DMP-A-RL Anlage 2 (Indikationsübergreifende Dokumentation):**



77 Die Änderung der Anlage 2 der DMP-A-RL durch eine Ergänzung der laufenden Nummer 10  
 78 um die Ausprägung Rheumatoide Arthritis wurde infolge der Ergänzung eigenständiger  
 79 Anforderungen an DMP Rheumatoide Arthritis erforderlich.

<b>DKG, KBV, PatV</b>	<b>GKV-SV</b>
<p>Laut § 28f der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung - RSAV) sollen personenbezogene Daten in den strukturierten Behandlungsprogrammen nach §137f des SGB V nur für die Behandlung, die Festlegung der Qualitätssicherungsziele und -maßnahmen und deren Durchführung, die Überprüfung der Einschreibung nach § 28d, die Schulung der Versicherten und Leistungserbringer und die Evaluation jeweils nach den Richtlinien des G-BA nach § 137f des SGB V genutzt werden. Für die Dokumentationsfelder 13, 14 und 17 der Anlage 2 der DMP-A-RL sind diese Zwecke nicht erfüllt, da die Parameter, die in den Dokumentationsfeldern 13 (Körpergröße) und 14 (Körpergewicht) erfasst werden, in der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) nicht adressiert werden und die im Dokumentationsfeld 17 enthaltenen Parameter (Begleiterkrankungen) nicht vollständig die in der Anlage 21 aufgeführten Begleiterkrankungen widerspiegeln bzw. zusätzliche Erkrankungen enthalten, die in der Anlage 21 nicht adressiert werden. Die verpflichtende Erfassung dieser personenbezogenen Daten bei fehlender Zweckbindung widerspricht den gesetzlichen Vorgaben. Aus diesem Grund und im Sinne der Entbürokratisierung am Ort der Leistungserbringung sollen diese Dokumentationsfelder in Rahmen des DMP Rheumatoide Arthritis nicht abgefragt werden.</p>	[streichen]

80

### 81 **Zu Nummer 1.1 Definition**

82 Die Definition der rheumatoiden Arthritis (RA) zielt überblicksartig auf die Ätiologie und die  
 83 wesentlichen klinischen Merkmale der Erkrankung ab. Sie orientiert sich an den Leitlinien der  
 84 IQWiG-Leitlinienrecherche [16,35,38,40,56,58,61].

### 85 **Zu Nummer 1.2 Diagnostik**

86 Die Empfehlungen zur Diagnostik der rheumatoiden Arthritis wurden auf Basis der S3-Leitlinie  
 87 zum Management der frühen rheumatoiden Arthritis erarbeitet [21]. Die Diagnosestellung  
 88 erfolgt dabei insbesondere durch Anamnese, körperliche Untersuchung, Labordiagnostik und  
 89 ggf. Bildgebung. Im Rahmen der Diagnosestellung sind die ACR/EULAR-  
 90 Klassifikationskriterien anzuwenden, wie sie in der Richtlinie dargestellt sind, die eine  
 91 systematische Einordnung der diagnostischen Kriterien und damit die Diagnosestellung  
 92 erlauben. Die ACR/EULAR-Klassifikationskriterien wurden entwickelt, um die Erkrankung der  
 93 Patientin oder des Patienten möglichst verlässlich in einem früheren Stadium der Arthritis als  
 94 rheumatoide Arthritis klassifizieren zu können, um so eine frühe Therapie zu ermöglichen.  
 95 Diese Klassifikationskriterien können ausdrücklich auch zur Diagnosestellung einer frühen RA  
 96 verwendet werden und finden in den seit 2010 veröffentlichten Leitlinien Berücksichtigung  
 97 (IQWiG-Bericht). Voraussetzung für die Anwendung der Klassifikationskriterien ist das  
 98 Vorliegen einer klinisch gesicherten Synovitis, die auf keine andere Ursache zurückzuführen  
 99 ist [7]. In der S3-Leitlinie [21] bezieht sich die Voraussetzung einer Synovitis ausschließlich auf  
 100 die Prädilektionsgelenke, d.h. auf die für die RA-typischen Gelenke, nämlich die Hand-,  
 101 Fingergrund-, Fingermittel- und Zehengrundgelenken, außer den Daumensattel- und den  
 102 Großzehengrundgelenken. Entsprechend der S3-Leitlinie [21] wurden die Voraussetzungen  
 103 zur Anwendung der Klassifikationskriterien in diesem DMP formuliert.

104 Bei der Diagnosestellung ist besondere Sorgfalt geboten, um insbesondere die vielfältigen  
 105 nicht-entzündlich-rheumatischen Ursachen für muskuloskeletale Beschwerden  
 106 (insbesondere degenerative Gelenkveränderungen) abzugrenzen. Auch bei entzündlichen

107 Gelenkbeschwerden (Arthritiden) ist eine Ursachenanalyse im Sinne der zugrunde liegenden  
 108 Erkrankung (neben rheumatoider Arthritis beispielsweise Spondyloarthritis oder  
 109 Psoriasisarthritis) vorzunehmen. Dies ist entscheidend, um den weiteren Verlauf  
 110 abzuschätzen und die optimale therapeutische Strategie zu wählen.

111 Folgende ausgewählte diagnostische Aspekte sind von besonderer Relevanz:

112 - Bei der Beurteilung der Gelenksymptome sind Schmerz, Schwellung und Steifheit von  
 113 mittleren und großen Gelenken, bei kleinen Gelenken typischerweise Hand-,  
 114 Fingergrund-, Fingermittel- und/oder Zehengrundgelenken (Prädilektionsgelenke),  
 115 charakteristisch. Gelenkveränderungen der Fingerendgelenke, Daumensattelgelenke  
 116 und Großzehengrundgelenke sind meist arthrotisch bedingt.

117 - Typisch sind ein polytopes sowie symmetrisches (beidseitiges) Befallsmuster und eine  
 118 Morgensteifigkeit von mindesten 60 Minuten.

119 - Serologische Entzündungszeichen (erhöhte Blutsenkung [BSG] und erhöhtes C-  
 120 reaktives Protein [CRP]) sind zwar im Rahmen der Diagnosestellung unspezifisch, aber  
 121 als Verlaufsparemeter für das therapeutische Ansprechen geeignet. Spezifische  
 122 Labortests, welche die Diagnose einer RA erhärten, sind Untersuchungen auf  
 123 Antikörper (Ak) gegen citrullinierte Peptide (ACPA) und auf IgM-Rheumafaktoren. IgM-  
 124 Rheumafaktoren (RF) sind bei ca. 65 bis 80 % der RA-Patienten, aber auch bei  
 125 anderen rheumatischen Erkrankungen und in bis zu 5 % bei Gesunden zu finden. Die  
 126 Spezifität von IgM-Rheumafaktoren für eine RA liegt im ELISA-Testverfahren bei ca.  
 127 80 %, die Sensitivität bei ca. 70 %. Antikörper gegen cyclisches Citrullin (CCP-Ak) sind  
 128 für die Diagnose der RA vergleichbar sensitiv (62 bis 76 %) wie der Rheumafaktor (64  
 129 bis 86 %), sie sind aber mit über 95 % deutlich spezifischer als der (IgM-)  
 130 Rheumafaktor (84 bis 90 %). CCP-Ak sind bei früher RA auch ein Indikator für einen  
 131 schwereren, insbesondere erosiv-destruierenden Verlauf sowie für eine höhere  
 132 serologische Entzündungsaktivität.

133 - Die Röntgenuntersuchung, insbesondere die dorsovolare Aufnahme beider Hände und  
 134 Füße (gegebenenfalls mit Schrägaufnahmen), ist essentieller Bestandteil der  
 135 Primärdiagnostik bei RA. Das Vorliegen typischer erosiver Gelenkveränderungen in  
 136 einem der Prädilektionsgelenke ist schon alleine beweisend für eine RA, aber kein  
 137 Zeichen der frühen RA.

138 - Der Nachweis einer vermehrten Vaskularisierung in der proliferierten  
 139 Gelenkschleimhaut in der PWD-Sonographie und der Nachweis eines gelenknahen  
 140 Knochenödems in der Magnetresonanztomographie (MRT) gelten als früheste Zeichen  
 141 noch reversibler struktureller Veränderungen der rheumatoiden Arthritis. Während die  
 142 MRT auf Grund der geringen Spezifität kein Routineverfahren darstellt, korreliert  
 143 sowohl der klinische wie auch der sonographische Nachweis einer Synovialitis bei der  
 144 frühen RA mit der Entwicklung struktureller Schäden.

145

146 **Zu Nummer 1.3 Einschreibekriterien**

147 In das DMP RA können alle Patientinnen und Patienten mit einer gesicherten RA-Diagnose  
 148 gemäß 1.2 eingeschrieben werden. Die Einschränkung auf erwachsene Patientinnen und  
 149 Patienten (ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) ist darin begründet, dass es sich bei juvenilen  
 150 idiopathischen Arthritis um eine eigene Krankheitsentität handelt, der eine andere  
 151 Evidenzgrundlage und entsprechende Empfehlungen zugrunde liegen. Die Empfehlung zur  
 152 Vorstellung

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>	<b>KBV</b>
bei der Fachärztin oder beim Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie stellt sicher, dass zu einem frühen Zeitpunkt eine	bei der Rheumatologin oder beim Rheumatologen stellt sicher, dass zu einem frühen Zeitpunkt eine Beurteilung der

<p>Beurteilung der Gesamtsituation durch hierfür spezialisierte Fachärztinnen Fachärzte stattfindet.</p>	<p>Gesamtsituation durch hierfür spezialisierte Fachärztinnen oder Fachärzte stattfindet. Im Regelfall erfolgt diese Vorstellung beim internistischen Rheumatologen. Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch von orthopädischen Rheumatologen übernommen werden. Gleiches gilt, wenn im Folgenden eine Behandlung durch die Rheumatologin oder den Rheumatologen beschrieben ist. Mit dem Begriff „internistische Rheumatologin“ oder „internistischer Rheumatologe“ sind hier und im Folgenden Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder mit Teilgebiet Rheumatologie gemeint. Mit dem Begriff „orthopädische Rheumatologin“ oder „orthopädischer Rheumatologe“ sind hier und im Folgenden Fachärztinnen und Fachärzte mit Zusatz-Weiterbildung orthopädische Rheumatologie gemeint. Diese Begriffsbestimmung gilt für die gesamte Anlage 21.</p>
--	--

153

#### 154 Zu Nummer 1.4 Therapieziele

155 Die Therapieziele des DMP Rheumatoide Arthritis wurden in Anlehnung an nationale und  
 156 internationale Leitlinien formuliert. Mehrere Leitlinien geben als primäres Therapieziel der  
 157 Behandlung der rheumatoiden Arthritis das Erreichen einer langanhaltenden Remission oder,  
 158 falls dies nicht möglich ist, einer niedrigen Krankheitsaktivität für alle Patientinnen und  
 159 Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis an [16,20,61,62,63,70]. Ein weiteres wesentliches  
 160 Therapieziel der Behandlung der rheumatoiden Arthritis ist der langfristige Erhalt der  
 161 gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patientinnen und Patienten durch eine verbesserte  
 162 Symptomkontrolle und damit einhergehend die Schmerzreduktion durch die Vermeidung von  
 163 strukturellen Gelenkschäden sowie durch den Erhalt der Funktionalität und Beweglichkeit  
 164 [61,62,63]. Eine Leitlinie betont zudem die Bedeutung von Komorbiditäten bei der Wahl der  
 165 Therapiestrategie [20]. Die Krankheitsfolgen der rheumatoiden Arthritis gehen mit einer  
 166 reduzierten Lebensqualität und immer noch mit einer erhöhten Mortalität einher [56,61].  
 167 Dementsprechend ist die Senkung der Mortalität ein weiteres Ziel des DMP Rheumatoide  
 168 Arthritis.

<p><b>PatV</b></p> <p>In der aktuellen Beschlusslage des G-BA (AM_RL_XII zu Upadacitinib) wurde Fatigue als patientenrelevanter Endpunkt in der Nutzenbewertung berücksichtigt. Die australische Leitlinie (RACPG 2009) [40] verweist auf die Beachtung von Fatigue im Rahmen der Behandlung. 2009 wurde im Rahmen einer EULAR-Initiative der patientenzentrierte Fragebogen „Rheumatoid Arthritis Impact of Disease“ (RAID) entwickelt [27]. Im Zuge der Erstellung des Fragebogens wurde aus 17 Parametern, die für Patienten sieben wichtigsten Parameter bestimmt. In einer anschließenden Studie mit mehr als 500 RA-Patienten stand dabei „Fatigue“ an 3. Stelle. Dies unterstreicht eindeutig die Wichtigkeit dieses Parameters für RA-Patientinnen und</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, KBV</b></p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	--

Patienten, so dass es als weiteres Therapieziel aufgeführt wurden. Der Fragebogen wurde 2011 in einer Längsschnittstudie auf seine Validität und Reliabilität hin untersucht [28].	
--	--

169 **Zu Nummer 1.5.1 Allgemeine Maßnahmen und Schutzimpfungen**

170 Die Empfehlungen zum Lebensstil beruhen auf aktuellen Leitlinienempfehlungen [24].

171 Die aufgenommene Empfehlung zu den Impfungen steht im Einklang mit den Empfehlungen  
172 der vom IQWiG bewerteten Leitlinien [13,32,35,60] sowie der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-  
173 RL) des G-BA. Die Empfehlungen zu den Lebendimpfstoffen richtet sich nach der zum  
174 Zeitpunkt der Beschlussfassung aktuellen StIKO-Empfehlung.

175 Die Empfehlungen zu Sport und regelmäßiger sportlicher Aktivität basieren auf den  
176 Empfehlungen der interdisziplinären Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis  
177 [21].

178 **Zu Nummer 1.5.2 Nichtmedikamentöse Maßnahmen**

179 Leitlinienempfehlungen betonen mit uneinheitlicher GoR und LoE die positiven Auswirkungen  
180 sowohl physikalischer Therapiemaßnahmen als auch allgemein dynamischer  
181 Bewegungsübungen sowie Kraft- und Ausdauertraining [38,40,56,58]. Dabei sollen die  
182 Übungen entsprechend der körperlichen Belastbarkeit durchgeführt werden [56]. Bei Bedarf  
183 empfehlen mehrere Leitlinien bei spezifischen Beschwerden der Hand- und Fußgelenke eine  
184 Versorgung mit Hilfsmitteln, wie z. B. Orthesen) [38,40,56,58].

**PatV**

Für die Anforderungen an die Durchführung von körperlichem Funktionstraining gilt die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

**GKV-SV,  
DKG, KBV**

*[streichen]*

185

**PatV**

Drei Leitlinien geben Empfehlungen zur therapeutischen Fußversorgung. Danach sollen alle Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis, falls indiziert, regelmäßig Zugang zu podiatrischer Versorgung erhalten [38,40,58]. Das Vorliegen von sensiblen oder sensomotorischen Neuropathien in Kombination von Risikofaktoren wie zum Beispiel Hyperkeratosen oder Wundheilungsstörungen geht mit der Gefahr einher, dass unumkehrbare Folgeschädigungen auftreten.

**GKV-SV,  
DKG, KBV**

*[prüfen]*

186

187 **Zu Nummer 1.5.3 Medikamentöse Therapie**

188 Die allgemeinen Hinweise zur Therapieeinleitung und der bei der Therapieentscheidung zu  
189 berücksichtigenden Faktoren erfolgten in Anlehnung an aktuelle Leitlinien [24] [65]. Wie auch  
190 schon im Kapitel 1.4 Therapieziele genannt, ist das Ziel der Therapie das Erreichen und das  
191 Erhalten einer Remission. Hierfür wird die Krankheitsaktivität in regelmäßigen Abständen bei  
192 jeder Patientin und jedem Patienten gemessen und dokumentiert. Dieses Vorgehen ist in  
193 klinischen Studien belegt und wird in den Leitlinien empfohlen. Es stehen verschiedene  
194 validierte Composite Scores zur Messung der individuellen Krankheitsaktivität zur Verfügung  
195 (z.B. Disease Activity Score 28 (DAS-28), Simple Disease Activity Index (SDAI), Clinical  
196 Disease Activity Index (CDAI)). In Deutschland wird als Standardinstrument der DAS-28  
197 verwendet. Der Score bzw. DAS-28-Wert wird aus vier Parametern gemäß einer Formel  
198 berechnet: (1) der Anzahl von druckschmerzhaften und (2) von geschwollenen Gelenken von  
199 28 definierten, zu beurteilenden Gelenken, weiterhin aus der (3) Einschätzung des Patienten

200 der Krankheitsaktivität der letzten 7 Tage anhand einer visuellen Analogskala und aus der (4)  
 201 Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) oder dem C-reaktiven Protein (CRP) als aktuelles  
 202 serologisches Entzündungszeichen. In diesem DMP wird auf den DAS-28 unter Einbeziehung  
 203 der BSG Bezug genommen. Die Einteilung der Krankheitsaktivität und die Definition einer  
 204 Remission anhand des DAS-28-Wertes wird unter Nummer 1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende  
 205 Medikation beschrieben.

206

#### 207 **Zu Nummer 1.5.3.1 Glukokortikoide**

208 Durch Glukokortikoide (GK) kommt es unmittelbar zu einer antientzündlichen und sogar die  
 209 Gelenkerstörung hemmenden Wirkung. Sie werden daher in vielen Leitlinien als Bestandteil  
 210 der Starttherapie aufgeführt [24,63]. In mehreren Studien haben sich 30 mg  
 211 Prednisolonäquivalent per os pro Tag als optimal erwiesen [19,72]. Eine fallbezogene Wahl  
 212 der Startdosis von 10 bis 30 mg pro Tag ist möglich, da bisher nicht bekannt ist, ob 10 bis  
 213 20 mg Prednisolonäquivalent pro Tag nicht entsprechend gut wirken.

214 Gründe für das rasche Reduzieren der Dosis der GK sind ihre unerwünschten Wirkungen wie  
 215 Erhöhung des kardiovaskulären Risikos, Infektionen, Osteoporose und gesteigerte Mortalität  
 216 und andere [68]. Es gibt auch bisher keine robusten Belege dafür, dass eine Langzeit-GK-  
 217 Gabe bei effektiver DMARD-Therapie einen zusätzlichen Nutzen hätte. Daher ist die GK-gabe  
 218 auf drei bis sechs Monate zu beschränken, entsprechend der Leitlinienempfehlungen mit  
 219 hohem Empfehlungsgrad [21,24].

220 Die intraartikuläre Gabe von Glukokortikoiden ist bei einzelnen Gelenken mit hoher  
 221 entzündlicher Aktivität als zusätzliche Maßnahme zur DMARD-Therapie in der Praxis hoch  
 222 akzeptiert und ist mit Evidenz belegt [29].

#### 223 **Zu Nummer 1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation**

224 Die Empfehlungen zur krankheitsmodifizierenden Medikation wurden in enger Anlehnung an  
 225 die Leitlinien EULAR 2017 und DGRh 2018 formuliert [24,63]. Die Empfehlungen zum  
 226 unmittelbaren Therapiebeginn nach Diagnosestellung mit einer krankheitsmodifizierenden  
 227 Therapie, zum Vorgehen in den drei Therapiestufen und zu den Vorgaben, wann die Therapie  
 228 eskaliert oder angepasst werden soll, entsprechen zumeist Empfehlungen mit hohem  
 229 Empfehlungsgrad.

230 In diesem Kapitel werden die Begriffe Remission, ungünstige Prognosefaktoren und die  
 231 Einteilung der Krankheitsaktivität in den Abstufungen niedrig, moderat und hoch benutzt. Dem  
 232 GBA ist bewusst, dass die Definition der Begriffe von Experten unterschiedlich diskutiert wird  
 233 und die zugrundeliegende Evidenz einem steten Wandel unterliegt. Die folgenden Definitionen  
 234 stimmen mit der aktuellen deutschen Leitlinie überein [21]. Die Remission wird mithilfe von  
 235 Composite Scores definiert oder nach den ACR-EULAR Boole'schen Kriterien.

236 Bei dem in diesem DMP in Bezug genommenen DAS-28 (BSG) bedeutet Remission ein Wert  
 237 kleiner 2,6.

238 Bei der Nutzung der Booleschen Kriterien fließen genau wie beim DAS-28 die vier  
 239 Komponenten „Anzahl druckschmerzhafter Gelenke“, „Anzahl geschwollener Gelenke“,  
 240 „aktuelles serologisches Entzündungszeichen (hier CRP)“ und das „Patientenurteil“ ein. Eine  
 241 Remission ist hier über einen Wert kleiner oder gleich 1 in jeder der vier Komponenten  
 242 definiert.

243 Die Einteilung der Krankheitsaktivität wird ebenfalls mithilfe eines validierten Composite  
 244 Scores definiert. Beim DAS-28 (BSG) zeigt sich eine niedrige Krankheitsaktivität ab einem  
 245 Wert von 2,6 bis 3,1 ( $\geq 2,6 < 3,2$ ), eine moderate Krankheitsaktivität ab einem Wert von 3,2 bis  
 246 5,0 ( $3,2 < 5,1$ ) und eine hohe Krankheitsaktivität bei einem Wert ab 5,1 ( $\geq 5,1$ ). Als ungünstige  
 247 Prognosefaktoren werden folgende Prädiktoren angesehen: Hohe Akute-Phase-Reaktion,  
 248 hohe Anzahl geschwollener Gelenke, Nachweis von Autoantikörpern (Rheumafaktoren  
 249 und/oder Anti-CCP-Antikörper), initial hohe Krankheitsaktivität, Nachweis von frühen

250 Erosionen, versagen von 2 oder mehreren csDMARD's und das Weiterbestehen einer  
 251 moderaten bis hohen Krankheitsaktivität nach csDMARD Therapie.  
 252

<b>PatV</b>	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>
<p><b>Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten [24]</b></p> <p><b>Übergeordnete Prinzipien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Behandlung der RA sollte die bestmögliche medizinische Betreuung des Patienten zum Ziel haben und auf gemeinsamen Entscheidungen durch den Patienten/ -in und den Rheumatologen/ -in basieren. (D)</li> <li>2. Die RA ist eine schwere Erkrankung, die mit hohen direkten und indirekten Kosten verbunden ist. Dies sollte durch den behandelnden Rheumatologen bei seinen Entscheidungen berücksichtigt werden. (D)</li> <li>3. Es existieren keine zuverlässigen Biomarker in der alltäglichen Praxis für Therapieentscheidungen. Therapieentscheidungen sollen deshalb aktuell unter anderem anhand von Vortherapie, Krankheitsaktivität, Funktionsstatus, dem Vorliegen von Erosionen, Sicherheitsaspekten, und der Komorbidität sowie der Präferenz des Patienten getroffen werden. (D)</li> <li>4. Der zuständige Arzt für das Management des RA-Patienten, insbesondere für die Aktivitätsbestimmung der RA und Steuerung der medikamentösen Therapie, ist der internistische Rheumatologe. (D)</li> <li>5. Das Ziel der Behandlung ist die Remission (nach dem Prinzip des „treat-to-target“). Niedrigere Krankheitsaktivität kann, wenn nicht anders möglich, eine akzeptable Alternative dazu sein. (A)</li> <li>6. Glukokortikoide sollten bei jedem Patienten ausgeschlichen werden, sofern dies klinisch vertretbar ist. Eine Deeskalation der Basistherapie kann bei Patienten mit einer „sustained remission“ (anhaltende Remission) ohne Glukokortikoidtherapie erwogen werden. Die Deeskalation sollte auf einer gemeinsamen Entscheidung von Arzt und Patient beruhen. (D)</li> </ol> <p><b>Empfehlungen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sobald die Diagnose einer RA gestellt ist, sollte eine Therapie mit DMARD begonnen werden (A).</li> </ol>	<p>[streichen]</p>

<p>2. Das Ziel der Therapie ist das Erreichen und die Erhaltung einer Remission. (A)</p> <p>3. Kontrollen der Krankheitsaktivität sollten bei aktiver Erkrankung häufig (alle 1-3 Monate) und mit einem Composite Score erfolgen. Wenn 3 Monate nach Beginn der Therapie keine Verbesserung zu sehen ist oder wenn nach 6 Monaten das Ziel nicht erreicht wird, sollte die Therapie angepasst werden. (B)</p> <p>4. Methotrexat sollte als erstes csDMARD eingesetzt werden, ein Vorteil für eine initiale Kombination mehrerer csDMARDs ist nicht sicher belegt (A).</p> <p>5. Falls MTX nicht einsetzbar ist (z.B. wegen Kontraindikationen), sollte die Therapie mit Leflunomid oder mit Sulfasalazin begonnen werden. (A)</p> <p>6. Glukokortikoide (GC) sollten bei initialer Therapie ergänzend zum csDMARD gegeben werden. Empfehlenswert ist eine Startdosis bis 30 mg Prednisolonäquivalent/Tag mit Reduktion auf eine niedrige Dosis ("low-dose") innerhalb von acht Wochen. Die GC-Therapie sollte auf 3-6 Monate beschränkt werden. Eine zusätzliche intraartikuläre GC-Gabe kann sinnvoll sein. (A)</p> <p>7. Bei Verfehlen des Therapieziels mit der optimierten Starttherapie soll die Therapie eskaliert werden. Bei Fehlen von ungünstigen Prognosefaktoren und moderater Krankheitsaktivität kann eine Kombination mehrere csDMARDs eingesetzt werden. Bei hoher Krankheitsaktivität und/oder Vorliegen ungünstiger Prognosefaktoren sollte die Kombination eines csDMARD (in der Regel MTX) mit einem bDMARD oder tsDMARD zum Einsatz kommen. (A)</p> <p>8. Nach unzureichendem Ansprechen zweier csDMARD-Therapien sollte eine bDMARD oder tsDMARD-Therapie zum Einsatz kommen. (A).</p> <p>9. Jede bDMARD und tsDMARD-Therapie sollte wenn möglich mit MTX kombiniert werden. (A).</p> <p>Bei nicht ausreichendem Ansprechen (Verfehlen des Therapieziels) oder Unverträglichkeit der ersten bDMARD-Therapie sollte der Wechsel auf ein alternatives bDMARD mit gleichem oder anderem Wirkprinzip oder auf ein tsDMARD erfolgen. Ein nochmaliger Wechsel ohne Änderung des Wirkprinzips ist nicht sinnvoll. (A) Wird die Therapie nach csDMARDs mit einem tsDMARD anstatt einem bDMARD begonnen, so sollte bei Nichtansprechen auf ein bDMARD gewechselt werden. (D)</p>	
---	--

253

254 Die Leitlinie DGRh 2018 verweist auf eine Publikation [55] (Schiff et al; 2014), nach der die  
 255 MTX-Therapie in parenteraler Form (üblicherweise subkutan) bei einer wöchentlichen Dosis  
 256 oberhalb 15 mg „vorteilhaft erscheint“. Trotzdem kann aufgrund von Nebenwirkungen  
 257 (Reaktionen an der Injektionsstelle) oder Patientenpräferenzen die Entscheidung gemeinsam  
 258 mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin für eine orale Gabe fallen.

<p><b>KBV</b></p> <p>Im Regelfall erfolgt die Therapieeskalation beim internistischen Rheumatologen. Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch von orthopädischen Rheumatologen übernommen werden.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b></p> <p><i>[Therapiestufe 2 ausschließlich durch Facharztgruppe Innere Medizin und Rheumatologie]</i></p>
--	--

259

<p><b>GKV-SV, PatV</b></p> <p>In der aktuellen Beschlusslage des G-BA (AM-RL-XII zu Sarilumab und zu Baricitinib/TrGr) ist bei Fehlen von ungünstigen Prognosefaktoren und moderater Krankheitsaktivität bei nicht adäquatem Therapieansprechen der Starttherapie ein Wechsel zu einem anderen csDMARD oder eine Kombination mehrerer csDMARDs eine mögliche Therapieeskalation. Dieser Beschlusslage liegt eine Empfehlung aus der europäischen Leitlinie (EULAR 2017 ([63]) zugrunde, die auch im Update 2019 EULAR 2019 [65]) weiter zu finden ist.</p>	<p><b>KBV, DKG</b></p> <p>Tritt nach 12 Wochen unter der Starttherapie (Monotherapie mit MTX) kein adäquates Therapieansprechen auf, soll entsprechend den Leitlinienempfehlungen bevorzugt eine Kombination mit einem anderen csDMARD empfohlen werden (ACR 2015 [59] SIGN 2011 [58])</p>
--	--

260

261 Gemäß Arzneimittel-Richtlinie Anlage I (OTC-Liste) liegt ein Ausnahmetatbestand für Folsäure  
 262 und Folate bei der Therapie mit Folsäureantagonisten vor. Diese sind damit  
 263 verordnungsfähig.

264

### 265 **Zu Nummer 1.5.3.3 Deeskalation der DMARD-Therapie**

266 Die Empfehlungen zur Deeskalation der DMARD-Therapie sind angelehnt an die  
 267 Ausführungen zu diesem Kapitel in der Leitlinie der DGRH 2018 [24] und an die Ausführungen  
 268 der EULAR 2019 [65] zur Dosisreduktion der DMARD's. Bevor eine Deeskalation der DMARD-  
 269 Therapie erwogen werden sollte, sollte in der Regel die Glukokortikoidtherapie beendet  
 270 worden sein und der Patient sich in einer mindestens 6 Monate andauernden Remission  
 271 befinden. Da der Krankheitsverlauf unter reduzierter Therapie nicht mit hinreichender  
 272 Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden kann, bedeutet die Deeskalation eine Abwägung von  
 273 potentielltem Nutzen durch Vermeidung einer Exposition von Medikamenten gegenüber dem  
 274 Risiko eines Schubes. Ein Schub der Krankheitsaktivität wird als „Flare“ bezeichnet und laut  
 275 Leitlinie (DGRH 2018 [24]) als Verlust der Remission oder als Verlust niedriger  
 276 Krankheitsaktivität (gemessen mit einem Composite Score) definiert, der über eine tägliche  
 277 Variation der Beschwerden hinausgeht. Bei dieser Abwägung ist es wichtig den Patienten



278 miteinzubeziehen. In der Fachwelt wird aktuell diskutiert, ob die Definition für eine „anhaltende  
 279 Remission“ als Voraussetzung für eine Deeskalation der DMARD-Therapie nicht mit dem  
 280 DAS-28 gemessen werden sollte, sondern nach einer strengeren Definition mit dem  
 281 Composite Score SDAI oder nach den Boole'schen Kriterien. Studiendaten liegen hierzu  
 282 allerdings noch nicht vor. Aufgrund fehlender Datenlage kann aktuell auch keine generelle  
 283 Empfehlung gegeben werden, in welcher Reihenfolge DMARD's reduziert werden sollen,  
 284 wobei grundsätzlich empfohlen wird die Deeskalation in Form einer Dosisreduktion (Tapering)  
 285 oder in Form einer Verlängerung des Applikationsintervalls (Spacing) durchzuführen. In den  
 286 hierzu durchgeführten Studien wurde die Medikamentendosis halbiert oder das  
 287 Applikationsintervall verdoppelt [24]. Ein komplettes Absetzen führte zu hohen Rezidivraten.  
 288 Ziel der Deeskalation ist die Ermittlung der individuell notwendigen Dosis zum Erhalt einer  
 289 Remission.

**KBV**

Im Regelfall erfolgt die Deeskalation beim internistischen Rheumatologen. Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch von orthopädischen Rheumatologen übernommen werden.

**GKV-SV,  
DKG, PatV**

[streichen]

290

**291 Zu Nummer 1.5.3.4 Begleitmedikation**

292 Es gibt Belege für eine gute Wirksamkeit der NSAR auf Gelenkschmerzen der RA [21]. Sie  
 293 verringern ebenfalls die Gelenksteife und verbessern die Mobilität. Eine anhaltende und  
 294 langfristige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes wird durch NSAR nicht erreicht. Sie können  
 295 daher ergänzend überbrückend bis zum Wirkeintritt der DMARD Therapie eingesetzt werden.  
 296 Die unerwünschten Wirkungen können ein wesentlicher limitierender Faktor einer Therapie mit  
 297 NSAR sein. Die unerwünschten Arzneimittelreaktionen sind bestimmt durch die Dosis, die  
 298 Halbwertszeit der einzelnen Substanzen, die Therapiedauer und durch bestimmte  
 299 Risikofaktoren seitens der Patienten. Hiervon abhängig sollte die Wahl des NSAR  
 300 gegebenenfalls in Kombination mit einem Protonenpumpeninhibitor getroffen werden [21].

**301 Zu Nummer 1.5.3.5 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation**

302 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. Mai 2006 beschlossen, sich dem auf  
 303 allen Ebenen der Versorgung als relevant erachteten Problem der Multimorbidität im Kontext  
 304 der Systematik bestehender strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) verstärkt zu  
 305 widmen. Dies erfolgte zuerst durch die Ergänzung des DMP Koronare Herzkrankheit um das  
 306 Modul „Chronische Herzinsuffizienz“. Darüber hinaus hat der Unterausschuss  
 307 Sektorenübergreifende Versorgung am 13. Mai 2009 eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem  
 308 Auftrag, sich mit der Abbildung von Multimorbidität im Rahmen von DMP zu befassen.

309 Nach orientierenden Recherchen wurde deutlich, dass es problematisch würde,  
 310 Leitlinienempfehlungen zum Vorgehen bei konkreten individuellen Krankheitskonstellationen  
 311 zu identifizieren. Deshalb ist die AG DMP und Multimorbidität übereingekommen, sich dem  
 312 Problem der Multimorbidität in einem ersten Schritt durch Empfehlungen zu Maßnahmen des  
 313 strukturierten Medikamentenmanagements bei Patienten mit Multimedikation („Polypharmacy“  
 314 als internationales Synonym) zu nähern.

315 Auf chronische Einzelerkrankungen fokussierte Therapieempfehlungen führen häufig zu einer  
 316 additiven Anwendung medikamentöser Maßnahmen mit einer gegebenenfalls daraus  
 317 resultierenden Multimedikation. Diese kann wiederum Arzneimittelwechselwirkungen  
 318 bedingen, die gewünschte Therapieeffekte ggf. verhindern, zum Auftreten bzw. zur  
 319 Verstärkung von Nebenwirkungen führen, die ihrerseits neue Arzneimittelverordnungen  
 320 induzieren, und insgesamt negative Folgen für die Therapieadhärenz der Patientinnen und  
 321 Patienten haben.

322 Auch im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme werden krankheitsspezifische  
323 Therapieempfehlungen gegeben, durch die sich die oben angesprochenen Aspekte einer  
324 Multimedikation für die individuelle Patientin oder den individuellen Patienten ergeben können.  
325 Dies gilt insbesondere bei Multimorbidität, d. h. bei gleichzeitigem Vorliegen mehr als einer  
326 behandlungsbedürftigen, in der Regel chronischen Erkrankung, in einigen Fällen bei  
327 entsprechendem Schweregrad selbst bei nur einer Erkrankung.

328 Deshalb wurde die Multimedikation auch für die DMP als wesentliches Thema erkannt, das  
329 über einzelne DMP-Diagnosen hinaus für multimorbide Patientinnen und Patienten bedeutsam  
330 ist.

331 Unbeschadet der geltenden Regelungen der Arzneimittelrichtlinie bezüglich einer individuellen  
332 Verordnung von Arzneimitteln, wurde die Entwicklung von Empfehlungen zur besonderen  
333 Berücksichtigung von Multimedikation, die DMP-übergreifend anwendbar sein sollen,  
334 angestrebt. Diese sollen im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung der Empfehlungen in  
335 die einzelnen DMP integriert werden und können, wo fachlich geboten, indikationsspezifisch  
336 angepasst werden.

337 Basierend auf den Erkenntnissen einer systematischen Literaturrecherche im Juli 2017  
338 resultierten neun Quellen als Beratungsgrundlage zu Managementempfehlungen bei  
339 Multimedikation [11,12,37,39,41,42,43,46,54].

340 Bei den extrahierten Referenzen handelt es sich um sieben evidenzbasierte Leitlinien  
341 [11,12,37,39,41,42,43] und zwei systematische Übersichtsarbeiten [46,54].

342 Im ersten Beratungsprozess 2010 wurde aus den ausgewerteten Leitlinien eine Synopse der  
343 Kernempfehlungen erstellt. Dies ermöglichte eine Identifizierung von Maßnahmen, die mit  
344 einer hohen Konsistenz von verschiedenen Quellen empfohlen wurden und eine Analyse der  
345 zugrundeliegenden Evidenz. Bei der Auswahl der für die hier vorliegenden Anforderungen  
346 infrage kommenden Empfehlungen wurde insbesondere auf die Übertragbarkeit auf ein nicht-  
347 geriatrisches Patientinnen- und Patientenkollektiv und die oben erwähnte Konsistenz der  
348 Empfehlung geachtet. Die Gültigkeit dieser Kernempfehlungen wurde im Rahmen der  
349 aktuellen Literaturrecherche 2017 überprüft.

350 Es existiert keine allgemeingültige Definition für Multimedikation [11]. Die Festlegung auf fünf  
351 oder mehr Medikamente orientiert sich an der „Hausärztlichen Leitlinie – Multimedikation“ [11].

352 Die vorgesehenen Maßnahmen eines strukturierten Medikamentenmanagements gehen  
353 inhaltlich über den bereits in § 31a SGB V geregelten Anspruch auf die Erstellung und  
354 Aushändigung eines Medikationsplanes hinaus. Der sich unmittelbar aus § 31a SGB V  
355 ergebende Anspruch der Versicherten besteht zudem unabhängig von den Voraussetzungen  
356 für die hier vorgesehenen Maßnahmen eines strukturieren Medikamentenmanagements. Vor  
357 diesem Hintergrund ist auch das Abstellen auf fünf oder mehr Arzneimittel gegenüber der  
358 Regelung in § 31a SGB V (Anwendung von mindestens drei verordneten Arzneimitteln)  
359 sachlich gerechtfertigt.

360 Soweit jedoch im Rahmen des strukturierten Medikamentenmanagements die Erstellung einer  
361 Liste zur Erfassung der verordneten Arzneimittel vorgesehen ist, wird diese aus Gründen der  
362 sprachlichen Vereinheitlichung auch als Medikationsplan bezeichnet. Erfolgt die Erstellung  
363 eines Medikationsplanes bereits in Erfüllung des Anspruchs aus § 31a SGB V, kann auf diesen  
364 Medikationsplan dann selbstverständlich auch im Rahmen des strukturierten  
365 Medikamentenmanagements zurückgegriffen werden.

366 Die Erfassung der von der Patientin oder dem Patienten tatsächlich eingenommenen  
367 Medikamente wird in Leitlinien als Grundvoraussetzung einer Überprüfung der  
368 medikamentösen Therapie gewertet [11]. Diese sollte zumindest einmal jährlich oder  
369 anlassbezogen (z. B. Änderung der Medikation nach einem stationären Aufenthalt) erfolgen  
370 und eine Dokumentation der jeweiligen Indikation für das einzelne Medikament beinhalten  
371 [11,12,37]. Mögliche Arzneimittelinteraktionen sollten kritisch evaluiert werden [11].

372 Die Vertragspartner können Regelungen vereinbaren, die der koordinierenden Ärztin oder dem  
 373 koordinierenden Arzt die Erfassung der gesamten verordneten Medikamente erleichtern, z. B.  
 374 durch entsprechende patientenbezogene Verordnungslisten.

375 Die Indikationsstellung zur Verordnung von Arzneimitteln erfolgt insbesondere bei Vorliegen  
 376 einer Multimorbidität in der Regel durch mehrere behandelnde Ärztinnen und Ärzte. Dies kann  
 377 ggf. Rücksprachen durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt notwendig  
 378 machen. Auch kann eine Priorisierung der Behandlungsziele erforderlich sein, welche ggf.  
 379 auch zu dem Verzicht einer Arzneimittelverordnung führen kann [11,39,43]. Diesbezüglich  
 380 existieren aufgrund der individuell unterschiedlichen Fallkonstellationen keine  
 381 generalisierbaren Leitlinienempfehlungen.

382 Durch den Medikationsplan wird die Therapieadhärenz und die Arzneimitteltherapiesicherheit  
 383 unterstützt. Der Anspruch auf einen Medikationsplan wird im § 31a SGB V geregelt und im  
 384 Bundesmantelvertrag konkretisiert.

385 Die Adhärenz zur medikamentösen Therapie nimmt mit steigender Anzahl eingenommener  
 386 Medikamente ab. Bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen werden  
 387 30 bis 50 % der verordneten Medikamente nicht wie empfohlen eingenommen [43]. Neben  
 388 den bereits genannten Maßnahmen können eine angemessene Einbeziehung der Patientin  
 389 oder des Patienten in Therapieentscheidungen und eine verständliche Aufklärung über die  
 390 medikamentöse Therapie generell adhärenzsteigernd wirken [43].

391 **Zu Nummer 1.6 Komorbiditäten**

392 Die rheumatoide Arthritis wird von zahlreichen Komorbiditäten begleitet [34]

<p><b>GKV-SV, DKG, KBV</b></p> <p>und die Prognose der Patientinnen und Patienten wird wesentlich durch diese bestimmt [S3 Leitlinie[21]]. Die Art und Anzahl der Komorbiditäten ist abhängig vom Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten [3]. Sie haben unter anderem Einfluss auf die Therapieauswahl, den Verlauf der Erkrankung, Erwerbsfähigkeit und Mortalität.</p>	<p><b>PatV</b></p> <p>und die Prognose der Patientinnen und Patienten wird wesentlich durch diese bestimmt [S3-Leitlinie [21]]. Der Begriff Komorbidität beschreibt das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr Erkrankungen bei einem Patienten. Dabei werden zwischen den Erkrankungen pathogenetische Mechanismen erwartet. Das unterscheidet die Komorbidität von einer Multimorbidität, bei der diese Beziehungen nicht bestehen. Bei der rheumatoiden Arthritis erhöht sich die Anzahl der Komorbiditäten mit Krankheitsdauer und Schwere der Erkrankung. Die Komorbiditäten sind abhängig vom Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten [3]. Sie haben unter anderem Einfluss auf die Therapieauswahl, den Verlauf der Erkrankung, die Erwerbsfähigkeit und die Mortalität.</p>
---	---

393 Die Ursachen der Komorbiditäten sind komplex: Der Entzündungsprozess bedingt vor allem  
 394 kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch Osteoporose. Andere sind therapiebedingt oder sie  
 395 bestehen völlig unabhängig von der rheumatoiden Arthritis und werden dann besser als  
 396 Multimorbidität bezeichnet.

<p><b>GKV-SV, DKG, KBV</b></p> <p>Hinweise zum Umgang mit relevanten Komorbiditäten gibt eine Publikation aus 2016 der europäischen Initiative EULAR [10]</p>	<p><b>PatV</b></p> <p>Erst in den letzten Jahren sind das Erkennen und die Behandlung der Komorbiditäten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis stärker</p>
---	---

Die Auswahl der Komorbiditäten, auf die in diesem DMP eingegangen wird, ist an diese angelehnt.

in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Eine multinationale Querschnittsstudie in 17 Ländern ergab an 3920 Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis folgende Komorbiditätshäufigkeiten: Depression 15 %, Asthma 6,6 %, kardiovaskuläre Ereignisse (Herzinfarkt, Schlaganfall) 6,0 %, solide Tumore (ausgeschlossen Basalzellkarzinom) 4,5 %, obstruktive Lungenerkrankungen 3,5 %. Die Schwankungsbreite zwischen den Ländern war sowohl für die Häufigkeit der Komorbidität als auch für den Anteil der Patientinnen und Patienten, die sich an die Empfehlungen für eine Prävention bzw. Therapie der Komorbiditäten hielten, sehr hoch. Es bestanden Abhängigkeiten von der Region, in der die Untersuchung durchgeführt wurde, von der angewendeten Diagnostik und vom Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis [22]. Die große Schwankungsbreite der Prävalenzen der Komorbidität bestätigen auch weitere Studien [17,47,53].

Gemäß einer finnischen Studie nimmt die Komorbiditätsrate im Vergleich zu den 1990er Jahren sogar zu [69].

In einer deutschen Früh-RA-Kohortenstudie lagen bereits bei Beginn der rheumatoiden Arthritis bei 72 % der Patienten mindestens eine und bei 50 % zwei weitere chronische Krankheiten vor. Dabei war die Häufigkeit von Komorbiditäten mit der Krankheitsschwere der rheumatoiden Arthritis assoziiert und die Komorbiditäten hatten Einfluss auf das Outcome der Erkrankung [74].

Aktuell liegen aus Deutschland sowohl regionale [67] als auch gesamtdeutsche Daten zur Häufigkeit von Komorbiditäten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis [33] auf der Basis von Versicherungsdaten vor. Letztere Daten beziehen sich auf das Forschungsnetzwerk PROCLAIR (Linking Patient-Reported Outcomes with CLAIMS data for health services Research in rheumatology). Dieses Verbundprojekt stützt sich auf Versicherungsdaten der BARMER GEK [5].

In Anlehnung an die Ergebnisse der COMORA-Studie sowie an eine kanadische Initiative zu evidenzbasierten Empfehlungen zum Management der Komorbiditäten bei

	<p>entzündlich-rheumatischen Erkrankungen [52] wurden 26 Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis (n = 96 921) im Jahre 2015 identifiziert und mit einer alters- und geschlechtsgleichen Kontrollgruppe von Versicherten ohne rheumatoide Arthritis (n = 484 605) verglichen. Zusätzlich erfolgte eine Fragebogenaktion bei 6600 Patientinnen und Patienten mit einer RA-Diagnose. Die häufigsten Komorbiditäten bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis waren Hypertonie (62,5 %), Arthrosen (44,0 %), Hyperlipidämie (39,9 %), Depression (31,8 %) und Osteoporose (25,9 %).</p> <p>In einer EULAR-Initiative werden Empfehlungen für den Umgang mit Komorbiditäten bei chronisch-entzündlich-rheumatischen Erkrankungen im Alltag gegeben [10]. Hier werden sechs spezifische Komorbiditäten ausgewählt: ischämisch-kardiovaskuläre Erkrankungen, Malignome, Infektionen, gastrointestinale Erkrankungen, Osteoporose und Depressionen. Die EULAR empfiehlt übergeordnete Prinzipien zum Umgang mit den Komorbiditäten, wie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die genannten Komorbiditäten sollten bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sorgfältig erfasst und behandelt werden.</li> <li>2. Bei der Suche nach Komorbiditäten sollten alle in die Behandlung der Patientin oder des Patienten einbezogenen Fachgruppen wie Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, rheumatologisches Fachpersonal, Hausärztinnen und Hausärzte wie auch die Patientin oder der Patient selbst involviert werden.</li> <li>3. Nach einem standardisierten Programm sollten die Komorbiditäten alle fünf Jahre bei jeder Patientin und jedem Patienten mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung erfasst werden.</li> </ol> <p>Spezifische deutsche Empfehlungen liegen nicht vor, daher erfolgte der Verweis auf die gültigen europäischen Empfehlungen.</p>
--	---

398 Bereits bei der Anamneseerhebung sind die Komorbiditäten zu erfragen. Sie müssen bei der  
 399 spezifischen Therapie der rheumatoiden Arthritis berücksichtigt werden und sie erfordern im  
 400 Verlauf der Erkrankung ihre Kontrolle und gegebenenfalls Therapie.

#### 401 **Kardiovaskuläre Komorbidität:**

402 Die kardiovaskuläre Komorbidität gehört bei Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis zu den  
 403 führenden Todesursachen und es wird eine direkte Beziehung zwischen der entzündlichen  
 404 Aktivität der rheumatoiden Arthritis und der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität  
 405 angenommen [44].

406 Die rheumatoide Arthritis gilt als unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen.  
 407 Die Risikorate ist mit der durch Diabetes mellitus hervorgerufenen vergleichbar [71]. Eine  
 408 niedrige Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis ist signifikant mit einem reduzierten  
 409 Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses assoziiert [8].

410 In einem systematischen Literatur-Review und einer Metaanalyse konnte gezeigt werden,  
 411 dass das kardiovaskuläre Risiko von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis  
 412 dosisabhängig erhöht wird bei langem Gebrauch von NSAR (besonders bei Coxiben: RR 1.36;  
 413 95 % CI 1.10-1.67; p=0.004) und Glukokortikoiden (RR 1.47; 95 % CI 1.34-1.60; p<0.001) und  
 414 sich durch Methotrexat- (RR 0.72; 95 % CI 0.57-0.91; p=0.007) und vor allem TNF-Inhibitoren-  
 415 Gabe (RR 0.70; 95 % CI 0.54-0.90; p=0.005) vermindert [51].

416 Aktuell existieren Empfehlungen der EULAR für das Management des kardiovaskulären  
 417 Risikos bei Menschen mit rheumatoider Arthritis [2]:

418

<b>PatV</b>	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kardiovaskuläre (KV) Erkrankungen sind bei rheumatoider Arthritis häufiger als in der Allgemeinbevölkerung.</li> <li>2. Für das Management der KV Erkrankungen ist die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie verantwortlich.</li> <li>3. Die Anwendung von NSAR und Glukokortikoiden sollten in Übereinstimmung mit den spezifischen Empfehlungen von EULAR und ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) stehen.</li> </ol> <p><b>Empfehlungen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis sollte optimal behandelt werden, da dann auch ein geringeres Risiko für KV-Erkrankungen besteht.</li> <li>2. Ein KV-Risiko-Assessment wird für alle Patienten mit rheumatoider Arthritis wenigstens alle fünf Jahre empfohlen. Bei großen Veränderungen der antirheumatischen Therapie sollte das genannte Assessment wiederholt werden.</li> <li>3. Das KV-Risiko-Assessment sollte entsprechend den nationalen Richtlinien erfolgen.</li> <li>4. Gesamt-Cholesterin und HDL-Cholesterin sollten für das KV-Assessment verwendet werden, idealerweise dann, wenn die Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis stabil oder in Remission ist.</li> </ol>	<p><i>[streichen]</i></p>

<p>5. KV-Risiko-Vorhersage-Modelle sollten bei vorliegender rheumatoider Arthritis mit dem Faktor 1,5 multipliziert werden.</p> <p>6. Ein Screening auf asymptomatische atherosklerotische Plaques kann als Teil der KV-Risiko-Evaluation erwogen werden.</p> <p>7. Empfehlungen zum Lebensstil sollten den Nutzen einer gesunden Ernährung, regelmäßiger körperlicher Aktivität und Beendigung des Rauchens beinhalten.</p> <p>8. Das KV-Risiko-Management sollte entsprechend nationaler Empfehlungen erfolgen. Antihypertensiva und Statine können, wie in der Allgemeinbevölkerung auch, eingesetzt werden.</p> <p>9. NSAR sollten mit Vorsicht verwandt werden, speziell bei Patienten mit dokumentierten KV-Risiko oder bei Vorliegen von KV-Risiko-Faktoren.</p> <p>10. Glukokortikoide: Die Glukokortikoid-Dosis sollte so niedrig wie möglich gehalten werden. Im Falle einer Remission oder bei niedriger Krankheitsaktivität sollte die Dosis vermindert werden. Die Gründe für eine Langzeit-Glukokortikoidtherapie sollten regelmäßig überprüft werden.</p> <p>Die dargestellten Empfehlungen basieren auf wissenschaftlicher Evidenz und Expertenmeinung. Deutsche Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie empfehlen den frühzeitigen Einsatz dieses Instruments zum Management der kardiovaskulären Komorbidität [14].</p> <p>Die Einbeziehung rheumatologischer Fachassistenten in das Management der Komorbiditäten ist sinnvoll und wurde gerade in einer Studie überprüft [31].</p>	
---	--

419

420 **Diabetes mellitus:**

421 In mehreren Kohortenstudien zeigte sich die höhere Inzidenz eines Diabetes mellitus Typ 2  
422 bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis im Vergleich zur Normalbevölkerung.  
423 Auch dadurch wird das kardiovaskuläre Risiko dieser Patienten erhöht. Aus Deutschland  
424 stammt eine Studie aus Krankenkassendaten zum Zusammenhang von rheumatoider Arthritis  
425 und Diabetes mellitus [6]. 20 % der Patienten mit rheumatoider Arthritis wiesen einen Diabetes  
426 mellitus auf. In einer US-Longitudinalbeobachtungskohorte war die „hazard ratio“ (HR) im  
427 Vergleich zur Normal- Bevölkerung mit 1,37 (95%-CI 1,29-1,45) signifikant erhöht.

428 Bei systemischer Gabe von Glukokortikoiden ist zu beachten, dass eine diabetische  
429 Stoffwechsellage entstehen bzw. sich eine bereits bestehende diabetische Stoffwechsellage  
430 verschlechtern kann.

431 **Depressionen:**

432 Depressionen weisen eine höhere Prävalenz bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider  
433 Arthritis auf als in der Normalbevölkerung [10,23,34,36]. Nach den Empfehlungen einer  
434 EULAR-Initiative zum Umgang mit Komorbiditäten der rheumatoiden Arthritis sollte die  
435 Aufmerksamkeit und Exploration auf depressive Symptome gerichtet werden [10]. Zur  
436 schnellen Erfassung einer möglichen depressiven Störung eignet sich z. B. der sogenannte  
437 „Zwei-Fragen-Test“, der mit den beiden Fragen „1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig  
438 niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos?“ und „2. Hatten Sie im letzten Monat  
439 deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“ ein sensibles und  
440 zeitökonomisches Vorgehen darstellt [15]. Werden beide Fragen mit „Ja“ beantwortet, ist eine  
441 weitere klinische Abklärung der Diagnosekriterien und ggf. Behandlung indiziert.

442 **Malignome:**

443 Die Aussagen aus der Richtlinie wurden auf Basis der S3 Leitlinie [21] erarbeitet. Seit langem  
 444 ist bekannt, dass bei einer rheumatoiden Arthritis das Risiko von Malignomen erhöht ist. Dies  
 445 trifft besonders auf das Non-Hodgkin-Lymphom zu [9]. Das Risiko scheint bereits durch die  
 446 Erkrankung erhöht und korreliert mit dessen Schweregrad. In den letzten Jahren wurden  
 447 Metaanalysen veröffentlicht, die keine Erhöhung der Malignomrate unter bDMARD Therapien  
 448 feststellen, große europäische Register bestätigen dies.

449 **Infektionen:**

450 Ein systemischer Review zum Risiko von Infektionen bei Patientinnen und Patienten mit  
 451 rheumatoider Arthritis zeigten erneut ein leicht erhöhtes Risiko, an einer schweren Infektion zu  
 452 erkranken, auf [48]. Das Risiko korreliert mit der Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis:  
 453 Rheumatoide Arthritis in Remission 1,03 schwere Infektionen pro 100 Patientenjahre,  
 454 entsprechend geringe Krankheitsaktivität 1,92 und mäßige bis hohe Krankheitsaktivität 2,51  
 455 [1]. Die Angaben entstammen dem amerikanischen CORONA-Register über die Jahre 2003  
 456 bis 2015. Gleichzeitig konnte gezeigt werden, dass die Einnahme von  $\geq 5$  mg Prednisolon-  
 457 Äquivalent pro Tag das Infektionsrisiko signifikant erhöht. Bei der Einschätzung des  
 458 Infektionsrisikos spielen die verabfolgten DMARDs eine zusätzliche Rolle (siehe spezielle  
 459 Fachinformationen).

460

**PatV**

In Deutschland wurde auf der Basis des Biologika-Registers RABBIT ein Risiko-Score für das Auftreten von schwerwiegenden Infektionen in den folgenden 12 Monaten entwickelt. Er wurde 2013 erneut evaluiert [76]. Der Risiko-Score ersetzt nicht die persönliche Einschätzung des behandelnden Arztes. Parameter des Scores sind: Alter, Funktionsstatus, schwerwiegende Infektionen in den vergangenen 12 Monaten, COPD oder andere Lungenerkrankungen, chronische Nierenerkrankungen, Anzahl der abgesetzten DMARDs und derzeitige Therapie ([www.biologika-register.de/home/risikoscore-fuer-infektionen/](http://www.biologika-register.de/home/risikoscore-fuer-infektionen/)).

**GKV-SV,  
DKG, KBV***[streichen]*

461

462 Bei der rheumatoiden Arthritis (und anderen entzündlich rheumatischen Erkrankungen)  
 463 spielen spezielle Infektionen eine besondere Rolle. Deshalb sind die Empfehlungen der  
 464 Fachinformationen zu speziellen Risiken zu beachten und den Empfehlungen zu folgen. So  
 465 wird vor Verabreichung von tsDMARDs und Biologika bei fast allen Substanzen der  
 466 Ausschluss einer latenten Tuberkulose und einer Hepatitis B Infektion gefordert, da es zu einer  
 467 Aktivierung bzw Reaktivierung kommen kann. Herpes Zoster-Infektionen treten vermehrt bei  
 468 Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis höheren Alters unter DMARDs und  
 469 Glukokortikoiden auf [50].

470 Die Prophylaxe von Infektionen bei rheumatoider Arthritis besteht in einer konsequenten  
 471 Durchführung der Impfempfehlungen.

472 **Osteoporose:**

473 Aufgrund der häufigen Assoziation mit zusätzlichen Risiken wie einer Glukokortikoidexposition  
 474 empfiehlt die Leitlinie DVO bei allen Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden  
 475 Arthritis eine Basisdiagnostik. Die Empfehlungen der DVO werden mit LOE 1a-3b begründet  
 476 [18]. Daneben finden sich auch in drei der vom IQWiG bewerteten Leitlinien (RACGP 2009,  
 477 NCCCC 2009, DGRh 2011) Empfehlungen bei anhaltender Glukokortikoid-Therapie zu einer  
 478 entsprechenden Osteoporoseprophylaxe bzw. dem Monitoring dieser Komorbidität [38,40,56].

479 Die Empfehlung des Anforderungstextes berücksichtigt die geltenden Vorgaben des  
 480 Gemeinsamen Bundesausschusses vom 10.05.2013 zur Osteodensitometrie.



481 Die DVO 2014 empfiehlt zur Vorbeugung einer Osteoporose generelle Ernährungs- und  
 482 Lebensstilmaßnahmen. Die Erstattungsfähigkeit von Kalzium und Vitamin-D-Supplementen ist  
 483 bei zeitgleicher Steroidtherapie von täglich wenigstens 7,5 mg oraler Prednisolonäquivalente  
 484 über 6 Monate gemäß Arzneimittel-Richtlinie gegeben. Gemäß DVO 2014 [18] ist bei über  
 485 7,5 mg über 3 Monate die Entscheidung für eine Prophylaxe komplex und abhängig von der  
 486 individuellen Risikokonstellation.

487

#### 488 **Zu Nummer 1.7 Verlaufskontrollen**

489 Die Standardinhalte der ärztlichen Verlaufskontrollen im Rahmen des strukturierten  
 490 Behandlungsprogramms wurden im Einklang mit internationalen Empfehlungen (BSR 2017  
 491 [32], CRA 2012 bio [13]; EULAR 2013 bio [64]; DGRh 2011 [56]; NCCCC 2009 [38]; SIGN  
 492 2011 [58]; T2T 2010 [61]) sowie in Anlehnung an die Empfehlungen der S3-Leitlinie zum  
 493 Management der frühen RA [21] formuliert und beruhen auf Expertenkonsens.

494 Der chronische und individuell unterschiedliche Verlauf einer rheumatoiden Arthritis hat  
 495 erhebliche Konsequenzen für die Beurteilung der Wirksamkeit einer DMARD-Therapie. Die  
 496 moderne Therapiestrategie der rheumatoiden Arthritis basiert auf einer regelmäßigen  
 497 Erfassung und Dokumentation der Krankheitsaktivität und ihres Verlaufes in jedem Einzelfall.  
 498 Diese Dokumentation ist entscheidend für die Beurteilung, den Vergleich und die  
 499 Qualitätssicherung der Therapie der rheumatoiden Arthritis. Als Standardinstrument hat sich  
 500 in der Praxis der Disease Activity Score (DAS-28) bewährt, in den verschiedene Parameter  
 501 der Krankheitsaktivität eingehen. Der DAS-28 wird in mehreren Leitlinien zur Erfassung und  
 502 Dokumentation der Krankheitsaktivität empfohlen [38,56,58]. Als Laborwert geht in den DAS-  
 503 28 entweder die Blutsenkungsgeschwindigkeit (DAS-28 BSG) oder das C-reaktiven Protein  
 504 (DAS-28 CRP) ein. In diesem DMP wird auf den DAS-28 unter Einbeziehung der BSG Bezug  
 505 genommen, da die unter anderem auch in Leitlinien genannten Grenzwerte zur Interpretation  
 506 des DAS-28-Wertes (s. Tabelle 2 unten) mittels des DAS-28 BSG validiert wurden.

507 Zur Anwendung des DAS-28-Scores, im Folgenden DAS-28-Wertes, müssen in diesem DMP  
 508 folgende vier Parameter erfasst werden:

509 (1) die Anzahl der druckschmerzhaften Gelenke von insgesamt 28 definierten Gelenken

510 (2) die Anzahl der geschwollenen Gelenke von insgesamt 28 definierten Gelenken

511 (3) Einschätzung der Krankheitsaktivität in den letzten 7 Tagen durch den Patienten selbst auf  
 512 einer visuellen Analogskala (VAS, 0 – 100 mm): die Skala wird über eine 10 cm lange  
 513 horizontale Linie mit den Begrenzungen 0 und 100 dargestellt. Die 0 bedeutet dabei „keine  
 514 Krankheitsaktivität“ und die 100 „stärkst mögliche Krankheitsaktivität“. Die VAS wird dem  
 515 Patienten mit folgender Instruktion vorgelegt: „Bitte geben Sie auf dieser Skala an, wie aktiv  
 516 Ihre rheumatoide Arthritis in den letzten 7 Tagen gewesen ist.“ Der Wert kann dort, wo der  
 517 Patient sein Kreuz setzt, millimetergenau abgelesen werden. Dabei entspricht 1 mm einem  
 518 Punkt. Kann die Skala der Patientin bzw. dem Patienten nicht vorgelegt werden, kann die  
 519 Ärztin bzw. der Arzt die Stärke der Krankheitsaktivität auch mündlich erfragen und der Patient  
 520 eine Zahl zwischen 0 und 100 nennen.

521 (4) die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) in der Einheit mm pro Stunde (mm/h) als aktuelles  
 522 serologisches Entzündungszeichen

523 Die unter (1) und (2) durch die Ärztin oder den Arzt zu beurteilenden Gelenke sind jeweils  
 524 rechts- und linksseitig wie folgt definiert:

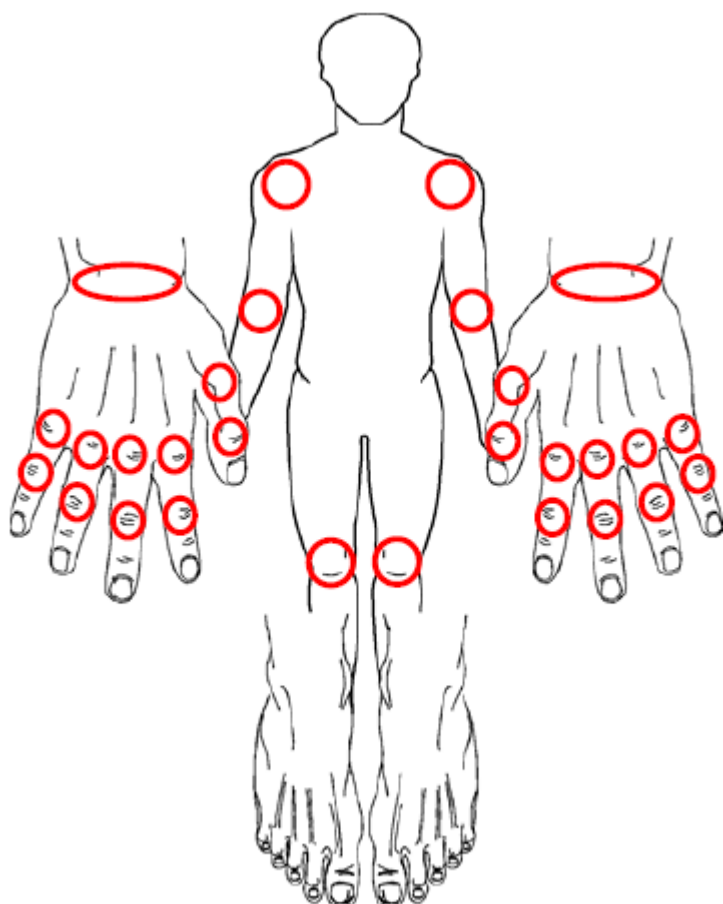
- 525 1. Schultergelenk
- 526 2. Ellenbogengelenk
- 527 3. Handgelenk
- 528 4. Fingergrundgelenk MCP 1
- 529 5. Fingergrundgelenk MCP 2
- 530 6. Fingergrundgelenk MCP 3
- 531 7. Fingergrundgelenk MCP 4

- 532 8. Fingergrundgelenk MCP 5  
 533 9. Fingermittelgelenk PIP 1  
 534 10. Fingermittelgelenk PIP 2  
 535 11. Fingermittelgelenk PIP 3  
 536 12. Fingermittelgelenk PIP 4  
 537 13. Fingermittelgelenk PIP 5  
 538 14. Kniegelenk

539 Die 14 definierten Gelenke werden sowohl auf der rechten als auch auf der linken Körperseite  
 540 beurteilt, sodass eine Anzahl von 28 zu beurteilenden Gelenken resultiert. Dabei soll für jedes  
 541 der 28 Gelenke zum einen angegeben werden, ob es geschwollen ist und zum anderen, ob  
 542 es druckschmerzhaft ist. Ein von der RA betroffenes Gelenk kann entweder geschwollen und  
 543 gleichzeitig nicht druckschmerzhaft, druckschmerzhaft und gleichzeitig nicht geschwollen oder  
 544 gleichzeitig geschwollen und druckschmerzhaft sein. Daher sind die Gelenke separat  
 545 hinsichtlich der Schwellung und hinsichtlich der Schmerzen zu beurteilen.

546 Die folgenden schematischen Darstellungen dienen der Erfassung der Anzahl der  
 547 geschwollenen Gelenke von 28 definierten Gelenken (Abb. 1) sowie der Anzahl der  
 548 druckschmerzhaften Gelenke von 28 definierten Gelenken (Abb. 2).

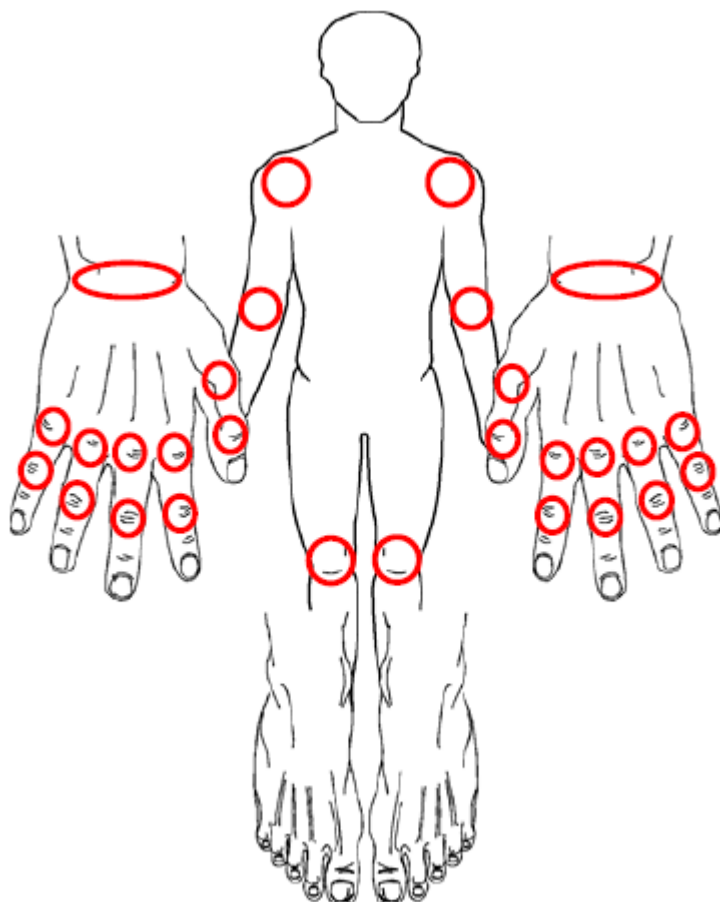
549 **Geschwollene Gelenke (sw28)**



550  
 551 Abbildung 1: Erfassung der Anzahl der geschwollenen Gelenke (sw28)  
 552

553 **Druckschmerzhafte Gelenke (t28)**

554



555

556 Abbildung 2: Erfassung der Anzahl der druckschmerzhafte Gelenke (t28)

557 Tabelle 1: Berechnung des DAS-28-Wertes

1.	<b>Anzahl geschwollener Gelenke (sw28)</b> (Wertebereich: 0 – 28)	_____
2.	<b>Anzahl druckschmerzhafter Gelenke (t28)</b> (Wertebereich 0 - 28)	_____
3.	<b>Subjektive Krankheitsaktivität (VAS)</b> (Wertebereich 0 – 100)	_____
4.	<b>Blutsenkung (BSG)</b>	_____ mm/h

Aus den vier Werten wird der DAS-28-Wert anhand der folgenden Formel berechnet:

$$\text{DAS-28-Wert} = 0.56 \cdot \sqrt{(t28)} + 0.28 \cdot \sqrt{(sw28)} + 0.70 \cdot \text{Ln}(BSG) + 0.014 \cdot \text{VAS}$$

*Legende:* t28: Anzahl druckschmerzhafter Gelenke; sw28: Anzahl geschwollener Gelenke; Ln(BSG): natürlicher Logarithmus des Wertes der BSG; BSG: Blutsenkungsgeschwindigkeit; VAS: Visuelle Analogskala.

Das Zeichen \* ist das mathematische Multiplikationszeichen.

558

559  
560

Tabelle 2: Interpretation des DAS-28-Wertes

DAS-28-Wert	Krankheitsaktivität
< 2,6	Remission
≥ 2,6 bis < 3,2	Niedrige Krankheitsaktivität
≥ 3,2 bis ≤ 5,1	Moderate Krankheitsaktivität
> 5,1	Hohe Krankheitsaktivität

561

562 **Zu Nummer 1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

<b>KBV</b>	<b>GKV-SV</b>	<b>DKG</b>	<b>PatV</b>
<p>Für die Rolle der koordinierenden Ärztin und des koordinierenden Arztes von Patientinnen und Patienten mit Rheumatoider Arthritis sind</p> <p>- Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte</p> <p>- für Innere Medizin und Rheumatologie,</p> <p>- mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie,</p> <p>- mit Teilgebiet Rheumatologie,</p> <p>- mit Zusatz-Weiterbildung orthopädische Rheumatologie sowie</p> <p>- rheumatologisch fortgebildete Orthopädinnen und Orthopäden</p> <p>gleichermaßen geeignet. Als rheumatologisch fortgebildete Orthopädinnen und</p>	<p>DMP verfolgen grundsätzlich einen niedrighwelligen, bevölkerungsnahen und integrativen Versorgungsansatz mit langfristiger Patientenbegleitung unter Berücksichtigung bestehender Komorbiditäten und des häuslichen und familiären Umfelds. Die Verfügbarkeit von notwendigem medizinischem Spezialwissen zu einzelnen Fragestellungen wird durch Überweisungsregelungen an spezialisierte Fachärztinnen oder Fachärzte sichergestellt. Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt stimmt die diagnostischen, therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Maßnahmen aufeinander ab, bezieht gegebenenfalls auch nichtärztliche Hilfen und flankierende</p>	<p>Für die Koordination von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis in diesem strukturierten Behandlungsprogramm sind Hausärztinnen und Hausärzte im Rahmen der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V geeignet. Gleichermäßen geeignet für die Koordination sind zugelassene oder ermächtigte Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungsbezeichnungen, die sich nach der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer richten. Dazu zählen insbesondere</p> <p>- Fachärztinnen oder Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie oder</p> <p>- internistische Fachärztinnen oder internistischen</p>	<p>Für die Rolle der koordinierenden Ärztin bzw. des koordinierenden Arztes von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis sind Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, Fachärztinnen und Fachärzte mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder Fachärztinnen und Fachärzte mit Teilgebiet Rheumatologie gleichermaßen geeignet. Alle genannten Arztgruppen sind im Rahmen der fachärztlichen Grundversorgung tätig, bei denen die Behandlung und Behandlungskoordination von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis ein Kerngebiet darstellt. Das Management von komplexen</p>

<p>Orthopäden gelten Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie, die eine Fortbildung zum „Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde (RhefO)“ des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie oder eine vergleichbare Qualifikation nachweisen können.</p> <p>Fachärztinnen und Fachärzte mit einer rheumatologischen Weiterbildung sind spezialisiert für die Rheumatoide Arthritis.</p> <p>Die anderen genannten Arztgruppen sind im Rahmen der ärztlichen Grundversorgung tätig und verfügen über die nötige Kompetenz zur Erfüllung der in diesem strukturierten Behandlungsprogramm festgelegten Aufgaben als koordinierender Arzt bzw. Ärztin. Die meisten Menschen mit neu aufgetretenen muskuloskelettalen Beschwerden kontaktieren zuerst den Hausarzt oder auch den niedergelassenen Orthopäden [75]. Gemäß S3-Leitlinie [21] kommt sowohl den Hausärzten als auch den Orthopäden eine entscheidende Rolle</p>	<p>Dienste mit ein, führt die Befunde zusammen, bewertet sie auch mit der Patientin oder dem Patienten zusammen, dokumentiert und bewahrt sie auf.</p> <p>Entsprechend § 73 SGB V werden diese Aufgaben der hausärztlichen Versorgung zugeschrieben, an der unter anderem Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, sowie Ärztinnen und Ärzte nach § 73 (1a) Satz 1 Ziffer 4 und 5 teilnehmen. Entsprechend Satz 2 dieses Absatzes nehmen die übrigen Fachärztinnen und Fachärzte an der fachärztlichen Versorgung teil.</p>	<p>Fachärzte mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fachärztinnen oder Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Fachärztinnen oder Fachärzte für Orthopädie jeweils mit der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie oder</li> <li>- qualifizierte Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen.</li> </ul>	<p>Komorbiditäten ist ein Kerngebiet der Hausärztinnen und Hausärzte. Liegen solche Konstellationen vor, sollte die Koordination des strukturierten Behandlungsprogramms durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.</p>
--	--	--	--

<p>im Management der rheumatoiden Arthritis zu. Neben der Diagnosestellung der RA wird hier insbesondere die frühe Therapieeinleitung und die kontinuierliche Begleitung inklusive der Kontrolluntersuchungen bei laufenden Therapien bei diesen beiden Fachgruppen gesehen [21]. Diese Aufgaben entsprechen der Rolle der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes im DMP. Zentrales Ziel dieses DMP ist es, die knappe Ressource der Verfügbarkeit internistischer Rheumatologen durch strukturierte Aufgabenteilung und -zuweisung besser zu nutzen. Dies soll insbesondere durch einen gezielteren Zugang zur zweiten Versorgungsebene erreicht werden. Gleichzeitig soll das window of opportunity durch klare Aufgabenzuweisung an den Erstbehandelnden bei mehr Patientinnen und Patienten genutzt und die frühe RA-Therapie umgesetzt werden. Zum 31.12.2018 haben in Deutschland insgesamt 434</p>			
---	--	--	--

<p>internistische Rheumatologen an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen (Zählung nach Bedarfsplanungsge wicht, Internisten mit mehreren Schwerpunkten jeweils anteilig gezählt [30]). Bei geschätzt deutschlandweit insgesamt ca. 740.000 RA-Patienten [66,73] würden durchschnittlich ca. 1.700 RA-Patienten auf einen internistischen Rheumatologen bzw. Rheumatologin fallen. Dies verdeutlicht die sehr hohe Versorgungslast dieser Fachgruppe. Der Einbezug von Hausärztinnen und Hausärzte zur Koordination im DMP RA kann diesem Versorgungsdefizit alleine keine Abhilfe schaffen. Es ist unklar, wie viele Hausärzte einerseits aufgrund der aktuellen Belastung der Praxen und andererseits aufgrund der geringen Anzahl an RA-Patienten pro Hausarztpraxis (durchschnittlich ca. 15) bereit sein werden, an einem solchen zusätzlichen DMP teilzunehmen.</p> <p>Der Einschluss orthopädischer</p>			
--	--	--	--

<p>Rheumatologen und rheumatologisch fortgebildeter Orthopäden als koordinierende Ärztinnen und Ärzte ist demnach sowohl hinsichtlich ihrer Qualifikation, der Leitlinienempfehlungen sowie aufgrund der Versorgungssituation der RA begründet.</p> <p>Das Management von komplexen Komorbiditäten ist ein Kerngebiet von Hausärztinnen und Hausärzten. Liegen solche Konstellationen vor, sollte die Koordination des strukturierten Behandlungsprogramms durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen.</p>			
--	--	--	--

563

564 **Zu Nummer 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom**  
 565 **koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten**  
 566 **Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung**

567 Wenn die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis bereits durch die primärversorgende Ärztin  
 568 oder den primärversorgenden Arzt (in der Regel die Hausärztin oder der Hausarzt

<p><b>KBV</b></p> <p>bzw. die rheumatologisch fortgebildete Orthopädin oder der rheumatologisch fortgebildete Orthopäde</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b></p> <p><i>[keine Aufnahme]</i></p>
---	--

569

570 ) gestellt wurde [21], kann und sollte diese oder dieser, um einen möglichst frühen  
 571 Therapiebeginn zu ermöglichen, eine erste DMARD-Therapie unter Beachtung von  
 572 Kontraindikationen und Komorbiditäten einleiten. Dennoch sollte nach Erstdiagnose einer  
 573 rheumatoiden Arthritis innerhalb der ersten drei Monate eine Vorstellung

<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b></p> <p>bei der Fachärztin oder beim Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>bei der Rheumatologin oder beim Rheumatologen</p>
---	--

574 erfolgen.



<b>KBV</b> Im Regelfall erfolgt diese Vorstellung beim internistischen Rheumatologen. Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch von orthopädischen Rheumatologen übernommen werden. Gleiches gilt, wenn im Folgenden eine Vorstellung oder Behandlung bei der Rheumatologin oder dem Rheumatologen beschrieben ist.	<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> <i>[keine Aufnahme]</i>
--	---

575

576 Durch dieses Vorgehen wird das „Window of Opportunity“ gewahrt und damit die Prognose  
577 verbessert, zusätzlich kann hierdurch bereits eine Beurteilung des Ansprechens auf die  
578 Ersttherapie durch

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	<b>KBV</b> die Rheumatologin oder den Rheumatologen
---	--

579 erfolgen [24].

580 Auch wenn nach 24 Wochen noch keine Remission der rheumatoiden Arthritis erreicht wurde  
581 oder eine bereits durchgeführte weitere DMARD-Therapie nicht ausreichend wirksam ist oder  
582 nicht vertragen wird, soll die Patienten oder der Patient

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> der Fachärztin oder dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	<b>KBV</b> der Rheumatologin oder dem Rheumatologen
---	--

583 zur Therapieoptimierung zugewiesen werden.

584 Gemäß nationalen und internationalen Leitlinien ist eine relativ engmaschige „treat to target“-  
585 Therapie mit dem Ziel der Remission bzw. alternativ, vor allem bei schon langer bestehender  
586 rheumatoider Arthritis, der niedrigen Krankheitsaktivität (LDA) zur Vermeidung irreversibler  
587 Krankheitsfolgen anzustreben. Dabei wird im Allgemeinen zwölf Wochen nach Einleitung einer  
588 DMARD-Therapie ein gewisses Ansprechen (Response) gefordert und nach 24 Wochen eine  
589 Remission bzw. niedrige Krankheitsaktivität (s.o.). Wenn dies nicht der Fall ist, sollte die  
590 Therapie weiter optimiert werden.

591 Wenn nach Absetzen der Glucocorticoide und anhaltender Remission vom Patienten und  
592 Hausarzt eine Reduktion der DMARD-Therapie erwogen wird, sollte mit der Frage, inwieweit  
593 dies möglich und sinnvoll ist, eine Vorstellung

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> bei der Fachärztin oder beim Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	<b>KBV</b> bei der Rheumatologin oder beim Rheumatologen
--	---

594

595 erfolgen. Der Grundsatz „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“ ist für die Therapie mit  
596 Glukokortikoiden sinnvoll, für die DMARD-Therapie der rheumatoiden Arthritis aber nach wie  
597 vor unzureichend untersucht, so dass eine Deeskalation der DMARD-Therapie gut überlegt  
598 sein will und vor allem auch nur in enger Absprache mit der Patientin oder dem Patienten  
599 erfolgen sollte.

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>	<b>KBV</b> Die Rheumatologin oder der Rheumatologen
--------------------------	--

Die Fachärztin oder der Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	
---	--

600 wird der Patientin oder dem Patienten das Für und Wider einer DMARD-Deeskalation nach  
 601 der wissenschaftlichen Datenlage und seiner fachspezifischen Erfahrung erläutern und mit ihr  
 602 oder ihm gemeinsam gegebenenfalls die Entscheidung hierzu treffen (shared decision). Dies  
 603 beinhaltet auch die Erläuterung des Vorgehens für den Fall, dass es unter deeskalierter  
 604 DMARD-Therapie wieder zu einer Aktivitätszunahme der rheumatoiden Arthritis kommt [24].

605 Die Empfehlungen zur regelmäßigen Verlaufskontrolle stützt sich auf die S3-Leitlinie zum  
 606 Management der frühen RA [21].

607 Zur Klärung der Notwendigkeit eines gelenkchirurgischen Eingriffes sollten Patientinnen und  
 608 Patienten mit rheumatoider Arthritis

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>	<b>KBV</b>
von der behandelnden Fachärztin oder vom behandelndem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie	von der behandelnden Rheumatologin oder vom behandelnden Rheumatologen

609 oder von der Hausärztin oder vom Hausarzt in Abstimmung mit dieser oder diesem zum  
 610 Facharzt oder zur Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie überwiesen werden.

611 Während die Vermeidung von Therapiekomplikationen sowie die Erkennung und Behandlung  
 612 von Komorbiditäten Aufgabe der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes ist,  
 613 sollte bei bestimmten Organmanifestationen die jeweilige Fachdisziplin hinzugezogen werden  
 614 (beispielsweise Nephrologie, Pneumologie, Neurologie usw.). Inwieweit Komorbiditäten eine  
 615 fachspezifische Betreuung erfordern (z. B. Kardiologie, Diabetologie) sollte von der  
 616 koordinierenden Ärztin oder dem koordinierenden Arzt entschieden werden.

### 617 **Zu Nummer 1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

<b>DKG, PatV</b>	<b>GKV-SV, KBV</b>
Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis sollte als ein Element einer qualitativ angemessenen Versorgung die fachspezifische stationäre Versorgung im Bedarfsfall zur Verfügung stehen. Die hier aufgeführten Indikationen zur stationären Behandlung entsprechen den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, welche im Rahmen eines DMP in Frage kommen. Im Weiteren gilt, dass die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung in ein Krankenhaus entscheidet [75].	Die aufgeführte Indikation zur stationären Behandlung entspricht der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016 [75].  Im Übrigen obliegt die Einweisung dem pflichtgemäßen Ermessen der Ärztin oder des Arztes.

618

### 619 **Zu Nummer 1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

620 Die medizinische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem Patientinnen und Patienten mit  
 621 Rheumatoider Arthritis mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die  
 622 individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen sowie die  
 623 Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen und selbstbestimmt am Alltagsleben  
 624 teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung soll Benachteiligungen durch die Rheumatoide  
 625 Arthritis und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen

626 entgegenwirken. Dabei kann die Rehabilitation Bestandteil einer am langfristigen Erfolg  
 627 orientierten umfassenden Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Rheumatoider  
 628 Arthritis sein.

## 629 **Zu Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen**

630 Die allgemeinen Anforderungen an Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in § 2 DMP-A-RL  
 631 grundsätzlich einheitlich für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt. Folgende  
 632 Qualitätsziele und -indikatoren wurden festgelegt:

633 Die Qualitätsziele 1 bis 3 dienen der Umsetzung der Empfehlungen zu den therapeutischen  
 634 Maßnahmen. Insbesondere Entscheidungen zur medikamentösen Therapie werden an dem  
 635 Grad der aktuellen Krankheitsaktivität und der entsprechenden Response oder Remission  
 636 ausgerichtet. Aufgrund der hohen Bedeutung der Krankheitsaktivität für die  
 637 Therapieentscheidungen (vgl. Nummer 1.5.3) wird das Ansprechen auf die Therapie mit drei  
 638 Qualitätszielen erfasst. In den Qualitätszielen 1 und 2 wird das Therapieansprechen in  
 639 Abhängigkeit von der Erkrankungsdauer dargestellt. Bei Patientinnen und Patienten mit einer  
 640 frühen RA mit einer Erkrankungsdauer von bis zu zwei Jahren soll eine Remission angestrebt  
 641 werden. Bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankungsdauer von mehr als zwei Jahren  
 642 soll mindestens eine niedrige Krankheitsaktivität angestrebt werden. Das Qualitätsziel 3 stellt  
 643 das Therapieansprechen in Abhängigkeit von der individuellen Veränderung und der aktuellen  
 644 Krankheitsaktivität dar.

645 Für die Berechnung des ersten Qualitätsziels werden nur diejenigen Patientinnen und  
 646 Patienten einbezogen, die zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation eine Erkrankungsdauer  
 647 von weniger als zwei Jahren aufweisen. Bei diesen Patientinnen und Patienten soll eine  
 648 Remission angestrebt werden, die durch einen DAS-28-Wert von kleiner als 2,6 Punkte  
 649 gekennzeichnet ist. Das Qualitätsziel einer Remission bei Patienten mit früher RA sollte bei  
 650 mindestens 35 % der Patientinnen und Patienten erreicht werden [4].

651 Für die Berechnung des zweiten Qualitätsziels werden nur diejenigen Patientinnen und  
 652 Patienten einbezogen, die zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation eine Erkrankungsdauer  
 653 von zwei Jahren oder mehr aufweisen. Bei diesen Patientinnen und Patienten sollte  
 654 mindestens eine niedrige Krankheitsaktivität angestrebt werden, die durch einen DAS-28-Wert  
 655 von kleiner als 3,2 Punkte gekennzeichnet ist. Das Qualitätsziel der niedrigen  
 656 Krankheitsaktivität bei Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankungsdauer von zwei  
 657 Jahren oder mehr sollte bei mindestens 50 % der Patientinnen und Patienten erreicht werden.

658 Im Qualitätsziel 3 wird das Therapieansprechen über eine relevante Verbesserung im DAS-  
 659 28-Wert operationalisiert. Hierfür wird eine relevante Verbesserung wie folgt definiert: Es wird  
 660 der Differenzwert zwischen dem aktuellen DAS-28-Wert (aktuelle Dokumentation) und dem  
 661 DAS-28-Wert bei Einschreibung (Erstdokumentation) gebildet. Ist der DAS-28-Wert bei der  
 662 aktuellen Dokumentation kleiner oder gleich 5,1 Punkte, so gilt ein Differenzwert von mehr als  
 663 0,6 Punkten als eine ausreichend relevante Verbesserung. Ist der DAS-28-Wert bei der  
 664 aktuellen Dokumentation größer als 5,1 Punkte, gilt ein Differenzwert von mehr als 1,2  
 665 Punkten als eine ausreichend relevante Verbesserung. Ein Differenzwert von 0,6 oder weniger  
 666 wird generell als nicht ausreichend relevante Verbesserung definiert. Die Definition einer  
 667 relevanten Verbesserung ist an die Response-Kriterien nach Fransen und Riel (2009)[25]  
 668 angelehnt. In diesem Qualitätsziel wird ein hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern  
 669 angestrebt, bei denen eine entsprechend definierte relevante Verbesserung erreicht wird. Für  
 670 diesen Indikator werden nur diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen, die bei  
 671 der Erstdokumentation einen DAS-28-Wert von mindestens 3,2 Punkten aufweisen. Der  
 672 Nenner zur Berechnung des Qualitätsindikators wird entsprechend definiert über die Anzahl  
 673 der Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei Einschreibung einen DAS-28-Wert von größer  
 674 oder gleich 3,2 Punkte aufweisen. Den Zähler bildet der Anteil der Teilnehmerinnen und  
 675 Teilnehmerinnen, die, abhängig vom aktuellen DAS-28-Wert, einen entsprechenden  
 676 Mindestdifferenzwert zwischen aktueller Dokumentation und Erstdokumentation aufweisen.

677 Das Qualitätsziel 3 sollte bei mindestens 60 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erreicht  
678 werden.

679 Die Qualitätsziele 4 und 5 dienen der Umsetzung der Empfehlungen in Nummer 1.6. Für das  
680 Qualitätsziel 4 der jährlichen klinischen Einschätzung des Osteoporose-Risikos ist ein Zielwert  
681 von 90 %, für das Qualitätsziel 5 eines Blutdrucks unter 140/90 mmHg bei bekannter  
682 Hypertonie ein Zielwert von 60 % anzustreben. Die Qualitätsziele 6 und 7 dienen der  
683 Umsetzung der empfohlenen medikamentösen Behandlung (vgl. Nummer 1.5.3). Dabei ist für  
684 die Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie (Therapiedauer länger als 6 Monate) bei  
685 Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Glukokortikoidtherapie ein Zielwert von 50 %  
686 anzustreben. Eine DMARD-Therapie sollten mindestens 90 % der Teilnehmerinnen und  
687 Teilnehmer, die sich aktuell nicht in einer vereinbarten Therapiepause befinden, erhalten.  
688 Schulungen sind ein wesentlicher Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme  
689 (§137f Absatz 2 Satz 2 SGB V). Das Qualitätsziel 8 zur Teilnahme einer Schulung dient der  
690 Umsetzung der in Nummer 4.2 definierten Patientenschulung. Bei der Berechnung des  
691 Qualitätsindikators werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die eine Schulung  
692 wahrgenommen haben, als „gute Qualität“ gewertet, unabhängig von einer dokumentierten  
693 Empfehlung. Diejenigen, die trotz einer dokumentierten Empfehlung keine Schulung  
694 wahrgenommen haben, werden als „schlechte Qualität“ gewertet. War eine Schulung aktuell  
695 nicht möglich oder wurde diese bereits vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen,  
696 werden diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer in dem Indikator nicht berücksichtigt. Für das  
697 Qualitätsziel 8 kann vorerst kein Zielwert festgelegt werden. Die Qualitätsziele 9 und 10 bilden  
698 die Empfehlungen der allgemeinen Maßnahmen zum Tabakverzicht und zur körperliche  
699 Aktivität ab (vgl. Nummer 1.5.1). Der Gesamtanteil an Racherinnen und Rauchern  
700 (Qualitätsziel 9a)) sollte maximal 20 % betragen, der Anteil der Raucherinnen und Raucher  
701 bezogen auf die bei Einschreibung rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer maximal  
702 90 % (Qualitätsziel 9b). Das Qualitätsziel 10 sollte bei mindestens 40 % der Teilnehmerinnen  
703 und Teilnehmern erreicht werden.

#### 704 **Zu Nummer 3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

705 Die allgemeinen Teilnahmevoraussetzungen sind in § 3 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich  
706 für alle strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

#### 707 **Zu Nummer 3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

708 Die speziellen Teilnahmevoraussetzungen sind durch die diagnostischen Kriterien und  
709 Vorgaben unter Nummer 1.2 und Nummer 1.3 geregelt. Die RA ist eine Erkrankung des  
710 Erwachsenenalters mit einem Häufigkeitsgipfel für Neuerkrankungen bei Frauen zwischen  
711 dem 55 und 64 Lebensjahr und für Männer zwischen dem 65 und 74 Lebensjahr. Eine andere  
712 Krankheitsentität ist die juvenile idiopathische Arthritis für die es eine eigene Leitlinie und  
713 Empfehlungen gibt. Diese ist in diesem DMP nicht adressiert. Vor diesem Hintergrund ist das  
714 vorliegende DMP auf Patienten ab dem 18. Lebensjahr beschränkt.

#### 715 **Zu Nummer 4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

716 Die Schulungen der Leistungserbringer sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle  
717 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt.

#### 718 **Zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten**

719 Gemäß § 137f SGB V Absatz 2 Satz 2 hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen  
720 zu definieren. Die Patientenschulungen sind in § 4 DMP-A-RL grundsätzlich einheitlich für alle  
721 strukturierten Behandlungsprogramme geregelt. Entsprechend § 4 DMP-A-RL dienen  
722 Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren  
723 Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher  
724 Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten  
725 Behandlungsprogramme. Die Vermittlung von Wissen und Kompetenzen im Zusammenhang  
726 mit der rheumatoiden Erkrankung, wie sie in Patientenschulungen erfolgen soll, dient der  
727 Einübung eines effektiven Selbstmanagements und kann sowohl der Verbesserung des

728 Gesundheitszustandes als auch der Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die  
729 Therapie dienen [32,64].

<p><b>KBV</b></p> <p>Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung liegen für die Rheumatoide Arthritis zwei strukturierte Patientenschulungen vor, die evaluiert, zielgruppenspezifisch und publiziert sind. Diese sind die „Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis – StruPI-RA“ [49,57]). und die „Basisschulung RA“[26]. Die Evaluation der „Basisschulung RA“ wurde in einem randomisierten Kontrollgruppendesign (RCT) im ambulanten Setting durchgeführt und zeigte signifikante kleine bis mittelgroße Effekte im primären Outcome (Gesundheitskompetenz und Krankheitswissen). Die StruPI-RA Schulung wurde in einem multizentrischen kontrollierten Prä-Post-Studien-Design im ambulanten Setting evaluiert. Untersucht wurde der Wissenszuwachs, erfasst durch ein standardisiertes, validiertes RA-spezifisches Instrument. Die Interventionsgruppe erhielt die Schulung, die Kontrollgruppe lediglich schriftliches Informationsmaterial. Beide Gruppen zeigten einen Wissenszuwachs über die Zeit, dieser fiel in der Interventionsgruppe mit mittelgroßen Effekten signifikant höher aus als in der Kontrollgruppe.</p>	<p><b>GKV-SV</b></p> <p>Gemäß § 137f SGB V Absatz 2 Satz 2 hat der G-BA Anforderungen an Patientenschulungen zu definieren. Entsprechend § 4 DMP-A-RL dienen Patientenschulungen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen und sind deshalb integraler Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme.</p> <p>Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss.</p> <p>Die Publikation muss spätestens 18 Monate nach Abschluss der Evaluation vorliegen.</p> <p>Der Zeitpunkt des Programmstarts ist definiert durch den Zeitpunkt, der ersten Zulassung eines Programmes, welches die jeweilige Schulung als Vertragsbestandteil enthält.</p> <p>Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, sollen diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen. Die Anpassung der Verträge hat in einem vertretbaren Zeitrahmen zu erfolgen, um den Vertragspartnern die Umsetzung der neuen Schulungsprogramme in den Vertragsregionen zu ermöglichen.</p>
--	---

730

<p><b>PatV</b></p> <p>Gemäß § 3 Absatz 2 DMP-A-RL können sich die teilnehmenden Patientinnen und Patienten Informationen über die zur Schulung qualifizierten Leistungsanbieter bei den Vertragspartnern einholen. Diese</p>	<p><b>KBV</b></p> <p><i>[streichen]</i></p>
--	---

Informationen stehen auch Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung.	
---	--

- 731
- 732 **Zu Nummer 5 Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen**  
733 **(Evaluation)**
- 734 Gemäß § 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V hat der G-BA Anforderungen an die  
735 Evaluation von DMP festzulegen. Zur Umsetzung dieser Aufgabe hat der G-BA am 19. Juni  
736 2014 in § 6 DMP-A-RL eine Regelung getroffen, nach der die Evaluation auf folgende  
737 Bestandteile aufbaut:
- 738 – eine regelmäßige Berichterstattung über relevante Parameter der Versorgung  
739 innerhalb eines Programms für eine bestimmte Erkrankung,
  - 740 – ein Vergleich der Versorgung für eine bestimmte Erkrankung innerhalb eines  
741 Programms mit der Versorgung außerhalb des Programms.
- 742 Der Beschluss vom 19. Juni 2014 und auch der vorliegende Beschluss zur Änderung der  
743 DMP-A-RL enthalten nur Regelungen zum ersten Bestandteil. Zum zweiten Bestandteil wurde  
744 die fehlende Einwilligung zur Verarbeitung und Nutzung von medizinischen und persönlichen  
745 Daten für nicht am DMP teilnehmende Versicherte thematisiert. Mit Schreiben vom  
746 10. Oktober 2014 wandte sich die Vorsitzende des Unterausschusses an die  
747 Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). Die BfDI  
748 antwortete am 20. November 2014, dass sie den gesetzlichen Regelungen keine Hinweise  
749 entnehmen könne, dass Daten von Versicherten, die nicht an einem DMP teilnehmen, für eine  
750 vergleichende Evaluation verwendet werden dürfen. Vor dem Hintergrund der im Schreiben  
751 der BfDI vom 20. November 2014 geäußerten datenschutzrechtlichen Bedenken beriet der  
752 G-BA die Streichung von § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL, welcher die vergleichende DMP-  
753 Evaluation verankert. Im Ergebnis wurde die Regelung in § 6 Absatz 2 Nummer 2 DMP-A-RL  
754 belassen, weil die gesetzlich geforderte Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den  
755 Programmen nach Auffassung des G-BA auch der vergleichenden Evaluation bedarf. Darauf  
756 wurde von wissenschaftlicher Seite, insbesondere auch vom Sachverständigenrat zur  
757 Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, hingewiesen.
- 758 Die medizinischen Evaluationsparameter **b) bis g)** wurden unter Berücksichtigung der Ziele  
759 des strukturierten Behandlungsprogrammes und der aktuellen wissenschaftlichen Literatur im  
760 Expertenkonsens festgelegt. Die Datengrundlage zu Buchstabe **a)** sind die administrativen  
761 Daten der Krankenkassen. Die Datengrundlage zu den Buchstaben **b) bis g)** sind die DMP-  
762 Dokumentationsdaten.
- 763 Bei der Auswertung der Parameter sind folgende Konkretisierungen zu beachten:
- 764 Zu Buchstabe **b) bis d)** sowie **f) und g)**: Die Auswertung bezieht sich auf Empfehlungen unter  
765 Nummer 1.4 sowie 1.5 und orientiert sich an Qualitätszielen zur leitliniengerechte Therapie  
766 unter Nummer 2.
- 767 Zu Buchstabe **b) und c)**: Auszuwerten sind hier mindestens die Anteile der Teilnehmerinnen  
768 und Teilnehmern mit weniger als zwei Jahren Erkrankungsdauer, die eine Remission (DAS-  
769 28-Werte < 2,6) erreichen, und der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer  
770 Erkrankungsdauer von zwei Jahren oder mehr, die eine niedriger Krankheitsaktivität (DAS-28-  
771 Werte < 3,2) erreichen.
- 772 Zu Buchstabe **d)**: Auszuwerten ist mindestens der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer  
773 mit moderatem Therapieansprechen, mit gutem Therapieansprechen und derer ohne  
774 Therapieansprechen. Der Evaluationsparameter ist nur für die Teilnehmerinnen und  
775 Teilnehmer auszuwerten, die bei Einschreibung in das DMP einen DAS-28-Wert größer oder  
776 gleich 3,2 Punkten aufweisen. Zur Berechnung des Therapieansprechens wird der  
777 Differenzwert zwischen dem aktuellen DAS-28-Wert (aktuelle Dokumentation) und dem DAS-  
778 28-Wert bei Einschreibung (Erstdokumentation) gebildet. Je nach Höhe des DAS-28-Wertes

779 in der aktuellen Dokumentation und des Differenzwertes wird die folgende Einteilung  
780 vorgenommen:

- 781 – **Gutes Therapieansprechen:** Liegt der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation  
782 kleiner oder gleich 3,2 Punkten, so gilt ein Differenzwert von mehr als 1,2 Punkten als  
783 gutes Therapieansprechen.
- 784 – **Moderates Therapieansprechen:** Liegt der DAS-28-Wert bei der aktuellen  
785 Dokumentation größer als 3,2 Punkte und kleiner oder gleich 5,1 Punkte, so gilt ein  
786 Differenzwert von mehr als 0,6 Punkten als moderates Therapieansprechen. Liegt der  
787 DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation größer als 5,1 Punkte, gilt ein  
788 Differenzwert von mehr als 1,2 Punkten als moderates Therapieansprechen.
- 789 – **Kein Therapieansprechen:** Liegt der DAS-28-Wert bei der aktuellen Dokumentation  
790 kleiner oder gleich 5,1 Punkten, ist ein Differenzwert von 0,6 Punkten oder weniger als  
791 nicht ausreichendes Therapieansprechen definiert. Liegt der DAS-28-Wert bei der  
792 aktuellen Dokumentation größer als 5,1 Punkte, ist ein Differenzwert von 1,2 Punkten  
793 oder weniger als nicht ausreichendes Therapieansprechen definiert.

794 Zu Buchstabe e): Auszuwerten sind die Schulungsraten entsprechend der Vorgaben unter „Zu  
795 Nummer 2 Qualitätssichernde Maßnahmen“.

796 Zu Buchstabe f): Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit  
797 bestehender dauerhafter Glukokortikoidtherapie, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und  
798 Teilnehmer mit aktueller Glukokortikoidtherapie.

799 Zu Buchstabe g): Auszuwerten ist der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit  
800 bestehender DMARD-Therapie, der Anteil derer, die sich aktuell in einer Therapiepause  
801 befinden, und der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die keine DMARD-Therapie  
802 erhalten. Mit dem vorliegenden Beschluss zur DMP-A-RL wurden erstmalig  
803 Evaluationsparameter für ein DMP Rheumatoide Arthritis festgelegt. Die für die Auswertungen  
804 erforderlichen Dokumentationsparameter können jedoch erst mit Umsetzung der DMP-  
805 Verträge erhoben werden. Um einen ausreichend langen Auswertungszeitraum  
806 sicherzustellen, innerhalb dessen aussagefähige Ergebnisse generiert werden können, sieht  
807 der G-BA die Notwendigkeit, von den bestehenden Regelungen des § 6 Absatz 3 Nr. 2 DMP-  
808 A-RL abzuweichen. Die Möglichkeit von abweichenden Regelungen zum Evaluations- und  
809 Bewertungszeitraum bei chronischen Erkrankungen, für die der G-BA erstmalig Richtlinien zu  
810 den Anforderungen an die Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme erlässt,  
811 wurde bereits in den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 19. Juni 2014  
812 dargestellt.

813 Daher legt der G-BA für den erstmalig zu erstellenden Bericht einen Evaluationszeitraum von  
814 48 Monaten fest. Dieser beginnt mit dem 1. Tag des Quartals, welches auf die früheste  
815 Zulassung eines DMP Rheumatoide Arthritis folgt. Für anschließend zu erstellende  
816 Folgeberichte gelten die Bestimmungen des § 6 Absatz 3 Nr. 2 DMP-A-RL.

817 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2, das heißt der Vergleich der  
818 Versicherten, die an einem DMP teilnehmen, mit Versicherten, die nicht an einem DMP  
819 teilnehmen, kann derzeit aufgrund der fehlenden Rechtsgrundlage zur Verwendung der Daten  
820 der nicht am DMP teilnehmenden Versicherten nicht durchgeführt werden. Folglich wurden  
821 keine Parameter für die vergleichende Evaluation definiert.

## 822 **Zu Anlage 22 Dokumentationsbogen**

823 Die Dokumentationsparameter dienen der Umsetzung der unter Nummer 2 formulierten  
824 Anforderungen an die Qualitätssicherung sowie der unter Nummer 5 formulierten  
825 Anforderungen an die Evaluation.

## 826 **3. Bürokratiekostenermittlung**

827 Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für  
828 Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche  
829 Bürokratiekosten in Höhe von XXX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XXX  
830 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in **Anlage 2**.

831 **4. Verfahrensablauf**

832 Am 16. November 2017 begann die AG mit der Beratung zur Erstellung des  
 833 Beschlussentwurfes. In **XX** Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im  
 834 Unterausschuss DMP beraten (s. untenstehende **Tabelle**)

<b>Datum</b>	<b>Beratungsgremium</b>	<b>Inhalt/Beratungsgegenstand</b>
<b>16. November 2017</b>	AG-Sitzung	Einführung in den Arbeitsauftrag, Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>26. Januar 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>1. Februar 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>20. April 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>24. Mai 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>7. Juni 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>24. Juli 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>12. September 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>10. Oktober 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>22. November 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>6. Dezember 2018</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>31. Januar 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>21. März 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>16. April 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>17. Mai 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>6. Juni 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis



<b>6. August 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>18. Oktober 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>21. November 2019</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>11. Dezember 2019</b>	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
<b>13. Mai 2020</b>	Unterausschuss DMP	Beratung
<b>11. August 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>1. September 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>30. September 2020</b>	Unterausschuss DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
<b>10. November 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>17. November 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
<b>3. Dezember 2020</b>	AG-Sitzung	Beratungen zur Erarbeitung des DMP Rheumatoide Arthritis
Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	Unterausschuss DMP	Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen, Anhörung, Beschlussempfehlung
Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.	Plenum	Beschlussfassung

835

(Tabelle Verfahrensablauf)

836

**Stellungnahmeverfahren**

837 Gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und § 137f Abs. 2 Satz 5 SGB V wurde den  
838 stellungnahmeberechtigten Organisation/en (vgl. **Anlage 3**) Gelegenheit gegeben, zum  
839 Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-A-  
840 RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses  
841 berührt sind.

842 Mit Beschluss des Unterausschusses DMP vom **T. Monat JJJJ** wurde das  
843 Stellungnahmeverfahren am **T. Monat JJJJ** eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten  
844 Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 4**. Die Frist für die Einreichung  
845 der Stellungnahme endete am **T. Monat JJJJ**.

846 Es wurden XX Stellungnahmen fristgerecht, XX Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie XX  
847 Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich  
848 in **Anlage 4**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 5** dokumentiert.

849 Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am **T. Monat JJJJ**  
850 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ**  
851 durchgeführt (**Anlage 5**). Die Anhörung wurde in der Sitzung des Unterausschusses DMP am  
852 **T. Monat JJJJ** durchgeführt (**Anlage 5**). Die stellungnahmeberechtigten Organisationen  
853 wurden mit Schreiben vom **T. Monat JJJJ** zur Anhörung im Rahmen des  
854 Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 6**)

## 855 **5. Fazit**

856 Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ** beschlossen,  
857 die DMP-A-RL zu ändern.

858 Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht/mit.

859

## 860 **6. Literaturverzeichnis**

861 *[wird nach Beschlussfassung an dieser Stelle eingefügt]*

## 862 **7. Zusammenfassende Dokumentation**

863 Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

864 Anlage 2: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

865 Anlage 3: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf  
866 zur DMP-A-RL sowie versandte Tragenden Gründe

867 Anlage 4: Stellungnahmen

868 Anlage 5: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen inklusive anonymisiertes  
869 Wortprotokoll der Anhörung

870

871 Berlin, den **Beschlussdatum**

872

873 **Gemeinsamer Bundesausschuss**  
874 **gemäß § 91 SGB V**  
875 **Der Vorsitzende**

876

877 **Prof. Hecken**

1. **Accortt NA, Lesperance T, Liu M, Rebello S, Trivedi M, Li Y, et al.** Impact of Sustained Remission on the Risk of Serious Infection in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2018;70(5):679-684.
2. **Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJ, et al.** EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017;76(1):17-28.
3. **Albrecht K.** Gender-spezifische Unterschiede der Komorbidität bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 2014;73(7):607-614.
4. **Albrecht K, Callhoff J, Edelmann E, Schett G, Schneider M, Zink A.** Klinische Remission bei rheumatoider Arthritis: Daten aus der Früharthritiskohortenstudie CAPEA. *Z Rheumatol* 2016;75(1):90-96.
5. **Albrecht K, Luque Ramos A, Callhoff J, Hoffmann F, Minden K, Zink A.** Ambulante Versorgung und Krankheitslast der rheumatoiden Arthritis : Eine Analyse von Abrechnungsdaten und einer Versichertenbefragung. *Z Rheumatol* 2018;77(2):102-112.
6. **Albrecht K, Luque Ramos A, Hoffmann F, Redeker I, Zink A.** High prevalence of diabetes in patients with rheumatoid arthritis: results from a questionnaire survey linked to claims data. *Rheumatology (Oxford)* 2018;57(2):329-336.
7. **Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3rd, et al.** 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010;69(9):1580-1588.
8. **Arts EE, Fransen J, Den Broeder AA, van Riel P, Popa CD.** Low disease activity (DAS28 $\leq$ 3.2) reduces the risk of first cardiovascular event in rheumatoid arthritis: a time-dependent Cox regression analysis in a large cohort study. *Ann Rheum Dis* 2017;76(10):1693-1699.
9. **Baecklund E, Ekbom A, Sparen P, Feltelius N, Klareskog L.** Disease activity and risk of lymphoma in patients with rheumatoid arthritis: nested case-control study. *BMJ* 1998;317(7152):180-181.
10. **Baillet A, Gossec L, Carmona L, Wit M, van Eijk-Hustings Y, Bertheussen H, et al.** Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2016;75(6):965-973.
11. **Bergert FW, Braun M, Ehrenthal K, Feßler J, Gross J, Hüttner U, et al.** Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation; Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten [online]. 16.04.2014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2013. [Zugriff: 12.06.2017]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-043l\\_S2e\\_Multimedikation\\_2014-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf).
12. **Bergman-Evans B.** Improving medication management for older adult clients. Iowa City (USA): University of Iowa College of Nursing; 2012.
13. **Bombardier C, Hazlewood GS, Akhavan P, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et al.** Canadian Rheumatology Association recommendations for the pharmacological

- management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: part II safety. *J Rheumatol* 2012;39(8):1583-1602.
14. **Braun J, Krüger K, Manger B, Schneider M, Specker C, Trappe HJ.** Kardiovaskuläre Komorbiditäten bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114(12):197-203.
  15. **Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).** Nationale VersorgungsLeitlinie: Unipolare Depression, Langfassung, 2. Auflage, Version 5 [online]. Registernummer nvl-005. Berlin (GER): Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ); 2015. [Zugriff: 04.05.2017]. URL: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>.
  16. **Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et al.** Canadian Rheumatology Association recommendations for pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. *J Rheumatol* 2012;39(8):1559-1582.
  17. **Chung CP, Giles JT, Petri M, Szklo M, Post W, Blumenthal RS, et al.** Prevalence of traditional modifiable cardiovascular risk factors in patients with rheumatoid arthritis: comparison with control subjects from the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Semin Arthritis Rheum* 2012;41(4):535-544.
  18. **Dachverband Osteologie (DVO).** Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen: Kurzfassung und Langfassung; Version 1a [online]. Essen (GER): DVO; 2014. [Zugriff: 25.04.2018]. URL: <http://www.dv-osteologie.org/uploads/Leitlinie%202014/DVO-Leitlinie%20Osteoporose%202014%20Kurzfassung%20und%20Langfassung%20Version%201a%2012%2001%202016.pdf>.
  19. **Den Uyl D, ter Wee M, Boers M, Kerstens P, Voskuyl A, Nurmohamed M, et al.** A non-inferiority trial of an attenuated combination strategy ('COBRA-light') compared to the original COBRA strategy: clinical results after 26 weeks. *Ann Rheum Dis* 2014;73(6):1071-1078.
  20. **Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie.** Handlungsempfehlungen zur sequenziellen medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis 2012: adaptierte EULAR Empfehlungen und aktualisierter Therapiealgorithmus [online]. 07.2012. Düsseldorf (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). [Zugriff: 07.07.2017]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-004I\\_S1\\_Medikamentoese\\_Therapie\\_rheumatoide\\_Arthritis\\_2012-verlaengert\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-004I_S1_Medikamentoese_Therapie_rheumatoide_Arthritis_2012-verlaengert_01.pdf).
  21. **Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh).** Interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis [online]. AWMF-Registernummer: 060-002. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2019. [Zugriff: 08.01.2020]. URL: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-002I\\_S3\\_Fruehe\\_Rheumatoide-Arthritis-Management\\_2019-12\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002I_S3_Fruehe_Rheumatoide-Arthritis-Management_2019-12_01.pdf).
  22. **Dougados M, Soubrier M, Antunez A, Balint P, Balsa A, Buch MH, et al.** Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (COMORA). *Ann Rheum Dis* 2014;73(1):62-68.
  23. **Englbrecht M, Alten R, Aringer M, Baerwald CG, Burkhardt H, Eby N, et al.** High Prevalence of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis - Data from The Large

- Cross-Sectional Vadera II Study. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2016;75:479-480.
24. **Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C, Leipe J, Weseloh C, Frerix M, et al.** S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. *Z Rheumatol* 2018;77(Suppl 2):35-53.
  25. **Fransen J, van Riel PLCM.** The Disease Activity Score and the EULAR Response Criteria. *Rheum Dis Clin N Am* 2009;35:745-757.
  26. **Gerlich C, Andreica I, Kuffner R, Krause D, Lakomek HJ, Reusch A, et al.** Evaluation einer Basisschulung für Patienten mit rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 2020.
  27. **Gossec L, Dougados M, Rincheval N, Balanescu A, Boumpas DT, Canadelo S, et al.** Elaboration of the preliminary Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) score: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2009;68(11):1680-1685.
  28. **Gossec L, Paternotte S, Aanerud GJ, Balanescu A, Boumpas DT, Carmona L, et al.** Finalisation and validation of the rheumatoid arthritis impact of disease score, a patient-derived composite measure of impact of rheumatoid arthritis: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2011;70(6):935-942.
  29. **Hetland ML, Horslev-Petersen K.** The CIMESTRA study: intra-articular glucocorticosteroids and synthetic DMARDs in a treat-to-target strategy in early rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2012;30(4 Suppl 73):S44-49.
  30. **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).** Bundesarztregister [online]. Berlin (GER): KBV. [Zugriff: 25.02.2020]. URL: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>.
  31. **Krüger K, Eder R, Adolf D, Müller C.** Evaluating the risk of comorbid conditions in rheumatoid arthritis patients with a structured nurse-led interview - randomized, controlled, multi-centre study (ERIKO) [in Druck]. 2018.
  32. **Ledingham J, Gullick N, Irving K, Gorodkin R, Aris M, Burke J, et al.** BSR and BHPR guideline for the prescription and monitoring of non-biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs. *Rheumatology (Oxford)* 2017;56(6):865-868.
  33. **Luque Ramos A, Redeker I, Hoffmann, F et al.** Comorbidities in patients with rheumatoid arthritis and their association with patient-reported outcomes: results of claims data linked to questionnaire survey [in Druck]. *J Rheumatology* 2018.
  34. **Luque Ramos A, Redeker I, Hoffmann F, Callhoff J, Zink A, Albrecht K.** Comorbidities in Patients with Rheumatoid Arthritis and Their Association with Patient-reported Outcomes: Results of Claims Data Linked to Questionnaire Survey. *J Rheumatol* 2019.
  35. **Malaviya AP, Ledingham J, Bloxham J, Bosworth A, Buch M, Choy E, et al.** The 2013 BSR and BHPR guideline for the use of intravenous tocilizumab in the treatment of adult patients with rheumatoid arthritis: Full guideline. *Rheumatology* [online]. 2014;53:1-11. URL: <https://academic.oup.com/rheumatology/article/53/7/1344/1794832>.
  36. **Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M.** The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2013;52(12):2136-2148.
  37. **Moreno G, Mangione CM, Kimbro L, Vaisberg E.** Guidelines abstracted from the American Geriatrics Society Guidelines for Improving the Care of Older Adults with Diabetes Mellitus: 2013 update. *J Am Geriatr Soc* 2013;61(11):2020-2026.

38. **National Collaborating Centre for Chronic Conditions.** Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults [online]. London (GBR): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2009. [Zugriff: 29.01.2018]. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg79/evidence/full-guideline-pdf-242191265>.
39. **National Guideline Centre, National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Multimorbidity: clinical assessment and management [online]. 09.2016. London (GBR): NICE; 2016. [Zugriff: 11.04.2017]. (NICE guideline; Band 56). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/evidence/full-guideline-2615543103>.
40. **National Health and Medical Research Council.** Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis [online]. South Melbourne (AUS): Royal Australian College of General Practitioners; 2009. [Zugriff: 29.01.2018]. URL: [http://www.racgp.org.au/download/documents/Guidelines/Musculoskeletal/racgp\\_ra\\_guideline.pdf](http://www.racgp.org.au/download/documents/Guidelines/Musculoskeletal/racgp_ra_guideline.pdf).
41. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Medicines optimisation: The safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes [online]. London (GBR): NICE; 2015. [Zugriff: 21.08.2017]. (NICE Guideline; Band 5). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng5/evidence/full-guideline-pdf-6775454>.
42. **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** Type 2 diabetes in adults: management [online]. London (GBR): NICE; 2015. [Zugriff: 15.01.2020]. (NICE Guideline; Band 28). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng28/evidence/full-guideline-pdf-78671532569>.
43. **Nunes V, Neilson J, O'Flynn N, Calvert N, Kuntze S, Smithson H, et al.** Medicines Adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence [online]. 03.2015 (11.2016). London (GBR): National Collaborating Centre for Primary Care; 2009. [Zugriff: 22.06.2017]. (Clinical guideline; Band 76). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76/evidence/full-guideline-pdf-242062957>.
44. **Nurmohamed MT, Heslinga M, Kitas GD.** Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol* 2015;11(12):693-704.
45. **Ohrndorf S, Weber M-C, Hermann S, Aupperle K, Follendorf B, Krahl D, et al.** Patient Reported Outcomes (PROs) im rheumatologischen Praxisalltag – App hat sich bewährt. *Aktuelle Rheumatologie* 2018;58(01):52-56.
46. **Patterson SM, Cadogan CA, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC, Ryan C, et al.** Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2014(10):Cd008165. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008165.pub3/abstract>.
47. **Radner H, Lesperance T, Accortt NA, Solomon DH.** Incidence and Prevalence of Cardiovascular Risk Factors Among Patients With Rheumatoid Arthritis, Psoriasis, or Psoriatic Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2017;69(10):1510-1518.
48. **Ramiro S, Sepriano A, Chatzidionysiou K, Nam JL, Smolen JS, van der Heijde D, et al.** Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2017;76(6):1101-1136.
49. **Reusch A, Braun J, Ehlebracht-König I, Lind-Albrecht G, Janiche H, Lakomek HJ, et al.** Rahmenkonzept für rheumatologische Patientenschulungen. *Z Rheumatol* 2016;75(10):950-953.
50. **Robert Koch Institut (RKI).** Wissenschaftliche Begründung zur Empfehlung einer Impfung mit dem Herpes zoster-subunit-Totimpfstoff. *Epidemiologisches Bulletin* 2018;50:541-570.

51. **Roubille C, Richer V, Starnino T, McCourt C, McFarlane A, Fleming P, et al.** The effects of tumour necrosis factor inhibitors, methotrexate, non-steroidal anti-inflammatory drugs and corticosteroids on cardiovascular events in rheumatoid arthritis, psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis* 2015;74(3):480-489.
52. **Roubille C, Richer V, Starnino T, McCourt C, McFarlane A, Fleming P, et al.** Evidence-based Recommendations for the Management of Comorbidities in Rheumatoid Arthritis, Psoriasis, and Psoriatic Arthritis: Expert Opinion of the Canadian Dermatology-Rheumatology Comorbidity Initiative. *J Rheumatol* 2015;42(10):1767-1780.
53. **Ruscitti P, Margiotta DPE, Macaluso F, Iacono D, D'Onofrio F, Emmi G, et al.** Subclinical atherosclerosis and history of cardiovascular events in Italian patients with rheumatoid arthritis: Results from a cross-sectional, multicenter GIRRCS (Gruppo Italiano di Ricerca in Reumatologia Clinica e Sperimentale) study. *Medicine (Baltimore)* 2017;96(42):e8180.
54. **Ryan R, Santesso N, Lowe D, Hill S, Grimshaw J, Pictor M, et al.** Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2014(4):Cd007768. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007768.pub3/abstract>.
55. **Schiff MH, Jaffe JS, Freundlich B.** Head-to-head, randomised, crossover study of oral versus subcutaneous methotrexate in patients with rheumatoid arthritis: drug-exposure limitations of oral methotrexate at doses  $\geq 15$  mg may be overcome with subcutaneous administration. *Ann Rheum Dis* 2014;73(8):1549-1551.
56. **Schneider M, Lelgemann M, Abholz HH, Blumenroth M, Flügge C, Gerken M, et al.** Interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis [online]. Düsseldorf (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2011. [Zugriff: 18.07.2014]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-002I\\_S3\\_Management\\_fruehe\\_rheumatoide\\_Arthritis\\_2011-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002I_S3_Management_fruehe_rheumatoide_Arthritis_2011-10.pdf).
57. **Schwarze M, Kaeding TS, Tegtbur U, Specker C.** Evaluation des Strukturierten Patienteninformationsprogramms für Rheumatoide Arthritis (StruPI-RA) 43. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), 29. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie, 25. Wissenschaftliche Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie; 02.-05.09.2015; Bremen, Deutschland: Düsseldorf (GER): German Medical Science GMS Publishing House; 2015. <https://www.egms.de/static/de/meetings/dgrh2015/15dgrh041.shtml>.
58. **Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN).** Management of early rheumatoid arthritis: a national clinical guideline [online]. Edinburgh (GBR): SIGN; 2011. [Zugriff: 29.01.2018]. (SIGN Guidelines; Band 123). URL: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign123.pdf>.
59. **Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al.** 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016;68(1):1-25.
60. **Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al.** 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016;68(1):1-26.
61. **Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al.** Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2010;69(4):631-637.

62. **Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al.** Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75(1):3-15.
63. **Smolen JS, Landewe R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al.** EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017;76(6):960-977.
64. **Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al.** EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis* 2014;73(3):492-509.
65. **Smolen JS, Landewe RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A, et al.** EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020.
66. **Steffen A, Holstiege J, Goffrier B, Bätzing J.** Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland – eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten [online]. Berlin (GER): Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi); 2017. [Zugriff: 25.02.2020]. (Versorgungsatlas-Bericht; Band 17/08). URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=85>.
67. **Strahl A, Schneider O, Frankenhauser-Mannuss J, Knapstein S, Hermann C, Lembeck B, et al.** Prävalenz, Komorbidität und interdisziplinäre Versorgung der Rheumatoiden Arthritis – Versicherungsdaten zur ambulanten und stationären Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Rheumatol* 2018;77(2):113-126.
68. **Strehl C, Bijlsma JW, de Wit M, Boers M, Caeyers N, Cutolo M, et al.** Defining conditions where long-term glucocorticoid treatment has an acceptably low level of harm to facilitate implementation of existing recommendations: viewpoints from an EULAR task force. *Ann Rheum Dis* 2016;75(6):952-957.
69. **Uutela T, Kautiainen H, Jarvenpaa S, Salomaa S, Hakala M, Hakkinen A.** Patients with rheumatoid arthritis have better functional and working ability but poorer general health and higher comorbidity rates today than in the late 1990s. *Scand J Rheumatol* 2015;44(3):173-181.
70. **Van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Bostrom C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al.** EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2012;71(1):13-19.
71. **van Halm VP, Peters MJ, Voskuyl AE, Boers M, Lems WF, Visser M, et al.** Rheumatoid arthritis versus diabetes as a risk factor for cardiovascular disease: a cross-sectional study, the CARRE Investigation. *Ann Rheum Dis* 2009;68(9):1395-1400.
72. **Verschueren P, De Cock D, Corluy L, Joos R, Langenaken C, Taelman V, et al.** Methotrexate in combination with other DMARDs is not superior to methotrexate alone for remission induction with moderate-to-high-dose glucocorticoid bridging in early rheumatoid arthritis after 16 weeks of treatment: the CareRA trial. *Ann Rheum Dis* 2015;74(1):27-34.
73. **Westhoff G, Schneider M, Raspe H, Zeidler H, Runge C, Volmer T, et al.** Advance and unmet need of health care for patients with rheumatoid arthritis in the German population--results from the German Rheumatoid Arthritis Population Survey (GRAPS). *Rheumatology (Oxford)* 2009;48(6):650-657.



74. **Westhoff G, Weber C, Zink A.** Komorbidität bei fruher rheumatoider Arthritis. Besonders betroffene Outcomeparameter. Z Rheumatol 2006;65(6):487-496.
75. **Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E, Krause D, Lakomek HJ, Mau W, et al.** Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. Z Rheumatol 2017;76(3):195-207.
76. **Zink A, Manger B, Kaufmann J, Eisterhues C, Krause A, Listing J, et al.** Evaluation of the RABBIT Risk Score for serious infections. Ann Rheum Dis 2014;73(9):1673-1676.

Frau

07.10.2020

██████████  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Qualitätssicherung und sektoren-  
übergreifende Versorgungskonzepte  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):  
Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage  
22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)**

hier: Stellungnahme gem. § 137f Abs. 8 Satz 2 SGB V

Sehr geehrte Frau ██████████

als für die Wahrnehmung der Interessen der Hörakustiker maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene bedanken wir uns für das eingeräumte Stellungnahmerecht gem. § 137f Abs. 8 Satz 2 SGB V. Zu dem uns mit E-Mail vom 02.10.2020 übersandten „Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)“ haben wir keine Anmerkungen.

Wir bedanken uns darüber hinaus für die Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme (Anhörung) in der Sitzung des Unterausschusses am 09.12.2020. Gerne teilen wir Ihnen mit, dass wir an der Anhörung am 09.12.2020 nicht teilnehmen werden.

Unserer Pflicht zur vertraulichen Behandlung der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen kommen wir selbstverständlich nach.

Mit freundlichen Grüßen

██████████  
Marianne Frickel  
Präsidentin

██████████  
Alexandra Gödecke (Ass. jur.)  
Abteilung soziale Sicherung

**Von:** [REDACTED]  
**An:** [REDACTED]  
**Betreff:** AW: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Rheumatoide Arthritis  
**Datum:** Mittwoch, 7. Oktober 2020 16:32:11

---

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.  
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter [it@g-ba.de](mailto:it@g-ba.de).**

Sehr geehrte Frau S [REDACTED]  
vielen Dank für die Information zu o. g. Stellungnahmeverfahren. Wir werden keine  
Stellungnahme dazu abgeben.

Mit freundlichen Grüßen  
i.A.

[REDACTED]  
Sekretariat Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik

---

**Von:** [REDACTED] **Im Auftrag von** [REDACTED]  
**Gesendet:** Freitag, 2. Oktober 2020 15:22  
**An:** [REDACTED]  
**Betreff:** G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Rheumatoide Arthritis  
Sehr geehrte Damen und Herren,  
anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche  
Stellungnahme.  
**Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen. Vielen Dank!**  
Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]  
Stv. Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

[REDACTED]  
Referentin  
Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

[REDACTED]  
Sachbearbeiter  
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

Telefon: +49 30 27 [REDACTED]  
Telefax: +49 30 27 [REDACTED]  
E-Mail: [REDACTED]  
Internet: <http://www.g-ba.de>

---

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.



**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstr. 13  
10587 Berlin

per E-Mail an:  
dmp@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799 [REDACTED]

FAX (0228) 997799 [REDACTED]

E-MAIL [REDACTED].bund.de

BEARBEITET VON Frau [REDACTED]

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 08.10.2020

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1137

**Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen  
bei allen Antwortschreiben unbedingt an.**

BETREFF

**Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V zur Änderung der DMP-  
Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage  
21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Do-  
kumentation)**

Ihr Schreiben vom 2. Oktober 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V.

Eine Stellungnahme gebe ich zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):  
Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der An-  
lage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation) nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

[REDACTED]

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.

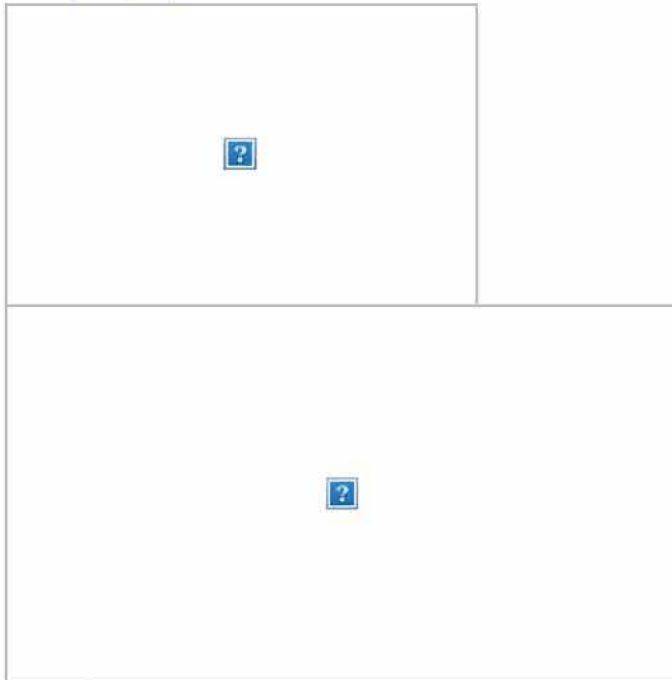
**Von:** [REDACTED]  
**An:** [REDACTED]  
**Betreff:** AW: Bitte um Eingangsbestätigung - Stellungnahmeverfahren - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung DMP Rheumatoide Arthritis  
**Datum:** Mittwoch, 14. Oktober 2020 11:46:25  
**Anlagen:** [REDACTED]

---

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.  
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter [it@g-ba.de](mailto:it@g-ba.de).**

Sehr geehrter Herr [REDACTED],  
hiermit bestätige ich den Eingang der Unterlagen.  
Unser Verband gibt keine Stellungnahme hierzu ab.  
Mit freundlichen Grüßen  
Dr. Max Niebling  
**Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e.V.**  
Herriotstraße 1 - 60528 Frankfurt am Main - Deutschland

fon: 069-664 26 [REDACTED]  
fax: 069-664 26 [REDACTED]  
mail: [REDACTED] [bvhi.org](mailto:[REDACTED]@bvhi.org)  
[www.bvhi.org](http://www.bvhi.org)



---

**Von:** [REDACTED] **Im Auftrag von** [REDACTED]  
**Gesendet:** Mittwoch, 14. Oktober 2020 11:40  
**An:** [REDACTED]  
**Betreff:** Bitte um Eingangsbestätigung - Stellungnahmeverfahren - Änderung der DMP-A-RL: Ergänzung DMP Rheumatoide Arthritis  
Sehr geehrte Damen und Herren,  
mit unten angefügter E-Mail vom 2. Oktober 2020 wurde Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL: Änderung Anlage 2 und Ergänzung der Anlagen 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und 22

(Rheumatoide Arthritis Dokumentation) zugesendet.

**Leider haben wir von Ihnen keine Bestätigung erhalten, dass die Unterlagen bei Ihnen angekommen sind.**

**Wir möchten Sie daher nochmals bitten, uns eine kurze Eingangsbestätigung zukommen zu lassen.** Vielen

Dank!

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED] Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 2758 [REDACTED]

Telefax: +49 30 275 [REDACTED]

E-Mail [REDACTED]@g-ba.de

Internet: <http://www.g-ba.de>

-----  
Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

**Von:** [REDACTED] **Im Auftrag von** [REDACTED]

**Gesendet:** Freitag, 2. Oktober 2020 15:22

**An:** [REDACTED]

**Betreff:** G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP

Rheumatoide Arthritis

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

**Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen.** Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]

Stv. Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

[REDACTED]

Referentin

Abteilung Qualitätssicherung und

sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

[REDACTED]

Sachbearbeiter

Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Gemeinsamer Bundesausschuss

Gutenbergstraße 13

10587 Berlin

Telefon: +49 30 2758 [REDACTED]

[REDACTED] +49 30 2758 [REDACTED]

E-Mail: [REDACTED]

Internet: <http://www.g-ba.de>

---

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

SPITZENVERBAND DER HEILMITTELVERBÄNDE E.V. |  
Postfach 210 280 | 50528 Köln

**Gemeinsamer Bundesausschuss**  
**Abteilung Qualitätssicherung &**  
**sektorenübergreifende Versorgungskonzepte**

Email: 

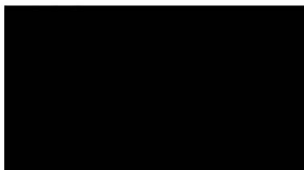
Köln, den 20.10.2020

**Stellungnahme zum Beschlussentwurf über eine Änderung der (DMP-A-RL)  
Rheumatoide Arthritis**

Sehr geehrte Frau , sehr geehrte ,  
sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage finden Sie unsere Stellungnahme.  
Wir danken für die erneute Beteiligung am Stellungsnahmeverfahren.

Mit freundlichen Grüßen



Heinz Christian Esser  
Geschäftsführer

-Anlage-



## SHV

Zeile	Text	Kommentierung SHV
154	PatV - Verminderung von Fatigue	<p>Unter dem Punkt Therapieziele halten wir es ebenso wie die PatV für wichtig den Unterpunkt „Vermeidung von Fatigue“ mit aufzunehmen. Da die Fatigue und die damit einhergehende abnorme Müdigkeit einen starken Einfluss auf die Lebensqualität hat, sollte das Symptom/Begleitsymptom auf keinen Fall in der Therapieplanung und weiterführend dem Therapieziel übersehen werden.</p> <p>Wir weisen in diesem Zusammenhang auf die enge Verbindung von Fatigue mit Schmerz und Depression und damit einhergehenden gravierenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe hin. Als ein weiteres Therapieziel sollte daher die Verminderung von psychosozialer Beeinträchtigung diskutiert werden.</p>
195	PatV <ul style="list-style-type: none"> <li>Ergänzend zur Physiotherapie und Ergotherapie sollen die Patienten auf das Funktionstraining hingewiesen und bei Bedarf eine entsprechende Verordnung ausgestellt werden.</li> </ul>	<p>In der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist die Rheumatoide Arthritis unter den Erkrankungen des Funktionstrainings gelistet.</p> <p>Für uns ist nicht ersichtlich, warum in der DMP Rheumatoide Arthritis auf das Funktionstraining verzichtet werden sollte. Somit unterstützen wir die Forderung der PatV.</p>
196	PatV - Podologie: Bei Patientinnen oder Patienten mit einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie an den Füßen ist unter den Voraussetzungen §§ 27 ff Heilmittel-Richtlinie die Verordnung einer podologischen Therapie angezeigt	<p>Der SHV unterstützt diesen Wunsch, weist aber darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis aufgrund der Deformierung der Zehengrundgelenke plantar generell an schmerzhaften Verhornungen leiden.</p> <p>Vom Besuch eines kosmetischen Fußpflegeinstituts ist abzuraten, da dort Verhornungen in der Regel mit dem Kappenschleifer bearbeitet werden, was durch Überhitzung des Gewebes zu Folgeschäden führen kann. Unabhängig von einer vorliegenden Neuropathie ist bei dieser Patientengruppe die Verordnung regelmäßiger Hornhautabtragung beim Podologen angezeigt.</p>

381-383	Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt:	Wir unterstützen die Forderung der PatV. Bei der RA wirkt sich die chronische Entzündung auf Organsysteme außerhalb des Gelenkapparates aus, weshalb entzündlich-rheumatische Erkrankungen als hochkomplexe Systemerkrankungen aufzufassen sind, bei denen die Prognose und die Lebensqualität maßgeblich von den Begleiterkrankungen beeinflusst werden. Eine sachgerechte Spezialisierung ist daher bei der Koordination der Langzeitbetreuung von großer Bedeutung.
421-422	Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.	Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit und die soziale Teilhabe zu erhalten oder wiederherzustellen.
462-472	5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V) Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten: 466-472	Wir empfehlen die Aufnahme eines weiteren Parameters: h) geringe psychosoziale Beeinträchtigung.
481	Anlage 22 Rheumatoide Arthritis – Dokumentation	Wir empfehlen, unter „Anamnese und Befunddaten“ einen weiteren Punkt aufzunehmen: 5. Psychosoziale Parameter - Psychische Beeinträchtigungen / Depression - Aktivitäten und Beziehungen - Subjektive Lebensqualität - Berufstätigkeit

**Von:** [REDACTED]  
**An:** [REDACTED]  
**Cc:** [REDACTED]  
**Betreff:** DVfR - keine Stellungnahme | G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Rheumatoide Arthritis  
**Datum:** Donnerstag, 22. Oktober 2020 17:00:32

---

**ACHTUNG: Hierbei handelt es sich um eine externe E-Mail. Seien Sie achtsam beim Öffnen von Links und Anhängen.  
Sollten Sie sich unsicher sein, kontaktieren Sie uns gern unter it@g-ba.de.**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
vielen Dank für die Beteiligung der DVfR am Verfahren der Stellungnahme.  
Die DVfR wird keine Stellungnahme abgeben.  
Mit besten Grüßen  
Sylvia Kurth  
Geschäftsführerin

---

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)  
Maaßstraße 26  
69123 Heidelberg  
Telefon: 06221 / 187 [REDACTED]  
Mobil: 0175 [REDACTED]  
E-Mail [REDACTED]  
[www.dvfr.de](http://www.dvfr.de) | [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)

---

**Von:** [REDACTED]  
**Gesendet:** Montag, 5. Oktober 2020 09:07  
**An:** [REDACTED]  
**Cc:** [REDACTED]  
**Betreff:** WG: G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Rheumatoide Arthritis  
Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit bestätige ich den Empfang der Anlagen.  
Mit besten Grüßen  
Sylvia Kurth  
Geschäftsführerin

---

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR)  
Maaßstraße 26  
69123 Heidelberg  
Telefon: 06221 / 187 [REDACTED]  
Mobil: 0175 [REDACTED]  
E-Mail: [REDACTED]  
[www.dvfr.de](http://www.dvfr.de)  
[www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de)

---

**Von:** [REDACTED] **Im Auftrag von** [REDACTED]  
**Gesendet:** Freitag, 2. Oktober 2020 15:22  
**An:** [REDACTED]  
**Betreff:** G-BA - Einleitung des Stellungnahmeverfahrens - DMP-A-RL: Ergänzung DMP Rheumatoide Arthritis  
Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersenden wir Ihnen ein Anschreiben nebst Anlagen mit der Bitte um schriftliche Stellungnahme.

**Bitte bestätigen Sie uns per E-Mail den Empfang der Anlagen.** Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Stv. Leiterin der Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Referentin  
Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Sachbearbeiter  
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)  
Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

Telefon: +49 30 27

Telefax: +49 30 27

E-Mail

Internet: <http://www.g-ba.de>

---

Diese Nachricht ist vertraulich. Sie ist ausschließlich für den im Adressfeld ausgewiesenen Adressaten bestimmt. Sollten Sie nicht der vorgesehene Empfänger sein, so bitten wir um eine kurze Nachricht. Jede unbefugte Weiterleitung, Änderung oder Fertigung einer Kopie ist unzulässig. Die Echtheit oder Vollständigkeit der in dieser Nachricht enthaltenen Information kann vom Absender nicht garantiert werden.

This e-mail is confidential and intended solely for the use of the individual to whom it is addressed. If you are not the intended recipient, be advised that you have received this e-mail in error and that any use, dissemination, forwarding, printing or copying of this e-mail is strictly prohibited. If you have received this e-mail in error please notify G-BA.

**Stellungnahme der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V.  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Änderung der  
DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL)**

Als Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. begrüßen wir es, dass wir aufgefordert wurden zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens unsere Sicht der Dinge feststellen können.

**1.5.2. Nichtmedikamentöse Maßnahmen**

**Funktionstraining und Medizinische Rehabilitation**

Im Textentwurf zu den nicht-medikamentösen Maßnahmen werden neben einer Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der Patientenschulung ebenfalls das Funktionstraining und Leistungen der medizinischen Rehabilitation aufgeführt.

Im weiteren Verlauf der Darstellung einzelner nicht-medikamentöser Maßnahmen sollen diese auch weiter berücksichtigt werden.

**Funktionstraining (Z 195)**

Das Funktionstraining ist ein spezielles Übungsprogramm - bestehend aus Warmwasser- und Trockengymnastik. Es trägt dazu bei, kranke Gelenke in ihren Funktionen beweglich zu halten, Funktionsverluste hinauszuzögern und die Beweglichkeit der Patientinnen und Patienten insgesamt zu erhalten und zu verbessern. Funktionstraining wird unter professioneller Anleitung in Gruppen durchgeführt.

Grundlage für die Verordnung von Funktionstraining ist die "Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Das Funktionstraining wird nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX (bis 31.12.2017 § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX) als ergänzende Leistung zur Rehabilitation erbracht.

Die Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew unterstützt das Anliegen der Patientenvertretung, das Funktionstraining in das DMP RA aufzunehmen.

**Podologie (Z 196)**

Das Vorliegen von sensiblen oder sensomotorischen Neuropathien in Kombination von Risikofaktoren wie Hyperkeratosen oder Wundheilungsstörungen geht mit der Gefahr einher, dass unumkehrbare Folgeschäden auftreten. Daher sollten alle Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis - falls indiziert - regelmäßig Zugang zur podiatrischen Versorgung erhalten.

Die Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew unterstützt ausdrücklich das Anliegen der Patientenvertretung, die medizinische Fußpflege in einem DMP RA zu verankern.

**4.2. Schulungen der Versicherten (Z 454)**

Für die Rheumatologie liegen derzeit zwei Patientenschulungsprogramme vor, die den Anforderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie genügen. Dabei handelt es sich um die Patientenschulungsprogramme „StruPi-RA“ und die „Basisschulung RA“.

Sofern in den nächsten Jahren weitere Programme den Anforderungen aus der DMP-Anforderungs-Richtlinie an die Schulungsprogramme genügen, sollten diese ebenfalls in das DMP aufgenommen werden können.

Schweinfurt, den 26.10.2020



**Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die  
Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):  
Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21  
DMP Rheumatoide Arthritis**

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Wir bedanken uns für die Einbeziehung unserer Organisation und nehmen wie folgt zum Beschlussentwurf für ein DMP Rheumatoide Arthritis (DMP RA) Stellung.

**(Fach-)Ärztliche Betreuung im Rahmen des DMP RA**

Der Beschlussentwurf zum DMP RA enthält mehrfach einen Dissens im Hinblick auf die Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie (Orthopädischer Rheumatologe, Orthopädische Rheumatologin).

Dieser Dissens bezieht sich auf

- die Einschreibung von Patientinnen und Patienten in ein DMP RA (Z 137, Z 141),
- die Einleitung therapeutischer Maßnahmen (Z 249, Z 262, Z 276) und die Verlaufskontrolle (Z 373) sowie
- die Koordination der Langzeitbetreuung (Z 383).

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt hier die Formulierungen, die von GKV-SV, DKG und PatV getragen werden.

Die Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie gemäß MWO (Fassung vom 20.09.2019) sieht bei komplexen rheumatischen Erkrankungen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem internistischen Rheumatologen vor. Dies bezieht sich zum einen auf die Diagnostik und Therapie von bspw. entzündlichen rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane.

Bei der rheumatoiden Arthritis liegt als komplexe rheumatische Erkrankung eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung vor, die sich nicht nur am Bewegungsapparat manifestiert und darüber hinaus auch von zahlreichen Komorbiditäten begleitet werden kann. Daher wird auch im Hinblick auf die

Überwachung der Dauertherapie im Langzeitverlauf explizit die Zusammenarbeit mit dem internistischen Rheumatologen festgeschrieben.

Weiterhin wird die Weiterbildungszeit überwiegend in Weiterbildungseinrichtungen der Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet, in denen überwiegend Betroffene mit degenerativen Erkrankungen gesehen werden.

Die Diagnostik und medikamentöse Therapie der komplexen rheumatologischen Systemerkrankungen - wie die rheumatoide Arthritis - kann im Regelfall daher nur den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie zugeordnet werden. Diese werden hierfür in einer Weiterbildungseinrichtung ausgebildet, in der regelmäßig Betroffene mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen diagnostiziert und therapiert werden und die somit die erforderlichen Kenntnisse erwerben können.

Die Versorgungsstruktur mit internistischen Rheumatologinnen und Rheumatologen ist in vielen Regionen defizitär. Dies führt dazu, dass eine Überweisung zum internistischen Rheumatologen oft nicht oder nicht zeitnah möglich ist. Hier erfolgt die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen auch durch orthopädische Rheumatologinnen und Rheumatologen.

Zu weiteren Punkten des Beschlussentwurfes für ein DMP RA:

#### **1.4. Therapieziele**

##### **Verminderung von Fatigue (Z 154)**

Fatigue (Müdigkeit/Abgeschlagenheit) ist ein häufiges patientenrelevantes Symptom bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis und betrifft 40-80 Prozent der Patientinnen und Patienten.

Die Ursache für die andauernde Müdigkeit/Abgeschlagenheit ist zwar noch nicht geklärt, kann aber als multikausal angenommen werden.

Fatigue korreliert nur schwach mit der Krankheitsaktivität. Die medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis reduziert zwar den Schweregrad von Fatigue, beseitigt sie aber in der Regel nicht. Personalisierte Physiotherapie kann ebenso zur Linderung von Fatigue beitragen.

In der Routineversorgung wird Fatigue oftmals nicht berücksichtigt – die Patientinnen und Patienten sehen sich mit ihren Beschwerden allein gelassen. Müdigkeit/Abgeschlagenheit beeinträchtigen jedoch die Lebensqualität der Betroffenen erheblich.

Eine Aufnahme der Verminderung von Fatigue in die Therapieziele wird daher unterstützt.

Zudem wurde in der aktuellen Beschlusslage des G-BA (AM\_RL\_XII zu Upadacitinib) Fatigue als patientenrelevanter Endpunkt in der Nutzenbewertung berücksichtigt.

## **1.5. Therapeutische Maßnahmen**

### **1.5.2. Nichtmedikamentöse Maßnahmen**

#### **Funktionstraining und Medizinische Rehabilitation**

Im Textentwurf zu den nicht-medikamentösen Maßnahmen werden neben einer Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der Patientenschulung ebenfalls das Funktionstraining und Leistungen der medizinischen Rehabilitation aufgeführt.

Im weiteren Verlauf der Darstellung einzelner nicht-medikamentöser Maßnahmen sollen diese auch weiter berücksichtigt werden.

#### **Funktionstraining (Z 195)**

Das Funktionstraining ist ein spezielles Übungsprogramm - bestehend aus Warmwasser- und Trockengymnastik. Es trägt dazu bei, kranke Gelenke in ihren Funktionen beweglich zu halten, Funktionsverluste hinauszuzögern und die Beweglichkeit der Patientinnen und Patienten insgesamt zu erhalten und zu verbessern. Funktionstraining wird unter professioneller Anleitung in Gruppen durchgeführt.

Grundlage für die Verordnung von Funktionstraining ist die "Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Das Funktionstraining wird nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX (bis 31.12.2017 § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX) als ergänzende Leistung zur Rehabilitation erbracht.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt das Anliegen der Patientenvertretung, das Funktionstraining in das DMP RA aufzunehmen.

#### **Medizinische Rehabilitation (Z 177)**

Die Medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis. Die stationäre oder ambulante Rehabilitation soll die funktionale Gesundheit erhalten und verbessern. Sie lindert Schmerzen, verbessert die Beweglichkeit und mindert psychosoziale Belastungen.

Da Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation - wie oben erwähnt - in der Einleitung zu diesem Kapitel benannt werden, sollte die Einzeldarstellung der einzelnen Maßnahmen ebenfalls um einen Hinweis auf die/zur medizinische/n Rehabilitation ergänzt werden.

#### **Podologie (Z 196)**

Das Vorliegen von sensiblen oder sensomotorischen Neuropathien in Kombination von Risikofaktoren wie Hyperkeratosen oder Wundheilungsstörungen geht mit der Gefahr einher, dass unumkehrbare Folgeschäden auftreten. Daher sollten alle Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis - falls indiziert - regelmäßig Zugang zur podiatrischen Versorgung erhalten.



Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt ausdrücklich das Anliegen der Patientenvertretung, die medizinische Fußpflege in einem DMP RA zu verankern.

## **1.8. Kooperation der Versorgungssektoren**

### **1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (Z 383)**

Um einen Arztwechsel zu vermeiden, sollte es für Patientinnen und Patienten, die sich bei Einschreibung in das DMP RA bereits in einer Dauerbehandlung bei einer internistischen Rheumatologin oder einem internistischen Rheumatologen befinden, möglich sein, diese/n weiterhin als erste Ansprechpartnerin bzw. ersten Ansprechpartner für ihre Behandlung aufsuchen zu können.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt daher die von der Patientenvertretung vorgeschlagene Formulierung.

## **4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. Satz 2 Nummer 4 SGB V)**

### **4.2. Schulungen der Versicherten (Z 454)**

Für die Rheumatologie liegen derzeit zwei Patientenschulungsprogramme vor, die den Anforderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie genügen. Dabei handelt es sich um die Patientenschulungsprogramme „StruPi-RA“ und die „Basisschulung RA“.

Sofern in den nächsten Jahren weitere Programme den Anforderungen aus der DMP-Anforderungen-Richtlinie an die Schulungsprogramme genügen, sollten diese ebenfalls in das DMP aufgenommen werden können.

Bonn, den 26.10.2020

1

# Beschlussentwurf



2 **des Gemeinsamen Bundesausschusses über die**  
 3 **XX. Änderung der**  
 4 **DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):**  
 5 **Änderung der Anlage 2, Ergänzung der**  
 6 **Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der**  
 7 **Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis**  
 8 **Dokumentation)**

9 Stand: 01.10.2020 nach Sitzung des Unterausschusses DMP

10

**Legende:**

12 **Gelb hinterlegt:** dissente Positionen

13 **Grau hinterlegt:** von der G-BA-Geschäftsstelle noch anzupassen

14 **Unterstreichungen** markieren Unterschiede zwischen dissidenten Positionen

15 **Blaue Schrift:** Ergänzungen im Vergleich zur geltenden Fassung der DMP-A-RL

16

17 Vom **Beschlussdatum**

18 Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **T. Monat JJJJ**  
 19 beschlossen, die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung  
 20 der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V  
 21 (DMP-Anforderungen-Richtlinie/DMP-A-RL) in der Fassung vom 20. März 2014 (BAnz AT  
 22 26.06.2014 B3, AT 26.08.2014, B2), zuletzt geändert am **T. Monat JJJJ (BAnz AT TT.MM.JJJJ**  
 23 **V)**, wie folgt zu ändern:

24 I. Die Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie wird wie folgt geändert:

25 1. Die laufende Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„10	Einschreibung wegen	KHK/Diabetes mellitus Typ 1/Diabetes mellitus Typ 2/ Asthma bronchiale/COPD/chronische Herzinsuffizienz/ chronischer Rückenschmerz/ Depressionen/ <u>Osteoporose/</u> <u>rheumatoide Arthritis</u> “

26

**KBV, DKG, PatV**

**GKV-SV,**

Kommentarzusammenfassung für 2020-10-27\_von DRV  
 Bund\_STN.pdf

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

2. Die laufenden Nummern 13, 14 und 17 werden wie folgt gefasst: *[streichen]*

Laufende Nummer	Dokumentationsparameter	Ausprägung
„13	Körpergröße <sup>5)</sup>	m
14	Körpergewicht <sup>5)</sup>	Kg
17	Begleiterkrankungen <sup>5)</sup>	Arterielle Hypertonie / Fettstoffwechselstörung / Diabetes mellitus / KHK / AVK / Chronische Herzinsuffizienz / Asthma bronchiale / COPD / Keine der genannten Erkrankungen

<sup>5)</sup> Dieser Dokumentationsparameter ist im DMP Rheumatoide Arthritis nicht auszufüllen.“

27

28 II. Die Anlagen 21 und 22 der DMP-Anforderungen-Richtlinie werden nach Anlage 20  
29 angefügt:

30 „Anlage 21 Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen  
31 und Patienten mit Rheumatoider Arthritis

32 1. Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter  
33 Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten  
34 verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen  
35 Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)

36 1.1 Definition der rheumatoiden Arthritis

37 Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine chronisch entzündliche systemische  
38 Autoimmunerkrankung, die mit Schmerzen, Gelenkschwellungen, Einschränkungen der  
39 Beweglichkeit und fortschreitender Gelenkzerstörung einhergeht und neben Gelenken auch  
40 Sehnen, Bänder, Schleimbeutel und innere Organe befallen und auch zu einer verkürzten  
41 Lebenserwartung führen kann.

42 1.2 Diagnostik

43 Die Diagnosestellung basiert auf der Anamneseerhebung, dem klinischen Befund,  
44 Laboruntersuchungen und, wenn indiziert bildgebenden Verfahren.

45 Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- 46 - Schmerz (Lokalisation, zeitlicher Verlauf, Schmerzqualität),
- 47 - Morgensteife  $\geq 60$  Minuten,
- 48 - allgemeines Krankheitsgefühl bis hin zu subfebrilen Temperaturen.

49 Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von:

- 50 - druckschmerzhafte und geschwollene Gelenke und deren Verteilungsmuster,
- 51 - Bewegungseinschränkung,
- 52 - extraartikuläre Manifestationen (z. B. Rheumaknoten).

53 Die Labordiagnostik der rheumatoiden Arthritis umfasst insbesondere:

Diese Seite enthält keine Kommentare.

- 54 - Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)  
 55 - C-reaktives Protein (CRP)  
 56 - IgM-Rheumafaktor (RF)  
 57 - Antikörper gegen cyclische citrullinierte Peptide (ACPA)  
 58 Zur Primärdiagnostik bei rheumatoider Arthritis gehört eine Röntgenuntersuchung,  
 59 insbesondere die dorsovolare Aufnahme beider Hände und Füße (mit einer zweiten Ebene).  
 60 Das Fehlen entsprechender Röntgenveränderungen schließt das Vorliegen einer frühen  
 61 rheumatoiden Arthritis nicht aus.  
 62 Im Rahmen der Diagnosedstellung sind die ACR/EULAR-Klassifikationskriterien anzuwenden.  
 63 Hierfür müssen die folgenden beiden Voraussetzungen erfüllt sein:  
 64 - Eine klinisch gesicherte Synovitis mindestens eines Prädistalergelenkes und  
 65 - fehlende Hinweise für eine andere Ursache der Synovitis (z. B. Trauma, andere  
 66 entzündliche oder degenerative Gelenkaffektion)  
 67 Prädistalergelenke der RA sind die Hand-, Fingergrund- (MCP) und Fingermittelgelenke  
 68 (PIP 1-5) sowie die Zehengrundgelenke (MTP 2-5). Ausgeschlossen sind die  
 69 Daumensattelgelenke (CMC 1), die Großzehengrundgelenke (MTP 1) sowie die Finger- und  
 70 Zehenendgelenke (DIP).  
 71 Verwendete Abkürzungen: ACR: American College of Rheumatology; ACPA: Antikörper gegen zyklisch citrullinierte  
 72 Peptide; BSG: Blutsenkungsgeschwindigkeit; CMC: Carpometacarpalgelenke; CRP: C-reaktives Protein; DIP:  
 73 distale Interphalangealgelenke; EULAR: European League Against Rheumatism; MCP:  
 74 Metacarpophalangealgelenke; MTP: Metatarsophalangealgelenke; PIP: proximale Interphalangealgelenke; RA:  
 75 rheumatoide Arthritis; RF: Rheumafaktor  
 76 Zur Beurteilung der ACR/EULAR-Klassifikationskriterien wird in der I. Kategorie (s. Tabelle 1)  
 77 die Anzahl der geschwellenen oder druckschmerzhaften Gelenke erfasst. Treffen unter der  
 78 Kategorie I mehrere Antworten zu, ist hier nur die Antwort mit dem höchsten Wert anzugeben.  
 79 So gilt z.B. bei der Beteiligung von vier kleinen Gelenken (3 Punkte) und zwei mittelgroßen  
 80 Gelenken (1 Punkt) als höchster Wert 3 Punkte. Der höchste Wert wird in die letzte Zeile  
 81 eingetragen.

82  
 83

Tabelle 1: Anzahl geschwollener und/oder druckschmerzhafter Gelenke

I. Anzahl geschwollener / druckschmerzhafter Gelenke	Punkte
0-1 (mittel-)großes Gelenk <sup>b</sup>	0
2-10 (mittel-)große Gelenke	1
1-3 kleine Gelenke <sup>c</sup>	2
4-10 kleine Gelenke <sup>c</sup>	3
mehr als 10 Gelenke <sup>d</sup>	5
<b>Höchster Wert Kategorie I:</b>	—

84

<sup>a</sup> Für die Bewertung eines Gelenks als betroffenes Gelenk muss nicht für jedes Gelenk die Eingangsdefinition einer definitiven Synovitis erfüllt sein. Es wird jedes geschwollene oder druckschmerzhaftes Gelenk der in der Kategorie I definierten Gelenke gewertet.

85

<sup>b</sup> Definition (mittel-)große Gelenke: Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie-, Sprunggelenke.

86

<sup>c</sup> Definition kleine Gelenke: Fingergrund- (MCP) und Fingermittelgelenke (PIP) 1-5; Zehengrundgelenke (MTP) 2-5, Großzehnmittelgelenke (IP 1) und Handgelenke. Ausgeschlossen von der Bewertung sind:

87

91 Daumensattelgelenke (CMC 1), Großzehengrundgelenke (MTP 1), Finger- und Zehenendgelenke (DIP).  
 92 Kleine Gelenke werden unabhängig von einer Beteiligung der großen Gelenke erfasst.

93 <sup>d</sup> Mindestens ein beteiligtes Gelenk aus der Kategorie „kleine Gelenke“; ansonsten beliebige Kombination  
 94 von großen und kleinen Gelenken möglich.

95 In der Kategorie II (s. Tabelle 2) werden die rheumaspezifischen Laborparameter RF und  
 96 ACPA erfasst. Treffen unter der Kategorie II mehrere Antworten zu, ist hier nur die Antwort mit  
 97 dem höchsten Wert anzugeben. So gilt z.B. bei niedrig positiven ACPA (2 Punkte) und einem  
 98 hoch positiven RF (3 Punkte) als höchster Wert 3 Punkte. Der höchste Wert wird in die letzte  
 99 Zeile eingetragen.

100

101 *Tabelle 2: Spezifische Laborparameter*

II. Spezifische Laborparameter <sup>e</sup>	Punkte
RF und ACPA negativ	0
RF oder ACPA niedrig positiv	2
RF oder ACPA hoch positiv	3
<b>Höchster Wert Kategorie II:</b>	—

102

103 <sup>e</sup> RF oder ACPA werden als negativ gewertet, wenn deren Wert unterhalb oder gleich des oberen  
 104 Normwertes liegt, als niedrig positiv, wenn deren Wert über dem oberen Normwert liegt und als hoch-  
 105 positiv, wenn deren Wert über dem 3-fachen des oberen Normwertes liegt. Liegt der RF nur als „positiv“  
 oder „negativ“ vor, ist ein positiver Rheumafaktor als niedrig positiv zu werten.

106 In der Kategorie III (s. Tabelle 3) sind die unspezifischen Entzündungsparameter  
 107 Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und C-reaktives Protein angegeben. Der höchste Wert  
 108 wird in die letzte Zeile eingetragen.

109 *Tabelle 3: Unspezifische Entzündungsparameter*

III. Unspezifische Entzündungsparameter <sup>f</sup>	Punkte
CRP und BSG normal	0
CRP oder BSG abnormal	1
<b>Höchster Wert Kategorie III:</b>	—

110

111 <sup>f</sup> Das Kriterium ist erfüllt, wenn CRP oder BSG erhöht bzw. abnormal sind. Die Festlegung „normal /  
 112 abnormal“ erfolgt standardisiert durch das Labor. Bei der BSG sind physiologisch erhöhte Werte (Alter,  
 Geschlecht, Schwangerschaft) zu berücksichtigen und im Zweifelsfalle nicht zu werten.

113 In der IV. Kategorie III (s. Tabelle 4) wird schließlich die Symptombdauer erfasst. Besteht die  
 114 Symptomatik schon länger als 6 Wochen, ist eine 1 anzugeben, anderenfalls eine 0.

115 *Tabelle 4: Dauer der Symptomatik*

IV. Symptombdauer <sup>g</sup>	Punkte
Weniger als 6 Wochen	0
6 Wochen oder mehr	1
<b>Höchster Wert Kategorie IV:</b>	—

116

117 <sup>g</sup> Definition Symptombdauer: Bezieht sich auf das Gelenk, welches zum Zeitpunkt der Untersuchung nach  
 Angabe des Patienten am längsten betroffen ist.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

118 Sind alle Angaben erfolgt, so wird die Summe aus dem jeweils höchsten Wert der Kategorien  
 119 I bis IV gebildet (s. Tabelle 5).

120  
 121 *Tabelle 5: Bildung des Summenwertes*

Höchster Wert Kategorie I	___
Höchster Wert Kategorie II	+ ___
Höchster Wert Kategorie III	+ ___
Höchster Wert Kategorie IV	+ ___
<b>Summe:</b>	<b>= ___</b>

122 Eine **Summe von  $\geq 6$  Punkten** bedeutet, dass eine **hinreichend gesicherte Diagnose einer**  
 123 **rheumatoiden Arthritis** vorliegt. Maximal können 10 Bewertungspunkte erreicht werden.

124  
 125 **1.3 Einschreibekriterien**

126 Eingeschrieben werden können Patienten und Patientinnen ab dem vollendeten  
 127 18. Lebensjahr

- 128 - bei Vorliegen einer bereits gesicherten rheumatoiden Arthritis oder
- 129 bei Vorliegen einer klinisch gesicherten Synovitis mindestens eines
- 130 Prädisloktionsgelenks (Handgelenke, Fingergrund- und Fingermittelgelenke (außer
- 131 Daumensattelgelenk) und Zehengrundgelenke (außer Großzehengrundgelenk)) sowie
- 132 fehlenden Hinweisen für eine andere Ursache der Synovitis und mindestens 6 Punkten
- 133 (von maximal 10 zu erreichenden Punkten) nach den ACR/EULAR
- 134 Klassifikationskriterien (gemäß Nummer 1.2). Werden 6 Punkte nicht erreicht, kann
- 135 eine Einschreibung nicht erfolgen. Bei weiterhin vorliegendem Verdacht auf
- 136 rheumatoide Arthritis ist eine Vorstellung bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für
- 137 Innere Medizin und Rheumatologie erforderlich.

<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.</p>
---	--

138 Bei allen Patientinnen und Patienten ist nach Erstdiagnose eine Vorstellung bei der Fachärztin  
 139 oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie innerhalb von drei Monaten  
 140 anzustreben. Die bisher im Rahmen der Diagnosestellung erhobenen Befunde (z. B. klinische  
 141 Befunde, Laborbefunde, bildgebende Verfahren) sind zur Verfügung zu stellen.

<p><b>GKV-SV, DKG, PatV</b></p> <p>[keine Aufnahme]</p>	<p><b>KBV</b></p> <p>Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung</p>
---	---

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Seite: 6

	Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.
--	--

142 Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in  
143 Nummer 1.4 genannten Therapieziele von einer Einschreibung profitieren kann.

144 **1.4 Therapieziele**

145 Es sind folgende Therapieziele anzustreben, die eine selbstbestimmte Lebensführung  
146 unterstützen:

- 147 - Erhalt und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- 148 - Senkung der Mortalität
- 149 - Erreichen einer langanhaltenden Remission oder niedrigen Krankheitsaktivität bei  
150 jedem Patienten
- 151 - Vermeidung struktureller Gelenkschäden
- 152 - Verbesserung der Funktionalität und Beweglichkeit
- 153 - adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- 154 - Schmerzreduktion

<b>PatV</b> - Verminderung von Fatigue	<b>GKV-SV, DKG, KBV</b> [streichen]
---	--

155 **1.5 Therapeutische Maßnahmen**

156 **1.5.1 Allgemeine Maßnahmen und Schutzimpfungen**

157 Empfehlungen zum Lebensstil sollen den Nutzen einer gesunden Ernährung, einer  
158 regelmäßigen Bewegung und eines Tabakverzichts betonen. Rauchen ist mit einem  
159 aggressiveren Krankheitsverlauf und einem schlechteren Therapieansprechen assoziiert.

160 Bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis besteht aufgrund der  
161 immunsuppressiven Therapie ein erhöhtes Infektionsrisiko. Deshalb sollte auf einen  
162 ausreichenden Impfschutz nach Maßgabe der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen  
163 Bundesausschusses (SI-RL) in der jeweils geltenden Fassung geachtet werden. Vermehrte  
164 Impfreaktionen oder Exazerbationen der rheumatoiden Arthritis sind durch Impfungen mit  
165 Totimpfstoffen nicht beobachtet worden. Lebendimpfstoffe sollten während der  
166 immunsuppressiven Therapie grundsätzlich nicht verabreicht werden.

167 Die Ärztin oder der Arzt soll die Patientin oder den Patienten zu regelmäßiger körperlicher  
168 Aktivität und Sport ermutigen. Die positiven Effekte sind im Erhalt und der Verbesserung von  
169 Gelenkführung und Beweglichkeit, in einer ausreichend kräftigen Muskulatur, sowie in der  
170 Wirkung auf den Gesamtorganismus zu sehen. Bei Empfehlungen bezüglich Intensität und  
171 Sportart ist die individuelle Belastbarkeit in jedem Fall zu berücksichtigen. Im akuten Schub  
172 sollten die Aktivitäten schmerzadaptiert angepasst werden, können jedoch häufig  
173 weitergeführt werden.

174 **1.5.2 Nichtmedikamentöse Maßnahmen**

175 Zu den nichtmedikamentösen Maßnahmen gehören insbesondere Heilmitteltherapie,  
176 Hilfsmittelversorgung, Funktionstraining, Patientenschulungen und Leistungen der  
177 medizinischen Rehabilitation. Unabhängig von Schwere und Stadium der Erkrankung soll die  
178 behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt individuell prüfen, ob die Patientin oder der

Verfasser: Deutsche Rentenversicherung Bund Thema: Notiz Datum: 27.10.2020 07:26:16

Vor der Einschreibung sollte individuell durch die Ärztin bzw. den Arzt geprüft werden, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist, z. B. um negative Auswirkungen auf die Teilhabe zu verhindern. Sollte eine Rehabilitationsbedürftigkeit bestehen, verweist er/sie den Patienten oder die Patientin für die weitere Beratung und Prüfung an den Rehabilitationsträger (z. B. Renten-, Unfall- oder Krankenversicherung) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.

Verfasser: Deutsche Rentenversicherung Bund Thema: Notiz Datum: 27.10.2020 07:25:39

Wir schlagen folgende Ergänzung zu den Therapiezielen vor:

- Verbesserung der Belastungsfähigkeit
- Verbesserung von Aktivität und Teilhabe

Verfasser: Deutsche Rentenversicherung Bund Thema: Notiz Datum: 23.10.2020 11:03:38 +02'00'

Alle Patienten sollen im Arzt-Patienten-Gespräch über das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis von der rheumatoiden Arthritis aufgeklärt werden. In diesem Sinne sollen neben den somatischen auch die psychischen und sozialen Faktoren bei Krankheitsentstehung und -fortdauer eruiert werden und bei der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden.

179 Patient von nichtmedikamentösen Maßnahmen profitieren kann. Diese umfassen  
180 insbesondere folgende Therapien:

181 Heilmitteltherapie:

- 182 - Physiotherapeutische Maßnahmen: Insbesondere Patientinnen und Patienten mit  
183 Schädigungen der Gelenkfunktionen (z. B. der Gelenkbeweglichkeit und -stabilität)  
184 sowie Beeinträchtigungen im Bereich von Muskelkraft, -ausdauer und Koordination,  
185 häufig verbunden mit Schmerzen, sollen Zugang zu physiotherapeutischen  
186 Maßnahmen (vorrangig Krankengymnastik, auch im Bewegungsbad, gegebenenfalls  
187 ergänzt durch weitere physikalische Therapien, z. B. Wärme-/Kältetherapie) erhalten.  
188 Dabei muss die Therapie immer wieder individuell an die aktuelle Krankheitsaktivität  
189 angepasst werden.
- 190 - Ergotherapie: Patienten und Patientinnen mit rheumatisch bedingten  
191 Beeinträchtigungen der Alltagsaktivitäten, insbesondere im Bereich der Mobilität, der  
192 Selbstversorgung und des häuslichen Lebens, soll eine ergotherapeutische Therapie  
193 und Beratung angeboten und bei Bedarf eine entsprechende Verordnung ausgestellt  
194 werden. Im Rahmen der motorisch-funktionellen Behandlung kann auch eine  
195 Versorgung mit ergotherapeutischen Schienen erfolgen.

**PatV**

Ergänzend zur Physiotherapie und Ergotherapie sollen die Patienten  
auf das Funktionstraining hingewiesen und bei Bedarf eine  
entsprechende Verordnung ausgestellt werden.

**GKV-SV,  
DKG, KBV**

[keine  
Aufnahme]

196

**PatV**

- Podologie: Bei Patientinnen oder Patienten mit einer sensiblen oder  
sensomotorischen Neuropathie an den Füßen, ist unter den  
Voraussetzungen §§ 27 ff Heilmittel-Richtlinie die Verordnung einer  
podologischen Therapie angezeigt.

**GKV-SV,  
DKG, KBV**

[keine  
Aufnahme]

197 Hilfsmittel:

198 Bei rheumatisch bedingten Gelenksbeschwerden trotz leitliniengerechter Therapien werden  
199 Patientinnen und Patienten über die Möglichkeiten einer fachgerechten Versorgung mit  
200 Einlagen, Bandagen, Orthesen und Schuhen gemäß Hilfsmittelverzeichnis informiert und bei  
201 Bedarf eingeleitet. Ein weiterer Bedarf zur Hilfsmittelversorgung wie z. B. Mobilitätshilfen,  
202 therapeutische Bewegungsgeräte und Adaptionshilfsmittel zur Adaption von  
203 Alltagsgegenständen ist zu prüfen. Bei schmerzhaft eingeschränkter Handfunktion ist eine  
204 orthetische Versorgung der Handgelenke in Erwägung zu ziehen.

### 205 1.5.3 Medikamentöse Therapie

206 Die krankheitsmodifizierende Therapie soll unmittelbar nach Diagnosestellung begonnen  
207 werden, denn ein früher Behandlungsbeginn hat belegtermaßen einen günstigen Effekt auf  
208 die radiologische Progression, den Erhalt und die Wiederherstellung der Funktionalität, das  
209 Erreichen einer anhaltenden Remission und eine Reduktion der erhöhten Mortalität (Window  
210 of opportunity). Bei der Therapieentscheidung sollen die Krankheitsaktivität, die bestehenden  
211 strukturellen Schäden, Komorbiditäten und Sicherheitsaspekte berücksichtigt werden.

#### 212 1.5.3.1 Glukokortikoide

213 Glukokortikoide sollten zu Beginn der Therapie einer rheumatoiden Arthritis ergänzend zu  
214 konventionellen synthetischen krankheitsmodifizierenden Medikation (csDMARD) verabfolgt  
215 werden. Die tägliche Startdosis kann bis 30 mg Prednisolonäquivalent betragen. Eine

Diese Seite enthält keine Kommentare.



Diese Seite enthält keine Kommentare.

216 Reduzierung der Dosis auf  $\leq 5$  mg Prednisolonäquivalent pro Tag innerhalb von acht Wochen  
 217 wird empfohlen. Die Glukokortikoidgabe sollte wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen  
 218 auf drei bis sechs Monate beschränkt werden. Eine Therapie mit Glukokortikoiden über sechs  
 219 Monate hinaus sollte vermieden werden. Bei längerer Gabe der Glukokortikoide über sechs  
 220 Monate hinaus ist die Indikation zur Reduktion bis zum Absetzen regelmäßig zu überprüfen  
 221 und umzusetzen. Patientinnen und Patienten können im Verlauf der rheumatoiden Arthritis bei  
 222 notwendigem DMARD-Wechsel wegen unerwünschter Arzneimittelwirkung oder erhöhter  
 223 entzündlicher Aktivität kurzfristig erneut so niedrig dosiert wie möglich Glukokortikoide  
 224 erhalten, diese sollten jedoch so schnell wie klinisch durchführbar wieder reduziert werden.

225 Die intraartikuläre Gabe von Glukokortikoiden bei einzelnen Gelenken mit hoher entzündlicher  
 226 Aktivität als zusätzliche Maßnahme zur DMARD-Therapie kann sinnvoll sein.

#### 227 1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation (Disease-modifying anti-rheumatic drugs, 228 DMARD)

229 DMARDs werden wie folgt unterschieden:

- 230 - konventionelle synthetische DMARDs (csDMARDs)
- 231 - zielgerichtete synthetische DMARDs (tsDMARDs)
- 232 - biologische DMARDs (bDMARDs)

#### 233 Therapiestufe 1 (Starttherapie)

234 Als Mittel der ersten Wahl wird Methotrexat empfohlen, wenn keine Kontraindikationen  
 235 (insbesondere Niereninsuffizienz, zeitnah geplante oder bestehende Schwangerschaft,  
 236 Knochenmarkserkrankung, schwere Leberfunktionsstörung) vorliegen. In der Regel werden  
 237 als Startdosis 15 mg einmal pro Woche empfohlen. Methotrexat kann, auch unter  
 238 Berücksichtigung der Patientenpräferenz, subkutan oder oral verabreicht werden. Bei oraler  
 239 Gabe soll die individuell unterschiedliche Bioverfügbarkeit berücksichtigt werden. Bei einer  
 240 Steigerung der Dosis über 15 mg pro Woche

#### GKV-SV

kann eine subkutane Gabe vorteilhaft sein.

#### DKG, KBV, PatV

ist eine subkutane Gabe vorteilhaft.

241 Mit einem Wirkeintritt von Methotrexat ist innerhalb von vier bis sechs Wochen zu rechnen.  
 242 Die Methotrexatdosis sollte in der Regel nicht 25 mg subkutan pro Woche überschreiten.

243 Bei Methotrexat-Gabe soll standardmäßig eine Folsäure-Substitution (einmal 5 [bis 10] mg ca.  
 244 24 Stunden nach der Methotrexat-Gabe) verordnet werden.

245 Falls Methotrexat nicht einsetzbar ist (z. B. wegen Kontraindikationen), soll eine Therapie mit  
 246 Leflunomid (Standarddosis 10 bis 20 mg/Tag je nach Schwere (Aktivität) der Erkrankung) oder  
 247 mit Sulfasalazin (Standarddosis 2000 mg/Tag) begonnen werden.

#### 248 Therapiestufe 2 (erste Eskalation durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin 249 und Rheumatologie)

#### GKV-SV, DKG, PatV

[keine Aufnahme]

#### KBV

Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.

250 Wenn nach spätestens 12 Wochen unter der Starttherapie noch kein adäquates  
 251 Therapieansprechen oder wenn spätestens nach 24 Wochen noch keine Remission erreicht  
 252 werden konnte, soll die Therapie eskaliert werden:

253 - Bei Fehlen von ungünstigen Prognosefaktoren und moderater Krankheitsaktivität kann

<b>GKV-SV, PatV</b> ein Wechsel zu einem anderen csDMARD in Monotherapie oder	<b>KBV, DKG</b> [keine Aufnahme]
---	-------------------------------------

254 eine Kombination mehrerer csDMARDs eingesetzt werden.

255 - Bei ungünstigen Prognosefaktoren oder bei hoher Krankheitsaktivität soll die  
 256 Kombination von Methotrexat mit einem bDMARD oder tsDMARD zum Einsatz  
 257 kommen.

258 Nach unzureichendem Ansprechen zweier csDMARD-Therapien sollte eine bDMARD- oder  
 259 tsDMARD-Therapie zum Einsatz kommen. Jede bDMARD- und tsDMARD-Therapie sollte,  
 260 wenn möglich, mit Methotrexat kombiniert werden.

261 **Therapiestufe 3 (zweite Eskalation durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere**  
 262 **Medizin und Rheumatologie)**

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> [keine Aufnahme]	<b>KBV</b> Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.
--	---

263 Bei nicht ausreichendem Ansprechen (Verfehlen des Therapieziels) oder Unverträglichkeit der  
 264 ersten bDMARD-Therapie sollte der Wechsel auf ein alternatives bDMARD mit gleichem oder  
 265 anderem Wirkprinzip oder auf ein tsDMARD erfolgen. Ein nochmaliger Wechsel ohne  
 266 Änderung des Wirkprinzips ist nicht sinnvoll. Wird die Therapie nach csDMARDs mit einem  
 267 tsDMARD anstatt einem bDMARD begonnen, so sollte bei Nichtansprechen auf ein bDMARD  
 268 gewechselt werden.

#### 269 1.5.3.3 Deeskalation der DMARD-Therapie

270 Wenn nach Ausschleichen der Glukokortikoidmedikation über mindestens 6 Monate eine  
 271 anhaltende Remission („sustained remission“) besteht, kann eine Deeskalation der DMARD-  
 272 Therapie erwogen werden. Diese sollte durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere  
 273 Medizin und Rheumatologie erfolgen. Sie sollte – wie alle Therapieentscheidungen – dem  
 274 Patienten erläutern und gemeinsam mit diesem entschieden werden (partizipative  
 275 Entscheidungsfindung, engl.: „shared decision“).

276

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> [keine Aufnahme]	<b>KBV</b> Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.
--	---

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

277 Es gibt bislang nur wenig Studien zur DMARD-Deeskalation. Diese sollte grundsätzlich, je  
 278 nach DMARD, in Form eines „Taperings“ (Dosisreduktion) oder „Spacings“ (Verlängerung der  
 279 Applikationsintervalle) erfolgen. Ein sofortiges Absetzen einer DMARD-Therapie wird nicht  
 280 empfohlen, zumal eine therapiefreie Remission, d. h. ein vollständiger Verzicht auf eine  
 281 DMARD-Therapie nur äußerst selten bei der rheumatoiden Arthritis erreicht werden kann. Ziel  
 282 ist die Ermittlung der individuell notwendigen Dosis zum Erhalt einer Remission, was eine  
 283 engmaschige rheumatologische Verlaufskontrolle erfordert. Im Falle eines „Flares“ unter  
 284 Deeskalation kann durch Wiederaufnahme der ursprünglich verabreichten Dosis der  
 285 Vortherapie in der Regel eine erneute Remission erreicht werden.

#### 286 1.5.3.4 Begleitmedikation

287 Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) haben bei der rheumatoiden Arthritis keinen  
 288 krankheitsmodifizierenden Effekt. Sie können im Bedarfsfall in der niedrigsten wirksamen  
 289 Dosis und so kurz wie möglich aufgrund ihrer schmerzlindernden Wirkung eingesetzt werden.

#### 290 1.5.3.5 Besondere Maßnahmen bei Multimedikation

291 Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, bei denen auf Grund von Multimorbidität oder  
 292 der Komplexität sowie der Schwere der Erkrankung die dauerhafte Verordnung von fünf oder  
 293 mehr Arzneimitteln erforderlich ist oder die Anamnese Hinweise auf Einnahme von fünf oder  
 294 mehr Arzneimitteln gibt, sind folgende Maßnahmen eines strukturierten  
 295 Medikamentenmanagements von besonderer Bedeutung:

296 Die Ärztin oder der Arzt soll anlassbezogen, mindestens aber jährlich sämtliche vom Patienten  
 297 tatsächlich eingenommenen Arzneimittel, einschließlich der Selbstmedikation, strukturiert  
 298 erfassen und deren mögliche Nebenwirkungen und Interaktionen berücksichtigen, um  
 299 Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen  
 300 dieser strukturierten Arzneimittelerfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die  
 301 einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung  
 302 Beteiligten durch die koordinierende Ärztin oder den koordinierenden Arzt erforderlich werden.  
 303 Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer  
 304 Priorisierung gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten unter Berücksichtigung der  
 305 eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden.

306 Die Patientinnen und Patienten werden bei der strukturierten Erfassung der Medikation auch  
 307 im DMP über ihren Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans nach  
 308 § 31a SGB V informiert.

#### 309 1.6 Komorbiditäten

310 Die rheumatoide Arthritis wird von zahlreichen Komorbiditäten begleitet. Diese sollten  
 311 sorgfältig erfasst und behandelt werden. Die Koordination ihrer Behandlung obliegt dem  
 312 koordinierenden Arzt bzw. der koordinierenden Ärztin gemäß Nummer 1.8.1.

#### 313 Kardiovaskuläre Komorbidität:

314 Bei Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis sind im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung  
 315 Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankung, Myokardinfarkte und plötzliche Herztodesfälle  
 316 häufiger. Die rheumatoide Arthritis ist ein unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre  
 317 Erkrankungen. Die kardiovaskuläre Komorbidität erhöht die Mortalität der rheumatoiden  
 318 Arthritis. Die klassischen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Übergewicht,  
 319 Rauchen, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus oder Immobilität sind bei  
 320 Menschen mit rheumatoider Arthritis häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Daher sollen  
 321 diese Faktoren besonders beachtet und ihre angemessene Behandlung angestrebt werden,  
 322 gegebenenfalls in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt bzw. der behandelnden  
 323 Hausärztin. Eine niedrige Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis führt zu einer  
 324 Verminderung kardiovaskulärer Ereignisse.

#### 325 Diabetes mellitus:

326 Der bei Patienten und Patientinnen mit rheumatoider Arthritis als Komorbidität auftretende  
 327 Diabetes mellitus sollte rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden. Dazu gehören  
 328 insbesondere Blutzuckerkontrollen im Rahmen einer systemischen Glukokortikoidtherapie.

329 **Depressionen:**

330 Die Depression ist eine relevante und häufige Komorbidität der rheumatoiden Arthritis und  
 331 sollte daher bei Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis besondere  
 332 Beachtung finden.

333 **Malignome:**

334 Bei einer rheumatoiden Arthritis ist das Risiko von Malignomen erhöht. Das trifft besonders auf  
 335 das Non-Hodgkin-Lymphom zu. Nach derzeitiger Datenlage kann keine Erhöhung der  
 336 Malignomrate durch die DMARD-Therapie festgestellt werden.

337 **Infektionen:**

338 Das Risiko von Infektionen ist bei Patienten mit rheumatoider Arthritis erhöht und korreliert mit  
 339 der Krankheitsaktivität der rheumatoiden Arthritis. Zusätzlich erhöhen insbesondere  
 340 Glukokortikoide und DMARD-Therapien, vor allen bDMARDs, das Infektionsrisiko. Unter einer  
 341 Immunsuppressiven Therapie können sowohl die klinische Symptomatik als auch die  
 342 laborchemischen Entzündungsparameter maskiert werden. Entsprechend dem eingesetzten  
 343 DMARD sind die Empfehlungen der Fachinformationen zu speziellen Infektionsrisiken und  
 344 zum Vorgehen zu beachten. Beim Auftreten von schweren Infektionen kann eine  
 345 Therapiepause nach Möglichkeit in Absprache mit der Fachärztin oder dem Facharzt für Innere  
 346 Medizin und Rheumatologie, vor allem bei Behandlung mit bDMARDs erforderlich sein.

347 **Osteoporose:**

348 Eine rheumatoide Arthritis ist bei Frauen und Männern ein unabhängiger Risikofaktor für  
 349 Frakturen. Daneben erhöhen eine Glukokortikoidtherapie und andere klinischen  
 350 Risikofaktoren das Auftreten einer Osteoporose. Die individuelle Risikokonstellation bezüglich  
 351 des Auftretens einer Osteoporose sollte einmal jährlich bei allen Patientinnen und Patienten  
 352 klinisch abgeschätzt werden. Die Durchführung einer Osteodensitometrie mittels zentraler  
 353 DXA zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung ist zu prüfen, wenn aufgrund  
 354 konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine medikamentöse Therapie der  
 355 Osteoporose beabsichtigt ist. Generelle Empfehlungen zur Vorbeugung einer Osteoporose  
 356 sind insbesondere körperliche Aktivität, ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie  
 357 Verzicht auf Rauchen.

358 **1.7 Verlaufskontrollen**

359 Standardinhalte der regelmäßigen ärztlichen Verlaufsuntersuchung sind:

- 360 - Beurteilung der Krankheitsaktivität:
  - 361 - anamnestisch,
  - 362 - klinisch, anhand des Scores DAS-28 (BSG),
  - 363 - laborchemisch: BSG und CRP,
- 364 - Beurteilung der Verträglichkeit der Medikation:
  - 365 - anamnestisch,
  - 366 - klinisch,
  - 367 - laborchemisch: Blutbild, insbesondere Leber- und Nierenwerte,
- 368 - ggf. Anpassung der Medikation (z. B. Reduktion bzw. Absetzen der Glukokortikoide,  
 369 NSAR),
- 370 - Überprüfung der Notwendigkeit einer Überweisung gemäß Nummer 1.8.2.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

371 Es sind jährliche Konsultationen bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin  
 372 und Rheumatologie anzustreben. Längere Intervalle sollen mit der Fachärztin oder mit dem  
 373 Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie abgestimmt werden.

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b>	<b>KBV</b>
[keine Aufnahme]	Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.

374 Unabhängig von den individuell erforderlichen regelmäßigen Verlaufskontrollen erfolgt die  
 375 Dokumentation im Rahmen dieser Richtlinie mittels der in Anlage 22 aufgeführten Parameter  
 376 quartalsweise oder jedes zweite Quartal.

377 **1.8 Kooperation der Versorgungssektoren**

378 Die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis erfordert die  
 379 Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant, stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte  
 380 Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

381 **1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt**

382 Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen  
 383 des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt

<b>KBV</b>	<b>GKV-SV</b>	<b>DKG</b>	<b>PatV</b>
entweder durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben, durch die Fachärztin bzw. den Facharzt - für Innere Medizin und Rheumatologie, - mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie - mit Teilgebiet Rheumatologie, - mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie oder durch die rheumatologisch fortgebildete Orthopädin bzw. den	grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit Rheumatoider Arthritis eine zugelassene oder ermächtigte Fachärztin/einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, eine internistische Fachärztin/einen internistischen Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie	durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. Sie kann auch durch - eine Fachärztin / einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder -eine internistische Fachärztin/einen internistischen Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder -eine Fachärztin / einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder eine	durch die Hausärztin/ den Hausarzt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben oder durch die Fachärztin / den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, die Fachärztin / den Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder die Fachärztin / den Facharzt mit Teilgebiet Rheumatologie oder durch eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f

Diese Seite enthält keine Kommentare.

<p>rheumatologisch fortgebildeten Orthopäden. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt erfolgen.</p>	<p>oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung von dieser Ärztin, diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.</p> <p>Die Überweisungsregeln in Nummer 1.8.2 sind von der Ärztin, vom Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung</p>	<p>Fachärztin / einen Facharzt für Orthopädie jeweils mit der Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie oder</p> <p>- eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,</p> <p>erfolgen. Dies insbesondere dann, wenn sich die Patientin oder der Patient bereits vor Einschreibung in der Behandlung dieser Fachärzte befunden hat oder die Behandlung bei diesen Fachärzten aufgrund der Schwere der Erkrankung oder bereits eskalierter Therapie (siehe Kapitel 1.5.3.2) notwendig ist</p>	<p>Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt. Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p> <p>Die Überweisungsregeln in Nummer 1.8.2 sind von der Ärztin, vom Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.</p>
--	---	---	--

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

	der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreichend.		
--	---	--	--

384 **1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt**  
 385 **zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder**  
 386 **zur qualifizierten Einrichtung**

387 Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung oder Weiterleitung zur jeweils  
 388 qualifizierten Ärztin oder zum jeweils qualifizierten Arzt oder zur qualifizierten Einrichtung  
 389 erfolgen:

390 Zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie nach Erstdiagnose  
 391 innerhalb von drei Monaten, sofern die Erstdiagnose nicht durch die Fachärztin oder den  
 392 Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gestellt wurde,

- 393 - sofern kein adäquates Therapieansprechen unter der Starttherapie spätestens nach
- 394 zwölf Wochen oder sofern keine Remission nach spätestens 24 Wochen,
- 395 - bei nicht ausreichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit der weiteren
- 396 DMARD-Therapien,
- 397 - zur Prüfung der Frage einer Deeskalation der DMARD-Therapie,
- 398 - zur regelmäßigen Verlaufskontrolle einschliesslich der Prüfung der Indikation einer
- 399 radiologischen Kontrolle.

<b>GKV-SV, DKG, PatV</b> [keine Aufnahme]	<b>KBV</b> Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.
--	---

- 400 Zu jeweils qualifizierten Leistungserbringergruppen
- 401 - zur Klärung der Notwendigkeit eines gelenkchirurgischen Eingriffes vorzugsweise zum
  - 402 Facharzt oder zur Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie,
  - 403 - zur Kontrolle von Organmanifestationen,
  - 404 - zur Vermeidung von Therapiekomplikationen,
  - 405 - bei Verdacht oder Auftreten von Komorbiditäten.

407 **1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

408 Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und  
 409 Patienten unter folgenden Bedingungen:

- 410 - zur Therapie von schweren Erkrankungen einschliesslich ihrer krankheits- oder
- 411 therapiebedingten Komplikationen,

<b>DKG, PatV</b> - wenn aufgrund der Komplexität oder Schwere der Erkrankung eine multimodale rheumatologische Komplexbehandlung erforderlich ist.	<b>GKV-SV, KBV</b> [streichen]
---	-----------------------------------

412 Im Übrigen entscheidet die Ärztin oder der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine  
413 Einweisung.

414 **1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme**

415 Die Ärztin oder der Arzt hat individuell zu prüfen, ob Leistungen der medizinischen  
416 Rehabilitation angezeigt sind.

417 Dabei sind die Schwere der Erkrankung, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und  
418 Folgeerkrankungen sowie psychosoziale Belastungen und die daraus resultierenden  
419 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung relevanter  
420 Kontextfaktoren zu beachten.

421 Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die  
422 Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, Behinderungen im Sinne des § 2  
423 SGB IX einschließlich Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder deren  
424 Verschlimmerung zu verhüten.

425 **2. Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 SGB V)**

426 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Qualitätssichernden Maßnahmen sind in § 2 dieser  
427 Richtlinie geregelt.

428 **Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren**

Lfd. Nr.	Qualitätsziel	Qualitätsindikator
1	Erreichen und Erhalten einer Remission	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Erkrankungsdauer von weniger als 2 Jahren seit Diagnosestellung: Angemessener Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert < 2,6
2	Erreichen und Erhalten einer niedrigen Krankheitsaktivität	Nur bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Erkrankungsdauer von 2 Jahren oder mehr seit Diagnosestellung: Hoher Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert < 3,2
3	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit Therapieansprechen	Nur für Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert ≥ 3,2 bei Einschreibung: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer relevanten Verbesserung im DAS-28
4	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der aktuellen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit mindestens einer dokumentierten Osteoporose-Risikoerschätzung in den letzten 12 Monaten, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Verfasser: Deutsche Rentenversicherung Bund Thema: Notiz Datum: 23.10.2020 11:10:07 +02'00'  
Je nach Konstellation können bestimmte Rehabilitationskonzepte wie z.B. verhaltensmedizinische oder beruflich-orientierte Rehabilitation Anwendung finden.



Diese Seite enthält keine Kommentare.

5	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit RR unter 140/90 mmHg bei bekannter Hypertonie	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit RR systolisch $\leq 139$ mmHg und diastolisch $\leq 89$ mmHg bei bekannter Hypertonie an allen eingeschriebenen Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit bekannter Hypertonie
6	Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Glukokortikoidtherapie: Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Glukokortikoidtherapie, die länger als sechs Monate dauert
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer DMARD-Therapie	Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne vereinbarte Therapiepause: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer DMARD-Therapie
8	Hoher Anteil an geschulten Teilnehmerinnen und Teilnehmern	Bei Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die bei DMP Einschreibung noch nicht geschult sind: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die an einer empfohlenen Schulung teilgenommen haben
9	Niedriger Anteil an rauchenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern	a) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer b) Anteil aktuell rauchender Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bei Einschreibung geraucht haben
10	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit regelmäßiger körperlicher Aktivität	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die im Dokumentationszeitraum regelmäßig körperlich aktiv waren, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, bei denen dies möglich ist

429

430 **3. Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f**  
 431 **Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 SGB V)**

432 Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der  
 433 rheumatoiden Arthritis gemäß Nummer 1.3 gesichert ist und ob die Patientin oder der Patient

Diese Seite enthält keine Kommentare.

434 im Hinblick auf die in Nummer 1.4 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren  
 435 und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

436 **3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen**

437 Die allgemeinen Voraussetzungen für die Einschreibung Versicherter sind in § 3 dieser  
 438 Richtlinie geregelt.

439 **3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen**

440 Versicherte mit rheumatoider Arthritis können ab dem vollendeten 18. Lebensjahr in das  
 441 strukturierte Behandlungsprogramm eingeschrieben werden, wenn sie die in Nummer 1.2 und  
 442 1.3 genannten Kriterien erfüllen.

443 **4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Absatz 2  
 444 Satz 2 Nummer 4 SGB V)**

445 Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der  
 446 strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten  
 447 Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrunde gelegten  
 448 Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die  
 449 Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

450 **4.1 Schulungen der Leistungserbringer**

451 Die Anforderungen an die Schulung der Ärztinnen und Ärzte sind in § 4 dieser Richtlinie  
 452 geregelt.

453 **4.2 Schulungen der Versicherten**

454 Jede Patientin und jeder Patient mit Rheumatoider Arthritis soll Zugang zu einem strukturierten

<b>GKV-SV, DKG</b>	<b>KBV, PatV</b>
<p>, in der Regel evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten.</p> <p>Sofern zum Zeitpunkt der Vertragsschlüsse zu strukturierten Behandlungsprogrammen die verfügbaren Schulungsprogramme noch nicht evaluiert sind, dürfen diese zum Gegenstand des Vertrages gemacht werden, wenn spätestens mit Programmstart eine Evaluierung auf der Basis eines Evaluationskonzeptes eingeleitet wird, die nach längstens vier Jahren abgeschlossen sein muss. Die Publikation muss spätestens 18 Monate nach Abschluss der Evaluation vorliegen.</p> <p>Sobald evaluierte und publizierte Schulungsprogramme vorliegen, sollen noch diese in den Verträgen zu strukturierten Behandlungsprogrammen eingesetzt werden. Die Verträge sind entsprechend anzupassen.</p> <p>Bereits laufende Evaluationsstudien zu anderen in den Verträgen integrierten Schulungen können innerhalb des vorgesehenen Evaluationszeitraumes von vier Jahren zu Ende geführt werden.</p>	<p>, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungsprogramm erhalten. Es liegen aktuell zwei zielgruppenspezifische und strukturierte Patientenschulungen für Patienten mit RA vor, die im ambulanten Setting evaluiert wurden und positive Effekte gezeigt haben. Diese sind die Patientenschulung „Strukturierte Patienteninformation Rheumatoide Arthritis – StruPI-RA“ und die Patientenschulung „Basisschulung RA“. Zu beiden Evaluationsstudien liegen Publikationen vor.</p>

Während dieses Zeitraums können die Verträge hinsichtlich dieser Schulungen unverändert weitergeführt werden.	
---	--

455

456 Die Schulung dient insbesondere der Einübung und Vertiefung eines adäquaten  
457 Selbstmanagements, z. B. durch ein Grundverständnis der Erkrankung und der  
458 therapeutischen Maßnahmen.

459 Im Übrigen gelten die in § 4 genannten Anforderungen. Bei jeder Vorstellung des Patienten  
460 und der Patientin soll im Falle einer noch nicht erfolgten Schulung geprüft werden, ob eine  
461 Schulung empfohlen werden soll.

462 **5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)**  
463 **(§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)**

464 Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie sind  
465 mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten:

- 466 a) Tod
- 467 b) Remission
- 468 c) niedrige Krankheitsaktivität
- 469 d) moderates und gutes Therapieansprechen
- 470 e) Schulungen
- 471 f) Dauertherapie mit Glukokortikoide
- 472 g) DMARD-Therapie

473 Eine vergleichende Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 2 der DMP-Anforderungen-  
474 Richtlinie ist aufgrund einer fehlenden Rechtsgrundlage zur Nutzung von Daten für nicht in ein  
475 DMP eingeschriebene Versicherte derzeit nicht möglich. Daher wurden keine Parameter  
476 festgelegt.

477 Abweichend von § 6 Absatz 3 Nummer 2 DMP-A-RL endet der Evaluationszeitraum für den  
478 erstmalig zu erstellenden Bericht nach 48 Monaten, beginnend mit dem 1. Tag des der  
479 frühesten Zulassung eines DMP Rheumatoide Arthritis folgenden Quartals.

480

Diese Seite enthält keine Kommentare.

481 **Anlage 22 Rheumatoide Arthritis – Dokumentation**

Rheumatoide Arthritis - Dokumentation		
Lfd. Nr.	Parameter	Ausprägung
Anamnese- und Befunddaten		
1	Aktuelle Krankheitsaktivität - DAS-28-Wert	Zahl (0,0-9,9; Angabe mit einer Nachkommastelle) <sup>1</sup>
2	Erkrankungsdauer der Rheumatoiden Arthritis (zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation)	Weniger als zwei Jahre / Zwei Jahre oder mehr
3	Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt <sup>2</sup>	Ja / Nein
4	<b>DKG, KBV, PatV</b> Begleiterkrankung Hypertonie <b>GKV-SV</b> [streichen]	Ja / Nein
Medikamentöse und sonstige Maßnahmen		
4	Aktuelle Glukokortikoidtherapie wegen Rheumatoider Arthritis	Ja, bis zu 6 Monate lang / Ja, länger als 6 Monate / Nein
5	Aktuelle DMARD-Therapie	Ja / Nein / Kontraindikation / Therapiepause vereinbart
6	Regelmäßige körperliche Aktivität	Ja / Nein / Nicht möglich
Schulung		
7	Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Rheuma-Schulung teilgenommen <sup>3</sup>	Ja / Nein
8	Rheuma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)	Ja / Nein
9	Rheuma- Schulung wahrgenommen <sup>4</sup>	Ja / Nein / War aktuell nicht möglich / Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen <sup>4</sup>

482 <sup>1</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Es ist der aktuelle DAS-28-Wert einzutragen. Mit der Eingabe des  
483 DAS-28-Wertes bei der aktuellen Dokumentation wird zusätzlich die Differenz zwischen dem aktuellen  
484 DAS-28-Wert und dem DAS-28-Wert der vorherigen Dokumentation angezeigt.

485 <sup>2</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Das Osteoporoserisiko soll mindestens einmal jährlich klinisch  
486 eingeschätzt werden,

487 <sup>3</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Die Angabe ist nur bei der Erstdokumentation auszufüllen.

488 <sup>4</sup> Hinweis für die Ausfüllanleitung: Diese Angabe ist erst bei der zweiten und allen folgenden  
489 Dokumentationen (Folgedokumentation) zu machen.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

Diese Seite enthält keine Kommentare.

490  
491 III. Die Änderung der Richtlinie tritt am ersten Tag des auf die Veröffentlichung im  
492 Bundesanzeiger folgenden Quartals in Kraft.  
493 Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter  
494 [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.  
495  
496 Berlin, den Beschlussdatum  
497  
498                                   Gemeinsamer Bundesausschuss  
499                                   gemäß § 91 SGB V  
500                                   Der Vorsitzende  
501  
502                                   Prof. Hecken



Bundesamt für Soziale Sicherung, Friedrich-Ebert-Allee 38, 53113 Bonn

**Ausschließlich per E-Mail:**

[dmp@g-ba.de](mailto:dmp@g-ba.de)

Gemeinsamer Bundesausschuss

HAUSANSCHRIFT

Friedrich-Ebert-Allee 38  
53113 Bonn

TEL +49 228 619 1268

██████████.de  
[www.bundesamtsozialesicherung.de](http://www.bundesamtsozialesicherung.de)

BEARBEITER FRAU DR ██████████

Oktober 2020

AZ 515

(bei Antwort bitte angeben)

**Stellungnahme gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses  
hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)**

**Ihre Mail vom 2. Oktober 2020**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Bundesamt für Soziale Sicherung nimmt zu dem übersandten Entwurf über eine Änderung und Ergänzung der DMP-Anforderungen-Richtlinie wie folgt Stellung:

**1. Zu Anlage 21, Nummer 1:**

**Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)**

A) Beabsichtigte Neuregelung, Vorschlag der KBV an den Regelungspunkten

**1.3 Einschreibekriterien, Rn 137 und 141**

**1.5.3.2. Krankheitsmodifizierende Medikation Rn 249 und 262**

**1.5.3.3 Deeskalation der DMAR-Therapie, Rn 276**

### 1.7 Verlaufskontrolle, Rn 373

### 1.8.2 Überweisungsregelung, Rn. 399

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung möchte rheumatologisch qualifizierte Orthopäden sowohl auf der ersten als auch der zweiten Versorgungsebene einbinden, sofern die regionale Versorgungssituation diese erfordert.

*„Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“*

#### B) Stellungnahme

Da für die Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis nicht flächendeckend rheumatologische Internisten zur Verfügung stehen, regt die KBV in allen voranstehenden Punkten des Beschlussentwurfs an, die Vorstellung beim rheumatologisch qualifizierten Orthopäden ausnahmsweise zuzulassen, wenn dies aufgrund der regionalen Versorgungsstruktur erforderlich sein sollte. Die Vertreter des GKV-SV, der DKG und der PatV möchten, dass durchgängig nur der rheumatologisch qualifizierte Internist adressiert wird.

Die rheumatoide Arthritis ist nicht auf den Bewegungsapparat beschränkt, sondern eine systemische Erkrankung. Die Prognose wird durch diverse - meist - internistische Komorbiditäten (ausführlich siehe 1.6. BE und TG) wesentlich beeinflusst. Der Entzündungsprozess und die medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis erhöht das Risiko zur Entstehung von Komorbiditäten und erschwert auch deren Behandlung. Die Therapie basiert auf einer oft komplexen und nebenwirkungsreichen medikamentösen Behandlung, begleitet von physikalischen Therapien. Es handelt sich somit um eine diagnostisch und therapeutisch insbesondere internistisch zu führende Erkrankung. Es leidet daher fehl, im DMP Rheumatoide Arthritis nur vom „Rheumatologen“ ohne Differenzierung nach Internisten und Orthopäden zu sprechen (TG zu Nr. 1.3, KBV-Position in Rn 152). Dies umso mehr, da die rheumatologische Zusatzqualifikation für Orthopäden bisher eher chirurgisch ausgerichtet war. Erst mit der Musterweiterbildungsordnung in 2019 wurde der Schwerpunkt zur konservativen Therapie verschoben. Es wird demnach noch einige Jahre dauern, bis Orthopäden mit nach neuem Recht erworbener Zusatzqualifikation zur Verfügung stehen. Eine Einbindung von rheumatologisch qualifizierten Orthopäden auf der zweiten Ebene erscheint deshalb zu früh.

Denkbar wäre ggf. die rheumatologisch qualifizierten Orthopäden auf der ersten Ebene zuzulassen, sofern die regionale Versorgungssituation dies erfordert und es sich nicht um multimorbide Patienten handelt. Um zu verhindern, dass unabhängig von der Versorgungssituation flächendeckend in einem KV-Bereich Orthopäden mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie eingesetzt werden, sollten die Vertragspartner verpflichtet werden, Kriterien vertraglich zu vereinbaren, die verhindern, dass Orthopäden auch da eingesetzt werden, wo durch die anderen Arztgruppen eine hinreichende Versorgung gewährleistet ist.

### **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

#### **2. Zu 1.3. Einschreibekriterien, Rn 137 und 141**

##### **A) Beabsichtigte Neuregelung, Vorschlag der KBV**

Die KBV schlägt im Gegensatz zu den übrigen Bänken vor, dass sofern die regionale Versorgungssituation dies erfordert in Ausnahmefällen auch der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie die Einschreibung vornehmen kann, wenn 6 Punkte nach den ACR/EULAR Klassifikationskriterien nicht erreicht werden, aber weiterhin der Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis besteht (Randnummer 137). Darüber hinaus soll auch die Vorstellung drei Monate nach der Erstdiagnose nicht nur bei einer Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, sondern wenn die regionale Versorgungsstruktur dies erfordert, auch in Ausnahmefällen beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie möglich sein (RN 141).

##### **B) Stellungnahme**

Das BAS kann dem KBV-Vorschlag zur Rn 137 folgen, vorausgesetzt es wird daran festgehalten, dass eine Vorstellung der Patientinnen und Patienten bei der Fachärztin oder dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie innerhalb von 3 Monaten angestrebt wird (Rn 138-140).

Da der Begriff der „regionalen Versorgungssituation“ einen großen Beurteilungsspielraum zulässt, sollten die Vertragspartner die jeweilige Versorgungssituation im Versorgungsgebiet bei der Antragstellung schlüssig darlegen. Um zu verhindern, dass unabhängig von der Versorgungssituation flächendeckend in einem KV-Bereich Orthopäden mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie eingesetzt werden, sollten darüber hinaus die Vertragspartner verpflichtet werden, Kriterien vertraglich zu vereinbaren, die



verhindern, dass Orthopäden auch da eingesetzt werden, wo durch die anderen Arztgruppen eine hinreichende Versorgung gewährleistet ist. Eine entsprechende Regelung sollte unter 1.8.1 getroffen werden.

**3. Zu 1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation (Disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD), hier: Rn 249 und 262**

sowie

**4. Zu 1.5.3.3 Deeskalation der DMARD-Therapie**

A) Beabsichtigte Neuregelung jeweils zu Therapiestufe 2 und 3

Nach Auffassung der KBV soll sowohl die Eskalation als auch die Deeskalation der DMARD-Therapie in Ausnahmefällen durch den Facharzt oder die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie durchgeführt werden können.

B) Stellungnahme

Das BAS folgt hier dem Eingangsvotum (siehe Nummer 1 der Stellungnahme) entsprechend der Auffassung von GKV-SV, DKG und PatV.

Darüber hinaus sind die Zuständigkeiten/Überweisungsanlässe bereits unter 1.8.2 geregelt. Aus systematischen Gründen empfehlen wir eine Durchmischung von therapeutischen Abläufen und Zuständigkeiten in den Nummern 1.5.3.2 und 1.5.3.3 zu vermeiden.

**5. Zu 1.7 Verlaufskontrolle**

Wir schließen uns der Ansicht von GKV-SV, DKG und PatV an.

**6. Zu 1.8.1 Koordinierender Arzt/Ärztin**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die vier Bänke innerhalb des G-BA schlagen jeweils unterschiedliche Regelungen dazu vor, welcher Arzt im DMP Rheumatoide Arthritis die Koordination des teilnehmenden Versicherten übernehmen soll.

Dabei stimmen KBV, DKG und PatV dahingehend überein, dass sie nebeneinander den Hausarzt oder einen (internistischen oder orthopädischen) Rheumatologen relativ gleichberechtigt als Koordinator sehen. Unterschiede bestehen darin, dass

- die KBV die qualifizierte Einrichtung davon ausnimmt und
- die DKG und GKV-SV ein bestehendes Behandlungsverhältnis oder eine medizinisch gebotene Facharzt-Behandlung voraussetzt
- KBV und PatV dem Hausarzt im Falle einer bestehenden Multimorbidität den Vorrang geben.

Der GKV-SV hingegen sieht nachrangig hinter dem Hausarzt nur den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder den Internisten mit Schwerpunkt für Rheumatologie in der Funktion des Koordinators und dies auch nur ausnahmsweise, wenn er bereits am Programm (auf der Ebene 2) teilnimmt, ein bereits bestehendes Behandlungsverhältnis vorliegt oder die fachärztliche Betreuung medizinisch geboten ist.

#### B) Stellungnahme

Ein gleichberechtigtes Nebeneinander von internistischen oder orthopädischen Rheumatologen und Hausärzten ist kritisch zu bewerten.

Dem Orthopäden fehlt der Blick auf den gerade bei Rheuma-Patienten bestehenden komplexen Koordinierungsbedarf. Die Befürchtung der KBV, dass Hausärzte aufgrund der geringen Anzahl eigener Rheuma-Patienten den Aufwand des Beitritts zu diesem neuen DMP scheuen könnten, klingt jedoch berechtigt. An dieser Stelle könnte eine Beteiligung der Orthopäden im Ausnahmefall die Umsetzung des DMP Rheumatoide Arthritis erleichtern, wobei jedoch die Qualifikation dieser Orthopäden in der Richtlinie klar definiert sein sollte. Dies ist bei der Zusatz-Weiterbildung orthopädische Rheumatologie der Fall, nicht jedoch bei dem unbestimmten Rechtsbegriff „rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde“.

Die Gleichstellung des Hausarztes zum internistischen Rheumatologen liegt inhaltlich schon näher. Angesichts der aber von allen Seiten zu Recht beklagten angespannten Versorgungsstruktur sollte die Koordination durch den Internisten tatsächlich nur auf wenige Ausnahmen beschränkt bleiben, um so möglichst vielen Rheuma-Erkrankten den zeitnahen Zugang zum Facharzt zu ermöglichen. Wir weisen darauf hin, dass bei einer gleichberechtigten Teilnahme von Hausärzten und internistischen Rheumatologen auf der ersten Ebene die Zahl der teilnehmenden rheumatologisch qualifizierten Internisten auf der 2. Versorgungsebene höher angesetzt werden müsste, da diese nur in Teilen für eine weitergehende Behandlung zur Verfügung stehen würden.

## C) Formulierungsvorschlag

Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin oder den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben. In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit rheumatoider Arthritis eine zugelassene oder ermächtigte

- Fachärztin/einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder
- eine internistische Fachärztin/einen internistischen Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder
- eine internistische Fachärztin /einen internistischen Facharzt mit Teilgebiet Rheumatologie oder
- eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGBV an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,

auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.

Sofern eine angemessene Versorgung mit koordinierenden Ärzten durch die oben genannten Arztgruppen in der Region nicht erreichbar ist, kann eine Patientin oder ein Patient mit rheumatoider Arthritis eine zugelassene oder ermächtigte

- Fachärztin / einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder
- eine Fachärztin / einen Facharzt für Orthopädie

jeweils mit der Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zur Langzeitbetreuung wählen. Die Kriterien für die Zulassung dieser Orthopäden sind unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur von den Vertragspartnern vertraglich festzulegen.

Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.

Die Überweisungsregeln in Nummer 1.8.2 sind von der Ärztin, vom Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

**7. Zu 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung, hier insbesondere Rn. 399**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Formulierung der KBV sieht in Rn 399 vor, dass der rheumatologisch qualifizierte Orthopäde die weitere Behandlung des Patienten übernehmen kann, sofern die regionale Versorgungssituation dies erfordert:

„Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“

B) Stellungnahme

Insbesondere die in den Spiegelstrichen eins bis drei genannten Überweisungsindikationen verlangen zwingend die Behandlung durch einen internistischen Rheumatologen.

C) Formulierungsvorschlag.

Entsprechend den Ausführungen unter Nummer 1 der Stellungnahme folgt das BAS dem Vorschlag von GKV-SV, DKG und PatV.

**8. Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen, Ziel mit der laufenden Nummer 3**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Nur für Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-Wert  $\geq 3,2$  bei Einschreibung:  
Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer relevanten Verbesserung im DAS-28.

B) Stellungnahme

Wie bereits im DMP Osteoporose wird darauf hingewiesen, dass die Datenstelle, wenn sie im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung tätig wird, nach § 5 Abs. 2b DMP-A-RL Dokumentation nur für die Dauer von 12 Jahren, beginnend mit dem auf das jeweilige Erfassungsjahr der Dokumentation folgenden Kalenderjahr aufbewahren darf.

Spätestens 6 Monate nach Ablauf dieser Aufbewahrungsfrist sind die Daten zu löschen und stehen dann für die Qualitätssicherung nicht mehr zur Verfügung.

**9. Zu 4.2 Schulungen der Versicherten**

A) Beabsichtigte Neuregelung

Es liegen zwei abweichende Regelungsvorschläge vor.

Der GKV-SV und die DKG schlagen vor, die am 18.06.2020 in der 22. Änderung der Richtlinie für die Anlagen 13 und 15 beschlossene Regelung entsprechend für das DMP Rheumatoide Arthritis anzuwenden.

Die KBV und PatV hingegen verweisen darauf, dass bereits zwei evaluierte, zielgruppenspezifische und publizierte Schulungsprogramme vorlägen. In den Tragenden Gründen sind diese Programme von der KBV namentlich benannt (Rn 729).

B) Stellungnahme

Das BAS prüft im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens nicht, ob es (in den Tragenden Gründen genannte oder nicht genannte) Schulungen gibt, die den Anforderungen an das DMP genügen. Die von der KBV in den Tragenden Gründen namentlich genannten Schulungen liegen dem BAS nicht vor.

Der Vorschlag von GKV-SV und DKG ist unseres Erachtens vorzuziehen.

Sollten Schulungsprogramme existieren, die den Anforderungen des Programmes entsprechen, greift die im Vorschlag von GKV-SV und DKG enthaltene Formulierung: „Sofern zum Zeitpunkt ...“. Diese besagt, dass die im DMP durchzuführende Evaluation

eines Schulungsprogrammes nur dann notwendig und zulässig ist, wenn vorliegende Schulungsprogramme den Anforderungen nicht genügen. Genügen sie hingegen, wird es keine Evaluation weiterer Schulungsprogramme im DMP Rheumatoide Arthritis geben, sondern allenfalls außerhalb des DMP Rheumatoide Arthritis.

C) Formulierungsvorschlag

Wir folgen dem Vorschlag von GKV-SV und DKG.

Für etwaige Rückfragen steht Ihnen das Referat 515 (Referat\_515@bas.bund.de) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

A black rectangular redaction box covering the signature of the official.

Nolte

**GESCHÄFTSSTELLE**

DGOU-/ DGOOC-/ DGU-Geschäftsstelle Straße des 17. Juni 106-108 10623 Berlin

Frau

Stellv. Leiterin d. Abt. Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)  
Gemeinsamer Bundesausschuss - G-BA  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

Per E-Mail: [REDACTED]

DGOU e. V. / DGOOC e. V. / DGU e. V.  
Straße des 17. Juni 106-108  
(Eingang Bachstraße)  
10623 Berlin  
Tel.: +49 30 3406036-00  
Fax: +49 30 3406036-01  
office@dgou.de  
www.dgou.de

Berlin, 28.10.2020

**Gemeinsame Stellungnahme**

**der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),  
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und  
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)  
zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der  
Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide  
Arthritis – Dokumentation)“**

Sehr geehrte [REDACTED]

in der Anlage übersenden wir Ihnen die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)“, welche von Herrn Professor Ralph Gaulke, Präsident der DGOOC- und DGOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie (Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie e. V. - DGORh) sowie Herrn Dr. Uwe Schwokowski, Referatsleiter Orthopädische Rheumatologie des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) erstellt wurde.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]  
Prof. Dr. Dietmar Pennig  
Generalsekretär der DGOU  
Generalsekretär der DGU

[REDACTED]  
Prof. Dr. med. Bernd Kladny  
Stellv. Generalsekretär der DGOU  
Generalsekretär der DGOOC

**Vorstand (gemäß §26 BGB Abs. 1)**

Präsident: Prof. Dr. Dieter C. Wirtz, Stellvertretender Präsident: Prof. Dr. Michael J. Raschke  
Generalsekretär: Prof. Dr. Dietmar Pennig, Stellvertretender Generalsekretär: Prof. Dr. Bernd Kladny

DGOU-Bankverbindung: APO-Bank München, IBAN: DE34 3006 0601 0007 4267 39, SWIFT-BIC: DAAEDED3

DGOU-Steuer-Nr. 27/640/53836, Amtsgericht Bochum, VR 3953

**Gemeinsame Stellungnahme  
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),  
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und  
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)  
zum Beschlussentwurfes über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):  
Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und  
der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)“**

**Versorgungspfade in der Rheumatologie  
Frühe Diagnostik und frühe Therapie bei der rheumatoiden Arthritis**

### 3. Versorgungspfad für Patienten mit früher Arthritis

„Die meisten Menschen mit neu aufgetretenen muskuloskelettalen Beschwerden kontaktieren zuerst den Hausarzt oder den niedergelassenen Orthopäden. Diesen Fachgruppen kommen daher auch im Management der frühen Arthritis eine entscheidende Bedeutung bei der Diagnosestellung und Versorgung zu: In der Diagnosesicherung - in der Identifikation und Überweisung der Patienten, die einer spezialisierten Diagnostik bedürfen - bei gesicherter Diagnose und Einleitung einer ersten DMARD-Therapie, um das „Window of Opportunity“ zu erreichen - bei der Beratung von Patienten vor und während einer Therapie sowie bei der Durchführung notwendiger Kontrollen bei einer laufenden Therapie.

*S. 13 - Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis -Stand 18.12.2019 - führende Gesellschaft: DGRh*

Eine Auswertung von RA-Patienten auf Basis von Daten aus dem Selektivvertrag in Baden-Württemberg anhand von rund 666.000 Patienten aus dem Jahr 2015 ergab: Nahezu alle RA-Patienten waren in hausärztlicher Behandlung (99%), 54% zusätzlich beim internistischen Rheumatologen, 41% bei einem Orthopäden/Unfallchirurgen (*AOK-Studie zu Rheumatoider Arthritis /Zi Versorgungsatlas Rheumatoide Arthritis*). Es gibt weitere Krankenkassendaten, die die intensive Versorgung von Orthopäden/Unfallchirurgen belegen.

#### 1.4. Ziel/Adressaten - Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis

„Das Ziel der Interdisziplinären Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis (18.12.2019) ist, die Versorgung der Patienten mit früher RA kontinuierlich zu optimieren: In Deutschland sollen alle an einer RA Neuerkrankten innerhalb von 6 Wochen eine fachspezifische Versorgung erhalten. Die frühzeitige Behandlung der RA ist von zentraler Bedeutung für den gesamten weiteren Krankheitsverlauf“. Die Leitlinie richtet sich in erster Linie an alle primär versorgenden Ärzte. Neben den Rheumatologen (keine Unterscheidung internistisch/orthopädisch) gehören hierzu u.a. die Orthopäden...“ (S.2 – ILL Management 12-2018 )

#### 2.42 - Bildgebende Verfahren

„Die Röntgenuntersuchung (Hände/Füße) ist essentieller Bestandteil der Primärdiagnostik bei der RA“.  
„Andere Methoden der Bildgebung wie die Gelenksonographie ... erlauben eine frühe Sicherung struktureller Gelenk- und Knochenveränderungen sowie die bessere Darstellung von Gelenkgüssen. Sowohl der klinische, als auch der sonographische Nachweis einer Synovialitis korreliert bei der frühen RA mit der Entwicklung struktureller Schäden“ (S.7-ILL Management ...)



Arthrosonographie und Röntgen: Für O/U und ORH gelebter Praxis-Alltag!! bei Hausärzten?

**2.4.1 Laboruntersuchungen**

**„Bei jedem Verdacht auf eine entzündliche Erkrankung sollten folgende Laborparameter bestimmt werden (BSG, CRP, CCP-Ak, Rf)“**  
(S.6. - ILL Management ...)

Für O/U, RhefO's und ORh Routine

**2.2. Anamnese – 2.3. klinischer Befund**

**„Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems gehören zu den häufigsten und kostenträchtigen Leiden in Deutschland und geben häufig Anlass, einen Arzt aufzusuchen (Robert-Koch-Institut). Muskuloskelettale Beschwerden können vielfältige, auch nicht rheumatologische Ursachen haben. Richtungsweisend ist die Unterscheidung zwischen einer Arthritis oder reinen Arthralgie (S.4- ILL Management ...)“**  
**Siehe oben: „Die meisten Menschen mit neu aufgetretenen muskuloskelettalen Beschwerden kontaktieren zuerst den Hausarzt oder den niedergelassenen Orthopäden“**

(Der Orthopäde befasst sich mit Fehlbildungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates - Wikipedia)

*Hinweisen möchte ich hier insbesondere auf die novellierte ZWB Orthopädische Rheumatologie, vom Ärztetag 2018 in Erfurt beschlossen, von der BÄK und den meisten LÄK bestätigt. Es ist somit ausdrücklich gewollt, dass durch die Neuorientierung, die zukünftigen ORh aufgrund ihrer Weiterbildung an der Versorgung entzündlich rheumatischer Krankheiten der Bewegungsorgane intensiver beteiligt werden (Versorgungsdefizit in der Rheumatologie in Deutschland). Die Zahl der internistischen Rheumatologen müsste verdoppelt werden, um die steigende Zahl von Rheumakranken in Deutschland zu versorgen. Wartezeiten von 3-6 Monaten sind die Regel (Window of Opportunity?). Die Anzahl der internistischen Rheumatologen wird sich aufgrund der Altersstruktur und der Nachwuchsprobleme in den nächsten Jahren weiter reduzieren.*

*Als Referatsleiter Orthopädische Rheumatologie habe ich inzwischen 83 Kurse zum Rheumatologisch-Fortgebildeten-Orthopäden (RhefO) seit 2012 durchgeführt. Bei insgesamt 1950 Teilnehmern an dem 3x Wochenend-Programm haben inzwischen > 500 Teilnehmer alle 3 Kurse absolviert. Ihre Motivation primär: Wir haben diese Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in unseren Praxen, es werden immer mehr. Die langen Wartezeiten oder Aufnahmestopps bei Internistischen Rheumatologen motivieren uns, jetzt selbst aktiv zu werden. Viele dieser Kollegen sehe ich bei Rheuma-Refreshern oder beim RhefO-Experten-Dialog wieder und erfahre deren positive Entwicklung in Sachen Rheumatologie. Ergo – Ohne O/U und ORh wäre die Versorgung noch deutlich defizitärer!*

*Allen Interessenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss, die das DMP-Programm verhandeln, ist an einer verbesserten Versorgung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen gelegen, daher müssen die Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie in die Früherkennung entzündlich rheumatischer Erkrankungen dringend mit einbezogen werden. Als Fachärzte für den Bewegungsapparat sind diese prädestiniert, frühe Synovialitiden und deren Symptome zu erkennen. Durch die RhefO-Kurse werden Orthopäden/Unfallchirurgen in die Lage versetzt, früh zu handeln, indem sie eine Basistherapie innerhalb des für die Remission so wichtigen therapeutischen Fensters beginnen. Viele Hausärzte haben diese Erfahrung und Kenntnisse in der Diagnostik*

*des Bewegungsapparates hingegen nicht, da sie diese in ihrer Facharztausbildung nicht erlernen. Vielen Hausärzten fehlt zudem, bei der geringen Zahl von RA Patienten in ihren Praxen, auch die Erfahrung mit frühen Symptomen der RA.*

*Der noch bestehende Dissens, ob der ORh in unterversorgten Gebieten neben den Hausärzten in die Frühdiagnostik, Diagnosesicherung und Therapie mit eingebunden werden soll, muss von unseren Verbänden in allen Punkten strikt bejaht werden. Die Einbindung der RhefO's als koordinierende Ärzte ist insofern zu unterstützen, da diese Kollegen Erfahrungen in der Versorgung und Betreuung von „Rheumapatienten“ in weit größerem Ausmaß als Hausärzte haben - Hausärzte sollen im Schnitt 15 RA Patienten/Quartal versorgen!*

*Zum Abschluss sei uns noch eine Anmerkung gestattet: Ein Ausschluss der Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie, der RhefO's, und der Orthopädischen Rheumatologen am DMP-Rheumatoide Arthritis, führt unabhängig von ethischen Gesichtspunkten letztlich auch zu einem größeren volkswirtschaftlichen Schaden.*

Gez. Prof. Ralph Gaulke  
Präsident der DGOOC- und DGOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie (DGORh)

Gez. Dr. Uwe Schwokowski  
Referatsleiter Orthopädische Rheumatologie BVOU

**Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)**

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

Als wissenschaftliche rheumatologische Fachgesellschaft nimmt die Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) die Aufgabe wahr, Wissenschaft zu fördern, rheumatologische Versorgung zu optimieren, deren Qualität für Patientinnen und Patienten zu sichern und das Wissen über die Rheumatologie in medizinischen Fachkreisen und Öffentlichkeit zu mehren. Die DGRh prägt die Rheumatologie daher aus einer Gesamtperspektive auf Wissenschaft, Versorgung, Lehre, Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle medizinischen Berufsgruppen.

Die DGRh begrüßt ausdrücklich die Entwicklung und Etablierung eines Disease-Management-Programmes (DMP) für Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), der häufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Das DMP-RA bietet die Möglichkeit, die Versorgung von RA-Patienten in Deutschland grundlegend und nachhaltig durch eine engere Verzahnung von HausärztInnen und RheumatologInnen zu verbessern.

Die DGRh freut sich, dass eine Vielzahl von Publikationen (3,4,5,6,14,26,31,49,57,73,74,76), wesentliche Vorarbeiten in Form von Leitlinien (20,21,24,56), Memoranden (75) sowie internationale Aktivitäten, an denen federführend Mitglieder der DGRh beteiligt waren (7,61,62,63), bei der Abfassung des DMP-RA Berücksichtigung gefunden haben. Dies belegt, dass die DGRh die zentrale Kompetenz für die Versorgung von RA-Patientinnen und Patienten in Deutschland repräsentiert.

Im Folgenden gehen wir auf ausgewählte Punkte des Beschlussentwurfs ein.

## 1 Anmerkungen zu Anlage 21: Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Rheumatoider Arthritis

### 1.2 Diagnostik

Es fällt auf, dass sich die Diagnostik auf die Erfassung der Gelenkmanifestationen und laborchemischer Entzündungsparameter sowie Auto-Antikörper beschränkt. Entsprechend der Definition im Kapitel 1.1 des Beschlusssentwurfs (BE) handelt es sich bei der rheumatoiden Arthritis um „eine chronisch-entzündliche systemische Autoimmunerkrankung, die innere Organe befallen und auch zu einer verkürzten Lebenserwartung führen kann“. Deshalb ist bei der Diagnosesicherung auch die Erkennung weiterer Manifestationen der inneren Organe essentiell, die in einem relevanten Anteil von RA-Patienten schon bei Diagnosestellung vorliegen und von besonderer prognostischer Bedeutung sind.

***Deshalb sollte das DMP-RA auch die verschiedenen weiteren Organmanifestationen der rheumatoiden Arthritis adressieren, insbesondere die interstitielle Lungenerkrankung (RA-ILD) und die rheumatoide Vaskulitis (z. B. mit Hautvaskulitis, Serositis, Perikarditis, Mononeuritis multiplex) (1,2,3,4). Es handelt sich bei diesen Manifestationen um Facetten ein- und derselben Erkrankung, der RA, und nicht um Komorbiditäten, die im BE an anderer Stelle berücksichtigt werden. Daher ist eine fachärztlich-internistische Expertise zwingende Voraussetzung, um die Qualitätsansprüche, die ein DMP erreichen will, bei der RA zu realisieren.***

### 1.3 Einschreibekriterien

**Beschlussentwurf:** Bei weiterhin vorliegendem Verdacht auf rheumatoide Arthritis ist eine Vorstellung bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erforderlich.

Die KBV fordert hier in Ergänzung (nach Zeile 137): „Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“

Entscheidender Aspekt ist hier zwar die frühe Diagnosestellung, im Hinblick auf den systemischen Charakter der rheumatoiden Arthritis ist neben der Gelenkbeteiligung aber die Erkennung und Einordnung von Organmanifestationen (siehe oben unter Kap. 1.2) erforderlich. Hierfür ist eine Weiterbildung zur Rheumatologin/zum Rheumatologen unabdingbar.

Die KBV führt in den Tragenden Gründen aus, dass zum 31.12.2018 nur 434 Rheumatologen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt gewesen seien. Aktuellere Zahlen zeigen jedoch, dass zum 31.12.2019 in Deutschland insgesamt 812 internistische Rheumatologen ambulant tätig waren und sich potentiell am DMP-RA beteiligen können (5). Nach Daten des Deutschen Rheumaforschungszentrums in Berlin ist in Deutschland von ca. 550.000 erwachsenen Patientinnen und Patienten mit gesicherter rheumatoider Arthritis auszugehen (6). Zwischenzeitlich haben sich auch innovative Modelle, wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), eine zunehmende Zahl von Selektivverträgen sowie Klinikambulanzen

40 mit speziell ausgewiesenen Frühsprechstunden etabliert und Akutsprechstunden in Praxen  
 41 werden durch eigene Programme der Kassen/KV finanziell gefördert (Terminservicestellen).  
 42 Hierdurch werden die vorhandenen Ressourcen der fachärztlichen rheumatologischen Ver-  
 43 sorgung optimal eingesetzt und so den RA-Patienten ein früher Zugang zur rheumatologi-  
 44 schen Versorgung und damit auch eine frühe Therapieeinleitung ermöglicht (5,7). Aufgrund  
 45 dieser Zahlen ist davon auszugehen, dass die fachärztliche Versorgung durch internistische  
 46 Rheumatologen im DMP-RA auch zukünftig gesichert ist.

47 ***Aus den oben genannten Gründen lehnt die DGRh die von der KBV vorgeschlagene***  
 48 ***Ergänzung vollumfänglich ab.***

49 **Beschlussentwurf:** Bei allen Patientinnen und Patienten ist nach Erstdiagnose eine Vorstel-  
 50 lung bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie inner-  
 51 halb von drei Monaten anzustreben. Die bisher im Rahmen der Diagnosestellung erhobenen  
 52 Befunde (z. B. klinische Befunde, Laborbefunde, bildgebende Verfahren) sind zur Verfügung  
 53 zu stellen.

54 Die KBV fordert auch hier in Ergänzung (nach Zeile 141): „*Sofern aufgrund der regionalen*  
 55 *Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Fach-*  
 56 *arzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Ortho-*  
 57 *pädische Rheumatologie übernommen werden.*“

58 Diese Ergänzung würde die Zielsetzung des DMP-RA konterkarieren: Denn insbesondere für  
 59 die Diagnosesicherung und die Abschätzung der Prognose sind aufgrund des systemischen  
 60 Krankheitscharakters und der möglichen Organmanifestationen der rheumatoiden Arthritis  
 61 (siehe Definition 1.1) spezielle Kompetenzen erforderlich, über die nur der Rheumatologe /  
 62 die Rheumatologin verfügt. Zur ausreichenden rheumatologischen Versorgungssituation gel-  
 63 ten die Ausführungen in den Zeilen 32-46 dieser Stellungnahme (s.o.).

64 ***Deswegen stimmt die DGRh der Formulierung im BE zu und empfiehlt, die von der***  
 65 ***KBV vorgeschlagene Ergänzung nicht aufzunehmen.***

### 66 **1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation (Disease-modifying anti-rheumatic** 67 **drugs, DMARD)**

#### 68 **Therapiestufe 1 (Starttherapie)**

69 Hier wird nach Zeile 240 im BE bei der subkutanen Gabe von Methotrexat und einer Steige-  
 70 rung der Dosis über 15 mg pro Woche zwischen „*kann vorteilhaft*“ und „*ist vorteilhaft*“ un-  
 71 terschieden. Entsprechend einer aktuellen Metaanalyse zu dieser Thematik (8) zeigt sich die  
 72 subkutane MTX-Applikation der oralen überlegen.

73 ***Deshalb votiert die DGRh für die Formulierung „ist eine subkutane Gabe vorteilhaft.“***

#### 74 **Therapiestufe 2 (erste Eskalation der DMARD-Therapie durch Fachärztinnen und Fach-** 75 **ärzte für Innere Medizin und Rheumatologie)**

76 Von der KBV wird folgende Ergänzung vorgeschlagen (nach Zeile 249): „*Sofern aufgrund der*  
 77 *regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch*

78 *vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbil-*  
 79 *dung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“*

80 Alle aktuell über die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie verfügenden Kolle-  
 81 ginnen und Kollegen haben ihre Kompetenz nach der bisherigen Musterweiterbildungsord-  
 82 nung (MWBO 2003 oder vorausgegangene) erworben. In der MWBO von 2003 lautet die De-  
 83 finition wie folgt (9): *„Die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie umfasst in Er-*  
 84 *gänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und operative Behandlung rheumati-*  
 85 *scher Erkrankungen.“*

86 Demzufolge haben alle gegenwärtig über die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumato-  
 87 logie verfügenden Kolleginnen und Kollegen gemäß der MWBO eine spezifische, chirurgisch  
 88 ausgerichtete Vertiefung der Facharztkompetenz erworben. Die Pharmakotherapie und das  
 89 Management von Organkomplikationen und Komorbiditäten der rheumatoiden Arthritis sind  
 90 nicht Gegenstand dieser Zusatzweiterbildung. Nach der im Jahr 2018 verabschiedeten  
 91 MWBO streben die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie zwar in der Zusatzweiterbil-  
 92 dung Orthopädische Rheumatologie den Kompetenzerwerb für die medikamentöse Therapie  
 93 entzündlicher Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen an. Die Umsetzung steht noch aus.  
 94 Demnach erfolgt keine Kompetenzvermittlung zur Pharmakotherapie der rheumatoiden Arth-  
 95 ritis in der ZWB Orthopädische Rheumatologie.

96 Die Pharmakotherapie der rheumatoiden Arthritis hat mit der Einführung neuer zielgerichteter  
 97 Immunmodulatoren (Biologika) und neuen Therapiestrategien (Treat-to-Target) einen grund-  
 98 legenden Wandel erfahren, was die Prognose dieser Erkrankung entscheidend verbessert  
 99 hat. Dabei ist nicht nur der stadiengerechte und prognoseadaptierte Einsatz der verschiede-  
 100 nen antirheumatischen Wirkprinzipien unter Berücksichtigung von Organmanifestationen und  
 101 Begleiterkrankungen für einen Therapieerfolg von besonderer Bedeutung. Vielmehr müssen  
 102 auch Verträglichkeit, Nebenwirkungsprofil und Interaktionen dieser Therapien bereits bei der  
 103 Therapieentscheidung berücksichtigt werden. Deren profunde Kenntnis ist zudem für eine  
 104 adäquate Therapieüberwachung unerlässlich. Hierfür ist wiederum eine internistische Ausbil-  
 105 dung und spezielle fachrheumatologische und immunologische Kompetenz zwingende Vo-  
 106 raussetzung.

107 ***Aus diesen Gründen spricht sich die DGRh ausdrücklich gegen die von der KBV vor-***  
 108 ***geschlagene Ergänzung aus.***

109 Hinsichtlich der Ausformulierung der ersten Therapieeskalation wird von GKV-SV und PatV  
 110 als Ergänzung vorgeschlagen (Zeile 253 ff des BE): *„Bei Fehlen von ungünstigen Prognose-*  
 111 *faktoren und moderater Krankheitsaktivität kann ein Wechsel zu einem anderen csDMARD*  
 112 *in Monotherapie oder eine Kombination mehrerer csDMARDs eingesetzt werden.“*

113 ***Die DGRh stimmt der von der GKV-SV und PatV vorgeschlagenen Formulierung zu, da***  
 114 ***diese genauer den Therapieempfehlungen in den aktuellen DGRh-Leitlinien (5,10) und***  
 115 ***EULAR-Empfehlungen (11) entspricht.***

116 **Therapiestufe 3 (zweite Eskalation durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medi-**  
 117 **zin und Rheumatologie)**

118 Von der KBV wird folgende Ergänzung vorgeschlagen (nach Zeile 262): *„Sofern aufgrund der*  
 119 *regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch*

120 vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbil-  
121 dung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“

122 **Die DGRh lehnt auch diese Ergänzung nachdrücklich ab. Zur Erläuterung siehe Be-**  
123 **gründung zu den Einschreibekriterien (Zeilen 32-46) und zu Therapiestufe 2 (Zeilen**  
124 **80–106) dieser Stellungnahme.**

### 125 1.5.3.3 Deeskalation der DMARD-Therapie

126 **Beschlussentwurf:** Wenn nach Ausschleichen der Glukokortikoidmedikation über mindes-  
127 tens 6 Monate eine anhaltende Remission („sustained remission“) besteht, kann eine Dees-  
128 kalation der DMARD-Therapie erwogen werden. Diese sollte durch die Fachärztin oder den  
129 Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen. Sie sollte – wie alle Therapieent-  
130 scheidungen – dem Patienten erläutert und gemeinsam mit diesem entschieden werden  
131 (partizipative Entscheidungsfindung, engl.: „shared decision“).

132 Die KBV schlägt folgende Ergänzung vor (nach Zeile 276): „*Sofern aufgrund der regionalen*  
133 *Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Fach-*  
134 *arzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Ortho-*  
135 *pädische Rheumatologie übernommen werden.*“

136 **Die DGRh lehnt auch diese Ergänzung ab. Zur Erläuterung siehe Begründung zu den**  
137 **Einschreibekriterien (Zeilen 32-46) und zu Therapiestufe 2 (Zeilen 80–106) dieser Stel-**  
138 **lungnahme.**

### 139 1.7 Verlaufskontrollen

140 **Beschlussentwurf:** Es sind jährliche Konsultationen bei der Fachärztin oder bei dem Fach-  
141 arzt für Innere Medizin und Rheumatologie anzustreben. Längere Intervalle sollen mit der  
142 Fachärztin oder mit dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie abgestimmt wer-  
143 den.

144 Die KBV schlägt folgende Ergänzung vor (nach Zeile 373): „*Sofern aufgrund der regionalen*  
145 *Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Fach-*  
146 *arzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Ortho-*  
147 *pädische Rheumatologie übernommen werden.*“

148 **Die DGRh lehnt auch diese Ergänzung nachdrücklich ab. Zur Erläuterung siehe Be-**  
149 **gründung zu den Einschreibekriterien (Zeilen 32-46) und zu Therapiestufe 2 (Zeilen**  
150 **80–106) dieser Stellungnahme.**

### 151 1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt

152 Für die Rolle des koordinierenden Arztes oder Ärztin in der Langzeitbetreuung der Patientin-  
153 nen und Patienten/innen und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behand-  
154 lungsprogramms sehen KBV, GKV-SV, DKG und PatV jeweils unterschiedliche Formulierung-  
155 gen vor, wobei Hausärzte grundsätzlich als koordinierende Ärztin/Arzt vorgesehen sind. Für

156 das Krankheitsbild der RA wird von allen „Bänken“ auch die Rheumatologin/der Rheumato-  
157 loge in dieser Funktion gesehen, allerdings teilweise als Ausnahmeregelung (GKV), z. B. für  
158 den Fall, dass ein RA-Patient sich schon dort in Behandlung befand.

159 Die KBV fordert für die Funktion der koordinierenden Ärztin oder koordinierenden Arztes zu-  
160 sätzlich Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der ZWB Orthopädische Rheumato-  
161 logie zuzulassen sowie auch jeden Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, der an ei-  
162 nem 3-tägigen Fortbildungsseminar „Orthopädische Rheumatologie“ des Berufsverbandes  
163 für Orthopädie und Unfallchirurgie teilgenommen hat („Rheumatologisch fortgebildeter Ortho-  
164 päde“ - RhefO) oder „eine vergleichbare Qualifikation nachweisen“ kann.

165 Sinn eines DMP ist die Sicherung der Qualität in der Versorgung der betroffenen Patien-  
166 ten/innen. Auf ärztlicher Seite wird diese Qualität durch ein festgelegtes Weiterbildungspro-  
167 gramm sichergestellt, das jede/r sich für ein DMP qualifizierende Ärztin/Arzt durchlaufen ha-  
168 ben muss.

169 Entsprechend der Definition der RA im BE zum DMP-RA (s. Kapitel 1.1) und den Therapie-  
170 zielen (s. Kapitel 1.4) sind Organmanifestationen und Begleiterkrankungen von besonderer  
171 Bedeutung bei der Langzeitbetreuung von RA-Patienten. Zu den Aufgaben des koordinieren-  
172 den Arztes gehören auch die Überprüfung und Durchführung von Schutzimpfungen (Kap.  
173 1.5.1), Überwachung der DMARD-Therapie (Kap. 1.5.3.), einschl. des Erkennens und der In-  
174 tegration von Komorbiditäten in das therapeutische Gesamtkonzept und besondere Maßnah-  
175 men bei Multimedikation (Kap. 1.5.3.5).

176 Diese vielfältigen Aufgaben und Anforderungen an den koordinierenden Arzt/Ärztin setzen  
177 internistische Basiskenntnisse voraus, über die Hausärztinnen und Hausärzte verfügen,  
178 ebenso wie Rheumatologinnen und Rheumatologen als FÄ für Innere Medizin. Im Gegensatz  
179 hierzu verfügen weder FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie, noch FÄ mit der Zusatzweiter-  
180 bildung Orthopädische Rheumatologie über diese erforderlichen Kenntnisse (siehe Zeilen  
181 80–106 dieser Stellungnahme). Auch wenn die DGRh Fortbildungsaktivitäten in ihrem Fach-  
182 gebiet grundsätzlich begrüßt, können Fortbildungsseminare nicht im Ansatz jene Kompeten-  
183 zen vermitteln, die in einer mehrjährigen fachspezifischen Weiterbildung erworben werden.

184 Wie oben zur Versorgungssituation ausgeführt (Zeilen 32-46), ist die fachärztliche rheumato-  
185 logische Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis gewährleistet. Zudem belegen  
186 Versorgungsdaten, dass die Langzeitbetreuung von RA-Patienten nicht von Orthopäden ge-  
187 leistet wird. Das zeigen auch die geringen Verordnungszahlen von DMARDs (<3%) durch  
188 diese Arztgruppe (12). In Daten dieser Arbeit wird auch ersichtlich, dass Hausärztinnen und  
189 Hausärzte in nicht unerheblichen Umfang die Verordnung von (konventionellen) DMARDs in  
190 Kooperation mit Rheumatologen vornehmen (12). Da die hausärztliche Versorgung in  
191 Deutschland flächendeckend gewährleistet ist und die Hausärzte über die erforderliche Qua-  
192 lifikation für die Aufgabe des koordinierenden Arztes verfügen, wird der von der KBV ange-  
193 nommene „Ausnahmefall aufgrund der regionalen Versorgungssituation“ als nicht gegeben  
194 eingestuft. Die Langzeitbetreuung der RA-Patienten kann deshalb wie in diesem DMP formu-  
195 liert durch Hausärzte/Hausärztinnen in Kooperation mit Rheumatologinnen/Rheumatologen  
196 vollumfänglich gewährleistet werden.



197 **Deshalb lehnt die DGRh den von der KBV vorgeschlagenen Facharzt für Orthopädie**  
 198 **und Unfallchirurgie mit ZWB Orthopädische Rheumatologie sowie den „Rheumatolo-**  
 199 **gisch fortgebildeten Orthopäden“ in der Funktion des koordinierenden Arztes aus-**  
 200 **drücklich ab und schlägt folgende Formulierung vor:**

201 **Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im**  
 202 **Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt im Rahmen der im § 73**  
 203 **SGB V beschriebenen Aufgaben durch**

- 204 – **Hausärztin bzw. den Hausarzt**
- 205 – **Fachärztin bzw. den Facharzt**
  - 206 ▪ **für Innere Medizin und Rheumatologie,**
  - 207 ▪ **für Innere Medizin mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie,**
  - 208 ▪ **für Innere Medizin mit Teilgebiet Rheumatologie,**
- 209 – **eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelas-**  
 210 **sen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten**  
 211 **ärztlichen Versorgung teilnimmt.**

212 **1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden**  
 213 **Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt**  
 214 **oder zur qualifizierten Einrichtung**

215 **Beschlussentwurf:** Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung oder Weiter-  
 216 **leitung zur jeweils qualifizierten Ärztin oder zum jeweils qualifizierten Arzt oder zur qualifizier-**  
 217 **ten Einrichtung erfolgen:**

- 218 – Zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie nach Erstdi-  
 219 **agnose innerhalb von drei Monaten, sofern die Erstdiagnose nicht durch die Fachärz-**  
 220 **tin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gestellt wurde,**
- 221 – **sofern kein adäquates Therapieansprechen unter der Starttherapie spätestens nach**  
 222 **zwölf Wochen oder sofern keine Remission nach spätestens 24 Wochen,**
- 223 – **bei nicht ausreichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit der weiteren DMARD-**  
 224 **Therapien,**
- 225 – **zur Prüfung der Frage einer Deeskalation der DMARD-Therapie,**
- 226 – **zur regelmäßigen Verlaufskontrolle einschließlich der Prüfung der Indikation einer ra-**  
 227 **diologischen Kontrolle.**

228 Von der KBV wird auch hier folgende Ergänzung vorgeschlagen (nach Zeile 399): „**Sofern**  
 229 **aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnah-**  
 230 **mefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zu-**  
 231 **satz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“**

232 **Die DGRh lehnt auch diese Ergänzung nachdrücklich ab. Zur Erläuterung siehe Be-**  
 233 **gründung zu den Einschreibekriterien (Zeilen 32-46) und zu Therapiestufe 2 (Zeilen**  
 234 **80–106).**

235 **1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus**

236 **Beschlussentwurf:** Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Pa-  
237 tientinnen und Patienten unter folgenden Bedingungen:

- 238 – zur Therapie von schweren Erkrankungen einschließlich ihrer krankheits- oder thera-  
239 piebedingten Komplikationen,

240 **Hier empfiehlt die DGRh folgende Formulierung: „zur Diagnostik und Therapie von**  
241 **schweren Erkrankungen bzw. Verläufen einschließlich ihrer krankheits- oder therapie-**  
242 **bedingten Komplikationen.“**

243 Auch wenn allein hierdurch keine Indikation für eine stationäre Behandlung gegeben ist,  
244 sollte die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung wegen der häufig auftretenden  
245 Funktionsdefizite bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen als eine besonders wichtige  
246 Therapieoption an dieser Stelle im DMP-RA berücksichtigt werden.

247 **4.2 Schulungen der Versicherten**

248 **Die DGRh befürwortet die von der KBV und PatV zur Patientenschulung formulierte Er-**  
249 **gänzung im Hinblick auf die nun evaluierten und publizierten Schulungsprogramme**  
250 **(13,14).**

251

## Literatur

- 1 Krause A, Rubbert-Roth A. Lungenbeteiligung bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol.* 2019 Apr;78(3):228-235. doi: 10.1007/s00393-019-0611-1. PMID: 30887119.
- 2 Makol A, Matteson EL, Warrington KJ. Rheumatoid vasculitis: an update. *Curr Opin Rheumatol.* 2015 Jan;27(1):63-70. doi: 10.1097/BOR.000000000000126. PMID: 25405822.
- 3 Kishore S, Maher L, Majithia V. Rheumatoid Vasculitis: A Diminishing Yet Devastating Menace. *Curr Rheumatol Rep.* 2017 Jul;19(7):39. doi: 10.1007/s11926-017-0667-3. PMID: 28631066.
- 4 Makol A, Crowson CS, Wetter DA, Sokumbi O, Matteson EL, Warrington KJ. Vasculitis associated with rheumatoid arthritis: a case-control study. *Rheumatology.* 2014;53:890–899.
- 5 Fiehn C, Baraliakos X, Edelmann E et al. Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh). *Z Rheumatol.* 2020 Sep 14. German. doi: 10.1007/s00393-020-00872-6. Epub ahead of print. PMID: 32926218.
- 6 Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? [How frequent are musculoskeletal diseases in Germany?]. *Z Rheumatol.* 2016 May;75(4):346-53. German. doi: 10.1007/s00393-016-0094-2. PMID: 27142379.
- 7 Benesova K, Lorenz HM, Lion V et al. Früh- und Screeningsprechstunden: Ein notwendiger Weg zur besseren Frühversorgung in der internistischen Rheumatologie? : Rheumatologische Früh- und Screeningsprechstundenmodelle in Deutschland. *Z Rheumatol.* 2019 Oct;78(8):722-742. German. doi: 10.1007/s00393-019-0683-y. PMID: 31468170.
- 8 Bujor AM, Janjua S, LaValley MP, Duran J, Braun J, Felson DT. Comparison of oral versus parenteral methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis: A meta-analysis. *PLoS One.* 2019 Sep 6;14(9):e0221823. doi: 10.1371/journal.pone.0221823. PMID: 31490947; PMCID: PMC6731021.
- 9 [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf)
- 10 Schneider M, Baseler G, Funken O et al. Management der frühen rheumatoiden Arthritis. *Z Rheumatol* 79, 1–38 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00775-6>
- 11 Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ et al.. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis.* 2020 Jun;79(6):685-699. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216655. Epub 2020 Jan 22. PMID: 31969328.
- 12 Strahl A et al. (2018). Prävalenz, Komorbidität und interdisziplinäre Versorgung der Rheumatoiden Arthritis – Versicherungsdaten zur ambulanten und stationären Versorgung in Baden-Württemberg. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 77(2), 113–126. <https://doi.org/10.1007/s00393-017-0381-6>.
- 13 Gerlich C, Andreica I, Küffner R et al. Evaluation einer Basisschulung für Patienten mit rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 2020 Mar. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00769-4>.
- 14 Schwarze M, Fieguth V, Schuch F et al. Krankheitsbezogener Wissenserwerb durch strukturierte Patienteninformation bei Rheumatoider Arthritis (StruPI-RA). *Z Rheumatol* 2020 Sept. <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00871-7>.



Bundeszahnärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der  
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)  
Chausseestraße 13  
10115 Berlin  
Telefon: +49 30 40005-0  
Fax: +49 30 40005-200  
E-Mail: info@bzaek.de  
www.bzaek.de  
IBAN  
DE55 3006 0601 0001 0887 69  
BIC  
DAAEDEDXXX

Bundeszahnärztekammer | Postfach 04 01 80 | 10061 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

per E-Mail:

██████████  
████████████████████

Ihr Schreiben vom  
02. Oktober 2020

Durchwahl

████

Datum  
29. Oktober 2020

**Stellungnahmerecht der Bundeszahnärztekammer gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a, 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**Beschlussentwurf über die Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL):  
Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der  
Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis - Dokumentation)**

Sehr geehrte Frau ██████,

vielen Dank für die durch den Unterausschuss Disease-Management-Programme übersendeten Unterlagen zu der vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie bezüglich der Änderungen der Anlagen 2, 21 und 22.

Da die zahnärztliche Berufsausübung von den geplanten Änderungen nicht betroffen ist, gibt die Bundeszahnärztekammer hierzu keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

████████████████████  
████████████████████  
████████████████████

Dipl.-Math. Inna Dabisch, MPH

Referentin Abt. Versorgung und Qualität

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. Postfach 2170 65011 Wiesbaden

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abt. Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende  
Versorgungskonzepte (QS-V)  
Frau [REDACTED]  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Generalsekretär**  
Prof. Dr. med. Georg Ertl

Geschäftsstelle Wiesbaden  
Irenenstraße 1 · 65189 Wiesbaden

Tel.: 0611 205804 [REDACTED] · Fax: 0611 2058040 [REDACTED]

E-Mail: [REDACTED]@[dgim.de](mailto:dgim.de)

Internet: [www.dgim.de](http://www.dgim.de)

Dependance Berlin  
Oranienburger Str. 22 · 10178 Berlin  
Tel.: 030 24625900 · Fax 030 24625905

29. Oktober 2020 ER/er

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) danken wir Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o.g. Beschlussentwurf und nehmen dazu wie folgt Stellung, verbunden mit der Bitte um Berücksichtigung.

Die vorgeschlagenen Änderungen der Anlage 21 betreffen in den meisten Punkten (Vorstellung der Patienten/innen, erste und zweite Eskalation sowie Deeskalation der DMARD-Therapie, Verlaufskontrollen, ärztliche Koordination der Langezeitbetreuung, Überweisung zu Facharzt/ärztin u.a.) die Ergänzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), diese Aufgaben (in Ausnahmefällen) dem/der Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie bzw. dem/der rheumatologisch fortgebildete/n Orthopäden/in zu übertragen.

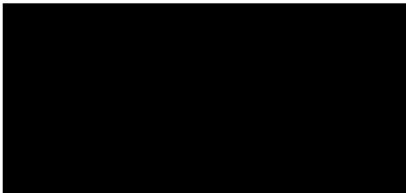
Die DGIM lehnt diese Ergänzungen vollumfänglich ab.

Die Rheumatoide Arthritis ist eine internistische Systemerkrankung mit muskuloskelettalen und extraartikulären Manifestationen einschließlich innerer Organe, weshalb eine systemische Herangehensweise unerlässlich ist. Dies entspricht einer originär internistischen Sicht und damit dem Verständnis der DGIM, in der ärztlichen Behandlung den gesamten Menschen zu betrachten. Darüber hinaus haben die Therapien, insbesondere die Therapie mit Biologicals, Nebenwirkungen an inneren Organen, sodass deren Anwendung einer internistischen Fachkunde bedürfen.

Diese internistische Expertise ist – sowohl in der Rolle des Spezialisten (Rheumatologe/Rheumatologin) als auch des koordinierenden Arztes (Hausarzt/-ärztin) – für die Umsetzung des DMP-Rheumatoide Arthritis unabdingbar und nicht ersetzbar.

Wir bitten Sie, die hier angeführten Argumente in Ihre Abstimmungsprozesse einfließen zu lassen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Georg Ertl  
Generalsekretär der DGIM



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 30.10.2020

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456 [REDACTED]  
Fax +49 30 400 456 [REDACTED]  
E-Mail [REDACTED]@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.10

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Qualitätssicherung und  
sektorenübergreifende Qualitätssicherung  
Frau [REDACTED]  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)**

*Ihr Schreiben vom 02.10.2020*

Sehr geehrte [REDACTED]

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 02.10.2020, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zu den Themen „Rheumatoide Arthritis“ (DMP-A-RL, Anlage 2, Ergänzung Anlagen 21 und 22) gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]  
Dr. rer. nat. Ulrich Zorn; MPH  
Leiter Dezernat 3



Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V. | Schumannstraße 9, 10117 Berlin

An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
Postfach 12 06 06  
10596 Berlin  
Per mail [REDACTED]

DEGAM  
Bundesgeschäftsstelle

Schumannstraße 9  
10117 Berlin

Tel.: +49 30 20 966 [REDACTED]  
Fax: +49 30 20 966 [REDACTED]

[REDACTED]@degam.de  
www.degam.de

Berlin, den 30. Oktober 2020

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Ergänzung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis-Dokumentation).

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Einladung, anbei finden Sie die Kommentare der DEGAM.

Für weitere Fragen stehen wir gerne zur Verfügung.



Dr. med. Günther Egidi  
Stellvertretender Sprecher Sektion Fortbildung

Prof. Dr. Scherer  
Präsident

Prof. Dr. Hummers  
Vizepräsidentin

Prof. Dr. Schneider  
Vizepräsident

Prof. Dr. Simmenroth  
Schriftführerin

Prof. Dr. Baum  
Schatzmeisterin

Dr. Jendyk  
Besitzer

Prof. Dr. Heintze  
Besitzer

Prof. Dr. Bergmann  
Studium und Hochschule

Dr. Roos  
Weiterbildung

Dr. Blumenthal  
Fortbildung

Dr. Popert  
Versorgungsaufgaben

Prof. Dr. Chenot  
Qualitätsförderung

Prof. Dr. Joos  
Forschung

Fröhlich  
Geschäftsführer

Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank, Frankfurt  
IBAN DE93 3006 0601 0102 1753  
BIC DAAE3333  
Steueramt: 045 255 00133  
Finanzamt Frankfurt/Main III





Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Schumannstraße 9, 10117 Berlin

Die rheumatoide Arthritis ist eine Erkrankung, die mit schweren Gelenkdestruktionen und -Deformationen bis hin zur ausgeprägten Behinderung assoziiert sein kann<sup>1</sup>. Die Mortalität ist im Vergleich zu Personen ohne diese Erkrankung erhöht<sup>234</sup>.

Die Prävalenz in der Bevölkerung beträgt 0,3-1,0%<sup>56</sup>.

Durch eine frühzeitige Diagnose und Behandlung mit Basistherapeutika (Disease Modifying Antirheumatic Drugs/DMARD) können Gelenkdestruktionen wirksam aufgehalten oder zumindest verlangsamt werden<sup>78910</sup>. Außerdem bedürfen diese Personen einer regelmäßigen Kontrolle und Beratung.

Die DEGAM begrüßt daher ausdrücklich die Einführung eines DMP für diese Erkrankung. Allerdings regt sie an, dass dies mit anderen DMP harmonisiert wird im Sinne einer Modularisierung.

Angesichts des Mangels vertragsärztlich tätiger Rheumatologen\*innen aber auch der häufigen Multimorbidität der Erkrankten wurden im Zusammenhang mit Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach §73 vollständige auch die Schnittstelle zur Rheumatologie umfassende Behandlungspfade erarbeitet. Diese erlauben gemeinsam mit entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen in Weiter- und Fortbildung der Allgemeinmedizin eine weitgehende Übernahme der routinemäßigen Behandlung durch die hausärztliche Versorgungsebene.

Bereits jetzt erfolgen 36,9% der Erstverordnungen von DMARD ausschließlich durch Hausärzt\*innen<sup>11</sup>.

Schließlich wird auch in der S3-Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis<sup>12</sup> nur eine moderate „Sollte-Empfehlung“ zur Überweisung zur Rheumatologie ausgesprochen („*Jeder Patient mit neu aufgetretener RA sollte zur Abschätzung der Langzeitprognose einem Rheumatologen zugewiesen werden.*“).

Daher lehnt die DEGAM die unter 1.3 Einschreib-Kriterien ins DMP genannte „erforderliche“ Vorstellung in einer rheumatologischen Praxis ab. Damit entfällt auch die von der KBV an dieser Stelle ersatzweise vorgeschlagene Vorstellung bei Orthopäd\*innen mit Zusatzweiterbildung in Orthopädischer Rheumatologie.

Hier genügt eine entsprechende Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte, in der Erkennung einer rh.A. und ihrer Behandlung mit MTX,



Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Schumannstraße 9, 10117 Berlin

deren Überwachung und einer kurzzeitig befristeten Corticoid-Behandlung.

Für die erforderliche Qualitäts-Sicherung könnte problemlos ein Nachweis der erfolgreichen Absolvierung entsprechender Fortbildungen als Voraussetzung für eine hausärztliche Teilnahme am DMP rheumatoide Arthritis gemacht werden.

Bei den unter 1.4. genannten Therapiezielen unterstützt die DEGAM die Position von GKV-SV, DKG und KBV, die zusätzliche Nennung von Fatigue nicht aufzunehmen. Es handelt sich zwar um einen wichtigen Patienten-bezogenen Endpunkt. Er ist aber ausreichend in dem übergeordneten Ziel der Lebensqualität abgebildet.

Die DEGAM unterstützt den Hinweis der Patientenvertreter\*innen auf das Funktionstraining unter 1.5.2 . Mit dem Funktionstraining existiert eine niedrighschwellige Möglichkeit des Erhaltes der Beweglichkeit.

Auch der Vorschlag, bei einer Neuropathie die Heilmittel-Richtlinie um die Möglichkeit der podologischen Behandlung von schwer betroffenen Patient\*innen mit rh.A. zu erweitern, wird von der DEGAM unterstützt. Man stelle sich nur Patient\*innen mit schwer destruierten Händen vor, denen es nicht möglich ist, selbst ihre Fußnägel zu versorgen.

Unter 1.5.3.2. unterstützt die DEGAM die Position des GKV-SV – ein spezifischer Nutzen einer subkutanen Gabe von MTX ist kaum belegt.

Die Ausweitung einer Therapie-Eskalation in Stufe 2 und 3 sowie bei der De-Eskalation wie von der KBV vorgeschlagen auch auf Orthopäd\*innen mit Weiterbildung Rheumatologie wird von der DEGAM nicht unterstützt. Die Zahl der Patient\*innen, die allein mit MTX nicht zu behandeln sind, sind nicht sehr hoch. Eine genügende Erfahrung im Umgang mit Biologika ist erforderlich und wird bei Orthopäd\*innen kaum in genügendem Ausmaß zur Verfügung stehen, zumal die Zusatzweiterbildung lediglich 24 Monate in der orthopädischen Rheumatologie umfasst und damit keine Pflichtzeit im internistisch-rheumatologischen Bereich.

Die Vorschläge der Patientenvertreter\*innen zur expliziten Nennung übergeordneter Ziele unter 1.5.3.1 (Tragende Gründe) werden von der DEGAM nicht mit getragen.



Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Schumannstraße 9, 10117 Berlin

Bei fehlendem Ansprechen sieht die DEGAM wie der GKV-SV und die Patientenvertreter\*innen auch die Möglichkeit des Wechsels zu einem anderen DMARD in Monotherapie. Zusätzlich sollte nach Auffassung der DEGAM auch eine Kombination von MTX mit niedrig dosiertem Prednisolon<sup>1314</sup> genannt werden.

Eine in 1.5.3.3. aufgeführte Deeskalation einer DMARD-Therapie bei mindestens 6-monatiger Krankheits-Remission kann nach Auffassung der DEGAM auch und gerade von Hausärzt\*innen durchgeführt werden. Fachärzt\*innen für Allgemeinmedizin betreuen ihre Patient\*innen longitudinal über lange Zeit und kennen sie mit den verschiedensten Gesundheitsproblemen. Gerade eine Multimorbidität<sup>15</sup> und eine Polymedikation<sup>16</sup> können wichtige Gründe für eine Therapie-Deeskalation sein. Das entsprechende ärztliche Wissen ist im hausärztlichen Bereich am ehesten zu finden.

Bei Nennung der Komorbiditäten unter 1.6. unterstützt die DEGAM die Position von GKV-SV, DKG und KBV.

Insbesondere lehnt die DEGAM auch die nicht mit ausreichender Nutzen-Evidenz unterlegten Vorschläge der Patientenvertreter\*innen zu einer spezifischen kardiovaskulären Prävention bei Patient\*innen mit rh.A. ab. Der Satz *„Daher sollen diese Faktoren besonders beachtet und ihre angemessene Behandlung angestrebt werden, gegebenenfalls in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt bzw. der behandelnden Hausärztin“* sollte geändert werden in *„Daher sollen diese Faktoren besonders beachtet und ihre angemessene Behandlung in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt bzw. der behandelnden Hausärztin angestrebt werden“* denn für die Behandlungscoordination und die Gesamtsicht ist typischerweise die hausärztliche Versorgungsebene zuständig.

Die Aufnahme spezifischer Infekt-Risiko-Scores (von den Patientenvertreter\*innen bei den Tragenden Gründen gefordert) wird von der DEGAM nicht mit unterstützt.

In 1.7. genannte jährliche Verlaufskontrollen bei Rheumatolog\*innen sind nach Auffassung der DEGAM nicht zwingend erforderlich und nicht evidenzbasiert. Sie sollten beschränkt werden auf besonders schwere



Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Schumannstraße 9, 10117 Berlin

Fälle, u.a. nach (mehrfacher) Therapie-Eskalation oder spezifischen Fragestellungen bezüglich der optimalen Therapie. Bei spezifischen orthopädischen Fragestellungen ist hierfür auch die Fachärztin oder der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie besonders qualifiziert. Dies sollte explizit als weitere Option genannt werden.

Die in 1.8.1. genannte Lanzeit-Betreuung der Patient\*innen mit rh.A. soll nach Auffassung der DEGAM in Übereinstimmung mit dem §73 SGB V sowie der Einschätzung der GKV-SV grundsätzlich durch Ärzt\*innen für Allgemeinmedizin erfolgen. Wie geschildert verfügen sie über eine tiefgehende und breite Kenntnis des familiären Umfeldes ihrer Patient\*innen und kennen deren Komorbiditäten, Lebenseinstellungen und Prioritäten. Der Einbezug aller weiterer in der Tabelle genannten Berufsgruppen würde zu einer Fragmentierung des Informationsflusses und einem Abbruch der – für die therapeutische Beziehung elementaren – erlebten Anamnese führen, insbesondere, wenn zusätzliche Gesundheitsstörungen zu behandeln sind oder eine wohnortnahe psychosoziale Betreuung sinnvoll erscheint. Lediglich in Ausnahmefällen greift die von der GKV-SV genannte alternative Lösung.

Unter 1.8.2. ist der Einschub „nach Erstdiagnose innerhalb von drei Monaten, sofern die Erstdiagnose nicht durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gestellt wurde“, zu streichen (Begründung siehe oben).

Der Vorschlag der KBV, unter 1.8.2. auch Überweisungen an Orthopäd\*innen zu ermöglichen, wird von der DEGAM nicht unterstützt. Statt dessen sollte eingefügt werden: Bei spezifischen orthopädischen Fragestellungen sollte zum/r Fachärztin oder der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie überwiesen werden.

Das von DKG und Patientenvertreter\*innen vorgeschlagene Einweisungs-Kriterium unter 1.8.3., eine multimodale rheumatologische Komplexbehandlung ermöglichen zu können, wird von der DEGAM mitgetragen. Allerdings existieren nur wenige solcher Angebote.



Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Schumannstraße 9, 10117 Berlin

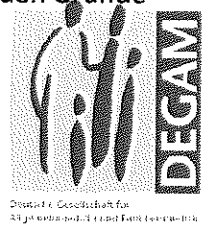
Unter den Qualitätszielen schlägt die DEGAM vor, die Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie zu spezifizieren auf eine „Glukokortikoid-Dauertherapie > 5mg Prednisolon-Äquivalent – zur Begründung siehe Referenzen (Zitate 13 und 14).

Hinsichtlich der Schulungen unter 4.2. unterstützt die DEGAM die Position von GKV-SV und DKG.

In der Anlage 22 spricht sich die DEGAM für die Dokumentation des Blutdruckes aus – es handelt sich um eine häufige Komorbidität der rh.A.

Referenzen:

- <sup>1</sup> Young A, Dixey J, Cox N, et al. How does functional disability in early rheumatoid arthritis (ra) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the early ra study (eras). *Rheumatology* 2000;39:603-11
- <sup>2</sup> Listing J, Kekow J, Manger B, et al. Mortality in rheumatoid arthritis: The impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, tnfa inhibitors and rituximab. *Annals of the rheumatic diseases* 2015;74:415-21
- <sup>3</sup> Meune C, Touzé E, Trinquart L, Allanore Y. Trends in cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis over 50 years: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Rheumatology* 2009;48:1309-13
- <sup>4</sup> Radovits BJ, Fransen J, Al Shamma S, Eijsbouts AM, van Riel PL, Laan RF. Excess mortality emerges after 10 years in an inception cohort of early rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research* 2010;62:362-70
- <sup>5</sup> Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? *Zeitschrift für Rheumatologie* 2016;75:346-53
- <sup>6</sup> Hense S, Luque Ramos A, Callhoff J, Albrecht K, Zink A, Hoffmann F. Prävalenz der rheumatoiden Arthritis in Deutschland auf Basis von Kassendaten. *Zeitschrift für Rheumatologie* 2016;75:819-27
- <sup>7</sup> Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the eular recommendations for the management of early arthritis. *Annals of the rheumatic diseases* 2017;76:948-59
- <sup>8</sup> van Nies JA, Tsonaka R, Gaujoux-Viala C, Fautrel B, van der Helm-van Mil AH. Evaluating relationships between symptom duration and persistence of rheumatoid arthritis: Does a window of opportunity exist? Results on the leiden early arthritis clinic and espoir cohorts. *Annals of the rheumatic diseases* 2015;74:806-12
- <sup>9</sup> Emery P. Therapeutic approaches for early rheumatoid arthritis. How early? How aggressive? *British Journal of Rheumatology* 1995;34 Suppl 2:87-90
- <sup>10</sup> Machold KP, Eberl G, Leeb BF, Nell V, Windisch B, Smolen JS. Early arthritis therapy: Rationale and current approach. *The Journal of rheumatology Supplement* 1998;53:13-9
- <sup>11</sup> Steffen A, Holstiege J, Klimke K, Akmatov M, Bätzing J. Patterns of the initiation of disease-modifying antirheumatic drugs in incident rheumatoid arthritis: a German



Deutsche Gesellschaft  
für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

DEGAM e.V., Schumannstraße 9, 10117 Berlin

---

perspective based on nationwide ambulatory drug prescription data. *Rheumatol Int* 2018;38:2111-20

<sup>12</sup> <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-002.html> - letzter Zugriff am 22.10.2020

<sup>13</sup> Bakker M, Jacobs J, Welsing P et al. Low-Dose Prednisone Inclusion in a Methotrexate-Based, Tight Control Strategy for Early Rheumatoid Arthritis. *Ann Intern Med*. 2012;156:329-339

<sup>14</sup> Verschueren P, de Cock D, Corluy L et al Methotrexate in combination with other DMARDs is not superior to methotrexate alone for remission induction with moderate-to-high-dose glucocorticoid

bridging in early rheumatoid arthritis after 16 weeks of treatment: the CareRA trial. *Ann Rheum Dis* 2014;0:1–8

<sup>15</sup> [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047\\_Multimorbiditaet/053-047I\\_%20Multimorbiditaet\\_redakt\\_24-1-18.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf) – letzter Zugriff am 22.10.2020

<sup>16</sup> Bergert FW, Braun M, Ehrental K, et al. Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation; Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten [online]. 16.04.2014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2013. [Zugriff: 22.10.2020]. URL: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/053-043I\\_S2e\\_Multimedikation\\_2014-05.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043I_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf).





An den  
Gemeinsamen Bundesausschuss  
Postfach 120606  
10596 Berlin

Hürth-Efferen, 30.10.2020

**Stellungnahme des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) e. V. zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der DVGS e. V. begrüßt den detaillierten, evidenzbasierten Behandlungsansatz, welcher in dem vorliegenden Beschlussentwurf zu den DMP-Anforderungen zur rheumatoiden Arthritis dargelegt wird. Gerne machen wir von unserer Möglichkeit zur Stellungnahme Gebrauch.

**Zu 1.4 Therapieziele:**

Wir empfehlen eine Ergänzung um das eigenständige Ziel „Durchführung regelmäßiger körperlicher Aktivität und körperlichen Trainings“. Dies erscheint sinnvoll vor dem Hintergrund der weiter unten im Beschlussentwurf (Z 167-173) sehr eingängig dargelegten gesundheitlichen Vorteile von körperlicher Aktivität und der dadurch gebotenen ärztlichen Beratung.

Die diskutierte Aufnahme von „Verminderung von Fatigue“ als Therapieziel unterstützen wir. In der interdisziplinären AWMF Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ wird Fatigue als einer der Parameter aufgeführt, die dokumentiert werden, um ein Ansprechen auf die Therapie beurteilen zu können (Schneider et al., 2019, S. 20-21). Körperliches Training stellt eine evidenzbasierte Therapieoption zur Verbesserung der Fatigue bei rheumatoider Arthritis dar (z. B. Duncan et al., 2014).

**Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen:**

Wir empfehlen, angelehnt an die Darstellung im DMP Osteoporose, neben Heil- und Hilfsmitteln ein eigenes Kapitel „Körperliche Aktivität und körperliches Training“ einzufügen. Hierdurch wird eine differenzierte Erläuterung des Themas ermöglicht, welche bisher unserer Einschätzung nach nicht ausreichend gegeben ist.



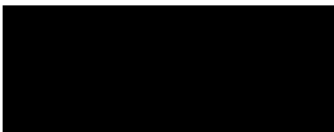


Für körperliche Aktivität und körperliches Training liegt Evidenz vor hinsichtlich weitreichender biopsychosozialer Wirkungen bei Personen mit rheumatoider Arthritis. Neben der direkten positiven Beeinflussung des Erkrankungsbildes trägt körperliche Aktivität zu einer Optimierung der Körperkomposition bei sowie zu einer positiven Beeinflussung der kardiovaskulären Risikoparameter. Zudem werden durch körperliche Aktivität die Nebenwirkungen der erkrankungsspezifischen Medikation positiv beeinflusst (z. B. Osteoporose). Dabei hat sich selbst längerfristiges, intensives körperliches Training als sicher bei Personen mit rheumatoider Arthritis gezeigt.

Konsequenterweise wurden im Jahr 2018 die ersten Empfehlungen zur körperlichen Aktivität bei entzündlicher Arthritis (rheumatoide Arthritis und axiale Spondyloarthritis) von der European League Against Rheumatism (EULAR) veröffentlicht. Die Arbeitsgruppe der EULAR resümiert, dass für die Bilder der entzündlich rheumatischen Erkrankungen und der Arthrose die Bewegungsempfehlungen des American College of Sports Medicine (ACSM) und der American Heart Association (AHA) zugrunde liegen sollten. Diese differenzieren zwischen der allgemeinen körperlichen Aktivität, die für Deutschland in den „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ ([www.bewegungsempfehlungen.de](http://www.bewegungsempfehlungen.de)) niedergeschrieben sind und spezifischen Trainingsempfehlungen für die Ausdauer, die Kraft, die Beweglichkeit und das neuromuskuläre Training. Körperliche Aktivität und körperliches Training sollten bereits im frühen Stadium der Erkrankung zusätzlich zur medikamentösen Therapie zum Einsatz kommen.

Es erscheint ratsam, in den therapeutischen Maßnahmen weiterhin aufzuführen, dass der Arzt/die Ärztin ein entsprechendes gezieltes Bewegungsangebot empfehlen sollte mit ausreichendem Anteil hinsichtlich Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und neuromuskulärem Training gemäß EULAR.

Mit freundlichen Grüßen



i.V. Stefan Peters  
Ressortleiter Wissenschaft, DVGS e. V.

#### **Literatur:**

Benatti FB, Pedersen BK: Exercise as an anti-inflammatory therapy for rheumatic diseases – myokine regulation. *Nat Rev Rheumatol* 2015, 11(2), 86-97.

Combe B Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D et al.: 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis* 2017, 76, 948-959.



- de Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, Kroon HM et al.: Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2003, 48(9), 2415-2424.
- de Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, Kroon HM, Runday KH, Lems WF et al.: Long term high intensity exercise and damage of small joints in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2004, 63, 1399-1405.
- de Jong Z, Munneke M, Kroon HM, van Schaardenburg D, Dijkmans BAC, Hazes JMW, Vliet Vlieland TPM: Long-term follow-up of a high-intensity exercise program in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2009, 28, 663-671.
- Dreher M, Kosz M, Schwarting A: Körperliche Aktivität, Training und Ernährung bei Rheuma. Adjuvante Behandlungsoptionen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungsbildern. *Orthopäde* 2019, 10.1007/s00132-019-03808-4
- Durcan L, Wilson F, Cunnane G: The effect of exercise on sleep and fatigue in rheumatoid arthritis: a randomized controlled study. *J Rheumatol* 2014, 41(10), 1966-1973.
- Metsios GS, Kitas GD: Physical activity, exercise and rheumatoid arthritis: Effectiveness, mechanisms and implementation. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2018, 32(5), 669-682.
- Pfeifer K, Rütten A: Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Erlangen: FAU; 2016.
- Rausch Osthoff A-K, Niedermann K, Braun J, Adams J, Brodin N et al.: 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2018, 77, 1251-1260.
- Schneider M, Baseler G, Funken O, Heberger S, Kiltz U et al.: Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis. Online abgerufen am 27.10.2020: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/060-002I\\_S3\\_Fruehe\\_Rheumatoide-Arthritis-Management\\_2019-12\\_01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-002I_S3_Fruehe_Rheumatoide-Arthritis-Management_2019-12_01.pdf)
- Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M et al.: EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017, 76, 960-977.
- Sveaas SH, Smedslund G, Hagen KB, Dagfinrud H: Effect of cardiorespiratory and strength exercises on disease activity in patients with inflammatory rheumatic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med* 2017, 51, 1065-1072.

Verband der Diätassistenten -  - Deutscher Bundesverband e.V.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Qualitätssicherung  
& sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V)

Essen 30.10.2020

**Stellungnahmerecht gemäß §§ 91 Abs. 5, Abs. 5a und 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zu Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses  
hier: Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)**

Sehr geehrte Frau [REDACTED],

hiermit möchte ich im Namen des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL (Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 und Anlage 22) in Reihenfolge der Aufzählung Stellung nehmen.

#### Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie

Prinzipiell ist das Halten des Normalgewichts bei Patienten mit RA ideal, Gewichtsreduktion kann ein Hinweis auf nachlassenden Versorgungsfähigkeit und Mangelernährung sein. Sollte es Anzeichen dafür geben, ist eine Betreuung durch Diätassistent\*innen, also den dafür qualifizierten Gesundheitsfachberuf, notwendig und sollte ergänzt werden. Folgerichtig erachten wir eine Dokumentation des Gewichtsverlaufes und der Größe für notwendig, die Punkte 12 und 13 in der Dokumentation sollten somit erhalten bleiben. Dies gilt ebenfalls für alle ernährungsabhängigen Komorbiditäten wie Arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus, KHK, Chronische Herzinsuffizienz, COPD, welche dokumentiert und ernährungstherapeutisch von Diätassistent\*innen bzw. adäquat ausgebildeten Oecotropholog\*innen und Ernährungswissenschaftler\*innen betreut werden sollten.

#### Anlage 21

##### 1.5.1 Allgemeine Maßnahmen

Die Therapieziele für Patienten mit rheumathoiden Arthritis sind gemäß 1.4 u.a.

- Erhalt und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- Erreichen einer langanhaltenden Remission oder niedrigen Krankheitsaktivität und
- eine adäquate Therapie der Begleiterkrankung.

Dazu werden unter 1.5 Empfehlungen zum Lebensstil und explizit der gesunden Ernährung eingefordert, bei der Therapie mit Immunsuppressiven Medikamenten wird auf eine erhöhte Infektionsanfälligkeit hingewiesen.

Allerdings wird nicht erläutert, wer diese Empfehlungen gibt, wer aus ernährungstherapeutischem Blickwinkel Unterstützung bei der Vermeidung von Infekten unterstützt und in welcher Art und Weise Empfehlungen durchgeführt werden. Dies überrascht uns, denn selbst ernährungsbezogene Präventionsleistungen nach §20 SGB V dürfen nur durch bei der Zentralen Prüfstelle Prävention zugelassene Leistungserbringer\*innen erbracht werden, die über einen definierten Mindestkompetenzstandard in Bezug auf Ernährung, Prävention und pädagogische Kompetenz verfügen. (GKV. Leitfaden Prävention<sup>1</sup>). Zugelassen werden ausschließlich Personen mit einem ernährungsbezogenen Grundberuf, wie Diätassistent\*innen und adäquat ausgebildete Ernährungswissenschaftler und Oecotrophologen. Im Zusammenhang mit Patient\*innen mit Rheumatischer Arthrose liegen Grund- und ggf. ernährungsrelevante Begleiterkrankungen vor, die selbstverständlich eine ernährungstherapeutische Betreuung und somit ernährungstherapeutische Kompetenz über den im Präventionsleitfaden definierten Kompetenzstandard hinaus benötigen. Die Ausbildung der behandelnden Ärzte und des medizinischen Praxispersonals reicht dagegen nicht aus, diese Krankheitsbilder in ernährungsbezogenen Fragestellungen umfassend und qualitätsgesichert zu betreuen<sup>2</sup>.

Die Begrifflichkeit der „Empfehlung“ impliziert, dass Patient\*innen motiviert werden sollen, sich gesund zu ernähren, was wir als Berufsverband sehr unterstützen. Allerdings bedarf es im Sinne einer patientenzentrierten Therapie zunächst einer Einschätzung des individuellen Ernährungszustandes (Ernährungsassessment), dann dem Erstellen einer Ernährungsdiagnose und der Planung und Durchführung von Ernährungsinterventionen, die von Information über Schulung bis hin zur Beratung gehen können. Weiterhin sind ein Monitoring und die Evaluation des ernährungstherapeutischen Prozesses notwendig<sup>3</sup>. Diese Schritte des prozessgeleiteten Handelns in der Ernährungstherapie sollten gemeinsam mit einer Definition der Leistungserbringer im vorliegenden DMP verankert werden, um den Begriff der „Empfehlung“ patientensicher und mit guter Aussicht auf Effektivität umzusetzen und überprüfbar zu machen.

#### 1.6. Komorbiditäten

Die rheumatoide Arthritis wird von zahlreichen Komorbiditäten begleitet. Diese sollten sorgfältig erfasst und behandelt werden. Kardiovaskuläre Komorbidität erhöht die Mortalität der rheumatoiden Arthritis. Die klassischen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Übergewicht, Rauchen, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus oder Immobilität sind bei Menschen mit rheumatoider Arthritis häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Daher sollen diese Faktoren besonders beachtet und ihre angemessene Behandlung angestrebt werden

Das Kapitel 1.6 beschreibt sorgfältig die Problematik der Komorbiditäten und betont die Notwendigkeit einer angemessenen Behandlung. Auffällig ist, dass die angemessene Behandlung zumindest hinsichtlich der ernährungstherapeutischen Betreuung, nicht weiter

<sup>1</sup> [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_\\_selbsthilfe\\_\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/Leitfaden\\_Praev\\_Kriterien\\_zur\\_Zertifizierung\\_Stand\\_30.09.2020.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praev_Kriterien_zur_Zertifizierung_Stand_30.09.2020.pdf)

<sup>2</sup> Bosbach I, Maid-Kohnert U. Ernährungswissen in Gesundheitsberufen. Ernährungs Umschau 2020, 67(10): M592-561

<sup>3</sup> VDD (Hrsg.). VDD- Leitlinie für die Ernährungstherapie und das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik Band 1, Manual für den German-Nutrition Care Prozess (G-NCP). 3. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2015.

definiert wird, obwohl es sich überwiegend um ernährungstherapeutisch relevante Komorbiditäten handelt.

#### 1.7. Verlaufskontrolle

Die Beurteilung der Krankheitsaktivität sollte auch beinhalten, in wie weit sich Patient\*innen selbst versorgen können. Das Gewicht bzw. unerwünschter Gewichtsverlust kann ein Hinweis sein, dass dies nicht mehr vollumfänglich möglich ist und ein Zeichen für Mangelernährung sein. Ebenso wirken sich Einschränkungen in der Beweglichkeit von Händen und Fingern entscheidend auf die Sicherstellung der Nahrungszufuhr und damit auf den Erhalt der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld aus.

#### 1.8. Kooperation der Versorgungssektoren

In Konsequenz aus der genannten Ergänzung zur Verlaufskontrolle, sollten bei der Kooperation mit den Versorgungssektoren auch beachtet werden, an Diätassistent\*innen zu verweisen, welche die Patient\*innen gemäß der Ressourcen beraten und befähigen und somit die Versorgung z.B. im häuslichen Umfeld optimieren können.

#### 4.2 Schulung der Versicherten

Der VDD unterstützt den Formulierungsvorschlag des GKV-SV.

#### 5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation)

Wir weisen darauf hin, dass weder Lebensqualität, noch soziale Teilhabe und das Eintreten von Komorbiditäten in die Evaluation einbezogen werden. Das Vermeiden von Komorbiditäten sowie Erhalt von Lebensqualität und die soziale Teilhabe sollten nach unserem Verständnis Ziel von Behandlungsstrategien sein.

#### Anlage 22 Rheumatoide Arthritis Dokumentation

Der VDD unterstützt die Aufnahme der Begleiterkrankung Hypertonie in die Dokumentation.

Schließlich sollten der Arzt bzw. die Ärztin ausdrücklich die Option erhalten, nach Abschluss eines strukturierten Programmes oder auch ohne dessen Nutzung individuelle Ernährungstherapie durch die entsprechend qualifizierte Profession (Diätassistent\*in) zu empfehlen. Ernährung ist ein starker Einflussfaktor auf das subjektive Gefühl der Lebensqualität. Aufgrund fortschreitender Rheumatoider Arthritis können Patienten ihr Alltagsleben schlechter bewältigen, wozu häufig auch die Versorgung mit ausreichenden und nahrhaften Lebensmitteln und Getränken gehört. Im Rahmen einer individuellen Ernährungsintervention bedarf es regelmäßig einer Einschätzung des Ernährungszustandes, ggf. der Information und Schulung und Unterstützung bei der Verhaltensänderung (Zielsetzung, Führen von Ernährungstagebuch, Stimuluskontrolle, Krisenmanagement) sowie eine Einbeziehung der ggf. versorgenden Partner.

Mit freundlichen Grüßen



Uta Köpcke

Präsidentin VDD e.V.

*President of the German Association of Dietitians*

Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V.

Tel: +49 – 152 – [REDACTED] Mail: [REDACTED] [dd.de](mailto:[REDACTED]@dd.de)



# Wortprotokoll

## **einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 26. Änderung der DMP-Anforderungen- Richtlinie (DMP A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis – Dokumentation)**

Vom 9. Dezember 2020

<b>Vorsitzende:</b>	Frau Prof. Dr. Pott
<b>Beginn:</b>	10:30 Uhr
<b>Ende:</b>	11:36 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses

**Teilnehmer der Anhörung**

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh):

Herr Prof. Dr. ...

Herr Prof. Dr. ...

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM):

Herr Dr. ...

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU):

Herr Dr. ...

Herr Prof. Dr. ...

Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV):

Frau Dr. ...

Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD):

Frau ...

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM):

Herr Prof. Dr. ...

Beginn der Anhörung: 10:30 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ich darf Sie ganz herzlich zur 12. Sitzung des Unterausschusses DMP begrüßen. Soweit ich es überblicke, sind wir einigermaßen vollzählig und können deshalb anfangen.

Ich muss zunächst für das Protokoll die Anwesenheit feststellen: Für die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie müssten Herr Professor Dr. ... und Herr Professor Dr. ... anwesend sein – ja, beide sind da. Herr Dr ... für die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, sind Sie da?

(Herr Dr. ... (DEGAM): Ja, ich bin da)

Sind für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie Herr Dr. ... und Herr Professor Dr. ... anwesend? – Ich höre noch nichts.

Dann fahre ich mit Herrn Dr. ... für den Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie fort. – Er meldet sich auch noch nicht.

Für den Spitzenverband der Heilmittelverbände müsste Frau Dr. ... anwesend sein.

(Frau Dr. ... (SHV): Hallo, guten Morgen!)

Guten Morgen, Frau ... (SHV). – Der Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband wird durch Frau ... vertreten. – Frau ... meldet sich auch nicht.

(Frau ... (VDD): Doch, ich bin da.)

Ist Herr Professor Dr. ... für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin anwesend?

(Herr Prof. Dr. ... (DGIM): Ich bin da.)

Für die Deutsche Rentenversicherung Bund müsste Frau ... hier sein. – Frau ... meldet sich auch noch nicht.

Haben sich inzwischen Herr Dr. ... und Herr Professor Dr. ... von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie zugeschaltet? – Das scheint nicht der Fall zu sein.

Herr ... vom Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie hat sich auch noch nicht gemeldet.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ich möchte jetzt darum bitten, dass wir anfangen können, da wir ansonsten zu viel Zeit verlieren. Ich werde der Reihe nach vorgehen, so wie die Organisationen sich angemeldet haben und benannt sind.

Sie haben für Ihre mündliche Stellungnahme drei Minuten Zeit. Damit Sie sehen, wann diese drei Minuten vorbei sind, haben wir eine digitale Sanduhr installiert, die Sie auf Ihren Displays sehen können. Diese Sanduhr bietet Ihnen somit eine Orientierung, wie viel Zeit Sie noch für Ihr Statement haben.

Außerdem möchte ich Sie bitten, dass Sie nicht Ihre schriftlichen Stellungnahmen wiederholen. Sie können davon ausgehen, dass sie hier gelesen worden sind. Deshalb bitte ich Sie, sich lediglich auf notwendige Aktualisierungen, neue Erkenntnisse oder Ergänzungen zu den Stellungnahmen zu fokussieren. Es wäre jetzt nicht Sinn der Sache, die gesamte Stellungnahme zu wiederholen. Anschließend gibt es eine Diskussion hier im Unterausschuss. – Ich würde jetzt gerne mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie beginnen, und zwar mit Herrn ... (DGRh) oder/und Herrn Professor Dr. ... (DGRh).



Ich weiß nicht, wie Sie sich das aufteilen wollen. Wollen Sie beide reden oder wollen Sie zusammen reden?

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Wir haben es nicht so synchronisiert, dass wir gleichzeitig dasselbe sagen würden. Drei Minuten sind knapp, ich würde als Präsident der Fachgesellschaft den Aufschlag aufnehmen und zunächst einmal zwei, drei Worte sagen und anschließend an Herrn Professor ... übergeben, um das zu ergänzen, was ich in der Kürze der Zeit vielleicht nicht erwähnt habe. – Ich denke, wir haben zusammen drei Minuten, oder?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Es wäre wunderbar, wenn das geht.

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Ich danke ganz herzlich für die Einladung und die Möglichkeit, sich hier ganz kurz noch einmal aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie mit diesem wichtigen Punkt des Disease-Management-Programms der rheumatoiden Arthritis zu adressieren.

Die rheumatoide Arthritis ist keine Schmerzerkrankung; sie ist keine muskuloskelettale Erkrankung. Sondern Sie ist eine Erkrankung, die eine Systemerkrankung darstellt. Wir wissen heutzutage, dass 70 Prozent der Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis eine kardiovaskuläre Komplikation haben; eine Situation haben, wo sie einen Diabetes haben, wo sie eine Depression haben; wo sie eine pulmonale Erkrankung haben. Wir haben Erstmanifestationen der rheumatoiden Arthritis komplett ohne muskuloskelettale Erkrankung und Beschwerden, sondern beispielsweise ausschließlich über eine pulmonale Beteiligung.

Wir sehen in dieser Situation die Fokussierung oder Restriktion der rheumatoiden Arthritis auf eine Schmerzerkrankung, die am muskuloskeletalem System sich abspielt, als extrem falsch und als extrem gefährlich auch für die Versorgung der Patienten. Wir wissen heutzutage, dass Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis frühzeitig in eine fachinternistische Betreuung kommen müssen. Denn nur der Internist kann diese – ich will sie nicht Komorbidität nennen –, Komplikation der rheumatoiden Arthritis, nämlich eine Manifestation an anderen Organen außerhalb des muskuloskelettalen Systems, rechtzeitig erkennen und die Patienten dann entsprechend auch rechtzeitig überführen.

Die Leitlinien beispielsweise der Europäischen Gesellschaft für Rheumatologie sehen im Moment sogar vor, dass Komorbiditäten der rheumatoiden Arthritis durch den Rheumatologen mit überwacht, betreut und auch differenziert therapiert werden.

Was ich zu dem Statement ergänzen möchte – dazu hat ja die DGRh Stellungnahmen genommen –, ist, dass es tatsächlich keine Restriktion der Termine für Patienten mit der Diagnose einer rheumatoiden Arthritis in Deutschland gibt. Es gibt genügend Rheumatologen, die Patienten mit einer Diagnose der rheumatoiden Arthritis auch versorgen können. Dafür steht landauf, landab die DGRh und die in ihr assoziierten Rheumatologen. Insofern ist das eine wichtige Ergänzung. Die Zahl von 400 Rheumatologen, die hier genannt wird, ist falsch. Dazu gibt es neuere Zahlen; das steht im Statement.

Aber das wichtige ist vor allen Dingen, dass die Erkrankung, wenn sie diagnostiziert ist, auf jeden Fall richtig und korrekt bei internistischen Rheumatologen betreut werden kann. Den Begriff des orthopädischen Rheumatologen lehnen wir wegen der Systemmanifestation der rheumatoiden Arthritis daher gehend sogar komplett ab. Das ist ein chirurgisches Fach; und das chirurgische Fach kann das wunderbar, wozu es ausgebildet ist. Aber die Innere Medizin und die rheumatoide Arthritis ist eine internistische Erkrankung, die sich auch am Skelettmuskel manifestiert, aber eben auch andere Organe betrifft, die in der Chirurgie nicht richtig betreut werden kann. – Herr Professor ... (DGRh), ein paar Minuten noch für Sie.

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Ergänzend: Die Grundlage dieses DMP ist, dass es hier um die Betreuung von Patienten mit gesicherter Diagnose geht, die wir rheumatologisch sicherstellen. – – *[Akustisch zu leise, schwer zu verstehen]* – –

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Ich übernehme den Part von Herrn ... und mache diese halbe Minute fertig. – Herr Professor ... wollte noch einmal darauf abheben, dass es in diesem Disease-Management-Programm nicht um die Primärdiagnostik von Verdachtsdiagnosen geht, die beschrieben werden, sondern um die Versorgung von Patienten mit einer gesicherten rheumatoiden Arthritis. Und dafür stehen in Deutschland – dazu gibt es keine anderen Zahlen – genügend rheumatologische Versorgung durch internistische rheumatologische Einrichtungen zur Verfügung. Infolgedessen gibt es hier gar keinen Grund, dies in die Hand von nicht internistisch ausgebildeten Fachärzten zu legen, um damit eine Versorgung von Patienten nicht adäquat herzustellen. – Das ist im Prinzip das Statement, was Herr Professor ... (DGRh) noch machen wollten. Damit sage ich vielen Dank von der DGRh.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr Professor ... (DGRh). Sie haben sehr ausführlich und klar dargestellt, was Sie meinten. – Vielen Dank.

Als nächstes käme die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Herr Dr. ... .

**Herr Dr. ... (DEGAM):** Ich habe eine Übereinstimmung mit Herrn ... (DGRh), was die Betrachtung der rheumatoiden Arthritis als Systemerkrankung angeht. – Aus dem hausärztlichen Bereich haben wir Sorge, dass eine Modularisierung dieses Programms, und zwar die demnächst sieben hausärztlichen DMPs, dazu führen könnte, dass unser Arbeitsbereich und auch unser Fortbildungswesen fragmentiert werden könnte, sodass nichts mehr für andere Themen übrigbleibt.

Ich habe einen Widerspruch zu dem, was Sie, Herr ... (DGRh), sagen, nämlich: Die Versorgung der betroffenen Bevölkerung mit fach-rheumatologischer Behandlung sei gewährleistet. Das widerspricht vollkommen der Anschauung. Sogar in einer eigentlich gut aufgestellten Stadt wie Bremen gelingt es mir inzwischen nicht – selbst mit Anmeldungswesen und Detailvertrag – Patientinnen und Patienten zeitnah einer rheumatologischen Behandlung zu überstellen.

Ich habe selber beim Rheumavortrag auf der großen hausärztlichen Fortbildungsveranstaltung „practica“ von Kolleginnen und Kollegen erfahren, die folgendes sagten: Bei uns im Landkreis ist die Wartezeit auf einen Termin in einer rheumatologischen Praxis sechs bis acht Monate. Darum haben die Rheumatologen die Hausärztinnen und Hausärzte in Diagnosestellung und MTX-Behandlung geschult. Wir können nicht akzeptieren, dass die Diagnosestellung und auch die jährliche Vorstellung in der rheumatologischen Praxis eine harte Empfehlung ist. Hausärztinnen und Hausärzte können das durchaus; sie sind für einen Großteil der Verordnungen verantwortlich. Wir fühlen uns hier von diesem Entwurf, in dem was wir tun, massiv entwertet. Auch eine Deeskalation der Behandlung ist durchaus in hausärztlicher Hand möglich.

Gerade die von Ihnen – meines Erachtens zu Recht, Herr ... (DGRh) – postulierte Komorbidität – Sie sagten Folgeerkrankungen, ich spreche von Komorbidität, ganz sicher sind wir über die Kausalität nicht –, erfordert ja einen größeren Blick. Und das können wir durchaus gewährleisten.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DEGAM). Wir werden nachher noch Gelegenheit zur Diskussion haben. Jetzt erst einmal vielen Dank für Ihr Statement in der vorgesehenen Zeit.

Als nächstes käme die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ich weiß nicht, ob Herr ..., Herr ... oder beide etwas dazu sagen wollen. Sind Sie inzwischen zugeschaltet?

**Herr Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU):** Ja, ich bin zugeschaltet.

**Herr Prof. Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU):** Ich bin telefonisch dabei.

**Herr Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU):** Vielen Dank, dass wir als Orthopäden und orthopädische Rheumatologen auch hinzugezogen werden. Ich glaube, ich bin jemand, der aus der Praxiserfahrung reden kann und muss dem hausärztlichen Vertreter zustimmen, dass es einfach nicht möglich ist, innerhalb von kurzer Zeit Termine bei internistischen Rheumatologen zu bekommen.

Vorher möchte ich aber Herrn Professor ... (DGRh) sehr widersprechen, dass die orthopädischen Rheumatologen alle nur operativ tätig sind. Das wird immer wieder weitergegeben. Das stimmt absolut nicht. Ich kann aus meiner Sicht – 30 Jahre Praxiserfahrung – berichten: Kreis Herzogtum Lauenburg, 195 000 Einwohner, ein Rheumatologe, und der war ich als orthopädischer Rheumatologe, der ein Hausarztnetz gegründet hat. Wir haben versucht, hier mit der Universitätsklinik Lübeck mit Frau Professor ... gut zusammenzuarbeiten, was gut geklappt hat. Also: Die Basis sieht total anders aus. Aber auch hier an der Basis gibt es immer wieder eine sehr gute Kooperation mit internistischen Kollegen – das möchte ich einmal sagen.

Ich bin seit vielen Jahren Referatsleiter für orthopädische Rheumatologie im BVOU und mache Weiterbildungskurse. Herr Professor ... (DGRh) kann berichten; er war auch häufig mit dabei. Die Aussage dieser Kollegen, die Motivation sei, weil sie viele Patienten in ihrer Praxis haben, die eine rheumatoide Erkrankung hätten, die Sie aber dann bei internistischen Kollegen nicht unterbringen könnten und deshalb müssten sie selbst aktiv werden; das zeigt ja auch die – – [Tonausfall] – –

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Sie sind jetzt nicht mehr zu hören. Haben Sie Ihr Mikrofon ausgeschaltet? Herr Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU), wenn Sie bitte dafür sorgen, dass Sie zu verstehen sind! – Tut mir leid, aber das funktioniert jetzt irgendwie nicht. Ich weiß nicht warum.

**Herr Prof. Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU):** Vielleicht kann ich kurz etwas dazu sagen. Ich würde kurz ergänzen wollen, dass wir – wie Herr ... (DGOU, DGOOC, DGU) eben schon gesagt hat – das große Problem haben, dass die internistischen Rheumatologen so rar gesät sind, weshalb es häufig für Patienten, die schon in der Behandlung sind, zu Wartezeiten von bis zu vier Monaten kommt. Das ist einfach zu lang. In dieser Zeit geht die Destruktion vor allen Dingen der Gelenke weiter. Hier sehen wir auch als Orthopäden unseren Schwerpunkt, dass wir frühzeitig die Patienten an den Gelenken behandeln, damit keine Invalidität eintritt.

Dass wir natürlich nicht eine Lungenfibrose oder andere internistische Erkrankungen behandeln, ist selbstverständlich; dass wir in enger Kooperation mit internistischen Rheumatologen stehen, ist auch selbstverständlich. Aber der orthopädische Rheumatologe ist eine anerkannte Zusatzweiterbildung. Und man muss sagen, dem orthopädischen Rheumatologen jetzt abzusprechen, dass er Rheumatologe sei, ist sicherlich nicht zielführend.

Es ist so, dass wir natürlich in der Inneren Medizin nicht wie der internistische Rheumatologe in der Tiefe die Behandlung durchführen, aber wir erkennen zumindest diese Erkrankung und würden dann die Dringlichkeit am Telefon direkt mit dem Internisten besprechen. Wenn der Patient selber anruft, hat er ein geringeres Standing und muss dann halt länger warten.

Dort, wo die Grundversorgung durch den Internisten nicht gewährleistet ist – und das ist auch das, was im Entwurf steht –, soll dann der Orthopäde oder der Hausarzt ersatzweise einspringen. Das ist ja kein Verdrängungsprozess, sondern ein Ergänzungsprozess. – So sehen wir das von der DGU und auch vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie. – Das ist das, was ich noch feststellen wollte.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DGOU, DGOOC, DGU). Es tut mir leid, dass Herr ... (DGOU, DGOOC, DGU) jetzt irgendwie unterbrochen war.

Wir kommen jetzt zum Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS). – Herr ..., bitte.

**Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle):** Herr ... (DVGS) ist bisher noch nicht gewählt. Das ist der Verband, der noch fehlt. Er war gewählt, sagt mir mein Kollege, jetzt ist er es jedenfalls nicht mehr. – Vielleicht machen wir erst einmal weiter, Frau Vorsitzende, mit dem nächsten Verband und fragen am Ende noch einmal, ob Herr ... (DVGS) wieder dabei ist.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Gut. Wenn Herr ... (DVGS) uns hören kann, wir werden ihn dann zum Schluss noch einmal aufrufen. Wir gehen jetzt erst einmal weiter zum Spitzenverband der Heilmittelverbände, Frau Dr. ... (SHV). – Bitte, Frau ... (SHV).

**Frau Dr. ... (SHV):** Vielen herzlichen Dank! Der Spitzenverband der Heilmittelverbände bedankt sich herzlich für die Möglichkeit der Stellungnahme. – Ich möchte mich insbesondere meinem Vorredner, Herrn ... (DGRh), in fast allem, was er gesagt hat, insbesondere im Hinblick auf die Betrachtung als Systemerkrankung, anschließen. Ich danke auch für den Hinweis auf die Komorbiditäten.

In der gebotenen Kürze der Zeit haben Sie, Herr ... (DGRh), schnell einiges ausgeführt und aufgelistet. Insbesondere möchte ich jedoch die gravierenden psychosozialen Beeinträchtigungen hervorheben: Beeinträchtigung der Lebensqualität, der sozialen Teilhabe. – Ich spreche hier im Übrigen auch als Betroffene, die seit 25 Jahren mit der Erkrankung lebt. Ich weiß ganz genau, wovon ich hier auch rede. – Ich möchte deshalb darauf hinweisen, dass auch im Beschlussentwurf Depressionen als relevante und häufige Komorbidität der rheumatoiden Arthritis genannt sind. Unser Wunsch ist es, dass in die Evaluation, also die Bewertung der Auswirkung der Versorgung in den Programmen und die Dokumentation weitere Parameter aufgenommen werden. Uns fehlen beispielsweise bei der Evaluation die Aufnahme des Parameters „geringe psychosoziale Beeinträchtigung“ und bei Anamnese und Befunddaten psychosoziale Parameter wie „psychische Beeinträchtigungen, Aktivitäten, Beziehungen, subjektive Lebensqualität“ und dergleichen mehr. – Vielen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Frau ... (SHV). Sie haben die Zeit gut eingehalten, so kommen wir auch sehr schnell weiter. Vielen Dank! – Jetzt käme vom Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband, Frau ... (VDD).

**Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle):** Frau Vorsitzende, Entschuldigung. Es gibt eine Wortmeldung von Herrn Dr. ... [KBV]. Vielleicht sollten wir ihn zwischendrin aufrufen.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ich möchte Herrn ... [KBV] aber daran erinnern, dass anschließend an die Statements noch die Diskussion erfolgen wird. Wenn Sie aber trotzdem etwas sagen möchten, Herr ... [KBV], gerne. – Bitte, Herr ... [KBV].

**KBV:** Ich habe extra geschrieben: „Nach der Anhörung.“ – Vielen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Gut, Herr ... [KBV], dann kommen Sie nach der Anhörung während der Diskussion zu Wort. – Jetzt erst einmal Frau ... (VDD), bitte.

**Frau ... (VDD):** Herzlichen Dank auch von meiner Seite und vonseiten des VDD, dass auch wir hier unser Statement abgeben dürfen. – Ich mag auch meinen beiden Vorrednern gerade im Punkt der Systemerkrankung und der Multimorbidität durchaus zustimmen.

Tatsächlich wird immer wieder das Thema Lifestyle-Änderung und Ernährung im DMP wie auch in der Leitlinie angeschnitten. Allerdings wird an keiner Stelle genau definiert, wie das durchgeführt werden soll und wer das durchführen kann. Ich mag sagen, dass es hierfür sehr gute Studien gibt – gerade aus Schweden –, dass eine personenbezogene Intervention durchaus positive Effekte hat und tatsächlich von einem ernährungsbezogenen Grundberuf durchgeführt werden kann; Diätassistenten sind dafür ausgebildet. Dies ist gerade hinsichtlich der Förderung der Lebensqualität durchaus bei Fortschreiten der Erkrankung sehr wichtig.

Die Menschen haben eine geringere soziale Teilhabe; sie können auch oft ihren Lebensalltag nicht mehr gut bewältigen. Das heißt, sie gehen in eine Mangel- und Fehlernährung; auch Adipositas spielt hier eine Rolle. Das heißt, sie brauchen in Sachen Ernährung eine personenbezogene Unterstützung. Ihnen ist mit einem kurzen Statement nicht geholfen, wie: „Ernähren Sie sich aber gesund!“. Ich bitte, daran zu denken und hier genau zu spezifizieren, wer das tun kann.

Der GKV-Spitzenverband hat sogar für die Prävention klar definiert, wer ernährungsbezogene Schulungen, Individualtherapien machen darf. Hier bitte ich, auch das zu berücksichtigen und klar zu definieren, dass Diätassistenten oder äquivalent ausgebildete Ökotrophologen, Ernährungswissenschaftler diese ernährungsbezogene Lifestyle-Änderung mit dem Patienten zusammen durchführen muss.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Frau ... (VDD). – Als nächstes käme für die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, Herr Professor Dr. ... . Bitte sehr!

**Herr Prof. Dr. ... (DGIM):** Guten Morgen! Auch von unserer Seite aus, von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, ganz herzlichen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme. – Es wird unsererseits so gesehen, dass die rheumatoide Arthritis ein Prototyp einer internistischen Systemerkrankung ist. Das heißt, außerhalb der Gelenke mit ihrem Entzündungsprozess können jederzeit und ausgeprägt alle Organe mitbeteiligt sein. Dadurch werden auch die Morbidität und Mortalität für diese Patienten dominiert und bestimmt. Das heißt, die Diagnostik, Management, Therapie dieser Organsysteme bedingt eine internistische ausführliche Fachkenntnis. – Das ist die eine Seite.

Die andere Seite ist: Wir haben inzwischen in der Inneren Medizin mindestens 30 verschiedene Medikamente zum Management der rheumatoiden Arthritis zur Verfügung, die alle ihre speziellen Wirkungen, Nebenwirkungen haben und auch systemisch wirken können. Das heißt, auch hier ist die entsprechende internistische Kenntnis notwendig, um das handhaben zu können, um ein entsprechendes persönliches Profil des Patienten erstellen und handhaben zu können. Das heißt, die fachspezifische internistische Expertise ist natürlich für das Teilgebiet Rheumatologie essenziell für das adäquate Management der rheumatoiden Arthritis. – Vielen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DGIM). – Dann käme für die Deutsche Rentenversicherung Bund, Frau .... – Ich höre Sie nicht, ich sehe Sie nicht, Frau ..., von der Deutschen Rentenversicherung Bund.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ich würde dann gerne noch einmal Herrn ... (DVGS) aufrufen. Ist Herr ... (DVGS) inzwischen eingetroffen oder zu uns gestoßen? – Auch da meldet sich niemand.

Da weder Frau ... (DRV Bund) noch Herr ... (DVGS) sich meldet und der Beginn der Anhörung ganz klar und verbindlich in der Einladung angegeben wurde und diese Teilnehmer eigentlich zugesagt hatten,

glaube ich, dass wir nicht länger warten können, sondern, dass wir in die Diskussion einsteigen müssten. – Es gibt keinen Widerspruch. Deshalb würde ich jetzt gerne mit der Diskussion zu der Anhörung beginnen. Ich denke, die Diskussion sollte mindestens eine halbe Stunde dauern, bis 11:30 Uhr.

Wer möchte anfangen? Gemeldet hatte sich auf jeden Fall Herr ... [KBV]. Herr ..., Sie wären dann der erste in der Diskussionsrunde. Anschließend käme Frau ... von der Patientenvertretung, sie hatte sich jetzt gemeldet. – Herr ... [KBV], bitte Sie zuerst.

**KBV:** Ich muss noch einmal ganz kurz fragen: Sind die Anhörungsteilnehmer noch im Raum, also an der Diskussion beteiligt?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ja, sie sind beteiligt. Wir müssen ja Gelegenheit haben, noch einmal nachfragen zu können.

**KBV:** Danke schön! – Ich brauche jetzt zwei Minuten, weil ich mich wirklich ziemlich aufrege.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herr ... (KBV) bitte, wollen Sie sich erst aufregen und dann melden?

**KBV:** Einverstanden! Ich kann mich aber herunterregeln, kein Problem. – Wenn ich das jetzt als Unbeteiligter hören würde, der nicht zufällig Hausarzt ist und eine Hausarztpraxis hat und sich mit der Thematik zumindest ein ganz kleines bisschen auskennt – sicherlich nicht so wie die Hochspezialisten, die hier eben geantwortet haben –, dann würde ich sagen: Das war in Teilen peinlich.

Ich möchte das auch gerne begründen. Was wir benötigen, ist eine Verbesserung der Versorgung von Patienten. Was wir nicht brauchen, ist die Deklaration von Partikularinteressen. Das brauchen wir nicht.

Natürlich haben die Kollegen recht, wenn es sich um eine bekannte, definierte, erkannte rheumatoide Arthritis handelt, dass das sehr wohl in die Hände eines Spezialisten gehört – ob ein- oder zweimal im Jahr, das lasse ich mal dahingestellt – und dass das sinnvoll ist. Selbstverständlich ist es auch so, wenn ich eine Augenkomplikation habe, dass das nicht der Internist behandelt, sondern der Augenarzt. Selbstverständlich ist es so, wenn ich eine kardiologische Komplikation habe, dass das sicherlich auch ein qualifizierter Kardiologe behandelt.

Was die Realität angeht – der eine Kollege hat es eben gesagt –, ist es nicht, dass wir mehr Rheumatologen benötigen, sondern, dass Rheumatologen im Durchschnitt 50 Prozent ihrer Patienten haben, die nichts Rheumatologisches haben und unsinnige Überweisungen bekommen. Diese 50 Prozent würden mit einem vernünftigen Management, wie es das DMP vorsieht, sowohl durch Hausärzte als auch durch basistätige Orthopäden hervorragend erst einmal weggefiltert und sehr wohl behandelt werden; auch die Primärbehandlung eines rheumatoiden Arthritis-Patienten mit einer Gelenksituation würde selbstverständlich auch durch den Orthopäden mitbehandelt werden. Das ist überhaupt gar keine Frage; das brauchen wir eigentlich auch gar nicht zu diskutieren; es gibt gar keinen Grund, hier ein solches Kontra aufzumachen. Sondern es geht eigentlich um nichts anderes, miteinander – und ich möchte wirklich alle Kolleginnen und Kollegen hier einmal dringend dazu aufrufen – zu einem klugen Management zu kommen. Das ist das, was die Patienten brauchen.

Selbstverständlich wird ein hausärztlicher Kollege, der sagt „Menschenskind, da ist eine Lungenbeteiligung“ den fachärztlichen Kollegen hinzuziehen. Das ist doch völlig klar. Selbstverständlich wird auch ein rheumatologisch tätiger Orthopäde, der darüber hinaus andere multimorbide Erkrankungs-

bilder – eine Kollegin hat von der Depression gesprochen – möglicherweise einen psychiatrischen Kollegen hinzuziehen. Die konservativ tätigen Orthopäden sind aus meiner Sicht genauso wie Hausärzte in der Lage; sie müssen laborbefreit werden, entbudgetiert werden für Labordiagnostik. Das ist ein klitzekleines Problem, was orthopädische Rheumatologen bisher haben.

Wenn es gelingt, die Basis so hinzubekommen und wenn es gelingt, auch die unnötigen Selbstüberweisungen an die rheumatologischen Kollegen – viele Patienten machen das ja selbstständig –, herunterzufahren, dann haben wir die Rheumatologen, die sich dann tatsächlich um diese diagnostizierten schwersten Fälle kümmern können. Dann haben wir auch nicht mehr Wartezeiten von sechs bis neun Monaten.

Die Lösung, die Anzahl der Rheumatologen zu verdreifachen, ist nicht die Lösung. Sondern die Lösung ist ein kluges Management. Das habe ich gerade versucht – ich gebe zu, und da seien Sie mir bitte nicht böse, ein bisschen verärgert in manche Richtung – zu skizzieren. Und deswegen habe ich mir erlaubt, es länger als drei Minuten zu machen. – Ganz herzlichen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle), Sie wollten noch etwas anmerken?

**Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle):** Ja, ich möchte noch eine organisatorische Ansage machen, weil ich zum Teil erkennen kann, dass Sie sich auch im Chat melden. Ich bitte Sie sehr herzlich, sich ausschließlich über die elektronische Handhebung zu melden. Dazu noch einmal eine kurze Erläuterung für diejenigen, die vielleicht Webex nicht ganz so gut kennen: Bitte gehen Sie unten rechts auf den Button „Teilnehmer“, dann öffnet sich an der rechten Bildschirmseite eine Sonderleiste, bei der Sie ganz oben Ihren Namen jeweils sehen können, daneben ist ein kleines Handzeichen. Wenn Sie das anklicken, können wir sehen, dass Sie sich gemeldet haben. Das ist für alle sehr transparent, wenn Sie dieses Handzeichen dann auch wieder herunternehmen, nachdem Sie Ihre Wortausführung gemacht haben, dann rutscht der nächste automatisch hoch. Das ist ein ausgesprochen hilfreiches Tool und viel einfacher für uns, als den Chat zu beobachten; das können wir leider nicht gewährleisten. – Vielen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Frau ... (G-BA-Geschäftsstelle). – Jetzt hat sich als nächstes Frau ... von der Patientenvertretung gemeldet. Bitte, Frau ... (PatV).

**PatV:** Vielen Dank, Frau Vorsitzende. – Ich habe zwei Fragen. Die erste geht an alle Stellungnehmerinnen und Stellungnehmer und die zweite geht speziell an Herrn Professor ... (DGRh) und Herrn Professor ... (DGRh). Wie soll ich es handhaben? Soll ich beide Fragen hintereinander stellen oder erst die erste und anschließend, nach der Beantwortung, die zweite? Wie hätten Sie es gern?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ich glaube, wenn Sie beide Fragen hintereinander stellen, und auch zwei Stellungnehmer angesprochen sind, die antworten sollen, dann überschneidet sich ja möglicherweise auch etwas von diesen zwei Fragen, sodass sich gegebenenfalls jeder von denen noch ausuchen kann, was genau er dazu sagen will. – Bitte sehr, Frau ... [PatV].

**PatV:** Die erste Frage geht an alle: Können Sie noch einmal zur Bedeutung von Bewegung und körperlicher Aktivität ausführen, welche Rolle hier möglicherweise auch das Funktionstraining als verordnungsfähige Leistung für betroffene Patientinnen und Patienten spielen könnte?

In der zweiten Frage geht es mir darum, noch einmal die Bedeutung der multimodalen Komplexbehandlung bei einer rheumatoiden Arthritis auch in den Akutkliniken oder Krankenhäusern deutlicher hervorzuheben. Dazu hätte ich gerne noch ein paar Ausführungen gehört. – Danke.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Frau ... [PatV]. – Wer möchte antworten?

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Ich kann das schnell für die DGRh bezüglich des Funktionstrainings machen. – Das ist eine absolut notwendige und wichtige, auch validierte zusätzliche Maßnahme, die wir unseren Patienten dringend empfehlen. Das ist in der Corona-Zeit durch die Kontaktbeschränkungen leider vielfach nicht möglich. Die Patienten beklagen das, und wir sind auch mit der Deutschen Rheumaliga inzwischen dabei, unter Corona-Zeiten vielleicht diese Möglichkeiten wieder zu schaffen. Es ist absolut notwendig, dies in das Disease-Management-Programm an irgendeiner Stelle so aufzunehmen, dass es auch akzeptiert wird, dass diese Funktionstrainingseinheiten, die die Rheumaliga selbst in erster Linie entwickelt hat, tatsächlich auch als verordnungsfähige Situation so dargestellt werden, dass die Patienten profitieren.

Der zweite Punkt ist die Komplexbehandlung. Hierzu übergebe ich lieber an Herrn Professor ... (DGRh), weil er ein Krankenhaus mit Akutversorgung führt.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Danke, Herr ... (DGRh). – Herr ... (DGRh), bitte.

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Die rheumatologische multimodale Komplextherapie ist eine Besonderheit der rheumatologischen Akutkliniken, die all die Therapieziele adressiert, die wir durch die medikamentöse Behandlung alleine eben nicht erreichen können. Das geht insbesondere über die Funktion, über die Verbesserung von Fähigkeiten im Alltag, bis hin auch zu der schon angesprochenen psychologischen Betreuung. Das heißt, nicht umsonst spielt eine solche Komplexbehandlung und mit den Kostenträgern vereinbarte Therapie, eine große Rolle bei der Behandlung von Patienten, weil sie nachhaltig wirkt und letzten Endes auch zur Einsparung von Medikamenten führt.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Herr ... (DGRh), können Sie bitte dazu – so habe ich die Frage auch von Frau ... [PatV] verstanden – etwas sagen, weil sie hat ja darauf abgestellt, wann und wie diese Patienten stationär behandelt werden müssen?

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Die Indikationsstellung erfolgt natürlich immer dann – wie bei jeder Krankenhausbehandlung –, wenn die ambulante Behandlung oder auch die teilstationäre Behandlung nicht ausreichend sind. Das heißt, die Beurteilung obliegt – – [Tonstörung] – – zu stellen, zusammen natürlich mit dem aufnehmenden Arzt, wie das immer so ist.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Ich habe das so verstanden – das ist noch einmal wichtig für die Richtlinie –, dass wir sagen: Es kann eine multimodale Komplexbehandlung zunächst ambulant gemacht werden und erst, wenn sich herausstellt, dass das nicht weiterführt, gibt es die Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Nein, die rheumatologische Komplextherapie kann in dieser Form ambulant tatsächlich nicht durchgeführt werden. Wir reden hier über mindestens drei unterschiedliche Therapiebereiche. Wir reden über eine Therapiedichte von mindestens elf Stunden pro Woche. Das ist ambulant nicht darstellbar. Sondern es ist tatsächlich eine Leistung, die nur stationär erbracht werden kann und die dann zum Einsatz kommt, wenn die ambulante oder teilstationäre Behandlung nicht ausreicht.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank. – Das war noch einmal ein wichtiger Punkt, Frau ... (PatV), so habe ich Sie verstanden, denn das war in den Stellungnahmen auch nicht so klar, ob das



auch ambulant geht oder stationär gemacht werden muss. Vielen Dank. – Jetzt hatte sich Herr ... (DEGAM) gemeldet.

**Herr Dr. ... (DEGAM):** Ich reagiere auf Herrn ... (DGIM). Herzlichen Gruß auch noch einmal an Sie direkt.

Sie sprachen von der Notwendigkeit mit 30 unterschiedlichen Substanzen im Bereich der Rheumatherapie jonglieren zu müssen und auch die Notwendigkeit, die übrigen Komorbiditäten im Blick zu haben. Das eint uns mit Sicherheit. Wir Hausärztinnen und Hausärzte sind diejenigen, die den Großteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes, Hypertonie, KHK, auch Depressionen, also viele der genannten Komorbiditäten, versorgen.

Ich möchte auf das Problem hinweisen, dass wir sehen, dass eine strenge Auslegung der in der S3-Leitlinie ja auch nur mit Sollte-Stärke gegebenen Empfehlung der Diagnosestellung und kontinuierlichen Mitbetreuung bei Fachrheumatologinnen und Fachrheumatologen, darauf hinaus liefe, dass uns Hausärztinnen und Hausärzten bei Menschen mit Gelenkerkrankungen eventuell die Gabe von NSAR bliebe und das war's; also kein Cortison, um eventuell das Bild nicht zu verwischen; keine Basistherapie. Und alleine mit dem DMARD Nummer eins MTX und eventuell einer sehr niedrigen Dosis Cortison lassen sich ja doch eine ganze Reihe von Erkrankungen behandeln und lassen sich die Patientinnen und Patienten versorgen.

Ansonsten zur Frage zum Funktionstraining und Rehasport: Absolute Zustimmung auch aus unserem Bereich; genauso auch Zustimmung zur Erweiterung der Heilmittelrichtlinie, dass Menschen mit verkrüppelten Händen, die am Ende ihrer Rheumalaufbahn angekommen sind, die Möglichkeit erhalten, auch eine podologische Behandlung verordnet zu bekommen. Das sehen wir ganz genauso.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DEGAM). – Jetzt kommt als nächstes Herr ... (DGRh) und anschließend Frau ... [KBV].

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Ich habe einen kurzen Kommentar zu den Anmerkungen von Herrn ... [KBV] und Herrn ... (DEGAM). – Ich denke, wir sind da gar nicht so weit auseinander. Wir müssen bloß sehen, worum es eigentlich geht. Es geht hier nicht – und das betrifft jetzt Herrn ... (KBV) – um die Früherkennung einer eventuell vorliegenden rheumatischen Erkrankung, wo natürlich Hausärzte, auch Orthopäden eine Rolle spielen. Sondern wir reden hier um die fachspezifische Therapie, eine umfassende Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis mit all ihren Facetten. Das gehört in die Hände von Rheumatologen. Und das ist für mich der Internist – wie Herr Professor ... (DGRh) das tatsächlich auch schon ausgeführt hat.

Es geht hier auch nicht darum, nicht die gute Zusammenarbeit zwischen Orthopäden oder Hausärzten infrage zu stellen, die wir natürlich brauchen. Aber, wenn es um die Indikationsstellung zu durchaus differenzierten Medikamenten wie Basistherapeutika und gerade auch Biologika geht; wenn es um Therapieeskalation oder, wie es auch im DMP-Programm vorgesehen ist, um Therapiedeescalation geht, gehört das meines Erachtens wirklich ausschließlich in fachärztliche, sprich rheumatologische Hände.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DGRh). – Jetzt käme Frau ... [KBV].

**KBV:** Guten Tag. – Ich würde gerne auch noch einmal zu der Stellungnahme von Herrn Professor ... (DGRh) etwas sagen. Es geht doch eigentlich nicht um eine fachspezifische klinische Therapie, über die wir hier reden. Sondern es geht um ein DMP, das den gesamten rheumatologischen Prozess umfasst. Es ist meines Erachtens ziemlich unerklärlich, warum die Versorgungssituation insbesondere auch in den Flächenländern hier doch ziemlich verkannt wird.

Habe ich das richtig verstanden, dass Sie, Herr Professor ... (DGRh), sogar eine Nichtzuständigkeit der internistischen Rheumatologen für die Sicherung einer Primärdiagnostik sehen? Das ist meines Erachtens eine der Hauptaufgaben, weil das eben auch erhebliche Langzeitauswirkungen für die Patienten hat. Selbstverständlich ist die rheumatoide Arthritis eine Systemerkrankung. Aber eine rheumatoide Arthritis ohne Gelenksymptomatik ist nun auch schon extrem selten und sicher nicht die primäre Indikationslage, über die wir hier bei einem DMP reden.

Wie Herr ... (KBV) schon sagte, zeigen die Abrechnungsdaten, dass bei internistischen Rheumatologen mehr als die Hälfte aller Patienten falsch verortet sind. Dort sind Patienten mit Osteoporose, mit Wirbelsäulensyndrom, mit Fibromyalgie. Als Kliniker sehen Sie die natürlich nicht. Aber das trägt erheblich dazu bei, dass die Terminproblematiken so deutlich sind.

In vielen Regionen wird bereits versucht, selektivvertraglich zu regeln, dass hausärztlich und auch orthopädisch-rheumatologisch erstuntersuchte Patienten dann schnelle Aufnahmen bei internistischen Rheumatologen finden. Aber es klappt eben doch nicht ausreichend.

Also im Sinne einer flächendeckenden Sicherstellung ist es dringend notwendig, dass wir eine ausreichend breite Basisversorgung und auch Nachbehandlungssituation haben, die wir hier mit einem DMP gewährleisten wollen. Das wird uns niemals gelingen, wenn wir uns ausschließlich auf die internistischen Rheumatologen verlassen müssen. – Vielen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Frau ... (KBV). – Ich habe jetzt mehrere Wortmeldungen. Da Herr ... (DGRh) auch darunter ist, möchte ich ihn, damit er auch gleich Ihre Frage beantworten kann, gerne zuerst das Wort erteilen. – Herr ... (DGRh), bitte.

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Frau ... (KBV), das habe ich dann wohl völlig falsch ausgedrückt. Um Gottes Willen will ich nicht die Internisten – und in diesem Sinne hatte Herr Professor ... (DGRh) auch schon gerade an Herrn ... (DEGAM) und Herrn ... (KBV) adressiert –, die internistisch tätigen Hausärzte oder die sich um internistische Erkrankungen kümmern, die Hausärzte und Allgemeinmediziner hier als nicht wichtige Partner darstellen. Das Gegenteil ist der Fall. Das sind unsere tatsächlich wichtigen Partner in der Versorgung von internistischen Erkrankungen.

Die rheumatoide Arthritis ist eine Systemerkrankung und damit ist sie eine internistische Erkrankung, weil sie aus dem Immunsystem kommt, und nicht eine Fehlbelastung von irgendwelchen Gelenkstrukturen darstellt, die Schmerzen machen und damit zu Entzündungen führen. Diesbezüglich meine ich, ist es wichtig, dass wir diese Erkrankung ab dem Moment, wenn sie entsteht, als solche erkennen und auch entsprechende Konsequenzen ziehen, die nicht heißen: Wir machen erst einmal eine Behandlung der Gelenkschmerzen und sehen dann, was übrig ist. Da widerspreche ich auch eindeutig Herrn ... (DGOU, DGOOC, DGU).

Die rheumatoide Arthritis ist nicht dadurch charakterisiert, dass sie in erster Linie dazu führt, dass die Gelenkschmerzen letztlich zur Funktionsunfähigkeit des muskuloskelettalen Systems führen. Sondern ich bin in der Hinsicht völlig auf der gleichen Seite, wie das beispielsweise Frau Dr. ... (SHV) angesprochen hat: Patienten haben ab dem Moment, wo die Erkrankung losgeht, tatsächlich auch eine Demenzsituation, eine Situation, wo 30, 40 Prozent der Patienten eine Problematik haben, die außerhalb einer demenziellen Verstimmung eine tatsächliche Beteiligung der rheumatoiden Arthritis ist.

Sie können zu Beginn der Erkrankung eine kardiale Beteiligung haben; sie können zu Beginn der Erkrankung eine pulmonale Beteiligung haben. In dieser Situation halte ich es für völlig falsch, die rheu-

matoide Arthritis, die klar Gelenkschmerzen als solches macht, ausschließlich als solche zunächst betreuen zu lassen und sie dann irgendwann einmal in die fachspezifische internistische rheumatologische Versorgung zu geben.

Ich bin völlig damit einverstanden – nicht nur einverstanden, sondern auch sehr glücklich darüber –, dass der Hausärztebund uns diese Kooperation auch immer wieder anbietet und dass die niedergelassenen Allgemeinmediziner, die niedergelassenen Internisten, die nicht fachspezifisch rheumatologisch arbeiten, uns helfen, die Patienten zu versorgen. Ich bin damit völlig einverstanden und sehe überhaupt keine Kritik an dieser Versorgung und deren Weiterführung in den Versorgungsstrukturen über diese Fachgruppen.

Worin ich eine extreme Kritik sehe, ist die Degradierung der internistischen Systemerkrankungen auf eine muskuloskelettale Schmerzerkrankung und die ausschließliche Therapie der solchen. Das wird im Jahr 2020 der Tatsache nicht gerecht. Wir haben 1970 oder 1980 vielleicht so behandelt. Aber im Jahr 2020 sollten wir tatsächlich uns öffnen und sagen: Das ist keine skelettale Erkrankung, die in die Bereiche der skelettalen Therapie gehört, sondern – wie wir es hier gehört haben – auch eine komplexe Erkrankung, die ab dem Beginn der Situation bekämpft werden muss, um auch langfristige Folgen für den Patienten entsprechend zu vermeiden.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DGRh). – Jetzt kommt Frau ... [KBV], bitte.

**KBV:** Ich habe eine Frage an die Vertreter der DGRh zur Verteilung der Rollen insbesondere bei der Basistherapie, bei der Durchführung notwendiger Kontrollen bei laufender Therapie.

Sie haben mehrfach betont, dass Sie die Orthopäden in dieser Rolle auf gar keinen Fall sehen. Ich möchte gerne noch einmal folgendes wissen: Die S3-Leitlinie, die gerade erst publiziert wurde, enthält ein Kapitel zum Versorgungspfad, in dem genau diese Rollen beschrieben sind, und das leiten Sie ein mit einem Text, der damit anfängt, dass die meisten Menschen mit neu aufgetretenen Beschwerden zuerst den Hausarzt oder den niedergelassenen Orthopäden kontaktieren, und dass diese Fachgruppen eine bedeutende Rolle spielen. Sie weisen Hausärzten und Orthopäden dann die Rollen zu: Nach Diagnosesicherung, bei gesicherter Diagnose Einleitung der Basistherapie, um das Window of Opportunity zu sichern; Beratung vor und während der Therapie; Beobachtung und Förderung der Patientencompliance; Durchführung notwendiger Kontrollen bei einer laufenden Therapie.

Das sind ja nun genau die Rollen, die zumindest wir von Seiten der KBV im DMP beschrieben haben. Wieso sind Sie jetzt anderer Meinung? Als Sie diese Empfehlung publiziert haben, scheint das noch anders gewesen zu sein. Können Sie dazu noch einmal etwas sagen?

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Wer möchte darauf antworten?

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Ich kann anfangen, darauf zu antworten. – Das ist nur auf den ersten Blick widersprüchlich. Ich habe es eben schon kurz angesprochen: Es geht einerseits um die Frage der Früherkennung in Abgrenzung zur Frühdiagnose von rheumatischen Erkrankungen.

In der Früherkennung von Patienten, die mit Symptomen einen Arzt aufsuchen – sei es der Hausarzt, sei es der Orthopäde, der in der Tat häufiger angesteuert wird als primär der Rheumatologe – obliegt, auch in Erkennung natürlich der großen Rolle der anderen Fachdisziplinen, die Diagnosestellung meines Erachtens dem Rheumatologen.

Natürlich brauchen wir die Kolleginnen und Kollegen auch in der Routine mit Betreuung oder bei bestimmten Fragestellungen. Aber, wenn es um differenzierte Fragen geht – und darum geht es ja hier im DMP und dazu haben wir von der DGRh auch Stellung genommen – wie der Therapieeskalation,

Therapieeskalation, des Wechsels der Therapie, sind das alles tatsächlich Dinge – und das widerspricht auch nicht der S3-Leitlinie –, die dem Facharzt obliegen.

Es geht nicht darum, beispielsweise die notwendigen Blutkontrollen zwischendurch in andere Hände zu legen. Das ist nicht der Punkt. Sondern es geht tatsächlich um die differenzierte Diagnostik, die Organdiagnostik. Es geht darum, tatsächlich die Therapie zu steuern oder zu verändern. Und darauf heben wir hier auch im DMP ab, dass diese Steuerungsfunktion tatsächlich vom Rheumatologen übernommen werden muss.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DGRh). – Frau ... [KBV], war Ihre Frage damit beantwortet oder möchten Sie noch einmal nachfragen? Denn ich hatte den Eindruck, dass ist vielleicht nicht ganz das, was Sie wissen wollten.

**KBV:** Die Frage ist damit nicht beantwortet. – Im DMP ist ganz klar getextet, dass natürlich der internistische Rheumatologe hinzuzuziehen ist. Daran hat, glaube ich, hier gar keiner einen Zweifel. Das braucht gar nicht betont zu werden, dass die internistischen Rheumatologen immer wieder eine wesentliche Rolle spielen. Wir haben immer wieder geschrieben, dass es anzustreben ist, sie frühzeitig einzuschalten.

Wir haben aber auch immer wieder Forderungen gehört – und Ihre eigene Gesellschaft publiziert das ja auch im Ärzteblatt immer wieder –, man brauche bis zu 1 300 internistische Rheumatologen, um diese Versorgung tatsächlich abdecken zu können. Bei den Zahlen, die hier auch genannt wurden, ist immer zu berücksichtigen, dass man nicht Köpfe zählen kann, sondern Vollzeitäquivalente für einen vollen Versorgungsauftrag. Es reicht nicht, wenn man Köpfe zählt, die dann aber gar nicht wirklich für die Versorgung von Rheumapatienten voll zur Verfügung stehen.

Ich nehme an, dass Sie vor diesem Hintergrund in Ihrer S3-Leitlinie diese Rollen, wer die erste Basistherapie macht, damit dieses Window of Opportunity tatsächlich auch für Patienten genutzt werden kann, weil eben bei den Rheumatologen die Wartezeiten sechs bis neun Monate betragen, denen zugeschrieben haben. Das steht unter 3. „Versorgungspfad für Patienten mit früher Arthritis“. Dort schreiben Sie diese Rolle – Einleitung der ersten konventionellen Basistherapie – Hausärzten und Orthopäden definitiv zu.

Im Moment habe ich den Eindruck, dass Sie Ihre eigene Leitlinie an dieser Stelle infrage stellen. Dass Deeskalation, Problematiken, Komorbiditäten, rheuma-assoziierte extraartikuläre Manifestation vor Beginn in die Hand der internistischen Rheumatologen gehören, wird in diesem DMP-Text überhaupt gar nicht angezweifelt. Es geht um die Basisrolle, und die haben Sie in der S3-Leitlinie so beschrieben, und das skandalisieren Sie hier. Das verstehe ich nicht.

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Ich glaube, Sie gehen von falschen Zahlen aus, die es zum Zeitpunkt, als die S3-Leitlinie auch entwickelt worden ist, noch gab. Wir wollen auf gar keinen Fall auch in der S3-Leitlinie – das hat Herr Professor ... (DGRh) auch ausgedrückt – die intensive Zusammenarbeit mit den Hausärzten, mit den Allgemeinmedizinerinnen und auch mit den Orthopäden ja hier in irgendeiner Form infrage stellen.

Wir wollen infrage stellen, dass es nicht die richtige Versorgungssituation der Patienten ist, wenn eine Therapie einer systemisch entzündlichen Erkrankung durch einen Orthopäden, der sich möglicherweise an zwei Samstagnachmittagen eine Zusatzqualifikation erarbeitet, hier durchgeführt wird.

Und ich muss sagen, die Zahlen, die hier drinstehen, von denen Sie ausgehen, sind nicht korrekt. Was beispielsweise überhaupt nicht drinsteht, ist, dass wir bei uns am Klinikum alleine 12 000 rheumatologische Patienten pro Jahr betreuen. Die sind in Ihrer KV gar nicht drin, weil wir in dieser Anfrage gar nicht auftreten können, weil wir keine KV-Zulassung haben, sondern eine ganz normale Hochschulambulanz-Zulassung und damit auch für jeden Patienten zur Verfügung stehen, unabhängig vom KV-Bereich.

Weiter darf man sagen: Durch den G-BA ist ein Beschluss gefasst worden, dass wir acht bis zehn Prozent der internistischen Versorgungssitze rheumatologisch jetzt ausbreiten dürfen. Da sind wir dabei. Diese Zahlen gehen dabei eindeutig in die Richtung, dass wir eine flächendeckende Versorgung auf der Berechnung des G-BA auch in nächster Zeit sicherstellen können. Wir wollen damit nicht – ganz bewusst jetzt angesprochen Herrn ... (KBV) und Herrn ... (DEGAM) – die Zusammenarbeit mit den Internisten, den Hausärzten und den Allgemeinmedizinern in irgendeiner Form jemals reduzieren. Wir brauchen sie.

Aber wir halten es für falsch, einen Patienten mit einer internistischen Erkrankung primär mittel- bis langfristig durch einen Orthopäden zu kontrollieren, der dazu nicht die internistische Ausbildung haben kann, die es notwendig macht, um eine internistische Erkrankung nicht nur zu erkennen, sondern – wie es Herr Professor ... (DGIM) sagte – auch mit den zunehmend in die Therapie eindringenden Therapeutika, die tatsächlich internistische Therapeutika sind, auch zu versorgen. Das ist ein Rückschritt und auch ein Stillstand auf der Situation, wie wir sie im Jahr 2010 hatten, wie wir sie 2015 vielleicht noch hatten, die heutzutage den Patienten nicht mehr zuzumuten ist.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DGRh). – Herr ... (DEGAM) hatte sich sowieso gemeldet, er war auch gerade angesprochen worden.

**Herr Dr. ... (DEGAM):** Ich möchte einmal Herrn ... (DGRh) und Herrn ... (DGRh) fragen: Habe ich das jetzt falsch gemacht, indem ich bei einer Patientin mit typischer rheumatoider Arthritis nach den EULAR/ACR-Kriterien die Diagnose gestellt habe, mit MTX und vorübergehend in kurzer Zeit absteigend mit Prednisolon behandelt habe und nach drei Jahren in Remission dann einen Auslassversuch gemacht habe?

Ich habe jetzt sozusagen gegen all das verstoßen, was Sie hier als No-Go ausgehen. Ich habe die Erkrankung selber diagnostiziert. Ich habe selber behandelt; ich habe dann, als wir lange genug die Remission hatten, beendet, also deeskaliert. Mein Eindruck von der Patientin ist, dass sie gut versorgt worden ist, dass sie sich auch gut versorgt fühlte. Das hat ihr – wie jetzt in verschiedenen Beiträgen zu hören war – ermöglicht, Zeit zu sparen.

Ich fühle mich in meiner Qualifikation degradiert. Ich fühle mich degradiert, wenn man mir zuschreibt: Ja, du darfst NSAR aufschreiben; du darfst auch den Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis stellen; danach schick die Leute bitte zu mir; und du darfst auch für mich Blut abnehmen, und von dem Rest lass bitte Finger.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Wenn ich dazwischen etwas sagen darf: Es scheint mir, Herr Professor ... (DEGAM), dass dieser Einzelfall vielleicht nicht als Grundlage genommen werden kann. Sondern, dass wir immer schauen müssen, wie das global ist. Also, wie ist das überall auf der Welt, vor allen Dingen in Deutschland natürlich? Wie verhält es sich mit den Betreuungen dieser Patienten in der vergleichbaren Situation durch andere Angehörige der DEGAM? Das ist doch die Frage. Es ist hier nicht die Frage, ob ein Einzelfall bei Ihnen adäquat behandelt worden ist. Das wollte ich nur zwischendurch anmerken.

**Herr Dr. ... (DEGAM):** Eine ganz kurze Rückmeldung: Es gibt umfangreiche Kooperationen im Rahmen der § 73b- und § 73c-Verträge. Das sind also im großen Stil Behandlungspfade, in denen hausärztlich eine ganze Menge selber gemacht wird. Das kann uns auch vielleicht einen Hinweis darauf liefern, wie viele der Basistherapeutika allein ausschließlich von Hausärztinnen und Hausärzten verordnet werden. Das ist ein sehr großer Anteil. Die entsprechenden ZI-Daten liegen vor. Es ist also nicht meine persönliche Einzelerfahrung. Sondern das ist ein weit verbreitetes Phänomen.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DEGAM). – Jetzt hat Herr Professor ... (DGOU, DGOOC, DGU) das Wort.

**Herr Prof. Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU):** Ich möchte dazu auch noch einmal Stellung nehmen. – Es geht ja hier um die Versorgung aller Patienten Deutschlands, nicht nur in Großstädten, wo Universitätskliniken angeschlossen sind. Sondern es geht im Wesentlichen um die Kliniken in der Fläche. Und dort ist es eben so, dass wir wenige niedergelassene internistische Rheumatologen haben, weil es sich einfach auch von der Menge der Patienten nicht lohnt, sage ich jetzt einfach mal so salopp.

Es ist für uns aber wichtig – und das steht ja auch ganz klar im Entwurf –, wenn kein internistischer Rheumatologe zur Verfügung steht, dann springen die anderen Fakultäten ein. Ich sage es noch einmal: Es geht hier um eine Ergänzung; es geht um eine Vervollständigung der Patientenversorgung in der Fläche. Viele Patienten mit rheumatoider Arthritis sind nicht in der Lage, einen halben Tag zu reisen, um irgendwo einen Internisten aufzusuchen. Sie gehen dann lieber auf kurzem Weg im Ort zum Hausarzt, zum Orthopäden und lassen sich eben dort behandeln. Solange es dann keine systemischen Beteiligungen außerhalb des Bewegungsapparates gibt, ist das ja auch gut.

Der Orthopäde und der Hausarzt sind in einer besonderen Verantwortung, sich nicht dumm zu stellen. Er ist letztendlich Arzt und muss schauen, ob internistische Komplikationen vorhanden sind. Das heißt, er muss entsprechende Kontrollen durchführen, den Patienten entsprechend gezielt befragen, um das erkennen zu können und ihn dann an den Spezialisten weiterleiten, wenn es erforderlich ist.

Ich wollte nur noch einmal klarstellen, dass der Orthopäde nicht nur Chirurg ist, sondern in erster Linie auch Arzt, der zwar sehr viel konservative Therapie wie Bewegungstherapie und dergleichen mehr macht und sich sicherlich auch in der Schuhversorgung – was ja ein häufiges Problem bei Rheumapatienten ist – als absoluten Experten hinstellen darf. Das heißt, dass in den Flächen – wie Herr ... (DGOU, DGOOC, DGU) es dargestellt hat, dass ein ganzer Landkreis keinen einzigen internistischen Rheumatologen hat –, der orthopädische Rheumatologe diese Funktion übernimmt, wenn er sich dafür kompetent erweist und sich weiterbildet. Ich glaube, dagegen kann niemand mit gesundem Menschenverstand etwas haben. – Vielen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr Professor ... (DGOU, DGOOC, DGU). – Ich habe jetzt noch zwei Wortmeldungen: Ich würde dann gerne die Rednerliste schließen, weil wir die Zeit auch entsprechend genutzt haben und dann zum internen Teil kommen. – Herr ... (DGIM), bitte.

**Herr Prof. Dr. ... (DGIM):** Ich habe ein paar kurze Kommentare aus Sicht der Inneren Medizin. – Zum einen: Ich hatte die Freude mit Herrn ... (DEGAM) zusammen auf der Hausarztfortbildung zu sein. Herr ... (DEGAM) ist wahrscheinlich das falsche Beispiel, denn er hat sich so viel internistische Kenntnis und Erfahrung angeeignet, wie ich mit Freude feststellen konnte, dass man sehr gut diskutieren konnte.

Das ist aber genau das, was die Innere Medizin bedingt. Und ich habe vorher auch gesagt, dass die internistische Expertise vorhanden sein muss, dann kann man das auch managen. Nur zu fragen:

Schnauben Sie schlecht; oder haben Sie dicke Beine? Das ist dummerweise kein Monitoring, sondern man muss wissen, was dahintersteckt.

Wenn aber beispielsweise ein Kollege der Orthopädie zwei Jahre bei Herrn ... (DGRh) auf der Station war und sich internistisch weitergebildet hat, kann er, wenn er hausärztlich tätig, orthopädisch tätig ist, durchaus natürlich in dem Management-Programm sein. Es geht ausschließlich um die internistische Expertise, weil es eine Systemerkrankung ist; und dazu steht auch die DGIM.

Noch ein kleiner Kommentar an die KBV: Sie haben die Möglichkeit – gut, dass Sie es erkannt haben – mehr Kassensitze für internistische Rheumatologie bereitzustellen. Dann haben wir eine ganze Menge Probleme weniger. – Vielen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank. – Es hat sich noch Herr Professor ... (DGRh) gemeldet, bitte.

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Noch einmal an Frau ... [KBV]: Wir sind zwar aufgefordert worden, nicht auf unsere schriftliche Stellungnahme zu verweisen, weil vorausgesetzt wird, dass die gelesen worden ist. Aber ich möchte trotzdem noch einmal auf folgendes hinweisen: Die Punkte, wo wir tatsächlich eingeschritten sind, sind genau die Punkte, die wir hier diskutiert haben, die auch in der S3-Leitlinie verortet sind. Fangen wir mit den Einschreibekriterien an: Dort steht, wenn der Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis besteht, soll der Facharzt aufgesucht werden. Das ist genau das, was wir auch in der Leitlinie fordern.

Bei den anderen Punkten geht es tatsächlich im Wesentlichen um die differenzierte Therapieeskalation, Therapiedeeskalation, Umsetzung et cetera. Überall dort sagen wir: Das sollte der Rheumatologe machen und nicht der Orthopäde. Und dabei bleiben wir; und das ist auch – wie gesagt – etwas, was in keiner Weise der S3-Leitlinie entgegensteht. Das geht auch nicht dagegen, was Herr ... (DGOU, DGOOC, DGU) angesprochen hat.

Ich möchte lediglich darauf verweisen, dass die medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis noch nicht einmal in der Weiterbildung der Orthopäden mit Zusatzweiterbildung Orthopädie vorgesehen ist. Sondern: Die Begleitung der Behandlung ja, aber die Steuerungsfunktion und die Einleitung der Therapie usw. ist keine orthopädische Aufgabe. Das ist eine Aufgabe, die dem Internisten und dem Rheumatologen obliegt. – Vielen Dank!

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** – Herr Professor ... (DGOU, DGOOC, DGU), bitte.

**Herr Prof. Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU):** Das ist falsch. In der europäischen Weiterbildungsordnung, die seit Mitte des Jahres ratifiziert ist, ist die medikamentöse Therapie ausdrücklich vorhanden und auch in Zusammenarbeit mit internistischen Rheumatologen auszubilden. Das steht dort sehr genau, und ist auch mit Fallzahlen hinterlegt.

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Aber die gilt noch nicht.

**Herr Prof. Dr. ... (DGOU, DGOOC, DGU):** Doch, die gilt. In den meisten Bundesländern ist sie ratifiziert.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank! – Jetzt hatten sich noch Herr ... (DGRh) und Frau ... [KBV] gemeldet, und anschließend ist die Rednerliste geschlossen. Das hatte ich schon angekündigt, weil wir dann auch die Zeit für die Diskussion genutzt haben. – Bitte, Herr ... (DGRh).

**Herr Prof. Dr. ... (DGRh):** Frau Vorsitzende, noch einmal herzlichen Dank! – Ich wollte noch einmal betonen, dass es uns nicht darum geht, dass wir die gute internistische Zusammenarbeit mit Kollegen wie Ihnen, Herr ... (KBV) oder den Allgemeinmedizinern wie Herr ... (DEGAM), in irgendeiner Form degradieren wollen. Sondern wir freuen uns darüber, dass sie stattfindet. Und wenn Sie so einen Patienten, wie Sie ihn vorgestellt haben, so betreuen, haben Sie alles richtig gemacht, Herr ... (DEGAM). Das ist überhaupt gar keine Frage. Wir wehren uns dagegen, die Erkrankung nur als eine muskuloskelettale Erkrankung zu sehen.

Wenn es jetzt so kommen soll, dass die Weiterbildung tatsächlich für die rheumatologische Weiterbildung in der Orthopädie vorsieht, dass bei Patienten insgesamt eine solche medikamentöse Therapie vorgesehen ist, ist es eine andere Situation, als beispielsweise die hier vorgesehene Weiterbildung an einem Samstagnachmittag bei Herrn ... (DGOU, DGOOC, DGU). Da werden Personen ausgebildet, die keinerlei Ahnung von Innerer Medizin vermittelt bekommen. In dieser Form sehen wir ein hohes Risiko für eine internistische Erkrankung, die weit, weit etwas anderes ist, als eine orthopädische muskuloskelettale Schmerzerkrankung.

In der Betreuung brauchen wir die Hausärzte, die Allgemeinmediziner, die Internisten, so wie wir das bis jetzt auch haben. Wir haben denen gegenüber in keinsten Weise irgendwelche Vorbehalte, dass die Betreuung der Patienten bei ihnen weiterhin in Kooperation mit uns stattfinden kann. Wir haben Vorbehalte dagegen, dass diese Erkrankung in den Bereich der Chirurgie abwandert.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank, Herr ... (DGRh). – Jetzt noch einmal Frau ... [KBV], und dann ist Schluss. – Frau ..., bitte.

**KBV:** Vielen Dank! – Ich nehme aus der Diskussion jetzt hier wahr, sowohl bei den internistischen Rheumatologen als auch bei den Internisten, dass Sie der Meinung sind, weder ein Hausarzt noch irgendeine andere Fachgruppe kann die Diagnose sichern, die Einleitung der Basistherapie übernehmen, also in der Regel ist das MTX plus Steroide. Das Window of Opportunity kann also nur gesichert werden, wenn vorher ein internistischer Rheumatologe diese Diagnosesicherung vorgenommen hat. Das würde grundsätzlich den Strukturen widersprechen, die wir hier im DMP vorgesehen haben. Es würde bedeuten, dass niemand eine spezifische Rheumatherapie bekommen kann mit konventionellen DMARDs, der nicht vorher einen internistischen Rheumatologen gesehen hat. Sie haben gesagt, das sei auch gar kein Problem, denn es gäbe genug internistische Rheumatologen, um das sicherzustellen.

Das ist für mich weiterhin etwas überraschend ein krasser Gegensatz zu den Formulierungen unter 3. „Versorgungspfad für frühe Arthritis“.

**Die Vorsitzende des Unterausschusses:** Vielen Dank! – Ich darf mich ganz herzlich bedanken bei allen, die gekommen sind, um an der Anhörung teilzunehmen. – Danke!

Schluss der Anhörung: 11:36 Uhr



Stand: 26.02.2021

## **Auswertung der Stellungnahmen**

**gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V**

**zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses**

**über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2,**

**Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide**

**Arthritis Dokumentation)**

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

## Inhalt

- I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen
- II. Anhörung

### I. Fristgerecht eingegangene Rückmeldungen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden fristgerecht Rückmeldungen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR	7. Oktober 2020	Stellungnahme
Studiengemeinschaft für Orthopädieschuhtechnik	7. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit	8. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Bundesverband der Hörsysteme-Industrie e. V.	14. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV)	20. Oktober 2020	Stellungnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

<b>Organisation</b>	<b>Eingangsdatum</b>	<b>Art der Rückmeldung</b>
Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)	22. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.	26. Oktober 2020	Stellungnahme
Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V.	26. Oktober 2020	Stellungnahme
Deutsche Rentenversicherung Bund	27. Oktober 2020	Stellungnahme
Bundesamt für Soziale Sicherung	28. Oktober 2020	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	28. Oktober 2020	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh)	28. Oktober 2020	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)	29. Oktober 2020	Stellungnahme
Bundeszahnärztekammer	29. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.	30. Oktober 2020	Stellungnahme
Bundesärztekammer	30. Oktober 2020	Rückmeldung besagt, dass keine Stellungnahme abgegeben wird

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Organisation	Eingangsdatum	Art der Rückmeldung
Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. (VDD)	30. Oktober 2020	Stellungnahme
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e. V. (DEGAM)	30. Oktober 2020	Stellungnahme

### Zusammenfassung und Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen

Die Auswertung der Stellungnahmen wurde in drei Arbeitsgruppen-Sitzungen am 10. November 2020, 17. November 2020 und 3. Dezember 2020 vorbereitet und durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 9. Dezember 2020 durchgeführt.

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
<b>1.</b>	<b>Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR, 07.10.2020</b>		
<b>1.1</b>	Bundesinnung der Hörakustiker KdÖR, 07.10.2020	Sehr geehrte Frau..., als für die Wahrnehmung der Interessen der Hörakustiker maßgebliche Spitzenorganisation auf Bundesebene bedanken wir uns für das eingeräumte Stellungnahmerecht gem. § 137f Abs. 8 Satz 2 SGB V. Zu dem uns mit E-Mail vom 02.10.2020 übersandten „Beschlussentwurf über eine Änderung der	Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (DMP Rheumatoide Arthritis - Dokumentation)" haben wir keine Anmerkungen.</p> <p>Wir bedanken uns darüber hinaus für die Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme (Anhörung) in der Sitzung des Unterausschusses am 09.12.2020. Gerne teilen wir Ihnen mit, dass wir an der Anhörung am 09.12.2020 nicht teilnehmen werden.</p> <p>Unserer Pflicht zur vertraulichen Behandlung der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen kommen wir selbstverständlich nach.</p>	
2.	<b>Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V., (SHV), 20.10.2020</b>		
2.1	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V., (SHV), 20.10.2020	<p>Zeile: 154 Text: PatV - Verminderung von Fatigue</p>	Da zur Behandlung oder Verminderung von Fatigue keine starken Leitlinienempfehlungen vorliegen, kann die Vermeidung von Fatigue nicht als Therapieziel im DMP gesetzt werden. Davon unbenommen ist die Relevanz der Fatigue bei der RA. Der Beschlussentwurf wurde entsprechend unter Nummer 1.5.1

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Kommentierung SHV:</p> <p>Unter dem Punkt Therapieziele halten wir es ebenso wie die PatV für wichtig den Unterpunkt „Vermeidung von Fatigue“ mit aufzunehmen. Da die Fatigue und die damit einhergehende abnorme Müdigkeit einen starken Einfluss auf die Lebensqualität hat, sollte das Symptom/Begleitsymptom auf keinen Fall in der Therapieplanung und weiterführend dem Therapieziel übersehen werden.</p> <p>Wir weisen in diesem Zusammenhang auf die enge Verbindung von Fatigue mit Schmerz und Depression und damit einhergehenden gravierenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe hin. Als ein weiteres Therapieziel sollte daher die Verminderung von psychosozialer Beeinträchtigung diskutiert werden.</p>	<p>angepasst.</p>
2.2	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V, (SHV), 20.10.2020	<p>Zeile: 195</p> <p>Text: PatV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergänzend zur Physiotherapie und Ergotherapie sollen die</li> </ul>	<p><b>DKG</b> Der Vorschlag wird nicht aufgenommen, da eine prioritäre Empfehlung zum Funktionstraining aus den Leitlinien nicht abgeleitet werden kann.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Patienten auf das Funktionstraining hingewiesen und bei Bedarf eine entsprechende Verordnung ausgestellt werden.</p> <p>Kommentierung SHV:</p> <p>In der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist die Rheumatoide Arthritis unter den Erkrankungen des Funktionstrainings gelistet.</p> <p>Für uns ist nicht ersichtlich, warum in der DMP Rheumatoide Arthritis auf das Funktionstraining verzichtet werden sollte. Somit unterstützen wir die Forderung der PatV.</p>	<p><b>GKV-SV, KBV, PatV:</b> Die Stellungnahme wurde zum Anlass genommen, eine der vorliegenden Evidenz entsprechende Formulierung zur Empfehlung von Funktionstraining aufzunehmen.</p>
2.3	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V. (SHV), 20.10.2020	<p>Zeile: 196</p> <p>Text: PatV</p> <p>- Podologie: Bei Patientinnen oder Patienten mit einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie an den Füßen ist unter den Voraussetzungen §§ 27 ff Heilmittel-Richtlinie die Verordnung einer podologischen Therapie angezeigt</p> <p>Kommentierung SHV:</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmung zur Podologie gemäß Heilmittel-Richtlinie. Keine Zustimmung zur Begründung und den Vorschlägen des SHV.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Auch in Kenntnis der Änderung der Heilmittel-Richtlinie vom 20.02.20 zur Verordnungsfähigkeit von Maßnahmen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Der SHV unterstützt diesen Wunsch, weist aber darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis aufgrund der Deformierung der Zehengrundgelenke plantar generell an schmerzhaften Verhornungen leiden.</p> <p>Vom Besuch eines kosmetischen Fußpflegeinstituts ist abzuraten, da dort Verhornungen in der Regel mit dem Kappenschleifer bearbeitet werden, was durch Überhitzung des Gewebes zu Folgeschäden führen kann. Unabhängig von einer vorliegenden Neuropathie ist bei dieser Patientengruppe die Verordnung regelmäßiger Hornhautabtragung beim Podologen angezeigt.</p>	<p>der podologischen Therapie wird der Textvorschlag nicht unterstützt, da eine krankhafte Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie der RA sehr selten ist (Mononeuritis multiplex im Rahmen einer vaskulitisch verlaufenden RA) und in der Versorgung nur eine untergeordnete Rolle spielt.</p>
2.4	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V, (SHV), 20.10.2020	<p>Zeile: 381-383</p> <p>Text: Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt:</p> <p>Kommentierung SHV:</p> <p>Wir unterstützen die Forderung der PatV. Bei der RA wirkt sich die chronische Entzündung auf Organsysteme außerhalb des</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmung zu den Ausführungen des SHV.</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Laut der S3-Leitlinie Management der frühen RA kommen neben den internistischen Rheumatologen auch den Hausärzten und den Orthopäden eine entscheidende Rolle im Management der rheumatoiden Arthritis zu. Neben der Diagnosestellung der RA wird hier insbesondere die frühe Therapieeinleitung und die kontinuierliche Begleitung inklusive der</p>



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Gelenkapparates aus, weshalb entzündlich-rheumatische Erkrankungen als hochkomplexe Systemerkrankungen aufzufassen sind, bei denen die Prognose und die Lebensqualität maßgeblich von den Begleiterkrankungen beeinflusst werden. Eine sachgerechte Spezialisierung ist daher bei der Koordination der Langzeitbetreuung von großer Bedeutung.</p>	<p>Kontrolluntersuchungen bei laufenden Therapien bei den beiden letztgenannten Fachgruppen gesehen. Diese Aufgaben entsprechen der Rolle der koordinierenden Ärztin oder des koordinierenden Arztes im DMP. Zentrales Ziel dieses DMP ist es, die knappe Ressource der Verfügbarkeit internistischer Rheumatologen durch strukturierte Aufgabenteilung und -zuweisung besser zu nutzen. Dies soll insbesondere durch einen gezielteren Zugang zur zweiten Versorgungsebene erreicht werden. Gleichzeitig soll das window of opportunity durch klare Aufgabenzuweisung an den Erstbehandelnden bei mehr Patientinnen und Patienten genutzt und die frühe RA-Therapie umgesetzt werden.</p> <p><b>GKV-SV:</b> Deshalb soll die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten hauptsächlich durch den Hausarzt erfolgen, der durch seine internistische Ausbildung dazu befähigt ist Begleiterkrankungen zu erkennen und zu therapieren Wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung bei einem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie angebunden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			erforderlich ist, kann die Langzeitbetreuung auch dort erfolgen.
2.5	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V, (SHV), 20.10.2020	Zeile: 421 - 422 Text: Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Kommentierung SHV: Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um die Erwerbsfähigkeit und die soziale Teilhabe zu erhalten oder wiederherzustellen.	<b>PatV:</b> Zustimmung <b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Der Begriff „soziale Teilhabe“ ist im §5 SGB IX verankert und soll nicht in den RiLi Text aufgenommen werden, da die Träger der Leistungen gemäß §6 SGB IX zur sozialen Teilhabe z.B. Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder die Träger der Eingliederungshilfe sind. Somit wird der Begriff rechtlich in einem anderen Zusammenhang genutzt.
2.6	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V, (SHV), 20.10.2020	Zeile: 462 - 472 Text: 5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 6 SGB V)	Der G-BA hält die Relevanz der psychosozialen Beeinträchtigung als Outcome-Parameter der RA-Behandlung nicht für gegeben.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
 über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Für die Evaluation nach § 6 Absatz 2 Nummer 1 DMP-Anforderungen-Richtlinie sind mindestens folgende medizinische Parameter auszuwerten: 466-472  Kommentierung SHV:  Wir empfehlen die Aufnahme eines weiteren Parameters: h) geringe psychosoziale Beeinträchtigung.	
2.7	Spitzenverband der Heilmittelverbände e. V, (SHV), 20.10.2020	Zeile: 481 Text: Anlage 22 Rheumatoide Arthritis - Dokumentation Kommentierung SHV: Wir empfehlen, unter „Anamnese und Befunddaten“ einen weiteren Punkt aufzunehmen: 5. Psychosoziale Parameter - Psychische Beeinträchtigungen /Depression - Aktivitäten und Beziehungen - Subjektive Lebensqualität - Berufstätigkeit	Siehe laufende Nummer 2.6

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.	<b>Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020</b>		
3.1	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020	Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Wir bedanken uns für die Einbeziehung unserer Organisation und nehmen wie folgt zum Beschlussentwurf für ein DMP Rheumatoide Arthritis (DMP RA) Stellung.	Kenntnisnahme
3.2	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020	<p><b>(Fach-)Ärztliche Betreuung im Rahmen des DMP RA</b></p> <p>Der Beschlussentwurf zum DMP RA enthält mehrfach einen Dissens im Hinblick auf die Einbeziehung von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie (Orthopädischer Rheumatologe, Orthopädische Rheumatologin).</p> <p>Dieser Dissens bezieht sich auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Einschreibung von Patientinnen und Patienten in ein DMP RA (Z 137, Z 141),</li> <li>- die Einleitung therapeutischer Maßnahmen (Z 249, Z 262, Z</li> </ul>	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>276) und die Verlaufskontrolle (Z 373) sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Koordination der Langzeitbetreuung (Z 383).</li> </ul> <p>Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt hier die Formulierungen, die von GKV-SV, DKG und PatV getragen werden.</p> <p>Die Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie gemäß MWO (Fassung vom 20.09.2019) sieht bei komplexen rheumatischen Erkrankungen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem internistischen Rheumatologen vor. Dies bezieht sich zum einen auf die Diagnostik und Therapie von bspw. entzündlichen rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane.</p> <p>Bei der rheumatoiden Arthritis liegt als komplexe rheumatische Erkrankung eine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung vor, die sich nicht nur am Bewegungsapparat manifestiert und darüber hinaus auch von zahlreichen Komorbiditäten begleitet werden kann. Daher wird auch im Hinblick auf die Überwachung der Dauertherapie im Langzeitverlauf explizit die Zusammenarbeit mit dem internistischen Rheumatologen festgeschrieben.</p>	<p><b>KBV:</b> Auch in der KBV-Position ist bei komplexen Therapieentscheidungen eine Zusammenarbeit mit dem internistischen Rheumatologen vorgesehen. Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit internistischen Rheumatologen wird nicht in Frage gestellt. Lediglich in Ausnahmefällen, nämlich Falle des Fehlens von ausreichend internistischen Rheumatologen in bestimmten Regionen, können diese Aufgaben aus Sicht der KBV auch von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden. Sind regional nicht ausreichend internistische Rheumatologen verfügbar, würde ansonsten keine für diese Erkrankung spezialisierte Arztgruppe die Behandlungsentscheidungen übernehmen können.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Weiterhin wird die Weiterbildungszeit überwiegend in Weiterbildungseinrichtungen der Orthopädie und Unfallchirurgie abgeleistet, in denen überwiegend Betroffene mit degenerativen Erkrankungen gesehen werden.</p> <p>Die Diagnostik und medikamentöse Therapie der komplexen rheumatologischen Systemerkrankungen - wie die rheumatoide Arthritis - kann im Regelfall daher nur den Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie zugeordnet werden. Diese werden hierfür in einer Weiterbildungseinrichtung ausgebildet, in der regelmäßig Betroffene mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen diagnostiziert und therapiert werden und die somit die erforderlichen Kenntnisse erwerben können.</p> <p>Die Versorgungsstruktur mit internistischen Rheumatologinnen und Rheumatologen ist in vielen Regionen defizitär. Dies führt dazu, dass eine Überweisung zum internistischen Rheumatologen oft nicht oder nicht zeitnah möglich ist. Hier erfolgt die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen auch durch orthopädische Rheumatologinnen und Rheumatologen.</p>	<p>Die Diagnostik und Basistherapie ist laut der S3-Leitlinie Versorgungsmanagement der frühen RA sowohl durch internistische Rheumatologen, als auch durch Hausärzte und Orthopäden durchführbar. Nur durch den Einbezug aller drei Arztgruppen kann das window of opportunity durch klare Aufgabenzuweisung an den Erstbehandelnden bei mehr Patientinnen und Patienten genutzt und die frühe RA-Therapie umgesetzt werden.</p> <p><b>KBV:</b> Die KBV-Position spiegelt diesen Sachverhalt in ihrer Position wider, die Versorgung hinsichtlich komplexer Therapieentscheidungen durch orthopädischen Rheumatologen ist nur bei regional defizitären Versorgungsstrukturen vorgesehen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.3	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020	<p>Zu weiteren Punkten des Beschlussentwurfes für ein DMP RA:</p> <p><b>1.4. Therapieziele</b></p> <p><b>Verminderung von Fatigue (Z 154)</b></p> <p>Fatigue (Müdigkeit/Abgeschlagenheit) ist ein häufiges patientenrelevantes Symptom bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis und betrifft 40-80 Prozent der Patientinnen und Patienten.</p> <p>Die Ursache für die andauernde Müdigkeit/Abgeschlagenheit ist zwar noch nicht geklärt, kann aber als multikausal angenommen werden.</p> <p>Fatigue korreliert nur schwach mit der Krankheitsaktivität. Die medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis reduziert zwar den Schweregrad von Fatigue, beseitigt sie aber in der Regel nicht. Personalisierte Physiotherapie kann ebenso zur Linderung von Fatigue beitragen.</p> <p>In der Routineversorgung wird Fatigue oftmals nicht berücksichtigt – die Patientinnen und Patienten sehen sich mit ihren Beschwerden allein gelassen. Müdigkeit/Abgeschlagenheit</p>	Siehe laufende Nummer 2.1.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>beeinträchtigen jedoch die Lebensqualität der Betroffenen erheblich.</p> <p>Eine Aufnahme der Verminderung von Fatigue in die Therapieziele wird daher unterstützt.</p> <p>Zudem wurde in der aktuellen Beschlusslage des G-BA (AM_RL_XII zu Upadacitinib) Fatigue als patientenrelevanter Endpunkt in der Nutzenbewertung berücksichtigt.</p>	
3.4	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020	<p><b>1.5. Therapeutische Maßnahmen</b></p> <p><b>1.5.2. Nichtmedikamentöse Maßnahmen</b></p> <p><b>Funktionstraining und Medizinische Rehabilitation</b></p> <p>Im Textentwurf zu den nicht-medikamentösen Maßnahmen werden neben einer Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der Patientenschulung ebenfalls das Funktionstraining und Leistungen der medizinischen Rehabilitation aufgeführt.</p> <p>Im weiteren Verlauf der Darstellung einzelner nicht-medikamentöser Maßnahmen sollen diese auch weiter berücksichtigt werden.</p>	Siehe laufende Nummer 2.2.



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><b>Funktionstraining (Z 195)</b></p> <p>Das Funktionstraining ist ein spezielles Übungsprogramm - bestehend aus Warmwasser- und Trockengymnastik. Es trägt dazu bei, kranke Gelenke in ihren Funktionen beweglich zu halten, Funktionsverluste hinauszuzögern und die Beweglichkeit der Patientinnen und Patienten insgesamt zu erhalten und zu verbessern. Funktionstraining wird unter professioneller Anleitung in Gruppen durchgeführt.</p> <p>Grundlage für die Verordnung von Funktionstraining ist die "Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Das Funktionstraining wird nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX (bis 31.12.2017 § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX) als ergänzende Leistung zur Rehabilitation erbracht.</p> <p>Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt das Anliegen der Patientenvertretung, das Funktionstraining in das DMP RA aufzunehmen.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.5	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020	<p><b>Medizinische Rehabilitation (Z 177)</b></p> <p>Die Medizinische Rehabilitation ist ein wichtiger Baustein in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis. Die stationäre oder ambulante Rehabilitation soll die funktionale Gesundheit erhalten und verbessern. Sie lindert Schmerzen, verbessert die Beweglichkeit und mindert psychosoziale Belastungen.</p> <p>Da Maßnahmen der Medizinischen Rehabilitation - wie oben erwähnt - in der Einleitung zu diesem Kapitel benannt werden, sollte die Einzeldarstellung der einzelnen Maßnahmen ebenfalls um einen Hinweis auf die/zur medizinische/n Rehabilitation ergänzt werden.</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmung</p> <p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Die medizinische Rehabilitation setzt sich aus verschiedensten Maßnahmen zusammen u. a. Heilmittel und Hilfsmittel. Da die medizinische Rehabilitation entsprechend den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sehr individuell sind und die Maßnahmen vielfältig, kann nicht abschließend alles aufgezählt.</p>
3.6	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020	<p><b>Podologie (Z 196)</b></p> <p>Das Vorliegen von sensiblen oder sensomotorischen Neuropathien in Kombination von Risikofaktoren wie Hyperkeratosen oder Wundheilungsstörungen geht mit der Gefahr einher, dass unumkehrbare Folgeschäden auftreten. Daher sollten</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmung</p> <p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Siehe laufende Nummer 2.3</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>alle Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis - falls indiziert - regelmäßig Zugang zur podiatrischen Versorgung erhalten.</p> <p>Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt ausdrücklich das Anliegen der Patientenvertretung, die medizinische Fußpflege in einem DMP RA zu verankern.</p>	
3.7	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020	<p><b>1.8. Kooperation der Versorgungssektoren</b></p> <p><b>1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt (Z 383)</b></p> <p>Um einen Arztwechsel zu vermeiden, sollte es für Patientinnen und Patienten, die sich bei Einschreibung in das DMP RA bereits in einer Dauerbehandlung bei einer internistischen Rheumatologin oder einem internistischen Rheumatologen befinden, möglich sein, diese/n weiterhin als erste Ansprechpartnerin bzw. ersten Ansprechpartner für ihre Behandlung aufsuchen zu können.</p> <p>Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt daher die von der Patientenvertretung vorgeschlagene Formulierung.</p>	<p><b>KBV:</b> Auch im Vorschlag der KBV ist die dauerhafte Betreuung durch internistische Rheumatologen vorgesehen.</p> <p><b>GKV-SV, DKG:</b> Auch im Vorschlag des GKV-SV und der DKG ist diese Option möglich.</p> <p><b>PatV:</b> Zustimmung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
3.8	Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V., 26.10.2020	<p><b>4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten (§ 137f Abs. Satz 2 Nummer 4 SGB V)</b></p> <p><b>4.2. Schulungen der Versicherten (Z 454)</b></p> <p>Für die Rheumatologie liegen derzeit zwei Patientenschulungsprogramme vor, die den Anforderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie genügen. Dabei handelt es sich um die Patientenschulungsprogramme „StruPi-RA“ und die „Basisschulung RA“.</p> <p>Sofern in den nächsten Jahren weitere Programme den Anforderungen aus der DMP-Anforderungen-Richtlinie an die Schulungsprogramme genügen, sollten diese ebenfalls in das DMP aufgenommen werden können.</p>	Die Stellungnahme wurde zum Anlass genommen, das entsprechende Kapitel zu den Schulungen zu überarbeiten. Die beiden von den Stellungnehmenden genannten Schulungen werden in den Tragenden Gründen als medizinisch-inhaltlich für diese DMP geeignet bewertet und benannt.
4.	<b>Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., 26.10.2020</b>		
4.1	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., 26.10.2020	Als Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew e.V. begrüßen wir es, dass wir aufgefordert wurden zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens unsere Sicht der Dinge feststellen können.	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
4.2	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., 26.10.2020	<p><b>1.5.2. Nichtmedikamentöse Maßnahmen</b></p> <p><b>Funktionstraining und Medizinische Rehabilitation</b></p> <p>Im Textentwurf zu den nicht-medikamentösen Maßnahmen werden neben einer Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der Patientenschulung ebenfalls das Funktionstraining und Leistungen der medizinischen Rehabilitation aufgeführt. Im weiteren Verlauf der Darstellung einzelner nicht-medikamentöser Maßnahmen sollen diese auch weiter berücksichtigt werden.</p> <p><b>Funktionstraining (Z 195)</b></p> <p>Das Funktionstraining ist ein spezielles Übungsprogramm - bestehend aus Warmwasser- und Trockengymnastik. Es trägt dazu bei, kranke Gelenke in ihren Funktionen beweglich zu halten, Funktionsverluste hinauszuzögern und die Beweglichkeit der Patientinnen und Patienten insgesamt zu erhalten und zu verbessern. Funktionstraining wird unter professioneller Anleitung in Gruppen durchgeführt.</p> <p>Grundlage für die Verordnung von Funktionstraining ist die "Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das</p>	Siehe laufende Nummer 2.2

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Funktionstraining" auf der Ebene der Bundesarbeitsgemein- schaft für Rehabilitation (BAR). Das Funktionstraining wird nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX (bis 31.12.2017 § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX) als ergänzende Leistung zur Rehabilita- tion erbracht.</p> <p>Die Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew unterstützt das Anliegen der Patientenvertretung, das Funktionstraining in das DMP RA aufzunehmen.</p>	
4.3	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., 26.10.2020	<p><b>Podologie (Z 196)</b></p> <p>Das Vorliegen von sensiblen oder sensomotorischen Neuro- pathien in Kombination von Risikofaktoren wie Hyperkerato- sen oder Wundheilungsstörungen geht mit der Gefahr einher, dass unumkehrbare Folgeschäden auftreten. Daher sollten alle Patientinnen und Patienten mit einer rheumatoiden Arth- ritis - falls indiziert - regelmäßig Zugang zur podiatrischen Ver- sorgung erhalten.</p> <p>Die Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew unterstützt ausdrücklich das Anliegen der Patientenvertretung, die medi- zinische Fußpflege in einem DMP RA zu verankern.</p>	Siehe laufende Nummer 2.3

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
4.4	Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e.V., 26.10.2020	<p><b>4.2. Schulungen der Versicherten (Z 454)</b></p> <p>Für die Rheumatologie liegen derzeit zwei Patientenschulungsprogramme vor, die den Anforderungen der DMP-Anforderungen-Richtlinie genügen. Dabei handelt es sich um die Patientenschulungsprogramme „StruPi-RA“ und die „Basisschulung RA“.</p> <p>Sofern in den nächsten Jahren weitere Programme den Anforderungen aus der DMP-Anforderungs- Richtlinie an die Schulungsprogramme genügen, sollten diese ebenfalls in das DMP aufgenommen werden können.</p>	Siehe laufende Nummer 3.8
5.	<b>Deutsche Rentenversicherung Bund, 27.10.2020</b>		
5.1	Deutsche Rentenversicherung Bund, 27.10.2020	<p><i>[1.3 Einschreibekriterien</i></p> <p><i>Die Ärztin oder der Arzt hat zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient im Hinblick auf die in Nummer 1.4 genannten Therapieziele von einer Einschreibung profitieren kann.]</i></p> <p>Kommentar:</p>	Die Prüfung einer Rehabilitationsmaßnahme ist in 1.8.4 geregelt und bedarf somit nicht einer zusätzlichen Aufnahme in 1.3. Zudem werden im DMP keine Empfehlungen getroffen, die sich auf den Zeitraum „vor Einschreibung“ beziehen, ausgenommen, der Voraussetzungen für eine Einschreibung.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Vor der Einschreibung sollte individuell durch die Ärztin bzw. den Arzt geprüft werden, ob eine medizinische Rehabilitation sinnvoll ist, z. B. um negative Auswirkungen auf die Teilhabe zu verhindern. Sollte eine Rehabilitationsbedürftigkeit bestehen, verweist er/sie den Patienten oder die Patientin für die weitere Beratung und Prüfung an den Rehabilitationsträger (z. B. Renten-, Unfall- oder Krankenversicherung) und weist auf die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung hin.	
5.2	Deutsche Rentenversicherung Bund, 27.10.2020	[1.4 Therapieziele] Kommentar: Wir schlagen folgende Ergänzung zu den Therapiezielen vor: - Verbesserung der Belastungsfähigkeit - Verbesserung von Aktivität und Teilhabe	Auf die besondere Bedeutung von Sport und regelmäßiger körperlicher Aktivität wird unter Nummer 1.5.1 ausreichend eingegangen. Die Ziele der medizinischen Rehabilitation sind im Gesetz angelegt. Der G-BA benennt hier deklaratorisch explizit nur die aus seiner Sicht besonders relevanten Aspekte. Ein Ausschluss weiterer gesetzlich vorgesehener Ziele ist damit nicht verbunden.
5.3	Deutsche Rentenversicherung Bund,	[1.5.1 Allgemeine Maßnahmen und Schutzimpfungen]	Psychosoziale Aspekte, Krankheitsakzeptanz und -bewältigung sind zentrale Themen der im Beschlussentwurf unter



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	27.10.2020	Kommentar:  Alle Patienten sollen im Arzt-Patienten-Gespräch über das bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis von der rheumatischen Arthritis aufgeklärt werden. In diesem Sinne sollen neben den somatischen auch die psychischen und sozialen Faktoren bei Krankheitsentstehung und –fortdauer eruiert werden und bei der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden.	Nummer 4.2 (Schulungen der Versicherten) adressierten Patientenschulungen.
5.4	Deutsche Rentenversicherung Bund, 27.10.2020	<i>[1.8.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme]</i>  Kommentar:  Je nach Konstellation können bestimmte Rehabilitationskonzepte wie z.B. verhaltensmedizinische oder beruflich- orientierte Rehabilitation Anwendung finden.	Im Bereich der medizinischen Rehabilitation gibt es grundsätzlich indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte, so auch z.B. für muskuloskelettale Erkrankungen zu denen auch die rheumatoide Arthritis zählt. Eine Orientierung zur Ausrichtung der Rehabilitation kann die Rahmenempfehlung für muskuloskelettale Erkrankungen bieten, deren Grundsätze auch für die stationäre Reha gelten. Ebenso gibt es die rein rheumatologische Rehabilitation. Verhaltensmedizinische Aspekte sind dabei ein Element des interdisziplinären Ansatzes einer medizinischen Reha und bilden kein eigenes (Reha-) Konzept ab.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
			<p>Die Medizinisch Beruflich Orientierte Rehabilitation (MBOR) stellt eine gesonderte Leistungsausführung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der DRV dar. Grundsätzlich wird die MBOR vorrangig bei orthopädischen und psychosomatischen Patienten empfohlen. Insoweit bildet die MBOR nicht den Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation der DRV.</p> <p>Somit werden Rehabilitationsmaßnahmen individuell geprüft und sind sehr vielfältig, einzelne Aspekte sollten nicht in die Richtlinie aufgenommen werden.</p>
6.	<b>Bundesamt für Soziale Sicherung, 28.10.2020</b>		
6.1	Bundesamt für Soziale Sicherung, 28.10.2020	<p><b>1. Zu Anlage 21, Nummer 1:</b>  <b>Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsektors (§ 137f Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 SGB V)</b></p>	Würdigung und Kommentierung entsprechend unter den laufenden Nummern 6.2ff.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>A) Beabsichtigte Neuregelung, Vorschlag der KBV an den Regelungspunkten</p> <p><b>1.3 Einschreibekriterien, Rn 137 und 141</b></p> <p><b>1.5.3.2. Krankheitsmodifizierende Medikation Rn 249 und 262</b></p> <p><b>1.5.3.3 Deeskalation der DMAR-Therapie, Rn 276</b></p> <p><b>1.7 Verlaufskontrolle, Rn 373</b></p> <p><b>1.8.2 Überweisungsregelung, Rn. 399</b></p> <p>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung möchte rheumatologisch qualifizierte Orthopäden sowohl auf der ersten als auch der zweiten Versorgungsebene einbinden, sofern die regionale Versorgungssituation diese erfordert.</p> <p><i>„Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom</i></p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><i>Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“</i></p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Da für die Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis nicht flächendeckend rheumatologische Internisten zur Verfügung stehen, regt die KBV in allen voranstehenden Punkten des Beschlussentwurfs an, die Vorstellung beim rheumatologisch qualifizierten Orthopäden ausnahmsweise zuzulassen, wenn dies aufgrund der regionalen Versorgungsstruktur erforderlich sein sollte. Die Vertreter des GKV-SV, der DKG und der PatV möchten, dass durchgängig nur der rheumatologisch qualifizierte Internist adressiert wird.</p> <p>Die rheumatoide Arthritis ist nicht auf den Bewegungsapparat beschränkt, sondern eine systemische Erkrankung. Die Prognose wird durch diverse - meist - internistische Komorbiditäten (ausführlich siehe 1.6. BE und TG) wesentlich beeinflusst. Der Entzündungsprozess und die medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis erhöht das Risiko zur Entstehung</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
 über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>von Komorbiditäten und erschwert auch deren Behandlung. Die Therapie basiert auf einer oft komplexen und nebenwirkungsreichen medikamentösen Behandlung, begleitet von physikalischen Therapien. Es handelt sich somit um eine diagnostisch und therapeutisch insbesondere internistisch zu führende Erkrankung.</p> <p>Es leitet daher fehl, im DMP Rheumatoide Arthritis nur vom „Rheumatologen“ ohne Differenzierung nach Internisten und Orthopäden zu sprechen (TG zu Nr. 1.3, KBV-Position in Rn 152). Dies umso mehr, da die rheumatologische Zusatzqualifikation für Orthopäden bisher eher chirurgisch ausgerichtet war. Erst mit der Musterweiterbildungsordnung in 2019 wurde der Schwerpunkt zur konservativen Therapie verschoben. Es wird demnach noch einige Jahre dauern, bis Orthopäden mit nach neuem Recht erworbener Zusatzqualifikation zur Verfügung stehen. Eine Einbindung von rheumatologisch qualifizierten Orthopäden auf der zweiten Ebene erscheint deshalb zu früh.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Denkbar wäre ggf. die rheumatologisch qualifizierten Orthopäden auf der ersten Ebene zuzulassen, sofern die regionale Versorgungssituation dies erfordert und es sich nicht um multimorbide Patienten handelt. Um zu verhindern, dass unabhängig von der Versorgungssituation flächendeckend in einem KV-Bereich Orthopäden mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie eingesetzt werden, sollten die Vertragspartner verpflichtet werden, Kriterien vertraglich zu vereinbaren, die verhindern, dass Orthopäden auch da eingesetzt werden, wo durch die anderen Arztgruppen eine hinreichende Versorgung gewährleistet ist.	
6.2	Bundesamt für Soziale Sicherung, 28.10.2020	<p><b>Zu den Regelungen im Einzelnen:</b></p> <p><b>2. Zu 1.3. Einschreibekriterien, Rn 137 und 141</b></p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung, Vorschlag der KBV Die KBV schlägt im Gegensatz zu den übrigen Bänken vor, dass</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
 über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>sofern die regionale Versorgungssituation dies erfordert in Ausnahmefällen auch der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie die Einschreibung vornehmen kann, wenn 6 Punkte nach den ACR/EULAR Klassifikationskriterien nicht erreicht werden, aber weiterhin der Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis besteht (Randnummer 137). Darüber hinaus soll auch die Vorstellung drei Monate nach der Erstdiagnose nicht nur bei einer Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, sondern wenn die regionale Versorgungsstruktur dies erfordert, auch in Ausnahmefällen beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie möglich sein (RN 141).</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Das BAS kann dem KBV-Vorschlag zur Rn 137 folgen, vorausgesetzt es wird daran festgehalten, dass eine Vorstellung der Patientinnen und Patienten bei der Fachärztin oder dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie innerhalb von 3 Monaten angestrebt wird (Rn 138-140).</p>	<p><b>KBV:</b> Der Vorschlag wird aufgenommen und eine Ergänzung in den Tragenden Gründen formuliert.</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Der Facharzt für Orthopädie besitzt weder die erforderlichen Qualifikationen, um bei nicht gesicherter Diagnosestellung und weiterhin vorliegendem Verdacht</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Da der Begriff der „regionalen Versorgungssituation“ einen großen Beurteilungsspielraum zulässt, sollten die Vertragspartner die jeweilige Versorgungssituation im Versorgungsgebiet bei der Antragstellung schlüssig darlegen. Um zu verhindern, dass unabhängig von der Versorgungssituation flächendeckend in einem KV-Bereich Orthopäden mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie eingesetzt werden, sollten darüber hinaus die Vertragspartner verpflichtet werden, Kriterien vertraglich zu vereinbaren, die verhindern, dass Orthopäden auch da eingesetzt werden, wo durch die anderen Arztgruppen eine hinreichende Versorgung gewährleistet ist. Eine entsprechende Regelung sollte unter 1.8.1 getroffen werden.</p>	<p>die abschließende Diagnose zu stellen, noch besitzt er die hinreichende Qualifikation nach erfolgter Erstdiagnose die Gesamtsituation zu einem frühen Zeitpunkt zu beurteilen.</p> <p>Die Qualifikation, wie sie die Ärzte für Innere Medizin und Rheumatologie aufweisen, ist nicht entbehrlich, wenn die angestrebte Verbesserung der Versorgung erreicht werden soll.</p>
6.3	Bundesamt für Soziale Sicherung, 28.10.2020	<p><b>3. Zu 1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation (Disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD), hier: Rn 249 und 262</b></p> <p><b>sowie</b></p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><b>4. Zu 1.5.3.3 Deeskalation der DMARD-Therapie</b></p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung jeweils zu Therapie-stufe 2 und 3</p> <p>Nach Auffassung der KBV soll sowohl die Eskalation als auch die Deeskalation der DMARD-Therapie in Ausnahmefällen durch den Facharzt oder die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie durchgeführt werden können.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Das BAS folgt hier dem Eingangsvotum (siehe Nummer 1 der Stellungnahme) entsprechend der Auffassung von GKV-SV, DKG und PatV.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Zustimmung erster Absatz (B)</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme des Hinweises des BAS, dass sich Überweisungsanlässe sowohl in den Kapiteln unter 1.3, 1.5.3.2 und 1.5.3.3 finden, als dann auch noch einmal gesammelt unter 1.8.2. Die Wiederholung ist bewusst eingesetzt worden, um die Relevanz der Überweisung zum Facharzt für</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Darüber hinaus sind die Zuständigkeiten/Überweisungsanlässe bereits unter 1.8.2 geregelt. Aus systematischen Gründen empfehlen wir eine Durchmischung von therapeutischen Abläufen und Zuständigkeiten in den Nummern 1.5.3.2 und 1.5.3.3 zu vermeiden.	Innere und Rheumatologie zu betonen.  <b>KBV:</b> Die KBV-Position sieht bei komplexen Therapieentscheidungen eine Zusammenarbeit mit dem internistischen Rheumatologen vor. Lediglich in Ausnahmefällen, nämlich im Falle des Fehlens von ausreichend internistischen Rheumatologen in bestimmten Regionen, können diese Aufgaben aus Sicht der KBV auch von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden. Sind regional nicht ausreichend internistische Rheumatologen verfügbar, würde ansonsten keine für diese Erkrankung spezialisierte Arztgruppe die Behandlungsentscheidungen übernehmen können.
6.4	Bundesamt für Soziale Sicherung, 28.10.2020	<b>5. Zu 1.7 Verlaufskontrolle</b> Wir schließen uns der Ansicht von GKV-SV, DKG und PatV an.	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung  <b>KBV:</b> Siehe laufende Nummer 6.3.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
6.5	Bundesamt für Sozi- ale Sicherung, 28.10.2020	<p><b>6. Zu 1.8.1 Koordinierender Arzt/Ärztin</b></p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Die vier Bänke innerhalb des G-BA schlagen jeweils unterschiedliche Regelungen dazu vor, welcher Arzt im DMP Rheumatoide Arthritis die Koordination des teilnehmenden Versicherten übernehmen soll.</p> <p>Dabei stimmen KBV, DKG und PatV dahingehend überein, dass sie nebeneinander den Hausarzt oder einen (internistischen oder orthopädischen) Rheumatologen relativ gleichberechtigt als Koordinator sehen. Unterschiede bestehen darin, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die KBV die qualifizierte Einrichtung davon ausnimmt und</li> <li>• die DKG und GKV-SV ein bestehendes Behandlungsverhältnis oder eine medizinisch gebotene Facharzt-Behandlung voraussetzt</li> </ul>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• KBV und PatV dem Hausarzt im Falle einer bestehenden Multimorbidität den Vorrang geben.</li> </ul> <p>Der GKV-SV hingegen sieht nachrangig hinter dem Hausarzt nur den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder den Internisten mit Schwerpunkt für Rheumatologie in der Funktion des Koordinators und dies auch nur ausnahmsweise, wenn er bereits am Programm (auf der Ebene 2) teilnimmt, ein bereits bestehendes Behandlungsverhältnis vorliegt oder die fachärztliche Betreuung medizinisch geboten ist.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Ein gleichberechtigtes Nebeneinander von internistischen oder orthopädischen Rheumatologen und Hausärzten ist kritisch zu bewerten.</p> <p>Dem Orthopäden fehlt der Blick auf den gerade bei Rheuma-Patienten bestehenden komplexen Koordinierungsbedarf. Die</p>	<p><b>KBV:</b> Eine vor- und nachrangige Nennung bestimmter Arztgruppen könnte den Eindruck einer gewünschten Bevorzugung bestimmter Arztgruppen hervorrufen. Diese Formulierung könnte aus Sicht der KBV dann als Quotenregelung missverstanden werden. Einschränkungen bzw. Gewichtungen hinsichtlich der teilnehmenden Arztgruppen sind bei diesem verhältnismäßig „kleinen“ DMP (Schätzung der Gesamtzahl der RA-Patientinnen und Patienten in Deutschland: 740.000), wie in den Tragenden Gründen beschrieben, nicht zielführend: Es ist kritisch zu hinterfragen, inwieweit Hausärztinnen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Befürchtung der KBV, dass Hausärzte aufgrund der geringen Anzahl eigener Rheuma-Patienten den Aufwand des Beitritts zu diesem neuen DMP scheuen könnten, klingt jedoch berechtigt. An dieser Stelle könnte eine Beteiligung der Orthopäden im Ausnahmefall die Umsetzung des DMP Rheumatoide Arthritis erleichtern, wobei jedoch die Qualifikation dieser Orthopäden in der Richtlinie klar definiert sein sollte. Dies ist bei der Zusatz-Weiterbildung orthopädische Rheumatologie der Fall, nicht jedoch bei dem unbestimmten Rechtsbegriff „rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde“.</p> <p>Die Gleichstellung des Hausarztes zum internistischen Rheumatologen liegt inhaltlich schon näher. Angesichts der aber von allen Seiten zu Recht beklagten angespannten Versorgungsstruktur sollte die Koordination durch den Internisten tatsächlich nur auf wenige Ausnahmen beschränkt bleiben, um so möglichst vielen Rheuma-Erkrankten den zeitnahen Zugang zum Facharzt zu ermöglichen. Wir weisen darauf hin, dass bei einer gleichberechtigten Teilnahme von Hausärzten und internistischen Rheumatologen auf der ersten Ebene die</p>	<p>und Hausärzte Interesse an einem weiteren DMP, bei relativ niedrigen Prävalenzzahlen in den Hausarztpraxen, haben werden. Es wird eine gleichberechtigte Teilnahme für alle für die Koordination qualifizierten Arztgruppen angestrebt. Die Qualifikation zur Koordination haben laut S3-Leitlinie „Management der frühen RA“ sowohl internistische Rheumatologen, als auch Hausärzte und Orthopäden. Laut S3-Leitlinie besteht keine Einschränkung hinsichtlich der Qualifikation der Orthopäden beim Management der RA.</p> <p>Die Umsetzung dieses DMP mit einem Zugang für möglichst viele RA-Patienten sollte nicht durch medizinisch-inhaltlich nur schwer nachvollziehbaren Hürden erschwert werden.</p> <p><b>DKG:</b> Im Vorschlag der DKG sind die in der Stellungnahme adressierten Bedenken weitgehend berücksichtigt. Lediglich die grundsätzliche Betreuung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt ist im Vorschlag der DKG nicht enthalten. Hier teilt die DKG die Position der KBV, dass eine vor- und nachrangige Nennung bestimmter Arztgruppen als Quotenregelung missverstanden werden könnte.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Zahl der teilnehmenden rheumatologisch qualifizierten Inter- nisten auf der 2. Versorgungsebene höher angesetzt werden müsste, da diese nur in Teilen für eine weitergehende Be- handlung zur Verfügung stehen würden.</p> <p>C) Formulierungsvorschlag</p> <p>Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behand- lungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch die Hausärztin o- der den Hausarzt im Rahmen ihrer in § 73 SGB V beschriebe- nen Aufgaben.</p> <p>In Ausnahmefällen kann eine Patientin oder ein Patient mit rheumatoider Arthritis eine zugelassene oder ermächtigte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin/einen Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie oder</li> <li>• eine internistische Fachärztin/einen internistischen Facharzt mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie oder</li> </ul>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• eine internistische Fachärztin /einen internistischen Facharzt mit Teilgebiet Rheumatologie oder</li> <li>• eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Abs. 7 SGBV an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt,</li> </ul> <p>auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen, wenn die gewählte Fachärztin, der gewählte Facharzt oder die gewählte Einrichtung an dem Programm teilnimmt.</p> <p>Sofern eine angemessene Versorgung mit koordinierenden Ärzten durch die oben genannten Arztgruppen in der Region nicht erreichbar ist, kann eine Patientin oder ein Patient mit rheumatoider Arthritis eine zugelassene oder ermächtigte</p>	<p><b>GKV-SV, PatV:</b> Der GKV-SV lehnt die vorgeschlagene Ausnahmeregelung ab. Für den koordinierenden Arzt oder die koordinierende Ärztin ist eine grundlegende Anforderung die internistische Qualifikation, da die rheumatoide Arthritis eine komplexe Systemerkrankung ist. Die angestrebte Versorgungsverbesserung durch das DMP setzt voraus, dass die beteiligten koordinierenden Ärzte und Ärztinnen die für das Krankheitsbild erforderliche Expertise vorhalten. Dies umfasst zwingend eine internistische Weiterbildung.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fachärztin / einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder</li> <li>• eine Fachärztin / einen Facharzt für Orthopädie</li> </ul> <p>jeweils mit der Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie zur Langzeitbetreuung wählen. Die Kriterien für die Zulassung dieser Orthopäden sind unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur von den Vertragspartnern vertraglich festzulegen.</p> <p>Bei Multimorbidität sollte die Koordination durch Hausärztinnen/Hausärzte erfolgen.</p> <p>Die Überweisungsregeln in Nummer 1.8.2 sind von der Ärztin, vom Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patientin oder des Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.</p>	<p><b>PatV:</b> Zustimmung (zur Multimorbidität)</p>



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
6.6	Bundesamt für Soziale Sicherung, 28.10.2020	<p><b>7. Zu 1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung, hier insbesondere Rn. 399</b></p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Die Formulierung der KBV sieht in Rn 399 vor, dass der rheumatologisch qualifizierte Orthopäde die weitere Behandlung des Patienten übernehmen kann, sofern die regionale Versorgungssituation dies erfordert:</p> <p>„Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“</p> <p>B) Stellungnahme</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Insbesondere die in den Spiegelstrichen eins bis drei genannten Überweisungsindikationen verlangen zwingend die Behandlung durch einen internistischen Rheumatologen.</p> <p>C) Formulierungsvorschlag.</p> <p>Entsprechend den Ausführungen unter Nummer 1 der Stellungnahme folgt das BAS dem Vorschlag von GKV-SV, DKG und PatV.</p>	<p><b>KBV:</b> Die KBV-Position sieht bei entsprechenden Anlässen eine Überweisung zum internistischen Rheumatologen vor. Lediglich in Ausnahmefällen, nämlich Falle des Fehlens von ausreichend internistischen Rheumatologen in bestimmten Regionen, können diese Aufgaben aus Sicht der KBV auch von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden. Sind regional nicht ausreichend internistische Rheumatologen verfügbar, würde ansonsten keine für diese Erkrankung spezialisierte Arztgruppe diese Aufgaben übernehmen können.</p>
6.7		<p><b>8. Zu 2. Qualitätssichernde Maßnahmen, Ziel mit der laufenden Nummer 3</b></p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Nur für Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem DAS-28-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Wert <math>\geq 3,2</math> bei Einschreibung: Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer relevanten Verbesserung im DAS-28.</p> <p>B) Stellungnahme</p> <p>Wie bereits im DMP Osteoporose wird darauf hingewiesen, dass die Datenstelle, wenn sie im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung tätig wird, nach § 5 Abs. 2b DMP-A-RL Dokumentation nur für die Dauer von 12 Jahren, beginnend mit dem auf das jeweilige Erfassungsjahr der Dokumentation folgenden Kalenderjahr aufbewahren darf.</p> <p>Spätestens 6 Monate nach Ablauf dieser Aufbewahrungsfrist sind die Daten zu löschen und stehen dann für die Qualitätssicherung nicht mehr zur Verfügung.</p>	<p>Die Stellungnahme wird zum Anlass genommen, eine Berechnungsrundlage vorzugeben, die nicht auf den DAS-28-Wert der Erst-Dokumentation, sondern auf den letzten vorhandenen DAS-28-Wert (letzte vorliegende Dokumentation) referiert. Dadurch wird zudem die Abbildung einer relativ zeitnahen Veränderung ermöglicht. Es werden entsprechende Änderungen im Beschlussentwurf und in den Tragenden Gründen vorgenommen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
6.8	Bundesamt für Sozi- ale Sicherung, 28.10.2020	<p><b>9. Zu 4.2 Schulungen der Versicherten</b></p> <p>A) Beabsichtigte Neuregelung</p> <p>Es liegen zwei abweichende Regelungsvorschläge vor.</p> <p>Der GKV-SV und die DKG schlagen vor, die am 18.06.2020 in der 22. Änderung der Richtlinie für die Anlagen 13 und 15 beschlossene Regelung entsprechend für das DMP Rheumatoide Arthritis anzuwenden.</p> <p>Die KBV und PatV hingegen verweisen darauf, dass bereits zwei evaluierte, zielgruppenspezifische und publizierte Schulungsprogramme vorlägen. In den Tragenden Gründen sind diese Programme von der KBV namentlich benannt (Rn 729).</p>	<p><b>DKG, KBV, PatV:</b> Siehe laufende Nummer 3.8</p> <p><b>GKV-SV:</b> Der G-BA hat unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen Anpassungen am Beschlussentwurf und den Tragenden Gründen zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten vorgenommen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
 über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>B) Stellungnahme</p> <p>Das BAS prüft im Rahmen dieses Stellungnahmeverfahrens nicht, ob es (in den Tragenden Gründen genannte oder nicht genannte) Schulungen gibt, die den Anforderungen an das DMP genügen. Die von der KBV in den Tragenden Gründen namentlich genannten Schulungen liegen dem BAS nicht vor.</p> <p>Der Vorschlag von GKV-SV und DKG ist unseres Erachtens vorzuziehen.</p> <p>Sollten Schulungsprogramme existieren, die den Anforderungen des Programmes entsprechen, greift die im Vorschlag von GKV-SV und DKG enthaltene Formulierung: „Sofern zum Zeitpunkt ...“. Diese besagt, dass die im DMP durchzuführende Evaluation eines Schulungsprogrammes nur dann notwendig und zulässig ist, wenn vorliegende Schulungsprogramme den Anforderungen nicht genügen. Genügen sie hingegen, wird es keine Evaluation weiterer Schulungsprogramme im DMP</p>	<p><b>PatV:</b> Der G-BA hat in seinen Beratungen die Eignung der benannten Schulungen geprüft und bewertet. Die Bewertung ist verbindlich für die Prüfung nach § 137g SGB V.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Rheumatoide Arthritis geben, sondern allenfalls außerhalb des DMP Rheumatoide Arthritis.</p> <p>C) Formulierungsvorschlag</p> <p>Wir folgen dem Vorschlag von GKV-SV und DKG.</p>	
7.	<b>Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 28.10.2020</b>		
7.1	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für	<p><b>Versorgungspfade in der Rheumatologie</b></p> <p><b>Frühe Diagnostik und frühe Therapie bei der rheumatoiden Arthritis</b></p> <p><b><u>3. Versorgungspfad für Patienten mit früher Arthritis</u></b></p> <p><b>„Die meisten Menschen mit neu aufgetretenen muskuloskelettalen Beschwerden kontaktieren zuerst den Hausarzt oder den niedergelassenen Orthopäden. Diesen Fachgruppen kommen daher auch im Management der frühen Arthritis</b></p>	<p><b>KBV, DKG:</b> Dank und Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, PatV:</b> Für den koordinierenden Arzt oder die koordinierende Ärztin ist eine grundlegende Anforderung die inter-nistische Qualifikation, da die rheumatoide Arthritis eine komplexe Systemerkrankung ist. Die angestrebte Versorgungsverbesserung durch das DMP setzt voraus, dass die beteiligten</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	Unfallchirurgie (DGU), 28.10.2020	<p><b>eine entscheidende Bedeutung bei der Diagnosestellung und Versorgung zu: In der Diagnosesicherung - in der Identifikation und Überweisung der Patienten, die einer spezialisierten Diagnostik bedürfen - bei gesicherter Diagnose und Einleitung einer ersten DMARD-Therapie, um das „Window of Opportunity“ zu erreichen - bei der Beratung von Patienten vor und während einer Therapie sowie bei der Durchführung notwendiger Kontrollen bei einer laufenden Therapie.</b></p> <p><u>S. 13 - Interdisziplinäre Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis -Stand 18.12.2019 - führende Gesellschaft: DGRh</u></p> <p>Eine Auswertung von RA-Patienten auf Basis von Daten aus dem Selektivvertrag in Baden-Württemberg anhand von rund 666.000 Patienten aus dem Jahr 2015 ergab: Nahezu alle RA-Patienten waren in hausärztlicher Behandlung (99%), 54% zusätzlich beim internistischen Rheumatologen, 41% bei einem Orthopäden/Unfallchirurgen (AOK-Studie zu Rheumatoider Arthritis /Zi Versorgungsatlas Rheumatoide Arthritis). Es gibt weitere Krankenkassendaten, die die intensive Versorgung von Orthopäden/Unfallchirurgen belegen.</p>	<p>koordinierenden Ärzte und Ärztinnen die für das Krankheitsbild erforderliche Expertise vorhalten. Dies umfasst zwingend eine internistische Weiterbildung.</p> <p>In der 2. Versorgungsebene (kein adäquates Therapieansprechen unter Starttherapie, bei nicht ausreichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit der weiteren DMARD-Therapien, zur Prüfung der Frage der Deeskalation) sind spezielle fachrheumatologische und immunologische Kenntnisse erforderlich, die nur der Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie im Rahmen seiner Weiterbildung erworben hat. Deshalb sieht der GBA zur Sicherung der Behandlungsqualität und zur Sicherheit des Patienten hier nur diese Facharztgruppe als geeignet.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
7.2	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 28.10.2020	<p><b>1.4. Ziel/Adressaten - Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis</b></p> <p>„Das Ziel der Interdisziplinären Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis (18.12.2019) ist, die Versorgung der Patienten mit früher RA kontinuierlich zu optimieren: In Deutschland sollen alle an einer RA Neuerkrankten innerhalb von 6 Wochen eine fachspezifische Versorgung erhalten. Die frühzeitige Behandlung der RA ist von zentraler Bedeutung für den gesamten weiteren Krankheitsverlauf“. Die Leitlinie richtet sich in erster Linie an alle primär versorgenden Ärzte. Neben den Rheumatologen (keine Unterscheidung internistisch/orthopädisch) gehören hierzu u.a. die Orthopäden...“. (S.2 – ILL Management 12-2018 )</p>	<p><b>KBV:</b> Dank und Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme, Prüfung der Leitlinienentexte und Entscheidung, dass sich kein weiterer Änderungsbedarf am Beschlussentwurf ergibt.</p>
7.3	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie	<p><b>2.42 - Bildgebende Verfahren</b></p> <p>„Die Röntgenuntersuchung (Hände/Füße) ist essentieller Bestandteil der Primärdiagnostik bei der RA“.</p> <p>„Andere Methoden der Bildgebung wie die Gelenksonographie .... erlauben eine frühe Sicherung struktureller Gelenk- und Knochenveränderungen sowie die bessere Darstellung</p>	<p><b>KBV:</b> Dank und Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme, Prüfung der Leitlinienentexte und Entscheidung, dass sich kein weiterer Änderungsbedarf am Beschlussentwurf ergibt.</p>



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	(DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 28.10.2020	<p><b>von Gelenkergüssen. Sowohl der klinische, als auch der sonographische Nachweis einer Synovialitis korreliert bei der frühen RA mit der Entwicklung struktureller Schäden“ (S.7-ILL Management ...)</b></p> <p><b><u>Arthrosonographie und Röntgen: Für O/U und ORH gelebter Praxis-Alltag!! bei Hausärzten?</u></b></p>	
7.4	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 28.10.2020	<p><b>2.4.1 Laboruntersuchungen</b></p> <p><b>„Bei jedem Verdacht auf eine entzündliche Erkrankung sollten folgende Laborparameter bestimmt werden (BSG, CRP, CCP-Ak, Rf)“</b></p> <p>(S.6. - ILL Management ...)</p> <p><b><u>Für O/U, Rhefo`s und ORh Routine</u></b></p>	<p><b>KBV:</b> Dank und Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme, Prüfung der Leitlinientexte und Entscheidung, dass sich kein weiterer Änderungsbedarf am Beschlussentwurf ergibt.</p>
7.5	Deutsche Gesellschaft	<b>2.2. Anamnese – 2.3. klinischer Befund</b>	<b>KBV:</b> Dank und Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <b>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</b>
	für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), 28.10.2020	<p><b>„Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems gehören zu den häufigsten und kostenträchtigsten Leiden in Deutschland und geben häufig Anlass, einen Arzt aufzusuchen (Robert-Koch-Institut). Muskuloskelettale Beschwerden können vielfältige, auch nicht rheumatologische Ursachen haben. Richtungsweisend ist die Unterscheidung zwischen einer Arthritis oder reinen Arthralgie (S.4- ILL Management ...)</b></p> <p><b>Siehe oben: „Die meisten Menschen mit neu aufgetretenen muskuloskelettalen Beschwerden kontaktieren zuerst den Hausarzt oder den niedergelassenen Orthopäden“</b></p> <p><i>(Der Orthopäde befasst sich mit Fehlbildungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates - Wikipedia)</i></p> <p><i>Hinweisen möchte ich hier insbesondere auf die novellierte ZWB Orthopädische Rheumatologie, vom Ärztetag 2018 in Erfurt beschlossen, von der BÄK und den meisten LÄK bestätigt. Es ist somit ausdrücklich gewollt, dass durch die Neuorientierung, die zukünftigen ORh aufgrund ihrer Weiterbildung an der Versorgung entzündlich rheumatischer Krankheiten der Bewegungsorgane intensiver beteiligt werden (Versorgungsdefizit in der Rheumatologie in Deutschland). Die Zahl der internistischen Rheumatologen müsste verdoppelt werden, um</i></p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Kenntnisnahme, Prüfung der Leitlinientexte und Entscheidung, dass sich kein weiterer Änderungsbedarf am Beschlussentwurf ergibt.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <b>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</b>
		<p><i>die steigende Zahl von Rheumakranken in Deutschland zu versorgen. Wartezeiten von 3-6 Monaten sind die Regel (Window of Opportunity?). Die Anzahl der internistischen Rheumatologen wird sich aufgrund der Altersstruktur und der Nachwuchsprobleme in den nächsten Jahren weiter reduzieren.</i></p> <p><i>Als Referatsleiter Orthopädische Rheumatologie habe ich inzwischen 83 Kurse zum Rheumatologisch-Fortgebildeten-Orthopäden (RhefO) seit 2012 durchgeführt. Bei insgesamt 1950 Teilnehmern an dem 3x Wochenend-Programm haben inzwischen &gt; 500 Teilnehmer alle 3 Kurse absolviert. Ihre Motivation primär: Wir haben diese Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in unseren Praxen, es werden immer mehr. Die langen Wartezeiten oder Aufnahmestopps bei Internistischen Rheumatologen motivieren uns, jetzt selbst aktiv zu werden. Viele dieser Kollegen sehe ich bei Rheuma-Refreshern oder beim RhefO-Experten-Dialog wieder und erfahre deren positive Entwicklung in Sachen Rheumatologie. Ergo – Ohne O/U und ORh wäre die Versorgung noch deutlich defizitärer!</i></p> <p><i>Allen Interessenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss, die das DMP-Programm verhandeln, ist an einer ver-</i></p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><i>besserten Versorgung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen gelegen, daher müssen die Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie in die Früherkennung entzündlich rheumatischer Erkrankungen dringend mit einbezogen werden. Als Fachärzte für den Bewegungsapparat sind diese prädestiniert, frühe Synovialitiden und deren Symptome zu erkennen. Durch die RhefO-Kurse werden Orthopäden/Unfallchirurgen in die Lage versetzt, früh zu handeln, indem sie eine Basistherapie innerhalb des für die Remission so wichtigen therapeutischen Fensters beginnen. Viele Hausärzte haben diese Erfahrung und Kenntnisse in der Diagnostik des Bewegungsapparates hingegen nicht, da sie diese in ihrer Facharztausbildung nicht erlernen. Vielen Hausärzten fehlt zudem, bei der geringen Zahl von RA Patienten in ihren Praxen, auch die Erfahrung mit frühen Symptomen der RA.</i></p> <p><i>Der noch bestehende Dissens, ob der ORh in unterversorgten Gebieten neben den Hausärzten in die Frühdiagnostik, Diagnosesicherung und Therapie mit eingebunden werden soll, muss von unseren Verbänden in allen Punkten strikt bejaht werden. Die Einbindung der RhefO's als koordinierende Ärzte ist insofern zu unterstützen, da diese Kollegen Erfahrungen in</i></p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
 zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
 über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><i>der Versorgung und Betreuung von „Rheumapatienten“ in weit größerem Ausmaß als Hausärzte haben - Hausärzte sollen im Schnitt 15 RA Patienten/Quartal versorgen!</i></p> <p><i>Zum Abschluss sei uns noch eine Anmerkung gestattet: Ein Ausschluss der Fachärzte für Orthopädie/Unfallchirurgie, der Rheo's, und der Orthopädischen Rheumatologen am DMP-Rheumatoide Arthritis, führt unabhängig von ethischen Gesichtspunkten letztlich auch zu einem größeren volkswirtschaftlichen Schaden.</i></p>	
<b>8.</b>	<b>Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh), 28.10.2020</b>		
<b>8.1</b>	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	Als wissenschaftliche rheumatologische Fachgesellschaft nimmt die Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) die Aufgabe wahr, Wissenschaft zu fördern, rheumatologische Versorgung zu optimieren, deren Qualität für Patientinnen und Patienten zu sichern und das Wissen über die Rheumatologie in medizinischen Fachkreisen und Öffentlichkeit zu mehren. Die DGRh prägt die Rheumatologie daher aus einer Gesamtperspektive auf Wissenschaft, Versorgung, Lehre,	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle medizinischen Berufsgruppen.</p> <p>Die DGRh begrüßt ausdrücklich die Entwicklung und Etablierung eines Disease-Management- Programmes (DMP) für Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), der häufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Das DMP-RA bietet die Möglichkeit, die Versorgung von RA-Patienten in Deutschland grundlegend und nachhaltig durch eine engere Verzahnung von HausärztInnen und RheumatologInnen zu verbessern.</p> <p>Die DGRh freut sich, dass eine Vielzahl von Publikationen (3,4,5,6,14,26,31,49,57,73,74,76), wesentliche Vorarbeiten in Form von Leitlinien (20,21,24,56), Memoranden (75) sowie internationale Aktivitäten, an denen federführend Mitglieder der DGRh beteiligt waren (7,61,62,63), bei der Abfassung des DMP-RA Berücksichtigung gefunden haben. Dies belegt, dass die DGRh die zentrale Kompetenz für die Versorgung von RA-Patientinnen und Patienten in Deutschland repräsentiert.</p> <p>Im Folgenden gehen wir auf ausgewählte Punkte des Beschlussentwurfs ein.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
8.2	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>Anmerkungen zu Anlage 21: Anforderungen an das strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Rheumatoider Arthritis</b></p> <p><b>1.2 Diagnostik</b></p> <p>Es fällt auf, dass sich die Diagnostik auf die Erfassung der Gelenkmanifestationen und laborchemischer Entzündungsparameter sowie Auto-Antikörper beschränkt. Entsprechend der Definition im Kapitel 1.1 des Beschlussentwurfs (BE) handelt es sich bei der rheumatoiden Arthritis um „eine chronisch-entzündliche systemische Autoimmunerkrankung, die innere Organe befallen und auch zu einer verkürzten Lebenserwartung führen kann“. Deshalb ist bei der Diagnosesicherung auch die Erkennung weiterer Manifestationen der inneren Organe essentiell, die in einem relevanten Anteil von RA-Patienten schon bei Diagnosestellung vorliegen und von besonderer prognostischer Bedeutung sind.</p> <p><b>Deshalb sollte das DMP-RA auch die verschiedenen weiteren Organmanifestationen der rheumatoiden Arthritis adressieren, insbesondere die interstitielle Lungenerkrankung (RA-ILD) und die rheumatoide Vaskulitis (z. B. mit Hautvaskulitis,</b></p>	Dem Vorschlag wird gefolgt. Es erfolgt eine Änderung im BE.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><b>Serositis, Perikarditis, Mononeuritis multiplex) (1,2,3,4).</b> Es handelt sich bei diesen Manifestationen um Facetten ein- und derselben Erkrankung, der RA, und nicht um Komorbiditäten, die im BE an anderer Stelle berücksichtigt werden. Daher ist eine fachärztlich-internistische Expertise zwingende Voraussetzung, um die Qualitätsansprüche, die ein DMP erreichen will, bei der RA zu realisieren.</p>	
8.3	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>1.3 Einschreibekriterien</b></p> <p><b>Beschlussentwurf:</b> Bei weiterhin vorliegendem Verdacht auf rheumatoide Arthritis ist eine Vorstellung bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erforderlich.</p> <p>Die KBV fordert hier in Ergänzung (nach Zeile 137): <i>„Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“</i></p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung</p> <p><b>KBV:</b> In Ihrer Stellungnahme gibt die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie an, „dass zum 31.12.2019 in Deutschland insgesamt 812 internistische Rheumatologen ambulant tätig waren und sich potentiell am DMP-RA beteiligen können“. Die DGRh bezieht sich dabei auf die Zählung nach Personen. Diese Zahl setzt sich zusammen aus dem im Bundesarztregister erfassten 650 Fachärzten für Innere Medizin (ohne hausärztliche tätige Internisten) mit Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnung „Rheumatologie“ und weiteren 162 hausärztlich tätigen Rheumatologen.</p>



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Entscheidender Aspekt ist hier zwar die frühe Diagnosestellung, im Hinblick auf den systemischen Charakter der rheumatoiden Arthritis ist neben der Gelenkbeteiligung aber die Erkennung und Einordnung von Organmanifestationen (siehe oben unter Kap. 1.2) erforderlich. Hierfür ist eine Weiterbildung zur Rheumatologin/zum Rheumatologen unabdingbar.</p> <p>Die KBV führt in den Tragenden Gründen aus, dass zum 31.12.2018 nur 434 Rheumatologen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt gewesen seien. Aktuellere Zahlen zeigen jedoch, dass zum 31.12.2019 in Deutschland insgesamt 812 internistische Rheumatologen ambulant tätig waren und sich potentiell am DMP-RA beteiligen können (5). Nach Daten des Deutschen Rheumaforschungszentrums in Berlin ist in Deutschland von ca. 550.000 erwachsenen Patientinnen und Patienten mit gesicherter rheumatoider Arthritis auszugehen (6). Zwischenzeitlich haben sich auch innovative Modelle, wie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), eine zunehmende Zahl von Selektivverträgen sowie Klinikambulanzen mit speziell ausgewiesenen Frühsprechstunden etabliert und Akutsprechstunden in Praxen werden durch eigene Pro-</p>	<p>Mit der Zählung nach Personen kann, wie es die DGRh auch beschreibt, lediglich eine Annäherung an die potentiell verfügbare Versorgungskapazität vorgenommen werden. Eine validere Schätzung der tatsächlich zur Verfügung stehenden Versorgungskapazitäten bildet die Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht. Hier wird der jeweilige Teilnahmeumfang an der Versorgung berücksichtigt, bspw. gehen halbe Vertragsarzt-Sitze mit einer entsprechenden Gewichtung von 0,5 in die Zählung ein. Die Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht entspricht damit dem Vollzeitäquivalent. Wendet man diese validere Zählung an, so stehen in der ambulanten Versorgung zum 31.12.2019 insgesamt 445 Versorgungskapazitäten durch fachärztlich tätige internistische Rheumatologen zur Verfügung (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht). Dazu kommen noch weitere 140,6 hausärztlich tätige Rheumatologen (Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht).</p> <p>Aufgrund des gewählten hausärztlichen Versorgungsauftrags der letztgenannten 140,6 Versorgungskapazitäten und der dadurch bedingten eingeschränkten Abrechnungsberechtigung rheumaspezifischer Leistungen entspricht die verfüg-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>gramme der Kassen/KV finanziell gefördert (Terminservicestellen). Hierdurch werden die vorhandenen Ressourcen der fachärztlichen rheumatologischen Versorgung optimal eingesetzt und so den RA-Patienten ein früher Zugang zur rheumatologischen Versorgung und damit auch eine frühe Therapieeinleitung ermöglicht (5,7). Aufgrund dieser Zahlen ist davon auszugehen, dass die fachärztliche Versorgung durch internistische Rheumatologen im DMP-RA auch zukünftig gesichert ist.</p> <p><b>Aus den oben genannten Gründen lehnt die DGRh die von der KBV vorgeschlagene Ergänzung vollumfänglich ab.</b></p>	<p>bare fachärztlichen Kapazität im Jahr 2019 insgesamt 445 internistischen Rheumatologen im Vollzeitäquivalent.</p> <p>Auf der Basis dieser Zahl ist eine flächendeckende Versorgung der Rheumapatientinnen und -patienten mit den in diesem DMP beschriebenen Aufgaben durch ausschließlich internistische Rheumatologen fraglich.</p> <p>Die Stellungnahme wurde zum Anlass genommen, die Angaben zu den Versorgungskapazitäten auf Basis der Zahlen des Bundesarztregisters für das Jahr 2019 zu aktualisieren.</p>
8.4	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>Beschlussentwurf:</b> Bei allen Patientinnen und Patienten ist nach Erstdiagnose eine Vorstellung bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie innerhalb von drei Monaten anzustreben. Die bisher im Rahmen der Diagnosestellung erhobenen Befunde (z. B. klinische Befunde, Laborbefunde, bildgebende Verfahren) sind zur Verfügung zu stellen.</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung</p> <p><b>KBV:</b> Die Diagnostik und Basistherapie ist laut der S3-Leitlinie Versorgungsmanagement der frühen RA sowohl durch internistische Rheumatologen, als auch durch Hausärzte und Orthopäden durchführbar. Nur durch den Einbezug aller drei Arztgruppen kann das window of opportunity durch klare Aufgabenzuweisung an den Erstbehandelnden bei mehr Patienten</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <b>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</b>
		<p>Die KBV fordert auch hier in Ergänzung (nach Zeile 141): <i>„Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“</i></p> <p>Diese Ergänzung würde die Zielsetzung des DMP-RA konterkarieren: Denn insbesondere für die Diagnosesicherung und die Abschätzung der Prognose sind aufgrund des systemischen Krankheitscharakters und der möglichen Organmanifestationen der rheumatoiden Arthritis (siehe Definition 1.1) spezielle Kompetenzen erforderlich, über die nur der Rheumatologe / die Rheumatologin verfügt. Zur ausreichenden rheumatologischen Versorgungssituation gelten die Ausführungen in den Zeilen 32-46 dieser Stellungnahme (s.o.).</p> <p><b><i>Deswegen stimmt die DGRh der Formulierung im BE zu und empfiehlt, die von der KBV vorgeschlagene Ergänzung nicht aufzunehmen.</i></b></p>	<p>tinnen und Patienten genutzt und die frühe RA-Therapie umgesetzt werden. Die zusätzliche Vorstellung beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie ist lediglich in Ausnahmefällen, nämlich im Falle des Fehlens von ausreichend internistischen Rheumatologen in bestimmten Regionen, vorgesehen. Sind regional nicht ausreichend internistische Rheumatologen verfügbar, würde ansonsten keine für diese Erkrankung spezialisierte Arztgruppe diese Aufgabe übernehmen können.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
8.5	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>1.5.3.2 Krankheitsmodifizierende Medikation (Disease-modifying anti-rheumatic drugs, DMARD)</b></p> <p><b>Therapiestufe 1 (Starttherapie)</b> Hier wird nach Zeile 240 im BE bei der subkutanen Gabe von Methotrexat und einer Steigerung der Dosis über 15 mg pro Woche zwischen „kann vorteilhaft“ und „ist vorteilhaft“ unterschieden. Entsprechend einer aktuellen Metaanalyse zu dieser Thematik (8) zeigt sich die subkutane MTX-Applikation der oralen überlegen.</p> <p><b><i>Deshalb votiert die DGRh für die Formulierung „ist eine subkutane Gabe vorteilhaft.“</i></b></p>	<p><b>GKV-SV:</b> Auch in Kenntnis der angeführten Metaanalyse sind neben der höheren Bioverfügbarkeit bei subkutaner Gabe auch Patientenpräferenzen und Nebenwirkungen in die Entscheidung mit einzubeziehen. Deshalb wird die Formulierung nicht geändert.</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Zwar zeigt die von der DGRh zitierte Meta-Analyse einen Vorteil der subkutanen Gabe gegenüber der oralen Gabe. In der Meta-Analyse wird jedoch eine zweite Meta-Analyse zitiert, die diesen Effekt nicht gezeigt hat. Aus diesem Grund und aufgrund einer weiteren Stellungnahme wird die Formulierung „kann vorteilhaft sein“ als angemessener eingeschätzt (siehe laufende Nummer 12.6).</p> <p><b>PatV:</b> Dank und Zustimmung</p>
8.6	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>Therapiestufe 2 (erste Eskalation der DMARD-Therapie durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie)</b></p>	<p><b>KBV:</b> Siehe laufende Nummer 8.4</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Von der KBV wird folgende Ergänzung vorgeschlagen (nach Zeile 249): <i>„Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“</i></p> <p>Alle aktuell über die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie verfügenden Kolleginnen und Kollegen haben ihre Kompetenz nach der bisherigen Musterweiterbildungsordnung (MWBO 2003 oder vorausgegangene) erworben. In der MWBO von 2003 lautet die Definition wie folgt (9): <i>„Die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und operative Behandlung rheumatischer Erkrankungen.“</i></p> <p>Demzufolge haben alle gegenwärtig über die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie verfügenden Kolleginnen und Kollegen gemäß der MWBO eine spezifische, chirurgisch ausgerichtete Vertiefung der Facharztkompetenz erworben.</p>	<p><b>PatV, GKV-SV:</b> Dank und Zustimmung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Die Pharmakotherapie und das Management von Organkomplikationen und Komorbiditäten der rheumatoiden Arthritis sind nicht Gegenstand dieser Zusatzweiterbildung. Nach der im Jahr 2018 verabschiedeten MWBO streben die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie zwar in der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie den Kompetenzerwerb für die medikamentöse Therapie entzündlicher Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen an. Die Umsetzung steht noch aus. Demnach erfolgt keine Kompetenzvermittlung zur Pharmakotherapie der rheumatoiden Arthritis in der ZWB Orthopädische Rheumatologie.</p> <p>Die Pharmakotherapie der rheumatoiden Arthritis hat mit der Einführung neuer zielgerichteter Immunmodulatoren (Biologika) und neuen Therapiestrategien (Treat-to-Target) einen grundlegenden Wandel erfahren, was die Prognose dieser Erkrankung entscheidend verbessert hat. Dabei ist nicht nur der stadiengerechte und prognoseadaptierte Einsatz der verschiedenen antirheumatischen Wirkprinzipien unter Berücksichtigung von Organmanifestationen und Begleiterkrankun-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>gen für einen Therapieerfolg von besonderer Bedeutung. Vielmehr müssen auch Verträglichkeit, Nebenwirkungsprofil und Interaktionen dieser Therapien bereits bei der Therapieentscheidung berücksichtigt werden. Deren profunde Kenntnis ist zudem für eine adäquate Therapieüberwachung unerlässlich. Hierfür ist wiederum eine internistische Ausbildung und spezielle fachrheumatologische und immunologische Kompetenz zwingende Voraussetzung.</p> <p><b><i>Aus diesen Gründen spricht sich die DGRh ausdrücklich gegen die von der KBV vorgeschlagene Ergänzung aus.</i></b></p> <p>Hinsichtlich der Ausformulierung der ersten Therapieeskalation wird von GKV-SV und PatV als Ergänzung vorgeschlagen (Zeile 253 ff des BE): „Bei Fehlen von ungünstigen Prognosefaktoren und moderater Krankheitsaktivität kann <i>ein Wechsel zu einem anderen csDMARD in Monotherapie oder</i> eine Kombination mehrerer csDMARDs eingesetzt werden.“</p>	<p><b>KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme zur ersten Therapieeskalation wird zum Anlass genommen, die Positionierung entsprechend anzupassen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<i>Die DGRh stimmt der von der GKV-SV und PatV vorgeschlagenen Formulierung zu, da diese genauer den Therapieempfehlungen in den aktuellen DGRh-Leitlinien (5,10) und EULAR-Empfehlungen (11) entspricht.</i>	
8.7	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>Therapiestufe 3 (zweite Eskalation durch Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie)</b></p> <p>Von der KBV wird folgende Ergänzung vorgeschlagen (nach Zeile 262): „<i>Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.</i>“</p> <p><b>Die DGRh lehnt auch diese Ergänzung nachdrücklich ab. Zur Erläuterung siehe Begründung zu den Einschreibekriterien (Zeilen 32-46) und zu Therapiestufe 2 (Zeilen 80–106) dieser Stellungnahme.</b></p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung</p> <p><b>KBV:</b> Siehe laufende Nummer 8.4</p>
8.8	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie,	<b>1.5.3.3 Deeskalation der DMARD-Therapie</b>	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	28.10.2020	<p><b>Beschlussentwurf:</b> Wenn nach Ausschleichen der Glukokortikoidmedikation über mindestens 6 Monate eine anhaltende Remission („sustained remission“) besteht, kann eine Deeskalation der DMARD-Therapie erwogen werden. Diese sollte durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie erfolgen. Sie sollte – wie alle Therapieentscheidungen – dem Patienten erläutert und gemeinsam mit diesem entschieden werden (partizipative Entscheidungsfindung, engl.: „shared decision“).</p> <p>Die KBV schlägt folgende Ergänzung vor (nach Zeile 276): <i>„Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.“</i></p> <p><b>Die DGRh lehnt auch diese Ergänzung ab. Zur Erläuterung siehe Begründung zu den Einschreibekriterien (Zeilen 32-46) und zu Therapiestufe 2 (Zeilen 80–106) dieser Stellungnahme.</b></p>	<p><b>KBV:</b> Siehe laufende Nummer 8.4</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
8.9	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>1.7 Verlaufskontrollen</b>  <b>Beschlussentwurf:</b> Es sind jährliche Konsultationen bei der Fachärztin oder bei dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie anzustreben. Längere Intervalle sollen mit der Fachärztin oder mit dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie abgestimmt werden.</p> <p>Die KBV schlägt folgende Ergänzung vor (nach Zeile 373): „<i>Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.</i>“</p> <p><b>Die DGRh lehnt auch diese Ergänzung nachdrücklich ab. Zur Erläuterung siehe Begründung zu den Einschreibekriterien (Zeilen 32-46) und zu Therapiestufe 2 (Zeilen 80-106) dieser Stellungnahme.</b></p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung</p> <p><b>KBV:</b> Siehe laufende Nummer 3.2</p>
8.10	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie,	<b>1.8.1 Koordinierende Ärztin oder koordinierender Arzt</b>	<b>GKV-SV, PatV:</b> Dank und Zustimmung zu den Ausführungen,

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	28.10.2020	<p>Für die Rolle des koordinierenden Arztes oder Ärztin in der Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten/innen und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms sehen KBV, GKV-SV, DKG und PatV jeweils unterschiedliche Formulierungen vor, wobei Hausärzte grundsätzlich als koordinierende Ärztin/Arzt vorgesehen sind. Für das Krankheitsbild der RA wird von allen „Bänken“ auch die Rheumatologin/der Rheumatologe in dieser Funktion gesehen, allerdings teilweise als Ausnahmeregelung (GKV), z. B. für den Fall, dass ein RA-Patient sich schon dort in Behandlung befand.</p> <p>Die KBV fordert für die Funktion der koordinierenden Ärztin oder koordinierenden Arztes zusätzlich Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der ZWB Orthopädische Rheumatologie zuzulassen sowie auch jeden Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, der an einem 3-tägigen Fortbildungsseminar „Orthopädische Rheumatologie“ des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie teilgenommen hat („Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde“ - RhefO) oder „eine vergleichbare Qualifikation nachweisen“ kann.</p>	<p>dass der Facharzt für Orthopädie nicht die Rolle des koordinierenden Arztes übernehmen soll. Der GKV-SV sieht in der koordinierenden Funktion hauptsächlich den Hausarzt, um durch die Übernahme dieser definierten Aufgaben auch den Facharzt für Innere und Rheumatologie zu entlasten. Wenn die Patientin oder der Patient bereits vor der Einschreibung bei einem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie angebunden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist, kann die Langzeitbetreuung auch dort erfolgen.</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Die Diagnostik und Basistherapie ist laut der S3-Leitlinie Versorgungsmanagement der frühen RA sowohl durch internistische Rheumatologen, als auch durch Hausärzte und Orthopäden durchführbar. Nur durch den Einbezug aller drei Arztgruppen kann das window of opportunity durch klare Aufgabenzuweisung an den Erstbehandelnden bei mehr Patientinnen und Patienten genutzt und die frühe RA-Therapie umgesetzt werden. Bei komplexen Therapieentscheidungen ist der Einbezug von internistischen Rheumatologen vorgesehen.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Sinn eines DMP ist die Sicherung der Qualität in der Versorgung der betroffenen Patienten/innen. Auf ärztlicher Seite wird diese Qualität durch ein festgelegtes Weiterbildungsprogramm sichergestellt, das jede/r sich für ein DMP qualifizierende Ärztin/Arzt durchlaufen haben muss.</p> <p>Entsprechend der Definition der RA im BE zum DMP-RA (s. Kapitel 1.1) und den Therapiezielen (s. Kapitel 1.4) sind Organmanifestationen und Begleiterkrankungen von besonderer Bedeutung bei der Langzeitbetreuung von RA-Patienten. Zu den Aufgaben des koordinierenden Arztes gehören auch die Überprüfung und Durchführung von Schutzimpfungen (Kap.1.5.1), Überwachung der DMARD-Therapie (Kap. 1.5.3.), einschl. des Erkennens und der Integration von Komorbiditäten in das therapeutische Gesamtkonzept und besondere Maßnahmen bei Multimedikation (Kap. 1.5.3.5).</p> <p>Diese vielfältigen Aufgaben und Anforderungen an den koordinierenden Arzt/Ärztin setzen internistische Basiskenntnisse voraus, über die Hausärztinnen und Hausärzte verfügen, ebenso wie Rheumatologinnen und Rheumatologen als FÄ für</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Innere Medizin. Im Gegensatz hierzu verfügen weder FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie, noch FÄ mit der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie über diese erforderlichen Kenntnisse (siehe Zeilen 80–106 dieser Stellungnahme). Auch wenn die DGRh Fortbildungsaktivitäten in ihrem Fachgebiet grundsätzlich begrüßt, können Fortbildungsseminare nicht im Ansatz jene Kompetenzen vermitteln, die in einer mehrjährigen fachspezifischen Weiterbildung erworben werden.</p> <p>Wie oben zur Versorgungssituation ausgeführt (Zeilen 32-46), ist die fachärztliche rheumatologische Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis gewährleistet. Zudem belegen Versorgungsdaten, dass die Langzeitbetreuung von RA-Patienten nicht von Orthopäden geleistet wird. Das zeigen auch die geringen Verordnungszahlen von DMARDs (&lt;3%) durch diese Arztgruppe (12). In Daten dieser Arbeit wird auch ersichtlich, dass Hausärztinnen und Hausärzte in nicht unerheblichen Umfang die Verordnung von (konventionellen) DMARDs in Kooperation mit Rheumatologen vornehmen (12).</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Da die hausärztliche Versorgung in Deutschland flächendeckend gewährleistet ist und die Hausärzte über die erforderliche Qualifikation für die Aufgabe des koordinierenden Arztes verfügen, wird der von der KBV angenommene „<i>Ausnahmefall aufgrund der regionalen Versorgungssituation</i>“ als nicht gegeben eingestuft. Die Langzeitbetreuung der RA-Patienten kann deshalb wie in diesem DMP formuliert durch Hausärzte/Hausärztinnen in Kooperation mit Rheumatologinnen/Rheumatologen vollumfänglich gewährleistet werden.</p> <p><b><i>Deshalb lehnt die DGRh den von der KBV vorgeschlagenen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit ZWB Orthopädische Rheumatologie sowie den „Rheumatologisch fortgebildeten Orthopäden“ in der Funktion des koordinierenden Arztes ausdrücklich ab und schlägt folgende Formulierung vor:</i></b></p> <p><b><i>Die Langzeitbetreuung der Patientinnen und Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt im Rahmen der im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben durch</i></b></p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Hausärztin bzw. den Hausarzt</i></li> <li>– <i>Fachärztin bzw. den Facharzt</i></li> <li>▪ <i>für Innere Medizin und Rheumatologie,</i></li> <li>▪ <i>für Innere Medizin mit Schwerpunktkompetenz Rheumatologie,</i></li> <li>▪ <i>für Innere Medizin mit Teilgebiet Rheumatologie,</i></li> <li>– <i>eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f Absatz 7 SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt.</i></li> </ul>	<p><b>PatV:</b> Zustimmung</p>
8.11	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>1.8.2 Überweisung von der koordinierenden Ärztin oder vom koordinierenden Arzt zur jeweils qualifizierten Fachärztin, zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung</b></p> <p><b>Beschlussentwurf:</b> Bei Vorliegen folgender Indikationen soll eine Überweisung oder Weiterleitung zur jeweils qualifizierten Ärztin oder zum jeweils qualifizierten Arzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen:</p>	<p><b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Zustimmung</p> <p><b>KBV:</b> siehe laufende Nummer 6.3</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zur Fachärztin oder zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie nach Erstdiagnose innerhalb von drei Monaten, sofern die Erstdiagnose nicht durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gestellt wurde,</li> <li>– sofern kein adäquates Therapieansprechen unter der Starttherapie spätestens nach zwölf Wochen oder sofern keine Remission nach spätestens 24 Wochen,</li> <li>– bei nicht ausreichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit der weiteren DMARD-Therapien,</li> <li>– zur Prüfung der Frage einer Deeskalation der DMARD-Therapie,</li> <li>– zur regelmäßigen Verlaufskontrolle einschließlich der Prüfung der Indikation einer radiologischen Kontrolle.</li> </ul> <p>Von der KBV wird auch hier folgende Ergänzung vorgeschlagen (nach Zeile 399): „<i>Sofern aufgrund der regionalen Versorgungssituation erforderlich, kann diese Aufgabe in Ausnahmefällen auch vom Facharzt oder der Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden.</i>“</p>	



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><i>Die DGRh lehnt auch diese Ergänzung nachdrücklich ab. Zur Erläuterung siehe Begründung zu den Einschreibekriterien (Zeilen 32-46) und zu Therapiestufe 2 (Zeilen 80-106).</i></p>	
8.12	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<p><b>1.8.3 Einweisung in ein Krankenhaus</b></p> <p><b>Beschlussentwurf:</b> Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patientinnen und Patienten unter folgenden Bedingungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– zur Therapie von schweren Erkrankungen einschließlich ihrer krankheits- oder therapiebedingten Komplikationen,</li> </ul> <p><i>Hier empfiehlt die DGRh folgende Formulierung: „zur Diagnostik und Therapie von schweren Erkrankungen bzw. Verläufen einschließlich ihrer krankheits- oder therapiebedingten Komplikationen.“</i></p> <p>Auch wenn allein hierdurch keine Indikation für eine stationäre Behandlung gegeben ist, sollte die multimodale rheumatologische Komplexbehandlung wegen der häufig auftreten-</p>	<p>Den Ergänzungsvorschlägen „Diagnostik“ und „bzw. Verläufen“ wird zugestimmt.</p> <p><b>GKV-SV, KBV:</b> Eine Aufnahme ins Krankenhaus nur zu einer Komplexbehandlung kann nicht erfolgen. Sie kann aber im Rahmen der Behandlung zusätzlich angeboten werden.</p> <p><b>DKG:</b> Dank und Zustimmung</p> <p><b>PatV:</b> Zustimmung bei schweren Verläufen</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		den Funktionsdefizite bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen als eine besonders wichtige Therapieoption an dieser Stelle im DMP-RA berücksichtigt werden.	
8.13	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<b>4.2 Schulungen der Versicherten</b> <b><i>Die DGRh befürwortet die von der KBV und PatV zur Patientenschulung formulierte Ergänzung im Hinblick auf die nun evaluierten und publizierten Schulungsprogramme (13,14).</i></b>	Der G-BA hat unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen Anpassungen am Beschlussentwurf und den Tragenden Gründen zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten vorgenommen.
8.14	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 28.10.2020	<b>Literatur</b> 1 Krause A, Rubbert-Roth A. Lungenbeteiligung bei rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol. 2019 Apr;78(3):228-235. doi: 10.1007/s00393-019-0611-1. PMID: 30887119.  2 Makol A, Matteson EL, Warrington KJ. Rheumatoid vasculitis: an update. Curr Opin Rheumatol.2015 Jan;27(1):63-70. doi: 10.1097/BOR.000000000000126. PMID: 25405822.  3 Kishore S, Maher L, Majithia V. Rheumatoid Vasculitis: A Diminishing Yet Devastating Menace.Curr Rheumatol Rep. 2017 Jul;19(7):39. doi: 10.1007/s11926-017-0667-3. PMID: 28631066.	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>4 Makol A, Crowson CS, Wetter DA, Sokumbi O, Matteson EL, Warrington KJ. Vasculitis associated with rheumatoid arthritis: a case-control study. <i>Rheumatology</i>. 2014;53:890–899.</p> <p>5 Fiehn C, Baraliakos X, Edelmann E et al. Aktueller Stand, Ziele und Qualitätsstandards der ambulanten Versorgung in der Rheumatologie: Positionspapier des Berufsverbandes der deutschen Rheumatologen (BDRh). <i>Z Rheumatol</i>. 2020 Sep 14. German. doi: 10.1007/s00393-020-00872-6. Epub ahead of print. PMID: 32926218.</p> <p>6 Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? [How frequent are musculoskeletal diseases in Germany?]. <i>Z Rheumatol</i>. 2016 May;75(4):346-53. German. doi: 10.1007/s00393-016-0094-2. PMID: 27142379.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>7 Benesova K, Lorenz HM, Lion V et al. Früh- und Screeningsprechstunden: Ein notwendiger Weg zur besseren Frühversorgung in der internistischen Rheumatologie? : Rheumatologische Früh- und Screeningsprechstundenmodelle in Deutschland. Z Rheumatol. 2019 Oct;78(8):722-742. German. doi: 10.1007/s00393-019-0683-y. PMID: 31468170.</p> <p>8 Bujor AM, Janjua S, LaValley MP, Duran J, Braun J, Felson DT. Comparison of oral versus parenteral methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis: A meta-analysis. PLoS One. 2019 Sep 6;14(9):e0221823. doi: 10.1371/journal.pone.0221823. PMID: 31490947; PMCID: PMC6731021.</p> <p>9 <a href="https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf">https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf</a></p> <p>10 Schneider M, Baseler G, Funken O et al. Management der frühen rheumatoiden Arthritis. Z Rheumatol 79, 1–38 (2020). <a href="https://doi.org/10.1007/s00393-020-00775-6">https://doi.org/10.1007/s00393-020-00775-6</a></p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>11 Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ et al.. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. Ann Rheum Dis. 2020 Jun;79(6):685-699. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216655. Epub 2020 Jan 22. PMID: 31969328.</p> <p>12 Strahl A et al. (2018). Prävalenz, Komorbidität und interdisziplinäre Versorgung der Rheumatoiden Arthritis – Versicherungsdaten zur ambulanten und stationären Versorgung in Baden-Württemberg. Zeitschrift für Rheumatologie, 77(2), 113–126. <a href="https://doi.org/10.1007/s00393-017-0381-6">https://doi.org/10.1007/s00393-017-0381-6</a>.</p> <p>13 Gerlich C, Andreica I, Küffner R et al. Evaluation einer Basisschulung für Patienten mit rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2020 Mar. <a href="https://doi.org/10.1007/s00393-020-00769-4">https://doi.org/10.1007/s00393-020-00769-4</a>.</p> <p>14 Schwarze M, Fieguth V, Schuch F et al. Krankheitsbezogener Wissenserwerb durch strukturierte Patienteninformation</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		bei Rheumatoider Arthritis (StruPI-RA). Z Rheumatol 2020 Sept. <a href="https://doi.org/10.1007/s00393-020-00871-7">https://doi.org/10.1007/s00393-020-00871-7</a> .	
9.	<b>Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V (DGIM), 29.10.2020</b>		
9.1	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, 29.10.2020	Sehr geehrte Damen und Herren,  im Namen des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) danken wir Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zu o.g. Beschlussentwurf und nehmen dazu wie folgt Stellung, verbunden mit der Bitte um Berücksichtigung.	Dank und Kenntnisnahme
9.2	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin, 29.10.2020	Die vorgeschlagenen Änderungen der Anlage 21 betreffen in den meisten Punkten (Vorstellung der Patienten/innen, erste und zweite Eskalation sowie Deeskalation der DMARD-Therapie, Verlaufskontrollen, ärztliche Koordination der Langzeitbetreuung, Überweisung zu Facharzt/ärztin u.a.) die Ergänzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), diese Aufgaben (in Ausnahmefällen) dem/der Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz- Weiterbildung	<b>GKV-SV, DKG, PatV:</b> Dank und Kenntnisnahme  <b>KBV:</b> Die Diagnostik und Basistherapie ist laut der S3-Leitlinie Versorgungsmanagement der frühen RA sowohl durch inter-nistische Rheumatologen, als auch durch Hausärzte und Or-thopäden durchführbar. Nur durch den Einbezug aller drei Arztgruppen kann das window of opportunity durch klare

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Orthopädische Rheumatologie bzw. dem/der rheumatologisch fortgebildete/n Orthopäden/in zu übertragen.</p> <p>Die DGIM lehnt diese Ergänzungen vollumfänglich ab.</p> <p>Die Rheumatoide Arthritis ist eine internistische Systemerkrankung mit muskuloskelettalen und extraartikulären Manifestationen einschließlich innerer Organe, weshalb eine systemische Herangehensweise unerlässlich ist. Dies entspricht einer originär internistischen Sicht und damit dem Verständnis der DGIM, in der ärztlichen Behandlung den gesamten Menschen zu betrachten. Darüber hinaus haben die Therapien, insbesondere die Therapie mit Biologicals, Nebenwirkungen an inneren Organen, sodass deren Anwendung einer internistischen Fachkunde bedürfen.</p> <p>Diese internistische Expertise ist – sowohl in der Rolle des Spezialisten (Rheumatologe/Rheumatologin) als auch des koordinierenden Arztes (Hausarzt/-ärztin) – für die Umsetzung des DMP-Rheumatoide Arthritis unabdingbar und nicht ersetzbar.</p>	<p>Aufgabenzuweisung an den Erstbehandelnden bei mehr Patientinnen und Patienten genutzt und die frühe RA-Therapie umgesetzt werden. Die zusätzliche Vorstellung beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie ist lediglich in Ausnahmefällen, nämlich im Falle des Fehlens von ausreichend internistischen Rheumatologen in bestimmten Regionen, vorgesehen. Sind regional nicht ausreichend internistische Rheumatologen verfügbar, würde ansonsten keine für diese Erkrankung spezialisierte Arztgruppe diese Aufgabe übernehmen können.</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Wir bitten Sie, die hier angeführten Argumente in Ihre Abstimmungsprozesse einfließen zu lassen. Für Rückfragen stehen wir Ihnen zur Verfügung.	
10.	<b>Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., 30.10.2020</b>		
10.1	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., 30.10.2020	<p>Sehr geehrte Damen und Herren, der DVGS e. V. begrüßt den detaillierten, evidenzbasierten Behandlungsansatz, welcher in dem vorliegenden Beschlussentwurf zu den DMP-Anforderungen zur rheumatoiden Arthritis dargelegt wird. Gerne machen wir von unserer Möglichkeit zur Stellungnahme Gebrauch.</p> <p><b>Zu 1.4 Therapieziele:</b> Wir empfehlen eine Ergänzung um das eigenständige Ziel „Durchführung regelmäßiger körperlicher Aktivität und körperlichen Trainings“. Dies erscheint sinnvoll vor dem Hintergrund der weiter unten im Beschlussentwurf (Z 167-173) sehr eingängig dargelegten gesundheitlichen Vorteile von körperlicher Aktivität und der dadurch gebotenen ärztlichen Beratung.</p>	<p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV, DKG, KBV:</b> Auf die besondere Bedeutung von Sport und regelmäßiger körperlicher Aktivität wird unter Nummer 1.5.1 ausreichend eingegangen.</p>



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Die diskutierte Aufnahme von „Verminderung von Fatigue“ als Therapieziel unterstützen wir. In der interdisziplinären AWMF Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ wird Fatigue als einer der Parameter aufgeführt, die dokumentiert werden, um ein Ansprechen auf die Therapie beurteilen zu können (Schneider et al., 2019, S. 20-21). Körperliches Training stellt eine evidenzbasierte Therapieoption zur Verbesserung der Fatigue bei rheumatoider Arthritis dar (z. B. Duncan et al., 2014).	Siehe laufende Nummer 2.1
10.2	Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V., 30.10.2020	<p><b>Zu 1.5 Therapeutische Maßnahmen:</b> Wir empfehlen, angelehnt an die Darstellung im DMP Osteoporose, neben Heil- und Hilfsmitteln ein eigenes Kapitel „Körperliche Aktivität und körperliches Training“ einzufügen. Hierdurch wird eine differenzierte Erläuterung des Themas ermöglicht, welche bisher unserer Einschätzung nach nicht ausreichend gegeben ist.</p> <p>Für körperliche Aktivität und körperliches Training liegt Evidenz vor hinsichtlich weitreichender biopsychosozialer Wirkungen bei Personen mit rheumatoider Arthritis. Neben der direkten positiven Beeinflussung des Erkrankungsbildes trägt</p>	<p>Die Empfehlungen zu Sport und regelmäßiger Aktivität basieren auf den Empfehlungen der interdisziplinären Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis. Da -insbesondere bei sportlichen Aktivitäten -die individuelle Belastbarkeit zu berücksichtigen ist, können einzelne Aspekte nicht aufgezählt werden.</p> <p><b>PatV:</b> Siehe laufende Nummer 2.2</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>körperliche Aktivität zu einer Optimierung der Körperkomposition bei sowie zu einer positiven Beeinflussung der kardiovaskulären Risikoparameter. Zudem werden durch körperliche Aktivität die Nebenwirkungen der erkrankungsspezifischen Medikation positiv beeinflusst (z. B. Osteoporose). Dabei hat sich selbst längerfristiges, intensives körperliches Training als sicher bei Personen mit rheumatoider Arthritis gezeigt.</p> <p>Konsequenterweise wurden im Jahr 2018 die ersten Empfehlungen zur körperlichen Aktivität bei entzündlicher Arthritis (rheumatoide Arthritis und axiale Spondyloarthritis) von der European League Against Rheumatism (EULAR) veröffentlicht. Die Arbeitsgruppe der EULAR resümiert, dass für die Bilder der entzündlich rheumatischen Erkrankungen und der Arthrose die Bewegungsempfehlungen des American College of Sports Medicine (ACSM) und der American Heart Association (AHA) zugrunde liegen sollten. Diese differenzieren zwischen der allgemeinen körperlichen Aktivität, die für Deutschland in den „Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsför-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>derung“ (www.bewegungsempfehlungen.de) niedergeschrieben sind und spezifischen Trainingsempfehlungen für die Ausdauer, die Kraft, die Beweglichkeit und das neuromuskuläre Training. Körperliche Aktivität und körperliches Training sollten bereits im frühen Stadium der Erkrankung zusätzlich zur medikamentösen Therapie zum Einsatz kommen.</p> <p>Es erscheint ratsam, in den therapeutischen Maßnahmen weiterhin aufzuführen, dass der Arzt/die Ärztin ein entsprechendes gezieltes Bewegungsangebot empfehlen sollte mit ausreichendem Anteil hinsichtlich Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und neuromuskulärem Training gemäß EULAR.</p>	
<b>11.</b>	<b>Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V. (VDD), 30.10.2020</b>		
<b>11.1</b>	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 30.10.2020	<p>Sehr geehrte Frau ..., hiermit möchte ich im Namen des Verbandes der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e.V. (VDD) zum Beschlussentwurf über eine Änderung der DMP-A-RL (Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 und Anlage 22) in Reihenfolge der Aufzählung Stellung nehmen.</p> <p>Anlage 2 der DMP-Anforderungen-Richtlinie</p>	<p>Eine Empfehlung zur Ernährungsberatung für Patienten mit RA ist aus den Leitlinien nicht abzuleiten.</p> <p>Nach Maßgabe des § 4 Abs. 4 der Heilmittel-Richtlinie dürfen neue Heilmittel oder zugelassene Heilmittel zur Behandlung</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>Prinzipiell ist das Halten des Normalgewichts bei Patienten mit RA ideal, Gewichtsreduktion kann ein Hinweis auf nachlassenden Versorgungsfähigkeit und Mangelernährung sein. Sollte es Anzeichen dafür geben, ist eine Betreuung durch Diätassistent*innen, also den dafür qualifizierten Gesundheitsfachberuf, notwendig und sollte ergänzt werden. Folgerichtig erachten wir eine Dokumentation des Gewichtsverlaufes und der Größe für notwendig, die Punkte 12 und 13 in der Dokumentation sollten somit erhalten bleiben. Dies gilt ebenfalls für alle ernährungsabhängigen Komorbiditäten wie Arterielle Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus, KHK, Chronische Herzinsuffizienz, COPD, welche dokumentiert und ernährungstherapeutisch von Diätassistent*innen bzw. adäquat ausgebildeten Oecotropholog*innen und Ernährungswissenschaftler*innen betreut werden sollten.</p>	<p>nicht im Heilmittelkatalog genannter Indikationen nur verordnet oder gewährt werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss zuvor den therapeutischen Nutzen anerkannt und Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Ein Beratungsverfahren für die rheumatoide Arthritis hat es bisher nicht gegeben.</p>
11.2	<p>Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 30.10.2020</p>	<p>Anlage 21 1.5.1 Allgemeine Maßnahmen Die Therapieziele für Patienten mit rheumathoiden Arthritis sind gemäß 1.4 u.a.</p>	<p>Die Empfehlungen zum Lebensstil und gesunder Lebensweise werden im Rahmen der ärztlichen Versorgung abgegeben und bedürfen keiner Zuweisung zu weiteren Leistungserbringern. Siehe laufende Nummer 11.1</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>☑ Erhalt und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,                      ☑ Erreichen einer langanhaltenden Remission oder niedrigen Krankheitsaktivität und                      ☑ eine adäquate Therapie der Begleiterkrankung.</p> <p>Dazu werden unter 1.5 Empfehlungen zum Lebensstil und explizit der gesunden Ernährung eingefordert, bei der Therapie mit Immunsuppressiven Medikamenten wird auf eine erhöhte Infektionsanfälligkeit hingewiesen.                      Allerdings wird nicht erläutert, wer diese Empfehlungen gibt, wer aus ernährungstherapeutischem Blickwinkel Unterstützung bei der Vermeidung von Infekten unterstützt und in welcher Art und Weise Empfehlungen durchgeführt werden. Dies überrascht uns, denn selbst ernährungsbezogene Präventionsleistungen nach §20 SGB V dürfen nur durch bei der Zentralen Prüfstelle Prävention zugelassene Leistungserbringer*innen erbracht werden, die über einen definierten Mindestkompetenzstandard in Bezug auf Ernährung, Prävention und pädagogische Kompetenz verfügen. (GKV. Leitfaden Prä-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>vention<sup>1</sup>). Zugelassen werden ausschließlich Personen mit einem ernährungsbezogenen Grundberuf, wie Diätassistent*innen und adäquat ausgebildete Ernährungswissenschaftler und Oecotrophologen. Im Zusammenhang mit Patient*innen mit Rheumatischer Arthrose liegen Grund- und ggf. ernährungsrelevante Begleiterkrankungen vor, die selbstverständlich eine ernährungstherapeutische Betreuung und somit ernährungstherapeutische Kompetenz über den im Präventionsleitfaden definierten Kompetenzstandard hinaus benötigen. Die Ausbildung der behandelnden Ärzte und des medizinischen Praxispersonals reicht dagegen nicht aus, diese Krankheitsbilder in ernährungsbezogenen Fragestellungen umfassend und qualitätsgesichert zu betreuen<sup>2</sup>.</p> <p>Die Begrifflichkeit der „Empfehlung“ impliziert, dass Patient*innen motiviert werden sollen, sich gesund zu ernähren, was wir als Berufsverband sehr unterstützen. Allerdings bedarf es im Sinne einer patientenzentrierten Therapie zunächst einer Einschätzung des individuellen Ernährungszustandes (Ernährungsassessment), dann dem Erstellen einer Ernäh-</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>rungsdiagnose und der Planung und Durchführung von Ernährungsinterventionen, die von Information über Schulung bis hin zur Beratung gehen können. Weiterhin sind ein Monitoring und die Evaluation des ernährungstherapeutischen Prozesses notwendig<sup>3</sup>. Diese Schritte des prozessgeleiteten Handelns in der Ernährungstherapie sollten gemeinsam mit einer Definition der Leistungserbringer im vorliegenden DMP verankert werden, um den Begriff der „Empfehlung“ patientensicher und mit guter Aussicht auf Effektivität umzusetzen und überprüfbar zu machen.</p>	
11.3	<p>Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 30.10.2020</p>	<p>1.6. Komorbiditäten Die rheumatoide Arthritis wird von zahlreichen Komorbiditäten begleitet. Diese sollten sorgfältig erfasst und behandelt werden. Kardiovaskuläre Komorbidität erhöht die Mortalität der rheumatoiden Arthritis. Die klassischen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Übergewicht, Rauchen, Hypertonie, Fettstoffwechselstörung, Diabetes mellitus oder Immobilität sind bei Menschen mit rheumatoider Arthritis häufiger als in der Allgemeinbevölkerung. Daher sollen diese Faktoren besonders beachtet und ihre angemessene Behandlung angestrebt werden.</p>	<p>Siehe laufende Nummer 11.1</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Das Kapitel 1.6 beschreibt sorgfältig die Problematik der Komorbiditäten und betont die Notwendigkeit einer angemessenen Behandlung. Auffällig ist, dass die angemessene Behandlung zumindest hinsichtlich der ernährungstherapeutischen Betreuung, nicht weiter definiert wird, obwohl es sich überwiegend um ernährungstherapeutisch relevante Komorbiditäten handelt.	
11.4	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 30.10.2020	1.7. Verlaufskontrolle Die Beurteilung der Krankheitsaktivität sollte auch beinhalten, in wie weit sich Patient*innen selbst versorgen können. Das Gewicht bzw. unerwünschter Gewichtsverlust kann ein Hinweis sein, dass dies nicht mehr vollumfänglich möglich ist und ein Zeichen für Mangelernährung sein. Ebenso wirken sich Einschränkungen in der Beweglichkeit von Händen und Fingern entscheidend auf die Sicherstellung der Nahrungszufuhr und damit auf den Erhalt der Selbstständigkeit im häuslichen Umfeld aus.	Die Forderung lässt sich nicht aus aktuellen Leitlinien herleiten und es besteht auch ansonsten keine ausreichende Evidenz.
11.5	Verband der Diätassistenten - Deutscher	1.8. Kooperation der Versorgungssektoren	Die Forderung lässt sich nicht aus aktuellen Leitlinien herlei-



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

<b>Lfd. Zeilen-Nr.</b>	<b>Stellungnehmende Organisation / Datum</b>	<b>Inhalt der Stellungnahme</b>	<b>Auswertung der Stellungnahmen</b> (Stand: 9. Dezember 2020) <b>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</b>
	Bundesverband e.V., 30.10.2020	In Konsequenz aus der genannten Ergänzung zur Verlaufskontrolle, sollten bei der Kooperation mit den Versorgungssektoren auch beachtet werden, an Diätassistent*innen zu verweisen, welche die Patient*innen gemäß der Ressourcen beraten und befähigen und somit die Versorgung z.B. im häuslichen Umfeld optimieren können.	ten und es besteht auch ansonsten keine ausreichende Evidenz.
<b>11.6</b>	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 30.10.2020	4.2 Schulung der Versicherten Der VDD unterstützt den Formulierungsvorschlag des GKV-SV.	Der G-BA hat unter Berücksichtigung der eingegangenen Stellungnahmen Anpassungen am Beschlussentwurf und den Tragenden Gründen zu Nummer 4.2 Schulungen der Versicherten vorgenommen
<b>11.7</b>	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 30.10.2020	5. Bewertung der Auswirkungen der Versorgung in den Programmen (Evaluation) Wir weisen darauf hin, dass weder Lebensqualität, noch soziale Teilhabe und das Eintreten von Komorbiditäten in die Evaluation einbezogen werden. Das Vermeiden von Komorbiditäten sowie Erhalt von Lebensqualität und die soziale Teilhabe sollten nach unserem Verständnis Ziel von Behandlungsstrategien sein.	Eine Evaluation der genannten Parameter wäre wünschenswert, ist jedoch auf Basis der Systematik der DMP-Dokumentation (z. B. Erfassung umfangreicher Fragebögen) nicht machbar.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
11.8	Verband der Diätas- sistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 30.10.2020	Anlage 22 Rheumatoide Arthritis Dokumentation Der VDD unterstützt die Aufnahme der Begleiterkrankung Hy- pertonie in die Dokumentation. Schließlich sollten der Arzt bzw. die Ärztin ausdrücklich die Option erhalten, nach Abschluss eines strukturierten Pro- grammes oder auch ohne dessen Nutzung individuelle Ernäh- rungstherapie durch die entsprechend qualifizierte Profession (Diätassistent*in) zu empfehlen. Ernährung ist ein starker Ein- flussfaktor auf das subjektive Gefühl der Lebensqualität. Auf- grund fortschreitender Rheumatoider Arthritis können Pati- enten ihr Alltagsleben schlechter bewältigen, wozu häufig auch die Versorgung mit ausreichenden und nahrhaften Le- bensmitteln und Getränken gehört. Im Rahmen einer indivi- duellen Ernährungsintervention bedarf es regelmäßig einer Einschätzung des Ernährungszustandes, ggf. der Information und Schulung und Unterstützung bei der Verhaltensänderung (Zielsetzung, Führen von Ernährungstagebuch, Stimuluskon- trolle, Krisenmanagement) sowie eine Einbeziehung der ggf. versorgenden Partner.	<b>DKG, KBV, PatV:</b> Dank und Zustimmung zum ersten Satz. Die Forderung nach Ernährungstherapie lässt sich nicht aus aktu- ellen Leitlinien herleiten und es liegt auch ansonsten keine ausreichende Evidenz vor.  <b>GKV-SV:</b> Siehe laufende Nummer 11.1

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

<b>Lfd. Zeilen-Nr.</b>	<b>Stellungnehmende Organisation / Datum</b>	<b>Inhalt der Stellungnahme</b>	<b>Auswertung der Stellungnahmen</b> (Stand: 9. Dezember 2020) <b>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</b>
<b>11.9</b>	Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e.V., 30.10.2020	<p>1 <a href="http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praev_Kriterien_zur_Zertifizierung_Stand_30.09.2020.pdf">www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Leitfaden_Praev_Kriterien_zur_Zertifizierung_Stand_30.09.2020.pdf</a></p> <p>2 Bosbach I, Maid-Kohnert U. Ernährungswissen in Gesundheitsberufen. Ernährungs Umschau 2020, 67(10): M592-561</p> <p>3 VDD (Hrsg.). VDD- Leitlinie für die Ernährungstherapie und das prozessgeleitete Handeln in der Diätetik Band 1, Manual für den German-Nutrition Care Prozess (G-NCP). 3. Auflage. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2015.</p>	
<b>12.</b>	<b>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V., 30.10.2020</b>		
<b>12.1</b>	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Die rheumatoide Arthritis ist eine Erkrankung, die mit schweren Gelenkdestruktionen und -Deformationen bis hin zur ausgeprägten Behinderung assoziiert sein kann <sup>1</sup> . Die Mortalität ist im Vergleich zu Personen ohne diese Erkrankung erhöht <sup>2,3</sup> . Die Prävalenz in der Bevölkerung beträgt 0,3-1,0% <sup>56</sup> . Durch	Dank und Kenntnisnahme, eine Modularisierung ist aktuell nicht vorgesehen. Beratungen zum modularen Umbau der DMP haben bisher nicht stattgefunden und wären ein übergeordnetes Thema außerhalb der Indikation Rheuma.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p>eine frühzeitige Diagnose und Behandlung mit Basistherapeutika (Disease Modifying Antirheumatic Drugs/DMARD) können Gelenkdestruktionen wirksam aufgehalten oder zumindest verlangsamt werden<sup>7 8 9 10</sup>. Außerdem bedürfen diese Personen einer regelmäßigen Kontrolle und Beratung.</p> <p>Die DEGAM begrüßt daher ausdrücklich die Einführung eines DMP für diese Erkrankung. Allerdings regt sie an, dass dies mit anderen DMP harmonisiert wird im Sinne einer Modularisierung.</p> <p>Angesichts des Mangels vertragsärztlich tätiger Rheumatologen*innen aber auch der häufigen Multimorbidität der Erkrankten wurden im Zusammenhang mit Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach §73 vollständige auch die Schnittstelle zur Rheumatologie umfassende Behandlungspfade erarbeitet. Diese erlauben gemeinsam mit entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen in Weiter- und Fortbildung der Allgemeinmedizin eine weitgehende Übernahme der routinemäßigen Behandlung durch die hausärztliche Versorgungsebene.</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Bereits jetzt erfolgen 36,9% der Erstverordnungen von DMARD ausschließlich durch Hausärzt*innen <sup>11</sup> .	
12.2	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	<p>Schließlich wird auch in der S3-Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis<sup>12</sup> nur eine moderate „Sollte-Empfehlung“ zur Überweisung zur Rheumatologie ausgesprochen („Jeder Patient mit neu aufgetretener RA sollte zur Abschätzung der Langzeitprognose einem Rheumatologen zugewiesen werden.“).</p> <p>Daher lehnt die DEGAM die unter 1.3 Einschreib-Kriterien ins DMP genannte „erforderliche“ Vorstellung in einer rheumatologischen Praxis ab. Damit entfällt auch die von der KBV an dieser Stelle ersatzweise vorgeschlagene Vorstellung bei Orthopäd*innen mit Zusatzweiterbildung in Orthopädischer Rheumatologie.</p> <p>Hier genügt eine entsprechende Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte, in der Erkennung einer rh.A. und ihrer Behandlung mit MTX, deren Überwachung und einer kurzzeitig befristeten Corticoid-Behandlung. Für die erforderliche Qualitätssicherung könnte problemlos ein Nachweis der erfolgreichen</p>	Der Richtlinienentwurf enthält die Empfehlung, eine Vorstellung beim internistischen Rheumatologen anzustreben, damit sind ggf. erforderliche Ausnahmen aufgrund individueller Umstände auch erlaubt.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Absolvierung entsprechender Fortbildungen als Voraussetzung für eine hausärztliche Teilnahme am DMP rheumatoide Arthritis gemacht werden.	
12.3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Bei den unter 1.4. genannten Therapiezielen unterstützt die DEGAM die Position von GKV-SV, DKG und KBV, die zusätzliche Nennung von Fatigue nicht aufzunehmen. Es handelt sich zwar um einen wichtigen Patienten-bezogenen Endpunkt. Er ist aber ausreichend in dem übergeordneten Ziel der Lebensqualität abgebildet.	Siehe laufende Nummer 2.1
12.4	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Die DEGAM unterstützt den Hinweis der Patientenvertreter*innen auf das Funktionstraining unter 1.5.2. Mit dem Funktionstraining existiert eine niedrighschwellige Möglichkeit des Erhaltes der Beweglichkeit.	<b>DKG, KBV, GKV-SV:</b> Siehe laufende Nummer 2.2 <b>PatV:</b> Dank und Zustimmung
12.5	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Auch der Vorschlag, bei einer Neuropathie die Heilmittel-Richtlinie um die Möglichkeit der podologischen Behandlung von schwer betroffenen Patient*innen mit rh.A. zu erweitern, wird von der DEGAM unterstützt. Man stelle sich nur Patient*innen mit schwer destruierten Händen vor, denen es nicht möglich ist, selbst ihre Fußnägel zu versorgen.	Siehe laufende Nummer 2.3

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.6	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	<p>Unter 1.5.3.2. unterstützt die DEGAM die Position des GKV-SV – ein spezifischer Nutzen einer subkutanen Gabe von MTX ist kaum belegt.</p> <p>Die Ausweitung einer Therapie-Eskalation in Stufe 2 und 3 sowie bei der De-Eskalation wie von der KBV vorgeschlagen auch auf Orthopäd*innen mit Weiterbildung Rheumatologie wird von der DEGAM nicht unterstützt. Die Zahl der Patient*innen, die allein mit MTX nicht zu behandeln sind, sind nicht sehr hoch. Eine genügende Erfahrung im Umgang mit Biologika ist erforderlich und wird bei Orthopäd*innen kaum in genügendem Ausmaß zur Verfügung stehen, zumal die Zusatzweiterbildung lediglich 24 Monate in der orthopädischen Rheumatologie umfasst und damit keine Pflichtzeit im internistisch-rheumatologischen Bereich.</p> <p>Die Vorschläge der Patientenvertreter*innen zur expliziten Nennung übergeordneter Ziele unter 1.5.3.1 (Tragende Gründe) werden von der DEGAM nicht mit getragen.</p>	<p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p> <p><b>GKV-SV:</b> Dank und Kenntnisnahme</p> <p>Die Stellungnahme wird zum Anlass genommen, die Formulierung „kann vorteilhaft sein“ zu verwenden. Siehe auch laufende Nummer 8.5</p> <p><b>KBV:</b> Auch in der KBV-Position ist bei komplexen Therapieentscheidungen eine Zusammenarbeit mit dem internistischen Rheumatologen vorgesehen. Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit internistischen Rheumatologen wird nicht in Frage gestellt. Lediglich in Ausnahmefällen, nämlich im Falle des Fehlens von ausreichend internistischen Rheumatologen in bestimmten Regionen, können diese Aufgaben aus Sicht der KBV auch von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden. Sind regional nicht ausreichend internistische Rheumatologen verfügbar, würde ansonsten keine für diese Erkrankung spezialisierte Arzt-</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		Bei fehlendem Ansprechen sieht die DEGAM wie der GKV-SV und die Patientenvertreter*innen auch die Möglichkeit des Wechsels zu einem anderen DMARD in Monotherapie. Zusätzlich sollte nach Auffassung der DEGAM auch eine Kombination von MTX mit niedrig dosiertem Prednisolon <sup>13 14</sup> genannt werden.	<p>gruppe die Behandlungsentscheidungen übernehmen können.</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Dank und Kenntnisnahme</p> <p><b>KBV, DKG:</b> Die Stellungnahme wird zum Anlass genommen, die Positionierung entsprechend anzupassen.</p>
12.7	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Eine in 1.5.3.3. aufgeführte Deeskalation einer DMARD-Therapie bei mindestens 6-monatiger Krankheits-Remission kann nach Auffassung der DEGAM auch und gerade von Hausärzt*innen durchgeführt werden. Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin betreuen ihre Patient*innen longitudinal über lange Zeit und kennen sie mit den verschiedensten Gesundheitsproblemen. Gerade eine Multimorbidität <sup>15</sup> und eine Poly-medikation <sup>16</sup> können wichtige Gründe für eine Therapie-Deeskalation sein. Das entsprechende ärztliche Wissen ist im hausärztlichen Bereich am ehesten zu finden.	<p>Für die Deeskalation sind spezielle fachrheumatologische und immunologische Kenntnisse erforderlich. Deshalb sieht der GBA zur Sicherung der Behandlungsqualität und zur Sicherheit des Patienten hier nur diese Facharztgruppe als geeignet.</p> <p><b>KBV:</b> In Ausnahmefällen kann diese Aufgabe auch vom Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Rheumatologie übernommen werden.</p>



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <b>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</b>
12.8	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Bei Nennung der Komorbiditäten unter 1.6. unterstützt die DEGAM die Position von GKV-SV, DKG und KBV. Insbesondere lehnt die DEGAM auch die nicht mit ausreichender Nutzen-Evidenz unterlegten Vorschläge der Patientenvertreter*innen zu einer spezifischen kardiovaskulären Prävention bei Patient*innen mit rh.A. ab. Der Satz „Daher sollen diese Faktoren besonders beachtet und ihre angemessene Behandlung angestrebt werden, gegebenenfalls in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt bzw. der behandelnden Hausärztin“ sollte geändert werden in „Daher sollen diese Faktoren besonders beachtet und ihre angemessene Behandlung in Kooperation mit dem behandelnden Hausarzt bzw. der behandelnden Hausärztin angestrebt werden“ denn für die Behandlungscoordination und die Gesamtsicht ist typischerweise die hausärztliche Versorgungsebene zuständig. Die Aufnahme spezifischer Infekt-Risiko-Scores (von den Patientenvertreter*innen bei den Tragenden Gründen gefordert) wird von der DEGAM nicht mit unterstützt.	<b>DKG, KBV, GKV-SV:</b> Dank und Kenntnisnahme <b>PatV:</b> Kenntnisnahme
12.9	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin	In 1.7. genannte jährliche Verlaufskontrollen bei Rheumatolog*innen sind nach Auffassung der DEGAM nicht zwingend erforderlich und nicht evidenzbasiert. Sie sollten beschränkt	Die Stellungnahme wurde zum Anlass genommen, den Beschlussentwurf unter Nummer 1.7 anzupassen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen- Nr.	Stellungnehmende Organisation / Da- tum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	und Familienmedizin, 30.10.2020	werden auf besonders schwere Fälle, u.a. nach (mehrfacher) Therapie-Eskalation oder spezifischen Fragestellungen bezüglich der optimalen Therapie. Bei spezifischen orthopädischen Fragestellungen ist hierfür auch die Fachärztin oder der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie besonders qualifiziert. Dies sollte explizit als weitere Option genannt werden.	
12.10	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Die in 1.8.1. genannte Lanzeit-Betreuung der Patient*innen mit rh.A. soll nach Auffassung der DEGAM in Übereinstimmung mit dem §73 SGB V sowie der Einschätzung der GKV-SV grundsätzlich durch Ärzt*innen für Allgemeinmedizin erfolgen. Wie geschildert verfügen sie über eine tiefergehende und breite Kenntnis des familiären Umfeldes ihrer Patient*innen und kennen deren Komorbiditäten, Lebenseinstellungen und Prioritäten. Der Einbezug aller weiterer in der Tabelle genannten Berufsgruppen würde zu einer Fragmentierung des Informationsflusses und einem Abbruch der – für die therapeutische Beziehung elementaren – erlebten Anamnese führen, insbesondere, wenn zusätzliche Gesundheitsstörungen zu be-	<p><b>KBV, DKG:</b> Siehe laufende Nummer 6.5</p> <p><b>GKV-SV:</b> Dank und Kenntnisnahme</p> <p><b>PatV:</b> Kenntnisnahme</p>

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		handeln sind oder eine wohnortnahe psychosoziale Betreuung sinnvoll erscheint. Lediglich in Ausnahmefällen greift die von der GKV-SV genannte alternative Lösung.	
12.11	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Unter 1.8.2. ist der Einschub „nach Erstdiagnose innerhalb von drei Monaten, sofern die Erstdiagnose nicht durch die Fachärztin oder den Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie gestellt wurde“, zu streichen (Begründung siehe oben). Der Vorschlag der KBV, unter 1.8.2. auch Überweisungen an Orthopäd*innen zu ermöglichen, wird von der DEGAM nicht unterstützt. Statt dessen sollte eingefügt werden: Bei spezifischen orthopädischen Fragestellungen sollte zum/r Fachärztin oder der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie überwiesen werden.	Siehe laufende Nummer 12.2 <b>KBV:</b> Dem Vorschlag wird nicht gefolgt. Auch in der KBV-Position ist bei den genannten Indikationen eine Überweisung zum internistischen Rheumatologen vorgesehen. Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit internistischen Rheumatologen wird nicht in Frage gestellt. Lediglich in Ausnahmefällen, nämlich Falle des Fehlens von ausreichend internistischen Rheumatologen in bestimmten Regionen, können diese Aufgaben aus Sicht der KBV auch von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie übernommen werden. Sind regional nicht ausreichend internistische Rheumatologen verfügbar, würde ansonsten keine für diese Erkrankung spezialisierte Arztgruppe diese Aufgaben übernehmen können.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
12.12	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Das von DKG und Patientenvertreter*innen vorgeschlagene Einweisungs-Kriterium unter 1.8.3., eine multimodale rheumatologische Komplexbehandlung ermöglichen zu können, wird von der DEGAM mit getragen. Allerdings existieren nur wenige solcher Angebote.	<b>DKG, PatV:</b> Dank und Kenntnisnahme <b>KBV, GKV-SV:</b> Siehe laufende Nummer 8.12
12.13	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Unter den Qualitätszielen schlägt die DEGAM vor, die Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie zu spezifizieren auf eine „ <u>Glukokortikoid-Dauertherapie &gt; 5mg Prednisolon-Äquivalent</u> – zur Begründung siehe Referenzen (Zitate 13 und 14).	Die geforderte Änderung entspricht nicht den aktuellen Leitlinienempfehlungen und wird daher nicht übernommen.  Die Stellungnahme wurde dennoch zum Anlass genommen, um das Qualitätsziel 6 zu präzisieren.
12.14	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 30.10.2020	Hinsichtlich der Schulungen unter 4.2. unterstützt die DEGAM die Position von GKV-SV und DKG.	<b>KBV, PatV:</b> Da keine Begründung für die Stellungnahme abgegeben wurde, kann keine Auswertung erfolgen.  <b>GKV-SV, DKG:</b> Dank und Kenntnisnahme
12.15	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin	In der Anlage 22 spricht sich die DEGAM für die Dokumentation des Blutdruckes aus – es handelt sich um eine häufige Komorbidität der rh.A.	<b>DKG KBV PatV:</b> Dank und Kenntnisnahme (wenn hier die Hypertonie gemeint war)

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
	und Familienmedizin, 30.10.2020		<b>GKV-SV:</b> Die Dokumentation des Blutdrucks erfolgt in der indikationsübergreifenden Anlage 2.
12.16		<p>Referenzen:</p> <hr/> <p><sup>1</sup> Young A, Dixey J, Cox N, et al. How does functional disability in early rheumatoid arthritis (ra) affect patients and their lives? Results of 5 years of follow-up in 732 patients from the early ra study (eras). Rheumatology 2000;39:603-11</p> <p><sup>2</sup> Listing J, Kekow J, Manger B, et al. Mortality in rheumatoid arthritis: The impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, tnfa inhibitors and rituximab. Annals of the rheumatic diseases 2015;74:415-21</p> <p><sup>3</sup> Meune C, Touzé E, Trinquart L, Allanore Y. Trends in cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis over 50 years: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. Rheumatology 2009;48:1309-13</p> <hr/> <p><sup>4</sup> Radovits BJ, Fransen J, Al Shamma S, Eijsbouts AM, van Riel PL, Laan RF. Excess mortality emerges after 10 years in an inception cohort of early rheumatoid arthritis. Arthritis care &amp; research 2010;62:362-70</p> <p><sup>5</sup> Zink A, Albrecht K. Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? Zeitschrift für Rheumatologie 2016;75:346-53</p> <p><sup>6</sup> Hense S, Luque Ramos A, Callhöf J, Albrecht K, Zink A, Hoffmann F. Prävalenz der rheumatoiden Arthritis in Deutschland auf Basis von Kassendaten. Zeitschrift für Rheumatologie 2016;75:819-27</p>	Kenntnisnahme

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<p><sup>7</sup> Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the eular recommendations for the management of early arthritis. Annals of the rheumatic diseases 2017;76:948-59</p> <p><sup>8</sup> van Nies JA, Tsonaka R, Gaujoux-Viala C, Fautrel B, van der Helm-van Mil AH. Evaluating relationships between symptom duration and persistence of rheumatoid arthritis: Does a window of opportunity exist? Results on the leiden early arthritis clinic and espoir cohorts. Annals of the rheumatic diseases 2015;74:806-12</p> <p><sup>9</sup> Emery P. Therapeutic approaches for early rheumatoid arthritis. How early? How aggressive? British Journal of Rheumatology 1995;34 Suppl 2:87-90</p> <hr/> <p><sup>10</sup> Machold KP, Eberl G, Leeb BF, Nell V, Windisch B, Smolen JS. Early arthritis therapy: Rationale and current approach. The Journal of rheumatology Supplement 1998;53:13-9</p> <p><sup>11</sup> Steffen A, Holstiege J, Klimke K, Akmatov M, Bätzing J. Patterns of the initiation of disease-modifying antirheumatic drugs in incident rheumatoid arthritis: a German perspective based on nationwide ambulatory drug prescription data. Rheumatol In 2018;38:2111-20</p> <p><sup>12</sup> <a href="https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-002.html">https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-002.html</a> - letzter Zugriff am 22.10.2020</p> <p><sup>13</sup> Bakker M, Jacobs J, Welsing P et al. Low-Dose Prednisone Inclusion in a Methotrexate-Based, Tight Control Strategy for Early Rheumatoid Arthritis. Ann Intern Med. 2012;156:329-339</p> <hr/> <p><sup>14</sup> Verschueren P, de Cock D, Corluy L et al Methotrexate in combination with other DMARDs is not superior to methotrexate alone for remission induction with moderate-to-high-dose glucocorticoid bridging in early rheumatoid arthritis after 16 weeks of treatment: the CareRA trial. Ann Rheum Dis 2014;0:1–8</p> <p><sup>15</sup> <a href="https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf">https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf</a> – letzter Zugriff am 22.10.2020</p>	

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

Lfd. Zeilen-Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Auswertung der Stellungnahmen (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i>
		<sup>16</sup> Bergert FW, Braun M, Ehrental K, et al. Hausärztliche Leitlinie: Multimedikation; Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten [online]. 16.04.2014. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2013. [Zugriff: 22.10.2020]. URL: <a href="http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf">http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-043l_S2e_Multimedikation_2014-05.pdf</a> .	

## II. Anhörung

Folgende stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden mit Schreiben vom 2. Oktober 2020 eingeladen bzw. im Unterausschuss DMP angehört:

Organisation	Einladung zur Anhörung angenommen	An Anhörung teilgenommen:
Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)	20. November 2020	ja
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DE-GAM)	23. Dezember 2020	ja

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

<b>Organisation</b>	<b>Einladung zur Anhörung angenommen</b>	<b>An Anhörung teilgenommen:</b>
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	25. Dezember 2020	ja
Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS)	26. Dezember 2020	nein
Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)	26. Dezember 2020	ja
Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD)	30. Dezember 2020	ja
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)	27. Dezember 2020	ja
Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund)	2. Dezember 2020	nein

### **Zusammenfassung und Auswertung der Anhörung**

Die Anhörung wurde durch den Unterausschuss DMP in seiner Sitzung am 9. Dezember 2020 durchgeführt.



Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V  
zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

<b>Lfd. Zeilen-Nr.</b>	<b>Stellungnehmende Organisation</b>	<b>Inhalt der mündlichen Stellungnahme</b>	<b>Auswertung der Anhörung (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i></b>
<b>1.</b>	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
<b>2.</b>	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
<b>3.</b>	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.

Auswertung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V, und § 137f Abs. 2 Satz 5 und Abs. 8 Satz 2 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinien (DMP-A-RL): Änderung Anlage 2, Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation)

<b>Lfd. Zeilen- Nr.</b>	<b>Stellungnehmende Organisation</b>	<b>Inhalt der mündlichen Stellungnahme</b>	<b>Auswertung der Anhörung (Stand: 9. Dezember 2020) <i>Empfehlung des Unterausschusses an das Plenum</i></b>
<b>4.</b>	Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
<b>5.</b>	Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband (VDD)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.
<b>6.</b>	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)	Siehe Wortprotokoll	In der mündlichen Anhörung ergaben sich keine weiteren Aspekte, die über die in der schriftlichen Stellungnahme genannten hinausgehen.