

## Nachrichten des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V.



### Disease-Management-Programm Rheumatoide Arthritis (DMP-RA) – DMP finden mit dem „DMP-RA“ nun auch Eingang in die Rheumatologie.

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dabei die Aufgabe, chronische Erkrankungen auszuwählen, die sich für ein DMP eignen, und die inhaltlichen Anforderungen an solche Programme genauer zu bestimmen. Dabei stützt er sich auf den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft, der jeweils nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin aus den vorhandenen klinischen Behandlungsleitlinien ermittelt wird [1]. DMP werden in Deutschland seit 2002 von den gesetzlichen Krankenkassen in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten angeboten [2].

Ziele der DMP sind, bestehende Versorgungsdefizite (Über-, Unter- und Fehlversorgung) abzubauen und so die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Erreicht werden soll dies insbesondere durch Koordination der Versorgung, Förderung der Kooperation aller Beteiligten, differenzierte Therapieplanung unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten, leitliniengerechte medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung sowie Stärkung der Selbstmanagement-Fähigkeiten durch strukturierte Patientenschulungen.

Bislang gab es in Deutschland DMP für Menschen mit folgenden chronischen Erkrankungen: Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Koronare Herzkrankheit (KHK) inkl. chronische Herzinsuffizienz. Die rheumatoide Arthritis (RA) wurde neben der Osteoporose, dem chronischen Rückenschmerz und der Depression im Hinblick auf ihre Eignung für ein DMP geprüft [1, 2]. Für die Entwicklung des DMP-RA wurden Sachverständige für das Gebiet der Rheumatologie über die Trägerorganisationen des G-BA (GKV-Spit-

zenverband, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) und der Patientenvertretungen in einen Unterausschuss des G-BA berufen, der für die fachliche Ausarbeitung des DMP-RA zuständig war. Aufbauend vor allem auf den aktuellen Leitlinien der DGRh [3, 4] und der EULAR [5] konnte das DMP-RA in insgesamt über 20 Sitzungen dieses Unterausschusses beim G-BA zwischen Dezember 2018 und Dezember 2020 inhaltlich derart schnell ausgearbeitet werden, dass es das bislang einzige „fertige“ DMP der gerade überprüften weiteren chronischen Erkrankungen (s. o.) ist. Mit der Bekanntgabe vom 4.8.2021 im Bundesanzeiger des Bundesgesundheitsministeriums ist es zum 1.10.2021 in Kraft getreten [6].

In den nächsten Monaten sollen die gesetzlichen Krankenkassen, als Träger der DMP, mit den Vertragsärzten und/oder Krankenhäusern auf regionaler Ebene die praktischen Umsetzungen vertraglich regeln. Voraussichtlich können erstmals 2022 Patienten mit RA in das DMP aufgenommen werden.

Grundsätzlich sind DMP hausarztzentrierte Programme, d. h. Hausärzte übernehmen in der Regel die Rolle des koordinierenden Arztes und beziehen Spezialisten nach genau festgelegten Behandlungspfaden ein. Beim DMP-RA kann aber auch der Rheumatologe (Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie) und der Orthopäde mit Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie für seine Patienten als koordinierender Arzt fungieren.

In das DMP können grundsätzlich Patienten und Patientinnen ab dem 18. Lebensjahr eingeschrieben werden. Eine gesicherte Diagnose ist ein Einschreibekriterium aller DMP. Um den Beginn der Behandlung nicht zu verzögern, kann ein Patient in das DMP-RA durch die Hausärztin/den Haus-

arzt nach Prüfung der ACR/EULAR Klassifikationskriterien [7] gemäß der S3-Leitlinie zum Management der frühen RA [3] (Vorliegen einer klinisch gesicherten Synovitis mindestens eines Prädispositions-gelenks (Handgelenke, Fingergrund- und Fingermittelgelenke [außer Daumensattelgelenk] und Zehengrundgelenke [außer Großzehengrundgelenk]) sowie fehlenden Hinweisen für eine andere Ursache der Synovitis eingeschrieben werden. Eine Therapieeinleitung mit Glukokortikoiden und einem ersten DMARD (Disease-modifying anti-rheumatic drug) kann so zeitnah erfolgen. Falls keine Kontraindikationen vorliegen ist die Therapie der ersten Wahl – auch im DMP-RA – Methotrexat, ansonsten kann aber auch ein anderes csDMARD wie Leflunomid oder Sulfasalazin eingesetzt werden. Wird der Schwellenwert von 6 Punkten der ACR/EULAR-Klassifikationskriterien nicht erfüllt, kann eine Einschreibung in das DMP-RA nicht erfolgen. Wichtig ist, dass in jedem Fall zur Diagnosesicherung/-bestätigung eine Vorstellung des Patienten beim Spezialisten (Rheumatologen) dann innerhalb der nächsten 3 Monate erfolgen soll.

Wie in jedem DMP gibt es Therapieziele (siehe Kasten „Therapieziele im DMP-RA“), die durch medikamentöse und nichtmedikamentöse Maßnahmen erreicht werden sollen. Wichtige Aspekte sind dabei auch die Berücksichtigung der vielfältigen Komorbiditäten der RA und Maßnahmen bei Multimedikation. Neben der definierten medikamentösen Stufentherapie, welche sich an der S2-Leitlinie der DGRh orientiert [4] kann bei stabiler Remission und in gemeinsamer Entscheidung mit den Betroffenen auch eine kontrollierte Therapie-Deeskalation erfolgen. Definiert werden im DMP-RA auch die Situationen, in denen eine Überweisung zum Spezialisten oder eine stationäre Behandlung erfolgen soll.

## THERAPIEZIELE IM DMP-RA

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

- Erhalt und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- Senkung der Mortalität
- Erreichen einer langanhaltenden Remission oder niedrigen Krankheitsaktivität bei jeder Patientin und jedem Patienten
- Vermeidung struktureller Gelenkschäden
- Verbesserung der Funktionalität und Beweglichkeit
- adäquate Behandlung der Komorbiditäten
- Schmerzreduktion

So sollen RA-Patienten z. B. zum Rheumatologen überwiesen werden,

- sofern kein adäquates Therapieansprechen unter der Starttherapie spätestens nach 12 Wochen oder sofern keine Remission nach spätestens 24 Wochen vorliegt,
- bei nicht ausreichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit der weiteren DMARD-Therapien,
- zur Prüfung der Frage einer Deeskalation der DMARD-Therapie,
- zur regelmäßigen Verlaufskontrolle einschließlich der Prüfung der Indikation einer radiologischen Kontrolle.

Indikationen zur stationären Behandlung bestehen „insbesondere zur Diagnostik und Therapie von schweren Erkrankungen bzw. Verläufen einschließlich ihrer krankheits- oder therapiebedingten Komplikationen.“ Es ist im DMP auch individuell zu prüfen, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Dabei sind die Schwere der Erkrankung, gegebenenfalls bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen sowie psychosoziale Belastungen und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung relevanter Kontextfaktoren zu beachten.

Die aktive Einbindung der Patienten ist ein wichtiges Prinzip der DMP. Hierfür werden in allen DMPs strukturierte und evaluierte Schulungsprogramme gefordert. Für das DMP-RA stehen als evaluierte Schulungsprogramme

► **Tab. 1** Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren im DMP-RA

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	Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer relevanten Verbesserung im DAS-28 oder mit aktuell vorliegender Remission, bezogen auf alle aktuell eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer
4	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos	Anteil der 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 ≤ 139 mmHg und diastolisch ≤ 89 mmHg bei bekannter Hypertonie, bezogen auf alle eingeschriebenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit bekannter Hypertonie
6	Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie	Niedriger Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer Glukokortikoidtherapie, die länger als sechs Monate dauert, bezogen auf alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer
7	Hoher Anteil an Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer DMARD-Therapie	Bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern ohne Kontraindikation oder 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

programme STRUPI-RA [8] und die an STRUPI-RA angelehnte „Basisschulung RA“ [9] (zukünftig „STRUPS-RA“) zur Verfügung. Das DMP ermöglicht nun erstmals, Patientenschulungsprogramme in der Versorgung zu verankern.

Unverzichtbarer Bestandteil der DMP sind qualitätssichernde Maßnahmen, welche in den „Qualitätszielen und Qualitätsindikatoren“ (► **Tab. 1**) zusammengefasst sind. Hier sind nicht nur die Therapieziele Remission oder niedrige Krankheitsaktivität mit Zielvorgaben aufgeführt, sondern auch die Be-

rücksichtigung der wichtigsten Komorbiditäten der RA und der Teilnahme an Patientenschulungen und Programmen zur Förderung der körperlichen Aktivität. Teilnehmende Fach- und Hausärzte erhalten regelmäßig Qualitätsberichte (Benchmarks) zu diesen Indikatoren. Dabei bildet eine DMP-spezifische Dokumentation die Basis für die Auswertung von Qualitätsindikatoren wie z. B. die Erreichung und den Erhalt einer Remission oder die Vermeidung einer Glukokortikoid-Dauertherapie. Praktisch alle Praxissoftwaresysteme bieten dafür entsprechende durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zertifi-

zierte Module an. Die Möglichkeit einer Umsetzung dieser Dokumentation in RheMIT oder RheMITplus ist vorgesehen.

Die Vorarbeiten der DGRh in Form von aktuellen Leitlinien und von Patientenschulungsprogrammen waren für die vom G-BA zur Entwicklung des DMP-RA hinzugezogenen Sachverständigen von unschätzbarem Wert. Kenner der S3-Leitlinie zum Management der frühen RA [3] und der S2-Leitlinie zur medikamentösen Therapie der RA [4] werden feststellen, dass diese ganz wesentlich die Inhalte des DMP-RA bestimmt haben. Die kontinuierliche und engagierte Teilnahme an den Sitzungen beim G-BA ermöglichte die schnelle, zielgerichtete und praxisorientierte Ausgestaltung des DMP bei hohen Ansprüchen des G-BA an wissenschaftliche Evidenz und Fachkenntnis der Sachverständigen. Der BDRh wird die anstehenden Verhandlungen zur praktischen Umsetzung des DMP-RA mit den Kostenträgern proaktiv begleiten mit dem Ziel das DMP-RA möglichst breit in der rheumatologischen Versorgung zu etablieren.

Das DMP-RA stellt eine große Chance dar, die Kooperation zwischen den verschiedenen ambulanten Versorgungsebenen bis zur stationären Behandlung und damit die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit RA zu verbessern. Das DMP-RA kann so ein wichtiger, neuer Baustein für die Weiterentwicklung qualifizierter rheumatologischer Versorgungsstrukturen werden.

## ZUSAMMENFASSUNG DMP

### Zielsetzung der DMP

Strukturierte und leitlinienorientierte Behandlung von Patienten mit chronischen Erkrankungen

- mittels definierter Versorgungsprozesse
- auf Basis individuell vereinbarter Therapieziele

### Weitere DMP-Elemente

- Patientenschulungen
- Regelmäßige Informationen für Arzt und Patient
- interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung
- standardisierte Dokumentation des Behandlungsverlaufs

Im Mittelpunkt steht der koordinierende Arzt. Er:

- vereinbart konkrete Behandlungsziele mit den Patienten
- steuert die Behandlungsschritte
- sichert das Zusammenwirken der Versorgungsebenen
- dokumentiert den Behandlungsverlauf regelmäßig

Silke Zinke, Rheumatologische Schwerpunktpraxis, Berlin

Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V.

Martin Fleck, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Regensburg, Regensburg.

Klinik und Poliklinik für Rheumatologie/ Klinische Immunologie, Asklepios Klinikum Bad Abbach

Christof Specker, Klinik für Rheumatologie & Klinische Immunologie, Kliniken Essen-Mitte, Essen

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. und Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.

## Literatur

- [1] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/> Zugriff am 3.10.2021
- [2] Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). <https://www.gesundheitsinformation.de/was-sind-disease-management-programme-dmp.html> Zugriff am 3.10.2021
- [3] Schneider M, Baseler G, Funken O et al. Management der frühen rheumatoiden Arthritis: Interdisziplinäre Leitlinie. Z Rheumatol 2020; 79(Suppl 1): 1–38
- [4] Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C et al. S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. Z Rheumatol 2018; 77(Suppl 2): 35–53
- [5] Smolen JS, Landewe 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; 79(6): 685–699
- [6] Bundesministerium für Gesundheit: Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 26. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie: Änderung der Anlage 2,

Ergänzung der Anlage 21 (DMP Rheumatoide Arthritis) und der Anlage 22 (Rheumatoide Arthritis Dokumentation) vom 18. März 2021 BAnz AT 04.08.2021 B1

- [7] Aletaha D, Neogi T, Silman AJ 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] Schwarze M, Fieguth V, Schuch F et al. Krankheitsbezogener Wissenserwerb durch strukturierte Patienteninformation bei Rheumatoider Arthritis (StruPI-RA): Erste Ergebnisse der StruPI-RA-Studie in Deutschland. Z Rheumatol 2021; 80(4): 364–372
- [9] Gerlich C, Andreica I, Küffner R et al. Evaluation einer Basisschulung für Patienten mit rheumatoider Arthritis. Z Rheumatol 2020; 79(8): 737–748

## KONTAKT FÜR RÜCKFRAGEN

Prof. Dr. med. Christof Specker  
Klinik für Rheumatologie & Klinische Immunologie  
Kliniken Essen-Mitte  
Pattbergstr. 2, 45239 Essen  
Tel. 0201/17446001  
C.Specker@kem-med.com

## KONTAKTADRESSE

**Verband Rheumatologischer Akutkliniken e. V.**

Geschäftsstelle  
Schumannstr. 18, 10117 Berlin  
Tel./Fax: 030/206298-79/-82  
E-Mail: gf@vraev.de  
Internet: www.vraev.de

## IMPRESSUM

**Verantwortlich für den Inhalt**

Prof. Dr. med. Heinz-Jürgen Lakomek  
Geschäftsführer, Verband rheumatologischer Akutkliniken e. V.  
E-Mail: lakomek@vraev.de