

**Ausfüllanleitung**  
**zum indikationsspezifischen Datensatz**  
**für das strukturierte Behandlungsprogramm**  
**Rheumatoide Arthritis**

Stand der letzten Bearbeitung: 01.07.2022  
Version 1.0

Das Ziel der Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) ist insbesondere eine Remission oder niedrige Krankheitsaktivität zu erreichen und diese so lange wie möglich zu erhalten. Die moderne Therapiestrategie der RA 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 RA. Hierfür soll die Krankheitsaktivität bei jeder Dokumentation gemessen und dokumentiert werden. Dieses Vorgehen ist in klinischen Studien belegt und wird in den Leitlinien empfohlen. Als Standardinstrument hat sich in der Praxis der Disease Activity Score (DAS-28) bewährt, in den vier Parameter der Krankheitsaktivität eingehen. Als Laborwert wird in diesem DMP die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) in den DAS-28 einbezogen, da die Grenzwerte zur Interpretation des DAS-28-Wertes (s. Tabelle 1 unten) mittels des DAS-28 BSG validiert wurden.

## Anamnese- und Befunddate

### Aktuelle Krankheitsaktivität - DAS-28-Wert

Zur Ermittlung der aktuellen Krankheitsaktivität füllen Sie bitte die unten genannten vier Parameter des DAS-28 vollständig aus. **Der DAS-28 ist hierzu in Ihrer Praxisverwaltungs-Software (PVS) hinterlegt und kann direkt über die Eingabemaske der PVS elektronisch ausgefüllt werden.** Alternativ ist der DAS-28 auch als PDF-Datei abrufbar und ausdrückfähig integriert. Bei Verwendung des DAS-28 mittels der ausgedruckten PDF-Vorlage müssen die Werte nach dem Ausfüllen in die Eingabemaske der PVS übertragen werden.

### Ausfüllen des DAS-28

Zur Ermittlung des DAS-28-Wertes müssen von Ihnen folgende vier Parameter erfasst werden:

#### (1) Anzahl der druckschmerzhaften Gelenke

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.

Beurteilen Sie bitte für jedes der folgenden 14 Gelenke **jeweils rechts- und linksseitig**, ob es **druckschmerzhaft** ist oder nicht:

1. Schultergelenk	8. Fingergrundgelenk MCP 5
2. Ellenbogengelenk	9. Fingermittelgelenk PIP 1
3. Handgelenk	10. Fingermittelgelenk PIP 2
4. Fingergrundgelenk MCP 1	11. Fingermittelgelenk PIP 3
5. Fingergrundgelenk MCP 2	12. Fingermittelgelenk PIP 4
6. Fingergrundgelenk MCP 3	13. Fingermittelgelenk PIP 5
7. Fingergrundgelenk MCP 4	14. Kniegelenk

(2) **Anzahl der geschwollenen Gelenke**

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.

Beurteilen Sie bitte für jedes der folgenden 14 Gelenke **jeweils rechts- und linksseitig**, ob es **geschwollen** ist oder nicht:

1. Schultergelenk	8. Fingergrundgelenk MCP 5
2. Ellenbogengelenk	9. Fingermittelgelenk PIP 1
3. Handgelenk	10. Fingermittelgelenk PIP 2
4. Fingergrundgelenk MCP 1	11. Fingermittelgelenk PIP 3
5. Fingergrundgelenk MCP 2	12. Fingermittelgelenk PIP 4
6. Fingergrundgelenk MCP 3	13. Fingermittelgelenk PIP 5
7. Fingergrundgelenk MCP 4	14. Kniegelenk

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.**

(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 „stärkst 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. Null bedeutet dabei ‚keine Krankheitsaktivität‘ und 100 ‚stärkst mögliche Krankheitsaktivität‘.“*

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, können Sie die Stärke der Krankheitsaktivität auch mündlich erfragen und die Patientin oder den Patienten bitten, eine Zahl zwischen 0 und 100 zu nennen.

(4) **Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG)** in der Einheit mm pro Stunde (mm/h) als aktuelles serologisches Entzündungszeichen (1-Std.-Wert)

Bei der Eingabe der vier Parameter des DAS-28 in Ihre PVS wird der DAS-28-Wert (0,0 bis 9,9) automatisch anhand der unten genannten Formel (Tabelle 2) berechnet und angezeigt sowie in die Dokumentation übernommen. Zusätzlich wird Ihnen angezeigt, wie der aktuelle DAS-28-Wert hinsichtlich der Krankheitsaktivität interpretiert werden kann.

In der folgenden Tabelle sehen Sie die Einordnung der Krankheitsaktivität anhand des DAS-28-Wertes.

Tabelle 1: 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

Tabelle 2: Berechnung des DAS-28-Wertes

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

*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.

Mit der kontinuierlichen und standardisierten Erhebung des DAS-28-Wertes können Sie die Änderungen der Krankheitsaktivität verfolgen. So wird Ihnen bei jeder Verlaufsdokumentation angezeigt, ob eine **relevante Veränderung zum DAS-28-Wert der vorhergehenden Dokumentation** vorliegt. Dafür wird die Differenz zwischen dem aktuellen DAS-28-Wert und dem DAS-28-Wert der letzten Dokumentation automatisch berechnet und die Interpretation der Veränderung in kurzer Textform angezeigt. Hierdurch können Sie direkt sehen, **ob und wie stark sich die Krankheitsaktivität bei Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten im Vergleich zur letzten Dokumentation verändert hat.**

*Beispiel für die Ergebnisanzeige:* Bei einem DAS-28-Wert von 3,5 in der aktuellen Dokumentation und einem Wert von 4,2 in der letzten Dokumentation wird Ihnen automatisch folgendes angezeigt: **„Aktueller DAS-28-Wert: Moderate Krankheitsaktivität. Relevante Verbesserung zur letzten Dokumentation (moderates Therapieansprechen).“**

### Erkrankungsdauer der rheumatoiden Arthritis (zum Zeitpunkt der aktuellen Dokumentation)

**Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Geben Sie hier an, seit wann die RA bei Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten besteht. Geben Sie dabei an, ob die Erkrankungsdauer zum aktuellen Zeitpunkt „Weniger als zwei Jahre“ oder „Zwei Jahre oder mehr“ beträgt.

### Klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt

**Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Die **klinische Einschätzung des Osteoporoserisiko** soll **mindestens einmal im Jahr** erfolgen. Geben Sie „Ja“ an, wenn Sie das Osteoporoserisiko eingeschätzt haben. Geben Sie „Nein“ an, wenn Sie das Osteoporoserisiko nicht eingeschätzt haben. Es wird damit **nicht** abgefragt, ob Ihre Patientin bzw. Ihr Patient ein erhöhtes Risiko hat, lediglich, ob Sie das Risiko eingeschätzt haben.

Eine RA ist bei Frauen und Männern ein unabhängiger Risikofaktor für Frakturen. Daneben erhöhen eine Glukokortikoidtherapie und andere klinischen Risikofaktoren das Auftreten einer Osteoporose. Die individuelle Risikokonstellation bezüglich des Auftretens einer Osteoporose sollte daher einmal jährlich bei allen Patientinnen und Patienten klinisch abgeschätzt werden. Die Durchführung einer Osteodensitometrie mittels zentraler DXA zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung ist zu prüfen, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine medikamentöse Therapie der Osteoporose beabsichtigt ist. Generelle Empfehlungen zur Vorbeugung einer Osteoporose sind insbesondere körperliche Aktivität,

ausreichende Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr sowie Verzicht auf Rauchen.

## Medikamentöse und sonstige Maßnahmen

### Aktuelle Glukokortikoidtherapie wegen rheumatoider Arthritis

**Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Geben Sie bitte an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient aktuell eine Glukokortikoidtherapie erhält und wenn ja, wie lange die Therapie bereits andauert.

Dauert die Glukokortikoidtherapie bei der aktuellen Dokumentation 6 Monate oder kürzer an, geben Sie bitte **„Ja, bis zu 6 Monate lang“** an. Dauert die Glukokortikoidtherapie schon länger als 6 Monate an, geben Sie bitte **„Ja, länger als 6 Monate“** an. Findet aktuell keine Glukokortikoidtherapie statt, geben Sie bitte **„Nein“** an.

Glukokortikoide sollten zu Beginn der Therapie einer RA ergänzend zur konventionellen synthetischen krankheitsmodifizierenden Medikation (csDMARD) verabfolgt werden. Die tägliche Startdosis kann bis 30 mg Prednisolonäquivalent betragen. Die **Glukokortikoidgabe** sollte wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen **auf drei bis sechs Monate beschränkt werden**. Dabei wird eine Reduzierung der Dosis auf  $\leq 5$  mg Prednisolonäquivalent pro Tag innerhalb von acht Wochen empfohlen. **Eine Therapie mit Glukokortikoiden über sechs Monate hinaus sollte vermieden werden**.

Bei längerer Gabe der Glukokortikoide über sechs Monate hinaus ist die Indikation zur Reduktion bis zum Absetzen regelmäßig zu überprüfen und umzusetzen. Patientinnen und Patienten können im Verlauf der RA bei notwendigem DMARD-Wechsel wegen unerwünschter Arzneimittelwirkung oder erhöhter entzündlicher Aktivität kurzfristig erneut so niedrig dosiert wie möglich Glukokortikoide erhalten, diese sollten jedoch so schnell wie klinisch durchführbar wieder reduziert werden. Die intraartikuläre Gabe von Glukokortikoiden bei einzelnen Gelenken mit hoher entzündlicher Aktivität als zusätzliche Maßnahme zur DMARD-Therapie kann sinnvoll sein.

### Aktuelle DMARD-Therapie

**Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Unter DMARDs (Disease-modifying anti-rheumatic drugs) wird eine Gruppe von Medikamenten zusammengefasst, die über symptomatische Effekte hinaus krankheitsmodifizierende Eigenschaften besitzen. Zur Gruppe der DMARDs gehören konventionelle synthetische DMARDs (csDMARDs), zielgerichtete synthetische DMARDs (tsDMARDs) und biologische DMARDs (bDMARDs).

Geben Sie bitte an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient aktuell eine krankheitsmodifizierende Medikation (DMARD) erhält.

Geben Sie bitte **„Ja“** an, wenn aktuell ein oder mehrere DMARDs genommen werden (als Mono- oder Kombinationsbehandlung mehrerer DMARDs). Geben Sie bitte **„Nein“** an, wenn aktuell keine DMARD-Therapie erfolgt. Erfolgt keine DMARD-Therapie weil eine Kontraindikation gegen diese besteht, geben Sie bitte **„Kontraindikation“** an. Erfolgt keine DMARD-Therapie weil Sie mit Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten eine Therapiepause der DMARD-Therapie vereinbart haben, geben Sie bitte **„Therapiepause vereinbart“** an.

Die krankheitsmodifizierende Therapie mittels DMARDs soll unmittelbar nach Diagnosestellung begonnen werden, denn ein früher Behandlungsbeginn hat einen günstigen Effekt auf die radiologische Progression, den Erhalt und die Wiederherstellung der Funktionalität, das Erreichen einer anhaltenden Remission und die Reduktion der Mortalität. Bei der Therapieentscheidung sollen die Krankheitsaktivität, die bestehenden strukturellen Schäden, Komorbiditäten und Sicherheitsaspekte berücksichtigt werden.

Als Mittel der ersten Wahl (Starttherapie) wird das csDMARD Methotrexat empfohlen, wenn keine Kontraindikationen vorliegen (insbesondere Niereninsuffizienz, zeitnah geplante oder bestehende

Schwangerschaft, Knochenmarkserkrankung, schwere Leberfunktionsstörung). In der Regel werden als Startdosis 15 mg einmal pro Woche empfohlen. Methotrexat kann, auch unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz, subkutan oder oral verabreicht werden. Bei oraler Gabe soll die individuell unterschiedliche Bioverfügbarkeit berücksichtigt werden. Bei einer Steigerung der Dosis über 15 mg pro Woche kann eine subkutane Gabe vorteilhaft sein. Mit einem Wirkeintritt von Methotrexat ist innerhalb von vier bis sechs Wochen zu rechnen. Die Methotrexatdosis sollte in der Regel nicht 25 mg subkutan pro Woche überschreiten. Bei Methotrexat-Gabe soll standardmäßig eine Folsäure-Substitution (einmal 5 [bis 10] mg ca. 24 Stunden nach der Methotrexat-Gabe) verordnet werden. Falls Methotrexat nicht einsetzbar ist (z. B. wegen Kontraindikationen), soll eine Therapie mit Leflunomid (Standarddosis 10 bis 20 mg/Tag je nach Schwere (Aktivität) der Erkrankung) oder mit Sulfasalazin (Standarddosis 2000 mg/Tag) begonnen werden.

Wenn nach spätestens 12 Wochen unter der Starttherapie noch kein adäquates Therapieansprechen besteht oder nach spätestens 24 Wochen noch keine Remission erreicht werden konnte, soll die Therapie eskaliert werden.

## Regelmäßige körperliche Aktivität

**Mindestens eine Angabe** ist erforderlich. Eine Mehrfachnennung ist möglich.

Alle Patientinnen und Patienten sollen zu regelmäßiger körperlicher Aktivität und Sport ermutigt werden. Die positiven Effekte sind im Erhalt und der Verbesserung von Gelenkführung und Beweglichkeit, in einer ausreichend kräftigen Muskulatur sowie in der Wirkung auf den Gesamtorganismus zu sehen.

Bitte geben Sie „**Ja**“ an, wenn Ihre Patientin oder Ihr Patient regelmäßig körperlich aktiv ist. Hierunter fällt sowohl sportliche Betätigung als auch Bewegung im Alltag (z.B. Hund ausführen, Treppen steigen) und kann patientenindividuell eingeschätzt werden. Welche Regelmäßigkeit, Intensität und Sportart für Ihre Patientin bzw. Ihren Patienten angemessen ist, ist von der individuellen Belastbarkeit abhängig und kann von Ihnen ebenfalls individuell eingeschätzt werden. Im akuten Schub sollten die Aktivitäten schmerzadaptiert angepasst werden, können jedoch häufig weitergeführt werden.

Sollte aus einem für Sie nachvollziehbaren Grund eine regelmäßige körperliche Aktivität nicht möglich gewesen sein (z.B. aufgrund einer Komorbidität), geben Sie bitte „**Nicht möglich**“ an. Ist Ihre Patientin bzw. Ihr Patient aus keinem für Sie nachvollziehbaren Grund körperlich nicht aktiv, geben Sie bitte ausschließlich die Antwort „**Nein**“ an.

Als Mehrfachnennung möglich ist daher nur die Kombination der Antworten: „Nein“ und „Nicht möglich“

## Schulung

Rheuma-Schulungen stellen eine zentrale Maßnahme in diesem DMP dar. Daher soll jede Patientin und jeder Patient Zugang zu einer Rheuma-Schulung erhalten. Bitte machen Sie jeweils eine Angabe zu den folgenden drei Dokumentationsfeldern zu Schulungen:

### Bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Rheuma-Schulung teilgenommen

Eine Angabe in diesem Feld ist nur im Rahmen der **Erstdokumentation** möglich und hier verpflichtend. **Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig. Bei der Folgedokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Bitte geben Sie an, ob Ihre Patientin oder Ihr Patient bereits vor Einschreibung in das DMP an einer Rheuma-Schulung teilgenommen hat.

Eine erneute Teilnahme an einer Schulung im Rahmen des DMP ist dadurch **NICHT** ausgeschlossen!

## Rheuma-Schulung empfohlen (bei aktueller Dokumentation)

**Genau eine Angabe** ist erforderlich und zulässig.

Wenn Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten **aktuell (am Tage der Konsultation)** die Teilnahme an einer **Rheuma-Schulung empfohlen** haben, geben Sie bitte „**Ja**“ an. Wenn Sie bereits zuvor eine Schulung empfohlen haben, diese aber aktuell noch nicht stattfinden konnte, sprechen Sie die Empfehlung bitte erneut aus und kreuzen hier „**Ja**“ an. Sollten Sie **keine Schulung empfohlen** haben (z.B. weil Ihre Patientin bzw. Ihr Patient bereits eine Schulung wahrgenommen hat), geben Sie bitte „**Nein**“ an.

## Rheuma-Schulung wahrgenommen

Die Angaben zur Schulung beziehen sich hier **ausschließlich rückblickend** auf eine Schulung, die Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten **bei dem letzten Dokumentationstermin** empfohlen haben, und sind daher nur im Rahmen einer **Folgedokumentation** möglich und hier verpflichtend. Im Rahmen der Folgedokumentation ist **genau eine Angabe erforderlich**.

Bei der Erstdokumentation ist hier keine Angabe möglich.

Hat Ihre Patientin oder Ihr Patient im Dokumentationszeitraum an einer Schulung teilgenommen, geben Sie bitte „**Ja**“ an. War die Teilnahme an einer Rheuma-Schulung innerhalb des Dokumentationszeitraums aus **nachvollziehbaren Gründen nicht möglich**, geben Sie hier bitte „**War aktuell nicht möglich**“ an. Diese Antwort ist anzugeben, wenn z. B. organisatorische oder andere patientenseitige Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Rheuma-Schulung nicht gegeben sind. Weitere Gründe können z.B. fehlende Schulungskapazität, Krankenhausaufenthalt der Patientin oder des Patienten oder private Gründe sein. Die Beurteilung, ob die Gründe nachvollziehbar sind, obliegt alleine Ihnen und Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten.

Sollten Sie Ihrer Patientin oder Ihrem Patienten bei der vorhergehenden Dokumentation eine Schulung empfohlen haben, die Patientin bzw. der Patient die Schulung aber ohne einen für Sie nachvollziehbaren Grund nicht wahrgenommen haben, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

**Bitte beachten Sie:** Diese Angabe kann bei wiederholter Angabe zum Ausschluss der Patientin bzw. des Patienten aus dem Programm führen!

Sollten Sie bei der letzten Dokumentation keine Schulung empfohlen haben, geben Sie bitte „**Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen**“ an.

Die Angaben „**Ja**“, „**War aktuell nicht möglich**“ und „**Bei letzter Dokumentation keine Schulung empfohlen**“ führen nicht zum Ausschluss der Patientin oder des Patienten aus dem Programm.