



HÄUFIGKEIT RHEUMATOIDE KRANKHEITSMODIF
UNGSDICHTE ANTI-RHEUMATIKA ARTHRITIS
GNOSE

Versorgungsatlas: Medikamentöse Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis: Potenzial zur Optimierung

Neue Studie: Medikamentöse Versorgung von Patienten mit inzidenter rheumatoider Arthritis in Deutschland

Annika Steffen, Jakob Holstiege, Kerstin Klimke, Manas K. Akmatov, Jörg Bätzing

DOI: 10.20364/VA-18.04

Korrespondierende Autorin: Dr. Annika Steffen

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Salzufer 8 - 10587 Berlin - Tel. (030) 4005-2466 - E-Mail: asteffen@zi.de

Was ist Rheumatoide Arthritis?

Die rheumatoide Arthritis (RA) gehört zu den rheumatischen Erkrankungen, die im Volksmund kurz „Rheuma“ genannt werden. Die RA ist eine chronische Entzündung der Gelenke und die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung überhaupt.

Bei der RA richtet der Körper seine Immunabwehr gegen die Gelenkinnenhäute, die sich daraufhin entzünden, zu wuchern beginnen und damit den umliegenden Knorpel und schließlich auch die Knochen zerstören.

Die Krankheit beginnt zumeist an den kleinen Hand- und Fußgelenken. Die betroffenen Gelenke schmerzen, sind erwärmt und geschwollen und die Beweglichkeit ist eingeschränkt. Selbst einfache

Handgriffe wie Wäsche aufhängen oder Schuhe zubinden fallen schwer. Im Verlauf der Erkrankung und bei unzureichender Therapie entzünden sich weitere Gelenke, aber auch Sehnenscheiden, Schleimbeutel und die Halswirbelsäule. Die RA verläuft schubweise und fortschreitend. Eine frühzeitige und nachhaltige Behandlung ist für den weiteren Krankheitsverlauf und Therapieerfolg von entscheidender Bedeutung, um Gelenkschäden bestmöglich vorzubeugen.

Medikamentöse Therapie bei rheumatoider Arthritis

Ziel der medikamentösen Therapie ist es, die Entzündung schnellstmöglich und dauerhaft zu unterdrücken. Eine frühzeitige und konsequente Kontrolle der Krankheitsaktivität führt zu den bestmög-

lichen Therapieerfolgen und der höchsten Lebensqualität.

Eine Schlüsselstellung im Rahmen der RA-Therapie kommt der Gruppe der krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (engl. *disease-modifying antirheumatic drugs*, DMARDs) zu. DMARDs greifen direkt in den Krankheitsprozess ein, verlangsamen das Fortschreiten der Erkrankung und senken somit das Risiko für irreversible Gelenkzerstörungen. Unterschieden wird in der Gruppe der DMARDs zwischen konventionellen (csDMARDs) und biologischen DMARDs (bDMARDs). Biologische DMARDs sind hoch wirksam und kommen bei schweren Krankheitsverläufen zum Einsatz oder wenn konventionelle DMARDs nicht ausreichend wirkungsvoll sind. Gemäß der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für

Rheumatologie sollen Patienten mit neu diagnostizierter RA unmittelbar nach Diagnosestellung mit DMARDs behandelt werden.

Ergänzend zu DMARDs kommen Glukokortikoide (engl. *glucocorticoids*, GC) sowie nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) in der RA-Therapie zum Einsatz.

Wie sieht die medikamentöse Versorgung von Patienten mit neu diagnostizierter rheumatoider Arthritis in Deutschland aus?

Bislang gab es keine deutschlandweiten Untersuchungen zur medikamentösen Versorgung von Patienten, die neu an RA erkranken. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es daher, die medikamentöse Versorgungsrealität von neu an RA erkrankten Patienten in Deutschland abzubilden. Wie hoch ist der Anteil von neu erkrankten Patienten (Verordnungshäufigkeit), die im ersten Erkrankungsjahr DMARDs, Glukokortikoide oder NSAR erhalten?

Gibt es Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit zwischen den Altersgruppen und zwischen Patienten, die von einem Rheumatologen (mit-)behandelt wurden, und jenen, die ausschließlich hausärztlich betreut wurden?

Die vorliegende Untersuchung basiert auf den bundesweiten vertragsärztlichen Arzneiverordnungsdaten. Der Datenkörper umfasst alle gesetzlich krankenversicherten Patienten, die im Untersuchungszeitraum mindestens einen Arztkontakt im Rahmen des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens hatten, unabhängig davon, ob Arzneimittel verordnet wurden oder nicht. Die Daten repräsentieren etwa 85 % der Bundesbevölkerung. Als an RA neu erkrankt wurden alle Patienten im Alter von 15 bis 79 Jahre betrachtet, die im Beobachtungszeitraum der Jahre 2009 bis 2015 erstmalig im Jahr 2012 eine RA-Diagnose aufwiesen und eine zweite RA-Diagnose in einem der drei Folgequartale erhielten. Zudem mussten die neuerkrankten Patienten zusätzlich

im Jahr 2013 und 2014 mit einer RA-Diagnose bei einem Vertragsarzt in Behandlung gewesen sein.

Wie viele neu an rheumatoider Arthritis erkrankte Patienten erhielten im ersten Erkrankungsjahr ein DMARD, Glukokortikoid oder ein NSAR?

Von den bundesweit 54.896 neu erkrankten Patienten erhielten im ersten Erkrankungsjahr etwa 44 % ein DMARD.

Dabei erhielten 41 % der Patienten ausschließlich ein csDMARD, 2,1 % sowohl ein csDMARD als auch ein bDMARD und 1,2 % nur ein bDMARD. Weiterhin erhielten 55 % der Patienten ein Glukokortikoid und 64 % ein NSAR.

Gibt es Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit nach Alter bzw. danach, ob Patienten von einem Rheumatologen (mit-)behandelt wurden?

Auffallend war, dass deutliche Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit zwischen den Altersgruppen zu beobachten waren (Abbildung 1).

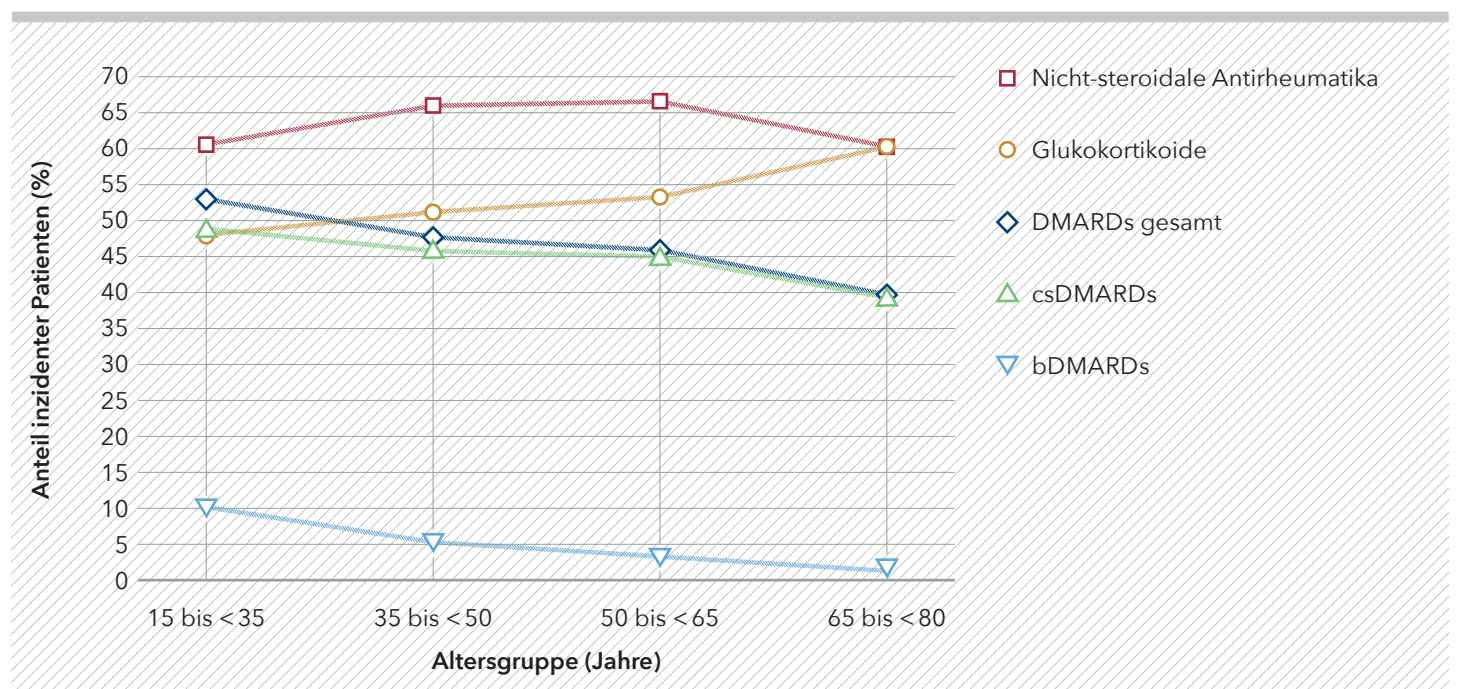


Abbildung 1. Anteil neu diagnostizierter RA-Patienten mit einer Verordnung der untersuchten Medikamentengruppen im ersten Jahr der Erkrankung nach Alter

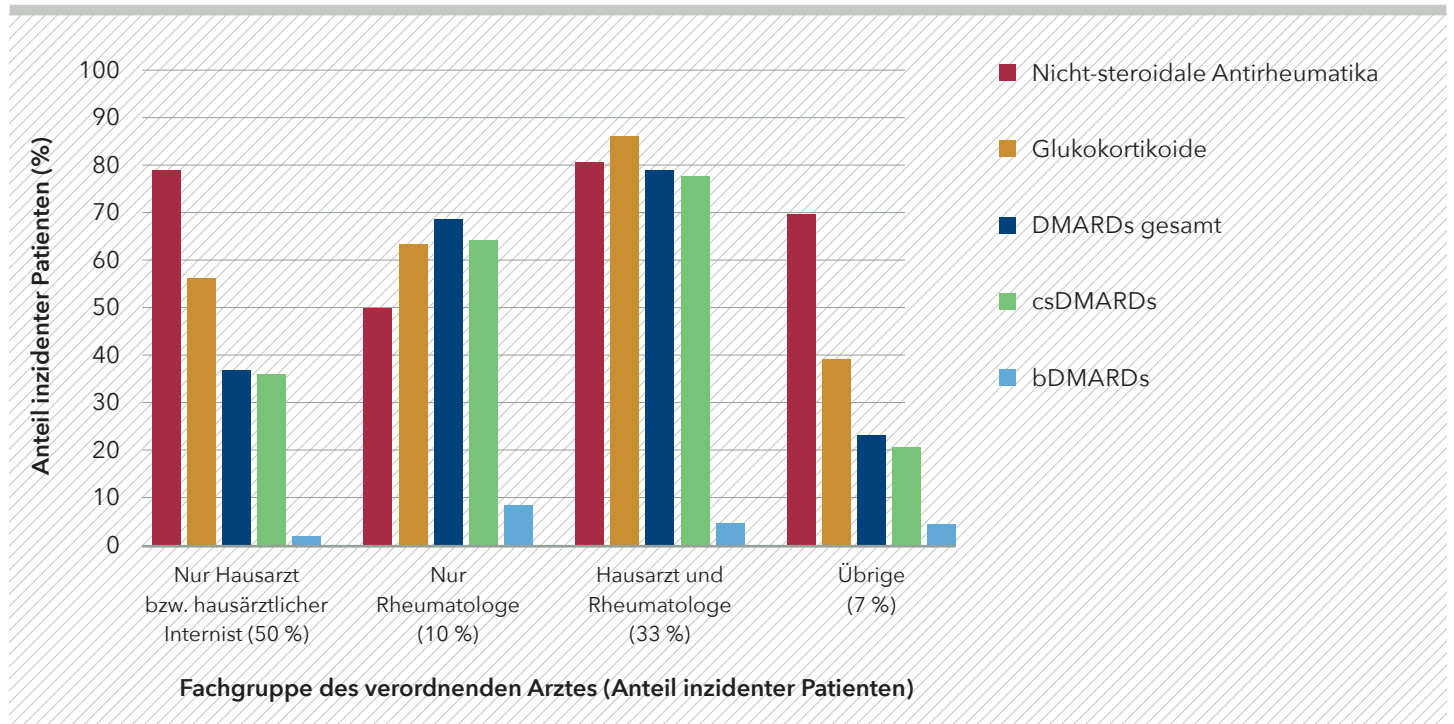


Abbildung 2. Anteil neu diagnostizierter RA-Patienten mit einer Verordnung der untersuchten Medikamentengruppen im ersten Jahr der Erkrankung nach Fachgruppe des verordnenden Arztes

Als Basis für die Auswertung wurden nur jene inzidenten Patienten zugrunde gelegt, die im ersten Erkrankungsjahr mindestens eine Verordnung der untersuchten Medikamentengruppe aufwies (N=45.974).

So erhielten <35-Jährige 1,25-mal so häufig ein csDMARD wie ≥65-Jährige (49 % vs. 39 %). Umgekehrt erhielten ≥65-Jährige 1,25-mal so häufig ein Glukokortikoid im Vergleich zu <35-Jährigen (60 % vs. 48 %).

In der Gruppe der hochwirksamen bDMARDs war der Unterschied in der Versorgung zwischen den Altersgruppen besonders deutlich: während 10 % der jungen Patienten (<35 Jahre) ein bDMARD erhielten, waren es in der Altersgruppe der ≥65-Jährigen lediglich 1,1 %.

Die Hälfte aller Patienten wurde im ersten Erkrankungsjahr ausschließlich von einem Hausarzt betreut, etwas über 40 % der Patienten wiesen eine (Mit-)Behandlung durch einen Rheumatologen auf (Abbildung 2). Die Verordnungshäufigkeit von DMARDs war bei (Mit-)Behandlung durch Rheumatologen deutlich höher als bei alleiniger hausärztlicher

Betreuung. Am höchsten war sie bei der gemeinsamen Betreuung von Patienten durch Hausärzte und Rheumatologen (78,9 %) im Vergleich zur ausschließlich hausärztlichen Betreuung (36,9 %).

Schlussfolgerung

Der frühzeitige Beginn einer DMARD-Therapie ist bei Patienten mit neu diagnostizierter RA für die langfristige Prognose von entscheidender Bedeutung und zentraler Bestandteil einer leitliniengerechten RA-Therapie. Die vorliegende Studie zeigt, dass knapp die Hälfte aller neu erkrankten RA-Patienten im ersten Erkrankungsjahr eine DMARD-Verordnung erhält. Eine Beteiligung von Rheumatologen scheint von Vorteil, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit DMARDs zu erreichen. Da nach unserer Studie jedoch nur etwa 40 % aller neu

erkrankten Patienten im ersten Erkrankungsjahr von einem Rheumatologen (mit-)behandelt wurden, könnte in diesem Bereich Potenzial zur Optimierung liegen. Weitere Studien sind notwendig, um die Ursachen für die Unterschiede in der Versorgung mit DMARDs zwischen den Altersgruppen zu beleuchten.

Zitierweise

Steffen A, Holstiege J, Klimke K, Akmatov MK, Bätzing J. Medikamentöse Versorgung von Patienten mit inzidenter rheumatoider Arthritis in Deutschland. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/04. Berlin 2018. DOI: 10.20364/VA-18.04. URL: <http://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=91>.