

Journal für
Mineralstoffwechsel
Zeitschrift für Knochen- und Gelenkserkrankungen
Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

**Kongressbericht: Prognose und
sozialmedizinische Konsequenzen der
chronischen Polyarthrititis
(rheumatoiden Arthritis) Symposium
des Instituts für Rheumatologie der
Kurstadt Baden, 16. und 17. März
2012**

Wagner E

*Journal für Mineralstoffwechsel &
Muskuloskelettale Erkrankungen*
2012; 19 (4), 199-201

Homepage:

**[www.kup.at/
mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the



Indexed in SCOPUS/EMBASE/Excerpta Medica
www.kup.at/mineralstoffwechsel



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
zur Erforschung des Knochens
und Mineralstoffwechsels



Österreichische Gesellschaft
für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie



Österreichische
Gesellschaft
für Rheumatologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ02Z031108M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Prognose und sozialmedizinische Konsequenzen der chronischen Polyarthrit (rheumatoiden Arthritis)

Symposium des Instituts für Rheumatologie der Kurstadt Baden, 16. und 17. März 2012

E. Wagner

Nach der Publikation der Vortragsabstracts des Symposiums [J Miner Stoffwechs 2012; 19: 5–26] soll hier auch die Round-Table-Diskussion zusammenfassend dargestellt werden.

Einleitung

Grundsätzlich unterliegt die Prognose einer chronischen Erkrankung einer Vielzahl von Einflussfaktoren; einerseits den – grundsätzlich von der Krankheit unabhängigen – Einflüssen auf die Krankheitsfolgen wie Alter, Geschlecht, Komorbiditäten, persönliche und externe Kontextfaktoren (somit auch das soziale Umfeld, der sozioökonomische Status, Bildungsgrad, „health literacy“), andererseits den von der Erkrankung selbst determinierten Faktoren wie Befallsmuster und Aktivität.

Die verschiedenen Dimensionen der sozialmedizinischen Konsequenzen sind:

1. Schmerz, körperliche und seelische Funktion, Lebensqualität.

2. Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit – Krankenstandstage/ Krankenstandsfälle/Dauer der Krankenstände – Absentismus/ Präsentismus. Gerade für die Parameter der Arbeitsfähigkeit (inklusive Absentismus/Präsentismus) existieren keine validierten Messinstrumente, obwohl Arbeitsfähigkeit in mehreren Studien schon als Patienten-Outcome gemessen wurde. Auch können wegen der uneinheitlichen Meldepflicht für Kurzzeit-krankenstände diese in den Statistiken der Sozialversicherungen nur unvollständig wiedergegeben werden.

3. Notwendigkeit des Berufswechsels, Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit, Frühpensionierung. Für mögliche Berufswechsel sind das aktuelle, von der Wirtschaftslage abhängige Arbeitsplatzangebot und die Bereitschaft, an chronischer Polyarthrit (rheumatoider Arthritis [RA]) erkrankte Arbeitnehmer zu beschäftigen, ausschlaggebend.

Prognostische Dimensionen umfassen auch:

- Entwicklung von krankheits- und therapieassoziierten Komorbiditäten
- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Notwendigkeit von orthopädischen Interventionen (präventiv oder rekonstruktiv)
- Pflegebedarf
- Mortalität

Krankheitskosten können aus gesellschaftlicher Sicht bzw. aus individueller Patientensicht dargestellt werden. Während direkte Krankheitskosten (Arztbesuche, Spitalsaufenthalte, medikamentöse und physikalische Therapien, Rehabilitation etc.) aus Datenquellen erhoben werden können, sind für die indirekten Kosten einerseits theoretische Voraussetzungen, anderer-

seits validierte Schemata für ihre Berechnung erforderlich (der Humankapitalansatz und der Friktionsansatz [„fringe approach“]).

Letztendlich sind in mehreren Untersuchungen auch prognostische Faktoren für einzelne Dimensionen der Krankheitsfolgen ermittelt worden, so auch für klinische Outcomes [Wagner, Kolarz et al. 2004] und für Prädiktoren der Krankheitskosten. Generell ist aber die Prädiktion und Prognoseerstellung bei der RA erheblichen Unsicherheiten unterworfen: Kein Laborparameter, kein klinischer Index, kein Funktionsfragebogen hat ausreichende Genauigkeit (**Skoumal**; Ergänzung **Wagner**: In der Publikation von Wolfe et al. „HAQ course over time“ wurden ganz unterschiedliche HAQ-Verläufe nachgewiesen). Wünschenswert wäre die bereits bei Krankheitsbeginn aus klinischen, psychologischen und Kontextfaktoren (auch arbeitsplatzbezogener Kontext) eruierbare Prognose *quoad* Arbeitsfähigkeit, um eine integrierte Versorgung angepasst an den individuellen Patienten aufbauen zu können (Erfahrungen mit einem integrierten Versorgungsprojekt in Deutschland existieren [**Mau, Rieder**]). Disease-Management-Projekte sind Teil einer integrierten Versorgung. Probleme könnten sich bei der Koexistenz mehrerer Erkrankungen beim einzelnen Patienten im Rahmen ihrer koordinierten integrierten Versorgung ergeben.

Krankenstände

Der erste Krankenstand ist prädiktiv für weitere Krankenstände, sodass hier bereits Präventivmaßnahmen (Arbeitsplatzberatung, Rehabilitation) nötig sind. Auch hier besteht ein „window of opportunity“, die Konsequenzen der Erkrankung zu verbessern.

Krankenstände nahmen in den vergangenen Jahren sowohl bei den Patienten mit RA als auch im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung etwa in gleichem Ausmaß ab.

Skoumal: Wir sehen seit der Einführung der Biologika nicht nur bei der RA, sondern durch immunmodulatorische Therapiestrategien auch bei Erkrankungen wie der Encephalitis disseminata eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.

Die sozialmedizinische Bedeutung dieser Verbesserungen in Funktion und Lebensqualität ist nur in der Beziehung zu einem „idealen“ Arbeitsplatz zu sehen (**Leeb**) – d. h. wenn jeder, der arbeiten kann, auch den adäquaten Arbeitsplatz findet; davon sind wir aber weit entfernt.

Biologika

Biologika erheben den Anspruch, die Prognose entzündlich rheumatischer Erkrankungen dramatisch zu verbessern. Kli-

nische Studien belegen deren Überlegenheit in ihrer Wirksamkeit in Kombination mit klassischen DMARDs im Vergleich zur Monotherapie mit klassischen DMARDs und eine reduzierte radiologische Progression. Demgegenüber stehen die Kosten und auch die unerwünschten Wirkungen (wie Anfälligkeit bzw. Risikofaktoren für Infektionen) dieser Medikamente.

Klaushofer: Medikamentenkosten vermindern u. U. die Ressourcen z. B. für Maßnahmen wie eine integrierte Versorgung. Daher ist die Indikationsstellung für Biologika genau zu beachten. MTX beispielsweise sollte bei Verträglichkeit ausdosiert werden.

Labor

Anti-CCP und Prognose (Untersuchung von **Herold** et al.): Anti-CCP-positive Personen, die anti-Sa negativ waren, entwickelten keine RA. Demgegenüber entwickelten anti-CCP- und anti-Sa-positive Personen sehr wohl RA.

Grundsätzlich kann der Zeitraum bis zur Krankheitsmanifestation sehr variieren (bis über 10 Jahre). Wiewohl Screeningmethoden auf präklinische RA existieren, erscheint derzeit ein Screening aufgrund dieser Ergebnisse nicht adäquat, um das Problem der RA-Entwicklung zu verhindern. Die Wertigkeit eines Screenings sollte nur in Studien an Universitätskliniken untersucht werden (**Klaushofer, Wanivenhaus**), um Evidenz zu generieren. Möglicherweise können in der Zukunft weitere für die RA spezifische Labormarker gefunden werden. **Rieder** erwähnt eine Studie aus den USA, wo bei Rekruten durch ein ANA-Screening bereits 4 Jahre vor Krankheitsmanifestation spezifische Antikörper nachgewiesen wurden. Der Prozentsatz von Patienten mit erhöhten Spiegeln von Autoantikörpern ist altersabhängig, positive ältere Patienten entwickeln aber keine Kollagenosen (**Herold, Halder**).

Wiederholte Rheumafaktorbestimmungen als Screening bei Personen ohne Arthritis sind sinnlos und daher energisch abzulehnen, ebenso ist der Rheumafaktor als Verlaufskontrolle für die Aktivitätsbeurteilung der RA nicht geeignet. Die Awareness dazu muss noch verbreitet werden, der Hausarzt ist hier gefordert (**Peichl**), obwohl die inzidente RA in den Hausarztpraxen selten und daher die biologikabedürftige inzidente RA noch seltener ist (**Reichardt**). Der Wegfall inadäquat eingesetzter Bestimmungen von Laborparametern kann weitere Kostenersparnisse im Gesundheitssystem bringen.

Rehabilitation

Auch Rehabilitation ist „treat-to-target“, denn Basis sind die individuellen Rehabilitationsziele. Das Akronym „SMART“ gilt für die Kriterien der Ziele; zu hohe Erwartungshaltungen müssen mit den Patienten besprochen und diskutiert werden, um optimal kurz- und langfristige Ziele planen und demnach auch umsetzen zu können. Krankenbehandlung und Rehabilitation sind nicht getrennt zu sehen, sie gehören in das „Mosaik“ der Maßnahmen für die Erkrankten (**Wagner, Leeb, Skoumal**). Wichtig ist auch das Erreichen einer niedrigen Krankheitsaktivität durch medikamentöse Maßnahmen („treat-to-target“; **Aletaha**); damit wird die Rehabilitationsprognose ebenfalls verbessert und die Krankheitsprogression vermindert, sodass die Patienten auch über viele Jahre noch die körperliche Funktion erhalten (oder sogar normalisieren).

Die Erkrankung ist ein Kontinuum, bei dem die Therapien angepasst an die Krankheitsaktivität verordnet werden und die Rehabilitation adäquat der Funktionsbeeinträchtigungen eingesetzt wird.

Erhöhung der Selbsteffizienz

Selbstbewusstsein im Umgang mit der Erkrankung ist die Möglichkeit, die Outcomes zu verbessern und die Behandlung zu optimieren. Die Möglichkeit der Etablierung eines Rehabilitations-Coachs im stationären Rehabilitationsbereich wird angedacht (**Palotai**).

Sozialmedizinische Konsequenzen

Frage: Haben sich die Prognose und sozialmedizinischen Konsequenzen der RA in den vergangenen Jahren verändert? – In der Körperebene ja (**Wagner**), Gründe sind verbessertes Know-how der ärztlichen Kompetenz, Erfahrungen mit dem Einsatz klassischer und neuer Formen der Basistherapie (nämlich Biologika), Behandlungs- (und Rehabilitations-) Konzepte der Physikalischen Medizin und Ergotherapie an sich. Durch besseres Verständnis und Erfahrung sind die Konzepte besser für die Patienten umsetzbar. Wir „trauen“ uns auch mehr (**Leeb**).

Peichl: Welche Veränderungen sehen wir, wodurch sind sie verursacht? – Der Stellenwert der Rheumatologen und ihre fachliche Kompetenz haben zugenommen, inklusive der Immunologie, Rehabilitation. Oder es sind überwiegend die neuen Medikamente, die die Rheumatologen mithilfe der Pharmaindustrie zum Wohl der Patienten einsetzen (**Leeb**).

Palotai: Strukturelle (radiologische) Veränderungen (Schäden) an den Gelenken haben zum Teil dramatisch abgenommen; wiewohl schon in der Methotrexat-Ära beginnend, offensichtlich noch mehr in der Biologika-Ära. Dies beweist auch der enorme Rückgang an orthopädisch-chirurgischen Interventionen (besonders an den oberen Extremitäten; ergänzt **Wagner**). **Leeb** fragt um die Wertigkeit auch der Glukokortikoide in diesem Zusammenhang. Diese Medikamente sind aber nicht als Dauerlösung für den Krankheitsverlauf zu sehen (**Thumb**). Die Kosteneffizienz der modernen Therapiekonzepte wurde nicht erhoben (**Skoumal**).

Irgendwann wird der Kostenträger fragen: Was gewinne ich mit den € 115 Mio. jährlich, welche die Biologika für die RA kosten (**Palotai, Skoumal**)? Wir sind hier Rechenschaft schuldig. Wir sehen ähnliche Fragestellungen in der Onkologie. Erhalte ich die Biologika-Kosten durch verminderte Kosten z. B. bei Krankenständen, Frühpensionierungen, Kosten für Akutmedizin etc. wieder zurück (**Palotai**)? Wesentlich sind aber auch die QALYs, also die Messung der Lebensqualität, die das Verschreibungsverhalten von Medikamenten steuern sollten (Gesamtbetrachtung der Kosteneffektivität der Biologika; **Wagner**). Daher ist die Indikationsstellung zur „richtigen“ medikamentösen Therapie auch aus Kostengründen entscheidend. Wir sollen aber nicht nur über Zugangs- (Kosten-) Limitierungen sprechen, sondern auch einen wichtigen Punkt abhandeln, nämlich: Wann hören wir mit diesen Medikamenten auf (**Thumb**)?

Großzügig in der Indikationsstellung, aber restriktiv in der Weiterverschreibung sein (**Aletaha**). **Zwerina** stimmt dem zu und betont den konsequenten Einsatz jeglicher Basismedikation.

Das Problem für den Kostenträger ist auch die fehlende Voraussagbarkeit des Ansprechens auf ein definiertes Biologikum; im schlechtesten Fall muss ich derzeit 8 Medikamente einsetzen, bis ich eventuell das wirksame Medikament finde (**Leeb**).

Je früher es uns gelingt, bei dieser Erkrankung das Therapieziel (Remission oder niedrige Krankheitsaktivität) zu erreichen, desto geringer sind die Folgekosten. Es geht um ein ganz kurzes Zeitfenster. Das Statement muss sein: Frühzeitige Diagnose und Erfassung der Krankheitsaktivität, offener Zugang zu Therapien. Viele Patienten könnten nach Monaten bis längstens einem Jahr in niedriger Krankheitsaktivität sein und nur mehr eine Erhaltungstherapie benötigen. Somit wären Therapie- und Folgekosten gesenkt. Eine länger bestehende („established“) RA kommt praktisch nicht in Remission (**Aletaha**). Dafür ist erwiesen, dass die frühe Behandlung der RA eine wesentlich bessere Prognose aufweist. Der Einsatz der Basistherapeutika in der Frühphase hat höhere Ansprechraten und eine längere Dauer der Wirksamkeit.

Insgesamt ist die Zahl der Patienten mit hochaktiver RA viel kleiner geworden. Das hat auch Konsequenzen auf die Patientensicht der Erkrankung und auf patientenbezogene Therapieziele. Früher waren mäßige Krankheitskontrolle und nur gute Patientenzufriedenheit ein durchaus ausreichendes Therapieziel, obwohl auch Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität radiologische und funktionelle Verschlechterungen über die Zeit in Kauf nehmen mussten.

Anfang der 1990er-Jahre waren beim Europäischen Rheumakongress in Budapest 2000 Teilnehmer; das letzte EULAR-Symposium hatte 16.000 (**Palotai**).

Heute sind die Rheumatologen zu „teuren“ Verschreibern geworden; bis in die 90er-Jahre des vorigen Jahrhunderts kamen

ausschließlich niedrigpreisige Medikamente (Methotrexat, Glukokortikoide, NSAR) zum Einsatz. Aber es ist zweifellos, dass die neue Generation der Basistherapeutika gut wirkt (**Aletaha**).

Wir kommen in Kürze zu der Verschreibbarkeit von *Biosimilars*, deren Anwendung gefordert werden wird (**Leeb**). Es wird Preisregelungen ähnlich der Generika geben (**Aletaha**), gut dokumentierte Biosimilars mit derselben Bioverfügbarkeit und UAW-Profil würden aber denselben Preis haben wie ihre Originale! Daraus ergeben sich einige Konsequenzen (**Palotai**). Preise und Empfehlungen zur Therapie kann man nicht einseitig aufkündigen (**Leeb**).

Glukokortikoide

Es gibt eine Studie bei der frühen rheumatoiden Arthritis, die zeigt, dass die Kombination von Glukokortikoiden und MTX im Vergleich zu MTX alleine seltener zu Therapieeskalationen und insbesondere der Notwendigkeit eines Biologikums führt (**Zwerina**). Viele Studien über intraartikuläre Glukokortikoidgaben existieren und beweisen den guten Erfolg dieser Behandlungsform. **Leeb**: Für diese Therapie gibt es Kriterien für ihren Einsatz und für die Beurteilung ihres Erfolgs. Wir sollten dies noch genau definieren.

Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. Ernst Wagner
Rheuma-Sonderkrankeanstalt der NÖGKK
A-2500 Baden
Sauerhofstraße 9–15
E-Mail: ernst.wagner@noegkk.at

An der Diskussion nahmen teil (im Text fett gedruckt, in alphabetischer Reihenfolge):

Priv.-Doz. Dr. Daniel Aletaha, Medizinische Universität Wien
Univ.-Prof. DDr. Manfred Herold, Medizinische Universität Innsbruck
Prim. Univ.-Prof. Dr. Klaus Klaushofer, Hanusch-Krankenhaus, Wien
Prim. Priv.-Doz. Dr. Burkhard F. Leeb, LKH Stockerau
Prof. Dr. Wilfried Mau, Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg, Deutschland
Dr. Tamás Palotai, Gesundheitszentrum Eisenstadt
Prim. Priv.-Doz. Dr. Peter Peichl, MSc, Evangelisches Krankenhaus Wien
DI Berthold Reichardt, Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK), Eisenstadt
Univ.-Prof. Dr. Anita Rieder, Medizinische Universität Wien
Prim. Dr. Martin Skoumal, Sonderkrankeanstalt Rehabilitationszentrum Laab im Walde
Prim. i.R. Univ.-Prof. Dr. Norbert Thumb, Baden
Prim. Dr. Ernst Wagner, Rheuma-Sonderkrankeanstalt der NÖGKK, Baden
Univ.-Prof. Dr. Axel Wanivenhaus, Medizinische Universität Wien
Univ.-Doz. Dr. Jochen Zwerina, Hanusch-Krankenhaus, Wien

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)