

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

**Behandlungspräferenzen der
chronischen Polyarthrits - eine
Untersuchung in Österreich**

Wagner E

*Journal für Mineralstoffwechsel &
Muskuloskelettale Erkrankungen*

2007; 14 (3), 103-106

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



Behandlungspräferenzen der chronischen Polyarthrititis – eine Untersuchung in Österreich

E. Wagner

Das Ziel dieser Untersuchung war, die Auswahl der verschiedenen, zur Verfügung stehenden Therapieformen und deren Anwendungshäufigkeit bei der Behandlung von Patienten mit chronischer Polyarthrititis zu quantifizieren. Bei der Therapieauswahl spielen sowohl Arzt- als auch Patientenpräferenzen eine Rolle. Aus einer Fragebogenuntersuchung des Jahres 2001 konnten die Angaben von 210 Patienten ausgewertet werden: 88,6 % nahmen nichtsteroidale Antirheumatika, 82,9 % ein Basistherapeutikum, 11,4 % ein Biologikum. 41,9 % benötigten systemische Glukokortikoide, 75,2 % Magenschutzpräparate, 44,3 % gaben an, auch alternative Medikationen anzuwenden. Diese Untersuchung aus Österreich zeigt bei einem Patientensample eines Rehabilitationszentrums einen hohen Prozentsatz an Basistherapie und eine international vergleichbare Häufigkeit der systemischen Glukokortikoidtherapie.

The objective of this study of a sample of 210 Austrian patients with rheumatoid arthritis was to elucidate therapeutic preferences. Patient's and physician's preferences contribute to the choice of applied therapies. The results: 88.6 % of the patients took non-steroidal antiinflammatory drugs, 82.9 % a disease modifying agent and 11.4 % a biological one. 41.9 % needed systemic glucocorticoids, 75.2 % gastroprotective medications. Interestingly, no fewer than 44.3 % took homeopathic medications or herbal remedies. The results of this study show that the patient sample consisted of well treated and apparently very well informed patients. They were all treated by specialized rheumatologists or at specialized outpatient clinics and had disease modifying drugs in a high percentage. The percentage of patients with systemic glucocorticoid medication is relatively high, but comparable with published data. J Miner Stoffwechs 2007; 14 (3): 103–106.

Die chronische Polyarthrititis (CP) ist eine derzeit nicht heilbare chronische entzündliche Gelenkerkrankung, die zu Schmerzen und Funktionseinschränkungen führt. Ihre Chronizität bedingt eine medikamentöse Dauerbehandlung, operative Maßnahmen, physikalisch-therapeutische und ergotherapeutische Leistungen sowie rehabilitative Maßnahmen, spezielle Hilfsmittelversorgung und Adaptationen, um die Funktionseinschränkungen der Patienten zu minimieren bzw. zu kompensieren. Wie bei vielen chronischen Erkrankungen sind die Kosten der CP für die Allgemeinheit als auch für den einzelnen Betroffenen exorbitant. Sie setzen sich aus direkten und indirekten Kosten zusammen. Eine Zusammenfassung speziell der direkten Kosten in Österreich wurde bereits publiziert [1].

Die Behandlungskonzepte und Auswahl der verschiedenen Therapieformen beim einzelnen Patienten sind von einer Reihe von Einflußfaktoren abhängig:

1. den am Markt vorhandenen etablierten medizinischen Therapien und ihrem Nutzen-Risikoprofil,
2. alternativen Therapieformen,
3. dem Zugang der Patienten zu den medizinischen Leistungen,
4. Patientenpräferenzen, insbesondere der Abneigung, höhere medikamentenbedingte Risiken einzugehen,
5. Krankheitsaktivität und Krankheitsstadium,
6. den Kosten der medizinischen Behandlung sowie
7. Arztpräferenzen, die wiederum abhängig von der behandelnden Einrichtung und der Fachspezialisierung des Behandlers sind. So verordnen Rheumatologen signifikant mehr Basistherapeutika mit dem Effekt besserer Funktionalität bei ihren Patienten [2].

Untersuchungen zu Behandlungspräferenzen sind sehr spärlich und beziehen sich in erster Linie auf die Pharmakotherapie. So geben ältere Patienten mit CP eine Bevorzugung von Medikamenten mit höherer Sicherheit an [3]. Eine hohe Wirksamkeit als Auswahlkriterium für ein Basistherapeutikum und die Tendenz, neuere Medikamente zu bevorzugen, wurden in Großbritannien erhoben [4].

Aus der RSKA Baden der NÖGKK mit Ludwig-Boltzmann-Forschungsstelle für Epidemiologie rheumatischer Erkrankungen und dem Institut für Rheumatologie der Kurstadt Baden

Korrespondenzadresse: Prim. Dr. Ernst Wagner, RSKA Baden der NÖGKK, A-2500 Baden, Sauerhofstraße 9–15, E-Mail: dr.ernst.wagner@gmx.net

Aus Patientensicht ist die Schmerztherapie als vordergründiges Therapieziel anzusehen. Heiberg und Kvien [5] untersuchten patientenbezogene Präferenzen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes bei Patienten aus Norwegen und fanden heraus, daß die Schmerzbehandlung im Rahmen der Grunderkrankung die höchste Priorität in sämtlichen Patientensubgruppen hatte. Interessanterweise nahm aber ein Drittel der Patienten dieser Studie keine schmerzbeeinflussende Medikation. Das ist ein Hinweis auf gewisse Vorbehalte der medikamentösen Therapie gegenüber. Eine Studie, die der hier durchgeführten in der Zielsetzung ähnlich ist, befaßte sich mit Präferenzen für verschiedene Therapieformen bei M. Bechterew [6].

Diese hier vorliegende Studie hat zum Ziel, die gesamten angebotenen Therapieformen für die chronische Polyarthrititis statistisch zu erfassen, um Rückschlüsse zu den Präferenzen zu machen.

Patienten und Methoden

Es wurden Patienten kontaktiert, die in der Zeit von 1996 bis 2001 zumindest einmal ein rehabilitatives Heilverfahren in der Rheuma-Sonderkrankeanstalt Baden der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse in Anspruch genommen hatten. Sie wurden im Jahr 2002 per Brief angeschrieben und ersucht, einen Fragebogen retrospektiv auszufüllen, wobei der Beobachtungszeitraum für Behandlungen und Interventionen das Jahr 2001 war. Einschlusskriterium für die Studie war die gesicherte Diagnose einer chronischen Polyarthrititis nach den ACR-Kriterien [7].

Ein Fragebogen mit Fragen zu allen Therapieformen, die im laufenden Jahr für die Behandlung der CP angewandt worden waren, wurde im Jänner 2002 an 386 Patienten mit CP versandt; der Fragebogen enthielt auch die Fragestellungen zu den Kosten der CP [1]. Die Rücklaufquote betrug 210 (54,4 %) ausgefüllte Fragebögen. Der Fragebogen beinhaltete Angaben über Medikamente, Physiotherapie, Hilfsmittel, Arztkonsultationen, Diagnostik, Krankenhausaufenthalte, Kur- und Rehabilitationsaufenthalte sowie Hilfsmittel.

Tabelle 1: Prozentuelle Aufteilung der Basistherapeutika: 82,9 % oder 179 von 210 Patienten nahmen ein Basistherapeutikum.

Basistherapeutikum	Zahl der Patienten (Prozentsatz, Mehrfachangaben)
Methotrexat	117 (55,7 %)
Salazopyrin	29 (13,8 %)
Chloroquin oder Hydroxychloroquin	23 (11 %)
Leflunomid	37 (17,6 %)
Subreum	12 (5,7 %)
Cyclosporin A	4 (1,9 %)
Azathioprin	0
Etanercept	12 (5,7 %)
Infliximab	12 (5,7 %)
Gold: Aurothiomalat	4 (1,9 %)
Auranofin	4 (1,9 %)
D-Penicillamin	5 (2,4 %)

Tabelle 2: Prozentuelle Aufteilung nach einzelnen NSAR: Insgesamt nahmen 88,6 % aller Patienten (n = 186) ein NSAR.

Name des NSAR	Zahl der Patienten (Prozentsatz, Mehrfachangaben)
Diclofenac	103 (49 %)
Lornoxicam	27 (12,9 %)
Meloxicam	17 (7,1 %)
Ibuprofen	10 (4,8 %)
Ketoprofen	18 (8,6 %)
Mefenaminsäure	15 (7,1 %)
Celecoxib	32 (15,2 %)
Rofecoxib	8 (3,8 %)
Andere klassische NSAR	39 (18,6 %)

Ergebnisse

Auswertbar waren die Daten von 210 Patienten (37 Männer und 173 Frauen) mit einem Durchschnittsalter von 61 Jahren (27; 83) und einer durchschnittlichen Erkrankungs-dauer von 16 Jahren (1; 57). Im Sample waren keine Pati-enten mit Früharthrit (Krankheitsdauer unter einem Jahr) sowie keine Patienten in ständiger stationärer Pflege. Die Rekrutierung von Patienten aus einem Krankengut einer Rehabilitationsabteilung hatte den Vorteil, Patienten aus verschiedenen Behandlungszentren bzw. verschiedenen behandelnden Ärzten untersuchen zu können.

21 % der Patienten waren noch berufstätig, 46 % in Pension und 21 % in krankheitsbedingter Frühpension. 4 % waren arbeitslos, 1 % im Krankenstand, von 7 % wurden keine Angaben über den Sozialstatus gemacht. Von den 21 % der Personen in krankheitsbedingter Frühpension wurde von 80 % die CP als Grund dafür angegeben. Die demographi-schen Daten der in die Studie inkludierten Patienten un-terschieden sich nicht von denen, welche den Fragebogen nicht retournierten.

Einer Behandlung mit Basistherapeutika unterzogen sich 174 (82,9 %) aller Patienten. Die Prozentsätze der einzel-nen Basistherapeutika inklusive der Biologika zeigt Tabelle 1. Insgesamt 88,6 % aller Patienten nahmen NSAR ein: Die prozentuelle Verteilung zeigt Tabelle 2. Die Zeitdauer der Behandlung im Erhebungszeitraum wurde nicht abgefragt. Magenschutzpräparate nahmen 158 (75,2 %) aller Pati-enten: Die Aufteilung der einzelnen Präparate ist in Tabelle 3 aufgelistet. Nicht differenziert wurde zwischen rein pro-phyllaktischer Gabe und therapeutischer Indikation.

Die weiteren Behandlungen zeigten einen doch höheren Prozentsatz an systemischen Glukokortikoiden mit 41,9 %. Die weiteren medikamentösen Therapien zeigt Tabelle 4. Tabelle 5 listet Operationen und Krankenhausaufenthalte

Tabelle 3: Prozentuelle Aufteilung der Magenschutzmittel: Insgesamt nahmen 75,2 % (158 Patienten) Magenschutzmittel ein.

Name des Magenschutzmittels	Zahl der Patienten (Prozentsatz, Mehrfachangaben)
Pantoprazol	46 (21,9 %)
Omeprazol	19 (9 %)
Lansoprazol	8 (3,8 %)
Rabeprazol	6 (2,9 %)
Famotidin	25 (11,9 %)
Ranitidin	29 (13,8 %)
Andere	22 (10,5 %)

Tabelle 4: Glukokortikoide und andere medikamentöse Therapieformen

Therapieform	Zahl der Patienten (Prozentsatz, Mehrfachangaben)
Glukokortikoide systemisch	88 (41,9 %)
Selbstgekaupte Mittel	
(z. T. Homöopathika, pflanzliche Mittel, andere)	93 (44,3 %)
Infiltrationstherapie	74 (35,2 %)
Infusionstherapie	47 (22,4 %)

Tabelle 5: Operationen, Krankenhaus- und Rehabilitationsaufenthalte (innerhalb des Erhebungszeitraumes von 1 Jahr)

Behandlung	Zahl der Patienten (Prozentsatz)
Operationen	17 (8,1 %)
davon 2 Synovektomien, 3 Endoprothesen, 2 Arthroskopien	
Krankenhausaufenthalte, konservative Therapie	16 (7,6 %)
Rehabilitationsaufenthalte	45 (21,4 %)

Tabelle 6: Physikalische Therapie und Ergotherapie

Therapie	Zahl der Patienten (Prozentsatz, Mehrfachangaben)
Passive-analgesierende physikalische Behandlungen	137 (65,2 %)
Physiotherapie	105 (50 %)
Ergotherapie	88 (42 %)

Tabelle 7: Arztkonsultationen zur Behandlung der CP in Prozent (Mehrfachangaben)

Spitalsambulanz	58 %
Rheumatologe, niedergelassen	51 %
Internist, niedergelassen	14 %
Praktischer Arzt	49 %

mit konservativer Therapie und Rehabilitationsaufenthalte innerhalb des Erhebungszeitraums von 1 Jahr auf, Tabelle 6 die Behandlungen mit physikalischer Therapie und Ergo-therapie. Die Abbildungen 1 und 2 stellen die Säulendia-gramme der einzelnen medikamentös-therapeutischen Maß-nahmen sowie der übrigen medizinischen Maßnahmen dar.

Diagnostische Maßnahmen

Insgesamt 187 Pat. (89 %) gaben diagnostische Maßnah-men im Beobachtungszeitraum an. In erster Linie war es die Erhebung von Blutbefunden bei 74,8 % und Röntgen-bildern bei 88 % aller Patienten. Eine Knochendichtemes-ung wurde bei 50 % der Patienten durchgeführt.

Hilfsmittel (bzw. deren Erneuerung) wurden von 67 % der Patienten in den 12 Monaten des Erholungszeitraumes in Anspruch genommen. Bei möglicher Mehrfachnennung wurden dabei Handgelenksschienen mit 59 % (124 Pat.) am häufigsten genannt. In weiterer Reihenfolge: andere Hilfsmittel (40 Pat.; 19 %), Krücken (22 Pat.; 10,2 %), Roll-stuhl (10 Pat.; 4,8 %) und Halswirbelsäulenmieder (6 Pat.; 2,9 %).

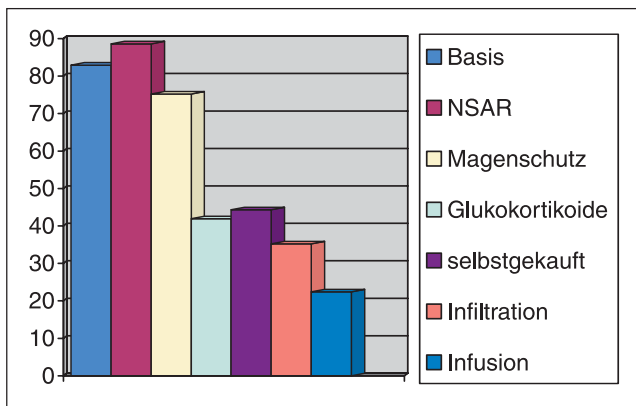


Abbildung 1: Medikamentenübersicht (in %)

Diskussion

Diese Untersuchung zeigt an einem wohl ausgewählten Krankengut von Patienten – nämlich solchen, die regelmäßige rehabilitative Heilverfahren zumindest in der Vergangenheit durchgeführt haben – die Gesamtübersicht und prozentuelle Aufteilung der im Erhebungszeitraum von einem Jahr durchgeführten Behandlungen. Es ist anzunehmen, daß die Patientenauswahl eine Selektion von sehr gut behandelten und auch gut informierten Patienten darstellt. Dafür spricht der hohe Prozentsatz an mit Basistherapie behandelten Patienten, von denen die meisten von Fachärzten bzw. spezialisierten Fachambulanzen (Rheumaambulanzen) behandelt werden. Dies wird auch durch den hohen Prozentsatz an prophylaktischen Maßnahmen wie der Verordnung von Magenschutzmitteln und Knochendichtemessungen unterstrichen. Hier wurden auch die therapiebedingten unerwünschten Folgen bzw. die potentiellen Folgen geeignet monitort. Diese Ergebnisse unterstreichen ganz eindeutig die Forderung, daß rheumatische Erkrankungen von spezialisierten Ärzten (Rheumatologen) und Spezialambulanzen behandelt werden müssen, um den Outcome zu optimieren bzw. das Ziel Krankheitsremission zu erreichen.

Der Anteil der mit Methotrexat behandelten Patienten entspricht den üblichen, auch internationalen Gepflogenheiten. Die Basistherapeutika Gold und D-Penicillamin machen lediglich wenige Prozente aus. Die Biologika (zum damaligen Erhebungszeitraum waren lediglich 2 Tumornekrosefaktor-alpha-Blocker und ein Interleukin-1-Hemmer auf dem Markt) machen 11,4% aus. Auch diese Zahl entspricht dem im Erhebungszeitraum üblichen Durchschnitt in einer CP-Population.

Die Notwendigkeit von NSAR wird unterstrichen [8, 9]. Viele Patienten gaben allerdings an, keine regelmäßige Therapie (nach der Uhr) durchzuführen, sondern bevorzugten eine flexible Bedarfsmedikation. Spezielle Vorbehalte gegen NSAR wurden nicht beobachtet. Allerdings ist der hohe Prozentsatz von Celecoxib auf die damals gerade kürzlich erfolgte Markteinführung zurückzuführen. Zu diesem Zeitpunkt waren noch keine Berichte über eine möglicherweise erhöhte kardiovaskuläre Risikosituation unter Coxiben bzw. auch unter klassischen NSAR vorhanden.

Der Prozentsatz der Glukokortikoide mit 41,9% entspricht ebenfalls den internationalen Werten. In Deutschland allerdings wurde in einer Studie ein höherer Prozentsatz an

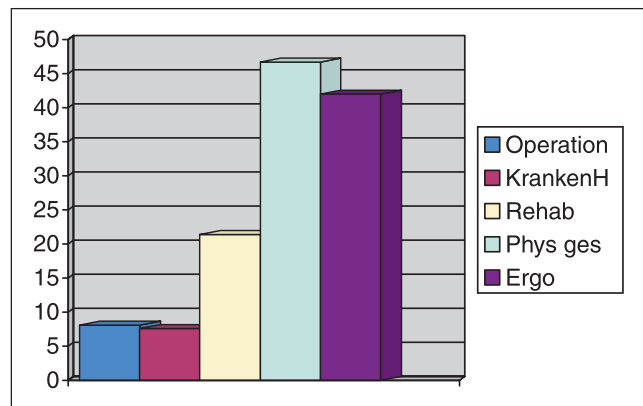


Abbildung 2: Übersicht über weitere Behandlungsformen (in %)

Glukokortikoidverwendern (60%) festgestellt [10]. Die Präferenzen einer Studie aus dem Vereinigten Königreich dagegen zeigten nur bei 32% der Patienten die Bereitschaft, Glukokortikoide einzunehmen. Diese Patientengruppe wies höhere Krankheitsaktivität auf, und die Patienten hatten mehr verschiedene Basistherapeutika bereits frustan angewandt [11].

Interessant bei dieser Untersuchung war der hohe Anteil an selbstgekauften, von den Krankenkassen nicht refundierbaren Mitteln, bei denen Homöopathika und pflanzliche Mittel überwogen. Es handelte sich in allen Fällen um Medikamente, die nicht den Kriterien einer doppelblinden, kontrollierten, randomisierten Studie unterworfen waren. Dies zeigt doch eine deutliche Tendenz, auch auf den Effekt dieser heterogenen Gruppe von Medikamenten zu vertrauen. In erster Linie ist hier die Annahme, weniger oder keine unerwünschten Wirkungen befürchten zu müssen, maßgeblich.

Auch die Behandlungen durch physikalische Therapiemaßnahmen und Ergotherapie hatten in diesem Patientensample einen hohen Stellenwert. Geht man davon aus, daß insbesondere bei Patienten mit manifesten oder drohenden Funktionseinschränkungen Physiotherapie und Ergotherapie absolut indiziert sind, scheint dieser Prozentsatz aber durchaus noch verbesserungswürdig. In der Schmerztherapie stellen auch passive physikalisch-therapeutische Behandlungen eine hohe Präferenz dar.

Für fast alle Behandlungen (Ausnahme: selbstgekaufte Mittel) werden die Kosten von den Sozialversicherungsträgern übernommen. Für bestimmte Patientengruppen mit niedrigerem Einkommen spielen die selbst zu übernehmenden Kosten (die Selbstbehalte) möglicherweise eine Rolle für die Compliance.

Literatur:

1. Wagner E, Lackerbauer E, Siegmeth W. Direkte und indirekte Kosten der chronischen Polyarthritis und sozioemotionale Auswirkungen dieser Krankheit – eine Untersuchung in Österreich. Wien Med Wochenschr 2005; 155: 217–26.
2. Solomon DH, Bates D, Panush RS, Katz JN. Costs, outcomes and patient satisfaction by provider type for patients with rheumatic and musculoskeletal conditions: a critical review of the literature and proposed methodologic standards. Ann Intern Med 1997; 127: 52–60.
3. Fraenkel L, Bogardus ST, Concato J, Felson DT, Wittink DR. Patient preferences for treatment of rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 2004; 63: 1372–8.

4. Jobanputra P, Wilson J, Douglas K, Burls A. A survey of British rheumatologists' preferences for rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004; 43: 206–10.
5. Heiberg T, Kvien TK. Preferences for improved health examined in 1.024 patients with RA: pain has the highest priority. *Arthritis Rheum* 2002; 47: 391–7.
6. Falkenbach A, Toennemann J, Mur E. Von Patienten mit Morbus Bechterew beibehaltene und aufgegebene konventionelle und unkonventionelle Maßnahmen zur Beeinflussung der Erkrankung. *Z Rheumatol* 2002; 61: 271–8.
7. Arnett FC, Edworthy S, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS. The American association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 315–24.
8. Wolfe F, Zhao S, Lane N. Preference for nonsteroidal antiinflammatory drugs over acetaminophen by rheumatic disease patients: a survey of 1.799 patients with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 2000; 43: 378–85.
9. Calin A, Elswood J. A prospective nationwide cross-sectional study of NSAID usage in 1331 patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 1990; 17: 801–3.
10. Thiele K, Buttgereit F, Huscher D, Zink A. Verordnung von Glucocorticoiden bei rheumatologisch betreuten Patienten mit rheumatoider Arthritis in Deutschland. *Z Rheumatol* 2005; 64: 149–54.
11. Morrison E, Crosbie D, Capell HA. Attitude of rheumatoid arthritis patients to treatment with oral corticosteroids. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: 1247–50.

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](#)