



Der Wert der Remission bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen

Ein Evidenzglossar

Version 2025



**Global
Remission
Coalition**



Info

Dieses Evidenzglossar fasst die neueste Forschung zu entzündlichen rheumatischen Erkrankungen und dem Wert der Remission zusammen.

Dieses Dokument dient als Begleitdokument zum Bericht der Global Alliance for Patient Access mit dem Titel „The Value of Achieving Remission in Inflammatory Rheumatic Conditions“ (dt.: Der Wert der Remission bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen, April 2024) und ist eine aktualisierte Fassung des Begleitdokuments vom Juni 2024.

Remission	4
Prävalenz	8
Auswirkungen	10
Frühe Maßnahmen	13
Vorteile einer Remission	15
Bewährte Lösungen	25

Die Global Alliance for Patient Access hat sich mit Patvocates zusammengetan, um die in diesem Glossar hervorgehobenen Forschungsergebnisse zusammenzustellen.

Die **Ausgabe des Evidenz glossars für 2025** liefert neue Daten zur:



Vertiefung des Verständnisses der Remission – was sie wirklich für Patienten bedeutet, wie transformativ ihre Auswirkungen sein können und inwiefern aufkommende Therapieleitlinien zunehmend die Patientenperspektive widerspiegeln und den Zugang zu unterschiedlichen Medikamenten bei Bedarf unterstützen sollten.



Hervorhebung der Auswirkungen in allen Altersgruppen mit der Feststellung, dass rheumatoide Arthritis und Gicht bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen immer häufiger auftreten und oft mit potenziell lebenslangen Folgen, wenn sie nicht frühzeitig behandelt werden.



Betonung des Zusammenhangs zwischen rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen (MSK)* sowie chronischen Schmerzen und zur Hervorhebung der weitreichenden und langfristigen Auswirkungen chronischer Schmerzen auf den Einzelnen und die Gesellschaft insgesamt.



Betonung der Wichtigkeit eines frühen Eingreifens in der Berufswelt, einschließlich strukturierter Strategien für die Rückkehr an den Arbeitsplatz, um Übergänge in die Langzeitarbeitslosigkeit und eine Abhängigkeit von sozialen Leistungen wegen Krankheit oder Invalidität zu verhindern.

*Im Rahmen dieses Evidenz glossars zählen zu den muskuloskelettalen Erkrankungen auch entzündliche rheumatische Erkrankungen.



A photograph of a medical consultation. A male doctor in a white lab coat is examining the head of a patient lying down. A woman, presumably the patient's family member, is leaning over the patient, looking on with a concerned expression. The scene is set in a clinical environment. The entire image is overlaid with a semi-transparent orange filter. On the left side, there are several overlapping, semi-transparent white geometric shapes, including triangles and polygons, creating a modern, abstract design element.

Remission

Was bedeutet Remission?

Remission bedeutet im Kern, dass die Krankheitsaktivität, d. h. die Anzeichen und Symptome einer Krankheit nicht mehr vorhanden sind: „**So gut wie keine Krankheitsaktivität mehr.**“¹ Rheumatologen sehen eine Remission oder niedrige Krankheitsaktivität (LDA) zu oft nur als ein Ergebnis von Blutuntersuchungen, MRT-Untersuchungen und Entzündungswerten auf Grundlage der ACR/EULAR-Remissionskriterien.² Für Patienten bedeutet Remission aber viel mehr. Menschen, die eine Remission erzielen, erleben oft eine **Veränderung in ihrem täglichen Leben**: Sie leiden an weniger Schmerzen, weniger Müdigkeit und kehren in ihre normale Alltagsroutine zurück. Eine Remission kann eine Kette positiver Veränderungen auslösen:

- **Weniger Schmerzen** bedeutet mehr Bewegungsfreiheit, was wiederum die körperliche Leistungsfähigkeit verbessert.
- Eine **bessere körperliche Leistungsfähigkeit** ermöglicht mehr tägliche Aktivitäten und tägliche Leistungen.
- Diese **Leistungen** führen zu einem Gefühl von Erfolg und Selbstvertrauen.
- **Selbstvertrauen** unterstützt soziale Interaktionen, die Arbeitssuche und auch gute Leistungen bei der Arbeit.
- Ein **Sozialleben** und eine Beschäftigung fördern die Autonomie, Unabhängigkeit, finanzielle Stabilität und psychische Gesundheit.
- All dies führt zu einem **erfüllteren und hochwertigeren Leben**³.

OMERACT hat in den vergangenen Monaten viel investiert, um die Remission aus Sicht des Patienten zu definieren und zu messen. Es werden hier drei Schlüsselbereiche als besonders wichtig betrachtet: **Schmerzen, Müdigkeit** und **Unabhängigkeit**. Unabhängigkeit ist schwer zu messen. Die meisten Instrumente konzentrieren sich nur auf die körperliche Funktion, die aber nur einen Teil der Unabhängigkeit ausmacht. Patienten beschreiben die Unabhängigkeit anhand von vier Hauptaspekten:

- Die Rückkehr in einen Zustand vor der rheumatischen Erkrankung
- Körperliche und funktionale Fähigkeit
- Ein Gefühl der Freiheit, ohne sich auf andere verlassen zu müssen
- Die Kontrolle über die Gestaltung des eigenen Lebens zu haben

Dies lässt sich wie folgt zusammenfassen: „In der Lage zu sein, das zu tun, was man will, wann man will und wie man es will“ und: „Fast vergessen können, dass man an einer Krankheit leidet“.^{4,5,6} Da Schmerzen, Müdigkeit und der Verlust der Unabhängigkeit derart negative Auswirkungen haben, **sollte jeder Patient das Recht haben, eine Remission anzustreben.**



Sollte jeder Patient das Recht haben, eine Remission anzustreben.

1 OMERACT. Remission in RA Patient Perspective Overview Video. <https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/>

2 Felson et al. American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Ann Rheum Dis. 2011. PMID: 21292833

3 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, April 3, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

4 OMERACT. Remission in RA Patient Perspective Overview Video. <https://omeract.org/working-groups/remission-in-ra-pt-perspective/>

5 Khoo et al. Defining independence: A scoping review by the OMERACT patient perspective of remission in rheumatoid arthritis group. Semin Arthritis Rheum. 2023 Feb;58:152152.

6 Flurey et al. "It means almost forgetting that you've got a disease": An OMERACT study to define independence in the context of rheumatoid arthritis remission from the patient perspective. Seminars in Arthritis and Rheumatism 68 (2024) 152526.

Gleichberechtigter Zugang zu allen Therapieoptionen

Die EULAR-Behandlungsempfehlungen für **rheumatoide Arthritis (RA)**¹ und **Psoriasis-Arthritis (PsA)**² haben sich dahingehend weiterentwickelt, dass nun sowohl die **Perspektiven von Patienten als auch die der Gesellschaft** miteinbezogen werden.

Zum Beispiel:

Übergreifendes Prinzip D bei PsA:

Das Hauptziel der Behandlung von Patienten mit PsA ist die Maximierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität durch eine Kontrolle der Symptome, die Vorbeugung struktureller Schäden, die Normalisierung der Funktion und Teilnahme am Sozialleben. Die Beseitigung der Entzündung spielt eine wichtige Rolle, um diese Ziele zu erreichen (unverändert).²

Übergreifendes Prinzip E bei RA:

RA verursacht hohe individuelle, medizinische und gesellschaftliche Kosten, die alle bei der Behandlung vom behandelnden Rheumatologen berücksichtigt werden sollten.¹



¹ Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. doi:10.1136/ard-2022-223356.

² Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.

In Übereinstimmung mit diesen Grundsätzen wird in den Empfehlungen betont, wie wichtig es ist, eine Remission anzustreben: Die Behandlung sollte auf eine Remission abzielen oder – falls dies für den Patienten nicht möglich sein sollte – durch regelmäßige Beurteilung und entsprechende Anpassung der Therapie zumindest auf eine niedrige Krankheitsaktivität.¹ Da RA und PsA je nach Fall stark variieren können, benötigen Patienten ggf. **Zugang zu unterschiedlichen Medikamenten** mit diversen Wirkmechanismen. Im Laufe der Zeit kann es auch notwendig sein, Therapien umzustellen (Prinzip D bei RA²).

Beide Empfehlungsansätze erfordern mehr Forschung in Bezug auf die Umstellung der Therapien. Für PsA wird empfohlen, bei unzureichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit auf ein anderes Biologikum (bDMARD) oder ein gezieltes synthetisches DMARD-Präparat (tsDMARD) zu wechseln. Dies umfasst auch eine Umstellung innerhalb derselben Wirkstoffklasse.¹

Neue Anhaltspunkte legen nahe, dass der **Wechsel zwischen Arzneimittelklassen** (z. B. von einem TNF-Inhibitor zu einem JAK-Inhibitor) häufig zu besseren Ergebnissen führt als ein Wechsel innerhalb derselben Klasse. Für Patienten, die die Wirkstoffklasse wechseln, gilt:

- Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Patienten eine Remission erzielen, ist 1,7x höher.
- Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Patienten schmerzfrei sind, ist 2,2x höher.
- Die Wahrscheinlichkeit, dass diese Patienten eine bessere Therapietreue aufweisen, ist 1,8x höher.³

Für Patienten in dauerhafter Remission kann eine Dosisreduzierung der DMARD-Präparate (eine sogenannte Ausschleichung) in Betracht gezogen werden. Dies bedeutet, dass die Dosis gesenkt wird, aber das Medikament nicht vollständig abgesetzt werden muss, da ein Absetzen oft zu Schüben führt.¹ Bei RA wurde das Konzept in Frage gestellt, dass die DMARD-Präparate stets fortgesetzt werden müssen. Dieser Gedanke basiert hauptsächlich auf Daten von Patienten, die mit Biologika (bDMARD-Präparaten) behandelt werden, d. h. einer Gruppe, die im Allgemeinen schwieriger zu behandeln ist und bei der die Wahrscheinlichkeit einer medikamentenfreien Remission niedriger ist. Bei Patienten, die keine Biologika benötigen, ist jedoch eine DMARD-freie Remission möglich. Studien zeigen, dass 20 bis 38 % dieser Patienten die Behandlung abbrechen können, ohne dass die Krankheit zurückkehrt.^{4,5,6}

Ist jedoch eine
DMARD-freie
Remission **möglich**.



1 Gossec et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. Ann Rheum Dis 2024;83:706–719.
2 Smolen et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. doi:10.1136/ard-2022-223356.
3 Caporali et al. A Real-World Comparison of Clinical Effectiveness in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Upadacitinib, Tumor Necrosis Factor Inhibitors, and Other Advanced Therapies After Switching from an Initial Tumor Necrosis Factor Inhibitor. Adv Ther (2024) 41:3706–3721.

4 Heutz et al. Sustained DMARD-free remission in subgroups of patients with rheumatoid arthritis: an analysis of two prospective cohorts with early arthritis. DOI: 10.1016/S2665-9913(24)00234-0.
5 Mulligen. Tapering conventional synthetic DMARDs towards sustained drug-free remission in rheumatoid arthritis. Lancet Rheumatol. 2024 May;6(5):e254–e255.
6 Kjørholt et al. Effects of tapering conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs to drug-free remission versus stable treatment in rheumatoid arthritis (ARCTIC REWIND): 3-year results from an open-label, randomised controlled, non-inferiority trial. Lancet Rheumatol. 2024 May;6(5):e268–e278.



Prävalenz

Die Prävalenz wird erheblich steigen

Wir haben keine genauen globalen Zahlen dazu, wie viele Menschen mit **entzündlichen rheumatischen Erkrankungen** leben. Aber wenn wir die niedrigste Schätzung aus Deutschland verwenden und sie auf die erwachsene Weltbevölkerung anwenden, deutet dies darauf hin, dass ggf. rund **135 Millionen Menschen** betroffen sind.¹

Rheumatoide Arthritis (RA)

RA ist eine chronische entzündliche Erkrankung, die vor allem die Gelenke betrifft. Sie verursacht Schmerzen, Schwellungen und Steifheit in den Gelenken und kann im Laufe der Zeit zu Gelenkschäden und Deformitäten führen. RA kann sich auch auf andere Teile des Körpers auswirken, d. h. u. a. auch auf Haut, Augen, Lunge, Muskeln, Nerven und das Herz.

- Weltweit leben derzeit mehr als **18 Millionen** Menschen mit RA^{2,3}
- RA tritt **2 bis 3x häufiger bei Frauen** auf als bei Männern^{4,5}
- Diese Zahl wird **bis 2050 auf fast 32 Millionen** anwachsen – ein Anstieg von 80 %, wie aus der Global Burden of Disease Study hervorgeht.³
- Bestimmte Regionen werden voraussichtlich einen Anstieg von mehr als 200 % verzeichnen:
 - Ost-, Zentral- und Westafrika südlich der Sahara
 - Südasien
 - Ozeanien
 - Südliches Subsahara-Afrika³

Spondyloarthritis (SpA)

Spondyloarthritis (SpA)* beschreibt eine Reihe chronischer entzündlicher Erkrankungen, die im Wesentlichen die Wirbelsäule und manchmal auch andere Gelenke betrifft. Sie verursacht Schmerzen, Müdigkeit, Steifigkeit und schränkt die Mobilität ein. Andere Teile des Körpers, wie die Augen, Haut und der Darm können ebenfalls betroffen sein.

- Zur globalen Prävalenz der SpA gibt es keine zuverlässigen Zahlen. Es wird geschätzt, dass sie von Südostasien (0,20 %) bis in die nördliche Arktis (1,61 %) reicht.
- Man geht davon aus, dass:
 - **13,1 Millionen Menschen** in **Ostasien** mit SpA leben,
 - **4,5 Millionen Menschen** in **den USA** mit SpA leben,
 - **4,0 Millionen Menschen** in **Europa**⁶ mit SpA leben.

Während diese Schätzungen nahelegen, dass rund **65 Millionen Menschen weltweit** an SpA leiden, deuten Daten zur axialen SpA (axSpA), einer häufigen Form der SpA, darauf hin, dass diese Zahl noch höher sein könnte. Etwa 1 von 150 Menschen weltweit leidet axSpA. Das entspricht etwa 50 Millionen Menschen. Da die axSpA etwa die Hälfte aller SpA-Fälle ausmacht, liegt die Gesamtzahl aller Betroffenen ggf. sogar **näher an 100 Millionen**.⁷ Selbst in Industrieländern wie Großbritannien ist die axSpA laut einigen Studien ggf. um mehr als das Dreifache unterdiagnostiziert.⁸

*SpA umfasst die axiale SpA (axSpA), sowohl radiographisch als auch nicht radiographisch, die enteropathische SpA, die periphere SpA, Psoriasis-Arthritis und die reaktive Arthritis. Radiographisch nachweisbare axSpA wurde bisher als ankylosierende Spondylitis (AS) bezeichnet.

1 Albrecht et al. Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany. *Z Rheumatol* 2024;83(Suppl1):S20–S30.

2 World Health Organization. Rheumatoid arthritis: key facts. 28 June 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

3 GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(10):e594–e610.

4 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1316–22.

5 Gravelle and Firestein. Rheumatoid Arthritis – Common Origins, Divergent Mechanisms. *N Engl J Med*. 2023 Feb 9;388(6):529–542.

6 Stolwijk C, et al. Global prevalence of spondyloarthritis: a systematic review and meta-regression analysis. *Arthritis Care Res*. 2016;68(9):1320–31

7 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

8 Hamilton et al. The prevalence of axial spondyloarthritis in the UK: a cross-sectional cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2015) 16:392.

A woman with dark curly hair tied in a bun is sitting up in bed, holding her neck with both hands, indicating pain or discomfort. She is wearing a grey tank top. The bed has a patterned duvet and pillows. The background shows a window with curtains. The entire image is overlaid with a semi-transparent purple filter. On the left side, there are several overlapping, semi-transparent geometric shapes in shades of purple and white.

Auswirkungen

Rheumatische und muskuloskelettale Erkrankungen haben verheerende Auswirkungen

Eine große globale Herausforderung für die Medizin

- Entzündliche rheumatische Erkrankungen gehören zur größeren Familie der muskuloskelettalen Erkrankungen (MSK). **Muskuloskelettale Erkrankungen betreffen weltweit mehr als 1,5 Milliarden Menschen** und führen zu **150 Millionen Lebensjahren mit Behinderung**.¹
- Laut einer systematischen Analyse der Informationsdatenbank zur Krankheitslast (Burden of Disease Database) der Weltgesundheitsorganisation WHO, die 183 Länder abdeckt, stieg die globale Belastung durch muskuloskelettale Erkrankungen zwischen **2000 und 2015** deutlich an, und zwar von 80 auf 108 Millionen verlorene gesunde Lebensjahre (DALYs).
- **Bis 2019 entwickelten sich muskuloskelettale Erkrankungen weltweit zur Hauptursache für eine Behinderung** und waren für 17 % aller mit gesundheitlicher Beeinträchtigung verbrachten Lebensjahre (YLDs) verantwortlich.^{2,3}
- Der Anstieg der Belastung ist in Ländern mit hohem Einkommen aufgrund der zunehmenden alternden Bevölkerung besonders stark. Aufgrund der Verbesserung der medizinischen Versorgung und der raschen

Umverlagerung der mit dem Lebensstil verbundenen Risiken wie Rauchen, Fettleibigkeit und verminderter körperlicher Aktivität wird jedoch ein ähnlicher Anstieg in Ländern mit niedrigem Einkommen erwartet.⁴

Muskuloskelettale Erkrankungen und chronische Schmerzen

- **85 % aller chronischen Schmerzfälle** sind mit muskuloskelettalen Erkrankungen verbunden. Eine Behandlung der muskuloskelettalen Erkrankungen bedeutet daher auch, auf chronische Schmerzen und ihre Auswirkungen auf die Menschen, die Bevölkerung, das Gesundheitssystem und die Wirtschaft einzugehen.⁵
- Die Auswirkungen von Schmerzen sind weitreichend, da sie der dominierende Prädiktor **für psychosoziale Gesundheit**⁶ sind und unabhängig Hinweis geben auf die **Arbeitsunfähigkeit**⁷ und mit einer schlechteren **Lebensqualität, Funktionsfähigkeit, psychischen Gesundheit, einem schlechteren Wohlbefinden und mehr Müdigkeit** verbunden sind.^{8,9,10,11,12}
- In England leben mehr als 15 Millionen Menschen (34 %) mit chronischen Schmerzen.¹³

1 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 1: Global burden of MSK conditions.

2 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 2: Life-course approach to addressing MSK conditions.

3 Vos, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1135–59

4 Sebbag E, et al. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(6):844–48.

5 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 3: Health promotion and prevention.

6 Courvoisier et al. Pain as an important predictor of psychosocial health in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 Feb;64(2):190–6.

7 Wolfe and Hawley. The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823. *J Rheumatol*. 1998 Nov;25(11):2108–17.

8 Conaghan et al. Relationship of pain and fatigue with health-related quality of life and work in patients with psoriatic arthritis on TNFi: results of a multi-national real-world study. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Jan 5;60(1):316–321.

9 Hirano et al. Determinants of the patient global assessment of well-being in early axial spondyloarthritis: 5-year longitudinal data from the DESIR cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2021 Jan 5;60(1):316–321.

10 Euesden et al. The Relationship Between Mental Health, Disease Severity, and Genetic Risk for Depression in Early Rheumatoid Arthritis. *Psychosom Med*. 2017 Jul/Aug;79(6):638–645.

11 Pollard et al. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology (Oxford)*. 2006 Jul;45(7):885–9.

12 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. *Rheumatology Advances in Practice*, Volume 8, Issue 4, 2024.

13 Ellis et al. Chronic Pain in England: Unseen, Unequal and Unfair. Versus Arthritis. <https://versusarthritis.org/media/23739/chronic-pain-report-june2021.pdf>

Alle Altersgruppen sind betroffen

- Während muskuloskelettale Erkrankungen in jedem Alter auftreten können – also auch in der Kindheit – steigt die Inzidenz ab einem Alter von 10 Jahren und nimmt dann im Laufe des weiteren Lebens stetig zu. Es ist also nicht „nur“ eine Erkrankung bei älteren Menschen.¹
- In England und Schottland leiden 2 % der Kinder unter 16 Jahren an einer muskuloskelettalen Erkrankung.^{2,3,4}
- Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (im Alter zwischen 15 und 39 Jahren) haben sich muskuloskelettale Erkrankungen global als dritthäufigste Ursache für verlorene gesunde Lebensjahre (DALYs) herauskristallisiert, wobei die **Prävalenz in den letzten 30 Jahren um 39 % gestiegen ist.**⁵
- Erkrankungen wie RA und Gicht treten in dieser Altersgruppe immer häufiger auf, wirken sich auf wichtige Aspekte im Leben⁵ wie Ausbildung, beruflichen Aufstieg, Beziehungen und Elternschaft aus und schränken ggf. **die Lebensziele junger Menschen ein.**



Es kann sein, dass bis 2030 in den Mitgliedstaaten **bei bis zur Hälfte der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter** eine chronische muskuloskelettale Erkrankung diagnostiziert werden wird

Auswirkungen in der Europäischen Union und im Vereinigten Königreich

- Es kann sein, dass bis 2030 in den Mitgliedstaaten bei **bis zur Hälfte der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter** eine **chronische muskuloskelettale Erkrankung** diagnostiziert werden wird.⁶
- Muskuloskelettale Erkrankungen machen die **Hälfte aller Fehlzeiten bei der Arbeit und 60 % der dauerhaften Arbeitsunfähigkeitsfälle aus.**⁷
- Im Vereinigten Königreich zählen muskuloskelettale Erkrankungen zu den Hauptursachen für eine Erwerbsunfähigkeit.⁸
- Im Vereinigten Königreich, einem Land mit hohem Einkommen, gehören muskuloskelettale Erkrankungen zur sogen. Major Conditions Strategy, bei der eine frühe Diagnose, ein frühzeitiges Eingreifen und eine hochwertige Therapie und Behandlung betont werden.⁸
- In der politischen Debatte im Vereinigten Königreich wird anerkannt, dass es neben den humanistischen Auswirkungen von muskuloskelettalen Erkrankungen zu **Arbeitslosigkeit und Verarmung** sowie zu erheblichen Kosten für den Staat in Form von Sozialversicherungs- und NHS-Ausgaben kommen kann. **„Es ist eine Frage der wirtschaftlichen Vitalität.“**⁹

1 WHO webinar series. Addressing musculoskeletal conditions: an opportunity for health systems globally. <https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/01/31/default-calendar/addressing-musculoskeletal-conditions--an-opportunity-for-health-systems-globally>. Webinar 1: Global burden of MSK conditions.

2 Scottish Government. Scottish Health Survey 2021. <https://www.gov.scot/collections/scottish-health-survey/>

3 Moody, et al. Health Survey for England 2018: Longstanding conditions. 2019 Health and Social Care Information Centre. National Health System, United Kingdom.

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffkix/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Guan, et al. Global burden and risk factors of musculoskeletal disorders among adolescents and young adults in 204 countries and territories, 1990–2019, Autoimmunity Reviews, Volume 22, Issue 8, 2023, 103361, ISSN 1568-9972.

6 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(7):1316–22

7 Why early management of chronic disease in the EU workforce should be a priority: a call for action for the Latvian presidency of the EU & member states.

8 Department of Health & Social Care. Major conditions strategy: case for change and our strategic workforce. 21 Aug 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework--2>

9 UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>



Frühe Massnahmen

Frühe Maßnahmen verhindern eine langfristige gesundheitliche Beeinträchtigung

- Mit frühen Maßnahmen bei entzündlichen muskuloskelettalen Erkrankungen lassen sich irreversible Schäden vermeiden. Allein im Jahr 2010 führte RA weltweit zu **4,8 Millionen verlorenen gesunden Lebensjahren (DALYs)**.¹
- Im Vereinigten Königreich ist die RA für mehr als **50.000 in gesundheitlicher Beeinträchtigung verbrachte Lebensjahre (YLDs)** verantwortlich.²
- Entzündliche rheumatische Erkrankungen wirken sich sowohl auf die körperliche als auch auf die psychische Gesundheit aus. **Eine von 3 Personen** mit RA in Großbritannien leidet an **psychischen Problemen** wie Angstzuständen oder Depression, wobei eine Depression hier 2–3x häufiger auftritt als bei der Allgemeinbevölkerung.^{2,3,4}
- Mit RA erhöht sich das Sterberisiko. Eine US-Studie zeigt eine **Übersterblichkeit von 27 %**, auch wenn andere Krankheitsbilder mitberücksichtigt werden.^{5,6}
- Dank besserer Therapien leben Menschen mit RA heute länger als je zuvor, verbringen aber oft viele Jahre mit einer Beeinträchtigung. In der Tat sind die meisten der 4,8 Millionen verlorenen gesunden Lebensjahre (DALYs) auf Jahre mit Behinderung und nicht auf einen frühen Tod zurückzuführen. Das entspricht sind **4.800.000 verlorene gesunde Lebensjahre**.¹
- Obwohl ein frühzeitiges Eingreifen entscheidend ist, nehmen zu wenige Patienten diese Tatsache zur Kenntnis. Im Vereinigten Königreich warten **50 bis 75 %** der Menschen mit RA länger als 3 Monate, bevor sie einen Arzt aufsuchen. Danach werden Patienten durchschnittlich 4x bei ihrem Hausarzt vorstellig, bevor schließlich eine Überweisung an einen Spezialisten erfolgt. Im Durchschnitt dauert es **vom Auftreten der Symptome bis zur tatsächlichen Behandlung 9 Monate**.⁷
- Da die **axSpA** eine zutiefst missverstandene und unzureichend anerkannte Krankheit ist, dauert es durchschnittliche **7,4 Jahre, bis eine Diagnose gestellt wird** – von 4,2 Jahren in Asien bis zu 10,8 Jahren in Südafrika. **Frauen warten in der Regel 2 Jahre länger als Männer**. Während dieser Zeit nehmen die Schäden zu und die Prognose der betroffenen Person verschlechtert sich erheblich. Da die axSpA oft vor Erreichen des 30. Lebensjahrs einer Person beginnt, bedeutet die Verzögerung der Diagnose ggf. ein Leben lang eine weitgehend vermeidbare Behinderung.^{8,9}



Allein im Jahr 2010 führte RA weltweit zu **4,8 Millionen verlorenen gesunden Lebensjahren (DALYs)**.

1 Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. Ann Rheum Dis. 2014;73(7):1316–22.

2 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

3 Marrie et al. Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2018 Jul;70(7):970–978.

4 Hoek et al. Long-term physical functioning and its association with somatic comorbidity and comorbid depression in patients with established rheumatoid arthritis: a longitudinal study. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013 Jul;65(7):1157–65.

5 Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. Arthritis Rheum. 2003;48(1):54–58.

6 Navarro-Cano G, et al. Association of mortality with disease severity in rheumatoid arthritis, independent of comorbidity. Arthritis Rheum. 2003;48(9):2425–33.

7 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

8 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

9 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, April 3, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>



Vorteile Einer Remission

Die Remission ist ein Wendepunkt für Patienten und Gesundheitssysteme.

Entzündliche rheumatische Erkrankungen nur von einem breiten muskuloskelettalem Ansatzpunkt ausgehend anzugehen, ist für Patienten mit entzündlichen Erkrankungen nicht richtig. Solche Strategien konzentrieren sich auf Themen wie Schmerzen im unteren Rücken oder Arthrose, wobei der Schwerpunkt oft auf Physiotherapie, Operation oder Arbeitsplatzanpassung liegt.

Patienten mit RA werden derzeit nicht optimal versorgt:

- Die Behandlung wird häufig nicht innerhalb des wichtigen therapeutischen Zeitfensters von 12 Wochen eingeleitet.¹
- Selbst unter medizinisch betreuten Patienten erzielen 70 % keine Remission.²

Die Aussichten bei SpA sind schlechter:

- Selbst bei einer Diagnose, die in der Regel bis zu 7 Jahre dauern kann, geben 75 % der axSpA-Patienten an, dass ihre Krankheit **suboptimal kontrolliert** ist (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASDAI ≥ 4), was zu deutlich erhöhten Schmerzen, Müdigkeit, Steifigkeit und auch zu Schwierigkeiten bei der Durchführung von Routineaufgaben führt.³
- Menschen mit suboptimal kontrollierter Erkrankung geben an, an durchschnittlich 2,4 Begleiterkrankungen zu leiden, verglichen mit 1,4 bei Menschen mit kontrollierter Erkrankung.³

Bei entzündlichen Erkrankungen **sollte das Ziel eine Prävention durch eine frühe Diagnose und einen „Treat-to-Remission“-Ansatz sein.**

Eine Remission wirkt sich tiefgreifend auf die Betroffenen selbst und aber auch auf das Gesundheitssystem aus und sollte im öffentlichen Gesundheitswesen stets ein Ziel darstellen.



Sollte das Ziel eine **Prävention durch eine frühe Diagnose** und einen „Treat-to-Remission“-Ansatz sein.

- 1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>
- 2 Yu C, et al. Remission rate and predictors of remission in patients with rheumatoid arthritis under treat-to-target strategy in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2019;38(3):727-38.
- 3 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>



Vorteile einer Remission



Arbeitsproduktivität

Zunahme von 37 bis 75 %^{1,2,3}



Ausgaben für medizinische Versorgung

Einsparungen von 19 bis 52 %³



Verbesserte Outcomes

bessere körperliche Gesundheit, d. h. weniger Schmerzen und Müdigkeit, und verbesserte geistige Verfassung^{1,4,5,6,7}

- 1 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.
- 2 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port*. 2012;37(2):134–42.
- 3 Ostor AJ, et al. value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75–93.
- 4 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 013;65(10):1707–12.
- 5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789–99.
- 6 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401–409.
- 7 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384–90.



VORTEIL NR. 1

Remission ermöglicht dem Menschen, am Arbeitsleben teilzunehmen, d. h. zu arbeiten

Einer der überzeugendsten Vorteile einer Remission besteht darin, dass mit ihr für Menschen die Möglichkeit besteht, **im täglichen Leben produktiver zu sein**.

Wenn man nicht mehr durch die verheerenden Auswirkungen einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung belastet ist, steigt die Fähigkeit, uneingeschränkt berufstätig zu sein. Menschen, die keine Remission erzielen können, befinden sich hingegen oft in einem Zyklus von Erwerbsunfähigkeitsleistungen und Arbeitslosigkeit. Dies wirkt sich nicht nur negativ auf ihre finanzielle Unabhängigkeit aus, sondern belastet auch öffentliche Unterstützungsprogramme.

Nehmen die Remissionsraten zu, haben mehr Menschen die Möglichkeit, ein erfülltes und produktives Leben zu führen, was Vorteile für den Einzelnen, aber auch die Gesellschaft bringt. Das Nationale Rechnungsprüfungsamt des Vereinigten Königreichs hat Folgendes festgestellt: „Verzögerungen bei der Behandlung (der RA) schaden der Gesundheit der Patienten, ihrer Lebensqualität und – wenn drei Viertel der Menschen im erwerbsfähigen Alter diese Diagnose haben – auch der Wirtschaft.“¹

Es gibt mehrere Möglichkeiten, Arbeitsproduktivität zu analysieren: **nach Produktivitätsbeeinträchtigung, verlorenen Arbeitstagen und Arbeitsunfähigkeit**. Arbeitsunfähigkeit oder ein vorzeitiger Ruhestand aufgrund von Krankheit ist der wichtigste Einflussfaktor für Produktivitätsverluste. Eine Vermeidung oder Verzögerung des

vorzeitigen Ruhestands kann daher zu erheblichen Kosteneinsparungen führen. In mehreren Studien wurden Produktivitätsverluste aufgrund von entzündlichen rheumatischen Erkrankungen wie folgt quantifiziert:

- Eine umfassende Analyse der wirtschaftlichen Belastung durch RA ergab, dass bei Ermittlung der Arbeitsunfähigkeit nicht nur mit krankheitsbedingten Ausfällen die indirekten Kosten (nicht medizinisch) einen viel größeren Anteil an den Gesamtkosten ausmachen als die direkten (medizinischen) Kosten. Der Verhältnis der direkten und indirekten Kosten reichte von 15 %/85 % in Australien bis 95 %/5 % in Italien, wobei die Unterschiede hauptsächlich auf methodische und nicht auf reale Schwankungen zurückzuführen waren.²
- Im Vereinigten Königreich wurden die Kosten für Arbeitstage, die aufgrund von Arthrose und RA verloren gingen, im Jahr 2017 auf 2,6 Mrd. GBP geschätzt, mit einer Prognose, dass die Zahl bis 2030 auf 3,4 Mrd. GBP steigen wird.³ Bei Menschen mit Arthritis ist die Wahrscheinlichkeit einer Beschäftigung um 20 % geringer als bei Menschen ohne Arthritis.^{4,5}



„Etwa **1 von 3 Menschen mit RA** hört innerhalb von 5 Jahren nach der Diagnose auf zu arbeiten.“^{4,6}

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2 Hsieh et al. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review of literature in biologic era. Ann Rheum Dis. 2020 Jun;79(6):771-777.

3 UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

4 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

5 Rajah et al. How does arthritis affect employment? Longitudinal evidence on 18,000 British adults with arthritis compared to matched controls. Soc Sci Med. 2023 Mar;321:115606.

6 Young et al. Which patients stop working because of rheumatoid arthritis? Results of five years' follow up in 732 patients from the Early RA Study (ERAS). Ann Rheum Dis. 2002 Apr;61(4):335-40.

- Im Vereinigten Königreich werden zudem die gesamten arbeitsbezogenen Kosten der axSpA – einschließlich vorzeitiger Ruhestand, Ab- und Anwesenheitszeiten – auf 11.943 GBP pro Person und Jahr geschätzt.¹ Die National Axial Spondyloarthritis Society schätzte, dass ein 26-jähriger Patient, der 8,5 Jahre auf eine Diagnose wartet, im Laufe seines Lebens **rund 187.000 GBP verlieren könnte**, hauptsächlich wegen reduzierter Beschäftigung.² In einer Studie gingen 24 % von Männern mit radiographischer axSpA vorzeitig in den Ruhestand und 45 % wechselten zu weniger körperlich anstrengenden Tätigkeiten.^{1,3,4}
- Menschen mit axSpA treten bis zu 3x häufiger als die allgemeine Bevölkerung aus dem Berufsleben.⁵ Fast die Hälfte (46 %) gab an, dass die axSpA ihre Berufswahl beeinflusst hat, und 71 % sprachen von Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche aufgrund ihrer Krankheit.⁶
- Eine Studie mit Patienten mit RA in Argentinien ergab, dass die **indirekten Kosten** aufgrund verlorener Arbeitstage bei Patienten mit aktiver Erkrankung um das 2,3-Fache höher waren als bei Patienten in Remission. Basis war die Gruppe mit dem besten Ergebnis im Rahmen der Gesundheitsbefragung anstatt einer tatsächlichen Remission.⁷
- Studien in Österreich und Japan ergaben, dass RA-Patienten in Remission eine wesentlich geringere Beeinträchtigung der Produktivität aufwiesen als Patienten mit niedriger (LDA) oder mittlerer/hocher Krankheitsaktivität (M/HDA).^{8,9}

Vergleich zu jemandem ohne RA:

- Menschen in Remission sind nur 8 bis 12 % weniger produktiv.
- Menschen mit niedriger Krankheitsaktivität sind 21 bis 27% weniger produktiv.
- Menschen mit mittlerer/hocher Krankheitsaktivität sind 30 bis 46 % weniger produktiv.^{8,9,10}

Eine Remission kann die indirekten Kosten einschließlich der Einbußen bei der Arbeitsproduktivität wesentlich senken:

- In Portugal wurde der Verlust der Arbeitsproduktivität – d. h. verlorene Arbeitstage, zu denen auch die von Familienmitgliedern zählen – jährlich **um 75 % (nämlich von 540 € auf 135 €) reduziert**.¹¹
- In Österreich war Remission ebenfalls mit einer Reduktion der jährlichen indirekten Kosten verbunden (von 14.273 € auf 9.023 €). Hierzu zählte auch der vorzeitige Ruhestand, wobei 34 % der Teilnehmer im Ruhestand RA als Grund anführten.¹⁰

Um auf den Punkt des Nationalen Rechnungsprüfungsamtes des Vereinigten Königreichs zurückzukommen: Investitionen in Gesundheit, Prävention und Leistungsfähigkeit wirken sich positiv aus, da mit ihnen Sozialausgaben reduziert werden. Es besteht kein Zweifel: Mit in die Gesundheit investierten 11 Mio. GBP könnten letztendlich 31 Mio. GBP an Sozialausgaben eingespart werden. Dennoch stehen ministeriumsübergreifende Koordinationsprobleme entsprechenden Maßnahmen im Weg.¹²

1 Versus Arthritis. The State of Musculoskeletal Health 2024. Arthritis and other musculoskeletal conditions in numbers. https://www.versusarthritis.org/media/tffdkiax/va_state-of-msk-report-nov2024-1.pdf

2 NASS. Driving down diagnostic delay in axial SpA. First impact report of the Act on Axial SpA campaign. October 2022. <https://nass.co.uk/wp-content/uploads/2022/10/NASS-Impact-Report-DIGITAL-WEB-FRIENDLY-FINAL.pdf>

3 Strand and Singh. Patient Burden of Axial Spondyloarthritis. J Clin Rheumatol. 2017 Oct;23(7):383–391.

4 Cakar et al. Work disability in ankylosing spondylitis: differences among working and work-disabled patients. Clin Rheumatol. 2009 Nov;28(11):1309–14.

5 Martindale et al. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015 Jun;29(3):512–23.

6 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

7 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532–40.

8 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75–93.

9 Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2017;44(8):1112–17.

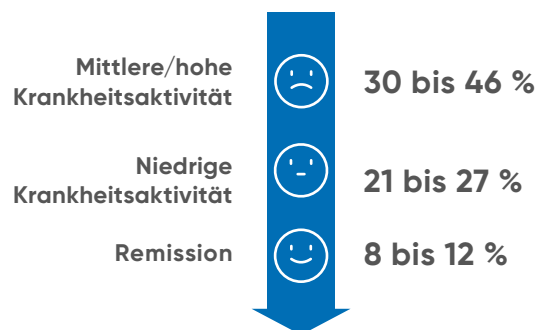
10 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

11 Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. Acta Reumatol Port. 2012;37(2):134–42.

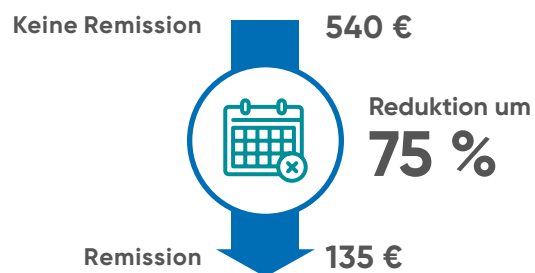
12 Bevan S. Reducing temporary work absence through early intervention: the case of MSDs in the EU. Fit for Work. The Work Foundation (part of Lancaster University)

Jährliche Auswirkungen auf die Produktivität pro Person

Anwesenheit und Produktivitätsbeeinträchtigung^{1,2,3} „krank arbeiten mit geringerer Produktivität“



Fehlzeiten und verlorene Arbeitstage⁴ „gewöhnheitsmäßige Abwesenheit von der Arbeit“



Kosten von Arbeitsunfähigkeit und vorzeitigem Ruhestand¹

14.273 €
Keine Remission



9.023 €
Remission

- Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.
- Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2017;44(8):1112-17.
- Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):R56.
- Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port.* 2012;37(2):134-42.



VORTEIL NR. 2

Remission reduziert die Ausgaben für die medizinische Versorgung

- Es besteht hinsichtlich der medizinischen Kosten und der Ressourcennutzung im Gesundheitswesen ein starker Kontrast zwischen Patienten, die eine Remission erzielen, und denen, bei denen dies nicht der Fall ist. **Das Erzielen einer Remission kann daher die überlastete Gesundheitssysteme entlasten.** Dies unterstreicht, dass die suboptimale Betreuung als verschwenderisch betrachtet werden sollte.¹
- In der Ära nach Einführung von biologischen Behandlungen bei RA wurde auf der Grundlage von 72 Studien in 28 Ländern in Europa, Nordamerika, Asien, Lateinamerika und Australasien ein wesentlicher Rückgang der Kosten für die stationäre Versorgung und OPs beobachtet. Während die stationäre Versorgung vor 2002 etwa 75 % der direkten Kosten (d. h. Kosten innerhalb des Gesundheitssystems) ausmachte, sank dieser Anteil neueren Daten zufolge um 5 % bis 45 %.
- Einem kürzlich durchgeführten Projekt zur RA zufolge, das 16 Studien in 12 Ländern und auf 3 Kontinenten umfasste, hatten Patienten in Remission im Vergleich zu Patienten ohne Remission durchweg niedrigere direkte medizinische Kosten zu tragen und Gesundheitsleistungen wurden weniger stark und weniger oft in Anspruch genommen.²
- Remission wurde mit einer **Einsparung von 19 bis 52 % der direkten medizinischen Kosten in Verbindung gebracht.**²
- Die mittleren jährlichen medizinische Kosten für Patienten in Remission betrugen 2.464 € (Spanne 821 € bis 11.272 €), verglichen mit den Kosten von 4.717 € (Spanne 1.042 € bis 16.879 €) bei Patienten, die nicht in Remission waren.²
- Die mit Remission verbundenen Kosteneinsparungen im Vergleich zur niedrigen Krankheitsaktivität betrugen 285 € (20 %) bzw. 3.804 € (51 %) bei mittlerer Krankheitsaktivität.²
- Im Vergleich zu Menschen mit mittlerer bis hoher Krankheitsaktivität wurden Menschen in Remission **64 % weniger oft stationär versorgt und hatten 53 % weniger Gelenk-OPs und 24 % weniger Röntgenaufnahmen.**³



Das Erzielen einer Remission kann daher die überlastete Gesundheitssysteme entlasten.



Hospitalisierungen

Reduktion um
64 % ↓



Gelenk-OPs

Reduktion um
53 % ↓



Röntgenaufnahmen

Reduktion um
24 % ↓

¹ The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, April 3, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

² Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. Adv Ther. 2022;39(1):75-93.

³ Boytsov N, et al. Increased healthcare resource utilization in higher disease activity levels in initiators of TNF inhibitors among US rheumatoid arthritis patients. Curr Med Res Opin. 2016;32(12):1959-67.

- Eine Studie in **Argentinien** ergab, dass bei RA-Patienten mit Antworten im Rahmen der Gesundheitsbewertung zwischen 2,6 und 3,0 die Krankenhauskosten um das 20-Fache höher waren als bei Patienten, deren Antworten zwischen 0,0 und 0,5 lagen, wobei diese Ergebnisse stellvertretend für Remission verwendet wurden.¹
- Eine Studie in **Österreich** ergab, dass die jährlichen medizinischen Kosten für RA-Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität um 20 % höher und für Patienten mit mittlerer bis hoher Krankheitsaktivität um 71 % höher waren als bei Patienten in Remission.²
- Eine Studie in **Kolumbien** ergab, dass die direkten medizinischen Kosten für Patienten mit schwerer RA-Krankheitsaktivität um das 2,1-Fache höher waren als bei Patienten in Remission.³
- Eine globale Analyse für axSpA ergab, dass Personen mit suboptimal kontrollierter Erkrankung (BASDAI ≥ 4) 92 % mehr Hausarzttermine, 71 % mehr Physiotherapietermine und 58 % mehr Termine bei einem Psychologen oder Psychiater hatten als Personen mit kontrollierter Erkrankung (BASDAI < 4).⁴
- Eine **US**-Registeranalyse für Psoriasis-Arthritis (PsA) und radiographische axSpA ergab, dass Patienten mit nicht kontrollierter Krankheit verglichen mit Patienten mit kontrollierter Krankheit 3,0x (PsA) bis 7,7x (AS) häufiger stationär versorgt werden mussten.⁵
- Darüber hinaus waren die Kosten für einen stationären Aufenthalt pro Patient und Jahr bei Patienten mit nicht kontrollierter PsA 3,5x höher als bei Patienten mit kontrollierter PsA.⁵

- Patienten mit radiographischer axSpA in **Mittel- und Osteuropa**, die nach 12 Monaten einen niedrigen Krankheitsaktivitätsstatus erzielten, wiesen eine Reduktion der Anzahl und Dauer der Hospitalisierungen um bis zu 83 % auf und mussten zudem weniger oft den Arzt aufsuchen.⁶

Zudem ist anzumerken, dass die Kosten für Patienten mit unkontrollierten Entzündungskrankheiten beträchtlich sind⁷ und fast 20 % des Haushaltseinkommens ausmachen können (USA, 2009).⁸ Das Erzielen einer Remission reduziert daher nicht nur die direkten medizinischen Kosten, sondern verringert auch die finanzielle Belastung von Haushalten erheblich.

Das Erzielen einer Remission
reduziert daher nicht nur
die direkten medizinischen
Kosten, sondern verringert
auch die finanzielle
Belastung von
Haushalten erheblich.



1 Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):532-40.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. Arthritis Res Ther. 2014;16(1):R56.

3 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. Clinicoecon Outcomes Res. 2021;13:583-91.

4 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

5 Bergman MJ, et al. Clinical and economic benefit of achieving disease control in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a retrospective analysis from the OMI Registry. Rheumatol Ther. 2023;10:187-99.

6 Opris-Belinski D, et al. Impact of adalimumab on clinical outcomes, healthcare resource utilization, and sick leave in patients with ankylosing spondylitis: an observational study from five Central and Eastern European countries. Drugs Context. 2018;7:212556.

7 UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CDP-2023-0236/CDP-2023-0236.pdf>

8 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

VORTEIL NR. 3

Verbesserte Outcomes

Verbesserte Outcomes und eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit bei Patienten in Remission führen zu wesentlichen humanistischen Vorteilen, selbst im Vergleich zu Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität.^{1,2,3}

- RA-Patienten in Remission schneiden beim EQ-5D und dem 36 Punkte umfassenden Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) besser ab – zwei Instrumente, mit denen die Lebensqualität (QoL) in unterschiedlichen Bereichen bewertet wird.⁴
- Die Remission ist insbesondere mit einer besseren körperlichen Gesundheit (z. B. weniger **Schmerzen und Müdigkeit**,^{2,5,6}), einem **verbesserten geistigen Wohlbefinden** (z. B. bessere Schlafqualität, weniger Depression und Angstzustände)^{5,6,7,8} und **einer verbesserten Arbeitsproduktivität** verbunden.^{2,5,9}

- Eine frühe Remission bei Patienten mit früher RA, die mit herkömmlichen synthetischen DMARD-Präparaten (sogenannten csDMARD-Präparaten) behandelt werden, ist mit klinischen und funktionellen Vorteilen verbunden.¹⁰ Selbst unter Patienten, die zusätzliche gezielte Therapien (bDMARD-Präparate oder tsDMARD-Präparate) benötigten, hatten diejenigen, die innerhalb von 12 Wochen eine Remission erzielten (28 % der Patienten), mindestens ein Jahr lang weniger Schmerzen und Müdigkeit sowie eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit und Lebensqualität im Vergleich zu denen, bei denen das nicht der Fall war.¹¹
- Die Fähigkeit, einer bezahlten Arbeit nachzugehen, wirkt sich nachweislich positiv auf die Lebensqualität aus, wie der 36 Punkte umfassende Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36) in einer RA-Studie in **Norwegen** zeigte, in der demografische Aspekte und der Schweregrad der Erkrankung untersucht wurden.⁹



Verbesserte Outcomes und eine bessere körperliche Funktionsfähigkeit bei Patienten in Remission führen zu **wesentlichen humanistischen Vorteilen**.

1 Klerenbeek NB, et al. Association with joint damage and physical functioning of nine composite indices and the 2011 ACR/EULAR remission criteria in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2011;70(10):1815–21.

2 Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.

3 Van Tuyl LH, et al. Evidence for predictive validity of remission on long-term outcome in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(1):108–17.

4 Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75–93.

5 Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789–99.

6 Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(10):1707–12.

7 Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401–409.

8 Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384–90.

9 Grenning K, et al. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2010;29(11):1317–22.

10 Klooster et al. Long-term clinical, functional, and cost outcomes for early rheumatoid arthritis patients who did or did not achieve early remission in a real-world treat-to-target strategy. *Clin Rheumatol*. 2019 Oct;38(10):2727–2736.

11 Gossec et al. POS0643 Association of Early Remission on Clinical and Patient-Reported Outcomes in Patients with Rheumatoid Arthritis: Post-hoc Analysis of Data from the Select-Compare Study. Poster. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2024-eular.1469>.

- Eine Studie in der **Türkei** mit 962 Personen mit radiographischer axSpA ergab eine wesentlich niedrigere Lebensqualität bei Personen mit schlechter Krankheitskontrolle. Patienten mit einem BASDAI < 4 meldeten einen ASQoL-Score von 4,6, während Patienten mit einem BASDAI ≥ 4 einen Score von 11,2 angaben (auf einer Skala von 0 bis 18, wobei höhere Scores auf eine schlechtere Lebensqualität hinweisen).^{1,2,3,4}
- In einer multinationalen klinischen Studie zu PsA wiesen Patienten mit minimaler Krankheitsaktivität wesentlich stärkere Verbesserungen in allen SF-36-Domänen sowie dem zusammenfassenden SF-36-Score und dem EQ-5D-5L und EQ-5D-VAS im Vergleich zu Patienten ohne Ansprechen auf.⁵
 - Eine 20-jährige Nachbeobachtungsstudie⁶ ergab, dass PRO-Ergebnisse, wie sie mit dem Fragebogen zur Gesundheitsbewertung (Health Assessment Questionnaire, HAQ) gemeldet werden, stärkere Prädiktoren für die Mortalität bei RA sind als Labor-, Röntgen- oder körperliche Untersuchungsdaten, was die Bedeutung einer Erfassung und von Maßnahmen auf der Grundlage von Patientenangaben unterstreicht.
- Eine globale Studie zur axSpA ergab einen klaren Zusammenhang zwischen diagnostischer Verzögerung und körperlichen Ergebnissen. Patienten ohne Wirbelsäulensteifigkeit hatten eine mittlere Zeit bis zur Diagnose von 3,7 Jahren, während Patienten mit schwerer Steifigkeit eine Verzögerung von 9,1 Jahren aufwiesen. Da die Wirbelsäulensteifigkeit oft irreversibel ist, ist eine frühzeitige Diagnose von entscheidender Bedeutung.⁷

RA und ihre Begleiterkrankungen führen schnell zu gesundheitlicher Beeinträchtigung.

- Eine Studie in **Polen** mit 1.000 Teilnehmern ergab, dass 53 % der RA-Patienten eine gesetzlich bestätigte gesundheitliche Beeinträchtigung aufwiesen.⁸
- Psychische Begleiterkrankungen sind nicht selten: 17 bis 42 % der RA-Patienten sind von einer Depression betroffen und 53 bis 71 % leiden entweder an Depression oder an Angstzuständen – oder gar an beidem.⁹

Patienten in Remission haben eine bessere Lebensqualität



Weniger Schmerzen und Müdigkeit



Verbesserte geistige Verfassung



Höhere Arbeitsproduktivität

1 Garrett S, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. J Rheumatol. 1994;21(12):2286-91.

2 Doward LC, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2003;62:20-26.

3 van der Heijde DM, et al. Physical function, disease activity, and health-related quality-of-life outcomes after 3 years of adalimumab treatment in patients with ankylosing spondylitis. Arthritis Res Ther. 2009;11:R124.

4 Bodur H, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. Qual Life Res. 2011;20(4):543-49.

5 Coates LC, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful improvements in patients' health-related quality of life and productivity. BMC Rheumatol. 2018;2:24.

6 Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2009;61:1563-70.

7 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

8 Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. Rheumatology. 2013;51(5):348-354.

9 Isik A, et al. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007;26(6):872-78.



Bewährte Lösungen



Bisher wurden bereits mehrere kostengünstige Lösungen entwickelt und in der Praxis erprobt. Einige wichtige Strategien, die von der Fit for Work Coalition (2009–2018) identifiziert wurden, umfassen:

1. Eine frühe Diagnose und ein frühzeitiges Eingreifen, idealerweise innerhalb von 12 Wochen nach Auftreten der Symptome, sind der Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung bei entzündlicher Arthritis.^{1,2,3} Diese 12 Wochen stellen das sogenannte „therapeutische Fenster“ dar.^{4,5,6} Der einzige prädiktive Faktor, um bei RA eine Remission zu erreichen, ist eine frühzeitige Diagnose und die Einleitung einer wirksamen Behandlung,⁷ mit Chancen auf eine Verdoppelung der etwaigen Remission.^{8,9} Die frühzeitige Diagnose beginnt mit Sensibilität und Bewusstsein, und **das öffentliche Bewusstsein** muss verbessert werden.

- Bewusstsein und Sensibilität für die Vorteile einer Remission sollten durch eine verbesserte medizinische Ausbildung für **Allgemeinmediziner** gestärkt werden. Zu oft wird eine Schwächung des Patienten als unvermeidlich angesehen.¹⁰
- Im Falle der axSpA könnten Patienten ohne Diagnose bei Physiotherapeuten, Orthopäden, Augenärzten, Dermatologen und Gastroenterologen vorstellig werden. Die Sensibilität seitens medizinischen Leistungsanbietern muss sich verbessern und sie müssen Anzeichen und Symptomen besser erkennen können.¹¹
- Es müssen **nationale Strategien** für beste Praktiken und die Umsetzung der frühen Diagnose und ein frühzeitiges Eingreifen entwickelt werden; und dazu gehören vereinbarte Behandlungsstandards und Qualitätsindikatoren.¹⁰

1 NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2 Suresh E. Diagnosis of early rheumatoid arthritis: what the non-specialist needs to know. J R Soc Med. 2004;97(9):421–24.

3 Grätzel P. Rheuma-Verdacht: Welche Patienten müssen zum Spezialisten? Das entscheidet der Hausarzt [Suspected rheumatoid arthritis: which patient must be referred to a specialist? The family physician decides]. MMW Fortschr Med. 2014;156(6):20.

4 Raza K, et al. Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. Ann Rheum Dis. 2012;71(12):1921–23

5 Cush JJ. Early rheumatoid arthritis—is there a window of opportunity? J Rheumatol Suppl. 2007;80:1–7.

6 Raza K, et al. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? Ann Rheum Dis. 2015;74(5):793–94.

7 Gremese E, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. Ann Rheum Dis. 2013;72(6):858–62.

8 Akdemir G, et al. Predictive factors of radiological progression after 2 years of remission-steered treatment in early arthritis patients: a post hoc analysis of the IMPROVED study. RMD Open. 2016;2(1):e000172.

9 Heimans L, et al. Two-year results of disease activity score (DAS)-remission-steered treatment strategies aiming at drug-free remission in early arthritis patients (the IMPROVED-study). Arthritis Res Ther. 2016;18:23.

10 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gaipa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAIPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

11 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>



LATEINAMERIKA

In **Lateinamerika** wurde ein Versorgungsmodell für SpA-Kliniken entwickelt. Das Modell besteht aus drei Arten von Zentren mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad. In dem Modell werden Indikatoren für Struktur, Prozesse und Ergebnisse definiert und es konzentriert sich auf eine umfassende, multidisziplinäre, patientenzentrierte Versorgung.¹



POLEN

In **Polen** wurde ein nationales Programm speziell für die Prävention und frühzeitige Erkennung der RA (2016–2020) eingerichtet.² Polen hat die längsten diagnostischen Verzögerungen in Europa. Die Zeit von den ersten Symptomen bis zum Behandlungsbeginn kann bis zu 35 Wochen betragen.³ Das Programm umfasste die Schulung von medizinischem Personal und Patienten, Screening-Tools und die Validierung der Diagnose durch einen Rheumatologen in der ambulanten Versorgung.

- Um 1 Tag Arbeitsunfähigkeit zu verhindern, mussten umgerechnet 12 USD in das Gesundheitswesen investiert werden.
- Jede monetäre Investition führte zu einem Nutzen im doppelten Wert.



SPANIEN

Das bisher bahnbrechendste Programm ist die Frühinterventionsklinik am Hospital Clinico San Carlos in Madrid, **Spanien**,⁴ das sich auf ein frühes Eingreifen bei MSK-bedingter Arbeitsunfähigkeit von 13.000 Patienten (1998–1999) konzentrierte.

Das Programm akzeptierte Patienten, die nach 5 Tagen Abwesenheit von der Arbeit überwiesen wurden, und umfasste Patientenaufklärungsprogramme.

- Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit war um 39 % und die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit um 50 % niedriger im Vergleich zur Standardversorgung.
- Um 1 Tag Arbeitsunfähigkeit zu verhindern, mussten 6 USD investiert werden. Patientenzufriedenheit war hoch.
- Für jeden ausgegebenen Dollar wurde das Elfache an Produktivitätsverlusten und Gesundheitskosten eingespart.
- Der Nettonutzen des Programms lag bei über 5 Millionen US-Dollar (2003).

Wenn dieser Ansatz in ganz Spanien umgesetzt werden würde, wären 81.000 mehr Menschen arbeitsfähig, anstatt krankgeschrieben zu werden.

- **46 Mio.** Arbeitstage, die jedes Jahr in Spanien aufgrund von MSK-Krankheiten verloren gehen
- Reduktion der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit um **39 %**
- Reduktion der dauerhaften Fehltage (in der Studie) um **50 %**
- **81.000** zusätzliche Arbeiter, die in Spanien jeden Tag für Arbeit zur Verfügung stehen würden
- Einsparungen bei gesellschaftlichen Kosten in Höhe von **11 €** für jeden ausgegebenen **1 €**

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 Program polityki zdrowotnej. Nazwa programu: ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Okres realizacji: 2016–2020

3 Raza K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. Ann Rheumatic Dis. 2011;70(10):1822–25.

4 Abásolo L, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders [published correction appears in Ann Intern Med. 2005 Dec 6;143(11):W165]. Ann Intern Med. 2005;143(6):404–14.

2. Eine angemessene Überweisung und Standardisierung der Behandlung¹ sind erforderlich, einschließlich der Bereitstellung von schnell erhältlichen Terminen im Falle von Schüben. Darüber hinaus muss der Zugang zu psychologischen Diensten verbessert werden, da Depressionen bei Menschen mit entzündlicher Arthritis häufig auftreten.

- Etwa 20 % der axSpA-Patienten werden nicht von einem Rheumatologen betreut, was darauf hindeutet, dass diese Patienten möglicherweise nicht von Teams mit entsprechenden Kenntnissen und Schulungen in axSpA versorgt werden.²
- Die Verordnung des entsprechenden Arzneimittels ist von entscheidender Bedeutung. Erfolgsabhängige Risikoteilungsvereinbarungen, wie sie beispielsweise in Argentinien für RA eingeführt wurden, können Barrieren seitens Kostenträgern abbauen.³



- Während das sogen. „TNF-Cycling“ eine gute Lösung zur Eindämmung der Arzneimittelkosten zu sein scheint, senkt es wahrscheinlich nicht die medizinischen Kosten insgesamt. Die Umstellung auf eine Behandlung mit einem anderen Wirkmechanismus kann effektiver und kostengünstiger sein.^{4,5}
- Es besteht auch ein dringender Bedarf an evidenzbasierten Leitlinien zur Schmerzbehandlung bei entzündlicher Arthritis. Der langfristige Opioidkonsum ist bei Patienten nach wie vor üblich, obwohl keine Studienergebnisse vorliegen, die die Wirksamkeit belegen. Als Reaktion darauf hat die British Society for Rheumatology (BSR) die Entwicklung eines neuen Leitfadens zur Schmerzbehandlung für Menschen mit entzündlicher Arthritis eingeleitet, die auch die derzeit unzureichend genutzte nicht-medikamentöse Schmerzbehandlung – wie Physiotherapie – abdeckt.⁶ Der Leitfaden wird voraussichtlich im Jahr 2026 veröffentlicht. Eine erfolgreiche Implementierung erfordert die Bewältigung des Rückgangs der Kapazitäten seitens des multidisziplinären Teams (MDT) innerhalb des Rheumatologieangebots, in denen viele Abteilungen nicht mehr alle notwendigen verwandten Angehörigen der Gesundheitsberufe umfassen.⁷



Es besteht auch ein dringender Bedarf an **evidenzbasierten Leitlinien zur Schmerzbehandlung** bei entzündlicher Arthritis.

1 Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project – centers of excellence. Clin Rheumatol. 2021;40: 4759–66.

2 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

3 di Giuseppe LA, et al. Experience of the performance-based risk-sharing arrangement for the treatment of rheumatoid arthritis with certolizumab pegol. Value Health. 2020;21:P201-P204.

4 Taylor PC, et al. Cost-effectiveness analysis of upadacitinib versus alternative treatment strategies for rheumatoid arthritis with inadequate response to TNFi in the United Kingdom; European Congress of Rheumatology 2024 (in press).

5 Bergman et al. HSD47 Treatment Response, Healthcare Resource Use, and Economic Outcomes Associated With Tumor Necrosis Factor Inhibitor Cycling Versus Switching to an Advanced Therapy With Different Mechanism of Action in Rheumatoid Arthritis. ISPOR Europe 2024. DOI: 10.1016/j.jval.2024.03.1270.

6 Scott et al. Pain management in people with inflammatory arthritis: British Society for Rheumatology guideline scope. Rheumatology Advances in Practice, Volume 8, Issue 4, 2024.

7 Ndosi et al. National variation in the composition of rheumatology multidisciplinary teams: a cross-sectional study. Rheumatol Int. 2017 May 27;37(9):1453–1459.



VEREINIGTES KÖNIGREICH

Im **Vereinigten Königreich** werden nur 20 % der Menschen mit RA innerhalb der ersten 3 Monate bei einem Rheumatologen vorstellig,¹ während in Österreich der Anteil 38 % beträgt.²

Im Vereinigten Königreich werden die Wartelisten zudem unterteilt, um sicherzustellen, dass die richtigen Personen auf der Warteliste stehen, um von einem Rheumatologen betreut zu werden.³



KOLUMBIEN

In **Kolumbien** verfolgte ein innovatives Krankheitsmanagementprogramm für RA einen multidisziplinären Ansatz, der Rheumatologie, Ernährung, Psychologie, Physiotherapie und Ergotherapie, Physikalische Medizin und Rehabilitation entsprechend dem RA-Aktivitätsstatus des Patienten umfasste.

Im Vergleich zum tatsächlichen Behandlungsstandard konnte der Anteil der Patienten, die eine Remission erzielten, von 21 auf 59 % erhöht werden und der Anteil der Patienten mit HDA wurde von 18 auf 5 % reduziert.⁴ Darüber hinaus schätzten die Autoren die Effizienz der Nutzung von Kompetenzzentren und kamen auf Kosteneinsparungen von bis zu 223.874 USD pro Patient und Jahr (2017).⁵



- 1 Stack RJ, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open*. 2019;9:e024361
- 2 Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an office based pilot cohort study. *J Rheumatol*. 2016;43(6):1130–35.
- 3 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

- 4 Santos-Moreno P, et al. Clinical outcomes of patients with rheumatoid arthritis treated in a disease management program: real-world results. *Open Access Rheumatol*. 2020;12:249–56.
- 5 Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2021;13:583–91.

3. Gesundere Arbeitsleben

- Die Initiativen zur Betonung der Vorteile, die Arbeitgeber aus Investitionen in eine gesunde Belegschaft ziehen können, sollten umgesetzt werden. Es liegt nicht nur im Interesse der Arbeitgeber, ein gesundes Arbeitsumfeld zu fördern. Es liegt auch in ihrer Verantwortung.¹
- Im Vereinigten Königreich bieten 29 % der Arbeitgeber wenig oder keine gesundheitsbezogene Unterstützung an, und nur 45 % der Arbeitnehmer haben Zugang zu arbeitsmedizinischen oder Rehabilitationsleistungen. Darüber hinaus ist das Krankengeld oft zu niedrig, um finanzielle Sicherheit zu bieten, was viele dazu zwingt, krank zu arbeiten oder den Arbeitsplatz ganz zu verlassen.²
- Die persönlichen Auswirkungen eines Verlustes des Arbeitsplatzes können tiefgreifend sein und reichen von Armut über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bis hin zum Verlust der Identität und der sozialen Verbindungen. Es muss daher unbedingt verhindert werden, dass eine langfristige krankheitsbedingte Abwesenheit in eine langfristige Leistungsabhängigkeit übergeht.² Sobald Personen offiziell arbeitslos werden und Arbeitslosengeld erhalten, kann es schwierig sein, aus dem System auszusteigen. Viele empfinden die Rückkehr zur (wenn auch modifizierten) Arbeit als ein erhebliches Risiko, das sowohl ihre Gesundheit als auch ihre finanzielle Stabilität gefährden kann, wenn es zum Verlust von Leistungsansprüchen führt.²
- Länder wie die Niederlande, Dänemark, Norwegen und Schweden haben frühzeitige Interventionsstrategien implementiert, die strukturierte Maßnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützen, bevor Betroffene zu Langzeitarbeitslosigkeitsleistungen übergehen.
 - In den **Niederlanden** sind Arbeitgeber gesetzlich verpflichtet, bei krankheitsbedingter Abwesenheit proaktive Schritte einzuleiten. Dazu gehört die Entwicklung individueller Wiedereinstiegspläne in Zusammenarbeit mit Fachkräften des Gesundheitswesens.
 - In **Norwegen** ist die Vereinbarung für ein integrativeres Arbeitsleben ein dreigliedriger Ansatz, an dem Regierung, Arbeitgeber und Gewerkschaften beteiligt sind. Arbeitgeber sind verpflichtet, engen Kontakt zu abwesenden Mitarbeitern zu pflegen und Aufgaben oder Zeitpläne anzupassen, um längere Abwesenheiten zu verhindern. Im Gegenzug erhalten sie Unterstützung und Anleitung vom norwegischen Sozial- und Arbeitsamt. Bisherige Analysen deuten darauf hin, dass dieser Ansatz die Dauer der krankheitsbedingten Abwesenheit reduziert und die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr in den Beruf erhöht.³
 - In **Schweden** wird jedem Arbeitnehmer, der langfristig krankgeschrieben ist, ein individueller Sachbearbeiter zugewiesen. Diese Sachbearbeiter koordinieren die Maßnahmen zwischen dem Arbeitnehmer, dem Arbeitgeber und den relevanten Gesundheits- und Unterstützungsdiensten, um einen strukturierten und unterstützten Rückkehrprozess zu gewährleisten.²



Die persönlichen Auswirkungen eines Verlustes des Arbeitsplatzes können tiefgreifend sein und reichen von Armut über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bis hin zum Verlust der Identität und der sozialen Verbindungen.

¹ Europe staying true to values 'enshrined in EU health strategy,' Parliament Magazine, 22 Sept 2014.

² The Health Foundation. Action for healthier working lives. Final report of the Commission for Healthier Working Lives. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives>.

³ Hoff et al. An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study. BMJ Open 2022;12:e062558.

4. Selbstmanagement

- Leider wird die entzündliche Arthritis in einigen Ländern und Gegenden stigmatisiert. Damit Patienten mit ihrer Krankheit selbst richtig umgehen können, sollte das Stigma durch eine breite Aufklärung der Öffentlichkeit angegangen werden.¹
- Patientenorganisationen sollten als Teil des Pflorgeteams gelten. Im Vereinigten Königreich gibt es ein Pilotprojekt mit Rheumatologen, die Patienten an eine Patientenorganisation verweisen, um z. B. einen Termin zu vereinbaren. Die Organisation kann Patienten proaktiv informieren und befähigen und ihnen ihre eigene Rolle beim Krankheitsmanagement verständlich machen.¹ Je besser Patienten ihren Zustand verstehen, desto besser können sie fundierte Entscheidungen treffen – nicht nur über ihre Gesundheitsversorgung, sondern auch darüber, wie sie mit einer chronischen Krankheit gut leben können.²
- Pflegepläne sollten individualisiert werden, um die langfristige Lebensqualität zu maximieren, wobei die Behandlungsziele einer Person und ihre physischen, psychischen und sozioökonomischen Bedürfnisse zu berücksichtigen sind. Dies erfordert eine gemeinsame Entscheidungsfindung, bei der der Patient eine aktive Rolle bei der Gestaltung seiner eigenen Versorgung spielt. Insbesondere kann der Erfolg für jeden Patienten anders aussehen und sich im Laufe der Zeit weiterentwickeln.³
- In der Schweiz gibt es ein Programm, das von Physiotherapeuten geführte Übungen abdeckt, die sich mit der körperlichen Aktivitätskomponente befassen.¹

- Digitale Tools können eine große Unterstützung beim Selbstmanagement sein, aber in manchen Ländern sind Patienten angesichts der Anzahl an Apps ohne Anleitung oder Zulassung überfordert. In wieder anderen Ländern sind keine Apps in der Landessprache verfügbar.

Bewährte Lösung



Frühere Diagnose und Intervention (Eingreifen)



Angemessene Überweisung



Gesündere Arbeitsleben



Selbstmanagement

1 Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

2 The Pursuit of Remission and Improved Quality of Life in axSpA: Personal Experiences and the Scientific Evidence. Webinar, April 3, 2025. <https://www.youtube.com/watch?v=o5-gu5i9Vss>

3 ASIF Report. The Burden of Axial Spondyloarthritis: A global patient perspective. Exploring the results from the International Map of Axial Spondyloarthritis (IMAS). January 2024. <https://asif.info/imas-global-report/>

Schlussbemerkungen

Was nicht für Gesundheit, Prävention oder Befähigung ausgegeben wird, wird für Maßnahmen im Falle einer gesundheitlichen Beeinträchtigungen ausgegeben.

Werden Gelder für Befähigung und Produktivität aufgewendet, haben Patienten die Möglichkeit, ein produktives Leben mit guter Lebensqualität zu führen. Die Kosten einer Untätigkeit sind hoch und werden wahrscheinlich nur noch steigen.¹

Menschen mit entzündlicher Arthritis, die eine Remission erzielen, können ihre Lebensqualität tiefgreifend verändern: Sie haben weniger Schmerzen, sind weniger müde und können Aktivitäten nachgehen, die ihnen Freude bereiten. Im Grunde genommen haben Betroffene, die eine Remission erzielen, die Möglichkeit, ein Leben zu führen, wie sie es sich wünschen.

Die finanzielle Belastung einer unkontrollierten entzündlichen Arthritis beschränkt sich nicht nur auf die Kosten der stationären Behandlung, häufige ärztliche Termine, Produktivitätsverluste und einen vorzeitigen Ruhestand. Die Remission kann diese Kosten sowohl für den Einzelnen als auch für die Gesellschaft senken. Starre und langsame arbeitende Sozialsysteme „halten“ Menschen jedoch oft in einem Kreislauf der Langzeitarbeitslosenunterstützung gefangen.¹ Und die zunehmende Krankheit senkt die Steuereinnahmen, erhöht die Ausgaben für Sozialleistungen und belastet die Gesundheitssysteme. Sozialreformen sind erforderlich, um die Menschen bei der Bewältigung ihrer Gesundheit

und der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu unterstützen. Diese Unterstützung muss auch Selbstständige einbeziehen, die oft übersehen werden.¹

Das Erzielen der Remission muss für Patienten unbedingt Priorität haben. Gelenkschäden können nicht rückgängig gemacht werden. Es ist daher wichtig, den Krankheitsprozess frühzeitig zu stoppen.

Investitionen in die Gesundheit belasten nicht die öffentlichen Ressourcen, sondern sind eine Investition.² Es ist klar, dass eine Investition in die Remission bei entzündlicher Arthritis nicht nur eine Frage der persönlichen Gesundheit ist, sondern auch einen Schritt in Richtung einer stärkeren und nachhaltigeren Gesellschaft darstellt.

Die Global Alliance for Patient Access bedankt sich bei AbbVie für die Unterstützung dieses Evidenzglossars.



Das Erzielen der Remission muss für Patienten unbedingt Priorität haben. Gelenkschäden können nicht rückgängig gemacht werden. Es ist daher wichtig, den Krankheitsprozess frühzeitig zu stoppen.

¹ The Health Foundation. Action for healthier working lives. Final report of the Commission for Healthier Working Lives. <https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/reports/action-for-healthier-working-lives>.

² NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Abkürzungen

ACR: American College of Rheumatology

AS: Spondylitis ankylosans, heute radiographische axSpA genannt

ASQoL: Fragebogen zur Lebensqualität bei AS

axSpA: Axiale Spondyloarthritis

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

bDMARD-Präparat: Biologisches krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum

BSR: British Society for Rheumatology

csDMARD-Präparat: Herkömmliches synthetisches krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum

DALY: Verlorenes gesundes Lebensjahr (behinderungs- bzw. krankheitskorrigiertes Lebensjahr)

DMARD-Präparat: Krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum

EU: Europäische Union

EULAR: European Alliance of Associations for Rheumatology

EQ-5D: EuroQoL-5-Dimension-Fragebogen

HCRU: Inanspruchnahme von Gesundheitsressourcen

HAQ: Health Assessment Questionnaire (Fragebogen zur Gesundheitsbewertung)

HDA: Hohe Krankheitsaktivität

JAK: Januskinase

LDA: Niedrige Krankheitsaktivität

MDA: Minimale Krankheitsaktivität

MDT: Multidisziplinäres Team

MRI: Magnetresonanztomographie

MSK: Muskuloskelettal

OMERACT: Ergebnismaße in der Rheumatologie

PsA: Psoriasis-Arthritis

QoL: Lebensqualität

RA: Rheumatoide Arthritis

SF-36: Fragebogen zum Gesundheitszustand mit 36 Fragen

SpA: Spondyloarthritis

TNF: Tumornekrosefaktor

tsDMARD-Präparat: Zielgerichtetes synthetisches krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum

VK: Vereinigtes Königreich

US: Vereinigte Staaten von Amerika

VAS: Visuelle Analogskala

YLDs: In gesundheitlicher Beeinträchtigung verbrachte Lebensjahre

YLLs: Verlorene Lebensjahre aufgrund eines vorzeitigen Todes



**Global
Remission
Coalition**

globalremission.org