INSIGHT Health mit Daten zur Rheumatoiden Arthritis

Antirheumatika: JAK-Inhibitoren auf dem Vormarsch

Die medikamentöse Behandlung der Rheumatoiden Arthritis wurde in den letzten beiden Jahrzehnten um zwei neue Arzneimittelgruppen erweitert und bietet den Ärzten zusätzliche Therapieoptionen. Doch welche Empfehlungen zur Pharmakotherapie gibt es, wie sieht die Arzneimitteltherapie in der Praxis aus und wohin entwickelt sich diese möglicherweise weiter? Diese Fragen werden im folgenden Beitrag durch die Darstellung einzelner Aspekte in Ansätzen beleuchtet.

>> Die Rheumatoide Arthritis (RA) ist mit einer Prävalenz von ca. 0,8% der erwachsenen Bevölkerung die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung in Deutschland. Der Krankheitsbeginn liegt in der Regel zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr, wobei Frauen dreimal häufiger betroffen sind als Männer (vgl. DGRh e.V.). Beginnend mit Schmerzen durch Gelenkentzündungen an den Extremitäten und unspezifischen Symptomen nimmt die chronische Erkrankung einen meist schubförmigen Verlauf. Mit zunehmender Progression schädigen autoimmun vermittelte Entzündungsprozesse neben den Gelenken auch Blutgefäße, die Augen sowie innere Organe (vgl. Deutsche Rheuma-Liga e.V.). Weiterhin ist die eigentliche Ursache der Erkrankung unbekannt, obschon es bei einer nachgewiesenen genetischen Veranlagung vermutlich weitere individuelle Risikofaktoren gibt, sowie Umwelteinflüsse, die als Auslöser in Betracht kommen (vgl. BDI e.V.).

Pharmakotherapie mit DMARDs

Nach der S3-Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ soll bei Vorliegen einer RA innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Symptome eine krankheitsmodifizierende Therapie mit Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs) begonnen werden. Die Nutzung dieses sogenannten window of opportunity kann die Prognose der RA günstig beeinflussen, was insbesondere für die Progression, den Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Funktionalität und auch die Remission zutrifft (vgl. AWMF).

Grundsätzlich stützt sich die Pharmakotherapie im Behandlungskonzept auf unterschiedliche Arzneimittelgruppen. Eine symptomatische Therapie erfolgt mit Analgetika wie z.B. NSAR, Nicht-Opioide und Opioide. Auch der überbrückende Einsatz von Glucocorticoiden kann schnell symptomlindernd und entzündungshemmend wirken. Über die symptomatischen Effekte dieser Substanzklassen hinaus werden DMARDs eingesetzt.

Abbildung 1 zeigt die Einteilung der DMARDs in drei verschiedene Klassen, wobei beim Rheumatologen im 3. Quartal 2020 64% aller DMARD-Verordnungen auf konventionelle Wirkstoffe entfallen. Unter diesen csDMARDs ist insbesondere Methotrexat zu erwähnen, das als Standard der Erstlinientherapie gilt (vgl. AkdÄ, 2016) und mit ebenfalls 64% auch am häufigsten verordnet wird.

Methotrexat und wenn dieses kontraindiziert ist, weitere basistherapeutische Wirkstoffe, werden bei Nichterreichen einer Remission mit Biologika aus der Klasse der bDMARDs kombiniert, deren Verordnungsanteil beim Rheumatologen aktuell 30% beträgt. Ebenfalls mit Methotrexat kombinierbar sowie als Monotherapie verfügbar, erweitern seit einigen Jahren Januskinase (JAK)-Inhibitoren die Therapieoptionen.

Marktausweitung bei den DMARDs

Der Marktanteil der csDMARDs-Verordnungen beim Rheumatologen bleibt in den letzten drei Jahren im Vergleich zu den tsDMARDs konstant (vgl. Abb. 2). So verzeichnet die seit 2017 im deutschen Markt verfügbare, und damit relativ neue Klasse der JAK-Inhibitoren ein Wachstum von 92% beim Vergleich des 3. Quartals 2020 mit dem von

Einteilung der DMARDs und deren Versorgungsrelevanz

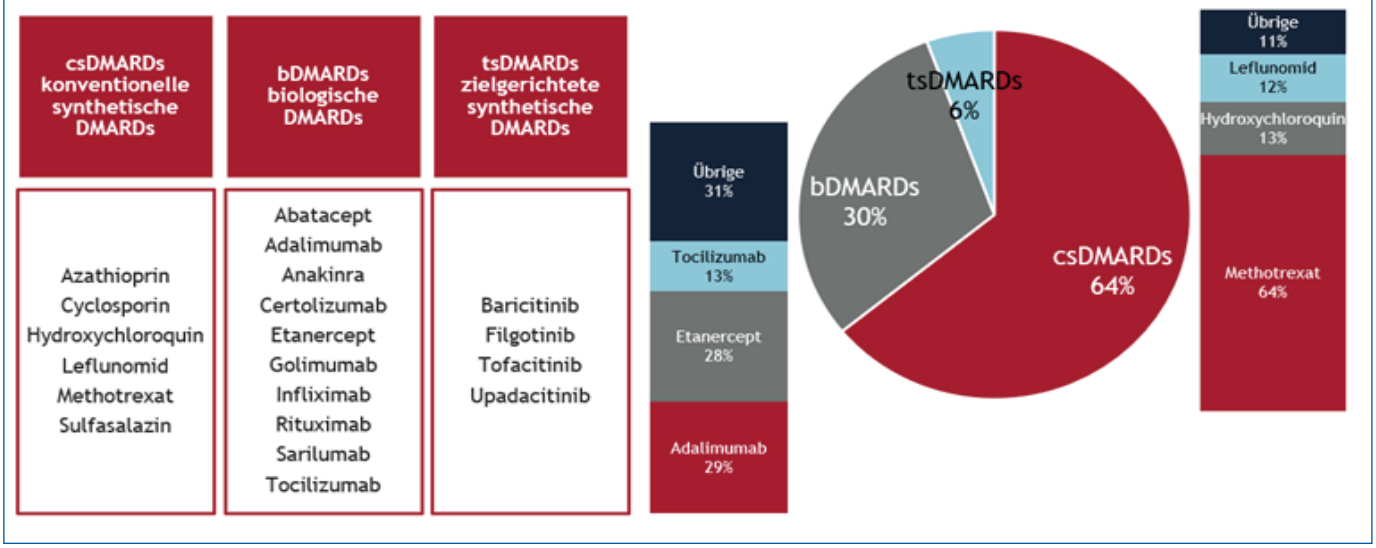


Abb. 1 links: Einteilung der DMARDs zur Therapie der Rheumatoiden Arthritis nach Klassen in alphabetischer Auflistung; Quelle: eigene und ergänzte Darstellung nach INSIGHT Health basierend auf der S3-Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ vom 18.12.2019 der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh), verfügbar bei der AWMF e.V. ***Abb. 1 rechts***: Anzahl und Anteile der GKV-Verordnungen über DMARDs beim Rheumatologen nach Klassen und Substanzen in Q3/2020; Quelle: ambulante GKV-Abrechnungsdaten für Fertigarzneimittel, INSIGHT Health.

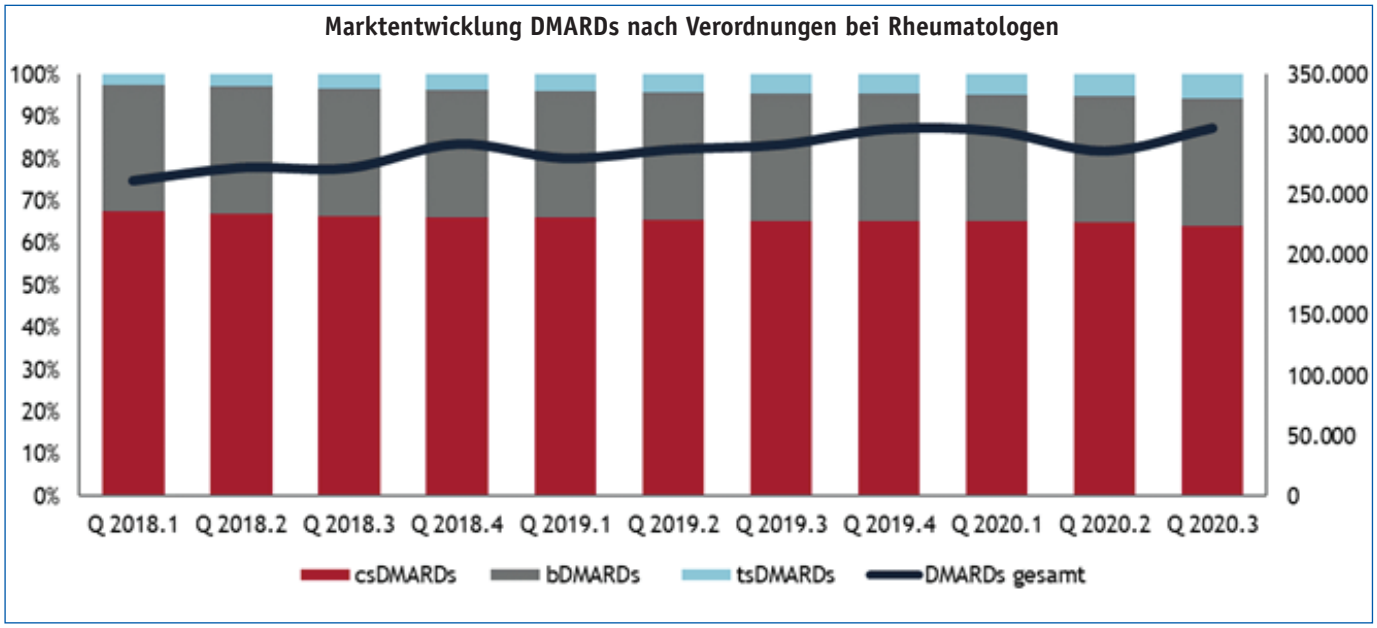


Abb. 2: Entwicklung der GKV-Verordnungen über DMARDs bei Rheumatologen für die Quartale Q1/2018 bis Q3/2020 im Ganzen und nach Klassen; Quelle: ambulante GKV-Abrechnungsdaten für Fertigarzneimittel, INSIGHT Health.

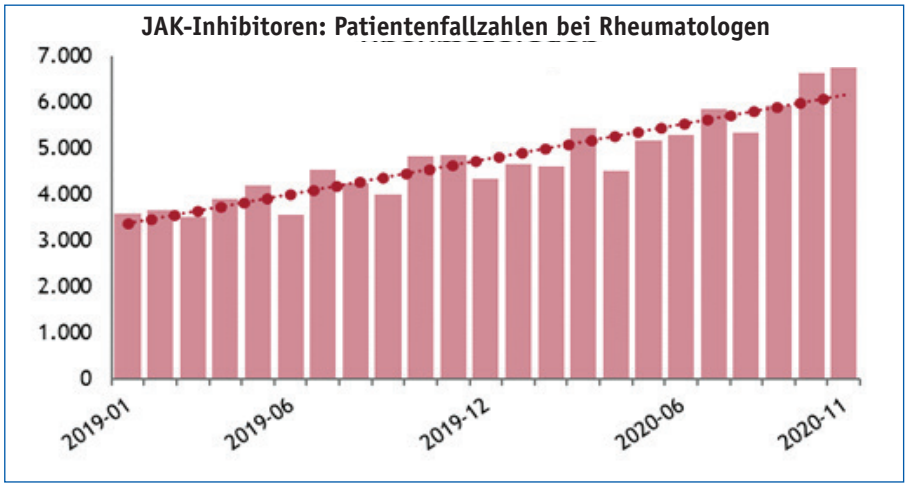


Abb. 3: Patienten mit mindestens einer GKV-Verordnung für einen JAK-Inhibitor (Baricitinib, Filgotinib, Tofacitinib, Upadacitinib) bei Rheumatologen in den Monaten Jan. 2019 bis Nov. 2020; Quelle: Patient INSIGHTS, INSIGHT Health.

2018. Bezogen auf die Verordnungsmengen ist für alle drei Teilsegmente und somit für die DMARDs im Ganzen eine Marktausweitung klar erkennbar. Dies lässt vermuten, dass es statt zu einer Verschiebung der Verordnungen zwischen den einzelnen Therapieoptionen zu einer Ausweitung der Patientenzahl kommt.

Neuer Therapieansatz: JAK-Inhibitoren

Mit Zulassung der ersten JAK-Inhibitoren Baricitinib und Tofacitinib Anfang 2017 stehen zusammen mit Upadacitinib und Filgotinib (Zulassung 2019 bzw. 2020) seit einigen Jahren erweiterte RA-Therapiemöglichkeiten in Deutschland zur Verfügung. Die im Vergleich zu den Biologika einfach einzunehmende orale Darreichungsform könnte eine der Ursachen für das im Verhältnis zu den anderen beiden DMARD-Klassen stärkere Wachstum sein. Neben dem in Abbildung 2 dargestellten stetig steigenden Verordnungsvolumen spiegelt sich dieses Wachstum auch in einer kontinuierlichen Zunahme der behandelten Patienten wider. So erhalten im Vergleich zum Januar 2019 im November des letzten Jahres nahezu doppelt so viele Patienten eine GKV-Verordnung vom Rheumatologen über einen der vier JAK-Inhibitoren (vgl. Abb. 3).

Fazit

Auch wenn in den vorliegenden Analysen zur besseren Marktabgrenzung ausschließlich die Verordnungen bei den Rheumatologen betrachtet wurden, soll an dieser Stelle auf die tragende Rolle der Allgemeinärzte in der Versorgung von Rheumapatienten hingewiesen werden. Insbesondere um das einleitend erwähnte window of opportunity nutzen zu können, ist es von entscheidender Bedeutung, dass Hausärzte Anzeichen einer RA erkennen und Therapiemaßnahmen zeitnah ergreifen. Denn mit einem rechtzeitigen Therapiebeginn haben diese Patienten heutzutage eine, mit dem Rest der Bevölkerung vergleichbare, Lebenserwartung, die noch in den 80er Jahren rund zehn Jahre geringer war (vgl. Schulze-Koops, Präsident der DGRh, 2019). Die Devise „Treat to Target" sowie das stetige Marktwachstum über alle drei DMARD-Gruppen hinweg – getrieben von der zunehmenden Verfügbarkeit von Biosimilars und der neu hinzugekommenen JAK-Inhibitoren – gibt zumindest Hinweise auf einen weiterhin bestehenden therapeutischen Bedarf. Hier scheinen die behandelnden Ärzte das erweiterte Therapiespektrum in seiner ganzen Breite zu nutzen. <<

Autoren:
Kathrin Pieloth,
Christian Luley*

Zitationshinweis

Pieloth, K., Luley, C.: „Antirheumatika: JAK-Inhibitoren auf dem Vormarsch", in: „Monitor Versorgungsforschung" (01/21), S. 12-13; http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2270

* INSIGHT Health (vf@insight-health.de); Literatur bei den Verfassern.