

Erwerbsminderung wegen Rheumatoider Arthritis: Rückgang der Inzidenz in Deutschland



Pattloch D¹, Herzer P², Zinke S³, Gräßler A⁴, Zink A^{1,5}, Strangfeld A¹

¹ Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Berlin, ² Wissenschaftlicher Beirat, München, ³ Praxis Dr. Zinke, Berlin,

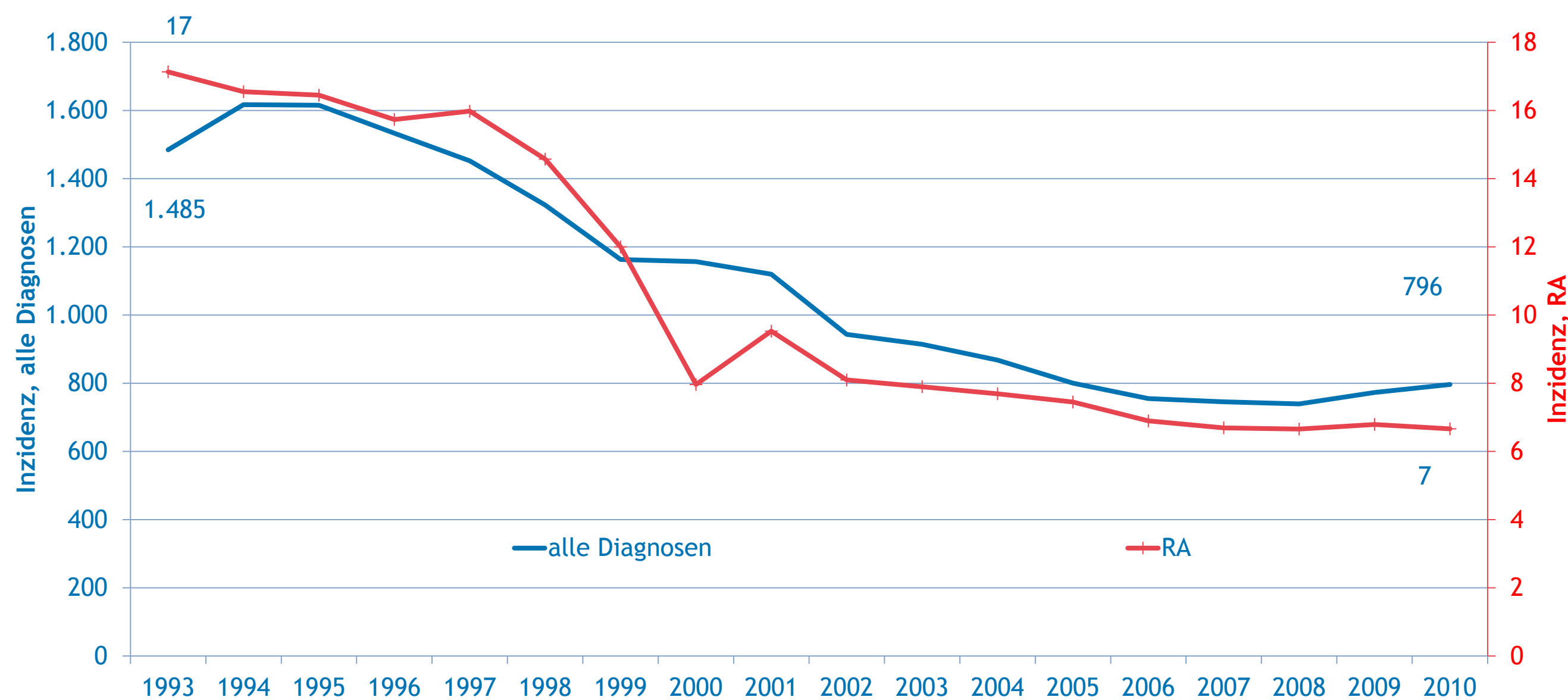
⁴ Schwerpunktpraxis für Rheumatologie, Pirna, ⁵Charité Universitätsmedizin Berlin

Hintergrund

In den letzten zwei Jahrzehnten ging die Inzidenz von Erwerbsminderungsrenten (ER) in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland insgesamt stark zurück. Dabei veränderten sich sowohl Gesundheit und Funktionsfähigkeit der Bevölkerung als auch die Arbeitswelt, der Arbeitsmarkt und die Gesetzgebung.

2010 betrug die standardisierte Inzidenz nur 54% derjenigen des Jahres 1993. An diesem Bevölkerungstrend partizipierten Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) in mindestens gleichem Umfang (Abb. 1).

Abbildung 1. Alters- und geschlechtsstandardisierte Inzidenz von Rentenzugängen wegen Erwerbsminderung in der Gesetzlichen Rentenversicherung je 100.000 aktiv Versicherte im Alter zwischen 40 und 59 Jahren.



Zielsetzung

Inzidenz von ER bei Patienten im Biologika-Register RABBIT im Vergleich mit aktiv Versicherten in der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Methoden

RABBIT ist das deutsche Biologika-Register. Seit 2001 werden RA-Patienten ab Beginn einer neuen Therapie (Biologikum oder synthetisches DMARD, jeweils nach mindestens einem DMARD-Versagen) beobachtet.

In die Analyse gingen 2.227 Patienten ein, die bei Einschluss 40 bis 59 Jahre alt und erwerbstätig oder arbeitslos waren. Die in der Analyse berücksichtigte Personenzzeit (im Mittel 3,1 [SD 2,4] Jahre) wurde für jeden Patienten begrenzt entweder durch Eintritt einer ER, den 60. Geburtstag oder durch das Datum der letzten Auskunft über den Erwerbsstatus.

345 Fälle neuer ER wurden in 6.717 Patientenjahren beobachtet.

Aus Veröffentlichungen der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden Zugangsraten in die ER (alle Diagnosen) nach Berichtsjahr, Alter und Geschlecht entnommen. Mit diesen Raten und den im Register anfallenden Patientenjahren berechneten wir die zu erwartenden ER-Fälle. Das Verhältnis der im Register beobachteten zu den erwarteten Fällen bildet die Kennzahl Standardisierte Inzidenz-Ratio (SIR).

Ergebnisse

Die SIR betrug über alle Berichtsjahre insgesamt 6,2 (Tab. 1).

• RABBIT-Patienten haben ein gegenüber der Bevölkerung rund sechsfach erhöhtes Risiko für ER. Die Zeitreihe der Berichtsjahre zeigt einen Rückgang dieses erhöhten Risikos.

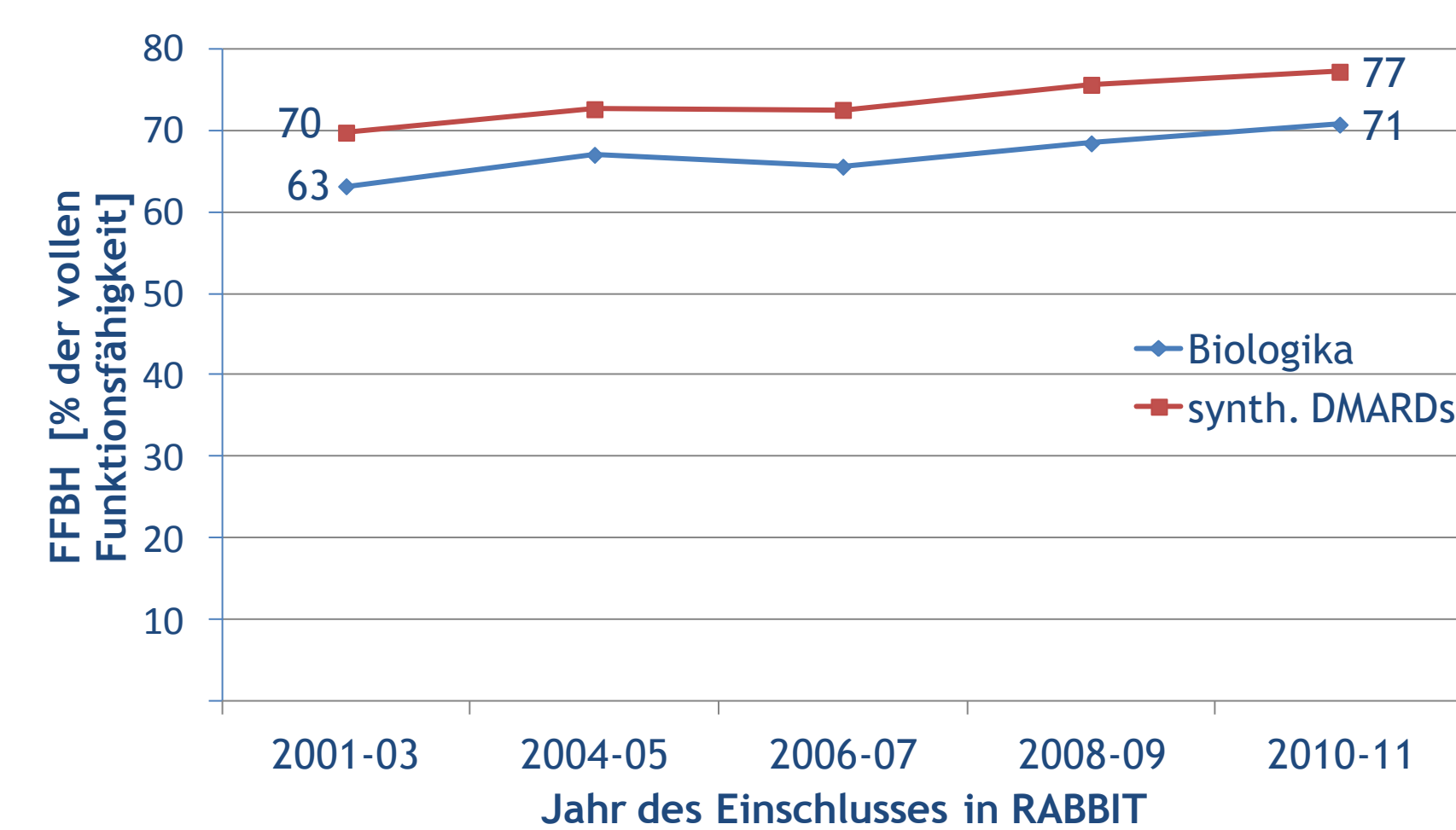
• In den ersten Berichtsjahren war die Inzidenz von ER bei Biologika-Patienten höher als bei DMARD-Patienten (2001/03: 15,4 vs. 9,1). Dieser Unterschied verschwindet im Zeitverlauf (2010/11: 3,4 vs. 3,0).

Tabelle 1. SIR (95% CI) der Erwerbsminderungsrente bei 40- bis 59-jährigen RA-Patienten in RABBIT im Verhältnis zu einer nach Alter, Geschlecht und Berichtsjahr vergleichbaren Bevölkerung.

| Einschlusstherapie | Berichtsjahre | | | | | Berichtsjahre insgesamt |
|---------------------|---------------------|--------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------------|
| | 2001-03 | 2004-05 | 2006-07 | 2008-09 | 2010-11 | |
| Therapien insgesamt | 12,5 (9,2;16,6) | 9,5 (7,6;11,7) | 6,2 (4,9;7,7) | 5,6 (4,4;7,0) | 3,2 (2,4;4,3) | 6,2 (5,6;6,9) |
| Biologika | 15,4 (10,5;21,8) | 12,1 (9,3;15,4) | 6,4 (4,7;8,4) | 6,2 (4,7;8,1) | 3,4 (2,3;4,8) | 6,9 (6,1;7,9) |
| Synthetische DMARDs | 9,1 (5,2;14,9) | 5,8 (3,6;8,8) | 5,9 (4,0;8,3) | 4,5 (2,8;6,7) | 3,0 (1,7;4,7) | 5,0 (4,1;6,1) |

Der in RABBIT ermittelte Rückgang von ER ist deutlich stärker, als dies auf Basis der Versicherungsdaten (Abb. 1) zu erwarten war. Der langfristige Trend zum frühzeitigen Einsatz adäquater Therapien bzw. zur frühzeitigen Therapieumstellung bei mangelnder Response führt dazu, dass bereits beim Einschluss ins Register schwere Krankheitsbilder immer seltener vertreten sind. Die Verbesserung von Baseline-Merkmalen lässt sich u.a. für die Funktionskapazität zeigen, die mit Erwerbsfähigkeit stark assoziiert ist (Abb. 2).

Abbildung 2. Mittlere Funktionskapazität (FFbH) zur Baseline bei 40-59-jährigen erwerbstätigen und arbeitslosen RA-Patienten nach Jahr des Einschlusses in RABBIT.



Schlussfolgerung

40- bis unter 60-jährige RA-Patienten in RABBIT wurden deutlich häufiger wegen Erwerbsminderung berentet als die aktiv rentenversicherte Bevölkerung. Der Unterschied zur Bevölkerung hat sich jedoch in den vergangenen 10 Jahren stark verringert. Patienten, die mit Biologika eingeschlossen werden, haben - trotz höherer Krankheitslast bei Einschluss - aktuell gleich gute Chancen erwerbsfähig zu bleiben wie Patienten unter synthetischen DMARDs. Generell ist aus dem Vergleich mit Versicherungsdaten zu schlussfolgern, dass Erwerbsminderung als Krankheitsfolge der RA infolge besserer Behandlungsstrategien und Therapieoptionen bedeutend und langfristig zurückgegangen ist.

RABBIT wird im Rahmen eines unconditional grant durch Abbott, Amgen/Swedish Orphan Biovitrum, Bristol Myers Squibb, MSD SHARP & DOHME GMBH, Pfizer, Roche und UCB unterstützt.

Herzlichen Dank an alle Rheumatologen, die RABBIT aktiv unterstützen. Dies sind insbesondere:

J. Kaufmann, Ludwigsfelde und Naumburg; T. Klopsch, Neubrandenburg; C. Richter, Stuttgart Bad-Cannstatt; A. Krause, Berlin; K. Babinsky und A. Liebhaber, Halle/ Saale; W. Demary und U. von Hinüber, Hildesheim; H. Tony, Würzburg; H. Bergerhausen, Duisburg; J. Kekow, Vogelsang-Gommern; A. Kapelle, Hoyerswerda; G. Burmester, Berlin; A. Gräßler, Pirna; A. Bussmann, Geilenkirchen; K. Rockwitz, Goslar; B. Krummel-Lorenz, Frankfurt/M.; R. Dockhorn, Weener; S. Wassenberg, Ratingen; C. Eisterhues, Braunschweig; E. Wilden, Köln; E. Edelmann, Bad Aibling; S. Zinke, Berlin; W. Ochs, Bayreuth; M. Aringer, Dresden; L. Meier, Hofheim; H. Kellner, München; M. Bohl-Bühler, Potsdam; C. Herzberg und S. Remstedt, Berlin; A. Thiele, Berlin; H. Tremel, Hamburg; E. Ständer, Schwerin; C. Stille, Hannover; K. Weiß, Lichtenstein; S. Balzer, Bautzen; K. Krüger, München; D. Pick, Bad Neuenahr-Ahrweiler; K. Alliger, Zwiesel; T. Grebe, Kreuztal; M. Zänker, Bernau; R. de la Camp, F. Schuch und J. Wender, Erlangen; P. Herzer, München; H. Sörensen, Berlin; T. Dixel und S. Späthling-Mestekemper, München; S. Lebender, Hamburg; M. Grünke, München; T. Karger, Köln; G. Fließner und G. Gauler, Osnabrück; H. Körber, Elmshorn; K. Karberg, Berlin; J. Walter, Rendsburg; M. Schneider, Düsseldorf; A. Gause, Hamburg; J. Rech, Erlangen; S. Berger, Naunhof; K. Leumann, Riesa; W. Biewer, Saarbrücken; A. Jahn, Berlin; D. Krause, Gladbeck; J. Häntsch, Darmstadt; H. Menne, Dortmund; F. Moosig, Bad Bramstedt; A. Reck, Mittelherwigsdorf; V. Petersen, Hamburg; R. Alten, Berlin; K. Fischer, Greifswald; A. Teipel, Leverkusen; G. Kittel, Baden-Baden; R. Haux, Berlin; C. Kühne, Haldensleben; M. Sekura, Wesel; I. Kötter, Tübingen; T. Eidner, Jena; K. Gräfenstein, Treuenbrietzen; J. Rump, Freiburg; M. Hauser, Neu-Ulm; W. Liman, Hagen; G. Wiesmüller, Öhringen; W. Harmuth, Marktreidwitz; G. Donath, Freystadt; M. Schwarz-Eywill, Oldenburg; J. Gutfleisch, Biberach; E. Möbius, Schwerin; C. Specker, Essen-Werden; M. Backhaus, Berlin; E. Riechers, Hannover; H. Fricke-Wagner, Zwickau; G. Hoese, Stadthagen.