

# Versorgungsaspekte und -realität der Polymyalgia rheumatica

Projekt Geschlechtssensible Prävention in verschiedenen Lebensphasen (GePL)  
in Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg

Miriam Colombo MPH, Jasmin Wetzel MSc Psych.,  
Dr. med. Hannah Haumann, Prof. Dr. med. Stefanie Joos



# Hintergrund

## Polymyalgia rheumatica (PMR)

- **Häufiges Krankheitsbild** bei älteren Menschen
- Assoziation mit **Riesenzellarteriitis** in ca. 20% der Fälle
- **Ätiologie** weitgehend unbekannt: Infektionen, Alter, genetische Faktoren
- **Frauen > Männer** (2:1 – 4:1)
- **Inzidenz:** 12,7 – 50 / 100.000 Personen
- **Prävalenz:** 70 – 300 / 100.000 Personen
- **Therapie:** Glucocortikoide (GC), MTX



# Polymyalgia rheumatica

## Diagnostische Kriterien (EULAR/ACR-Klassifikation)

### Erforderliche Kriterien

- Neu aufgetretene bilaterale Schulterschmerzen
- Alter  $\geq 50$  Jahre
- BSG und/oder CRP  $\uparrow$

Zusätzliche Kriterien mind. 4 bzw. 5 Punkten	Punkte 4/6	Punkte 5/8
Morgensteifigkeit >45 min	2	2
RF und/oder a-CCP negativ	2	2
Beckengürtelschmerz/Hüftbeweglichkeit $\downarrow$	1	1
Kein anderes Gelenk schmerzhaft	1	1
<b>Sonographie:</b> entzündliche Veränderungen beider Schultern*		1
<b>Sonographie:</b> entzündliche Veränderungen an $\geq 1$ Schulter und $\geq 1$ Hüfte**		1

\* Bursitis subdeltoidea, Tenosynovitis der langen Bizepssehne und/oder Erguss im Glenohumeralgelenk

\*\* Bursitis trochanterica und/oder Erguss im Hüftgelenk



# Ziel

**Versorgungsaspekte und -realität der PMR anhand einer Überprüfung der Empfehlungen („Leitlinienadhärenz“) der S3-Leitlinie zur Behandlung der PMR mit Daten von Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit inzidenter PMR in den Jahren 2011-2020 untersuchen**

## Leitlinien

Z Rheumatol 2018 · 77:429–441  
<https://doi.org/10.1007/s00393-018-0476-8>  
Online publiziert: 30. Mai 2018  
© Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. Published by Springer Medizin Verlag GmbH. All rights reserved 2018 2018



**F. Buttgerit<sup>1</sup> für DGRh · T. Brabant<sup>2</sup> für DGG · H. Dinges<sup>3</sup> für DGOOC · I. Hiemer<sup>4</sup> für Rheuma-Liga · M. Kaplani<sup>5</sup> für DGIM · U. Kiltz<sup>6</sup> · D. Kyburz<sup>7</sup> für SGR · A. Reißhauer<sup>8</sup> für DGPMP · M. Schneider<sup>9</sup> für DGRh · C. Weseloh<sup>10</sup> · C. Dejaco<sup>11,12</sup> für ÖGR**

<sup>1</sup> Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; <sup>2</sup> Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation, Krankenhaus Sankt-Joseph-Stift, Bremen, Deutschland; <sup>3</sup> Klinik für Orthopädie – Gelenkersatz – Rheuma – Unfallchirurgie, Westfal-Klinikum GmbH Kaiserslautern/Kusel, Kusel, Deutschland; <sup>4</sup> Hamburg, Deutschland; <sup>5</sup> Gemeinschaftspraxis, Berlin, Deutschland; <sup>6</sup> Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne, Deutschland; <sup>7</sup> Klinik für Rheumatologie, Universitätsspital Basel, Basel, Schweiz; <sup>8</sup> Arbeitsbereich Physikalische Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; <sup>9</sup> Poliklinik und Funktionsbereich für Rheumatologie, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, Deutschland; <sup>10</sup> Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V., Berlin, Deutschland; <sup>11</sup> Dienst für Rheumatologie, Südtiroler Sanitätsbetrieb, Bruneck, Italien; <sup>12</sup> Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

## S3-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica

Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) und der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) und der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und weiterer Organisationen

Quelle: Buttgerit F et al. 2018 [1]



## Studienpopulation

- Versicherte der AOK Baden-Württemberg ( $\geq 18$  Jahre)
- Mit inzidenter PMR zwischen 2011 und 2020
  - ICD10-Codes: **M35.3** (PMR), **M31.5** (Riesenzellarteriitis mit PMR)
  - **Ambulante Versorgung:** 2 gesicherte Diagnosen („G“) innerhalb eines Jahres
  - **Stationäre Versorgung:** 1 Haupt- oder Nebendiagnose

## Auswertung von Daten zu...

- Medikamentenverordnungen, Diagnosen, Soziodemographie, DMP-Teilnahme, HzV/FAV-Teilnahme, Heilmittelverordnungen, AU-Tagen,...



# Methodische Kernprobleme

1. **Zur medikamentösen Behandlung der PMR** werden hauptsächlich **Glucocorticoide** eingesetzt, wobei die **Initialdosis und die Dosisreduktion bzw. -anpassung** im Verlauf von Bedeutung sind
2. **Rezidive** treten häufig im Rahmen der Erkrankung auf. Da die PMR meist als **Dauerdiagnose** kodiert wird, kann die Identifizierung eines Rezidivs nicht allein über eine erneut kodierte Diagnose nach einem diagnose-freien Intervall erfolgen



# 1. Methodisches Kernproblem: Dosisanpassung Glucocorticoide

- Verordnung von Glucocorticoiden gut mit Routinedaten abbildbar
  - **ATC-Code: H02** (Corticosteroide zur systemischen Anwendung)
  - DDD, Packungsgröße, Dosierung pro Einheit
- Zu bestimmen: **Initialdosis, Dosisanpassung im Verlauf**
- **Problem:** Dosisanpassungen werden in der klinischen Praxis kleinschrittig vorgenommen

## S3-Leitlinie zur Behandlung der PMR

- 2c. **Initialdosis:**  
Die Glukokortikoid-Initialdosis sollte bei den meisten Patienten mit PMR zwischen 15 und 25 mg Prednison-Äquivalent pro Tag liegen. Es sollen keine Initialdosen von  $\leq 7,5$  mg/Tag oder von  $>30$  mg/Tag angewendet werden. (Level\* 2)
- 2d. **Reduktion bzw. Anpassung:**  
Die Glukokortikoid-Dosis soll kontinuierlich reduziert werden, basierend auf einem regelmäßigen Monitoring der Krankheitsaktivität des Patienten, der Laborparameter und des Auftretens von Nebenwirkungen
- Die folgenden Prinzipien zur Reduktion bzw. Anpassung der Glukokortikoid-Dosis werden empfohlen:
- Bei der initialen Reduktion sollte eine orale Dosis von 10 mg/Tag Prednison-Äquivalent innerhalb von 4 bis 8 Wochen erreicht werden
  - Danach sollte die tägliche orale Prednison-Dosis um etwa 1 mg alle 4 Wochen bis zum Absetzen reduziert werden
- Wird während des Absenkens der Glukokortikoid-Therapie die Krankheit wieder aktiv (Rezidiv), sollte die orale Prednison-Dosis zumindest auf die Prä-Rezidiv-Dosis erhöht und dann schrittweise innerhalb von 4 bis 8 Wochen wieder reduziert werden auf die Dosis, bei der das Rezidiv auftrat. (Level\* 5)

Quelle: Buttgereit F et al. 2018 [1]



# 1. Methodisches Kernproblem: Lösungsansatz

Berechnung der angenommenen verschriebenen täglichen Dosis an Glucocorticoiden  
(**assumed prescribed daily dose (PDD)** [2])

$$PDD = \frac{\text{Anzahl Tabletten pro Verordnung} \times \text{Dosierungsstärke pro Tablette}}{\text{Zeit bis zur nächsten Verordnung}}$$

- Wenn nur eine Verordnung vorhanden -- > DDD
- Dosisanpassung
  - Differenz PDD zwischen 2 Verordnungen



## 2. Methodisches Kernproblem: Definition PMR-Rezidiv

- Keine eindeutige Definition in der Literatur
- **PMR-Rezidiv im klinischen Alltag:**
  - Wiederauftreten von PMR-Symptomen nach symptomfreiem Intervall
  - Wiederauftreten PMR-Symptome während Absenken der Glucocorticoid-Therapie
  - Standardisiert: PMR-Activity-Score [3]
- PMR oft als Dauerdiagnose kodiert

### S3-Leitlinie zur Behandlung der PMR

Wird während des Absenkens der Glukokortikoid-Therapie die Krankheit wieder aktiv (Rezidiv), sollte die orale Prednison-Dosis zumindest auf die Prä-Rezidiv-Dosis erhöht und dann schrittweise innerhalb von 4 bis 8 Wochen wieder reduziert werden auf die Dosis, bei der das Rezidiv auftrat. (Level\* 5)

3. Zusätzlich zur Glukokortikoid-Therapie sollte die Gabe von Methotrexat frühzeitig in Betracht gezogen werden, insbesondere bei Patienten mit hohem Risiko für Rezidive und/oder für eine lange Therapiedauer sowie bei Patienten mit Risikofaktoren, Komorbiditäten und/oder Begleitmedikationen, bei denen Glukokortikoid-induzierte Nebenwirkungen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten. Methotrexat kann auch erwogen werden bei Patienten mit Rezidiv(en), unzureichendem Ansprechen auf Glukokortikoide oder bei Auftreten Glukokortikoid-induzierter Nebenwirkungen. (Level\* 1)

Quelle: Buttgereit F et al. 2018 [1]



## 2. Methodisches Kernproblem: Lösungsansatz

### Definition eines PMR-Rezidivs

- Erneute Kodierung einer PMR-Diagnose nach einem diagnosefreien Intervall (z.B. nach 6 Monaten [4])

### und/oder

- Neuverordnung von Glucocorticoiden nach verordnungsfreiem Intervall (z.B. nach 6 Monaten [4])

### oder

- Erhöhung der Glucocorticoiddosis bei durchgängig vorliegender PMR-Diagnose (Dauerdiagnose) ohne diagnosefreies Intervall



## Anpassungen der Glucocorticoiddosis (Reduktion/Erhöhung)

- ...sind in der Praxis häufig kleinschrittig
- ...sind in Routinedaten mittels Veränderung der PDD abbildbar
- Herausfordernd bleibt die Interpretation der PDD, da eine Dosisreduktion/-erhöhung nur von einer Verschreibung zur Nächsten abgebildet werden kann und es zu Fehlinterpretation kommen kann



# Diskussion & Schlussfolgerung

## PMR-Rezidive

- ...können mit Hilfe eines diagnose- bzw. verordnungsfreien Intervalls abgebildet werden
- Herausfordernd bleibt die Rezidiv-Definition bei Dauerdiagnosen mittels Anpassungen der Glucocorticoiddosis

## Schlussfolgerung

- Leitlinienadhärenz der PMR durch Routinedaten (teilweise) schwer abbildbar
- Spezifische Herausforderungen bestehen insbesondere in der Darstellung der PDD und der Identifikation von Krankheitsrezidiven



## Kontakt

Projekt Geschlechtssensible Prävention in verschiedenen  
Lebensphasen (GePL)

E-Mail: [Miriam.Colombo@med.uni-tuebingen.de](mailto:Miriam.Colombo@med.uni-tuebingen.de)

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung



**Universitätsklinikum  
Tübingen**

# Quellen

1. Buttgereit F, Brabant T et al. **S3-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica: Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) und der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (SGR) und der beteiligten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und weiterer Organisationen.** Z Rheumatol. 2018 Jun;77(5):429-441. German. doi: 10.1007/s00393-018-0476-8. PMID: 29845555.
2. Ihle P, Krueger K, et al. **Comparison of Different Strategies to Measure Medication Adherence via Claims Data in Patients With Chronic Heart Failure.** Clin Pharmacol Ther. 2019 Jul;106(1):211-218. doi: 10.1002/cpt.1378.
3. Dejaco C, Duftner C, et al. **Definition of remission and relapse in polymyalgia rheumatica: data from a literature search compared with a Delphi-based expert consensus.** Ann Rheum Dis. 2011;70(3):447-453. doi:10.1136/ard.
4. Craig G, Knapp K et al. **Treatment Patterns, Disease Burden, and Outcomes in Patients with Giant Cell Arteritis and Polymyalgia Rheumatica: A Real-World, Electronic Health Record-Based Study of Patients in Clinical Practice.** Rheumatol Ther. 2021;8(1):529-539. doi:10.1007/s40744-021-00290-3

