

Psoriasis en plaques: Was darf es denn kosten?

«A real Swiss private practice situation» wirft Fragen auf


Thomas Hofer, Sabrina Käslin

Praxis für Haut-, Geschlechts- und Venenkrankheiten, Wettingen

Einleitung

Die Psoriasis ist eine der häufigsten Autoimmunerkrankungen. Etwa zwei Prozent der Bevölkerung in der Schweiz leiden an ihr. In einer dermatologischen Facharztpraxis folgt sie mit einem Anteil von 8,7% des Patientengutes an dritter Stelle hinter der Gruppe von Patienten mit Kontrollen der Haut auf bösartige helle oder pigmentierte Tumoren und der Gruppe von Patienten mit Krankheiten aus dem Formenkreis der Ekzeme [1]. Man vermutet, dass etwa ein Viertel der Betroffenen eine mittelschwere bis schwere Psoriasis aufweist, welche den Einsatz einer meist andauernden oder immer wiederkehrenden systemischen Therapie (medikamentös oder UV-Therapie) sehr wahrscheinlich werden lässt.

Ein kürzlich publiziertes europäisches Konsensuspapier [2] gibt dem Facharzt Anleitung, aufgrund einfach zu erhebender Kriterien den Schweregrad des Psoriasisbefalls zu bestimmen, den Entscheid für das Einleiten einer systemischen Therapie zu finden und gleichzeitig den Therapieerfolg im Sinne einer Qualitätskontrolle und im Interesse des Patientenwohles zu überprüfen. Berücksichtigt werden die in der dermatologischen Fachwelt bekannten Parameter PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) sowie DLQI (*Dermatology Life Quality Index*). Werte <5 der erwähnten Parameter werden als Ausdruck einer erfolgreichen Therapie interpretiert. Der unterschiedlichen Pharmakokinetik der konventionellen (Acitretin, Methotrexat, UV narrowband [PUVA], Fumarsäure) und weiteren, nur noch selten angewendeten Medikamente sowie der neuen Wirkstoffe (Biologics) wird Rechnung getragen. Für die Einleitung einer Therapie bis zu deren Wirkungseintritt wird eine genügend lange Zeitspanne gewährt: Eine 3- bis 6-monatige sog. *Induction Phase* wird von der *Maintenance Phase* unterschieden.

Konventionelle Systemtherapeutika und Biologics unterscheiden sich in erster Linie durch exorbitante Preisunterschiede (Abb. 1, 2 ). Der Preisunterschied droht eine objektive, vergleichende Kosten-Nutzen-Analyse der einzelnen therapeutischen Optionen geradezu zu verunmöglichen, denn zu dominant suggeriert der hohe Preis der Biologics seine eigene Rechtfertigung: Was so teuer ist, ist besser! Literaturrecherchen bezüglich der Kosteneffektivität der Biologics¹ ergeben, dass diese Studien (8 an der Zahl, Stand Ende November 2010) praktisch immer gegen Plazebo oder aber indifferentere lokale Therapeutika erfolgen. Rezente Arbeiten [3, 4], welche explizit bei ihrer Kosteneffektivitätsanalyse die schweizerischen Verhältnisse berücksichtigen, folgern, dass am besten mit dem teuersten der in der Schweiz eingesetzten Biologics begonnen werden soll (Infliximab: 80 kg schwerer Patient mit Jahreskosten *nur* für das Medikament von CHF 34750.-). Die Begründung dafür ergibt sich jeweils aus dem im Vergleich

mit den anderen Biologics sehr raschen Wirkungseintritt während der Induktionsphase einer Psoriasis-Therapie, in einer allerdings nur kurz dauernden Beobachtungszeit (drei Monate). Direkte Vergleiche mit etablierten Therapieformen, sog. *comparative effectiveness studies*, fehlen.

In einer kleinen retrospektiven Studie aus der Praxis eines niedergelassenen, selbständig tätigen Dermatologen wird versucht, die Kosten der verschiedenen, vom Dermatologen seinen Patienten angebotenen systemischen Therapien wie auch die dabei erreichten therapeutischen Effekte aufzuzeigen und in einem Vergleich gegenüberzustellen. Die Studie beinhaltet keine Ausschlusskriterien. Sie dürfte somit am ehesten der Wiedergabe einer *real private practice situation* entsprechen. Sie hat in erster Linie das Ziel, mit der Präsentation ihrer Zahlen und Resultate dem Wunsch Nachdruck zu geben, dass zukünftig prospektive Studiendesigns Folgendes ermöglichen: wissenschaftlich fundiert Aussagen zu machen betreffend Kosten-Nutzen-Risiko wie auch Kosten-Wirkungs-Relation der einzelnen konventionellen Systemtherapeutika wie auch der Biologics in der Behandlung der mittelschweren und schweren Psoriasis, dies unter den Bedingungen des praktischen medizinischen Alltags.

Methode

Die Daten entstammen einer Praxis, welche seit 20 Jahren etabliert ist. Ausgehend von den aktuell im Jahre 2010 wegen einer Psoriasis systemtherapeutisch behandelten 24 Patienten (14 Männer und 10 Frauen, Durchschnittsalter 57,9 Jahre), werden deren Behandlungskosten, welche elektronisch festgehalten sind, rückwirkend über die Zeitspanne 2000 bis 2010 analysiert. Die Rechnungen beinhalten sämtliche ärztlich erbrachten Leistungen inkl. Laborkosten – bedingt durch das Labormonitoring der verschiedenen Therapien – und inkl. UV-Therapie. Aus den Krankengeschichten lassen sich zudem die Menge der in dieser Zeitspanne benötigten Medikamente entnehmen und schliesslich auch deren Kosten eruieren (als Quelle für die Medikamentenpreise dient das Arzneimittel-Kompendium der Schweiz 2010). Nicht inbegriffen sind die Kosten für eine gelegentlich eingesetzte begleitende externe Therapie mit topisch aktiven Wirkstoffen oder kostenpflichtigen Hautpflegemitteln.

Die einzelnen Patienten erhielten in der Beobachtungszeit nicht immer durchwegs dieselbe Therapie (zum Beispiel erfolgten Wechsel von UV-Therapie auf Methotrexat, oder die UV-Therapie wurde ergänzt mit Acitretin etc). Auch gab es entsprechend dem Krankheitsverlauf ab und zu

1 Medline-Stichwort: «cost effectiveness of. *etanercept/adalimumab/infliximab* in moderate to severe plaque psoriasis».

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

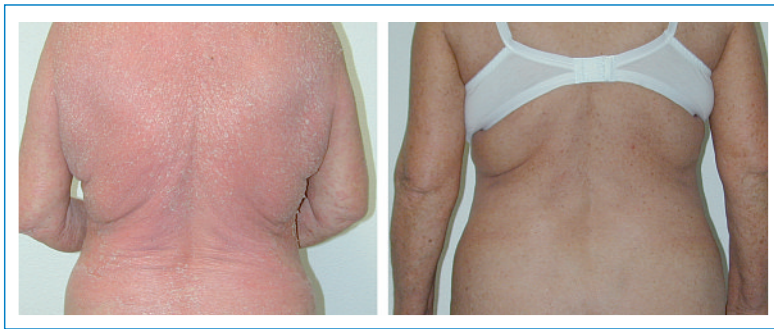


Abbildung 1
67-jährige Patientin mit präerythrodermischer Exazerbation ihrer Psoriasis (PASI: 33,3). Rechts: unter Therapie mit Methotrexat, aktuell 5 mg Methotrexat/Woche als Erhaltungsdosis. Jahres-Medikamentenkosten CHF 60.–, PASI aktuell: 2,7.



Abbildung 2
52-jähriger Patient mit präerythrodermischer Exazerbation seiner Psoriasis (PASI: 37,4). Rechts unter Therapie mit Adalimumab (Biologic). Jahresmedikamentenkosten CHF 27 300.–, PASI aktuell: 1,9.

Therapiepausen und eine Anpassung der Medikamentendosis an die jeweils aktuell notwendige Situation (eine Ausnahme bilden die Patienten unter Biologics, wo die Verabreichung der einmal begonnenen Therapie ohne Unterbruch und ohne Änderung der Dosis erfolgt). Im Beobachtungsjahr 2010 wurden sieben Patienten/innen mit Methotrexat, sechs mit Acitretin, sechs mit UV narrowband, zwei mit UV/Acitretin und drei mit Biologics behandelt.

Der PASI wurde bis anhin vor Einleitung einer systemischen Therapie nicht routinemässig bestimmt. Ausnahme sind die Patienten unter Biologics, bei denen diese Werte für die Kostenübernahme durch die Kassen in der Schweiz zwecks Verlaufsbeobachtung zwingend verlangt werden. Alle Patienten befanden sich 2010 gemäss den Kriterien des Europäischen Konsensuspapiers [2] in der *Maintenance Phase*. Da die *Induction Phase* zum Teil schon Jahre zurücklag, fehlten bei allen Patienten (inkl. derjenigen mit Biologics) Angaben zum DLQI vor Einleitung der jetzt aktuellen Therapieform. Den Patienten wurde der DLQI-Fragebogen zugeschickt zur anonymen Beantwortung. Sie sollten ihn gemäss ihrem jetzigen aktuellen Empfinden ausfüllen. Alle angeschriebenen Patienten beteiligten sich an der Anfrage und gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme. Der Effekt der jeweils zur Anwendung ge-

langenden Therapie wurde durch das Erheben des aktuellen PASI-Wertes anlässlich der nach üblichem Zeitintervall notwendigen Kontrolluntersuchung in der Sprechstunde objektiviert.

Resultate

Die Zeitspanne 2000 bis 2010 beinhaltet:

- 24 Patientenjahre unter Methotrexat: durchschnittliche Behandlungskosten inkl. Medikamentenkosten pro Jahr: CHF 582.–;
- 51 Patientenjahre unter Acitretin: durchschnittliche Behandlungskosten inkl. Medikamentenkosten pro Jahr: CHF 990.–;
- 73 Patientenjahre unter UV: durchschnittliche Behandlungskosten inkl. UV-Therapiekosten pro Jahr: CHF 1669.–;

Für die reinen Medikamentenkosten (exkl. Behandlungskosten) pro Jahr ergeben sich folgende Durchschnittswerte in CHF: 79.– (Methotrexat), 280.– (Acitretin), 1504.– (UV narrowband).

Die Jahres-Medikamentenkosten der Biologics sind in CHF:

- 12 000.– (24 Wochen) bis 24 000.– (ganzjährig) für Etanercept;
 - 27 300.– für Adalimumab;
 - 34 750.– für Infliximab bei einem Patienten von 80 kg.
- Die Hersteller der Biologics gewähren den behandelnden Ärzten/Institutionen Rabatte zwischen 12 und 14%. Tabelle 1 [↩](#) stellt die einzelnen Therapievarianten bezüglich ihrer Wirkung wie auch ihrer Kosten einander gegenüber.

Diskussion

Die in eigener Praxis tätigen Dermatologen der Schweiz machen zurzeit von folgenden Biologics Gebrauch: Etanercept, Adalimumab und Infliximab. Der Einsatz dieser Medikamente bei Krankheiten, die z.B. mit lebensbedrohlichen Blutungen oder Darmperforationen (Morbus Crohn), mutilierenden, zur Invalidität führenden Gelenkschädigungen (rheumatoide Arthritis) etc. einhergehen können, mag in diesen Fällen ihren hohen Preis begründen. Im dermatologischen Alltag hingegen stellt die Konfrontation mit einer potentiell tödlich verlaufenden psoriatischen Erythrodermie eine Rarität dar. Somit fehlt dem Dermatologen in der grossen Mehrzahl der Fälle die «medizinische» Motivation, seinen Patienten eine solch teure Therapie anzubieten, welche zudem ebenfalls mit dem Risiko potentiell lebensbedrohlicher unerwünschter Wirkungen (z.B. Reaktivierung latenter Infektionskrankheiten, Begünstigung des Auftretens maligner Lymphome oder anderer Malignome u.a.) behaftet ist.

Die hier vorgestellten Daten zeigen, dass mit unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen ein die Patienten befriedigendes, absolut vergleichbares Ziel erreicht werden kann (Tab. 1). Dies mit ganz unterschiedlichem Kostenaufwand. Beispielsweise können reine Jahresmedikamentenkosten von CHF 60.– denselben positiven Effekt bewirken wie solche von CHF 27 300.– (Abb. 1, 2). Dieser Preisunterschied zwischen den konventionellen System-

Tabelle 1. DLQI, PASI und Medikamentenkosten in der Maintenancephase, jeweils Durchschnittswerte.

| Medikament | DLQI | PASI | Medikamentenkosten pro Jahr, CHF |
|---------------|------------|-----------------|----------------------------------|
| Methotrexat | 3,5 (0–9) | 2,1 (1,1–2,8) | 79 |
| Acitretin | 4,3 (0–9) | 2,1 (0–5,1) | 280 |
| UV narrowband | 6,7 (0–10) | 3,8 (1,9–6,1) | 1504 |
| UV/Acitretin | 3,5 (3–4) | 6,9 (3,5–10,3)* | 1784 |
| Biologics | 2,5 (0–5) | 2,7 (1,8–4,5) | 27300 |

* Der Patient mit PASI 10,3 hat die geplante Dosiserhöhung von Acitretin in den Wintermonaten nicht durchgeführt und auch auf die UVB-Therapie verzichtet.

therapeutika und den Biologics bei der Behandlung der mittelschweren bis schweren Psoriasis lässt sich mit einem Kosten-Effektivitäts-Vergleich nur schwerlich rechtfertigen. Mit Ausnahme der Biologics können zudem sämtliche Therapievarianten entsprechend dem spontanen Verlauf der Psoriasis jederzeit angepasst oder vorübergehend gar sistiert werden.

Dieser Modulation steht entgegen, was man versucht ist, «Würgegriff der Biologics» zu nennen, der eine solche Nuancierung kaum mehr zulässt. Therapeutische «Spieleereien» sind dem niedergelassenen Arzt unter Berücksichtigung der hohen Medikamentenkosten schon aus ethischen Gründen sowohl dem Patienten wie dem Kostenträger gegenüber nicht erlaubt, geschweige denn liessen sie sich rechtfertigen, fehlen in den heute vorliegenden Leitlinien oder auch im hier vorgestellten aktuellen Konsensuspapier [2] doch jegliche Hinweise auf eine mögliche Verlängerung der Injektionsintervalle, versuchsweises Absetzen über eine gewisse Zeitspanne, Dosisreduktionen etc. Ein enorm wichtiges Moment in der Arzt-Patienten-Beziehung droht somit zu verschwinden: die Möglichkeit, die ärztlich-therapeutische Aktivität jederzeit dem Bedürfnis der Klinik und dem Leidensdruck des Patienten anzupassen. Lediglich Etanercept kann in einzelnen Fällen über eine zeitlich limitierte Dauer appliziert, abgesetzt und wieder von neuem verabreicht werden.

In der Zeit von 1996 bis 2008 sind die Gesamtkosten des Gesundheitswesens in der Schweiz von 37,5 auf 58,5 Milliarden Franken angewachsen [5]. Im Jahre 2010 dürften es um die 63 Milliarden sein. Dies ergibt eine jährliche Zuwachsrate von 3 bis 5%. Die Ursachen dafür liegen in erster Linie in der demographischen Entwicklung der Bevölkerung. Ein wichtiger Faktor ist aber auch der medizinische Fortschritt, und darin enthalten der zunehmende Gebrauch teurer, biologisch hergestellter Medikamente. Gesundheitspolitiker und -ökonomen fanden und finden die Hauptursache für diese Entwicklung aber immer wieder in erster Linie bei den Leistungserbringern, und hier nicht zuletzt bei der frei praktizierenden Ärzteschaft. Davon geben z.B. der Zulassungsstopp für neue Praxen und der Numerus clausus für Studienwillige der Humanmedizin Zeugnis.

Das im Jahre 2004 gesamtschweizerisch eingeführte Tarifsysteem TARMED, welches die in der ambulanten Medizin erbrachten und vom Kostenträger zu bezahlenden Leistungen definiert, ermöglicht nun Gesundheitsökonomien und -politikern, direkt und ebenfalls schweizweit auf die Entgeltung der durch den Arzt erbrachten Leis-

tung Einfluss zu nehmen. Der TARMED wird somit zum Druckmittel, welchem die Ärzte weitgehend hilflos ausgeliefert sind. In diesem Sinne kann und muss die Medienmitteilung der Eidgenössischen Finanzkontrolle EFK vom 26. November 2010 interpretiert werden, wo unter anderem gefordert wird: «Der Bundesrat soll bei fehlender Einigkeit der Tarifpartner vorläufige Tarifierungslösungen durchsetzen» [6].

Es ist zu befürchten, dass der hohe Preis der Biologics, der sich in der Dermatologie im Kosten-Wirkungs-Vergleich mit den herkömmlichen Systemtherapeutika nicht rechtfertigen lässt, sich schliesslich negativ auf die Entschädigung der eigentlichen ärztlichen Leistung am Patienten auswirken wird.

Die hier vorgestellte kleine Studie aus einer Praxis zeigt erstmals Zahlen zu den Kosten, wie eine häufige Krankheit in der Schweiz, in Abhängigkeit von der vom Arzt in Absprache mit dem Patienten gewählten Systemtherapie, dem Kostenträger in Rechnung gestellt wird. Die Studie hat zugegebenermassen einige Bias: Sie erfolgte retrospektiv, und es sind keine Ausgangs-PASI-Werte bekannt. Sie kennt dafür auch keine Ausschlusskriterien und zeigt unverblümt die Alltagsrealität. Alle Patienten hatten aber eine vergleichbare mittelschwere bis schwere Psoriasis, weshalb sie überhaupt mit einer systemischen Therapie/UV-Therapie behandelt werden. Die Tatsache, dass drei Männer mit Biologics (und nicht Methotrexat oder Acitretin) behandelt werden, findet ihre Erklärung darin, dass bei allen eine Hepatopathie vorliegt (zweimal eine ähtyliche und einmal eine Fettleberhepatitis), welche für den Einsatz wirtschaftlicherer Therapieformen eine Kontraindikation darstellt.

Die Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (SGDV) führt ab 2011 unter dem Namen *Swiss Dermatology Network for Targeted Therapies* (SDNTT) ein schweizweites Register für Psoriasispatienten unter konventionellen Systemtherapeutika oder Biologics mit dem Ziel, zukünftig wissenschaftlich fundiert Aussagen zu machen betreffend deren Kosten-Nutzen-Risiko wie auch Kosten-Wirkungs-Relation unter Berücksichtigung einer *real world situation*. Das Register stellt zudem ein wertvolles Mittel dar zur Qualitätskontrolle ärztlich-therapeutischer Bemühungen. Man darf auf daraus folgende Datenpublikationen gespannt sein.

Korrespondenz:

Dr. med. Thomas Hofer
 Praxis für Haut-, Geschlechts- und Venenkrankheiten
 Winkelriedstrasse 10
 CH-5430 Wettingen
thomas.hofer@hin.ch

Literatur

- Hofer T. Hautmalignome in der dermatologischen Praxis. Eine Qualitätskontrolle. *Hautarzt*. 2002;53:666–71.
- Mrowietz U, Kragballe K, Reich K et al. Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Arch Dermatol Res*. 2010;Sep 21. Epub ahead of print.
- Greiner RA, Braathen LR. Cost-effectiveness of biologics for moderate-to-severe psoriasis from the perspective of the Swiss healthcare system. *Eur J Dermatol*. 2009;19:494–9.
- Schmitt-Rau K, Rosenbach T, Radtke MA, Augustin M. Cost-effectiveness of biological therapy in remission induction of moderate to severe plaque psoriasis. *Dermatology*. 2010;221:236–42.
- www.bfs.admin.ch.
- Huissoud Michel, Vizedirektor EFK. Medienmitteilung, 26. November 2010. www.efk.admin.ch.