

Psoriasisarthritis: Welche Kostenbelastungen verursachen Biologika?

Sewerin P et al. Health Resource Utilization and Associated Health Care Costs of Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in German Patients With Psoriatic Arthritis. *Arthritis Care Res* 2022; 74 (9): 1435–1443. doi: 10.1002/acr.24598

In Deutschland leben etwa 200000 Menschen mit einer Psoriasisarthritis. Für Betroffene, die unzureichend auf die Erstlinientherapie – konventionelle synthetische DMARDs (disease-modifying antirheumatic drugs), nichtsteroidale Antiphlogistika und Glukokortikoide – angesprochen haben, stehen gegenwärtig 9 verschiedene biologische DMARDs zur Verfügung. Welche Kostenbelastungen diese Biologika verursachen, untersuchte nun ein deutsches Forscherteam.

Mithilfe der Datenbank des Instituts für angewandte Gesundheitsforschung Berlin identifizierten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler 348 gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit einer Psoriasisarthritis-Diagnose, die zwischen Januar 2014 und Dezember 2017 erstmals (Indexdatum) auf biologische DMARDs eingestellt worden. Die Verschreibung biologischer DMARDs innerhalb der vorangegangenen 365 Tage stellte ein Ausschlusskriterium dar. Gleiches galt für das simultane Vorliegen einer rheumatoiden Arthritis, einer ankylosierenden Spondylitis, eines Morbus Crohn, einer Colitis ulcerosa sowie für die Verschreibung zweier Biologika zum selben Zeitpunkt. Den primären Studienendpunkt bildeten die Ressourcennutzung im Gesundheitswesen (health care resource utilization; HRU), welche stationäre und ambulante Kontakte und krankheitsbedingte Arbeitsausfälle berücksichtigte, sowie die damit verbundenen Gesundheitskosten innerhalb von 12 Monaten vor und nach dem Indexdatum. Zusätzlich berücksichtigten die Forschenden bei der Analyse die Persistenz der Medikation, also das Beibehalten der begonnenen Therapie. Von einer Persistenz gingen sie dabei aus, wenn die Studienpatientinnen und -patienten innerhalb von 12 Monaten nach dem Indexdatum die Biologika konti-

nuierlich angewendet hatten, von einer Nicht-Persistenz, wenn die Biologika-Anwendung unterbrochen oder auf ein anderes Präparat umgestellt worden war.

Ergebnisse

Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten (80,2 %) war höchstens 60 Jahre alt (Durchschnittsalter 50,4 Jahre). Die ökonomische Analyse ergab: Im gesamten Studienkollektiv stiegen mit Beginn der Biologika-Anwendung die jährlichen durchschnittlichen Gesundheitskosten pro Person von 5769 ± 6365 auf 25330 ± 9646 Euro. Die Verschreibung der biologischen DMARDs hatte dabei einen Anteil von 82 % an den gesamten Gesundheitskosten. Der Anteil der Hospitalisationen nahm nach dem Indexdatum in der Gruppe der Personen mit einer Biologika-Persistenz von 49,5 auf 38,5 % ab, in der Gruppe der Personen ohne Persistenz dagegen von 48,0 auf 54,7 % zu. In der Persistenz-Gruppe beobachteten die Forschenden ferner eine Reduktion der durchschnittlichen jährlichen stationären Therapiekosten pro Patient um 760 Euro, eine Reduktion der durchschnittlichen jährlichen ambulanten Therapiekosten um 192 Euro, eine Abnahme der Kosten für andere Medikamente um 724 Euro und eine Abnahme der Kosten für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle um 601 Euro. In der Nicht-Persistenz-Gruppe hatten die entsprechenden Kosten dagegen entweder weniger deutlich abgenommen oder sogar zugenommen. Obwohl nach dem Indexdatum die durchschnittliche Anzahl der Hospitalisationen in der Persistenz-Gruppe signifikant niedriger lag als in der Nicht-Persistenz-Gruppe ($1,1 \pm 1,7$ vs. $1,7 \pm 2,3$), unterschieden sich die beiden Kollektive bezüglich der damit verbundenen jährlichen stationären Kosten nicht signifikant. Gleiches galt für die ambulanten Kosten sowie der Kosten für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle. Die durchschnittlichen Jahreskosten für die biologischen DMARDs in der Zeit nach dem Indexdatum beliefen sich in der Persistenz-Gruppe pro Person auf 23996 ± 4818 Euro, in der Nicht-Persistenz-Gruppe dagegen nur auf 16427 ± 9033 Euro ($p < 0,001$). Auch die gesamten Gesundheitskosten waren in der Persistenz-Gruppe signifikant höher (27869 ± 8001 vs. 21897 ± 10600 Euro).

FAZIT

Bei der Psoriasisarthritis, so die Forschenden, steigen unabhängig vom Persistenz-Status mit Beginn einer Biologika-Therapie die gesamten Gesundheitskosten, was hauptsächlich auf die Medikamentenkosten zurückzuführen ist. Bei einer guten Persistenz sinken aber zumindest die Kosten für stationäre und ambulante Behandlungen, für andere Medikamente sowie für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle. Nun sei zu klären, inwiefern sich die Behandlungspersistenz auf die indirekten Therapiekosten auswirkt.

Dr. med. Judith Lorenz, Künzell