



# PARIS – Standortbestimmung zur Psoriasis-Versorgung in der Schweiz

TOBIAS PLAZA<sup>1</sup>, FRANK EICHER<sup>2</sup>, RUTH C. WICKI<sup>3</sup>

Aufbauend auf dem Psolnsight-Projekt (1) erfolgte mit PARIS<sup>4</sup> 2017 erneut eine Standortbestimmung zur Versorgung von Psoriasispatienten in der Schweiz. Für die aktuelle Studie wurden zusätzlich auch Informationen zur Psoriasis-Arthritis erhoben.

Im Rahmen des fachlich von PsoriNet<sup>5</sup> begleiteten Projekts PARIS haben insgesamt 50 dermatologische und rheumatologische Praxen Daten zu 312 Patienten beigesteuert. Die Erhebung und Erfassung dieser Daten erfolgte online. Berücksichtigt wurden bei der Datenanalyse jeweils alle Patienten, bei denen die entsprechenden Informationen im Fragebogen verfügbar waren.

## Resultate und Diskussion

### Demografische Eckpunkte

Die Demografie der 312 Patienten reflektiert einen schweizerischen Querschnitt. Während bei den Berichten aus rheumatologischen Praxen (n = 99) die Frauen etwas häufiger vertreten waren (53%), waren in den dermatologischen Praxen (n = 213) die männlichen Patienten leicht in der Überzahl (56%).

### Verteilung der Diagnosen

Im Patientenkollektiv von PARIS konnte – wie bereits bei Psolnsight – keine Häufung von Komorbiditäten im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung gefunden werden. Ein knapp nicht signifikanter Unterschied fand sich jedoch beim Vergleich der zwei Kollektive (rheumatologische resp. dermatologi-

sche Patienten) innerhalb der PARIS-Daten im Hinblick auf Übergewicht ( $p < 0,07$ ). Der deutliche Trend zu mehr Patienten mit Übergewicht in den rheumatologischen Praxen (32% vs. 20%) könnte eventuell durch krankheitsbedingte Bewegungseinschränkungen erklärt werden.

Rund die Hälfte der Patienten in rheumatologischen Praxen (52%) leidet ausschliesslich an Psoriasis-Arthritis (PsA). Wenn man die Psoriasis Subformen des dermatologischen Kollektives mit jenen des rheumatologischen vergleicht, beziehungsweise die Analyse auf Patienten mit Hauteffloreszenzen eingrenzt, ist die Psoriasis vulgaris signifikant seltener in den rheumatologischen als in den dermatologischen Praxen anzutreffen (57% vs. 90%;  $p < 0,003$ ). Es bleibt offen, ob aufgrund der aktuellen Therapie die Hautmanifestationen nicht vorhanden oder eventuell sehr klein sind (z.B. nur hinter den Ohren) und deshalb in der rheumatologischen Praxis nicht im Fokus der Therapie liegen. Die Prävalenz der weiteren Psoriasis-Subformen (Psoriasis guttata, Psoriasis pustulosa) unterscheidet sich nicht zwischen der Dermatologie und Rheumatologie.

Im Rahmen der Analyse der Psolnsight-Daten waren Hinweise auf eine mögliche diagnostische Lücke im Hinblick auf die PsA gefunden worden. In der Literatur wird davon ausgegangen, dass rund 17% bis 30% der Patienten mit

## Quintessenz

- Bei der Behandlung von Patienten mit moderat bis schwerer Psoriasis und/oder Psoriasis-Arthritis haben moderne Therapien (neue Biologika und Apremilast) Einzug in den klinischen Alltag gefunden.
- Patienten, bei denen die Krankheit mit klassischen Therapien ungenügend kontrolliert wird, erleben durch eine Therapieumstellung auf moderne Medikamente eine signifikante Verbesserung hinsichtlich Wirksamkeit und Lebensqualität.
- Es lohnt sich deshalb, die Zufriedenheit mit der aktuellen Therapie sowohl beim Fachspezialisten als auch in der Hausarztpraxis regelmässig zu thematisieren und gegebenenfalls eine Überweisung an den Spezialisten zu veranlassen.

Psoriasis zusätzlich von PsA betroffen sind (2–4). Während damals im Psolnsight-Patientenkollektiv 22 Prozent der Patienten über Gelenkbeschwerden klagten, war die Diagnose PsA formal nur jeweils bei 9 Prozent der Patienten gestellt worden. 3 Jahre später war der entsprechende Wert im PARIS-Patientenkollektiv nun deutlich höher (17%) und entspricht somit eher den empirischen Erwartungen. Problematisch bleibt in der Praxis die eher lange diagnostische Latenzzeit zwischen der Diagnose Psoriasis und der Diagnose PsA; Psoriasispatienten mit generalisierten Schmerzen sollten rheumatologisch abgeklärt werden.

Die Hautmanifestationen des Patientenkollektivs befinden sich an den bekannten Körperarealen (Abbildung 1) (5). Wie in der Literatur beschrieben (6), ging auch im PARIS-Patientenkollektiv der Befall der Nägel signifikant häufiger mit einer PsA einher ( $p < 0,05$ ).

<sup>1</sup> Dr. med. Tobias Plaza, FMH Dermatologie, Allergologe, 8610 Uster

<sup>2</sup> Dr. med. Frank Eicher, impulze GmbH, 8032 Zürich

<sup>3</sup> Dr. Ruth Cecile Wicki, Celgene GmbH, 8048 Zürich

<sup>4</sup> Psoriasis-/ARthritis: an Interdisciplinary Survey

<sup>5</sup> <http://www.psorinet.ch>

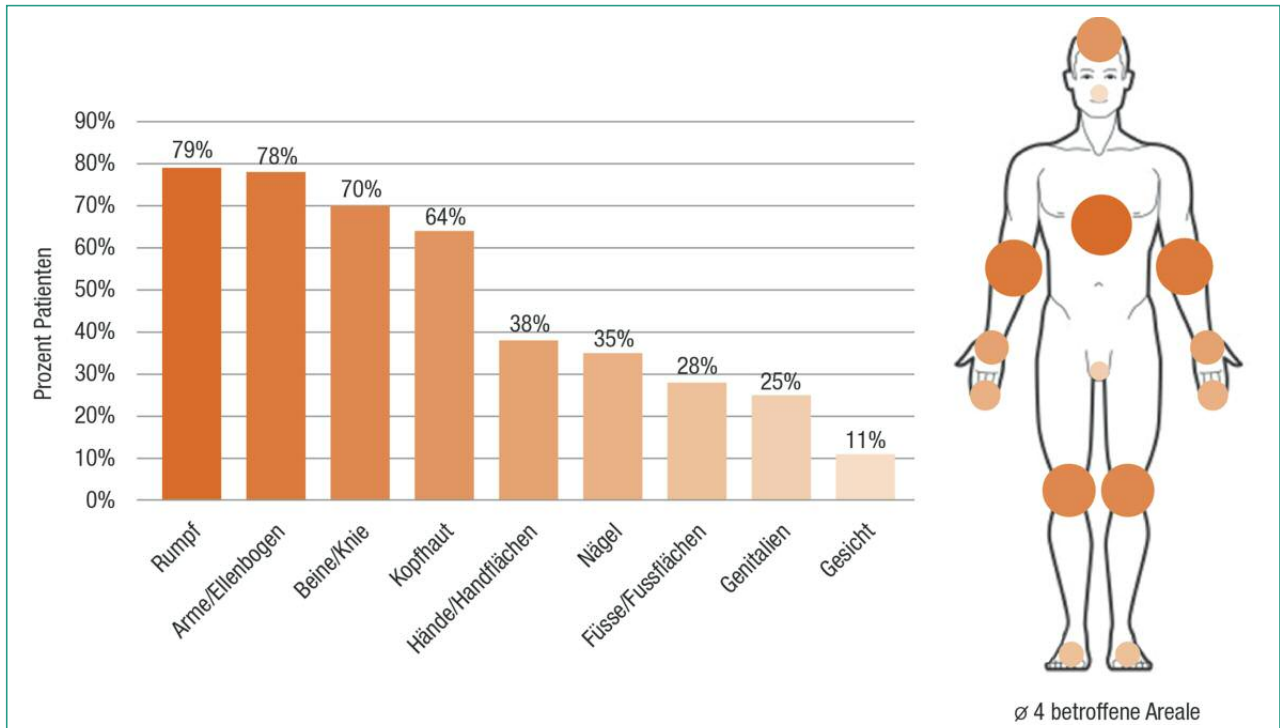


Abbildung 1: Psoriasis-Befall betrifft vor allem den Rumpf und die Extremitäten  
Verteilung der betroffenen Körperareale der Psoriasispatienten (n = 213).

### Belastung korreliert mit Ausmass und Lokalisation

Bei total 76 Patienten waren Informationen zur möglichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verfügbar. Rund jeder vierte dieser Patienten war zu irgendeinem Zeitpunkt von psoriasisbedingter Arbeitsunfähigkeit betroffen, unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit stieg allerdings mit zunehmendem Schweregrad an.

Die durch die Patienten erlebte Belastung wird nicht nur durch die Ausdehnung der befallenen Hautareale beeinflusst, sondern auch durch die Lokalisation der Manifestationen. Patienten mit Befall der Gesichtshaut empfanden die Krankheit grundsätzlich als mindestens mittelschwer bis schwer, unabhängig von der gesamten Ausdehnung (Fläche) der Hautmanifestationen.

Wie bereits in Psolnsight dargelegt, bestätigten die PARIS-Daten erneut die insgesamt relativ gute Korrelation zwischen Arzteinschätzung des Schweregrades der Erkrankungen und der

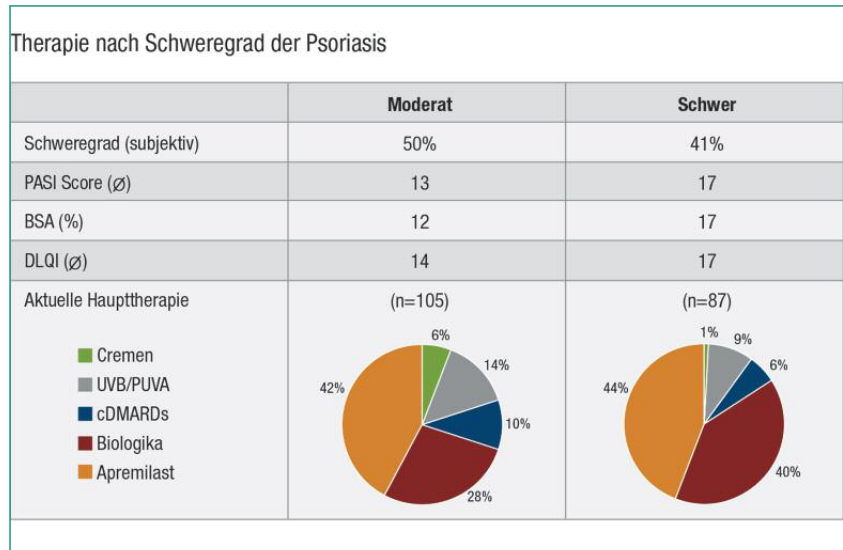
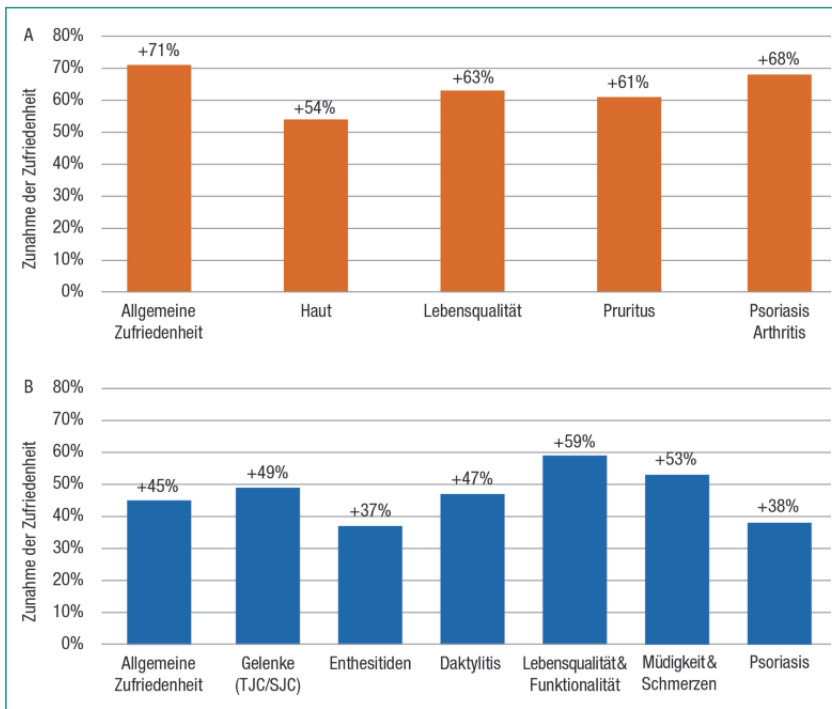


Abbildung 2: Apremilast und Biologika sind die am häufigsten eingesetzten Therapien im moderat-schweren Patientenkollektiv  
Aktuelle Haupttherapie (stärkste Therapie, falls Therapiemix/-kombination) nach Schweregrad der Psoriasis (n = 192). PASI: Psoriasis Area and Severity Index; BSA = Body Surface Area; DLQI = Dermatology Life Quality Index

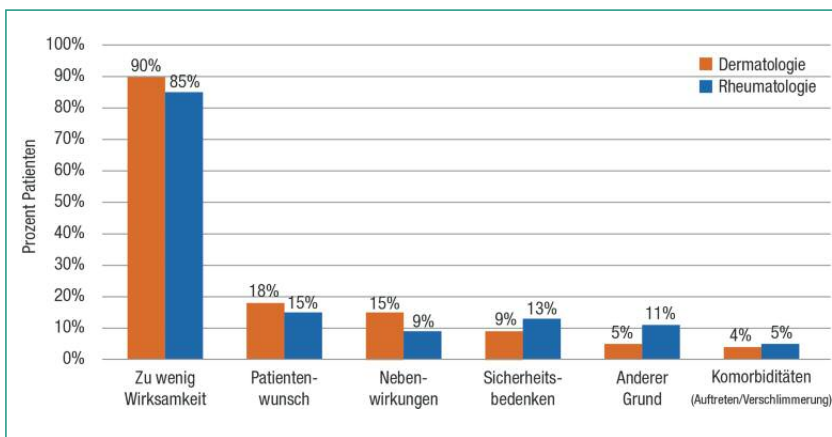
Selbsteinschätzung der Patienten. Tendenziell schätzten die Ärzte den Schweregrad anhand des PASI (Psoriasis Area and Severity Index) eine Nuance höher ein, als ihre Patienten.

### Therapeutische Versorgung

Vor 3 Jahren zeigte die Analyse der Psolnsight-Daten noch ein ernüchterndes Bild bezüglich der Therapiesituation. Nur 6 Prozent der Patienten mit



**Abbildung 3: Relative Veränderung der Wirksamkeit**  
Relativer Zufriedenheitsvergleich der aktuellen Apremilast-Therapie gegenüber der letzten Vortherapie in der Dermatologie (n = 86) (A) und Rheumatologie (n = 29) (B).



**Abbildung 4: Fehlende Wirksamkeit führt im Allgemeinen zu Therapiewechsel**  
Gründe für den Therapiewechsel über alle Therapien in der Dermatologie (n = 213) und Rheumatologie (n = 99).

moderater Psoriasis erhielten eine moderne Therapie (Biologika oder Apremilast [Otezla®]); bei schwerer Psoriasis waren solche Therapien nur einem Drittel der Patienten vorbehalten. Auch in der Literatur wurde damals die unbefriedigende Situation breit thematisiert (7). Diese Situation hat sich in der kurzen Zeitspanne zwischen den Befragungen erheblich zum Positiven verändert (Ab-

bildung 2). Die zahlreichen neu verfügbaren modernen Therapieoptionen wurden deutlich konsequenter eingesetzt. Bei einer Therapieumstellung erhielten im PARIS-Patientenkollektiv 70 Prozent der Patienten mit moderater beziehungsweise 84 Prozent der Patienten mit schwerer Psoriasis eine moderne Therapie, was in guter Kongruenz zu den aktuellen Schweizer Richtlinien steht (8).

### Nutzen der Therapieumstellung

Es stellt sich die Frage, wie gross der empfundene Nutzen aus Patientensicht bei einer Umstellung auf eine moderne Therapie tatsächlich ist? Die Erhebung im PARIS-Patientenkollektiv schloss eine Bewertung in Bezug auf Zufriedenheit in den Themenbereichen Wirksamkeit, Sicherheit/Verträglichkeit und Bürde der Therapie mit ein. Diese Aspekte wurden sowohl im Hinblick auf die derzeitige Therapie als auch rückblickend auf die letzte vorhergehende Therapie bewertet. Bei den einzelnen Bewertungen der Ärzte kam das schweizerische Schulnotensystem mit einer Benotung von 1 bis 6 zur Anwendung. Da die meisten dokumentierten Therapieumstellungen auf Apremilast erfolgten und um homogene vergleichbare Daten zu erhalten, wurde die dahingehende Analyse am Beispiel von Apremilast vorgenommen. *Abbildung 3* zeigt die prozentuale Veränderung der Bewertung der jeweiligen Parameter der derzeitigen Therapie mit Apremilast gegenüber der Vortherapie.

Die subjektive Bewertung der derzeitigen Apremilast-Therapie gegenüber der vorhergehenden Therapie war in allen Variablen signifikant verbessert ( $p < 0,05$ ). Dies sowohl unabhängig davon, ob der Patient vom Rheumatologen oder Dermatologen betreut wurde als auch von der jeweiligen Vortherapie. Ebenfalls signifikant und in ähnlichem Umfang positiv wurde der Gewinn auf Ebene «Zeitaufwand» und «Vereinbarkeit der Therapie mit dem Alltag» eingeschätzt (nicht dargestellt). Am Beispiel von Apremilast zeigen diese Daten klar auf, dass der Vorteil moderner Therapien, obwohl nicht direkt vergleichbar, auch aus Patientensicht deutlich erlebt wird und der Einsatz mit einem relevanten Gewinn an Lebensqualität einhergeht. Analysiert man die Vortherapien etwas genauer, dann führen die klassischen krankheitsmodifizierenden Medikamente sowohl in der rheumatologischen als auch der dermatologischen Praxis die Liste an (51%; 40%). Typischerweise

wurden die Patienten während 3 bis 4 Jahren mit diesen Medikamenten behandelt, bevor es zu einem Wechsel kam. Lichttherapie war in der dermatologischen Praxis die zweithäufigste Vortherapie (24%), die durchschnittlich über einen Zeitraum von 8 Jahren eingesetzt wurde. Am zweithäufigsten waren in der Rheumatologie bei den Vortherapien die Biologika vertreten (23%), die durchschnittlich während zirka 3 bis 4 Jahren verabreicht wurden.

Betrachtet man die Gründe, die für einen Therapiewechsel angegeben wurden (Abbildung 4), ist summarisch die mangelnde Wirksamkeit besonders augenfällig.

Vor allem Patienten, bei denen die Diagnose bereits einige Jahre zurückliegt, wurden damals mit der bestmöglichen Behandlung eingestellt beziehungsweise mussten sich Mangels zusätzlicher Optionen damit zufrieden geben. Dies bedeutet statistisch gesehen, dass auch heute noch zahlreiche Patienten Therapien erhalten, die ihre individuellen Bedürfnisse nur unzureichend oder nicht optimal abdecken.

Was bedeutet jedoch mangelnde Wirksamkeit oder umgekehrt, welches sind die Erwartungen an die Anpassung einer Therapie? Die Anforderungen und Wünsche, die an eine neue Therapie gestellt werden, sind grundsätzlich breit gefasst (9). Am Besten lässt sich dies wiederum am Kollektiv der Apremilast-Patienten zeigen, da auf diese Therapie am häufigsten gewechselt wurde (n = 86; Abbildung 5).

Interessant ist an diesem Beispiel die Nennung der «bevorzugten Applikationsform». Dies lässt sich dadurch erklären, dass Apremilast unter den modernen Therapien als Tablette eine Sonderstellung einnimmt. Bereits in Psolnsight brachten rund zwei Drittel der Patienten zum Ausdruck, dass für sie eine orale Therapie die optimale Darreichungsform darstellt.

Neuere Daten haben gezeigt, dass einige Patienten in ihrem persönlichen «Wertegefüge» die Einfachheit der Applikation sogar höher bewerten, als die

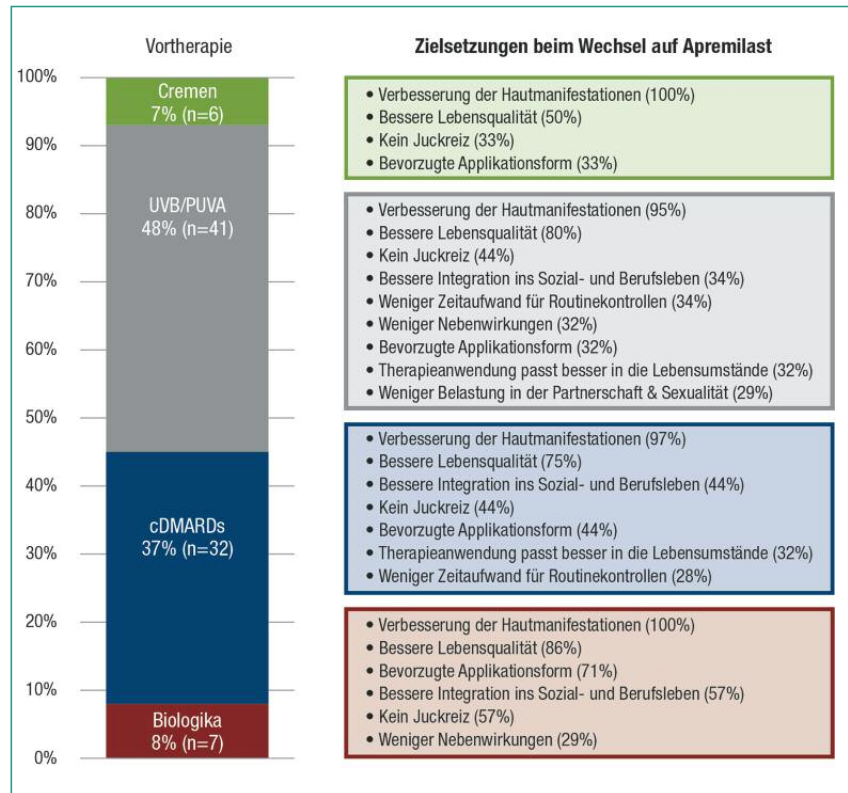


Abbildung 5: Die Ziele bei einem Therapiewechsel sind vielfältig  
Zielsetzungen bei einer Therapieanpassung auf Apremilast aufgelistet nach der letzten Vortherapie (n = 86).

Wirksamkeit auf die Hautmanifestationen (10). Ebenfalls konnte in derselben Arbeit gezeigt werden, dass sich dieses Wertegefüge in Abhängigkeit verschiedener Parameter laufend verändert. Es ist somit entscheidend, die Zufriedenheit des Patienten mit der aktuellen Therapie periodisch neu zu beurteilen. Psoriasis und PsA sind komplexe Erkrankungen mit zahlreichen Manifestationen. Es ist deshalb vorteilhaft, wenn eine Behandlung eine breite Wirksamkeit auf die unterschiedlichen Manifestationen bietet. Zusätzlich hilft eine gute Verträglichkeit kombiniert mit guter Langzeitsicherheit und Neutralität gegenüber Komorbiditäten die Akzeptanz der Therapie bei Ärzten und Patienten zu optimieren. Zu guter Letzt sollte auch die Anwendung der Therapie möglichst nahe am Patientenbedürfnis liegen.

Wie bereits erwähnt, erfolgten im PARIS-Patientenkollektiv am meisten The-

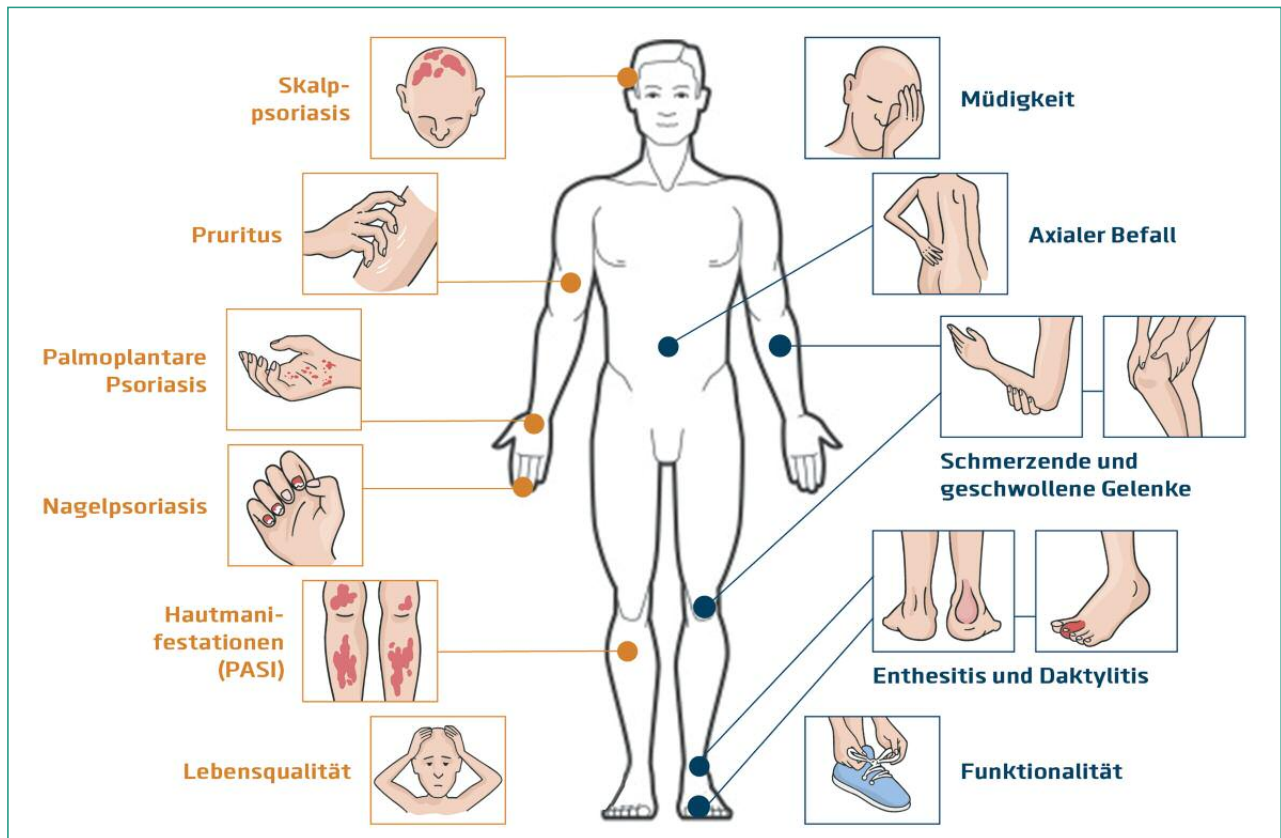
rapieumstellungen auf Apremilast, was sich auch mit dem Schweizerischen Markt deckt<sup>6</sup>. Als modernes Medikament kombiniert Apremilast breite Wirksamkeit bei Psoriasis wie auch PsA (siehe Abbildung 6) mit einer einfachen Anwendung und einem gutem Sicherheits- und Verträglichkeitsprofil<sup>7</sup>, was vermutlich mit ein Grund für den häufigen Einsatz sein dürfte, da dadurch die Bedürfnisse der meisten Patienten umfassend abgedeckt werden können.

### Schlussfolgerungen

Im Vergleich zu vor drei Jahren haben weitere moderne Therapien mit vielfältigen Ansatzpunkten Einzug in den Praxisalltag bei Dermatologen und Rheumatologen gehalten. Diese Medikamente können den durch die Psoriasis

<sup>6</sup> IMS 2018

<sup>7</sup> Fachinformation Otezla®; www.swissmedicinfo.ch; Stand der Information 15. Juli 2017



**Abbildung 6: Apremilast zeigt eine breite Wirksamkeit**  
Manifestationen von Psoriasis und PsA, auf welche moderne Therapien wie Apremilast wirken.

und/oder die PsA verursachten Leidensdruck subjektiv wie auch objektiv massgeblich lindern, nicht nur in Bezug auf die Wirksamkeit der Therapie, sondern auch auf die gesamte Bürde der Therapie inklusive Anwendung und Routinekontrollen.

Die Bedürfnisse zahlreicher Patienten, die seit mehreren Jahren dieselbe Therapie anwenden, sind unter Umständen ungenügend abgedeckt. Der PASI kann dabei nicht als Mass der Dinge herangezogen werden, da die Patientenbedürfnisse vielfältig sind und über die Hautmanifestationen hinausgehen. Es lohnt sich deshalb die Zufriedenheit mit der aktuellen Therapie auch in der Hausarztpraxis zu thematisieren und gegebenenfalls an einen Fachspezialisten zu überweisen. Patienten mit Arthritiden sollten grundsätzlich regelmässig vom Spezialisten beurteilt werden.

Insbesondere Patienten, die seit längerer Zeit nicht mehr dermatologisch oder gegebenenfalls rheumatologisch beurteilt wurden und nicht glücklich mit der aktuellen Therapie sind, sollten die Chance auf eine Neubeurteilung und eine individuelle Bestimmung der bestmöglichen Therapie durch den Facharzt erhalten. ▲

**Korrespondenz:**  
Dr. med. Tobias Plaza  
Oberlandstrasse 100, 8610 Uster  
E-Mail: t.plaza@hin.ch

*Deklaration: Das Projekt PARIS wurde durch die impulse GmbH abgewickelt und durch die freundliche Unterstützung der Firma Celgene ermöglicht.*

**Referenzen:**

1. Plaza T, Eicher F, Wicki R.: Psolinsight - Situation der Psoriasis-therapie in der Schweiz: Stand 2016. SZD 2017; 3: 25-29.

2. Ficco HM, Citera G, Cocco JAM: Prevalence of psoriatic arthritis in psoriasis patients according to newer classification criteria. Clin Rheumatol 2014; 33: 1489-1493.  
3. Zachariae H: Prevalence of joint disease in patients with psoriasis: implications for therapy. Am J Clin Dermatol 2003; 4(7): 441-447.  
4. Mease PJ et al.: Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. J Am Acad Dermatol 2013; 69(5):729-735.  
5. Gudjonsson JE, Elder JT: Chapter 18. Psoriasis. In: Goldsmith LA et al. eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, 8e. New York, NY: McGraw-Hill; 2012.  
6. Wilson et al.: Arthritis Rheum, incidence and clinical predictor of psoriatic arthritis in patients with psoriasis, a population-based study, 2009: 61: 223.  
7. van de Kerkhof PCM, Reich K, Kavanaugh A et al.: Physician perspectives in the management of psoriasis and psoriatic arthritis: results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis survey. J Eur Acad Dermatol Venerol 2015; 29: 2002-2010.  
8. Kolios AG, Yawalkar N, Anlikier M et al.: Swiss S1 Guidelines on the Systemic Treatment of Psoriasis Vulgaris. Dermatology 2016; 232: 385-406.  
9. Lebwohl MG, Bachelez H, Barker J et al.: Patient perspectives in the management of psoriasis: results from the population-based multinational assessment of psoriasis and psoriatic arthritis survey. J Am Acad Dermatol 2014; 70(5): 871-881.  
10. Florek AG, Wang CJ, Armstrong AW: Treatment preferences and treatment satisfaction among psoriasis patients: a systematic review. Arch Dermatol Res 2018; 7: 463-462.