



DEUTSCHE DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT
VEREINIGUNG DEUTSCHSPRACHIGER DERMATOLOGEN E.V.

BERUFSVERBAND DER DEUTSCHEN DERMATOLOGEN E.V.

B
V
D
D



Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V.

CVderm – Prof. Dr. M. Augustin • Martinistr. 52 • 20246 Hamburg

Bundesversicherungsamt
Herrn Dr. Göppfarth
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

per Mail und per Postversand

CVderm – Kompetenzzentrum
Versorgungsforschung in der
Dermatologie
Förderprojekt der DDG und des BVDD

Leiter: Prof. Dr. med. Matthias Augustin
Direktor des
Institutes für Versorgungsforschung in der
Dermatologie und bei Pflegeberufen

Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Tel. *49(0)40-74105-5428, Fax -5348
m.augustin@derma.de

Hamburg, 31.03.2010

Anhörung zur Auswahl der im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigenden Krankheiten für das Ausgleichsjahr 2011

Sehr geehrter Herr Dr. Göppfarth,

die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG) und der Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) begrüßen die Aufnahme der „Psoriasis und Parapsoriasis (inkl. Gelenkbeteiligung)“ in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung für das Ausgleichsjahr 2011.

Wir bitten Sie jedoch um Berücksichtigung des folgenden Sachverhaltes:

Durch die Zusammenfassung aller Fälle unabhängig vom Schweregrad dürfte die Zuschlagshöhe, die die Krankenkassen erhalten würden, zu niedrig ausfallen, um schwerer betroffene Patienten angemessen zu versorgen, da deren Therapie sehr kostenintensiv ist.

Aus den versorgungswissenschaftlichen Studien des CVderm wie PsoCost¹, PsoHealth² und PsoCare³ wissen wir, dass lediglich ein Teil der Erkrankten, nämlich jener mit mittelschwerer bis schwerer Hauterkrankung und/oder Gelenkbeteiligung, hohe Kosten verursacht, während ein größerer Anteil weniger schwere Formen aufweist, die zu geringeren Kosten versorgt werden.

Die Kosten der mittelschwer bis schwer betroffenen Patienten werden neben der stationären Therapie im Wesentlichen durch die Verordnung systemischer Arzneimittel getrieben¹. Dazu gehören gemäß der S3-Leitlinie zur Behandlung der Psoriasis⁴:

- systemische Antipsoriatika, wie Fumarsäureester und Retinoide,
- Immunsuppressiva wie Methotrexat und Ciclosporin sowie
- Biologika wie TNF-alpha-Antagonisten und Interleukin-Inhibitoren.

Darüber hinaus werden für die Behandlung der Gelenkbeteiligung auch Leflunomid, Sulfasalazin und systemische Kortikosteroide eingesetzt⁵.

Um den notwendigen Versorgungsaufwand der mittelschweren bis schweren Psoriasis incl. Gelenkbeteiligung abzubilden, ist anzuraten, als zusätzliches Aufgreifkriterium das Vorliegen einer Systemtherapie und einer stationären Therapie hinzuzuziehen.

Bitte kontaktieren Sie uns gern bei diesbezüglichen Rückfragen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Thomas A. Luger
Präsident der DDG

Dr. Michael Reusch
Präsident des BVDD

Prof. Dr. Rudolf Stadler
Generalsekretär der DDG

Prof. Dr. Matthias Augustin
Leiter des CVderm

Literatur:

¹ Sohn S, Schöffski O, Prinz J, Reich K, Schubert E, Waldorf K, Augustin M: Cost of Moderate to Severe Plaque Psoriasis in Germany: A Multicenter Cost-of-Illness Study. *Dermatology* 212, 137-144, 2006

² Augustin M, Reich K, Reich C, Purwins S, Rustenbach SJ, Schäfer I, Radtke M: Quality of psoriasis care in Germany – results of the national study PsoHealth 2007, *J Dtsch Dermatol Ges* 8(6): 640-645, 2008

³ Augustin M, Reich K, Glaeske G, Schaefer I, Radtke M. Comorbidity and age-related prevalence of psoriasis – analysis of health insurance data in Germany. *Acta Derm Venereol* 90: 147-151, 2010

⁴ Nast A, Rzany B, et al. Leitlinien der Deutsche Dermatologischen Gesellschaft: Therapie der Psoriasis vulgaris. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2007; <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/013-001.htm#130>

⁵ AAD: Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis by the American Academy of Dermatology, 2008 http://www.aad.org/research/_doc/PsoPsAsection2.pdf